

**Uniwersytet Medyczny im. Karola
Marcinkowskiego
w Poznaniu
Pracownia Geriatrii
Katedry i Kliniki Medycyny Paliatywnej**

Dorota Ryszewska-Łabędzka

**Kwestionariusz EASY-Care Standard 2010 w ocenie
funkcjonowania osoby starszej**

Rozprawa doktorska

**Promotor pracy
Prof. dr hab. n. med. Katarzyna Wieczorowska-Tobis
Promotor pomocniczy
Dr hab. n. o zdr. Dorota Talarska**

Poznań 2019

Serdeczne podziękowania składam Promotorowi pracy Pani Profesor dr hab. n. med. Katarzynie Wieczorowskiej-Tobis za nieocenioną pomoc, opiekę naukową, wyrozumiałość, cierpliwość i życzliwość okazane mi podczas realizacji tej pracy.

Dziękuję bardzo Pani Promotor dr hab. n. o zdr. Dorocie Talarskiej za zaangażowanie, cenne uwagi, życzliwość i wsparcie.

Dziękuję Panu dr hab. inż. Bogdanowi Wyrwasowi za cenne wskazówki doświadczonego dydaktyka oraz mobilizowanie mnie do pracy i dodawanie otuchy .

Dziękuję Pani dr n. o zdr. Sylwii Kropińskiej za pomoc w opracowaniu statystycznym i edytorskim tej pracy, cenne rady i życzliwość.

Dziękuję serdecznie Pani mgr inż. Karinie Antonowicz za życzliwość i wsparcie.

Specjalne podziękowania składam mojemu mężowi Mariuszowi Łabędzkiemu, który zawsze we mnie wierzył, chętnie też dzielił się swą szeroką wiedzą lekarską, co pomogło mi w zrozumieniu wielu zawitych problemów natury medycznej. Mariuszu, bez Ciebie ta praca nie powstałaby. Dziękuję.

Spis treści

1. Wstęp	5
1.1. Zmiany w strukturze wieku ludności Polski	5
1.2. Proces starzenia i jego konsekwencje	7
1.3. Sprawność funkcjonalna	9
1.4. Potrzeby osób starszych i narzędzia do ich oceny	11
1.5. Samoocena	15
2. Cel pracy	18
3. Materiał i metoda	19
3.1. Badana grupa.....	19
3.2. Metodyka badań.....	19
3.2.1. Kwestionariusz EASY-Care Standard 2010	20
3.2.2. Skala samooceny według Rosenberga (ang. Self-Esteem Scale – SES).....	21
3.3 Analiza statystyczna.....	22
4. Wyniki.....	24
4.1 Analiza wyników uzyskanych przy pomocy Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010	26
4.1.1. Obszar I: Wzrok, słuch i zdolność porozumiewania się	26
4.1.2. Obszar II: Dbanie o siebie.....	29
4.1.3. Obszar III: Poruszanie się	32
4.1.4. Obszar IV: Bezpieczeństwo osobiste	35
4.1.5. Obszar V: Warunki mieszkaniowe i sytuacja finansowa	37
4.1.6. Obszar VI: Dbałość o zdrowie	39
4.1.7. Obszar VII: Zdrowie psychiczne i ogólne samopoczucie	41
4.1.8. Podsumowanie analizy potrzeb w obszarach Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010.....	44
4.2. Skale podsumowujące wyniki Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010.....	44
4.2.1. Skala poziomu niezależności	44
4.2.2. Skala ryzyka załamania opieki.....	47
4.2.3. Skala ryzyka upadków	49
4.2.4. Podsumowanie determinant dla skal podsumowujących Kwestionariusza EASY-Care standard 2010.....	51
4.2.5. Ocena powiązań pomiędzy wynikami skal podsumowujących Kwestionariusz EASY-Care Standard 2010	51
4.3. Analiza wyników uzyskanych przez badanych w skali SES	53

4.3.1. Podsumowanie analizy wpływu ocenianych parametrów na udzielanie odpowiedzi w zakresie poszczególnych twierdzeń tworzących skalę SES wg Rosenberga	62
4.4. Analiza związku wyników Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010 i skali SES badanych	64
4.4.1. Obszary Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010 i skala SES	64
4.4.2. Skale podsumowujące Kwestionariusza EASY-Care i skala SES	66
5. Dyskusja.....	69
6. Wnioski	80
7. Streszczenie.....	81
8. Summary	84
9. Spis tabel	87
10. Spis rycin.....	88
11. Bibliografia	90

1. Wstęp

„Prognoza ludności na lata 2008 – 2035” opracowana przez Główny Urząd Statystyczny przewiduje wyraźne zmiany procesów demograficznych w Polsce. Zmiany te implikują starzenie się populacji co wiąże się z wieloma różnorodnymi konsekwencjami. Do najważniejszych czynników wpływających na starzenie się ludności zaliczyć można przede wszystkim: systematycznie malejący przyrost naturalny i wydłużanie się trwania życia, poprawę warunków życiowych w tym również jakości życia, szybki rozwój medycyny, a także lepszą jakość opieki medycznej [1].

Starość to ostatni etap życia każdego człowieka, natomiast starzenie się jest procesem fizjologicznym, progresywnym, który może przebiegać z utratą sprawności funkcjonalnej. Charakterystyczną cechą tych zjawisk jest nakładanie się wielu chorób na zmiany, które są następstwem samego procesu starzenia, a ich różnicowanie jest jednym z wielkich wyzwań geriatricznych. W populacji Polski, jak również w innych państwach Europy i świata, zwiększa się udział osób w wieku emerytalnym [2]. Intensywne starzenie się społeczeństw świata pociąga za sobą konieczność poszukiwania optymalnych rozwiązań na rzecz jak najdłuższego utrzymania sprawności. Wymaga to wdrożenia holistycznej oceny potrzeb osób starszych zarówno w perspektywie opieki zdrowotnej, jak i społecznej. Jednym z możliwych do użycia w tym celu narzędzi jest Kwestionariusz EASY-Care Standard 2010, którego zastosowanie przedstawiono w niniejszej pracy.

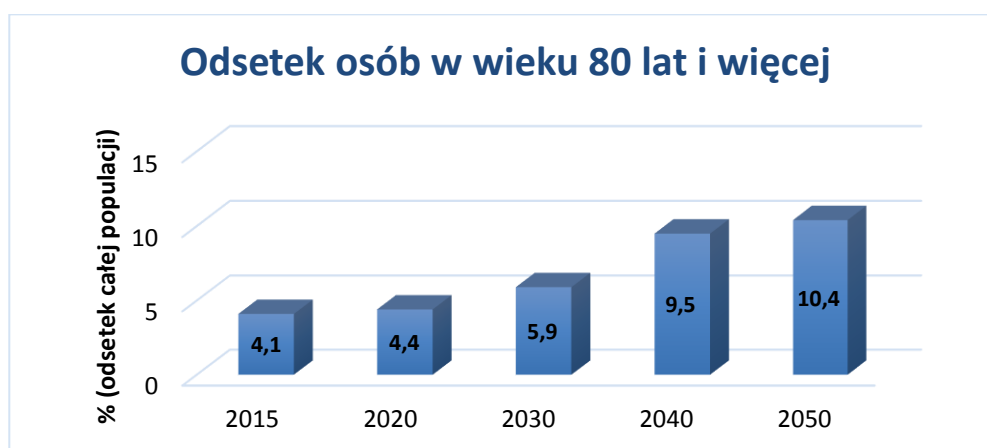
1.1. Zmiany w strukturze wieku ludności Polski

Obserwacje procesów demograficznych wskazują jednoznacznie na zmniejszającą się stopniowo liczbę ludności Polski. W roku 2015 liczba zgonów była większa od liczby urodzeń o blisko 25 tys. [3]. Przewiduje się, że podobna tendencja utrzyma się również w przyszłości i według prognoz EUROSTAT liczba ludności Polski do roku 2080 może zmniejszyć się nawet o ¼ [4]. Niski poziom współczynnika dzietności w obecnym czasie wpłynie negatywnie na przyszłą liczbę urodzeń w ten sposób, że w przyszłości liczba kobiet w wieku rozrodczym będzie zdecydowanie mniejsza. Co więcej, wydłużenie trwania życia – przy niskiej dzietności – zwiększy obserwowany już obecnie, odsetek osób w najstarszych grupach wiekowych, a tym samym spowoduje dalsze starzenie się społeczeństwa polskiego.

Urodzenia są podstawowym czynnikiem, który wpływa na liczbę i strukturę ludności. Dla stabilnego rozwoju demograficznego konieczne jest, aby na każde 100 kobiet w wieku 15 – 49 lat (w danym roku) przypadało średnio co najmniej 210-215 urodzonych dzieci. Niestety według aktualnych danych w Polsce w 2016 roku było to tylko 136 [5]. Pomimo więc wzrostu liczby urodzeń w stosunku do poprzednich lat, w dalszym ciągu utrzymuje się depresja urodzeniowa tj. tak niska liczba urodzeń, że nie zapewnia ona prostej zastępowalności pokoleń.

Najstarszym populacyjnie krajem na świecie jest Japonia, gdzie już obecnie częściej niż co trzecia osoba jest w wieku 60 lat i więcej (33,6%) i aż prawie co 12 (8,1%) – w wieku 80 lat i więcej. W Europie do krajów o najwyższym odsetku osób z najstarszych grup wiekowych (80 lat i więcej) należą Włochy (6,8% ogólnej liczby ludności), Portugalia (6,1%) i Francja (5,9%).

Mieszkańcy Polski, analogicznie do pozostałych krajów Europy, wyróżniają się progresywnym procesem starzenia. Udział ludności w wieku 60 lat i więcej w całej populacji Polski wynosił w 2017 roku 23,8% wobec około 15% na początku lat 90 ubiegłego wieku, [6] natomiast odsetek osób w wieku 80 lat i więcej wyniósł 4,2% ogólnej liczby ludności. Prognozy pokazują, że w 2040 roku wzrośnie do 9,5% całej populacji [7], czyli będzie wyższy niż obecnie w Japonii. W analizie zaawansowania starości społeczeństwa znajduje także zastosowanie miara wieku środkowego ludności, czyli mediana. Równoległe ze wzrostem liczebności najstarszych grup wiekowych i niską dzietnością mediana wieku społeczeństwa polskiego przesuwana się ku coraz wyższym wartościom. W 2010 roku wynosiła ona 36,7 lat, ale już w 2015 roku – 38,6 lat, a według prognoz w 2050 roku będzie to 50,5 [8].



Rycina 1. Zmiany w strukturze ludności Polski w najstarszej grupie wiekowej
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS [9]

1.2. Proces starzenia i jego konsekwencje

W XXI wieku wielu badaczy postrzega proces starzenia jako zjawisko najważniejsze z punktu widzenia społecznego i gospodarczego. Starzenie się definiowane jest jako powolne, ale sukcesywne pogarszanie funkcji narządów skutkujące coraz łatwiejszym zaburzeniem równowagi pod wpływem stresorów. Według akceptowanej powszechnie definicji Kirkwooda, starzenie się jest procesem postępującego upośledzenia funkcji życiowych organizmu oraz utratą zdolności adaptacyjnych do zmian środowiskowych wraz ze zwiększającym się prawdopodobieństwem zgonu [10]. Oznacza to pogłębianie się w miarę upływu czasu ograniczenia możliwości utrzymania homeostazy [11].

Narastające wraz z upływem czasu zmiany zwiększają ryzyko wystąpienia wielu chorób przewlekłych. Mogą też być przyczyną wystąpienia wielkich zespołów geriatrycznych czyli przewlekłych zaburzeń, których obecność niesie ze sobą zagrożenie niesprawnością [12]. Zespoły te wzajemnie potęgują swoje negatywne oddziaływanie na niezależność osób starszych tworząc wielokierunkową sieć powiązań przyczynowo – skutkowych (ryc. 2).



Rycina 2. Wielkie zespoły geriatryczne

Proces starzenia się jest dynamiczny, ale też indywidualny. Kończący go okres życia to starość. Nie ma jednoznacznej definicji starości. W różnych dziedzinach życia przyjmuje się różne miary i różnie definiuje charakterystyczne cechy, na podstawie których uznaje się daną jednostkę za starszą. Określa się więc wiek kalendarzowy, ale też biologiczny, psychiczny, społeczny, prawny, ekonomiczny i socjalny. Nawet jednak przyjęcie jako punktu odniesienia wieku kalendarzowego nie ułatwia definiowania starości.

Za początek starości według ONZ uznaje się ukończenie 65 roku życia [13]. Z kolei WHO od lat za początek tego okresu przyjmuje ukończenie 60 roku życia wyróżniając trzy etapy starości: od 60 do 74 r. ż. (wiek podeszły – tzw. wczesna starość lub III wiek – ang. young old), od 75 do 90 r. ż. (wiek starczy – tzw. późna starość lub IV wiek – ang. old old) oraz powyżej 90 r. ż. (wiek sędziwy – tzw. długowieczność – ang. oldest old) [14].

Globalizacja procesu starzenia rozumianego jako wzrost liczby i odsetka ludzi w wieku powyżej 60 lat oraz brak zastępowalności pokoleń radykalnie i trwale wpływa na wszystkie obszary życia społecznego ujawniając się wyraźnie w sferze opieki zdrowotnej, sferze ekonomicznej, rodzinnej, relacji międzypokoleniowych, kulturowej, prawnej, politycznej [15, 16]. Obok jednostkowego, zjawisko to ma również wymiar społeczny [17].

Starzenie się społeczeństw determinuje nowe zadania przed systemem opieki zdrowotnej. Osoby starsze częściej są pacjentami zakładów ochrony zdrowia ponieważ wraz z upływem czasu zwiększa się u nich ryzyko wystąpienia przewlekłych problemów zdrowotnych. Równocześnie postęp wiedzy medycznej stale poprawia jakość świadczeń zwiększając jednak ich koszt [18]. Dlatego też osoby starsze stanowią grupę szczególnej troski w zakresie ochrony zdrowia.

Zmiany demograficzne mają fundamentalne znaczenie dla polityki społeczno-ekonomicznej. Zwiększająca się liczba osób starszych, niepracujących prowadzi do zmniejszania finansowania świadczeń i usług społecznych wobec zaprzestania odprowadzania składek i podatków przy jednoczesnym zwiększaniu się nakładów na grupę osób nieaktywnych zawodowo [19]. Starzenie się społeczeństw zmniejsza zatem liczebność grupy finansującej, a zwiększa populację osób korzystających ze świadczeń i transferów pieniężnych [20].

Analizy zjawisk społecznych uświadamiają złożoność więzi łączących różne grupy wiekowe. Obejmuje to również rodzinę. Osoby starsze traktują rodzinę jako

naturalne środowisko, które daje wsparcie fizyczne, duchowe a także materialne [21]; jest źródłem aktywności, poczucia satysfakcji, miłości i przynależności. W tym okresie życia rodzina stanowi najważniejsze miejsce zaspokajania potrzeb, realizuje istotne dla osób starych kontakty społeczne [22]. Daje poczucie akceptacji oraz możliwość spełniania się w ważnych z punktu widzenia rodziny i społeczeństwa rolach babci i dziadka. Parafrazując słowa ks. Leona Dyczewskiego, jednego z uznanych polskich gerontologów, można powiedzieć, że rodzina to wspólnota miłości i solidarności; miejsce najgłębszych relacji międzyludzkich opartych na dobrowolności i miłości oraz na osobistej i głęboko uzupełniającej się zależności pokoleń polegającej na wzajemnym pomaganiu w osiągnięciu doskonalszej mądrości życiowej [23].

Tempo życia ostatnich lat wnosi istotne zmiany w funkcjonowaniu rodzin – maleje odsetek rodzin wielopokoleniowych, a wzrasta odsetek rodzin nuklearnych, co może powodować marginalizację pozycji człowieka starszego w rodzinie i społeczeństwie. Z różnych względów rodzina nie może zapewnić opieki nad swoimi starszymi członkami. W takiej sytuacji należy rozpatrywać konieczność zapewnienia ludziom starym opieki instytucjonalnej [24]. Ważnym kontekstem opieki instytucjonalnej jest polityka zdrowotna, a także ekonomika zdrowia i społeczne wykluczenie. Aby obniżyć koszty związane z wyżej wymienionymi zagadnieniami należy podejmowane działania skupić w szczególności na wzmacnianiu prozdrowotnych zachowań i profilaktyce zdrowotnej seniorów. Wyrazem takich działań był realizowany w roku 2012 projekt „Europejski Rok Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej”, którego celem była aktywizacja seniorów oraz zwrócenie uwagi na problemy starszych [25].

1.3. Sprawność funkcjonalna

Sprawność funkcjonalna rozumiana jest jako zdolność do wykonywania codziennych czynności życiowych w sposób bezpieczny, samodzielny i nie wymagający nadmiernego wysiłku [26]. Stanowi ona ważną składową w ocenie ogólnego stanu zdrowia [27].

Podstawą pomyślnego starzenia się jest utrzymanie sprawności funkcjonalnej. Jej filary stanowią: sprawność fizyczna i umysłowa, równowaga emocjonalna oraz dobre relacje społeczne [28, 29]. Ocena sprawności jest bardzo ważnym elementem w

profilaktyce niepełnosprawności seniorów ponieważ umożliwia wczesne rozpoznanie deficytów i zapobiega pogłębianiu ich negatywnych skutków. Jest to istotne z tego względu, gdyż pozwala zdefiniować zapotrzebowanie na opiekę [30] oraz korzystne z perspektywy rodziny, której współczesny schemat nie sprzyja realizowaniu optymalnego otoczenia do sprawowania opieki nad osobami starszymi, przewlekle chorymi i niepełnosprawnymi, a także z punktu widzenia polityki społecznej i zdrowotnej państwa ze względu na generowane dla systemu koszty.

Ocena sprawności funkcjonalnej aktualizowana wraz z postępem procesu starzenia oraz chorób przewlekłych jest podstawowym zadaniem całościowej oceny geriatrycznej (COG). Ten wielowymiarowy proces służy nie tylko definiowaniu stanu osób starszych, ale również poszukiwaniu odwracalnych przyczyn istniejących deficytów oraz wyznaczaniu celów terapii. Holistyczne podejście do seniorów sugeruje zarówno ocenę elementów funkcjonowania fizycznego i psychicznego, jak również emocjonalnego oraz społecznego (w kontekście potrzeb i wsparcia). Są to więc wszystkie filary sprawności funkcjonalnej pozwalające na zapewnienie nie tylko opieki zorientowanej na pacjencie (ang. patient centered care), ale opieki zorientowanej na osobie (person centered care) [31]. Podejście takie pozwala najefektywniej zapobiegać spadkowi funkcjonalności [32].

Stuck i wsp. na podstawie systematycznego przeglądu literatury i metaanalizy uwzględniających 18 badań i ponad 13 tys. pacjentów starszych wykazali, że COG wykonywana przez profesjonalistów u osób starszych przebywających w środowisku zamieszkania ma korzystny wpływ na codzienne funkcjonowanie jeśli nie jest to ocena jednorazowa [33]. Przegląd badań randomizowanych wskazuje, że COG wykonana u pacjentów hospitalizowanych również daje korzyści, pozwala skracać hospitalizacje oraz zmniejszać śmiertelność [34, 35]. Stwierdzono również zwiększenie prawdopodobieństwa przeżycia oraz pozostania we własnym domu w okresie roku od wykonania oceny [36].

Wyniki badań wskazują na wyraźnie korzystny wpływ COG u starszych hospitalizowanych pacjentów w kontekście zmniejszenia ryzyka instytucjonalizacji. Nabiera to szczególnego znaczenia również w naszym kraju.

Złożoność, wysoki stopień skomplikowania, ale też czasochłonność i długotrwałe angażowanie wykwalifikowanego personelu medycznego do wykonywania oceny to główne wady COG powodujące, że od lat zadawane jest pytanie o możliwość uproszczenia procedury. Podkreśla się przy tym, że nie wszystkie starsze osoby

wymagają tak szczegółowej oceny. Równolegle dyskutowane są modyfikacje i dodatkowe elementy, których włączenie do COG mogłoby pozwolić na efektywniejszą diagnostykę i monitorowanie istniejących deficytów [37].

Wydaje się więc, że potrzebne jest prostsze narzędzie umożliwiające samodzielną ocenę niezależności funkcjonalnej w środowisku domowym seniora, które pozwoliłoby w sposób stosunkowo prosty wyselekcjonować osoby z grup ryzyka.

1.4. Potrzeby osób starszych i narzędzia do ich oceny

Nie ulega wątpliwości, że posiadanie dorosłego potomstwa zwiększa szansę osób w podeszłym wieku na znalezienie wsparcia i opieki ze strony członków własnej rodziny. Jest to zatem okoliczność pozytywna z punktu widzenia bycia seniorem. Należy jednak pamiętać o prognozach demograficznych, a to oznacza, że w najbliższej przyszłości dość liczną grupą będą osoby bezdzietne. Konsekwencją tego będzie zerwanie familijnego „łańcucha pomocy” i intensywny wzrost liczby osób starszej generacji, które nie będą posiadały potomstwa, więc będą pozbawione wsparcia jakie daje familiaryzacja programów opiekuńczych – rodzina miejscem zaspokajania potrzeb [38]. Dodatkowo, dla potencjalnego braku wsparcia w obrębie rodziny znaczenie ma rozproszenie przestrzenne czyli znaczna odległość miejsca zamieszkania przedstawicieli młodszych pokoleń od starszych. Jak pokazują badania PolSenior ponad 90% wsparcia potrzebnego osobom starszym jest udzielana przez członków rodziny [39]. Na znaczne zaangażowanie rodzin w opiekę w Polsce zwracają też uwagę badania międzynarodowe [40]. Oznacza to, że obserwowane i prognozowane zmiany demograficzne wiązać się będą z powstaniem luki w opiece, co szczególnie podkreśla znaczenie właściwego definiowania potrzeb i możliwości ich zaspokajania.

Pojęcie „potrzeby” jest wielowymiarowe co wynika z różnych stosowanych definicji w różnych dziedzinach [41]). Niemniej podejmowane są też próby stworzenia uniwersalnej definicji. Jedna z nich mówi, że: „potrzeba to coś, co w związku z biologią jednostki, jej rolą społeczną, kulturą grupy, doświadczeniem i aktualnymi warunkami sytuacyjnymi, w których ona funkcjonuje, wytwarza w niej nie tylko poczucie zaspokojenia (lub jego brak) w określonym zakresie spraw, ale także (w przypadku zaspokojenia potrzeby) poczucie sensu trwania w tym zaspokojeniu” [42]. Jedna z akceptowanych w naukach medycznych definicji, mówi z kolei, że „potrzeba jest

„naturalnie odczuwanym brakiem organizmu, bez zaspokojenia którego życie ludzkie staje się utrudnione lub wręcz niemożliwe” [43].

Podobnie jak definicji, tak i klasyfikacji potrzeb jest wiele. Już w roku 1943 Abraham Maslow przedstawił teorię ludzkich potrzeb, której podstawą jest ich hierarchiczne uporządkowanie od najbardziej podstawowych (fizjologicznych) do potrzeb najwyższego poziomu (samorealizacji). Maslow nadał potrzebom kształt piramidy umieszczając na najniższym jej poziomie potrzeby najbardziej podstawowe, których zaspokojenie jest niezbędnym warunkiem funkcjonowania człowieka [44]. Zgodnie z teorią Maslowa, potrzeby z wyższych poziomów pojawiają się dopiero po zaspokojeniu niższych poziomów, a wrodzoną potrzebą człowieka jest zaspokajanie potrzeb z coraz wyższych poziomów hierarchii. Maslow uważał również, że niezaspokojenie potrzeb ujemnie wpływa na zdrowie fizyczne i psychiczne. Hierarchia potrzeb według Maslowa wygląda następująco:

1. Potrzeby fizjologiczne – m.in. oddychanie, sen, odpoczynek, odżywianie, zaspokojenie pragnienia, rozmnażanie.
2. Potrzeba bezpieczeństwa – m. in. stabilizacja, pewność, opieka, wolność od bólu i lęku.
3. Potrzeba przynależności i miłości – m.in. akceptacja, przyjaźń, nawiązywanie relacji międzyludzkich.
4. Potrzeba szacunku – m.in. wysoka samoocena, uznanie ze strony innych.
5. Potrzeba samorealizacji – m.in. realizacja swoich możliwości, dążenie do własnego rozwoju.

Jedną z pierwszych klasyfikacji potrzeb, w której wyróżniono potrzeby osób starszych przedstawiono już prawie pół wieku temu [45]. Obejmuje ona:

1. Potrzebę wykonywania społecznie użytecznych działań.
2. Potrzebę uznania za część społeczeństwa, społeczności i grupy, i odgrywania w nich określonej roli.
3. Potrzebę wypełniania powiększonego wolumenu czasu w satysfakcjonujący sposób.
4. Potrzebę utrzymywania normalnych stosunków towarzyskich.
5. Potrzebę uznania jako jednostki ludzkiej.
6. Potrzebę okazji i sposobności dla autoekspresji oraz poczucia dokonań.
7. Potrzebę odpowiedniej stymulacji psychicznej i umysłowej.

8. Potrzebę ochrony zdrowia i dostępu do opieki społecznej.
9. Potrzebę odpowiednio ustalonego trybu życia i utrzymywania stosunków z rodziną.
10. Potrzebę duchowej satysfakcji.

Niewątpliwie zaspokojone lub niezaspokojone potrzeby osób starych determinują ich własną ocenę jakości życia [46]. Stąd możliwość rozpoznania oraz ocena potrzeb seniorów ma ważne znaczenie dla ich stanu zdrowia jak również skutkuje ekonomizacją działań w obszarze ochrony zdrowia. Oznacza to konieczność wprowadzania narzędzi, które umożliwią wczesne zdefiniowanie istniejących problemów w tym tych, które niosą ze sobą ryzyko niesprawności.

W codziennej praktyce ocena zakresu wymaganego wsparcia u osób niesamodzielnych w Polsce przeprowadzana jest z wykorzystaniem indeksu Bartel. Obejmuje on zakres dziesięciu podstawowych czynności życiowych, jedynie w zakresie zdrowia fizycznego. Niewłączenie do oceny obszaru funkcjonowania psychospołecznego i warunków socjalnych, które w myśl cykli i kaskad geriatrycznych wzajemnie na siebie oddziałują, powoduje, że stosowanie jedynie tej skali prowadzi np. do niezauważenia potrzeb pacjentów z otępieniem jeśli są oni sprawni fizycznie.

Kilka alternatywnych narzędzi zostało zwalidowanych w wersji polskojęzycznej, ale dotychczas żadne z nich nie znalazło szerszego zastosowania. Do takich narzędzi należy kwestionariusz CANE [47] (Camberwell Assessment of Need for the Elderly). Ocenia on potrzeby w obrębie 24 obszarów (np. mobilność czy stan psychiczny). Jego pierwowzorem jest kwestionariusz CAN (The Camberwell Assessment of Need), który jest przeznaczony do oceny potrzeb u pacjentów psychiatrycznych. W związku przedstawionym pochodzeniem kwestionariusza CANE, pierwsze jego zastosowania pochodzą z jednostek psychiatrycznych [48, 49]. W dalszej kolejności pokazano możliwość zastosowania kwestionariusza również u osób starszych mieszkających w środowisku domowym [50, 51], jak i w placówkach opieki długoterminowej [52, 53, 54] oraz u osób hospitalizowanych [55]. Co więcej, zaobserwowano również, efektywność narzędzia w kontekście przeprowadzanych interwencji [56, 57]. Kwestionariusz CANE został też zwalidowany w innych niż angielska wersjach językowych (np. portugalskiej [58] czy holenderskiej [59], w tym również w języku polskim [60]).

Kwestionariusz CANE posiada dwie ciekawe cechy. Pierwszą jest możliwość oceny potrzeb z różnych perspektyw tj. samej osoby starszej, ale też jej formalnych i

nieformalnych opiekunów, a drugą – niezależna ocena potrzeb zaspokojonych i niezaspokojonych. Pokazano np., że same osoby starsze zgłaszały o 25% mniej potrzeb w stosunku do personelu i opiekunów, ale jednocześnie, że kwestionariusz CANE umożliwia identyfikację obszarów, w których pacjent postrzega potrzeby jako niezaspokojone, a niedostrzegane są one przez opiekunów nieformalnych oraz profesjonalistów [61]. Stwierdzono też, że dla jakości życia osób starszych mają znaczenie głównie potrzeby niezaspokojone [62].

Innym, znanym od lat narzędziem oceny potrzeb jest Kwestionariusz EASY-Care Standard 2010 (Kwestionariusz EC). Narzędzie zostało stworzone w 1997 roku w wersji anglojęzycznej i – w założeniu autorów – miało być skróconym ujęciem COG do zastosowania w praktyce lekarza rodzinnego. Do kwestionariusza włączono zatem m.in. ocenę w zakresie podstawowych (ang. Activities of Daily Living – ADL), a także wybranych złożonych czynności życiowych (ang. Instrumental Activities of Daily Living – IADL; np. gotowanie czy płacenie rachunków) [63]. Ocenia on potrzeby w zakresie 7 różnych obszarów szczegółowo opisanych w metodyce badania niniejszej pracy. Kwestionariusz został zwalidowany również w polskiej wersji językowej [64, 65]. Pomimo uznanej roli kwestionariusza w ocenie potrzeb, próby jego użycia w badaniach interwencyjnych nie przyniosły jednoznacznych wyników [66].

Pytania kwestionariusza są zadawane bezpośrednio osobie starszej, ale spodziewane jest uzupełnienie zbieranych danych przez opiekuna. Ostatnio wykazano jednak, że dla osób z niewielką tylko niesprawnością może on być też stosowany w samoocenie [67]. Najnowsza wersja Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010 została poszerzona o 3 skale podsumowujące, będące syntezą zbieranych danych, które – jak wykazano – lepiej definiują zagrożenia wynikające z niezaspokojonych potrzeb osób starszych [68]. Pierwsze badania z użyciem tej wersji kwestionariusza w Polsce zostały przeprowadzone w roku 2011 w celu oceny możliwości zastosowania Kwestionariusza EC do analizy potrzeb osób starszych objętych opieką instytucjonalną [69]. U wszystkich analizowanych osób stwierdzono istnienie podstawowych potrzeb opiekuńczych uzasadniających ich pobyt w DPS. Rok później przeprowadzono pilotażowe badania w Polsce u osób starszych mieszkających we własnych domach [70]. Stwierdzono dużą częstość zgłaszania potrzeb w obszarze „Zdrowie psychiczne i ogólne samopoczucie”; dotyczyło to wielu domen (np. dolegliwości bólowe, osamotnienie, występowanie problemów ze snem czy niemożliwość realizowania swoich zainteresowań). Zaobserwowano również istnienie silnej ujemnej korelacji pomiędzy wynikami

uzyskiwanymi w skali Barthel (ocena samodzielności w zakresie podstawowych czynności życiowych) i skali Lawton (w zakresie czynności złożonych) oraz wynikami uzyskiwanymi we wszystkich trzech skalach podsumowujących Kwestionariusz EC [71]. Pokazano także, że dla uzyskiwania gorszych wyników w skalach podsumowujących znaczenie mają: nietrzymanie moczu, problemy z poruszaniem się poza domem oraz niesamodzielność i zapominanie [72].

Innym narzędziem, stanowiącym w pewnym sensie skrót Całościowej Oceny Geriatrycznej (COG) jest skala NOSGER (ang. Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients) [73]. Analizuje ona 5 obszarów odnoszących się bezpośrednio do COG (pamięć, podstawowe i złożone czynności życiowe, nastrój i zachowania społeczne) oraz szósty, jakim są zachowania zakłócające, aspołeczne, destrukcyjne czyli to co z jednej strony – istotnie wpływa na codzienne funkcjonowanie, a z drugiej – na obciążenie opiekuna bieżącą opieką. Pomimo wykazanych dobrych właściwości psychometrycznych skali [74, 75] nie została ona zaakceptowana do powszechnego i codziennego użytku. Podobnie jak wcześniej omawiane skale, jest raczej stosowana w badaniach naukowych. W badaniach interwencyjnych skala NOSGER była raczej stosowana pomocniczo przy jednoczesnym zastosowaniu innych narzędzi [76].

Narzędziem zwalidowanym w wersji polskojęzycznej jest również kwestionariusz Care Dependency Scale (CDS) zbudowany na podstawie teorii pielęgnowania V. Henderson. Obejmuje on 14 obszarów potrzeb umożliwiających analizę bio-psycho-społecznego funkcjonowania. Pierwotnie kwestionariusz był dedykowany ocenie potrzeb w opiece instytucjonalnej, gdzie pokazano jego przydatność w definiowaniu stopnia zależności pacjenta od opieki [77]. Jednak ostatnie badania sugerują możliwość jego szerszego użycia – np. do definiowania potrzeb hospitalizowanych osób starszych [78].

Jak dotąd nie oceniano związku wyników oceny potrzeb u osób starszych z wynikami oceny samoakceptacji.

1.5 Samoocena

Samoocena (ang. self-esteem) to świadoma i subiektywna postawa wobec zrozumienia emocji wywoływanych przez własne Ja. Jest – pozytywnym lub negatywnym – rodzajem percepcji samego siebie. Samoocena może być postrzegana również jako stan, w którym aktualny poziom aprobaty i akceptacji społecznej odgrywa

kluczową rolę [79]. W dużym stopniu kształtuje się ona pod wpływem relacji z innymi ludźmi oraz ich ocen i oczekiwań. Jest to subiektywny wizerunek człowieka, który buduje się na gruncie osobistych sukcesów i porażek [80]. Podstawą samooceny są cechy osobowościowe i stosunki z innymi ludźmi (rodzina, społeczeństwo), ale według niektórych autorów znaczenie mają również właściwości fizyczne tj. cechy wyglądu zewnętrznego czy zdrowie [81].

Samooceńa nie jest tożsąma z pewnością siebie. Nie powinna być również traktowana jako wartościowanie powstające pod wpływem chwili; u osób dorosłych samoocena uważana jest za cechę względnie stałą. Zwraca się jednocześnie uwagę, że samoocena ukryta (nieświadoma) może oddziaływać na samoocenę jawną (świadomą) decydując o jej stabilności [82, 83]. Co więcej, stopień indywidualnego poziomu stabilności samooceny wpływa na akceptację lub negację zarówno swoich mocnych, jak i słabych stron [84].

Ogólne poczucie własnej wartości określa się jako samoocenę globalną i przeciwstawia się jej samoocenę szczegółową, która dotyczy aktywności człowieka w różnych dziedzinach życia, np. role społeczne czy zawodowe. Wykazano wpływ globalnej samooceny na kształtowanie się samooceny szczegółowej [85].

Najpowszechniej na świecie używanym narzędziem służącym do samooceny jest skala SES (ang. Self-Esteem Scale), zaproponowana w 1965 roku przez Rosenberga. SES ocenia ogólny czyli globalny poziom samooceny [86, 87].

Samooceńa definiowana przez Rosenberga jest cechą, którą w około 30-40% można dziedziczyć i odzwierciedla ona miejsce jednostki w hierarchii społecznej [88]. Niska samoocena oznacza – zgodnie z koncepcją Rosenberga – niezadowolenie z siebie, a wysoka – uznanie siebie za wartościowego człowieka. W rzeczywistości pokazano już przed wielu laty, że osoby o niskiej samoocenie postrzegają siebie jako mniej lubiane i atrakcyjne społecznie, choć badania osób z otoczenia nie potwierdziły tego, ale też zależności odwrotnej czyli lepszego postrzegania przez otoczenie osób o wysokiej samoocenie [89]. Pokazano natomiast, że istnieje związek pomiędzy efektywnością działania i samooceną, ale to nie wyższa samoocena powoduje większą efektywność, co większa efektywność wpływa na wyższą samoocenę [90].

Dostępna jest polska adaptacja narzędzia, dla którego potwierdzono dobre własności psychometryczne (trafność i rzetelność) [91]. Przy jej pomocy potwierdzono, że osoby o wysokiej samoocenie przeżywają mniej negatywnych emocji, w tym m.in. depresji czy lęku, w stosunku do osób o samoocenie niskiej. Polską wersję skali

zastosowano u osób starszych pokazując związek pomiędzy samooceną i satysfakcją z życia [92].

2. Cel pracy

Głównym celem pracy była ocena potrzeb osób starszych w zakresie stanu psychicznego, fizycznego i społecznego wykonana przy pomocy Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010 i ich przeanalizowanie z uwzględnieniem samooceny ocenianej skalą SES według Morrisa Rosenberga (ang. Self-Esteem Scale).

W obrębie celu głównego sformułowano następujące cele szczegółowe:

1. Określenie najważniejszych obszarów potrzeb u osób starszych mieszkających w środowisku domowym na wsi i w mieście.
2. Wskazanie determinant ryzyka załamania samoopieki, ryzyka potrzeby całodobowej opieki i ryzyka upadków.
3. Określenie determinant niskiej samooceny u osób starszych.
4. Ocena związku między liczbą i jakością potrzeb, a samooceną w badanej grupie.
5. Odpowiedź na pytanie, czy istnieje zależność pomiędzy ryzykiem załamania samoopieki, ryzykiem potrzeby całodobowej opieki i ryzykiem upadków ocenianych Kwestionariuszem EASY-Care Standard 2010 oraz samooceną ocenianą według skali SES?

3. Materiał i metoda

Na wykonanie badań uzyskano zgodę komisji bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu nr 950/15.

3.1. Badana grupa

Badaniami objęte były osoby starsze, które ukończyły sześćdziesiąt lat i mieszkają we własnym środowisku domowym. Do badań włączono 300 przypadkowych osób. Kryterium włączenia, poza wiekiem i zamieszkiwaniem w środowisku domowym, było wyrażenie zgody na udział w badaniu oraz uzyskanie w Skróconym Teście Sprawności Umysłowej wg Hodkinsona [93] ponad 6 punktów (AMTS, Abbreviated Mental Test Score), Oznacza to kwalifikowanie do badań tylko osób bez zaburzeń poznawczych, po to, aby mieć pewność, że rozumieją zadawane pytania, a uzyskane odpowiedzi są wiarygodne [94]. Kwalifikacje do badań prowadzono w poradniach lekarza rodzinnego w Chodzieży, Ujściu i Pile oraz w Kole Gospodyń Wiejskich w Ujściu, UTW w Chodzieży oraz Stowarzyszeniu Osób po Operacjach Onkologicznych Głowy i Szyi „Pomoc dla Życia” w Poznaniu.

Wszystkie osoby którym zaproponowano udział w badaniu wyraziły zgodę na uczestnictwo. Wszystkie te osoby uzyskały więcej niż 6 punktów w teście AMTS co oznacza, że wszyscy uczestnicy biorący udział w badaniu spełniali kryteria włączenia do badania.

3.2. Metodyka badań

Badanie obejmowało wykonywaną na wstępie ocenę sprawności funkcji poznawczych testem AMTS. Zawiera on 10 pytań/zadań, za poprawne wykonanie każdego osoba oceniana otrzymuje 1 punkt. Zaletą oceny jest jej nieskomplikowanie i to, że jest rekomendowana do użycia przez przeszkolony personel np. pielęgniarski; tym samym nie jest zastrzeżona do stosowania przez psychologów [95].

Badanie właściwe obejmowało:

- a) ocenę potrzeb osób starszych przy pomocy Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010,

b) ocenę samoakceptacji i samostrzegania z wykorzystaniem skali SES Morrisa Rosenberga.

Średni czas potrzebny na przeprowadzenie badania to 60 minut. Wszystkie badania zostały przeprowadzone przez jedną osobę (doktorantka).

3.2.1. Kwestionariusz EASY-Care Standard 2010

Kwestionariusz EASY-Care Standard 2010 jest skalą służącą do oceny potrzeb osób starszych mieszkających w środowisku, która została zwalidowana w wersji polskojęzycznej przez Bień i wsp. [96]. Kwestionariusz składa się z dwóch części. W pierwszej części zbierane są informacje o pacjencie i jego sytuacji rodzinnej, a druga – poświęcona jest właściwej ocenie potrzeb.

Analizie poddaje się 7 obszarów, z których każdy obejmuje elementy składające się na potrzeby w danym obszarze. Wyróżnione w Kwestionariuszu EASY-Care 2010 obszary to:

- Obszar I: Wzrok, słuch i zdolność porozumiewania się – o obejmuje 4 elementy,
- Obszar II: Dbanie o siebie – obejmuje 13 elementów,
- Obszar III: Porozumiewanie się – 8 elementów
- Obszar IV: Bezpieczeństwo osobiste – 5 elementów
- Obszar V: Warunki mieszkaniowe i sytuacja finansowa – 3 elementy
- Obszar VI: Stan zdrowia – 7 elementów
- Obszar VII: Zdrowie psychiczne i ogólne samopoczucie – 9 elementów.

Na podstawie zebranych informacji ustala się listę rozpoznanych potrzeb opiekuńczych, będących zarazem priorytetami działań.

Dodatkowo Kwestionariusz EASY-Care Standard 2010 został, w stosunku do standardowej wersji, poszerzony o trzy podsumowujące skale, które charakteryzują potrzeby poszczególnych osób w zakresie opieki. Powstały one z wybranych pytań zawartych w ocenie różnych obszarów kwestionariusza. Są to:

- *Skala poziomu niezależności* (ang. Independence score) – obrazuje samodzielność badanego w zakresie: ubierania się, dbania o wygląd, kąpieli, przygotowania posiłków, samodzielnego przemieszczanie się oraz gospodarowania pieniędzmi.

Minimalna ilość uzyskanych punktów to – 0, maksymalna – 100. Im większa liczba uzyskanych punktów, tym ryzyko zależności jest większe.

- *Skala ryzyka załamania opieki* (ang. Risk of breakdown in care) – obrazuje ryzyko hospitalizacji na podstawie uzyskanych odpowiedzi na pytania dotyczące takich czynności jak: ubieranie się, kąpiel, korzystanie z toalety oraz oceny stanu zdrowia i samopoczucia, a także utratę pamięci, wystąpienie depresji lub/i dolegliwości bólowych. Minimalna ilość uzyskanych punktów to – 0, maksymalna – 12. Wraz w większą liczbą uzyskanych punktów rośnie ryzyko hospitalizacji.
- *Skala ryzyka upadków* (ang. Risk of falls) – definiuje się poprzez analizę problemów z przemieszczaniem się, problemów ze stopami oraz poczuciem bezpieczeństwa w domu i poza nim, a także liczbą upadków w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Minimalna liczba uzyskanych punktów to – 0, maksymalna – 8. Uzyskanie 3 lub więcej punktów świadczy o występowaniu wysokiego ryzyka upadków.

3.2.2. Skala samooceny według Rosenberga (ang. Self-Esteem Scale – SES)

Do badań samooceny zastosowano skalę SES według Rosenberga w polskiej adaptacji Dzwonkowskiej i wsp. [90]. Skala ta jest jedną z najczęściej stosowanych na świecie metod pomiaru ogólnej samoakceptacji i samopostrzegania.

Skala składa się z 10 twierdzeń, do których badany ma się ustosunkować wybierając jedną z 4 możliwych odpowiedzi, gdzie:

- 1 – oznacza – zdecydowanie się zgadzam
- 2 – oznacza – częściowo się zgadzam
- 3 – oznacza – częściowo się nie zgadzam
- 4 – oznacza – zdecydowanie się nie zgadzam.

Dla każdej badanej osoby określono samoocenę mieszczącą się w przedziale od 10 do 40 pkt. Wyliczenia dokonano uwzględniając zasady przedstawione w dedykowanym skali podręczniku [89]. Zgodnie z tym dla wybranych twierdzeń, które sformułowane są pozytywnie tj.: 1,2,4,6,7 stosuje się odwróconą punktację po to, by wyższa wartość punktowa odpowiadała odpowiedziom wyrażającym wyższy poziom

samooceny. Ogólna zasada oceny zakłada, że im wyższy wynik końcowy tym lepsza samoocena.

Wobec różnych podejść metodologicznych do wyników końcowych (ocena proporcjonalna, wyróżnienie przedziałów z niską, średnią i wysoką samooceną o różnych punktach odcięcia) w pracy zastosowano metodę proporcjonalną i założono, że wyniki do 25 reprezentują niską samoocenę, a wyniki wyższe – wysoką.

3.3 Analiza statystyczna

Wyniki przedstawiono w postaci średnich i odchyłeń standardowych, a także mediany i zakresu ocenianych wartości. Przedstawiono również odsetek osób spełniających założony warunek. Z uwagi na brak normalności rozkładu danych do porównania danych ilościowych zastosowano test Manna-Withney'a. Dane jakościowe porównano testem Chi². Przyjęto jako poziom istotności statystycznej $p < 0,05$.

Obliczenia statystyczne dokonano za pomocą programu Statistica 12.

W pierwszym etapie oceniono związek występujących potrzeb w poszczególnych obszarach Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010 z:

- wiekiem – wyróżniono 2 grupy wiekowe: A1: 60-69 lat i A2: 70 i więcej lat
- płcią
- wykształceniem – wzięto pod uwagę 2 grupy wyróżnione w zależności od wykształcenia – G1 – wykształcenie poniżej średniego (podstawowe i zawodowe) oraz G2 – co najmniej średnie (średnie i wyższe)
- miejscem zamieszkania – miasto i wieś
- stanem cywilnym – uwzględniono osoby samotne (panna, kawaler, wdowa, wdowiec, rozwódka, rozwodnik) oraz osoby żyjące w związku (małżeństwo, konkubinaty)
- zamieszkiwaniem – rozważono osoby, które mieszkają same oraz te, które mieszkają z rodziną lub w parze
- opiekowaniem się kimś
- posiadaniem opiekuna.

W przypadku stwierdzenia zależności potrzeb, w którymś z analizowanych obszarów od więcej niż jednego z ocenianych parametrów, przeprowadzono dodatkową analizę zgodnie z zasadami regresji logistycznej wieloczynnikowej. Podobną zasadę zastosowano przy analizie wyników skali SES.

W ostatnim etapie poszukiwano związków pomiędzy wynikami Kwestionariusza EASY-Care i skali SES stosując współczynnik korelacji rang Spearmana.

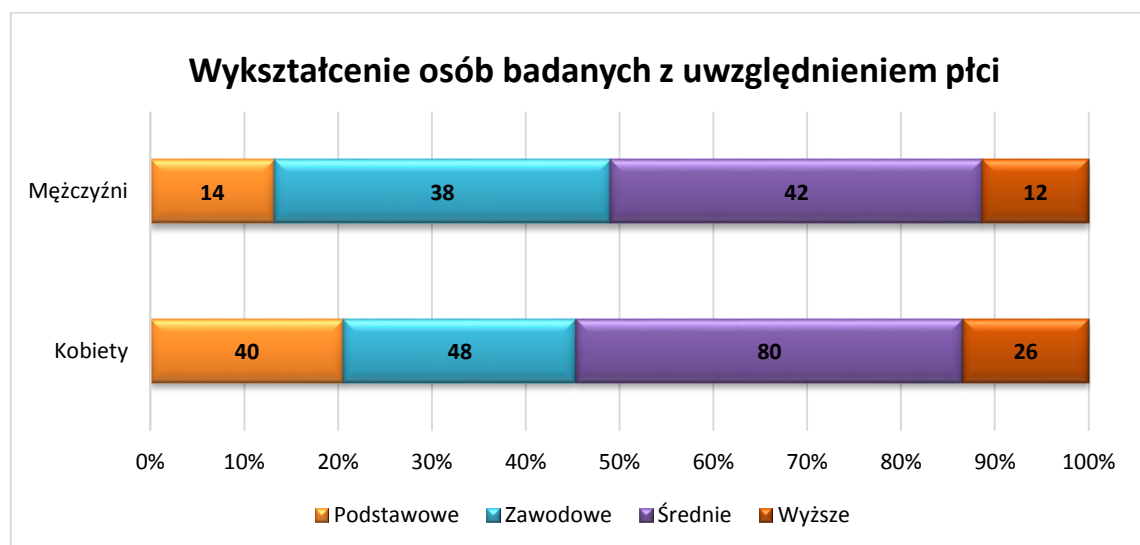
4. Wyniki

Do badań włączono 300 przypadkowych osób starszych w tym 194 kobiety (64,7%) i 106 mężczyzn (35,3%). Średnia wieku badanych wynosiła $70,5 \pm 7,5$ lat (mediana: 69,0 lat; zakres: 60-100 lat). Wiek kobiet i mężczyzn był porównywalny (K: $70,6 \pm 7,7$ lat [68,5 lat; 60-100 lat] vs M: $70,4 \pm 7,2$ lat [69,0 lat; 60-90 lat]).

Do grupy A1 (wiek: 60-69 lat) zakwalifikowano 164 osoby (54,7%), a w tym 105 kobiet i 59 mężczyzn, a do grupy A2 (wiek: co najmniej 70 lat) – 136 osób (45,3 %); 89 kobiet i 47 mężczyzn. Wyróżnione grupy nie różniły się pod względem płci.

Jeśli chodzi o wykształcenie badanych, to najliczniejsza grupa analizowanych osób miała wykształcenie średnie ($n=122$; 40,7%). Kobiety częściej niż mężczyźni miały wykształcenie podstawowe (K: 40-20,6% vs M: 14-13,2%). Częstość pozostałych poziomów wykształcenia nie różniła się istotnie. Szczegółowe dane dotyczące wykształcenia analizowanych osób z uwzględnieniem płci przedstawia rycina 3. W grupie G1 (wykształcenie niższe niż średnie) znalazło się 140 osób w tym 52 mężczyzn (49,1%) i 88 kobiet (45,4%), a w grupie G2 (wykształcenie co najmniej średnie tj. średnie i wyższe) znalazło się 54 mężczyzn (50,9%) i 106 kobiet (54,6%).

W grupie wiekowej A1 znalazły się 72 osoby – 43,9% z wykształceniem niższym niż średnie (G1) natomiast w grupie wiekowej A2 68 osób – 50,0% z tym wykształceniem. Częstość wykształcenia poniżej średniego była porównywalna w wyróżnionych grupach wiekowych.



Rycina 3. Wykształcenie osób badanych z uwzględnieniem płci

Większość osób badanych mieszkała w mieście tj. 240 osób (80,0%); 164 kobiety (84,5%) i 76 mężczyzn (71,7%). W badaniu uczestniczyło 30 kobiet (15,5% wszystkich kobiet) i 30 mężczyzn (28,3% wszystkich mężczyzn) mieszkających na wsi.

Liczebność osób w grupie A1 i A2 mieszkających w mieście i na wsi była porównywalna. Szczegółową charakterystykę miejsca zamieszkania w wyróżnionych grupach wiekowych przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Charakterystyka miejsca zamieszkania osób badanych z wyróżnieniem wieku

Miejsce zamieszkania	Wszyscy badani		Badani w wieku: 60-69 lat (A1)		Badani w wieku: 70 i powyżej (A2)	
	Liczba osób (n)	%	Liczba osób (n)	%	Liczba osób (n)	%
Wieś	60	20,0	37	22,6	23	16,9
Miasto	240	80,0	127	77,4	113	83,1

Z analizy struktury badanej populacji ze względu na stan cywilny wynika, że ponad połowa badanych żyła w związkach małżeńskich (178 osób – 59,3 %). Dotyczyło to częściej mężczyzn niż kobiet (86 mężczyzn – 81,1 % i 92 kobiety – 47,4%; $p=0,000$).

Wśród badanych 21 osób (7,0%) nigdy nie zawarło związku małżeńskiego; częściej kobiety niż mężczyźni (9,3% vs. 2,8 %; $p<0,05$). Podobnie było w przypadku wdowieństwa – 92 osoby badane owdowiały (30,7%) – częściej kobiety niż mężczyźni (39,7 % vs. 14,2%; $p=0,000$).

W pracy analizowano niezależnie osoby samotne (panna, kawaler, wdowa, wdowiec, rozwódka, rozwiedziony) oraz osoby żyjące w związkach (małżeństwo, konkubinat). Szczegółową charakterystykę stanu cywilnego w wyróżnionych grupach przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Charakterystyka stanu cywilnego osób badanych z wyróżnieniem płci

Stan cywilny	Wszyscy badani		Kobiety		Mężczyźni	
	Liczba osób (n)	%	Liczba osób (n)	%	Liczba osób (n)	%
Osoby samotne	122	40,7	102	52,6	20	18,9
Osoby żyjące w związkach	178	59,3	92	47,4	86	81,1

W badanej populacji wyróżniono dwie grupy osób ze względu na zamieszkiwanie – pierwsza to osoby, które mieszkają same, druga to osoby, które mieszkają z rodziną lub w parze. Ogólna liczba osób mieszkających samotnie to 80 (26,7%). W tej grupie znalazły się 64 kobiety (33,0%) i 16 mężczyzn (15,1%) – częściej kobiety niż mężczyźni; $p=0,008$ oraz 30 osób (18,3%) z grupy wiekowej A1 i 50 osób (36,8%) z grupy wiekowej A2. W grupie mieszkających z rodziną lub w parze znalazło się 220 osób (73,3%) w tym 130 kobiet (67%) i 90 mężczyzn (84,9%), 134 osoby z grupy wiekowej A1 (81,8%) i 86 osób (63,2%) z grupy A2.

Wśród wszystkich badanych 47 osób (15,7%) opiekowało się kimś; było to 37 kobiet (19,1% wszystkich kobiet) i 10 mężczyzn (9,4% wszystkich badanych mężczyzn); $p=0,030$ oraz 35 osób z grupy wiekowej A1 (21,3%) i 12 osób z grupy wiekowej A2 (8,8%); $p=0,003$. Natomiast 72 osoby (24,0%) posiadały opiekuna. W tej liczbie znalazło się 48 kobiet (24,7%) i 24 mężczyzn (22,6%), 18 osób z grupy wiekowej A1 (11,0%) i 54 osoby z grupy wiekowej A2 (39,7%); $p=0,000$.

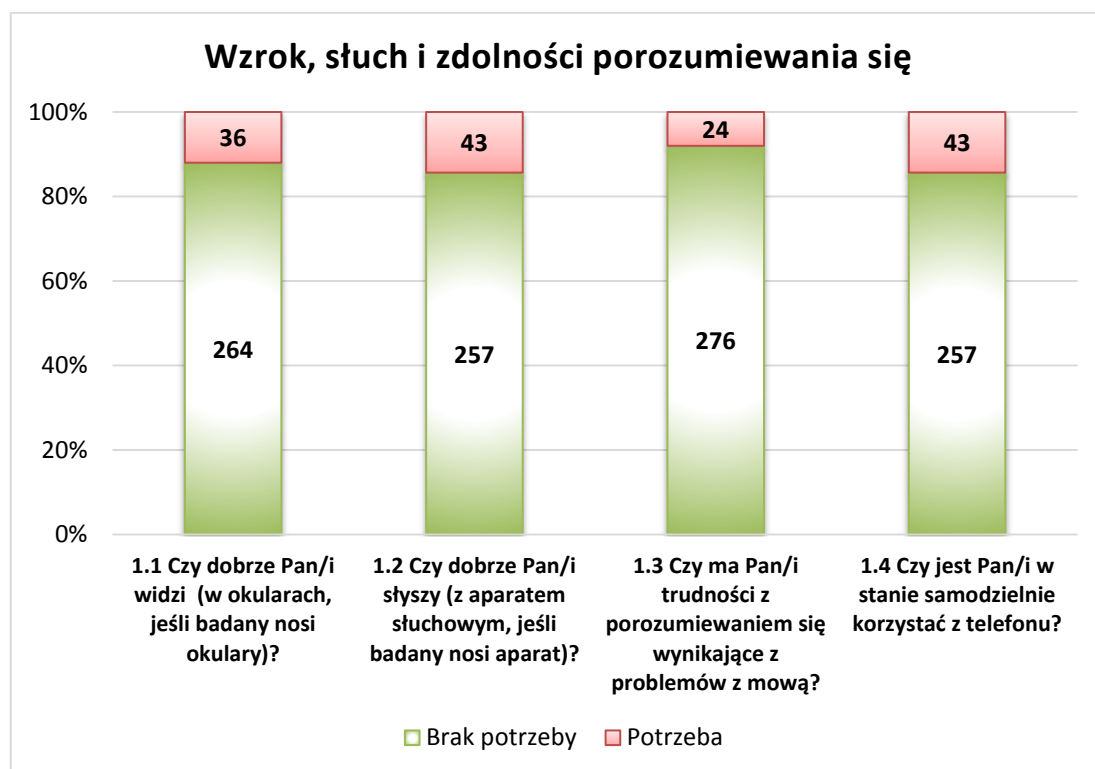
4.1 Analiza wyników uzyskanych przy pomocy Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010

4.1.1. Obszar I: Wzrok, słuch i zdolność porozumiewania się

Obszar I składa się z czterech domen: wzrok, słuch, porozumiewanie się oraz korzystanie z telefonu.

W Obszarze I (w łącznej analizie wszystkich domen) stwierdzono występowanie potrzeb u 100 respondentów (33,3%). Najwięcej osób miało potrzebę wynikającą z zaburzeń słuchu i problemów z samodzielnym korzystaniem z telefonu (po 43 osoby – 14,3%). Szczegółowe dane dotyczące liczby osób z potrzebami w poszczególnych domenach przedstawia rycina 4. Wśród badanych nie było osób niewidzących i niesłyszących, ale aż 11 osób podawało, że ma znaczne trudności z porozumiewaniem się ze wszystkimi – osoby te były po laryngektomii z powodu raka krtani. Wśród 43 osób, które nie były w stanie samodzielnie korzystać z telefonu, aż 13 osób (czyli prawie co

trzecia osoba z tej grupy i 4,3% ogółu badanych) nie było w stanie zupełnie korzystać z telefonu.



Rycina 4. Charakterystyka odpowiedzi udzielanych przez respondentów w zakresie potrzeb Obszaru I: Wzrok, słuch i zdolność porozumiewania się Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010

Na podstawie przeprowadzonej analizy statystycznej uwzględniającej zmienne demograficzne, nie stwierdzono związku między częstością występowania potrzeb w Obszarze I, a płcią badanych (kobiety: 66 – 34,0%, mężczyźni: 34 – 32,1%). Osoby ze starszej grupy wiekowej (70 i więcej lat – grupa A2) częściej zgłaszały potrzeby, w tym obszarze niż osoby młodsze (grupa A1: wiek: 60-69 lat; odpowiednio: 62 osoby – 45,6% i 38 osób – 23,2%; $p < 0,001$). Częściej potrzeby występowały u osób gorzej wykształconych (wykształcenie poniżej średniego [G1]: 56 osób – 40,0% i osoby z wykształceniem co najmniej średnim [G2]: 44 osoby – 27,5%; $p < 0,05$).

Biorąc pod uwagę stan cywilny stwierdzono, że osoby stanu wolnego (panny/kawalerowie, rozwiedzione, owdowiałe) częściej zgłaszały problemy, w tym obszarze niż osoby żyjące w związkach (odpowiednio: $n=59$ osób – 48,4% i $n=41$ osób – 23,0%; $p < 0,001$). Badane osoby starsze, które mieszkały same deklarowały potrzeby w Obszarze I w porównaniu z osobami mieszkającymi w parze lub z rodziną (osoby

mieszkające same: n=29 – 36,3% i osoby mieszkające z kimś n=71 – 32,3%) podobnie jak mieszkańcy miasta i wsi (miasto: n=84 osoby – 35,0% i wieś: n=16 osób – 26,7%).

Stwierdzono istnienie nieistotnego statystycznie trendu do większej częstości potrzeb w Obszarze I u osób deklarujących, że nie sprawują nad nikim opieki w stosunku do deklarujących sprawowanie opieki (odpowiednio: n=90 osób – 35,6% i n=10 osób – 21,3%; p=0,0643), natomiast osoby, które same korzystały z pomocy opiekuna częściej deklarowały występowanie potrzeb niż te, które opiekuna nie miały (osoby posiadające opiekuna: n=55 – 76,4% i osoby nieposiadające opiekuna: n=45 – 19,7%; p<0,001).

Analiza wieloczynnikowa

Do analizy wieloczynnikowej włączono wszystkie parametry istotnie wpływające na istnienie potrzeb w Obszarze I czyli wiek, wykształcenie, stan cywilny i posiadanie opiekuna. Ze względu na istnienie nieistotnego statystycznie trendu dla częstszego występowania potrzeb w tym obszarze u osób sprawujących opiekę nad innymi w stosunku do niesprawujących opieki (p=0,0643) uwzględniono również ten parametr.

W wyniku przeprowadzonej analizy stwierdzono, że najważniejszą niezależną determinantą istnienia potrzeb w Obszarze I było posiadanie opiekuna, które zwiększało szansę wystąpienia potrzeb ponad 10 krotnie (p<0,001). Dodatkowo znaczenie miał stan cywilny – bycie samotnym (panna/kawaler, rozwiedziona/rozwodnik czy wdowa/wdowiec) – zwiększało szanse na wystąpienie potrzeb w analizowanym obszarze prawie 2 krotnie (p<0,05).

Szczegółowe wyniki analizy wieloczynnikowej przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Wyniki analizy wieloczynnikowej oceniającej niezależne determinanty potrzeb w Obszarze I: Wzrok, słuch i zdolność porozumiewania się Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010

Analizowane parametry	Poziom odniesienia	Wartość p	Iloraz szans (OR)	Ufność OR: -95%	Ufność OR +95%
Grupa wiekowa	A2 – 70 lat i więcej	0,445	1,266	0,691	2,322
Stan cywilny	Samotny/a	0,043	1,841	1,019	3,324
Wykształcenie	Poniżej średniego	0,911	1,034	0,577	1,853
Sprawowanie opieki	Nie	0,408	1,431	0,613	3,342
Posiadanie opiekuna	Tak	0,000	10,036	5,057	19,920

4.1.2. Obszar II: Dbanie o siebie

Obszar II składa się z trzynastu domen związanych z samodzielnością w zakresie czynności dnia codziennego. Są to np. higiena osobista czy korzystanie z toalety.

W Obszarze II (we wspólnej analizie wszystkich domen) istnienie potrzeb stwierdzono u 200 osób (66,7%), przy czym najwięcej osób miało problemy z wydalaniem moczu i stolca (odpowiednio: 161 osób – 47,9% i 131 osób – 43,8%). Szczegółowe dane dotyczące liczby osób z potrzebami w poszczególnych domenach Obszaru II przedstawia rycina 4.

Spośród osób mających problemy z wydalaniem moczu – 102 osoby (34,0% wszystkich badanych) miały ten problem czasami, a 59 osób (19,7%) miało nietrzymanie moczu stwarzające problem częściej niż raz dziennie. Okresowe problemy z wypróżnieniami miały 103 osoby (34,3%), a częste problemy – 28 osób (9,3%). Wśród badanych 6 osób (2,0%) nie było w stanie samodzielnie się ubrać, 18 osób (6,0%) – nie było w stanie wykonać prac domowych, 17 badanych (5,7%) – nie było w stanie samodzielnie przygotować sobie posiłku, 1 osoba (0,3%) nie była w stanie samodzielnie zjeść posiłku, a 9 osób (3,0%) – wziąć leków.

Wśród osób z potrzebami w Obszarze II znalazło się 125 kobiet (64,4%) oraz 75 mężczyzn (70,8%), a zatem płeć nie miała wpływu na częstość zgłaszanych potrzeb w tym obszarze. Osoby z grupy wiekowej A2 istotnie częściej zgłaszały potrzeby w Obszarze II niż osoby z grupy wiekowej A1 (grupa A2: n=109 osób – 80,2% vs. grupa A1: n=91 osób – 55,5%; $p<0,001$), ale częstość występowania potrzeb w tym obszarze nie miała związku z wykształceniem (osoby z wykształceniem G1 100 osób – 71,4% i osoby z wykształceniem G2 – 100 osób tj. 62,5%).

Potrzeby w zakresie Obszaru II występowały porównywalnie często u badanych osób mieszkających w mieście i na wsi (miasto: n=159 osób – 66,3% vs. wieś: n=41 osób – 68,3%). Osoby stanu wolnego (nigdy nie zawierające związku małżeńskiego, rozwiedzione, owdowiałe) miały częściej potrzeby w tym obszarze częściej niż osoby żyjące w związkach (93 osoby – 76,2% vs. 107 osób – 60,1%; $p<0,01$). Stwierdzono istnienie nieistotnej statystycznie tendencji ($p=0,0725$) do częstszego występowania potrzeb w Obszarze II u badanych żyjących w pojedynkę w stosunku do tych mieszkających z kimś (zamieszkiwanie samotne: n=60 – 75,0% i zamieszkiwanie z kimś: n=140 – 63,6%).

Bycie opiekunem nie miało znaczenia dla częstości występowania potrzeb w Obszarze II (osoby sprawujące opiekę: n= 27 – 57,5% vs. osoby niesprawujące opieki: n=173 – 68,4%), ale w grupie osób posiadających opiekuna potrzeby występowały częściej niż u tych nieposiadających opiekuna (posiadanie opiekuna: n=69 osób – 95,8% i nieposiadanie opiekuna: n=131 osób – 57,5%; p<0,001).

Analiza wieloczynnikowa

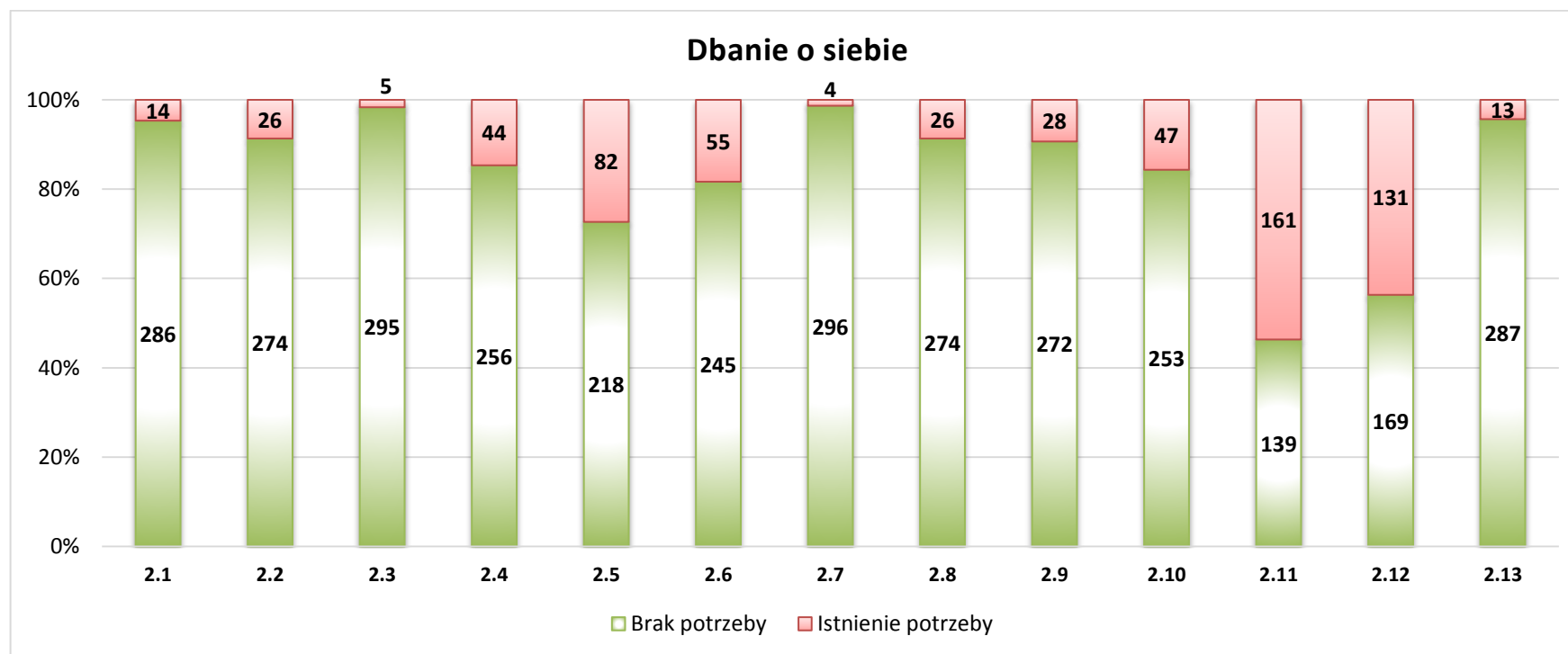
Do analizy wieloczynnikowej włączono wszystkie parametry istotnie wpływające na występowanie potrzeb w Obszarze II w analizie jednoczynnikowej tj. wiek, stan cywilny i posiadanie opiekuna. Ze względu na występowanie nieistotnego statystycznie trendu dla częstszego występowania potrzeb w tym obszarze u osób, które mieszkają same w stosunku do tych zamieszkujących z innymi (p=0,0725) uwzględniono również ten parametr.

W wyniku przeprowadzonej analizy stwierdzono, że najważniejszą determinantą dla posiadania potrzeb w Obszarze II było posiadanie opiekuna, które zwiększało możliwość wystąpienia potrzeb ponad 13-krotnie (p<0,001). Dodatkowo przynależność do starszej grupy wiekowej czyli wiek 70 lat i więcej zwiększała prawdopodobieństwo wystąpienia potrzeb w analizowanym obszarze dwukrotnie (p<0,05).

Szczegółowe wyniki analizy wieloczynnikowej przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Wyniki analizy wieloczynnikowej obejmującej parametry istotnie wpływających na występowanie potrzeb w Obszarze II: Dbanie o siebie Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010 w analizie jednoczynnikowej

Analizowane parametry	Poziom odniesienia	Wartość p	Iloraz szans (OR)	Ufność OR -95%	Ufność OR +95%
Grupa wiekowa	A2 – 70 lat i więcej	0,013	2,061	1,167	3,640
Stan cywilny	Samotny/a	0,990	1,005	0,438	2,308
Zamieszkiwanie	Mieszkający/a sam/a	0,547	1,324	0,531	3,300
Posiadanie opiekuna	Tak	0,000	13,090	3,880	44,164



Rycina 5. Charakterystyka potrzeb w Obszarze II: Dbanie o siebie. Kolejne domeny to:

2.1 Czy jest Pan/i w stanie samodzielnie zadbać o swój wygląd (np. uczesać się, ogolić, umalować)?; 2.2 Czy jest Pan/i w stanie sam/a się ubrać?; 2.3 Czy jest Pan/i w stanie sam/a umyć ręce i twarz?; 2.4 Czy jest Pan/i w stanie samodzielnie korzystać z wanny lub prysznicza?; 2.5 Czy sam/a Pan/i wykonuje prace domowe?; 2.6 Czy jest Pan/i w stanie samodzielnie przygotowywać sobie posiłki?; 2.7 Czy jest Pan/i w stanie samodzielnie zjadać posiłki?; 2.8 Czy ma Pan/i problemy z jamą ustną lub uzębieniem?; 2.9 Czy jest Pan/i w stanie samodzielnie przyjmować leki?; 2.10 Czy występują u Pana/i jakieś zmiany skórne (np. owrzodzenia podudzi, odleżyny)?; 2.11 Czy zdarzają się Panu/i problemy z wydalaniem moczu (nietrzymanie moczu)?; 2.12 Czy ma Pan/i trudności z wypróżnieniami (nietrzymanie stolca)?; 2.13 Czy jest Pan/i w stanie samodzielnie korzystać z toalety (lub sedesu pokojowego)?

4.1.3. Obszar III: Poruszanie się

Obszar III składa się z 8 pytań mających związek z przemieszczaniem się, w tym transferem z łóżka na krzesło, czy pokonywaniem schodów, ale też złożonymi czynnościami życiowymi takimi jak robienie zakupów czy samodzielność w zakresie docierania do miejsc użyteczności publicznej.

Istnienie potrzeb w Obszarze III stwierdzono u 209 osób (69,7%). Najczęściej występowały potrzeby związane z problemami w obrębie stóp (150 osób – 50% badanych). Często również deklarowano wystąpienie upadku w okresie 12 miesięcy poprzedzających badanie (131 osób – 53,7%) przy czym 58 osób (19,3%) upadło w tym czasie częściej niż raz.

Ponadto prawie co trzecia osoba badana nie była w stanie samodzielnie wykonać zakupów (86 osób – 28,7%), przy czym 30 osób nie było w stanie ich wykonać w ogóle (10,0%). Wśród badanych znalazło się 7 osób (2,3%) leżących, 9 osób (3,0%) – poruszających się po domu tylko z pomocą oraz 2 osoby (0,7%) – poruszające się samodzielnie na wózku inwalidzkim. Prawie co 20 z analizowanych osób (14 – 4,7%) nie było w stanie samodzielnie pokonać schodów. Poruszać się poza domem (nawet z pomocą) nie mogło 18 osób (6,0%), a aż 29 osób (9,7%) nie było w stanie dotrzeć do miejsc użyteczności publicznej również nawet z pomocą.

Częstość występowania potrzeb była większa w starszej grupie wiekowej (grupa A2: 111 osób – 81,6% i grupa A1: 98 osób – 59,8%; $p < 0,001$), ale nie różniła się u kobiet i mężczyzn (kobiety: 134 – 69,1% i mężczyźni: 75 – 70,8%).

Istotnie częściej potrzeby w Obszarze III występowały u osób gorzej wykształconych (wykształcenie G1 – poniżej średniego 108 osób – 77,1% i osoby z wykształceniem G2 – co najmniej średnim 101 osób tj. 63,1%; $p < 0,05$). Nie stwierdzono wpływu miejsca zamieszkania na występowanie potrzeb w tym obszarze (miasto: 168 osób – 70,0% vs. wieś: 41 osób – 68,3%). Zaobserwowano natomiast istnienie nieistotnego statystycznie trendu do częstszego występowania potrzeb w Obszarze III u osób samotnych w stosunku do tych żyjących w związkach (osoby stanu wolnego: 92 – 75,4% vs. osoby żyjące w związku: 117 osób – 65,7%; $p = 0,0754$). Jednak badani, którzy mieszkają sami deklarowali istnienie potrzeb porównywalnie często do mieszkających z kimś (zamieszkiwanie samotne: $n = 58$ – 72,5% i zamieszkiwanie z kimś: $n = 151$ – 68,6%).

Osoby sprawujące nad kimś opiekę porównywalnie często miały potrzeby w Obszarze III do tych, które nikim się nie opiekowały ($n = 31$ – 66,0% vs. $n = 178$ – 70,4%),

ale istotnie częściej potrzeby występowały u osób mających opiekuna w stosunku do nie mających takiej osoby w rodzinie lub wśród przyjaciół (n=65 – 90,3% vs. n=144 – 63,2%; p<0,001).

Analiza wieloczynnikowa

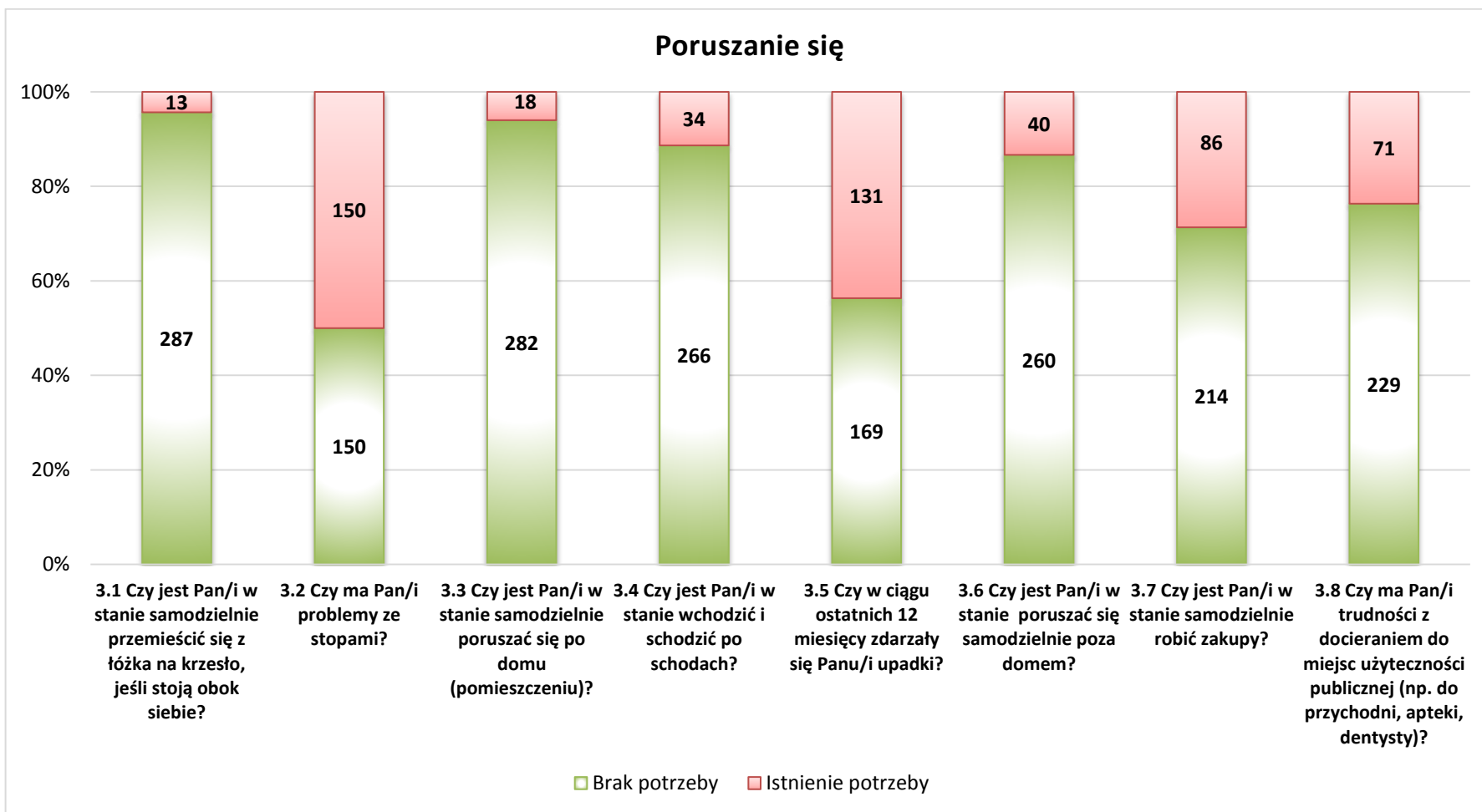
Do analizy wieloczynnikowej włączono wszystkie parametry istotnie wpływające na występowanie potrzeb w Obszarze III w analizie jednoczynnikowej tj. wiek, wykształcenie i posiadanie opiekuna. Dodatkowo wzięto pod uwagę stan cywilny ze względu na istnienie nieistotnego statystycznie trendu u osób samotnych do większej liczby potrzeb w stosunku do tych żyjących w związku małżeńskim lub partnerskim (p=0,0754).

Stwierdzono, że niezależnymi parametrami mającymi wpływ na częstość występowania potrzeb w Obszarze III były posiadanie opiekuna, które zwiększało szansę wystąpienia potrzeb ponad 3 krotnie (p<0,01) oraz przynależność do starszej grupy wiekowej (tj. wiek 70 lat i więcej) – ponad 2 krotnie (p<0,05).

Szczegółowe wyniki analizy wieloczynnikowej przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 5. Wyniki analizy wieloczynnikowej obejmującej parametry istotnie wpływające na występowanie potrzeb w Obszarze III: Poruszanie się Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010 w analizie jednoczynnikowej

Analizowane parametry	Poziom odniesienia	Wartość p	Iloraz szans (R)	Ufność OR - 95%	Ufność OR +95%
Grupa wiekowa	A2 – 70 lat i więcej	0,004	2,308	1,297	4,108
Wykształcenie	G1 – poniżej średniego	0,076	1,626	0,950	2,784
Stan cywilny	Samotny/a	0,893	0,962	0,543	1,702
Posiadanie opiekuna	Tak	0,004	3,621	1,513	8,667



Rycina 6. Charakterystyka potrzeb w domenach Obszaru III: Poruszanie się. Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010

4.1.4. Obszar IV: Bezpieczeństwo osobiste

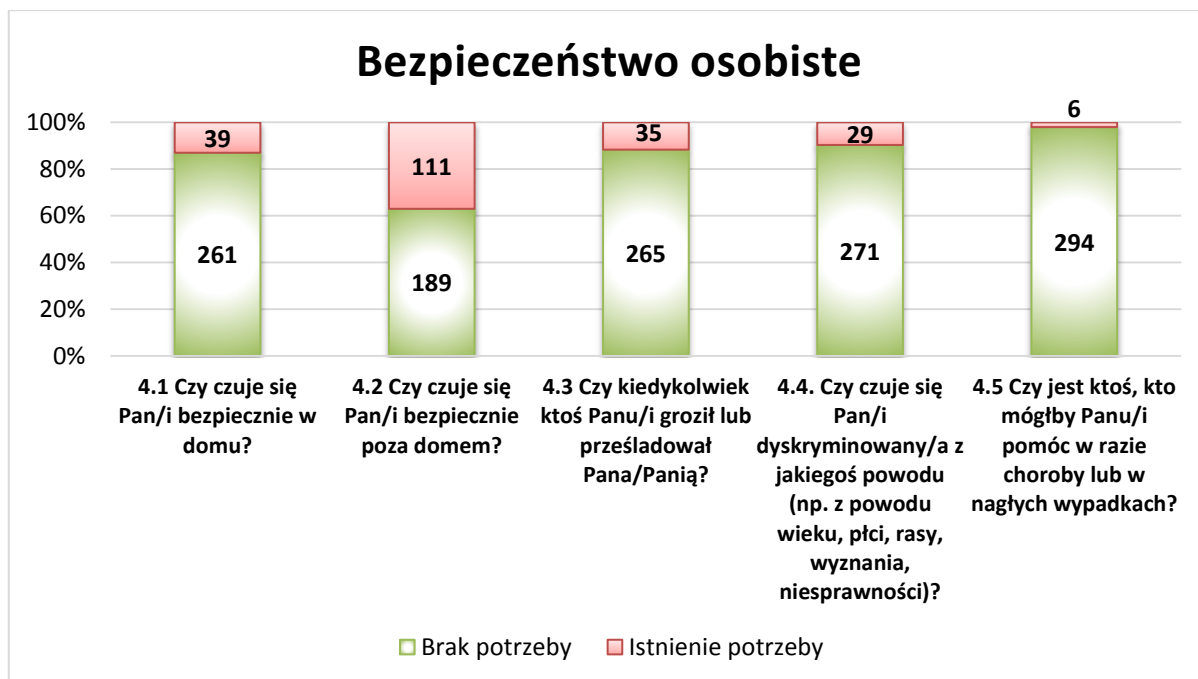
Obszar IV składa się z pięciu domen mających związek z bezpieczeństwem, zarówno w domu, jak i poza nim. Bezpieczeństwo osobiste obejmuje też np. pytanie o posiadanie osoby, która w razie potrzeby mogłaby się zaopiekować badanym.

W obszarze IV istnienie potrzeb stwierdzono u 137 osób (45,7%). Najczęściej dotyczyły one bezpieczeństwa poza domem (111 osób – 37,0% wszystkich badanych). Tylko 6 osób (2,0%) deklarowało, że w razie choroby lub nagłej potrzeby nie miałby kto im pomóc. Poczucie dyskryminacji zgłosiło 29 osób (9,7%). Szczegółowe dane dotyczące liczby osób z potrzebami w obszarze IV przedstawiono na rycinie 6.

Płeć badanych nie miała wpływu na występowanie potrzeb w Obszarze IV: w grupie osób z potrzebami znalazły się 92 kobiety (47,4%) oraz 45 mężczyzn (42,4%). Jednak osoby ze starszej grupy wiekowej (A2) częściej zgłaszały potrzeby w tym obszarze niż osoby młodsze (grupa A2: 72 osoby – 53,0% vs. grupa A1: 65 osób – 39,7%; $p < 0,05$). Istotnie częściej też potrzeby występowały u osób z wykształceniem G1 – poniżej średniego ($n=75$ – 53,6%) w stosunku do osób z wykształceniem G2 – co najmniej średnim ($n=62$ – 38,8%; $p < 0,05$).

Stwierdzono istnienie nieistotnego statystycznie trendu do częstszego występowania potrzeb w zakresie Obszaru IV u badanych osób mieszkających na wsi w stosunku do tych mieszkających w mieście (odpowiednio: $n=34$ osoby – 56,7% i $n=103$ osoby – 42,9%; $p=0,0608$). U osób samotnych częściej występowały potrzeby w tym obszarze niż u żyjących w związkach (osoby samotne: $n=72$ – 59,0% i osoby żyjące w związkach: $n=65$ – 36,5%; $p < 0,001$). Również badani mieszkający samotnie mieli potrzeby częściej niż mieszkający z kimś (zamieszkiwanie samotne: $n=47$ – 58,8% i mieszkający w rodzinie/parze: $n=1$ – 48,6%; $p < 0,01$).

Sprawowanie opieki istotnie wpłynęło na częstość występowania potrzeb w zakresie bezpieczeństwa osobistego; częściej potrzeby zgłaszały osoby, które nikim się nie opiekowały ($n=124$ – 49,0%) w porównaniu do osób, które były opiekunami ($n=13$ – 27,7%; $p < 0,01$). Istotnie częściej też potrzeby w zakresie Obszaru IV miały osoby posiadające opiekuna ($n=59$ – 81,9%) w porównaniu do nieposiadających opiekuna ($n=78$ – 34,2%; $p < 0,0001$).



Rycina 7. Szczegółowa charakterystyka potrzeb w zakresie domen Obszaru IV: Bezpieczeństwo osobiste Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010

Analiza wieloczynnikowa

Do analizy wieloczynnikowej włączono wszystkie parametry istotnie wpływające na występowanie potrzeb w Obszarze IV w analizie jednoczynnikowej tj. wiek, wykształcenie, stan cywilny, sprawowanie opieki i posiadanie opiekuna. Ze względu na istnienie nieistotnego statystycznie trendu dla częstszego występowania potrzeb w tym obszarze u osób mieszkających na wsi w stosunku do mieszkających w mieście ($p=0,0608$) uwzględniono również ten parametr.

W wyniku przeprowadzonej analizy stwierdzono, że najważniejszą niezależną determinantą potrzeb w Obszarze IV było posiadanie opiekuna, które zwiększało szansę wystąpienia potrzeb ponad 8 krotnie ($p<0,001$). Dodatkowo mieszkanie na wsi zwiększało szansę wystąpienia potrzeb w analizowanym obszarze ponad 2 krotnie ($p<0,05$).

Szczegółowe wyniki analizy wieloczynnikowej przedstawiono w tabeli 6.

Tabela 6. Wyniki analizy wieloczynnikowej obejmującej parametry istotnie wpływające na występowanie potrzeb w Obszarze IV: Bezpieczeństwo osobiste Kwestionariusz EASY-Care Standard 2010 w analizie jednoczynnikowej

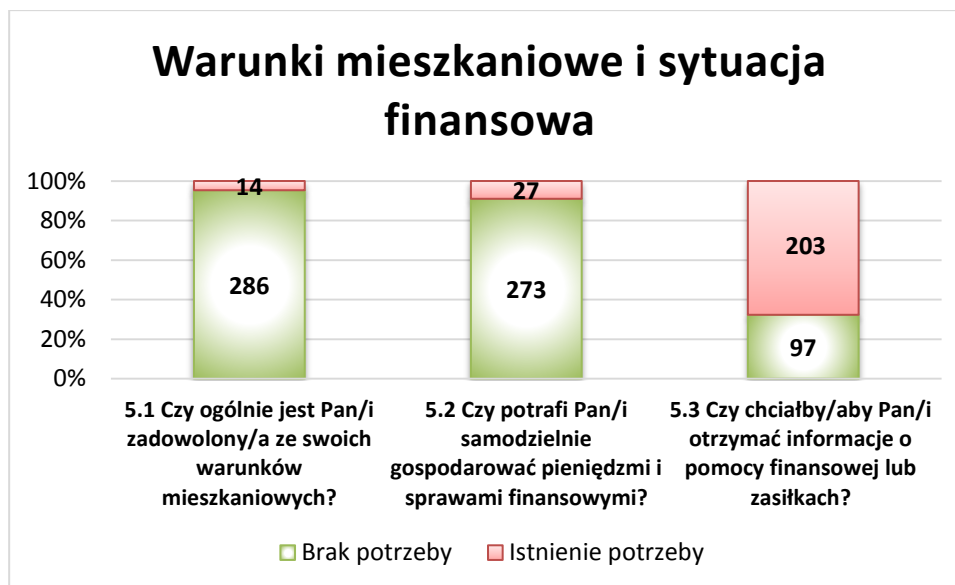
Analizowany parametr	Poziom odniesienia	Wartość p	Iloraz szans (R)	Ufność OR -95%	Ufność OR +95%
Grupa wiekowa	A2 –70 lat i więcej	0,475	0,814	0,462	1,433
Miejsce zamieszkania	Wieś	0,019	2,157	1,136	4,093
Wykształcenie	Poniżej średniego	0,473	1,212	0,717	2,047
Stan cywilny	Samotny/a	0,511	1,297	0,598	2,813
Zamieszkiwanie	Mieszkający/a sam/a	0,189	1,754	0,758	4,057
Sprawowanie opieki	Nie	0,085	1,951	0,911	4,181
Posiadanie opiekuna	Tak	0,000	8,265	3,927	17,396

4.1.5. Obszar V: Warunki mieszkaniowe i sytuacja finansowa

Obszar V składa się z trzech domen dotyczących sytuacji mieszkaniowej i finansów.

W zakresie Obszaru V potrzeby zgłosiło 213 osób (71,0%). Były to przede wszystkim potrzeby w zakresie otrzymania informacji o pomocy finansowej i zasiłkach – występowały one u 2/3 badanych (n=203 osoby – 67,7%).

Szczegółowe dane dotyczące potrzeb w zakresie domen Obszaru V przedstawiono na rycinie 8.



Rycina 8. Szczegółowa charakterystyka potrzeb w zakresie domen Obszaru V: Warunki mieszkaniowe i sytuacja finansowa Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010

Potrzeby w Obszarze V występowały u 140 kobiet (72,2%) i 73 mężczyzn (68,9%), a zatem nie różniły się pod względem częstości pomiędzy kobietami i mężczyznami. Były również porównywalnie częste w wyróżnionych grupach wiekowych (grupa A1: $n=116$ – 70,7% i grupa A2 : $n=97$ – 71,3%). Jednak dla występowania potrzeb w tym obszarze miało znaczenie wykształcenie; osoby badane z wykształceniem G1 – niższym niż średnie istotnie częściej zgłaszały potrzeby w obszarze V w porównaniu do osób z wykształceniem G2 – co najmniej średnim (G1: $n=113$ – 80,7% vs. G2: $n=100$ – 62,5%; $p<0,001$).

Nie stwierdzono związku częstości występowania potrzeb w Obszarze V ani z miejscem zamieszkania (osoby mieszkające na wsi: $n=47$ – 78,3% i osoby mieszkające w mieście: $n=166$ – 69,2%) ani ze stanem cywilnym badanych (osoby samotne: $n=87$ – 71,3% i osoby żyjące w związkach: $n=126$ – 70,8%). Jednak badani żyjący w pojedynkę mieli potrzeby w tym obszarze istotnie statystycznie rzadziej w stosunku do tych mieszkających z kimś (osoby mieszkające samotnie: $n=50$ – 62,5% i osoby mieszkające z kimś: $n=163$ – 74,1%; $p<0,001$).

Sprawowanie opieki nad kimś nie wpływało na częstość zgłaszania potrzeb w Obszarze V (osoby niesprawujące opieki: $n=180$ – 71,2% i osoby sprawujące opiekę: $n=33$ – 70,2%). Stwierdzono istnienie nieistotnego statystycznie trendu do częstszego posiadania potrzeb w tym obszarze u osób posiadających opiekuna w stosunku do

nieposiadających takiej osoby (osoby posiadające opiekuna: n=58 – 80,6% i osoby nieposiadające opiekuna: n=155 – 68,0%; p=0,0522).

Analiza wieloczynnikowa

Do analizy wieloczynnikowej włączono parametry istotnie wpływające na występowanie potrzeb w Obszarze V w analizie jednoczynnikowej tj. wykształcenie i zamieszkiwanie samotne lub z kimś. Jednak ze względu na istnienie nieistotnego statystycznie trendu dla częstszego występowania potrzeb w tym obszarze u osób posiadających opiekuna (p=0,0522) uwzględniono również ten parametr.

W wyniku przeprowadzonej analizy stwierdzono, że niezależnie na istnienie potrzeb w Obszarze V wpływało wykształcenie i zamieszkiwanie dwukrotnie częściej potrzeby miały osoby gorzej wykształcone (wykształcenie poniżej średniego w stosunku do tych posiadających wykształcenie co najmniej średnie – p<0,01) i osoby mieszkające z kimś (p<0,05).

Szczegółowe wyniki analizy wieloczynnikowej przedstawiono w tabeli 7.

Tabela 7. Wyniki analizy wieloczynnikowej obejmującej parametry wpływających na występowanie potrzeb w Obszarze V: Warunki mieszkaniowe i sytuacja finansowa Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010 w analizie jednoczynnikowej

Analizowane parametry	Poziom odniesienia	Wartość p	Iloraz szans (R)	Ufność OR - 95%	Ufność OR +95%
Wykształcenie	G1 – poniżej średniego	0,003	2,310	1,341	3,981
Zamieszkiwanie	Zamieszkiwanie w parze czy rodziną	0,035	1,832	1,043	3,219
Posiadanie opiekuna	Tak	0,133	1,682	0,853	3,316

4.1.6. Obszar VI: Dbłość o zdrowie

Obszar VI obejmuje 7 domen dotyczących stylu życia i zachowań prozdrowotnych m.in. używek (picie alkoholu, palenie tytoniu), regularności podejmowania aktywności fizycznej czy wykonywania pomiarów ciśnienia tętniczego.

W zakresie Obszaru VI stwierdzono istnienie potrzeb u 295 osób (98,3%). W grupie tej znalazło się 190 kobiet (98,0%) oraz 105 mężczyzn (99,1%), a zatem nie

stwierdzono związku istnienia potrzeb w tym obszarze z płcią. Potrzeby występowały również porównywalnie często w wyróżnionych grupach wiekowych (grupa A1: n=160 – 97,6% i grupa A2: n=135 – 99,3%) i w wyróżnionych grupach ze względu na wykształcenie (grupa G1 – osoby z wykształceniem poniżej średniego: n=138 – 98,6% i grupa G2 – osoby z wykształceniem co najmniej średnim: n=157 – 98,1%).

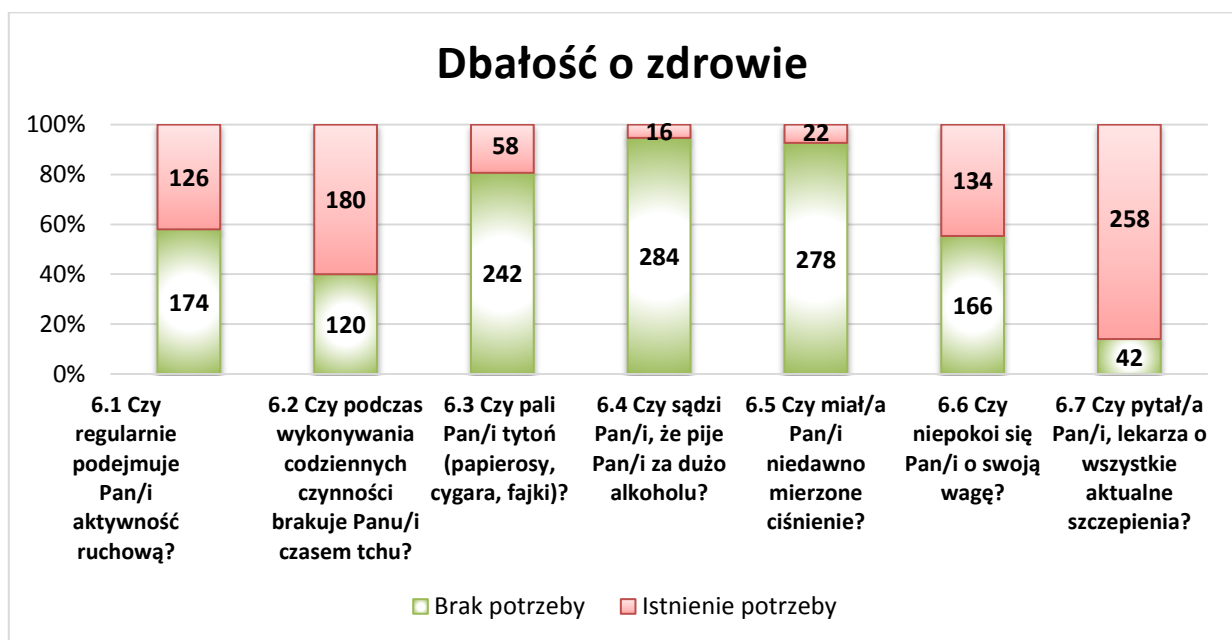
Szczegółowe dane dotyczące potrzeb w zakresie domen obszaru VI przedstawiono na rycinie 9.

Na częstość występowania potrzeb w Obszarze VI nie wpływało też:

- to czy badany jest samotny czy żyje w związku (odpowiednio: n=79 – 98,8% oraz w stosunku do życia w związku n=219 – 98,2%),
- to czy mieszka sam czy w parze/z rodziną (n=120 – 98,4% oraz n=175 – 98,3%),
- miejsce zamieszkania (istnienie potrzeb deklarowało 235 osób (97,9%) – mieszkających w mieście i 60 osób (100%) – mieszkających na wsi).

Na częstość deklarowanych potrzeb w opisywanym obszarze nie wpływało również bycie opiekunem (sprawowanie opieki: n=46 osób – 97,87% oraz nie sprawowanie opieki: n=249 osób – 98,42%) czy też posiadanie opiekuna (osoby otoczone opieką: n=71 – 98,6%; nie posiadające opiekuna: n=224 – 98,3%).

Z uwagi na brak związku istnienia potrzeb w tym obszarze od któregośkolwiek z analizowanych parametrów nie wykonano analizy wieloczynnikowej.



Rycina 9. Szczegółowa charakterystyka pytań z Obszaru VI: Dbanie o zdrowie Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010

4.1.7. Obszar VII: Zdrowie psychiczne i ogólne samopoczucie

Obszar VII zawiera 9 pytań dotyczących wypełniania czasu wolnego, subiektywnego określenia stanu zdrowia, uczucia osamotnienia czy obaw o utratę pamięci i występowania bólu.

W tym obszarze 285 osób (95,0%) zgłaszało istnienie potrzeb, porównywalnie często kobiety i mężczyźni (187 kobiet – 96,4% i 98 mężczyzn – 92,5%). W grupie wiekowej A1 było 157 osób (95,7%) zgłaszających potrzeby, a w grupie wiekowej A2 tych osób było 128 (94,1%).

W mieście mieszkało 230 badanych (95,8%), które zgłaszały występowanie potrzeb, a na wsi 55 (91,7%). W Obszarze VII istotnie statystycznie częściej zgłaszały potrzeby osoby samotne (n=121; 99,2%) niż osoby żyjące w związkach (n=164; 92,1%) (p<0,01).

Poziom wykształcenia nie różnił badanych osób w częstości występowania potrzeb w Obszarze VII (osoby z grupy G1: n=136 – 97,1%; osoby z grupy G2: n=149 – 93,1%). Również ani sprawowanie opieki nie wpłynęło na częstość zgłaszania potrzeb

(sprawujący: n=45 – 95,7%; nie sprawujący: n=240 – 94,9%) ani posiadanie opiekuna (posiadający: n=71 – 98,6%; nie posiadający: n=214 – 93,9%).

Szczegółowe dane dotyczące potrzeb w zakresie domen obszaru VI scharakteryzowano na rycinie 9.

Analiza wieloczynnikowa

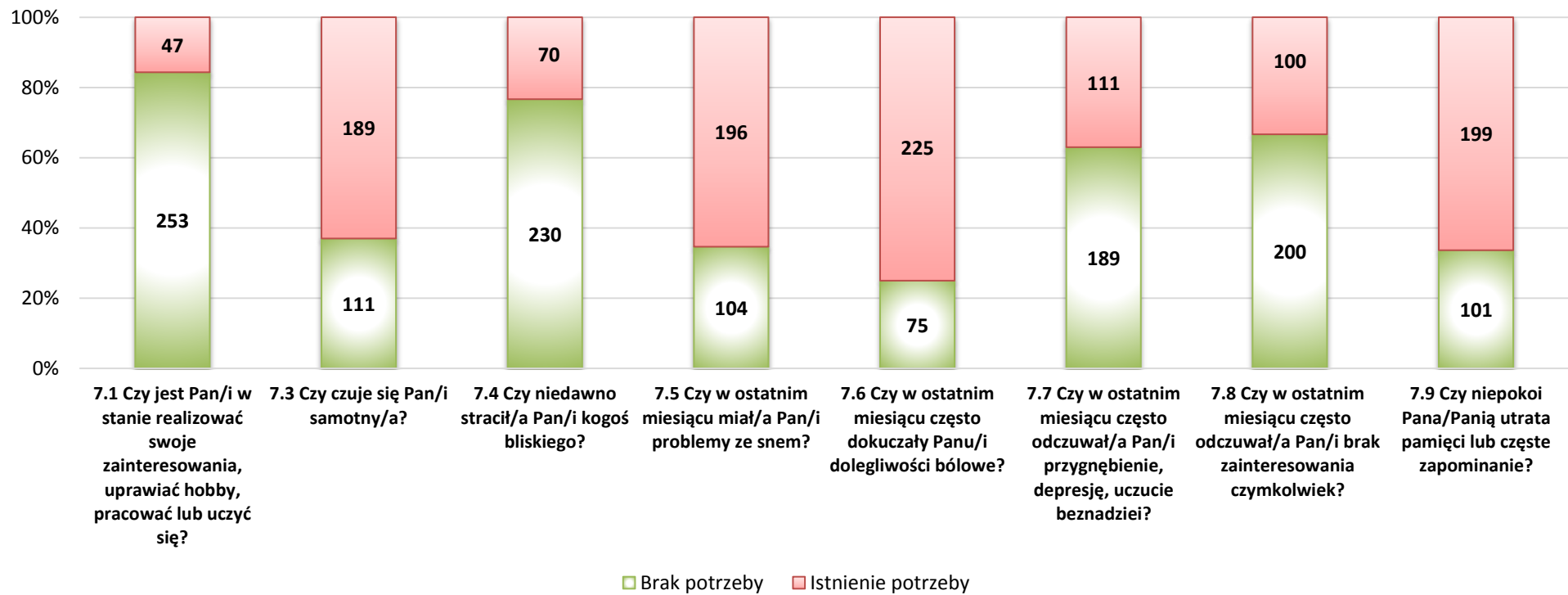
Do analizy wieloczynnikowej włączono – w przypadku obszaru VII – tylko stan cywilny i zamieszkiwanie samotne lub w związkach. W wyniku przeprowadzonej analizy nie stwierdzono istnienia niezależnych determinant istnienia potrzeb w tym obszarze.

Szczegółowe wyniki analizy wieloczynnikowej dla Obszaru VII przedstawiono w tabeli 8.

Tabela 8. Analiza wieloczynnikowa parametrów istotnie wpływających na występowanie potrzeb w Obszarze VII: Zdrowie psychiczne i ogólne samopoczucie Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010

Analizowane parametry	Poziom odniesienia	Wartość p	Iloraz szans (R)	Ufność OR - 95%	Ufność OR +95%
Stan cywilny	Samotny/a	0,077	12,435	0,761	203,305
Zamieszkiwanie	Mieszkający/a sam/a	0,842	0,750	0,044	12,740

Zdrowie psychiczne i ogólne samopoczucie



Rycina 10. Szczegółowa charakterystyka pytań z Obszaru VII: Zdrowie psychiczne i ogólne samopoczucie Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010

4.1.8. Podsumowanie analizy potrzeb w obszarach Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010

W analizowanej grupie najczęściej zgłaszano potrzeby w Obszarach VI i VII (co najmniej 95% badanych) – są to obszary związane ze zdrowiem. W tych obszarach – w analizie wieloczynnikowej – nie stwierdzono istnienia niezależnych determinant występowania potrzeb. Z przeprowadzonych badań wynika, że najważniejszą niezależną determinantą potrzeb aż dla 4 z pozostałych 5 obszarów (obszary I, II, III, i IV) było posiadanie opiekuna. Dane dotyczące determinant dla poszczególnych obszarów zebrano w tabeli 9.

Tabela 9. Niezależne determinanty występowania potrzeb u osób badanych w Obszarach I, II, III, IV, V, VI, VII Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010

Obszar	Niezależne determinanty wpływające na istnienie potrzeb
Obszar I: Wzrok, słuch i zdolność porozumiewania się	Stan cywilny Posiadanie opiekuna
Obszar II: Dbanie o siebie	Grupa wiekowa Posiadanie opiekuna
Obszar III: Poruszanie się	Grupa wiekowa Posiadanie opiekuna
Obszar IV: Bezpieczeństwo osobiste	Miejsce zamieszkania Posiadanie opiekuna
Obszar V: Warunki mieszkaniowe i sytuacja finansowa	Zamieszkiwanie Wykształcenie
Obszar VI: Dbalność o zdrowie	-----
Obszar VII: Zdrowie psychiczne i ogólne samopoczucie	-----

4.2. Skale podsumowujące wyniki Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010

4.2.1. Skala poziomu niezależności

Średni wynik uzyskany w *Skali poziomu niezależności* dla całej grupy wyniósł 13,3±18,1 pkt (8,0 pkt; 0–93 pkt). Badani byli więc stosunkowo samodzielni o czym

świadczy mała liczba osób w wyniku w skali samodzielności powyżej 50 punktów – tylko 18 (6,0%).

Uzyskiwany przez badanych wynik w *Skali poziomu niezależności* był porównywalny dla obydwu płci (kobiety: $12,6 \pm 17,8$ pkt (8,0 pkt; 0–87 pkt); mężczyźni: $14,5 \pm 18,8$ pkt (12,0 pkt; 0–93 pkt).

W młodszej grupie wiekowej (60-69 lat) wyniki były istotnie niższe niż w grupie wiekowej, do której zakwalifikowano osoby, które ukończyły 70 lat ($8,8 \pm 14,5$ pkt [6,0 pkt; 0–93 pkt] oraz $18,6 \pm 20,6$ pkt [13,0 pkt; 0–91 pkt]; $p=0,0000$).

Dla osób, które zadeklarowały, że mieszkają w mieście średni wynik wyniósł $12,4 \pm 17,2$ pkt (8,0 pkt; 0–93 pkt) i był porównywalny do wyniku dla osób deklarujących zamieszkiwanie na wsi – $16,7 \pm 21,2$ pkt (12,0 pkt; 0–91 pkt).

Poziom wykształcenia istotnie statystycznie ($p < 0,001$) różnicował badaną grupę w zakresie *Skali poziomu niezależności*. Badani zakwalifikowani do grupy G1 z wykształceniem poniżej średniego, uzyskali wyższą liczbę punktów niż badani z grupy G2 deklarujący wykształcenie na poziomie co najmniej średnim ($16,5 \pm 19,8$ pkt [12,0 pkt; 0–93 pkt] i $10,5 \pm 16,1$ pkt [6,0 pkt; 0–87 pkt]).

Ważną determinantą różnicującą istotnie statystycznie *Skalę poziomu niezależności* okazał się też stan cywilny ($p < 0,0001$). Średni wynik uzyskany dla grupy osób, które oświadczyły, że są stanu wolnego wyniósł $17,3 \pm 20,1$ pkt (12,0 pkt; 0–86 pkt), a dla osób żyjących w związkach – $10,5 \pm 16,2$ pkt (6,0 pkt; 0–93 pkt).

Warunki mieszkaniowe nie miały znaczenia dla uzyskiwanych wyników w *Skali poziomu niezależności*. Osoby mieszkające samotnie uzyskały podobne średnie wyniki do osób mieszkających z kimś (odpowiednio: $12,1 \pm 13,9$ pkt [12 pkt; 0–86 pkt] oraz $13,7 \pm 19,5$ pkt [8,0 pkt; 0–93 pkt]).

Stwierdzono istnienie tendencji (nieistotnej statystycznie) do uzyskiwania niższych wyników przez osoby deklarujące, że występują w roli opiekuna w porównaniu do osób nie opiekujących się nikim ($7,6 \pm 8,4$ pkt [6,0 pkt; 0–33,0 pkt] oraz $14,3 \pm 19,2$ pkt [9,0 pkt; 0–93 pkt]; $p=0,0532$).

W grupie osób, które zaznaczyły w Kwestionariuszu EASY-Care Standard 2010, że ktoś nimi się opiekuje średni wynik w *Skali poziomu niezależności* był istotnie wyższy niż u tych nie posiadających opiekuna ($34,8 \pm 24,7$ pkt [27,5 pkt; 0–93] oraz $6,5-7,0$ pkt [6,0 pkt; 0–44 pkt]; $p=0,000$).

Analiza wieloczynnikowa

Do analizy wieloczynnikowej zakwalifikowano wszystkie parametry wpływające istotnie na uzyskiwane wyniki w *Skali poziomu niezależności* oraz te, dla których stwierdzono istnienie tendencji nieistotnej statystycznie tj.:

- przynależność do grupy wiekowej
- stan cywilny,
- wykształcenie,
- opiekowanie się kimś,
- posiadanie opiekuna.

Stwierdzono, że niezależną determinantą uzyskiwania wyników poniżej mediany w *Skali poziomu niezależności* było tylko sprawowanie opieki, które zmniejszało prawdopodobieństwo uzyskiwania gorszych wyników ponad dwukrotnie – 0,407 (0,205–0,805); $p < 0,05$.

Szczegółowy wynik analizy wieloczynnikowej definiującej niezależne czynniki ryzyka uzyskiwania wyników powyżej mediany dla danej grupy w *Skali poziomu niezależności* przedstawiono w tabeli 10.

Tabela 10. Analiza wieloczynnikowa definiująca niezależne czynniki ryzyka uzyskiwania wyników powyżej mediany dla osób z grupy badanej w *Skali poziomu niezależności* Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010

Analizowany parametr	Poziom Odniesienia	Wartość p	Iloraz szans (R)	Ufność OR -95%	Ufność OR +95%
Grupa wiekowa	A2 – 70 lat i więcej	0,568	1,159	0,698	1,923
Stan cywilny	Samotny/a	0,636	1,129	0,682	1,869
Wykształcenie	G1 – poniżej średniego	0,451	1,201	0,746	1,932
Sprawowanie opieki	Tak	0,010	0,407	0,205	0,805
Posiadanie opiekuna	Tak	0,919	0,970	0,533	1,763

4.2.2. Skala ryzyka załamania opieki

Średni wynik uzyskany w *Skali ryzyka załamania opieki* dla całej grupy wyniósł: $4,4 \pm 2,4$ pkt (4,0 pkt; 0–11 pkt). Oznacza to, że standardowa osoba badana miała to ryzyko poniżej połowy w analizowanej skali. Wyniki powyżej 6 punktów uzyskało tylko 58 osób (19,3%).

Wyniki uzyskiwane przez kobiety ($4,5 \pm 2,5$ pkt [4,0 pkt; 0–11 pkt]) i mężczyźni nie różniły się znacząco ($4,4 \pm 2,4$ pkt [4,0 pkt; 0–11 pkt]). Jednak wyniki charakteryzujące młodszą grupę wiekową (60-69 lat) były istotnie niższe niż te charakteryzujące wyróżnioną w badaniach starszą grupę (70 i więcej lat) – odpowiednio: $4,1 \pm 2,4$ pkt (4,0 pkt; 0–11 pkt) oraz $4,9 \pm 2,4$ pkt [5,0 pkt; 0–11 pkt]; $p < 0,001$.

Wyniki badanych deklarujących zamieszkiwanie w mieście były porównywalne do tych mieszkających na wsi ($4,3 \pm 2,3$ pkt [4,0 pkt; 0–11 pkt] oraz $5,1 \pm 2,8$ pkt [5,0 pkt; 0–11 pkt]). Natomiast czynnikiem różnicującym istotnie statystycznie badanych w *Skali załamania opieki* był poziom wykształcenia. Osoby z wykształceniem poniżej średniego (grupa G1) uzyskały wyższą średnią liczbę punktów w tej skali niż badani deklarujący posiadanie wykształcenia na poziomie co najmniej średnim ($5,1 \pm 2,4$ pkt [5,0 pkt; 0–11 pkt] i $3,9 \pm 2,3$ pkt [4,0 pkt; 0–11 pkt], $p < 0,0001$).

Innym determinującym parametrem w *Skali ryzyka załamania opieki* był stan cywilny. Średni wynik uzyskany w grupie osób, które oświadczyły, że są samotne wyniósł $4,9 \pm 2,5$ pkt (5,0 pkt; 0–11 pkt) i były wyższy od wyniku uzyskanego przez osoby deklarujące życie w związkach – $4,2 \pm 2,4$ pkt (4,0 pkt; 0–11 pkt); $p < 0,05$.

Warunki mieszkaniowe nie miały znaczenia dla uzyskiwanych wyników w *Skali załamania opieki*; gdyż osoby mieszkające samotnie uzyskały podobne średnie wyniki do osób mieszkających z kimś (odpowiednio: $4,5 \pm 2,2$ pkt [4,0 pkt; 0–10 pkt] oraz $4,4 \pm 2,5$ pkt [4,0 pkt; 0–11 pkt]). Podobnie nie stwierdzono wpływu deklaracji występowania w roli opiekuna (osoby deklarujące bycie opiekunem: $3,9 \pm 2,3$ pkt 4,0 pkt; 1,0–8,0 pkt] oraz osoby deklarujące nie opiekowanie się nikim $4,6 \pm 2,4$ pkt [4,0 pkt; 0–11 pkt]).

W grupie osób, które zadeklarowały, że posiadają opiekuna średni wynik w *Skali ryzyka załamania opieki* był istotnie statystycznie wyższy niż u osób nie posiadających opiekuna (odpowiednio: $6,6 \pm 2,5$ pkt [7,0 pkt; 1–11 pkt] oraz $3,8 \pm 2,0$ pkt [4,0 pkt; 0–9,0 pkt]; $p = 0,000$).

Analiza wieloczynnikowa

Podobnie jak dla *Skali poziomu niezależności*, celem zdefiniowania niezależnych determinant uzyskiwania wyników w *Skali ryzyka załamania opieki* do analizy wieloczynnikowej zakwalifikowano wszystkie te parametry, dla których w analizie jednoparametrowej stwierdzono istotny wpływ oraz te, dla których stwierdzono istnienie tendencji nieistotnej statystycznie. Były to następujące parametry:

- wiek ,
- miejsce zamieszkania,
- stan cywilny,
- wykształcenie,
- posiadanie opiekuna.

Stwierdzono, że niezależnymi determinantami uzyskiwania wyników poniżej mediany w *Skali ryzyka załamania opieki* były:

- przynależność do starszej grupy wiekowej zwiększała prawdopodobieństwo uzyskiwania gorszych wyników prawie dwukrotnie – 1,913 (1,027–3,564); $p < 0,05$,
- wykształcenie poniżej średniego zwiększało prawdopodobieństwo uzyskiwania gorszych wyników – 1,731 (1,047 – 2,862) $p < 0,05$,
- bycie podopiecznym zwiększało prawdopodobieństwo uzyskiwania gorszych wyników prawie sześciokrotnie – 5,945 (2,986–11,834); $p = 0,000$.

Szczegółowy wynik analizy wieloczynnikowej definiującej niezależne czynniki ryzyka uzyskiwania wyników powyżej mediany dla danej grupy w *Skali załamania opieki* przedstawiono w tabeli numer tabeli 11.

Tabela 11. Analiza wieloczynnikowa definiująca niezależne czynniki ryzyka uzyskiwania wyników powyżej mediany dla osób z grupy badanej w *Skali poziomu niezależności* Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010

Analizowany parametr	Poziom odniesienia	Wartość p	Iloraz szans (R)	Ufność OR -95%	Ufność OR +95%
Grupa wiekowa	A2 – 70 lat i więcej	0,989	1,004	0,585	1,723
Miejsce zamieszkania	Wieś	0,041	1,913	1,027	3,564
Stan cywilny	Samotny/a	0,842	1,057	0,613	1,822
Wykształcenie	G1 – poniżej średniego	0,032	1,731	1,047	2,862
Posiadanie opiekuna	Tak	0,000	5,945	2,986	11,834

4.2.3. Skala ryzyka upadków

Średni wynik uzyskany przez badanych w *Skali ryzyka upadków* to $1,8 \pm 1,6$ (mediana 1; zakres: 0–7) co oznacza, że u standardowego badanego nie występowało wysokie ryzyko upadków.

W całej badanej grupie stwierdzono istnienie podwyższonego ryzyka upadków – czyli wynik co najmniej 3 pkt w analizowanej skali u 89 osób (29,7%). Oznacza to, że było ono podwyższone u co trzecie osoby.

Nie stwierdzono związku między zwiększonym ryzykiem upadków a płcią ankietowanych osób – zwiększone ryzyko upadków wystąpiło u 59 kobiet (30,4%) oraz u 30 mężczyzn (28,3%).

U osób ze starszej grupy wiekowej istotnie statystycznie częściej występowało zwiększone ryzyko upadków niż u osób młodszych (odpowiednio: 54 osoby – 39,71% i 35 osób – 21,34%; $p < 0,01$).

Osoby badane mieszkające na wsi blisko dwa razy częściej miały zwiększone ryzyko upadków niż te mieszkające w mieście – zamieszkanie na wsi: 26 osób (43,3%) oraz zamieszkanie w mieście: 63 osoby (26,3%); $p < 0,05$.

Częściej zwiększone ryzyko upadków występowało u osób samotnych niż u tych żyjących w związkach. Stwierdzono je u 50 osób samotnych (41,0%) oraz u 39 – zamężnych/żonatych (21,9%); $p < 0,001$.

Również wykształcenie istotnie wpływało na wyniki uzyskiwane przez badanych w *Skali ryzyka upadków*. Osoby gorzej wykształcone (grupa G1 – wykształcenie poniżej średniego) miały częściej ryzyko zwiększone w stosunku do osób wykształconych lepiej

(grupa G2 – wykształcenie co najmniej średnie). W grupie G1 zwiększone ryzyko miało 56 osób (40,0%), a w grupie G2 – tylko 33 (20,6%);

$p < 0,001$.

Nie stwierdzono związku między częstością zwiększonego ryzyka upadków i zamieszkiwaniem samotnym lub z kimś. Wśród osób mieszkających samotnie 29 miało zwiększone ryzyko upadków (36,3%), a wśród osób zamieszkujących z kimś – 60 (27,3%).

Opiekowanie się kimś istotnie różnicowało badanych pod względem ryzyka upadków. Istotnie częściej osoby, które nie deklarowały opiekowaniem się kimś miały zwiększone ryzyko upadków ($n=82$; 32,4%) niż osoby, które opiekowały się kimś ($n=7$; 14,9%); $p < 0,05$. W zakresie posiadania opiekuna stwierdzono istotną różnicę częstości występowania zwiększonego ryzyka upadków. Osoby posiadające opiekuna częściej miały zwiększone ryzyko upadków niż te, które opiekuna nie posiadały (odpowiednio: 49 osób (68,1%) oraz 40 osób (17,5%); $p=0,0000$).

Analiza wieloczynnikowa

Do analizy wieloparametrowej, zgodnie z założeniami, zostały włączone następujące parametry:

- wiek,
- miejsce zamieszkania,
- wykształcenie,
- opiekowanie się kimś,
- posiadanie opiekuna.

Stwierdzono, że niezależnymi determinantami zwiększonego ryzyka upadków były tylko:

- mieszkanie na wsi, które zwiększało ryzyko upadków prawie trzykrotnie – 2,950 (1,475 – 5,903); $p < 0,01$,
- posiadanie opiekuna, które zwiększało częstość występowania zwiększonego ryzyka upadków prawie ośmiokrotnie – 7.799 (3,973 – 15.312); $p < 0,001$.

Szczegółowy wynik analizy wieloczynnikowej definiującej niezależne czynniki ryzyka uzyskiwania wyników powyżej mediany dla danej grupy w *Skali ryzyka upadków* przedstawiono w tabeli 12.

Tabela 12. Analiza wieloczynnikowa definiująca niezależne czynniki ryzyka uzyskiwania wyników powyżej mediany dla osób z grupy badanej w *Skali ryzyka upadków* Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010

Analizowany parametr	Poziom odniesienia	Wartość p	Iloraz szans (R)	Ufność OR -95%	Ufność OR +95%
Grupa wiekowa	A2 – 70 lat i więcej	0,483	1,254	0,666	2,358
Miejsce zamieszkania	Wieś	0,002	2,950	1,475	5,903
Stan cywilny	Samotny/a	0,180	1,533	0,821	2,860
Wykształcenie	G1 – poniżej średniego	0,093	1,655	0,919	2,981
Sprawowanie opieki	Tak	0,119	0,467	0,179	1,216
Posiadanie opiekuna	Tak	0,000	7,799	3,973	15,312

4.2.4. Podsumowanie determinant dla skal podsumowujących Kwestionariusza EASY-Care standard 2010

Stwierdzono, że niezależnymi determinantami uzyskiwanych wyników powyżej mediany w skali poziomu niezależności było tylko sprawowanie opieki, w skali ryzyka załamania opieki – przynależność do starszej grupy wiekowej, wykształcenie poniżej średniego i bycie podopiecznym, a dla występowania zwiększonego ryzyka upadków, w skali ryzyka upadków – mieszkanie na wsi i bycie podopiecznym. Oznacza to, że tylko skala ryzyka upadków i skala ryzyka załamania opieki miały – w badanej grupie – jedną wspólną determinantę – posiadanie opiekuna.

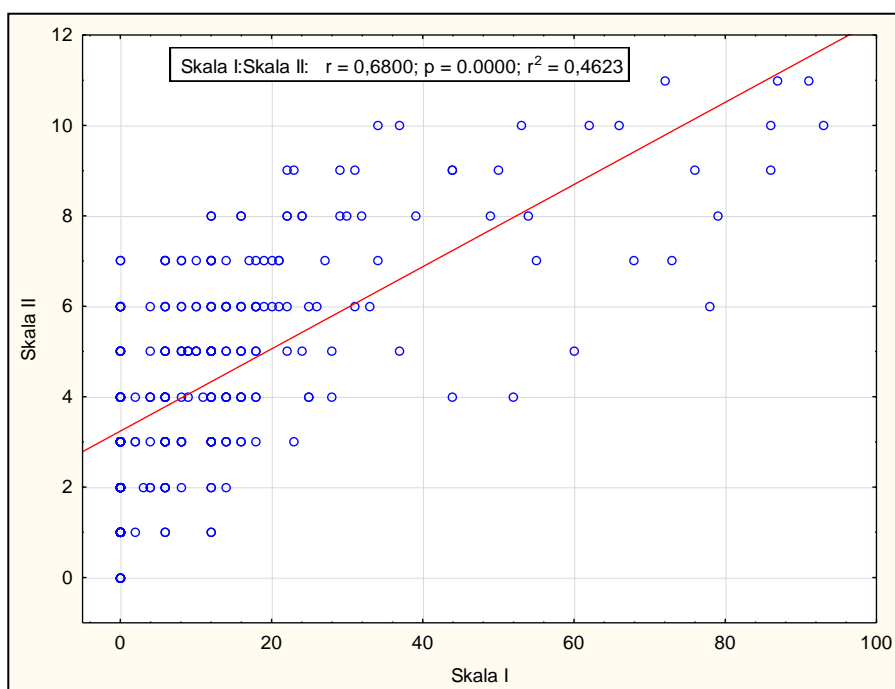
4.2.5. Ocena powiązań pomiędzy wynikami skal podsumowujących Kwestionariusz EASY-Care Standard 2010

Stwierdzono istnienie dodatnich korelacji pomiędzy poszczególnymi skalami podsumowującymi Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010. Siła wszystkich ocenianych była podobna – współczynniki wszystkich korelacji Spearmana mieściły się w granicach 0,6 ($p=0,0000$; tab. 13).

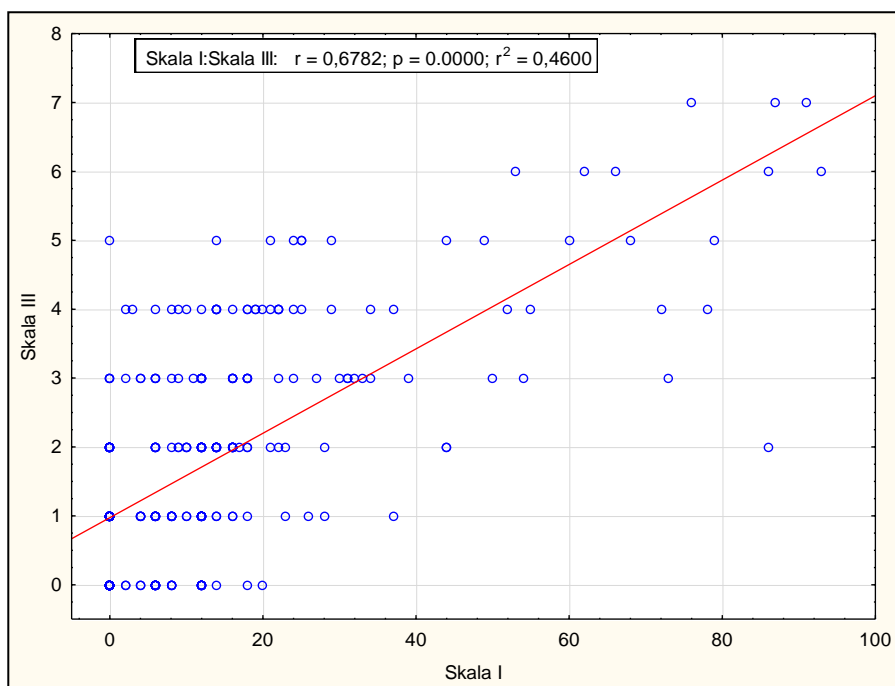
Tabela 13. Wyniki korelacje pomiędzy poszczególnymi skalami podsumowującymi Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010

	N	r	p
Skala I & Skala II	300	0,680	0,0000
Skala I & Skala III	300	0,678	0,0000
Skala II & Skala III	300	0,644	0,0000

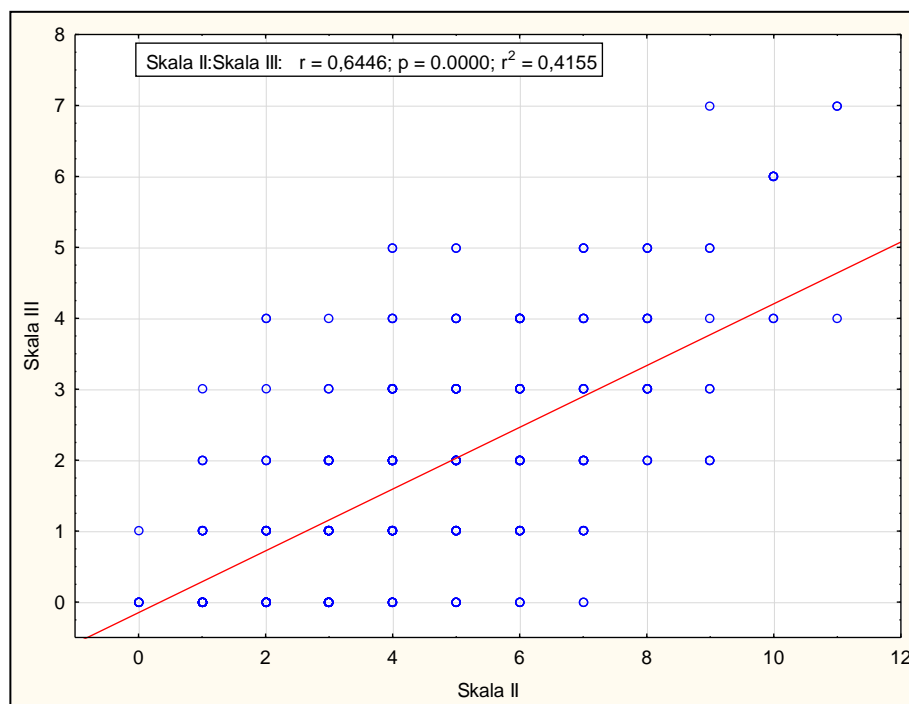
Związek pomiędzy wynikami uzyskanymi przez badanych w poszczególnych skalach podsumowujących Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010 przedstawiono na rycinach 11 – 13.



Rycina 11. Związek pomiędzy wynikami uzyskanymi przez badanych w skalach podsumowujących Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010: Skala I – *Skala poziomu niezależności* i Skala II – *Skala ryzyka załamania opieki*



Rycina 12. Związek pomiędzy wynikami uzyskanymi przez badanych w skalach podsumowujących Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010: Skala I – *Skala poziomu niezależności* i Skala III – *Skala ryzyka upadków*



Rycina 13. Związek pomiędzy wynikami uzyskanymi przez badanych w skalach podsumowujących Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010: Skala II – *Skala ryzyka załamania opieki* i Skala III – *Skala ryzyka upadków*

4.3. Analiza wyników uzyskanych przez badanych w skali SES

W całej badanej grupie 54 osoby (18,0%) miały wynik odpowiadający niskiej samoocenie (wynik w zakresie 10 – 25 punktów). Średni wynik badanych w skali SES to $29,9 \pm 5,6$ pkt (30,0 pkt; 12,0 – 40,0 pkt) co oznacza, że standardowa osoba miała wynik w zakresie wysokiej samooceny.

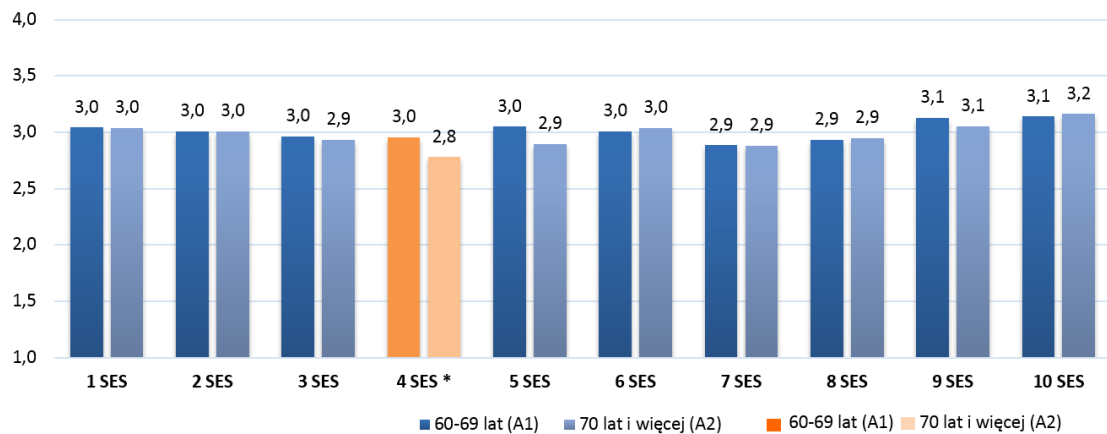
Wiek nie miał znaczenia dla częstości niskiej samooceny badanych – niską samoocenę miało 27 osób (16,5%) w młodszej grupie wiekowej (60-69 lat) i 27 osób (19,8%) w grupie starszej (70 i więcej lat). W młodszej grupie wiekowej średni wynik w skali SES wyniósł $30,1 \pm 5,9$ pkt (30,0 pkt; 12,0–40,0 pkt), a w starszej – $29,7 \pm 5,3$ pkt (30,0 pkt; 15–40 pkt). Podobnie nie stwierdzono wpływu płci na uzyskiwane wyniki. Niska samoocena charakteryzowała 33 kobiety (17,0%) i 21 mężczyzn (19,8%). Średnie wyniki to odpowiednio $30,2 \pm 5,6$ pkt (30,0 pkt; 12,0–40,0 pkt) i $29,5 \pm 5,6$ pkt (30,0 pkt; 12–40 pkt).

Jednak szczegółowa analiza poszczególnych twierdzeń tworzących SES wykazała istotne różnice średnich punktacji przyporządkowanych udzielanym odpowiedziom w zakresie twierdzenia *Potrafię robić różne rzeczy tak dobrze, jak większość innych ludzi* (4 SES) na korzyść wyższych wyników w młodszej grupie wiekowej i u kobiet tj.:

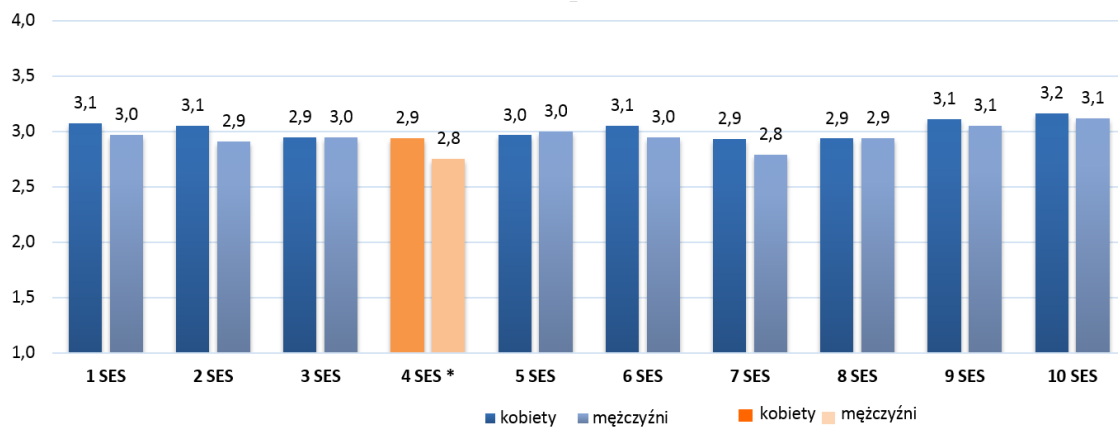
- osoby młodsze $3,0 \pm 0,8$ pkt (3,0 pkt; 1,0–4,0 pkt) vs. osoby starsze $2,8 \pm 0,8$ pkt (3,0 pkt; 1,0–4,0 pkt; $p < 0,05$),
- kobiety $2,9 \pm 0,8$ pkt (3,0 pkt; 1,0–4,0 pkt) vs. mężczyźni $2,8 \pm 0,7$ pkt (3,0 pkt; 1,0–4,0 pkt; $p < 0,05$).

Średnie wyniki badanych dla poszczególnych twierdzeń z wyróżnieniem wieku przedstawiono na rycinie 14 A, a z wyróżnieniem płci – na rycinie 14 B.

A.



B.



Rycina 14. Średnie wyniki uzyskane przez badanych w zakresie poszczególnych stwierdzeń tworzących skalę samooceny SES wg Rosenberga z wyróżnieniem wieku (Ryc. 13A) i płci (Ryc. 13B); *oznacza $p < 0,05$

Legenda:

- 1 SES: Uważam, że jestem osobą wartościową przynajmniej w takim samym stopniu, co inni.
- 2 SES: Uważam, że posiadam wiele pozytywnych cech.
- 3 SES: Ogólnie biorąc jestem skłonny(a) sądzić, że nie wiecie mi się.
- 4 SES: Potrafię robić różne rzeczy tak dobrze, jak większość innych ludzi.
- 5 SES: Uważam, że nie mam wielu powodów, aby być z siebie dumny(a)ym.
- 6 SES: Lubię siebie.
- 7 SES: Ogólnie rzecz biorąc, jestem z siebie zadowolony(a)y.
- 8 SES: Chciał(a)bym mieć więcej szacunku dla samego siebie.
- 9 SES: Czasami czuję się bezużyteczny(a)y.
- 10 SES: Niekiedy uważam, że jestem do niczego.

Istotnie statystycznie częściej niską samoocenę (wynik SES w zakresie 10–25 punktów) mieli ankietowani z wykształceniem poniżej średniego w stosunku to tych z wykształceniem co najmniej średnim (odpowiednio: $n=42 - 30,0\%$ oraz $n= 12 - 7,5\%$; $p=0,0000$). Wyróżnione grupy ze względu na wykształcenie różniły się również uzyskiwanymi średnimi wynikami w skali SES (osoby z wykształceniem poniżej średniego: $28,3\pm 6,1$ pkt (30,0 pkt; 12,0–40,0 pkt) oraz osoby z wykształceniem co najmniej średnim: $31,4\pm 4,71$ pkt (32,0 pkt; 15–40 pkt; $p=0,0000$).

Analiza poszczególnych twierdzeń skali SES pokazała, że osoby z wykształceniem poniżej średniego uzyskiwały w zakresie wszystkich twierdzeń istotnie statystycznie gorsze wyniki średnich punktacji przyporządkowanych udzielanym odpowiedziom w stosunku do osób z wykształceniem co najmniej średnim. Szczegółowe wyniki przedstawiono poniżej. W przypadku twierdzeń oznaczonych „ * ” zgodnie z algorytmem oceny SES są one oceniane jako twierdzenia odwrócone – zatem wg obowiązującej zasady wyższy wynik oznacza zawsze wyższą samoocenę.

- 1 SES*: *Uważam, że jestem osobą wartościową przynajmniej w takim samym stopniu, co inni* – $2,9\pm 0,5$ pkt (3,0 pkt; 1,0–4,0 pkt) vs. $3,2\pm 0,4$ pkt (3,0 pkt; 2,0–4,0 pkt; $p<0,001$),
- 2 SES*: *Uważam, że posiadam wiele pozytywnych cech* – $2,9\pm 0,6$ pkt (3,0 pkt; 1,0–4,0 pkt) vs. $3,1\pm 0,5$ pkt (3,0 pkt; 2,0–4,0; $p<0,001$),
- 3 SES: *Ogólnie biorąc jestem skłonny(a) sądzić, że nie wiecie mi się* – $2,8\pm 0,8$ pkt (3,0 pkt; 1,0–4,0 pkt) vs. $3,1\pm 0,7$ pkt (3,0 pkt; 1,0–4,0 pkt; $p<0,001$),
- 4 SES*: *Potrafię robić różne rzeczy tak dobrze, jak większość innych ludzi* – $2,7\pm 0,8$ pkt (3,0 pkt; 1,0–4,0 pkt) vs. $3,0 \pm 0,7$ pkt (3,0 pkt; 1,0–4,0 pkt; $p< 0,01$),
- 5 SES: *Uważam, że nie mam wielu powodów, aby być z siebie dumny(a)* – $2,9\pm 0,8$ pkt (3,0 pkt; 1,0–4,0 pkt) vs. $3,1\pm 0,8$ pkt (3,0 pkt; 1,0–4,0 pkt; $p<0,01$),
- 6 SES*: *Lubię siebie* – $2,9 \pm 0,6$ pkt (3,0 pkt; 1,0–4,0 pkt) vs. $3,1 \pm 0,4$ pkt (3,0 pkt; 1,0–4,0; $p<0,01$),
- 7 SES*: *Ogólnie rzecz biorąc, jestem z siebie zadowolony(a)* – $2,8 \pm 0,8$ pkt (3,0 pkt; 1,0–4,0 pkt) vs. $3,0\pm 0,7$ pkt (3,0 pkt; 1,0–4,0 pkt; $p<0,01$),

- 8 SES: *Chciał(a)bym mieć więcej szacunku dla samego siebie* – $2,7 \pm 0,8$ pkt (3,0 pkt; 1,0–4,0 pkt) vs. $3,1 \pm 0,8$ pkt (3,0 pkt; 1,0–4,0 pkt; $p < 0,001$),
- 9 SES: *Czasami czuję się bezużyteczn(a)y* – $2,8 \pm 0,9$ pkt (3,0 pkt; 1,0–4,0 pkt) vs. $3,3 \pm 0,8$ pkt (4,0 pkt; 1,0–4,0; $p < 0,001$),
- SES 10: *Niekiedy uważam, że jestem do niczego* – $2,9 \pm 0,9$ pkt (3,0 pkt; 1,0–4,0 pkt) vs. $3,4 \pm 0,8$ pkt (4,0 pkt; 1,0–4,0 pkt; $p < 0,001$).

* twierdzenie odwrócone

Dla zyskiwanych przez badanych wyników w skali SES nie miał znaczenia ani stan cywilny ani zamieszkiwanie (samotne lub z kimś) (tab. 14).

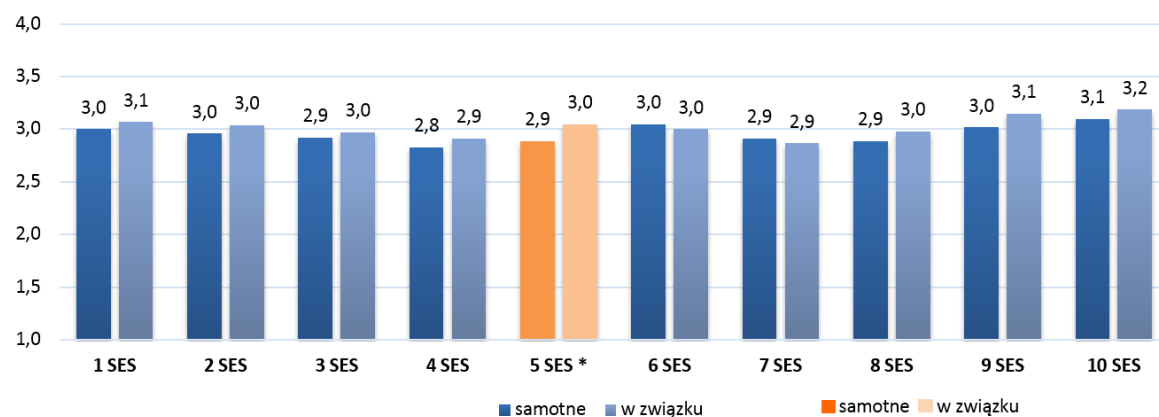
Tabela 14. Wyniki uzyskane przez badanych w skali SES według Rosenberga z wyróżnieniem stanu cywilnego oraz zamieszkiwania samotnego lub z kimś

Parametr	Liczba osób z niską samooceną (%) średnia \pm SD (mediana, zakres)		Wynik analizy statycznej
Stan cywilny	Osoby samotne n=24 (19,6%) $29,5 \pm 5,2$ 30,0; 15,0–40,0	Osoby żyjące w związkach n=30 (16,8%) $30,2 \pm 15,9$ 30,5; 12,0–40,0	p=0,158
Zamieszkiwanie	Osoby mieszkające same n=12 (15,0%) $30,4 \pm 4,9$ 30,5; 16,0–39,0	Osoby mieszkające z kimś n=42 (19,0%) $29,8 \pm 5,8$ 30,0; 12,0–40,0	p=0,355

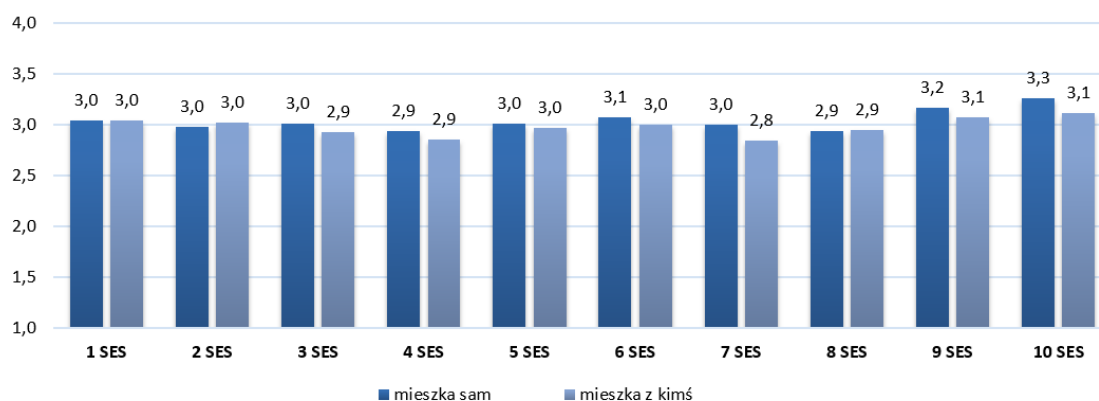
Jeśli chodzi o stan cywilny to analiza poszczególnych twierdzeń wchodzących w skład skali SES wykazała jedynie różnice w zakresie deklaracji w stosunku do twierdzenia (5 SES – *Uważam, że nie mam wielu powodów, aby być z siebie dumn(a)ym*) w przypadku którego średnie wyniki punktacji przyporządkowanych udzielanym odpowiedziom w były niższe dla osób stanu wolnego w stosunku do wyników osób żyjących w związkach – $2,9 \pm 0,7$ pkt (3,0 pkt; 1,0–4,0 pkt) vs. $3,0 \pm 0,8$ pkt (3,0 pkt; 1,0–4,0 pkt; $p < 0,05$) – Ryc. 15 A).

Nie zaobserwowano istotnych różnic pomiędzy analizowanymi grupami w zakresie średnich wyliczonych dla udzielanych odpowiedzi dla żadnego z twierdzeń wchodzących w skład skali SES przy uwzględnieniu zamieszkiwania samotnego lub z kimś (Ryc. 15 B).

A.



B.



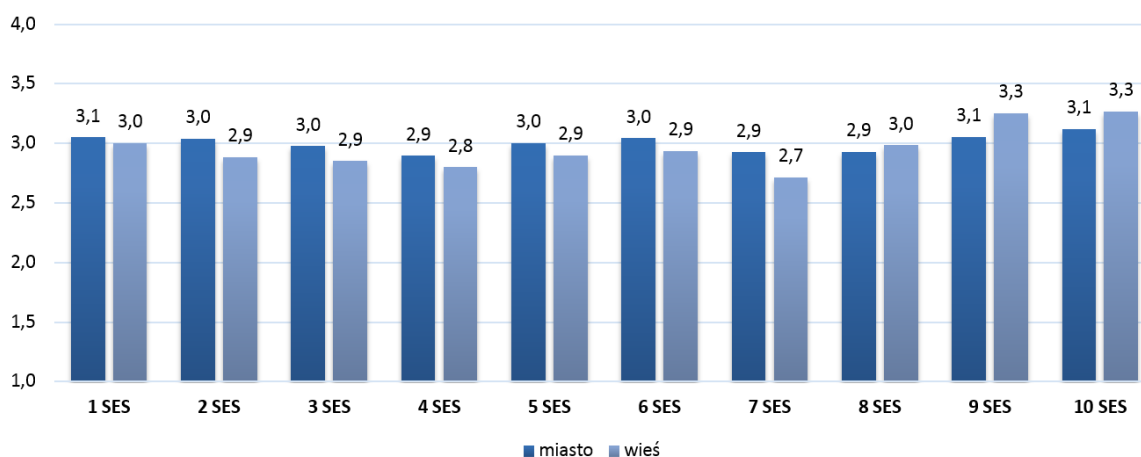
Rycina 15. Średnie wyniki uzyskane przez badanych w zakresie poszczególnych stwierdzeń tworzących skalę samooceny SES wg Rosenberga z wyróżnieniem stanu cywilnego (wolny i żyjący w związku – ryc. 14A) oraz zamieszkiwania samotnego lub z kimś (ryc. 14B);

*oznacza $p < 0,05$

Legenda:

- 1 SES: Uważam, że jestem osobą wartościową przynajmniej w takim samym stopniu, co inni.
- 2 SES: Uważam, że posiadam wiele pozytywnych cech.
- 3 SES: Ogólnie biorąc jestem skłonny(a) sądzić, że nie wiecie mi się.
- 4 SES: Potrafię robić różne rzeczy tak dobrze, jak większość innych ludzi.
- 5 SES: Uważam, że nie mam wielu powodów, aby być z siebie dumn(a)y.
- 6 SES: Lubię siebie.
- 7 SES: Ogólnie rzecz biorąc, jestem z siebie zadowolon(a)y.
- 8 SES: Chciał(a)bym mieć więcej szacunku dla samego siebie.
- 9 SES: Czasami czuję się bezużyteczn(a)y.
- 10 SES: Niekiedy uważam, że jestem do niczego.

Osoby mieszkające na wsi miały częściej niską samoocenę w skali SES w stosunku do mieszkających w mieście (n=17 – 28,3% oraz n=37; 15,4%; p<0,05), ale średnie wyniki wyliczone na podstawie udzielanych odpowiedzi były porównywalne w wyróżnionych grupach (odpowiednio: 30,0±5,3 pkt (30,0 pkt; 12,0–40,0 pkt) i 29,6±6,6 pkt (32,0 pkt; 12–40 pkt; p=0,7995). Co jednak ciekawe, nie zaobserwowano istotnych różnic w zakresie średnich punktacji przyporządkowanych udzielanym odpowiedziom na żadne z twierdzeń tworzących skalę SES (Ryc. 16).



Rycina 16. Średnie wyniki uzyskane przez badanych w zakresie poszczególnych stwierdzeń tworzących skalę samooceny SES wg Rosenberga z wyróżnieniem miejsca zamieszkania

Legenda:

- 1 SES: Uważam, że jestem osobą wartościową przynajmniej w takim samym stopniu, co inni.
- 2 SES: Uważam, że posiadam wiele pozytywnych cech.
- 3 SES: Ogólnie biorąc jestem skłonny(a) sądzić, że nie wiecie mi się.
- 4 SES: Potrafię robić różne rzeczy tak dobrze, jak większość innych ludzi.
- 5 SES: Uważam, że nie mam wielu powodów, aby być z siebie dumn(a)y(m).
- 6 SES: Lubię siebie.
- 7 SES: Ogólnie rzecz biorąc, jestem z siebie zadowolon(a)y.
- 8 SES: Chciał(a)bym mieć więcej szacunku dla samego siebie.
- 9 SES: Czasami czuję się bezużyteczn(a)y.
- 10 SES: Niekiedy uważam, że jestem do niczego.

Stwierdzono istnienie tendencji (nieistotnej statystycznie) do mniejszej częstości niższej samooceny u osób sprawujących nad kimś opiekę (sprawujący opiekę: n=4 – 8,5% vs. niesprawujący opieki n=50 – 19,7%; p=0,0957). Nie stwierdzono natomiast różnicy w średnich wartościach uzyskiwanych wyników w skali SES przez osoby

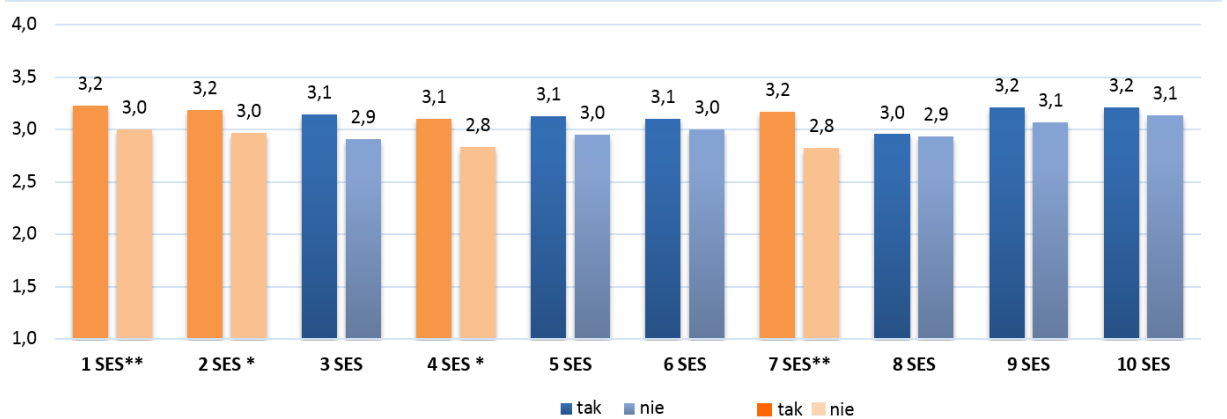
deklarujące, że występują w roli opiekuna w porównaniu do osób nie opiekujących się nikim – $31,5 \pm 5,1$ pkt (31,0 pkt; 14,0–40,0 pkt) oraz $29,7 \pm 5,7$ pkt (30,0 pkt; 12,0–40,0 pkt; $p=0,1407$).

Ponadto dla 4 spośród 10 twierdzeń skali SES stwierdzono, że osoby deklarujące, że opiekują się kimś miały istotnie statystycznie wyższe średnie punktacje przyporządkowane udzielanym odpowiedziom od średnich osób deklarujących, że nie sprawują opieki (ryc. 17 A). Były to:

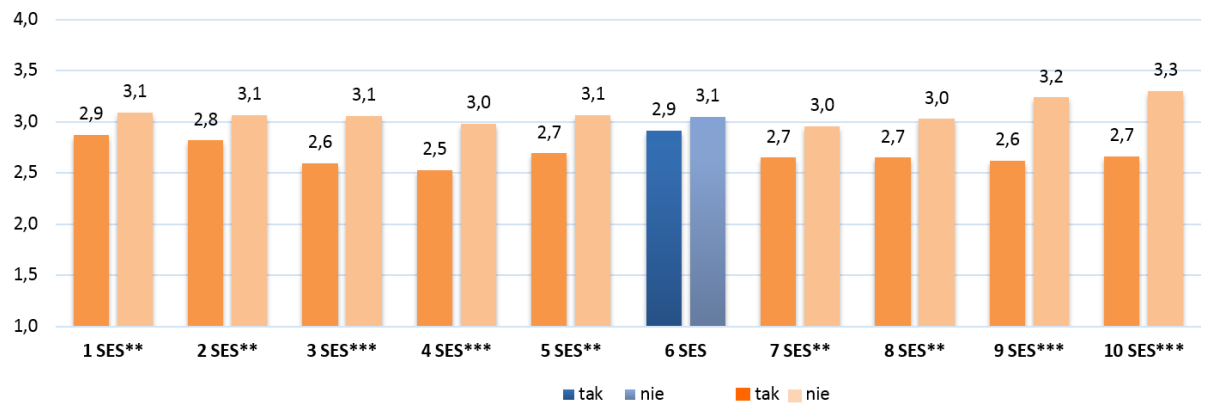
- 1 SES: *Uważam, że jestem osobą wartościową przynajmniej w takim samym stopniu, co inni* – $3,2 \pm 0,5$ pkt (3,0 pkt; 2,0–4,0 pkt; vs. $3,0 \pm 0,5$ pkt (3,0 pkt; 1,0–4,0 pkt; $p<0,05$)
- 2 SES: *Uważam, że posiadam wiele pozytywnych cech* – $3,2 \pm 0,6$ pkt (3,0 pkt; 2,0–4,0 pkt) vs. $3,0 \pm 0,6$ pkt (3,0 pkt; 1,0–4,0 pkt; $p<0,05$)
- 4 SES: *Potrafię robić różne rzeczy tak dobrze, jak większość innych ludzi* – $3,1 \pm 0,8$ pkt (3,0 pkt; 1,0–4,0 pkt) vs. $2,8 \pm 0,8$ pkt (3,0 pkt; 1,0–4,0 pkt; $p<0,05$)
- 7 SES: *Ogólnie rzecz biorąc, jestem z siebie zadowolony(a)* – $3,2 \pm 0,7$ pkt (3,0 pkt; 1,0–4,0 pkt) vs. $2,8 \pm 0,8$ pkt (3,0 pkt; 1,0–4,0 pkt; $p<0,01$).

Posiadanie opiekuna istotnie zwiększało częstość niskiej samooceny w skali SES (posiadanie opiekuna: $n=27$ – 37,5% vs. nieposiadanie opiekuna: $n=27$ – 11,8%; $p=0,0000$). Znalazło to również odbicie w średnich wynikach w skali SES (odpowiednio: $27,0 \pm 7,0$ pkt [28,5 pkt; 12,0–30,0 pkt] oraz $30,9 \pm 4,7$ pkt [31,0 pkt; 14,0–40,0 pkt]; $p<0,0001$). Stwierdzono, że wynika to z niższych średnich odpowiedzi udzielanych przez te osoby na wszystkie twierdzenia skali SES poza twierdzeniem *Lubię siebie* (6 SES). Średnie wartości przyporządkowane do udzielanych przez badanych odpowiedzi przedstawiono na rycinie 17 B.

A.



B.



Rycina 17. Średnie wyniki uzyskane przez badanych w zakresie poszczególnych stwierdzeń tworzących skalę samooceny SES wg Rosenberga z wyróżnieniem opiekania się kimś Ryc. 16A) oraz posiadania opiekunem (Ryc. 16B);

*oznacza – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,001$

Legenda:

- 1 SES: Uważam, że jestem osobą wartościową przynajmniej w takim samym stopniu, co inni.
- 2 SES: Uważam, że posiadam wiele pozytywnych cech.
- 3 SES: Ogólnie biorąc jestem skłonny(a) sądzić, że nie wiedzie mi się.
- 4 SES: Potrafię robić różne rzeczy tak dobrze, jak większość innych ludzi.
- 5 SES: Uważam, że nie mam wielu powodów, aby być z siebie dumn(a)y(m).
- 6 SES: Lubię siebie.
- 7 SES: Ogólnie rzecz biorąc, jestem z siebie zadowolony(a).
- 8 SES: Chciał(a)bym mieć więcej szacunku dla samego siebie.
- 9 SES: Czasami czuję się bezużyteczny(a).
- 10 SES: Niekiedy uważam, że jestem do niczego.

Analiza wieloczynnikowa:

W analizie wieloczynnikowej uwzględniono parametry wpływające na częstość niskiej samooceny w skali SES w analizie jednoczynnikowej czyli:

- wykształcenie
- miejsce zamieszkania (miasto/wieś)
- opiekowanie się kimś
- posiadanie opiekuna.

Analiza wieloczynnikowa wykazała, że wszystkie wzięte pod uwagę parametry były niezależnymi determinantami niskiej samooceny. Dla poszczególnych parametrów stwierdzono, że

1. wykształcenie niższe niż średnie zwiększało prawdopodobieństwo niskiej samooceny w skali SES ponad czterokrotnie (4,014 [OR 1,959–8,226]); p=0,000,
2. mieszkanie na wsi – ponad dwukrotnie (2,237 [OR 1,077–4,647]); p=0,031,
3. posiadanie opiekuna – ponad trzykrotnie (3,364 [OR 1,723–6,569]); p=0,000.

4.3.1. Podsumowanie analizy wpływu ocenianych parametrów na udzielanie odpowiedzi w zakresie poszczególnych twierdzeń tworzących skalę SES wg Rosenberga

Zbiorcza analiza wszystkich parametrów mających znaczenie dla udzielania gorszych odpowiedzi w przypadku poszczególnych twierdzeń wchodzących w skład skali SES wykazała, że mają one najczęściej te same determinanty. Szczegółowe zestawienie uzyskanych wyników przedstawiono w tabeli 15.

Dla udzielania gorszych odpowiedzi, w przypadku wszystkich twierdzeń znaczenie miało gorsze wykształcenie (poniżej średniego), a w przypadku 9 z 10 twierdzeń – również posiadanie opiekuna nie miało jedynie znaczenia dla udzielanych odpowiedzi w stosunku do twierdzenia *Lubię siebie* (6 SES). Trzecią determinantą, jednak mającą znaczenie tylko dla 4 spośród 10 twierdzeń, było wykształcenie.

Tabela 15. Parametry mające znaczenie dla poszczególnych twierdzeń wchodzących w skład skali SES wg Rosenberga

Skala SES wg Rosenberga	Niezależne determinanty wpływające na samoocenę
1 SES: Uważam, że jestem osobą wartościową przynajmniej w takim samym stopniu, co inni.	Wykształcenie Sprawowanie opieki Posiadanie opiekuna
2 SES: Uważam, że posiadam wiele pozytywnych cech.	Wykształcenie Sprawowanie opieki Posiadanie opiekuna
3 SES: Ogólnie biorąc jestem skłonny(a) sądzić, że nie wiedzie mi się.	Wykształcenie Posiadanie opiekuna
4 SES: Potrafię robić różne rzeczy tak dobrze, jak większość innych ludzi.	Płeć Wiek Wykształcenie Sprawowanie opieki Posiadanie opiekuna
5 SES: Uważam, że nie mam wielu powodów, aby być z siebie dumn(ą)y.	Wykształcenie Stan cywilny Posiadanie opiekuna
6 SES: Lubię siebie.	Wykształcenie
7 SES: Ogólnie rzecz biorąc, jestem z siebie zadowolony(a).	Wykształcenie Sprawowanie opieki Posiadanie opiekuna
8 SES: Chciał(a)bym mieć więcej szacunku dla samego siebie.	Wykształcenie Posiadanie opiekuna
9 SES: Czasami czuję się bezużyteczny(a).	Wykształcenie Posiadanie opiekuna
10 SES: Niekiedy uważam, że jestem do niczego.	Wykształcenie Posiadanie opiekuna

4.4. Analiza związku wyników Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010 i skali SES badanych

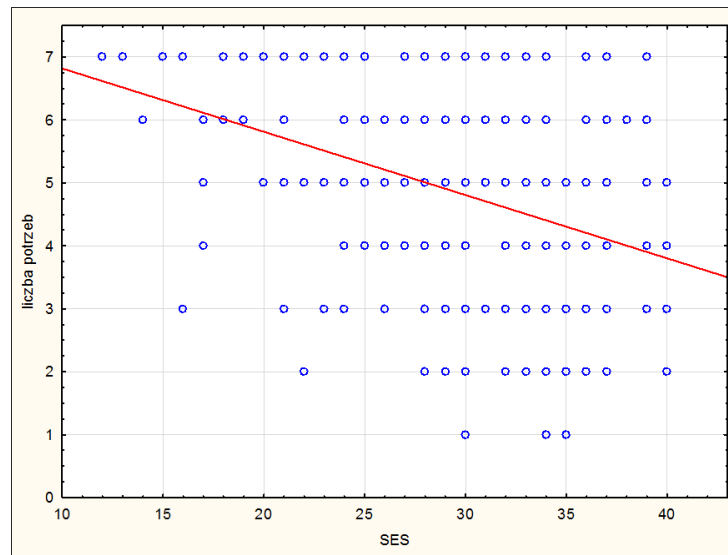
4.4.1. Obszary Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010 i skala SES

Stwierdzono istnienie ujemnej korelacji pomiędzy liczbą potrzeb w każdym z analizowanych obszarów Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010 i wynikami uzyskiwanymi przez badanych w skali SES. Najwyższą względną wartość współczynnika korelacji stwierdzono dla obszaru VII. Wyniki analizy statystycznej dla poszczególnych obszarów potrzeb zebrano w tabeli 16.

Tabela 16. Wynik analizy statystycznej poszukiwania korelacji pomiędzy liczbą potrzeb w poszczególnych obszarach Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010 i wynikami samooceny w skali SES wg Rosenberga

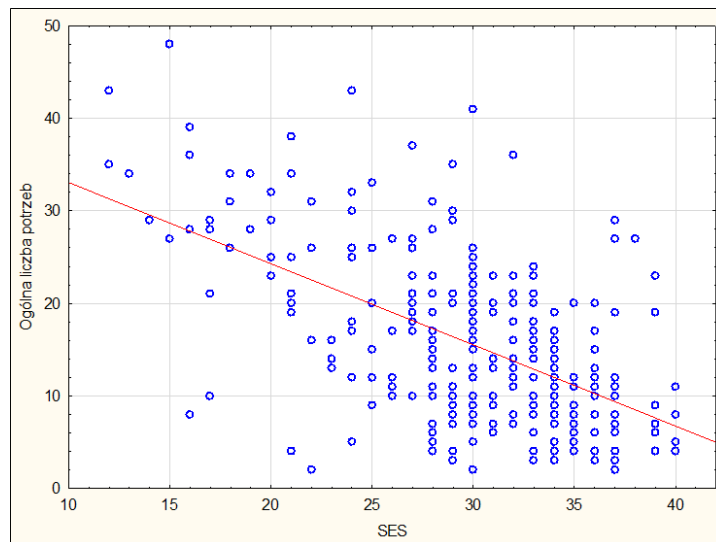
	Współczynnik korelacji r - Spermiana	Współczynnik istotności statystycznej (p)
Liczba potrzeb w Obszarze I vs. wyniki w skali SES	-0,312	0,0000
Liczba potrzeb w Obszarze II vs. wyniki w skali SES	-0,269	0,0000
Liczba potrzeb w Obszarze III vs. wyniki w skali SES	-0,260	0,0000
Liczba potrzeb w Obszarze IV vs. wyniki w skali SES	-0,290	0,0000
Liczba potrzeb w Obszarze V vs. wyniki w skali SES	-0,276	0,0000
Liczba potrzeb w obszarze VI vs. wyniki w skali SES	-0,266	0,0000
Liczba potrzeb w Obszarze VII vs. wyniki w skali SES	-0,476	0,0000

Stwierdzono istnienie ujemnej korelacji związku pomiędzy liczbą obszarów w zakresie których badani zgłaszali potrzeby w Kwestionariuszu EASY-Care Standard 2010, a ich samooceną wykonaną z wykorzystaniem skali SES ($r = -0,335$; $p = 0,0000$). Oznacza to, że wraz ze wzrostem liczby obszarów, w których badani deklarowali istnienie potrzeb malała ich samoocena (ryc. 18).



Rycina 18. Związek pomiędzy liczbą obszarów, w zakresie których badani zgłaszali potrzeby w Kwestionariuszu EASY-Care Standard 2010 i wynikami samooceny w skali SES wg Rosenberga

Stwierdzono również istnienie ujemnej korelacji pomiędzy sumaryczną liczbą potrzeb badanych w zakresie całego Kwestionariusza EASY-Care, a samooceną w zakresie SES czyli, że wraz ze spadkiem ogólnej liczby potrzeb wzrastała samoocena badanych w skali SES ($r = -0,466$; $p = 0,0000$; ryc. 19).



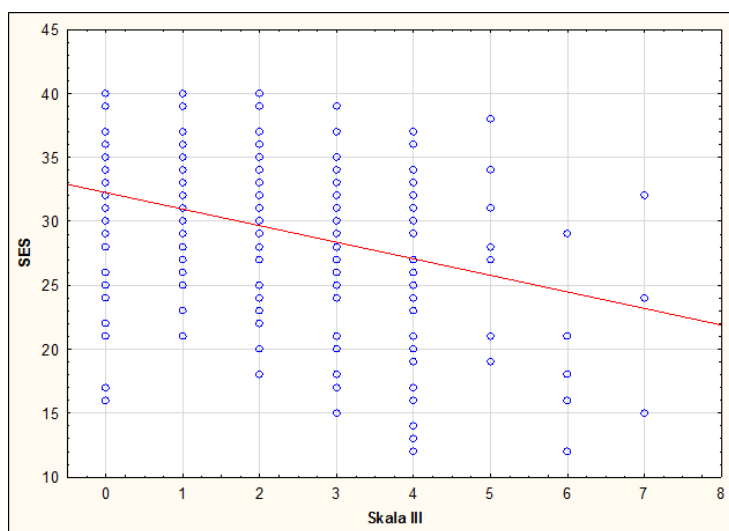
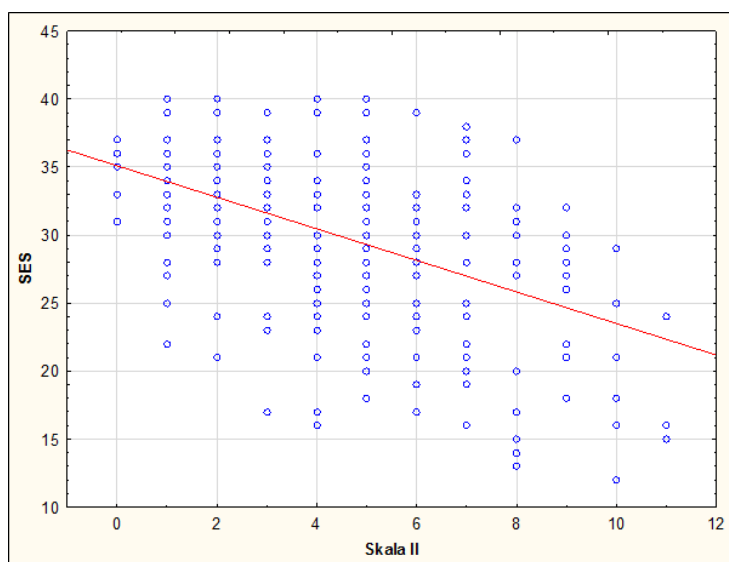
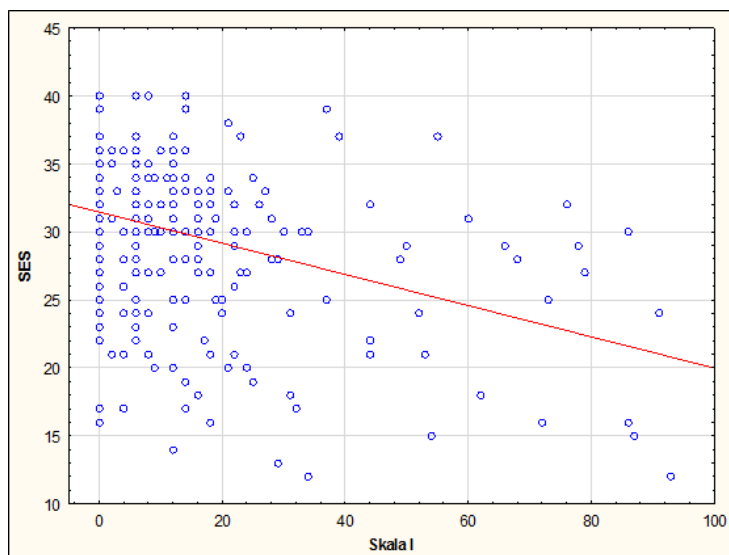
Rycina 19. Związek pomiędzy sumaryczną liczbą potrzeb zgłaszanych przez badanych w Kwestionariuszu EASY-Care Standard 2010 i wynikami samooceny w skali SES wg Rosenberga

4.4.2. Skale podsumowujące Kwestionariusza EASY-Care i skala SES

Zestawiając wyniki skal podsumowujących Kwestionariusz EASY-Care z wynikami samooceny w skali SES (ryc. 20) stwierdzono istnienie ujemnych korelacji dla wszystkich skal czyli:

- wraz ze zwiększeniem ryzyka zależności (wzrost wyników na *Skali poziomu niezależności* – Skala I) obserwowano niższe wyniki samooceny ($r = -0,295$, $p = 0,0000$),
- wraz ze zwiększeniem ryzyka całodobowej opieki (wzrost wyników na *Skali załamania opieki* – Skala II) obserwowano niższe wyniki samooceny ($r = -0,453$, $p = 0,0000$),
- wraz ze zwiększeniem ryzyka upadku i/lub obrażenia (wzrost wyników na *Skali ryzyka upadków* – Skala III) obserwowano niższe wyniki samooceny ($r = -0,301$, $p = 0,0000$).

Zestawiając wyniki skal podsumowujących Kwestionariusz EASY-Care Standard 2010 z udzielanymi odpowiedziami dla poszczególnych twierdzeń tworzących skalę SES stwierdzono istnienie ujemnych korelacji dla wszystkich skal i dla wszystkich twierdzeń. Szczegółowe wyniki przedstawiono w tabeli 17.



Rycina 20. Związek pomiędzy wynikami w skalach podsumowujących Kwestionariusz EASY-Care Standard 2010 i wynikami samooceny w skali SES wg Rosenberga; Skala I – *Skala poziomu niezależności*, Skala II – *Skala ryzyka załamania opieki*, Skala III – *Skala ryzyka upadków*

Tabela 17. Związek pomiędzy wynikami w skalach podsumowujących Kwestionariusz EASY-Care Standard 2010 i wynikami uzyskiwanymi przez badanych w zakresie poszczególnych twierdzeń wchodzących w skład skali SES wg Rosenberga; Skala I – *Skala poziomu niezależności*, Skala II – *Skala ryzyka załamania opieki*, Skala III – *Skala ryzyka upadków*

- 1 SES: Uważam, że jestem osobą wartościową przynajmniej w takim samym stopniu, co inni.
- 2 SES: Uważam, że posiadam wiele pozytywnych cech.
- 3 SES: Ogólnie biorąc jestem skłonny(a) sądzić, że nie wiecie mi się.
- 4 SES: Potrafię robić różne rzeczy tak dobrze, jak większość innych ludzi.
- 5 SES: Uważam, że nie mam wielu powodów, aby być z siebie dumny(a)ym.
- 6 SES: Lubię siebie.
- 7 SES: Ogólnie rzecz biorąc, jestem z siebie zadowolony(a)y.
- 8 SES: Chciał(a)bym mieć więcej szacunku dla samego siebie.
- 9 SES: Czasami czuję się bezużyteczny(a)y.
- 10 SES: Niekiedy uważam, że jestem do niczego.

	r	p
1 SES & Skala I	-0,246	0,0002
2 SES & Skala I	-0,263	0,0000
3 SES & Skala I	-0,258	0,0000
4 SES & Skala I	-0,310	0,0000
5 SES & Skala I	-0,208	0,0003
6 SES & Skala I	-0,189	0,001
7 SES & Skala I	-0,267	0,0000
8 SES & Skala I	-0,161	0,0051
9 SES & Skala I	-0,245	0,0000
10 SES & Skala I	-0,219	0,0001

	r	p
1 SES & Skala II	-0,297	0,0000
2 SES & Skala II	-0,305	0,0000
3 SES & Skala II	-0,416	0,0000
4 SES & Skala II	-0,353	0,0000
5 SES & Skala II	-0,354	0,0000
6 SES & Skala II	-0,283	0,0000
7 SES & Skala II	-0,361	0,0000
8 SES & Skala II	-0,350	0,0000
9 SES & Skala II	-0,350	0,0000
10 SES & Skala II	-0,361	0,0000

	r	p
1 SES & Skala III	-0,269	0,0000
2 SES & Skala III	-0,270	0,0000
3 SES & Skala III	-0,266	0,0000
4 SES & Skala III	-0,266	0,0000
5 SES & Skala III	-0,217	0,0002
6 SES & Skala III	-0,224	0,0001
7 SES & Skala III	-0,269	0,0000
8 SES & Skala III	-0,248	0,0000
9 SES & Skala III	-0,234	0,0000
10 SES & Skala III	-0,225	0,0001

5. Dyskusja

Starzenie się społeczeństw wymusza zmiany w systemach opieki i przeniesienie zasobów na zabezpieczenie potrzeb osób starszych. Obecnie zmiany te są już wyraźnie widoczne np. w Japonii [97, 98] jako w jednym z najstarszych krajów świata [99], ale dotyczą one coraz większej liczby krajów. Wspomniane zmiany obejmować muszą m.in. ocenę potrzeb ponieważ diagnoza w tym zakresie jest niezbędnym krokiem w kierunku ich zaspakajania, a to jest warunkiem zarówno możliwości starzenia w miejscu zamieszkania jak i dobrej jakości życia.

Ocena potrzeb obejmować powinna różne aspekty funkcjonowania osoby starszej, a nie skupiać się tylko na deficytach w zakresie funkcjonowania fizycznego i deficytach zdrowotnych [100]. Co więcej, do oceny powinno się wykorzystywać narzędzia zwalidowane pod względem różnic kulturowych. Jednym z takich kwestionariuszy jest Kwestionariusz EASY-Care Standard 2010 [101]. Daje on możliwość oceny osób z różnym nasileniem deficytów i, jak pokazano, może być też wykorzystywany jako narzędzie do samodzielnej oceny potrzeb w przypadku osób z niewielkim stopniem deficytów gdyż daje porównywalne wyniki w przypadku samodzielnej oceny i oceny wykonywanej przez przeszkolonego opiekuna formalnego [102]. Kwestionariusz rozpoznaje potrzeby niezaspokojone jako te, które w znaczący sposób wpływają na codzienne samodzielne funkcjonowanie osób starszych.

W przeprowadzonych badaniach zdecydowano się na zastosowanie właśnie tego narzędzia dla zdiagnozowania potrzeb grupy osób bez znaczących deficytów funkcjonowania, mieszkających w środowisku po to aby nie tylko zdefiniować profil potrzeb, ale również aby odpowiedzieć na pytanie o związek istniejących potrzeb z samooceną. Jak podaje Leary i wsp. [88] samoocena jest wypadkową akceptacji i odrzucenia społecznego. Jednak nie odzwierciedla realnej sytuacji, ale subiektywne przekonania o prawdopodobnych reakcjach innych ludzi: pozytywnych (akceptujących) lub negatywnych (odrzucających). Wskazuje to na wyraźny związek oceny nie tylko ze stanem fizycznym i sprawnością, ale również z funkcjonowaniem społecznym, a to może zmieniać się w procesie starzenia.

Kwestionariusz EASY-Care Standard 2010 jest rekomendowany do użycia u osób starszych mieszkających w środowisku by dzięki powtarzanej ocenie monitorować na bieżąco stan potrzeb. Zdecydowano się również włączyć jedynie osoby bez znacznie większych zaburzeń funkcji poznawczych (wynik w skali AMTS co najmniej 7 punktów) aby mieć pewność co do realności udzielanych informacji.

Stwierdzono istnienie potrzeb w Obszarze I: Wzrok, słuch, i zdolność porozumiewania się u co trzeciej osoby. Szczególny dobór grupy i włączenie do badań osób po laryngektomii wpłynął na wskazywanie potrzeb w zakresie korzystania z telefonu czy komunikacji. Jednak również częściej niż co 10 osoba miała problemy ze słuchem. Według badania PolSenior pokazało, że już na przedpolu starości aż 4% osób słyszy tylko głośną mowę. Późne diagnozowanie niedosłuchu, przynajmniej u części osób, skutkuje obniżeniem stopnia rozumienia mowy [103], a więc pogarsza funkcjonowanie społeczne.

Jednak również częściej niż co 10 badana osoba miała problemy ze wzrokiem. Ponieważ Kwestionariusz EASY-Care diagnozuje tylko potrzeby niezaspokojone oznacza to – przynajmniej u części osób – brak okularów lub złe ich dopranie. Według badania PolSenior w grupie osób na przedpolu starości umiarkowane upośledzenie wzroku dotyczy aż 33% osób i niestety dotyczyło również osób posiadających okulary. W tej grupie 1% badanych miało zwyrodnienie plamki żółtej (AMD), będące jedną z najczęstszych przyczyn ślepoty u osób po 60 roku życia [104]. W tym kontekście podkreślenia wymaga konieczność badań przesiewowych i wczesnej diagnostyki ponieważ postać wysiękowa tej choroby powoduje deficyt widzenia potencjalnie odwracalny w przypadku szybkiej interwencji.

W Obszarze II stwierdzono istnienie potrzeb u 2/3 badanych. Najczęściej były to problemy z oddawaniem moczu głównie nietrzymanie moczu. Według Światowej Organizacji Zdrowia nietrzymanie moczu jest obecnie jednym z priorytetowych problemów zdrowotnych i dotyczy ok. 200 mln ludzi na całym świecie [105], a profilaktyka i leczenie tych zaburzeń stało się wyzwaniem dla systemów ochrony zdrowia [106, 107]. Występuje u blisko 50% populacji żeńskiej i prawie co drugi mężczyzna po 55 roku życia zgłasza problemy z częstszym oddawaniem moczu w ciągu dnia oraz nokturię [108, 109]. Dane te są więc zgodne z częstością problemu zgłaszanego w wykonanym badaniu. Regularnie przeprowadzana analiza stanu potrzeb w tym zakresie pozwala na wczesne rozpoznanie nietrzymania moczu a następnie dobranie indywidualnych metod leczenia zgodnego z zasadą terapii „skrojonej na miarę” [110,

111]. Niestety w warunkach polskich nietrzymanie moczu jest diagnozowane ze względu na to, że osoby starsze nie zgłaszają problemu lekarzom – uważając, że jest to naturalna konsekwencja starzenia, a lekarze nie pytają o nietrzymanie moczu. Jak pokazała Kropińska 75% osób starszych objętych badaniem twierdziło, że nigdy nie były pytane o istnienie problemu, a co ważne u ponad 30% problem był obecny [12]. Diagnozowanie nietrzymania moczu ma ważne znaczenie gdyż wiadomo, że często towarzyszy mu np. depresja i przekłada się na niską samoocenę [112].

Często – w Obszarze II: Dbanie o siebie – sygnalizowano również problemy z oddawaniem stolca oznaczające najczęściej zaparcia. Ze względu na subiektywny charakter dolegliwości podkreślić należy, że osoby starsze rozumieją zaparcia w bardzo różny sposób i różne dolegliwości określają tym mianem [113]. Jednak bez względu na to zaparcia – jak wskazują badania – są często wskazywane jako kluczowe w obniżaniu jakości życia [114] i stąd ich wczesne diagnozowanie ma znaczenie dla optymalnego funkcjonowania.

W Obszarze III: Poruszanie się 2/3 osób zgłaszało istnienie potrzeb. Najczęściej, bo u co drugiej osoby, występowały potrzeby związane z problemami w obrębie stóp. Nieco tylko rzadziej deklarowano wystąpienie upadku w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie, przy czym co piąta ze zgłaszających upadek osób upadła w tym czasie częściej niż raz. Znacznie tu mieć może to, że problemy ze stopami są dobrze definiowanymi czynnikami ryzyka upadków [115].

Upadki często prowadzą do utraty samodzielności w zakresie złożonych i podstawowych czynności dnia codziennego oraz zwiększają ryzyko hospitalizacji czy nawet instytucjonalizacji stąd międzynarodowe towarzystwa naukowe wskazują na konieczność wykonywania badań przesiewowych pod kątem zwiększonego ryzyka upadków u osób starszych [116,117]. Niestety w Polsce tego typu badania nie są wykonywane, a nawet jak pokazało badanie przeprowadzone przez Kropińską większość osób starszych nigdy nie jest pytana przez lekarzy o upadek (w cytowanym badaniu dotyczyło to ponad 80% badanych; przy czym z tego o trzecia osoba deklarowała, że upadła w ciągu ostatniego roku) [12]. Tym bardziej więc analiza ryzyka upadków musi być elementem oceny potrzeb co podkreślają wykonane badania.

Warto zwrócić uwagę, że – w wykonanych badaniach – prawie co trzecia osoba badana zgłaszała problem z samodzielnym wykonaniem zakupów, a prawie co 4 – z samodzielnym dotarciem do miejsc użyteczności publicznej. W populacji PolSenior z tymi czynnościami problem miało odpowiednio 30% i 25% osób, co oznacza, że częstości

zgłaszanych – w wykonanym badaniu – potrzeb w tym zakresie odpowiada częstości tego zapotrzebowania w populacji polskiej. Są to instrumentalne czynności dnia codziennego i – jak już wcześniej wspomniano – ich niezaspokojenie może w krótkim czasie prowadzić do znacznego stopnia niesamodzielności. Co więcej, pokazano, że niesamodzielność w zakresie zakupów jest czynnikiem ryzyka niedożywienia [118], które dodatkowo niesie ze sobą ryzyko pogorszenia sprawności [119]. Znajomość i zaspokojenie tych potrzeb jest więc podstawą starzenia się w miejscu zamieszkania.

W Obszarze IV: Bezpieczeństwo osobiste zgłaszała potrzeby prawie połowa badanych. Dotyczyło to głównie bezpieczeństwa poza domem. Bezpieczeństwo jest jednym z 7 obszarów wskazanych jako priorytetowe do działań z zakresu profilaktyki społecznej, gdyż seniorzy m.in. dość często stają się ofiarami przestępstw [120].

W obszarze V: Warunki mieszkaniowe i sytuacja finansowa) potrzeby zgłaszała więcej niż 2/3 badanych. Co ciekawe w zdecydowanej większości dotyczyło to otrzymania informacji o pomocy finansowej i zasiłkach. Oznaczać to może brak poczucia autonomii i sprawstwa w swoim codziennym życiu.

W obszarach VI (Dbłość o zdrowie) prawie wszyscy ankietowani zgłaszali istnienie potrzeb (98,3%). U największego odsetka osób dotyczyło to braku wiedzy, ale i zainteresowania aktualnymi szczepieniami. Wagę problemu pokazali już w 2010 roku eksperci European Union Geriatric Medicine Society oraz International Association of Gerontology and Geriatrics European Region zalecając wykonywanie szczepień ochronnych u ludzi starszych przeciw grypie, tężcowi, błonicy, krztuścowi, pneumokokom i półpaścowi [121]. W Polsce każdego roku ogłaszany jest przez Głównego Inspektora Sanitarnego kalendarz szczepień ochronnych, który zawiera zalecenia dotyczące szczepienia osób, które ukończyły 60. rok życia. Zlecenia te dotyczą szczepień przeciwko grypie, wirusowemu zapaleniu wątroby (WZW) typu A i B), tężcowi, błonicy, krztuścowi, ospie wietrznej – które chroni przed zachorowaniem na półpasiec – oraz przeciwko pneumokokom i meningokokom. Mimo zaleceń widoczne jest małe zainteresowanie i niewielka wiedza osób starszych na temat szczepień ochronnych [122, 123], co również potwierdzają wyniki badań w zaprezentowanej pracy.

W obszarze VI często również zgłaszaną potrzebą był brak tchu czyli duszność. Duszność jest subiektywną dolegliwością, która może manifestować tak różne zaburzenia jak np. niewydolność serca, przewlekła obturacyjna choroba płuc czy anemia, ale też może mieć mechanizm złożony. Wskazuje to na konieczność usprawnienia opieki zdrowotnej zwłaszcza tej, której odbiorcą jest osoba starsza.

Kolejne ważne domeny – z punktu widzenia badanych osób – to obawa o wagę (nie tylko w aspekcie niedożywienia, ale i nadwagi i otyłości) oraz niepodejmowanie aktywności fizycznej. Znaczenie ma tu więc brak zdrowotnych aspektów stylu życia. Dieta i aktywność fizyczna mają znaczenie nie tylko jako czynniki ryzyka występowania wielu chorób, ale i pogarszają ich przebieg. Należą do nich m.in. nadciśnienie tętnicze czy cukrzyca [124]. Częstość nadwagi w Polsce wśród osób starszych jest duża natomiast otyłość stanowi ważny problem nie tylko zdrowotny ale i społeczno-ekonomiczny. Wg WHO nadmierna masa ciała jest najczęściej występującym zaburzeniem metabolicznym i globalną epidemią XXI wieku. Pod względem częstości jest piątym czynnikiem ryzyka zgonów na świecie [125] Również aktywność fizyczna Polaków jest niezadawalająca. W badaniu WOBASZ II [126], w którym przebadano grupę osób w wieku 20 – 74 lata wybraną w sposób reprezentacyjny dla Polski, pokazano, że ponad połowę Polaków charakteryzuje małą aktywność fizyczna (55,6%). Odsetek ten wzrósł w stosunku do badania WOBASZ I, wykonanego 10 lat wcześniej, o prawie 4% – bardziej wśród mężczyzn. Co więcej co trzeci ankietowany – (37% mężczyzn i 32% kobiet) – deklarował, że nigdy nie wykonuje ćwiczeń fizycznych przez co najmniej 30 minut bez przerwy. Oznacza to, że ten obszar potrzeb jest bardzo zaniedbany, co pokazują również wykonane badania.

W obszarze VII (Zdrowie psychiczne i ogólne samopoczucie), podobnie do obszaru VI potrzeby były bardzo powszechne (95,0% badanych). Najczęściej zgłaszano występowanie dolegliwości bólowych. W badaniach przeprowadzonych przez Wasilewskiego i wsp. pokazano, że odczuwanie bólu koreluje z obniżeniem nastroju, objawami lękowymi, „zamartwianiem się” [127]. Podobne wyniki uzyskali Makara-Studzińska i Kryś-Noszczyk w wykonanej analizie piśmiennictwa z zakresu geriatry, która wykazała związek między starością, wielochorobowością i bólem. Odczuwanie bólu jest subiektywne, najczęściej współistnieje z emocjonalnym cierpieniem i często jest przyczyną pogorszenia sprawności funkcjonalnej. Przewlekłe odczuwanie bólu obniża nastroju i może prowadzić do rezygnacji z różnych form aktywności, jest znaczącym czynnikiem obniżającym jakość życia osób starszych.

Kolejne problemy generujące potrzeby dotyczyły trudności ze snem. Jednym z najczęściej występujących zaburzeń snu u ludzi starszych jest bezsenność. Seniorzy definiują ją jako niezadawalającą jakość i ilość snu, która wiąże się z utrudnieniem zaśnięcia, utrzymania snu i wczesnym budzeniem [128]. W ciągu ostatnich 10 lat przeprowadzono badania potwierdzające uzyskane wyniki dotyczące powszechności

występowania zaburzeń snu oraz coraz większego zużycia leków nasennych [129]. W ogólnopolskim programie badań czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego – NATPOL, który jest elementem Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego, w populacji prawie 2,5 tys. badanych subiektywne trudności ze snem deklarowało 50,5% badanej populacji [130].

Ludzie starsi narażeni są na odczuwanie samotności i osamotnienia. Samotność identyfikowana jest ze znacznym ograniczeniem lub brakiem relacji międzyludzkich. Osamotnienie natomiast wiąże się z psychologicznym aspektem samotności, jest subiektywnym uczuciem wyobcowania chociaż istnieje fizyczna możliwość kontaktu z drugim człowiekiem. Stany te mogą wynikać z zanikającego modelu rodziny wielopokoleniowej, również mogą być skutkiem wykluczenia społecznego osoby starszej. W literaturze przedmiotu podaje się, że problemy te będą narastać wraz ze starzeniem się społeczeństw [131, 132]. To negatywne uczucie może prowadzić do depresji, alkoholizmu czy zaburzeń jedzenia. Warto zwrócić uwagę, że w wykonanym badaniu poczucie samotności i osamotnienia wpływały na potrzeby z zakresu „Zdrowie psychiczne i ogólne samopoczucie” podobnie jak w badaniu Girzelska i wsp. pokazano, że samotność i poczucie osamotnienia odczuwane przez osoby starsze mogą nie tylko zwiększać ryzyko pogorszenia stanu zdrowia, ale też zwiększać ryzyko przedwczesnej śmierci [133].

Jak wynika z przeprowadzonych analiz największą częstość potrzeb stwierdzono dla obszarów VI i VII, a zatem dla obszarów związanych ze zdrowiem. Podobny profil dominujących potrzeb został stwierdzony przez Talarską i wsp. we wcześniej prowadzonych w Polsce badaniach z użyciem Kwetionarisa EASY-Care Standard 2010. U chorych z poradni chirurgii onkologicznej (100 osób – w większości byli to chorzy zakwalifikowani do biopsji cienkoigłowej lub do usunięcia znamion) pokazano, że największe zapotrzebowanie na opiekę i wsparcie dotyczy obszarów „Stan zdrowia” – (99%) oraz „Zdrowie psychiczne i ogólne samopoczucie” – (100%) [134]. W innym badaniu, którym wzięło aż 506 samodzielnych osób starszych mieszkających w środowisku domowym również zdefiniowano najczęstsze obszary jako „Zdrowie psychiczne i ogólne samopoczucie” i „Stan zdrowia”, jednak częstość zgłaszania tych problemów była znacznie mniejsza (odpowiednio 56% i 29%).[135]. Zatem – w wykonanych badaniach – odsetek osób zgłaszających potrzeby z poszczególnych obszarów odpowiadał bardziej odsetkowi chorych w poradni onkologicznej niż osób sprawnych mieszkających w środowisku. Jednak w innych badaniach 100

przypadkowych osób mieszkających w środowisku stwierdzono porównywalnie wysoki odsetek do wykonanych badań (odpowiednio 95% i 90%) [67].

Problemy zdrowotne mają szczególne znaczenie dla jakości życia osób starszych. W związku z jej bezpośrednim związkiem ze sprawnością funkcjonalną i niezależnością u tej grupy osób postrzegane są jako jej najważniejsze elementy [136]. Zatem zwrócenie uwagi na niezaspokojone potrzeby zdrowotne jest konieczne zarówno dla utrzymania sprawności, jak i dla dobrej jakości życia. Jednak w związku z niemalże 100% zgłaszalnością potrzeb w obszarach VI i VII – w analizie wieloczynnikowej – nie stwierdzono istnienia niezależnych determinant dla ich występowania. Wynika to z efektu sufitowego [137].

Najważniejszą niezależną determinantą potrzeb aż dla 4 z 5 pozostałych obszarów Kwestionariusza EASY-Care (obszary I, II, III, IV) było posiadanie opiekuna. Stwierdzenie związku istnienia potrzeb z posiadaniem opiekuna może wskazywać na brak przygotowania opiekunów do opieki i w związku z tym niezaspokajanie przez nich potrzeb podopiecznych. Rzeczywiście na różne postrzeganie potrzeb zwracają uwagę m.in. badacze posługujący się Kwestionariuszem CANE, który pozwala na ocenę potrzeb zarówno z perspektywy podopiecznego, jak i opiekuna [138]. Podkreśla się przy tym, że najważniejsza jest perspektywa samej osoby starszej, a więc taka jaką wzięto pod uwagę w tym badaniu. Nie zawsze jednak osoba starsza, z różnych względów, może dokonać samooceny czy też, co jest szczególnie istotne, nie może zapewnić sobie samoopieki. W takich sytuacjach potrzebny jest ktoś, kto zaopiekuje się seniorem. Najczęściej decydującymi opiekunami starszego członka rodziny stają się współmałżonkowie, dzieci czy wnuki ponieważ środowiskowa opieka senioralna jest w Polsce niewystarczająca. Opiekowanie się drugim człowiekiem, to szczególny rodzaj zajęcia, to coś więcej niż spełnianie obowiązków wynikających z różnych umów. Nieprzygotowani do swej nowej roli opiekunowie – członkowie rodzin seniora mogą być nadmiernie obciążeni psychicznie i fizycznie, ale także finansowo [139]. Skutkuje to niewłaściwym sprawowaniem opieki.

Wydaje się jednak, że – przynajmniej w przypadku niektórych osób mieszkających samotnie – nie można wykluczyć, że zgłaszano istnienie opiekuna w przypadku posiadania rodziny mieszkającej w odległym miejscu. Byłoby to więc raczej życzenie posiadania opiekuna niż rzeczywiste jego posiadanie. Kwestionariusz szczegółowego wglądu w te kwestie nie daje choć na pewno należy zwrócić na to uwagę w prowadzonych w przyszłości badaniach.

Jeśli chodzi o wyniki skal podsumowujących to – w wykonanych badaniach – w skali poziomu niezależności badani uzyskiwali niskie wyniki co oznacza, że – w zdecydowanej większości – były to osoby sprawne. Potwierdzają to wyniki pozostałych skal. W związku z sugerowanym ostatnio przeznaczeniem Kwestionariusza EASY-Care do samooceny [67] powinien być on wykorzystany właśnie przez osoby starsze stosunkowo sprawne, po to by w porę zauważyć pojawiające się problemy i aby była szansa ich rozwiązania zanim dojdzie do ograniczenia sprawności. Co ciekawe, we wcześniej cytowanych badaniach wykonanych na grupach osób starszych mieszkających w środowisku wyniki wszystkich trzech skal były zbliżone do uzyskanych w tym badaniu [67].

Również i dla skal podsumowujących (ryzyko upadków i skala ryzyka załamania opieki) jedyną powtarzającą się niezależną determinantą gorszych wyników było posiadanie opiekuna. Wobec powyższych faktów, a także wykazanego związku istnienia potrzeb w wielu obszarach Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010 z posiadaniem opiekuna, konieczne jest zastanowienie się nad rolą opiekuna w sprawowaniu opieki.

Wyłonione w wykonanym badaniu determinanty trudno jest porównać z wynikami innych autorów ponieważ dotychczas – przy definiowaniu determinant – nie stosowano analizy wieloczynnikowej. Na znaczenie analizy wieloczynnikowej w tych badaniach wskazuje m. in. fakt stwierdzonej zależności wyników wszystkich skal podsumowujących od wieku w analizie jednoparametrowej, który jednak dla żadnej ze skal nie okazał się istotny przy zastosowaniu wspólnej analizy większej liczby parametrów.

Badane osoby charakteryzowały się stosunkowo dobrą samooceną, a tylko co szósta osoba w całej badanej grupie miała niską samoocenę. Wysoka średnia samoocena w badaniach osób starszych została pokazana wcześniej przez innych autorów [140, 141]. W kwestii samoceny osób starszych – na tle osób młodszych – poglądy są rozbieżne. Związek pomiędzy wiekiem i samooceną jest ciągle dyskutowany i różni autorzy prezentują całkowicie różne poglądy w kwestii samooceny osób starszych w stosunku do młodszych – od niezmienności samooceny u osób dorosłych i starszych wynikającej z jej stałych konstruktów [142] do pogarszania z wiekiem towarzyszącego pogorszeniu stanu zdrowia [143]. Zwraca się przy tym uwagę na możliwe różnice kulturowe w badaniach prowadzonych w różnych krajach świata. Podkreślić też trzeba, że skala SES właściwie nie jest dedykowana osobom starszym – np. polska walidacja narzędzia dotyczy osób w grupie wiekowej 15 – 55 rok życia dla których pokazano szczegółowe możliwości

interpretacji wyników według stenów [91]. W związku z brakiem zaleceń co do tej interpretacji u osób starszych w pracy zastosowano interpretację klasyczną na podstawie uznanych punktów odcięcia.

W wykonanych badaniach niezależnymi determinantami niskiej samooceny były wykształcenie poniżej średniego, zamieszkiwanie na wsi oraz posiadanie opiekuna.

Co do wykształcenia to już Rosenberg i Pearlin w 1978 roku zwracali na to uwagę, że gorsze wykształcenie wiąże się z gorszą samooceną [144]. Zgodnie z tym późniejsze badania pokazały, że akademickie wykształcenie wiąże się z lepszą samooceną [145, 146]. Uważa się, że edukacja jest jednym z czynników, które pozwalają lepiej poradzić sobie z wyzwaniami jakie niesie proces starzenia co uzasadnia gorsze wyniki w skali SES u osób gorzej wykształconych.

Jeśli chodzi o zamieszkiwanie na wsi jako determinantę gorszej samooceny w wykonanych badaniach to nie można wykluczyć iż jest to konsekwencją gorszej sytuacji ekonomicznej mieszkańców polskiej wsi w porównaniu do mieszkańców miast. Raport „Wieś w Polsce 2017: diagnoza i prognoza” podaje, że „poziom ubóstwa na wsi jest wyższy niż w mieście” [147]. Rzeczywiście niektórzy autorzy uważają, że niższe dochody mogą wiązać się z trudnościami w zaspakajaniu potrzeb i stąd gorsza samoocena [142], choć nie ma w tym względzie zgody [148]. Wydaje się, że miejsce zamieszkiwania nie było dotychczas rozpatrywane w badaniach jako parametr różnicujący samoocenę u osób starszych.

Naturalne wydaje się, że osoby posiadające opiekuna to te, które wymagają opieki. Można zatem sądzić, że ich stan zdrowia jest gorszy, a to – jak pokazano – ma związek z niższą samooceną [144, 146]. Uzasadnienie to nabiera szczególnego znaczenia wobec wykazanego związku zgłaszania większej liczby potrzeb przez osoby posiadające opiekuna w pierwszej części niniejszej pracy. W tym kontekście warto jednak pamiętać, że wcześniej pokazano, że osoby samotne mają generalnie niższą samoocenę niż posiadające rodzinę [142, 149].

W wykonanych badaniach żaden inny parametr nie miał znaczenia dla niskiej samooceny. Warto tu być może podkreślić brak różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami, gdyż niektórzy autorzy uważają, że niższa samoocena charakteryzuje kobiety [144]. Może to wynikać z większej częstości depresji, dla której związek z niskimi wykami SES został wcześniej pokazany [150]. Niniejsze badania nie potwierdziły tego związku.

W wykonanych badaniach stwierdzono istnienie korelacji pomiędzy wynikami samooceny przy użyciu skali SES i wynikami oceny potrzeb wykonanymi Kwestionariuszem EASY-Care Standard 2010. Dotyczyło to zarówno liczby potrzeb i liczby obszarów potrzeb, jak i wyników wszystkich skal podsumowujących kwestionariusza. Oznacza to, że większa liczba potrzeb, ale i ich większa różnorodność oraz większe ryzyko zależności, załamania opieki, ale i upadków miały wiążek z niższą samooceną. W literaturze nie znaleziono badań dotyczących powiązania potrzeb z samooceną. Nie ma więc możliwości porównania uzyskanych wyników badań.

Można jednak wskazać możliwe parametry wiążące wykonane oceny. Większa liczba potrzeb (rozumianych jako potrzeby niezaspokojone zgodnie z Kwestionariuszem EASY-Care Standard 2010) i wyższe wyniki w skalach podsumowujących kwestionariusza wynikają niewątpliwie z niepełnej samodzielności w konsekwencji gorszego stanu zdrowia. Jak wspomniano wcześniej, zły stan zdrowia i niesprawność są w literaturze dyskutowane również jako determinanty gorszej samooceny w skali SES [144, 146]. Znaczenie mieć tu także może pokazany związek samooceny z satysfakcją z życia – osoby z wyższą samooceną, miały w przeprowadzonym badaniu większą satysfakcję z życia i były bardziej zadowolone [151] co może też mieć znaczenie dla postrzegania potrzeb.

Innym łącznikiem może być depresja, o której wykazano, że wpływa na postrzeganie potrzeb [152], ale i na samoocenę [153]. Pokazano też, że osoby o niskiej samoocenie przeżywają więcej negatywnych emocji, a nawet prezentują postawę uników wobec trudności i wyzwań [91], a to z pewnością utrudnia rozwiązywanie istniejących problemów i może przekładać się na niezaspokajanie potrzeb.

Dodatkowo, w wykonanych w Portugalii badaniach u ponad 1000 osób starszych mieszkających we własnych domach pokazano, że niska samoocena przekłada się na gorszą jakość życia osób starszych, w zakresie wszystkich domen, a więc zarówno w zakresie stanu zdrowia, jak i np. funkcjonowania społecznego (154). Związki uzyskiwanych wyników w skalach podsumowujących Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010 z jakością życia zostały wcześniej scharakteryzowane przez Talarską i wsp. [72]. Tak więc niska samoocena i wyniki analizy potrzeb mogą być powiązane również tym parametrem.

Wykonana analiza potrzeb i samooceny nie pozwala wskazać co jest skutkiem, a co przyczyną. Można nawet – w oparciu o wiążące obydwie skale parametry – wyobrazić sobie wzajemne wynikanie czyli sytuację, w której gorsza samoocena spotęguje istniejące

potrzeby, a z kolei większa liczba potrzeb przełoży się na gorszą samoocenę. Wszystko to może wynikać zarówno z niesprawności funkcjonalnej, jak i depresji czy gorszej jakości życia.

W kontekście stwierdzonych związków samooceny z istniejącymi potrzebami, zwrócenia uwagi wymaga obserwacja posiadania opiekuna zarówno jako determinanty większej liczby potrzeb i gorszych wyników wybranych skal podsumowujących Kwestionariusz EASY-Care Standard 2010, jak i gorszych wyników samooceny. Wymaga to dokładniejszego przyjrzenia się roli opiekuna i odpowiedzi na pytanie o przygotowanie opiekunów nieformalnych do sprawowania opieki.

Wykonane badanie nie obejmowało interwencji koniecznych do zmiany zaistniałej sytuacji analizowanych osób. Niemniej warto zdać sobie sprawę – jak pokazano ostatnio – iż trening poznawczy może poprawiać wyniki SES [155]. Podobną zależność stwierdzono dla treningu fizycznego [152]. Znaczenie tych sugestii jest nie do przecenienia bowiem pokazuje, że aktywizacja – której wiele miejsca poświęca się w dyskusjach o optymalnym starzeniu – może prowadzić nie tylko do poprawy wyników skali SES, ale również - zgodnie z uzyskanymi wynikami badań – do zmniejszenia liczby potrzeb i poprawy niezależności w mechanizmie związanym z poprawą samooceny.

6. Wnioski

1. Analizowane osoby starsze najczęściej zgłaszały potrzeby w obszarach Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010 związanych ze zdrowiem czyli *Dbłość o zdrowie* (obszar VI) oraz *Zdrowie psychiczne i ogólne samopoczucie* (obszar VII). Potrzeby, w każdym z tych obszarów zgłaszało co najmniej 95% badanych.
2. Wspólną determinantą posiadania potrzeb w różnych obszarach Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010 było posiadanie opiekuna. Było ono również determinantą ryzyka załamania opieki i ryzyka upadków w skalach podsumowujących kwestionariusz.
3. Niezależnymi determinantami niskiej samooceny u analizowanych osób starszych było wykształcenie niższe niż średnie oraz posiadanie opiekuna.
4. Stwierdzono, że wraz ze wzrostem liczby obszarów Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010, w których badani deklarowali istnienie potrzeb oraz wraz ze wzrostem liczby potrzeb malała ich samoocena w skali SES.
5. Zwiększone ryzyko zależności, załamania opieki i upadków w ocenie wykonanej za pomocą sumarycznych skal Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010 związane jest z niższą samooceną w skali SES.

Stwierdzono, że większa liczba potrzeb, ale też większe ryzyko załamania opieki i większe ryzyko upadków są związane z niższą samooceną. Zatem zaspokojenie potrzeb jest kluczowe dla poprawy samostrzegania. Wspólną determinantą zarówno posiadania potrzeb w różnych obszarach kwestionariusza, jak i gorszych wyników w skali SES było posiadanie opiekuna. Ponieważ kwestionariusz definiuje potrzeby niezaspokojone może to wskazywać na niezaspokajanie potrzeb przez opiekunów. Wykazane w badaniu istnienie dużej liczby potrzeb w różnych obszarach wskazuje na efektywność użytego narzędzia (Kwestionariusz EASY-Care Standard 2010) co może być podstawą rekomendacji dla jego zastosowania w codziennej praktyce.

7. Streszczenie

Wiadomo, że bieżącą i przyszłą sytuację demograficzną Europy, w tym Polski, determinują zwiększanie się średniej długości życia i spadek dzietności. Prognozuje się, że zjawiska te przyniosą negatywne skutki społeczne i ekonomiczne w szczególności w obszarach związanych ze zdrowiem w tym potrzebami terapeutycznymi oraz opiekuńczym.

Celem pracy była ocena potrzeb osób starszych mieszkających w środowisku domowym w zakresie psycho-fizyczno-społecznym z uwzględnieniem analizy ich związku z samooceną badanych. Poszukiwano również socjo-demograficznych determinant potrzeb u analizowanych osób.

Badaniami objęto osoby starsze, które ukończyły 60 lat i mieszkały we własnych domach. Kryterium włączenia do badania było uzyskanie ponad 6 punktów w Skróconym Teście Sprawności Umysłowej (AMTS) oznaczające brak cięższych zaburzeń funkcji poznawczych. Do oceny potrzeb zastosowano Kwestionariusz EASY-Care Standard 2010 (EC), a jako narzędzie do samooceny – skalę SES Rosenberga. Szczegółowej analizie poddano dane w zakresie każdego z 7 obszarów EC (Obszar I: Wzrok, słuch i zdolność porozumiewania się; Obszar II: Dbanie o siebie; Obszar III: Poruszanie się; Obszar IV: Bezpieczeństwo osobiste; Obszar V: Warunków mieszkaniowych i sytuacja finansowa; Obszar VI: Dbałości o zdrowie; Obszar VII: Zdrowie psychiczne i ogólne samopoczucie) oraz 3 skal podsumowujących (Skala poziomu niezależności, Skala ryzyka załamania opieki, Skala ryzyka upadków) z uwzględnieniem 8 zmiennych socjo-demograficznych (wiek, płeć, miejsce zamieszkania [miasto – wieś], stan cywilny, wykształcenie, zamieszkiwanie [mieszkający sam lub z kimś], opiekowanie się kimś i posiadanie opiekuna). Podobnej analizie poddano wyniki skali SES.

Do badań włączono 300 osób (194 kobiety [K] i 106 mężczyzn [M]). Średnia wieku badanych wynosiła $70,5 \pm 7,5$ lat.

W analizowanej grupie najczęściej zgłaszano potrzeby w obszarach VI EC (Dbałość o zdrowie – potrzeby u 295 osób – 98,3%) i VII (Zdrowie psychiczne i ogólne samopoczucie – potrzeby u 285 osób – 95%). Obszar VI obejmuje domeny dotyczące stylu życia i zachowań prozdrowotnych, a VII – domeny dotyczące wypełniania czasu wolnego, subiektywnego określenia stanu zdrowia, uczucia osamotnienia czy obaw o utratę pamięci i występowania bólu. W obu tych obszarach – w analizie wieloczynnikowej – nie stwierdzono istnienia niezależnych determinant występowania

potrzeb. Aż dla 4 z pozostałych 5 obszarów (Obszar I: Wzrok, słuch i zdolność porozumiewania się, Obszar II: Dbanie o siebie, Obszar III: Poruszanie się, i Obszar IV: Bezpieczeństwo osobiste) najważniejszą niezależną determinantą potrzeb było posiadanie opiekuna.

Jeśli chodzi o skale podsumowujące EC to średni wynik badanych w *Skali poziomu niezależności* dla całej grupy wyniósł $13,3 \pm 18,1$ pkt. Badani byli więc stosunkowo samodzielni o czym świadczy mała liczba osób z wynikiem w *Skali poziomu niezależności* powyżej 50 punktów – tylko 18 (6,0%). Średni wynik uzyskany w *Skali ryzyka załamania* opieki wyniósł $4,4 \pm 2,4$ pkt; wyniki powyżej 6 punktów uzyskało tylko 58 osób (19,3%). Średni wynik w *Skali ryzyka upadków* to $1,8 \pm 1,6$ pkt.; stwierdzono istnienie podwyższonego ryzyka upadków (wynik co najmniej 3 pkt) u 89 osób (29,7%).

Niezależnymi determinantami uzyskiwanych wyników powyżej mediany w *Skali poziomu niezależności* było tylko sprawowanie opieki, w *Skali ryzyka załamania opieki* – przynależność do starszej grupy wiekowej, wykształcenie poniżej średniego i bycie podopiecznym, a dla występowania zwiększonego ryzyka upadków, w *Skali ryzyka upadków* – mieszkanie na wsi i posiadanie opiekuna. Oznacza to, że tylko *Skala ryzyka upadków* i *Skala ryzyka załamania opieki* miały – w badanej grupie – jedną wspólną determinantę – posiadanie opiekuna.

Jeśli chodzi o skalę SES to w badanej grupie 54 osoby (18,0%) miały wynik odpowiadający niskiej samoocenie (wynik w zakresie 10-25 punktów). Średni wynik badanych to $29,9 \pm 5,6$ pkt (30,0 pkt; 12,0-40,0 pkt). Zbiorcza analiza wszystkich parametrów mających znaczenie dla udzielania gorszych odpowiedzi w przypadku poszczególnych twierdzeń wchodzących w skład skali SES wykazała, że dla udzielania gorszych odpowiedzi, w przypadku wszystkich twierdzeń znaczenie miało gorsze wykształcenie (poniżej średniego), a w przypadku 9 z 10 twierdzeń – również posiadanie opiekuna; nie miało ono jedynie znaczenia dla udzielanych odpowiedzi w stosunku do twierdzenia *Lubię siebie* (6 SES). Trzecią determinantą mającą znaczenie dla 4 spośród 10 twierdzeń, było sprawowanie opieki.

Stwierdzono istnienie ujemnej korelacji pomiędzy wynikami samooceny badanych:

1) SES i liczbą potrzeb w każdym z analizowanych obszarów EC (od $r = -0,260$ do $r = -0,476$; $p=0,0000$),

2) SES i liczbą obszarów, w zakresie których badani zgłaszali potrzeby w EC ($r = -0,335$; $p=0,0000$),

3) SES i sumaryczną liczbą potrzeb w zakresie całego Kwestionariusza EASY-Care ($r = -0,466$; $p = 0,0000$).

Zestawiając wyniki skal podsumowujących EC z wynikami samooceny w skali SES stwierdzono istnienie ujemnych korelacji dla wszystkich skal czyli obserwowano niższe wyniki samooceny w skali SES wraz ze zwiększeniem ryzyka zależności ($r = -0,295$; $p = 0,0000$) oraz ze zwiększeniem ryzyka załamania opieki ($r = -0,453$; $p = 0,0000$) jak również wraz ze zwiększeniem ryzyka upadków ($r = -0,301$; $p = 0,0000$).

Podsumowując, większa liczba potrzeb, ale też większe ryzyko załamania opieki i większe ryzyko upadków mają związek z niższą samooceną. Zatem zaspokojenie potrzeb jest kluczowe dla poprawy samopostzegania. W wykonanych badaniach wspólną determinantą zarówno posiadania potrzeb w różnych obszarach kwestionariusza, jak i gorszych wyników w skali SES było posiadanie opiekuna. Ponieważ Kwestionariusz EASY-Care Standard 2010 definiuje potrzeby niezaspokojone może to wskazywać na niezaspokojenie potrzeb przez opiekunów.

Słowa kluczowe: starość, potrzeby, opieka, Kwestionariusz EASY-Care Standard 2010, skala SES

8. Summary

The current and future demographic situation of Europe, including Poland, is determined by an increase in life expectancy and a decline in fertility. It is predicted that these phenomena will have adverse social and economic effects, in particular in areas related to health.

The aim of this study was to assess the needs of home-dwelling older people, taking into account how they are related to the self-esteem of the respondents. Socio-demographic determinants of needs in the analyzed persons were also evaluated.

The study group consisted of older persons who were at least 60 years of age and lived in their own homes. The inclusion criterion was the absence of severe cognitive impairment, defined as obtaining more than 6 points in the Abbreviated Mental Test Score. The EASY-Care Standard 2010 (EC) questionnaire was used to assess needs, and self-esteem was analyzed using the Rosenberg's SES (Rosenberg Self-Esteem Scale). The data for each of the 7 EC areas (I: Seeing, hearing and communicating skills, II: Looking after yourself, III: Getting around, IV: Your safety, V: Accommodation, VI: Staying healthy, VII: Mental health and well-being) were analyzed in detail. The three summarizing indexes (*Independence Score*, *Risk of Breakdown in Care*, *Risk of Falls*) were calculated, including eight socio-demographic variables (age, gender, place of residence: rural or urban, marital status, education, usual living arrangements: alone or couple, with extended family, care home). Similar parameters were analyzed for the SES.

300 people were included in the study (194 women [K] and 106 men [M]). Their average age was 70.5 ± 7.5 years.

The needs were most frequently reported in area VI of EC (295 subjects - 98.3%) and area VII (285 subjects - 95%). Area VI includes staying healthy behaviors and area VII - domains of leisure, hobbies, subjective perception of health, feelings of loneliness, fear of memory loss and bodily pain. In both of these areas no independent determinants were found in a multivariable analysis.

In as many as four of the remaining five areas (I: Seeing, hearing and communicating, II: Looking after yourself, III: Getting around and IV: Your safety), the most important independent determinant of needs was the fact that some provided care for the subject ("having a caregiver").

As for the EC summarizing indexes, the average result of the *Independence Score* for the whole group was 13.3 ± 18.1 points. Thus, the respondents were relatively

independent (as demonstrated by the small number of individuals with a score above 50 points: only 18 subjects – 6.0%). The average score of *Risk of Breakdown in Care* was 4.4 ± 2.4 points; only 58 people (19.3%) scored above 6 points. The average *Risk of Falls* score was 1.8 ± 1.6 points; the risk of fall was increased (with at least 3 points of score) in only 89 individuals (29.7%).

Independent determinants for the results above the median were: in the *Independence Score* only being a caregiver, in the *Risk of Breakdown in Care* – belonging to the older age group, low education and being a caregiver for someone, and for the increased results of the *Risk of Falls* – living in a rural area and having a caregiver. Thus the *Risk of Falls* and *Risk of Breaking Down in Care* had one common determinant – having a caregiver.

As for the SES, only 54 people (18.0%) in the studied group had a result indicating low self-esteem (score in the range of 10-25 points). The average SES result was 29.9 ± 5.6 points. The multivariable analysis showed that for all parameters included in SES, worse results were related to low education and – in the case of 9 out of 10 parameters – also having a caregiver. The third determinant relevant to 4 out of 10 parameters was being a caregiver for someone.

There was a negative correlation between the SES results and the number of needs in each of the analyzed EC areas (from $r = -0.260$ to $r = -0.476$; $p = 0.0000$)(1), the number of areas in which the subjects reported needs in EC ($r = -0.335$; $p = 0.0000$)(2), SES results and the total number of needs for the entire EC questionnaire ($r = -0.466$; $p = 0.0000$)(3).

The comparison of the EC summarizing indexes with the results of SES yielded negative correlations for all indexes, i.e. lower self-esteem resulted in increase in the risk of dependence ($r = -0.295$; $p = 0.0000$) and the increase in the risk of breakdown in care ($r = -0.453$; $p = 0.0000$) as well as in the increase in the risk of falls ($r = -0.301$; $p = 0.0000$).

In summary, three factors are associated with lower self-esteem: a higher number of needs, a higher risk of breakdown in care and a higher risk of falls. Therefore, satisfying needs is key to positive self-perception. Having a caregiver was a common determinant of both the presence of needs in various areas of the EC questionnaire and worse results of the SES. Since the EC questionnaire defines unmet needs, this may indicate that the needs within the studied group were not met by the caregivers.

Keywords: old age, needs, care, EASY-Care Standard 2010 Questionnaire, SES scale.

9. Spis tabel

Tabela 1. Charakterystyka miejsca zamieszkania osób badanych z wyróżnieniem wieku	25
Tabela 2. Charakterystyka stanu cywilnego osób badanych z wyróżnieniem płci	25
Tabela 3. Wyniki analizy wieloczynnikowej oceniającej niezależne determinanty potrzeb w Obszarze I: Wzrok, słuch i zdolność porozumiewania się Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010.....	28
Tabela 4. Wyniki analizy wieloczynnikowej obejmującej parametry istotnie wpływających na występowanie potrzeb w Obszarze II: Dbanie o siebie Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010 w analizie jednoczynnikowej	30
Tabela 5. Wyniki analizy wieloczynnikowej obejmującej parametry istotnie wpływające na występowanie potrzeb w Obszarze III: Poruszanie się Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010 w analizie jednoczynnikowej	33
Tabela 6. Wyniki analizy wieloczynnikowej obejmującej parametry istotnie wpływające na występowanie potrzeb w Obszarze IV: Bezpieczeństwo osobiste Kwestionariusz EASY-Care Standard 2010 w analizie jednoczynnikowej	37
Tabela 7. Wyniki analizy wieloczynnikowej obejmującej parametry wpływających na występowanie potrzeb w Obszarze V: Warunki mieszkaniowe i sytuacja finansowa Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010 w analizie jednoczynnikowej	39
Tabela 8. Analiza wieloczynnikowa parametrów istotnie wpływających na występowanie potrzeb w Obszarze VII: Zdrowie psychiczne i ogólne samopoczucie Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010.....	42
Tabela 9. Niezależne determinanty występowania potrzeb u osób badanych w Obszarach I, II, III, IV, V, VI, VII Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010.....	44
Tabela 10. Analiza wieloczynnikowa definiująca niezależne czynniki ryzyka uzyskiwania wyników powyżej mediany dla osób z grupy badanej w Skali poziomu niezależności Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010.....	46
Tabela 11. Analiza wieloczynnikowa definiująca niezależne czynniki ryzyka uzyskiwania wyników powyżej mediany dla osób z grupy badanej w Skali poziomu niezależności Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010.....	49
Tabela 12. Analiza wieloczynnikowa definiująca niezależne czynniki ryzyka uzyskiwania wyników powyżej mediany dla osób z grupy badanej w Skali ryzyka upadków Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010	51
Tabela 13. Wyniki korelacje pomiędzy poszczególnymi skalami podsumowującymi Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010.....	51
Tabela 14. Wyniki uzyskane przez badanych w skali SES według Rosenberga z wyróżnieniem stanu cywilnego oraz zamieszkiwania samotnego lub z kimś	57
Tabela 15. Parametry mające znaczenie dla poszczególnych twierdzeń wchodzących w skład skali SES wg Rosenberga	63
Tabela 16. Wynik analizy statystycznej poszukiwania korelacji pomiędzy liczbą potrzeb w poszczególnych obszarach Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010 i wynikami samooceny w skali SES wg Rosenberga.....	64
Tabela 17. Związek pomiędzy wynikami w skalach podsumowujących Kwestionariusz EASY-Care Standard 2010 i wynikami uzyskiwanymi przez badanych w zakresie poszczególnych twierdzeń wchodzących w skład skali SES wg Rosenberga; Skala I – Skala poziomu niezależności, Skala II – Skala ryzyka załamana opieki, Skala III – Skala ryzyka upadków.....	68

10. Spis rycin

Rycina 1. Zmiany w strukturze ludności Polski w najstarszej grupie wiekowej	6
Rycina 2. Wielkie zespoły geriatryczne	7
Rycina 3. Wykształcenie osób badanych z uwzględnieniem płci	24
Rycina 4. Charakterystyka odpowiedzi udzielanych przez respondentów w zakresie potrzeb Obszaru I: Wzrok, słuch i zdolność porozumiewania się Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010.....	27
Rycina 5. Charakterystyka potrzeb w Obszarze II: Dbanie o siebie. Kolejne domeny to:	31
Rycina 6. Charakterystyka potrzeb w domenach Obszaru III: Poruszanie się. Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010	34
Rycina 7. Szczegółowa charakterystyka potrzeb w zakresie domen Obszaru IV: Bezpieczeństwo osobiste Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010.....	36
Rycina 8. Szczegółowa charakterystyka potrzeb w zakresie domen Obszaru V: Warunki mieszkaniowe i sytuacja finansowa Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010	38
Rycina 9. Szczegółowa charakterystyka pytań z Obszaru VI: Dbanie o zdrowie Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010	41
Rycina 10. Szczegółowa charakterystyka pytań z Obszaru VII: Zdrowie psychiczne i ogólne samopoczucie Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010	43
Rycina 11. Związek pomiędzy wynikami uzyskanymi przez badanych w skalach podsumowujących Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010: Skala I – <i>Skala poziomu niezależności</i> i Skala II – <i>Skala ryzyka załamania opieki</i>	52
Rycina 12. Związek pomiędzy wynikami uzyskanymi przez badanych w skalach podsumowujących Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010: Skala I – <i>Skala poziomu niezależności</i> i Skala III – <i>Skala ryzyka upadków</i>	52
Rycina 13. Związek pomiędzy wynikami uzyskanymi przez badanych w skalach podsumowujących Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010: Skala II – <i>Skala ryzyka załamania opieki</i> i Skala III – <i>Skala ryzyka upadków</i>	53
Rycina 14. Średnie wyniki uzyskane przez badanych w zakresie poszczególnych stwierdzeń tworzących skalę samooceny SES wg Rosenberga z wyróżnieniem wieku (Ryc. 13A) i płci (Ryc. 13B); *oznacza $p < 0,05$	55
Rycina 15. Średnie wyniki uzyskane przez badanych w zakresie poszczególnych stwierdzeń tworzących skalę samooceny SES wg Rosenberga z wyróżnieniem stanu cywilnego (wolny i żyjący w związku – ryc. 14A) oraz zamieszkiwania samotnego lub z kimś (ryc. 14B);	58
Rycina 16. Średnie wyniki uzyskane przez badanych w zakresie poszczególnych stwierdzeń tworzących skalę samooceny SES wg Rosenberga z wyróżnieniem miejsca zamieszkania	59
Rycina 17. Średnie wyniki uzyskane przez badanych w zakresie poszczególnych stwierdzeń tworzących skalę samooceny SES wg Rosenberga z wyróżnieniem opiekowania się kimś Ryc. 16A) oraz posiadania opiekunem (Ryc. 16B);	61
Rycina 18. Związek pomiędzy liczbą obszarów, w zakresie których badani zgłaszali potrzeby w Kwestionariuszu EASY-Care Standard 2010 i wynikami samooceny w skali SES wg Rosenberga.....	65
Rycina 19. Związek pomiędzy sumaryczną liczbą potrzeb zgłaszanych przez badanych w Kwestionariuszu EASY-Care Standard 2010 i wynikami samooceny w skali SES wg Rosenberga.....	65
Rycina 20. Związek pomiędzy wynikami w skalach podsumowujących Kwestionariusz EASY-Care Standard 2010 i wynikami samooceny w skali SES wg Rosenberga; Skala I – <i>Skala</i>	

poziomu niezależności, Skala II – Skala ryzyka załamana opieki, Skala III – Skala ryzyka upadków 67

11. Bibliografia

- [1] Kijak R.J., Szarota Z.: Starość. Między diagnozą a działaniem. Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2013
- [2] Giannakourris K.: Ageing Characterises the Demographic Perspectives of European Societies. Statistics in focus 72/2008 EUROSTAT. Dane dostępne na stronie internetowej: http://www.qualificare.info/upload/Eurostat_Population_08.pdf (dostęp: 09.08.2019 r.)
- [3] Rocznik Demograficzny. GUS, Warszawa 2017
- [4] Dane dostępne na stronie internetowej: https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/pl (dostęp: 07.08.2019 r.)
- [5] Stańczyk J., Szałtys D., Waligórska M.: Sytuacja demograficzna Polski do 2017 roku. W: Hryniewicz J., Witkowski J., Potrykowska A.(red.): Sytuacja demograficzna Polski jako wyzwanie dla polityki społecznej i gospodarczej. Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2018: 37-59
- [6] Dane dostępne na stronie internetowej <https://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/160/plik/ot-662.pdf> (dostęp: 03.06.2019 r.)
- [7] Rocznik Demograficzny. GUS, Warszawa 2018
- [8] Zasepa B.: Prognozy demograficzne dla Polski do roku 2050 – analiza wybranych aspektów procesu starzenia się populacji. Studia Politicae Universitatis Silesiensis T. 14, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2015. Dane dostępne na stronie internetowej: <file:///C:/Users/D&M/Downloads/5458-3573.pdf> (dostęp: 15.03.2019 r.)
- [9] Prognoza ludności na lata 2014-2050. Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy, GUS, Warszawa 2014. Dane dostępne na stronie internetowej: [file:///C:/Users/D&M/Downloads/prognoza_ludnosci_na_lata____2014_-_2050%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/D&M/Downloads/prognoza_ludnosci_na_lata____2014_-_2050%20(1).pdf) (dostęp: 08.02.2019 r.)
- [10] Kirkwood T.B.: Human Senescence, "BioEssays" 1996; 18(12)
- [11] Duda K.: Proces starzenia się. W: Marchewka A., Dąbrowski Z., Żołądź J.A. (red.): Fizjologia starzenia się. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012: 1-32
- [12] Kropińska S.: Dyskryminacja osób starszych ze względu na wiek w polskim systemie ochrony zdrowia. Rozprawa doktorska. Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Poznań 2013
- [13] Wasilewska E.: Aktywność zawodowa osób starszych w wybranych krajach Unii Europejskiej. II Interdyscyplinarna Konferencja Naukowa Społeczne Wyzwania i Problemy XXI wieku. Starzejące się społeczeństwo. Wyższa Szkoła Bankowa, Toruń 2017
- [14] Szarota Z.: Starzenie się i starość w wymiarze instytucjonalnego wsparcia, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków 2010

-
- [15] Bombol M., Słaby T.: Konsument 55+ wyzwaniem dla rynku. Szkoła Główna Handlowa Oficyna, Warszawa 2011
- [16] Miszczak E.: Starość i starzenie się społeczeństw – przyczyny, uwarunkowania oraz prognozy na przyszłość. Edukacja Etyczna, Kraków 2015. Dane dostępne na stronie internetowej: https://edukacjaetyczna.pl/wp-content/uploads/Archiwum/EE_09_2015-5.pdf (dostęp: 15.12.2018 r.)
- [17] Szopa B.: Konsekwencje procesu starzenia się społeczeństwa: wybrane problemy. Problemy Zarządzania, Warszawa 2016; 14(2): 23-40
- [18] Przybyłka A.: Starzenie się ludności w Polsce jako wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego Nr 309, Katowice 2017. Dane dostępne na stronie internetowej: [file:///C:/Users/D&M/Downloads/16%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/D&M/Downloads/16%20(1).pdf) (dostęp 15.12.2018 r.)
- [19] Lynch J.: Age in the Welfare State: The Origins of Social Spending on Pensioners, Workers and Children Cambridge University Press, New York 2006. Dane dostępne na stronie internetowej: file:///C:/Users/D&M/Downloads/Age_in_the_Welfare_State_The_Origins_of_Social_Spe.pdf (dostęp: 28.12.2018 r.)
- [20] Dragan A.: Starzenie się społeczeństwa polskiego i jego skutki. Biuro Analiz i Dokumentacji. Kancelaria Senatu, Warszawa 2011. Dane dostępne na stronie internetowej: <https://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/15/plik/ot-601.pdf> (dostęp: 02.01.2019 r.)
- [21] Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dzięgielewska M.: Podstawy gerontologii społecznej. Oficyna Wydawnicza ASPRA, Warszawa 2012
- [22] Błędowski P., Szatur-Jaworska B., Szweda-Lewandowska Z., Zrałek M.: System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania – przegląd sytuacji, propozycja modelu. SYNTEZA. Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2017
- [23] Dyczewski L.: Rodzina – społeczeństwo – państwo. Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 1994
- [24] Budzyńska E.: Międzypokoleniowe więzi w rodzinie. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2018

-
- [25] Gałuszka M.: System opieki zdrowotnej w Polsce wobec potrzeb seniorów: priorytety, racjonowanie i dyskryminacja ze względu na wiek. *Przeгляд Socjologiczny*, Łódź 2013; 62(2): 79-108
- [26] Fidecki W., Wysokiński M., Wrońska I., Kulina D., Weremkiewicz I., Kędziora-Kornatowska K., i wsp.: Sprawność funkcjonalna pacjentów w podeszłym wieku hospitalizowanych w oddziałach neurologicznych. *The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing*, 2017; 6(3): 102-106 Dane dostępne na stronie internetowej: <file:///C:/Users/D&M/Downloads/170-481-1-PB.pdf> (dostęp: 01.05.2019 r.)
- [27] World Health Organization: *The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, Geneva 2001. Dane dostępne na stronie internetowej: www.who.int/classifications/icf (dostęp: 01.05.2019 r.)
- [28] Bień B., Błędowski P., Broczek K., Derejczyk J., Grodzicki T., Kędziora-Kornatowska K., i wsp.: Standardy postępowania w opiece geriatrycznej Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia. *Gerontologia Polska*, Warszawa 2013; 21(2): 33-47
- [29] Skalska A.: Ograniczenie sprawności funkcjonalnej osób w podeszłym wieku. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia* Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011; 9(1): 50-59
- [30] Talarska D., Ryszewska-Łabędzka D., Tobis S.: Kwestionariusz EASY-Care w ocenie potrzeb osób starszych. *Geriatrics*, Warszawa 2016; 10(1): 39-44
- [31] The American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care. Person-centered Care: A Definition and Essential Elements. *Journal of the American Geriatrics Society (JAGS)*, 2016; 64(1): 15-18
- [32] von der Bij A., K., Laurant M. G., Wensing M.: Effectiveness of physical activity intervention for older adults: a review. *American Journal of Preventive Medicine*, 2002; 22: 120-133
- [33] Stuck A.E., Egger M., Hammer A., Minder C.E., Beck J.C.: Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *Journal of the American Medical Association*, 2002; 287(8): 1022-1028
- [34] Eamer G., Taheri A., Chen S.S., Daviduck Q., Chambers T., Shi X. et al.: Comprehensive geriatric assessment for older people admitted to a surgical service. *Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR)*, 2018. Dane dostępne na stronie internetowej: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21735403> (dostęp: 01.05.2019 r.)
- [35] Ellis G., Whitehead M.A., O'Neill D., Langhorne P., Robinson D.: Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews*

(CDSR), 2011. Dane dostępne na stronie internetowej : nih.gov/pubmed/21735403CD006211 (dostęp: 01.05.2019 r.)

[36] Ellis G., Gardner M., Tsiachristas A., Langhorne P., Burke O., Harwood R.: Comprehensive geriatric assessment for adults admitted to hospital. *Cochrane Database Systematic Reviews (CDSR)* 2017. Dane dostępne na stronie internetowej: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006211.pub3/abstract> (dostęp: 01.05.2019 r.)

[37] Derejczyk J., Hanusiak A., Stępień-Wyrobiec O., Radwan G., Szymuszal J., Jabłeka A., i wsp.: Test MoCa i test z L-Dopą jako nowe narzędzie Całościowej Oceny Geriatrycznej. *Geriatrics*, Warszawa 2011; 4: 281-290

[38] Krzyżowski Ł.: Kultura opieki rodzinnej w Polsce. Analiza oczekiwań społecznych i praktyk kulturowych w obrębie trzech generacji: dziadków, dorosłych dzieci i wnuków. W: Mucha J., Krzyżowski Ł. (red.): *Ku socjologii starości. Starzenie się w biegu życia jednostki*. Akademia Górniczo – Hutnicza, Kraków 2011: 277-300

[39] Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red.): *PolSenior. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012

[40] Bień B., McKee K.J., Döhner H., Triantafyllou J., Lamura G., Doroszkiewicz H., et al.: Disabled older people's use of health and social care services and their unmet care needs in six European countries. *European Journal of Public Health*, 2013; 23(6): 1032-1038. Dane dostępne na stronie internetowej: <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks190> (dostęp: 03.05.2019 r.)

[41] Zbróg Z.: Identyfikowanie i zaspokajanie potrzeb społecznych w niepublicznych szkołach podstawowych. *Oficyna Wydawnicza Impuls*, Kraków 2011: 11-28

[42] Wiśniewski W.: Przemiany w poczuciu zaspokojenia niektórych potrzeb w społeczeństwie polskim w latach 1977-1981. *Studia Socjologiczne*. Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk, Warszawa 1983; 3: 95-118

[43] Hrapkiewicz H.: Potrzeby osób w wieku starszym i próba ich realizacji. W: Fabis A. (red.): *Seniorzy w rodzinie, instytucji i społeczeństwie. Wybrane zagadnienia współczesnej gerontologii*. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania i Marketingu, Sosnowiec 2005: 103-112

[44] Maslow A.: *Motywacja i osobowość*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006: 62-84

[45] Tibbitts C.: *Handbook of social gerontology: societal aspects of aging*. University of Chicago Press, Chicago 1974

-
- [46] Phelan M., Slade M., Thornicroft G., Dunn G., Holloway F., Wykes T., et al.: The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, London 1995; 167(5): 589-595
- [47] Talarska D., Czyżewska-Torba P., Szewczyk M.: Potrzeby jako element kształtujący zapotrzebowanie na opiekę. W: Wiczerowska-Tobis K., Talarska D. (red.): *Kwestionariusz Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) jako narzędzie do oceny zapotrzebowania na opiekę przez osoby w wieku podeszłym*. Wydawnictwo Akademia Medycyny, Warszawa 2013: 43-51
- [48] Reynolds T., Thornicroft G., Abas M., Woods B., Hoe J., Leese M., et al.: Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE): Development, validity and reliability. *British Journal of Psychiatry*, London 2000; 176(5): 444-452. Dane dostępne na stronie internetowej: https://www.cambridge.org/core/services/aopcambridgecore/content/view/F2159EF0AB7EB007BCB8E10A1EC04702/S0007125000226615a.pdf/camberwell_assessment_of_need_for_the_elderly_cane.pdf (dostęp: 19.08.2019 r.)
- [49] Paton J., Johnston K., Katona C., Livingston G.: What causes problems in Alzheimer's disease: attributions by caregivers. A qualitative study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, London 2004; 19(6): 527-532
- [50] Walters K., Iliffe S., Tai S.S., Orrell M.: Assessing needs from patient, carer and professional perspectives: the Camberwell Assessment of need for Elderly people in primary care. *Age and Ageing*, Oxford 2000; 29(6): 505-510
- [51] Walters K., Iliffe S., Orrell M.: An exploration of help-seeking behaviour in older people with unmet needs. *Family Practice*, Oxford 2001; 18(3): 277-282
- [52] Fahy M.A., Livingston G.A.: The needs and mental health of older people in 24-hour care residential placements. *Aging and Mental Health*, London 2001; 5(3): 253-257
- [53] Martin M., Hancock G., Richardson B., Simmons P., Katona C., Mullan E., et al.: An evaluation of needs in elderly continuing care settings. *International Psychogeriatrics*, 2002; 14: 379-388
- [54] Hancock G., Woods B., Challis D., Orrell M.: The needs of older people with dementia in residential care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2006; 21: 43-49
- [55] Greaves S., Bhat M., Regan C.: The unmet needs of referrals to old age psychiatry liaison services. *Psychogeriatrics Polska*, 2006; 3: 175-182
- [56] Ashaye O.A., Livingston G., Orrell M.: Does standardized needs assessment improve the outcome of psychiatric day hospital care for older people? A randomized controlled trial. *Aging and Mental Health*, 2003; 7(3): 195-199

-
- [57] Orrell M., Hancock G., Hoe J., Woods B., Livingston G., Challs D.: A cluster randomized controlled trial to reduce the unmet needs of people with dementia living in residential care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2007; 22(11): 1127-1134
- [58] Fernandes L., Pereira M., Leuschner A., Martins S., Sobral M., Azevedo L.F.: Validation study of the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) in Portugal. *International Psychogeriatrics*, 2009; 21(1): 94-102
- [59] van der Roest H.G., Meiland F.J., van Hout H.P., Jonker C., Dröes R.M.: Validity and reliability of the Dutch version of the Camberwell Assessment of Need for the Elderly in community-dwelling people with dementia. *International*, 2008; 20(6): 1273-1290
- [60] Rymaszewska J., Kłak R., Synak A.: Camberwell assessment of need for the elderly (CANE) – badanie polskiej wersji narzędzia. *Psychogeriatrya Polska*, 2008; 5(2): 105-113
- [61] Hancock G.A., Reynolds T., Woods B., Thornicroft G., Orrell M.: The needs of older people with mental health problems according to the user, the carer, and the staff. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2003; 18(9): 803-811
- [62] Mazurek J., Rymaszewska J.: Ocena potrzeb pacjentów w podeszłym wieku na podstawie Camberwell Assessment of Need for the Elderly, *Gerontologia Polska*, 2012; 20(1): 1-7
- [63] Hancock G.A., Reynolds T., Woods B., Thornicroft G., Orrell M.: The needs of older people with mental health problems according to the user, the carer, and the staff. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2003; 18(9): 803-811
- [64] Bień B., Wojszel B.Z., Wilmańska J., Polityńska B.: EASY-Care questionnaire: assumptions and study methodology. *Gerontologia Polska*, 1999; 7(1): 37-41
- [65] Wojszel Z.B., Bień B., Polityńska B.: The assessment of the functional state of elderly people by family physician with the help of EASY-Care questionnaire. *Polski Merkuriusz Lekarski*, 1999; 6(33): 167-170
- [66] van Kempen J.A., Schers H.J., Philp I., Olde Rikkert M.G., Melis R.J.: Predictive validity of a two-step tool to map frailty in primary care. *BioMed Central Medicine*, 2015; 13: 287
- [67] Tobis S., Jaracz K., Talarska D., Kropińska S., Zasadzka E., Pawlaczyk M., i wsp.: Validity of the EASY-Care Standard 2010 assessment instrument for self-assessment of health, independence, and well-being of older people living at home in Poland. *European Journal of Ageing*, 2017; 15(1): 101-108
- [68] Philip K.E., 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. *Journal of the American Medical Directors Association*, 2014; 15(1): 42-46
- [69] Kropińska S., Dymek-Skoczyńska A., Talarska D., Wieczorowska-Tobis K.: Ocena potrzeb kobiet w wieku podeszłym w oparciu o kwestionariusz EASY-Care Standard 2010. *Nowiny Lekarskie*, 2012; 81(4): 366-371

-
- [70] Kropińska S., Zasadzka E., Czubiniak B., Wieczorowska-Tobis K., Talarska D.: Ocena potrzeb starszych kobiet mieszkających we własnych domach za pomocą kwestionariusza EASY-Care Standard 2010 – badania wstępne. *Nowiny Lekarskie*, 2013; 82(1): 39-45
- [71] Talarska D., Pacholska R., Strugała M., Wieczorowska-Tobis K.: Functional assessment of the elderly with the use of EASY-Care Standard 2010 and Comprehensive Geriatric Assessment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2015. Dane dostępne na stronie internetowej: 10.1111/scs.12241 (dostęp: 15.04.2019 r.)
- [72] Talarska D., Tobis S., Kotkowiak M., Strugała M., Stanisławska J., Wieczorowska-Tobis K.: Determinants of quality of life and the need for support for the elderly with good physical and mental functioning. *Medical Science Monitor*, 2018; 24: 1604-1613
- [73] Fidecki W., Wysokiński M.: Zastosowanie skali NOSGER w praktyce pielęgniarstwa. W: Kachaniuk H. (red.): *Pielęgniarska opieka nad osobami starszymi*. Wydawnictwo Raabe, Warszawa 2008: 13-21
- [74] Spiege I P., Brunner M., Ermini-Fünschilling D., Monsch A., Notter M., Puxty J., et al.: A new behavioral assessment scale for geriatric out- and in-patients: the NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients). *Journal of the American Geriatrics Society*, 1991; 39(4): 339-347
- [75] Wahle M., Häller S., Spiegel R.: Validation of the NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients): reliability and validity of a caregiver rating instrument. *International Psychogeriatric*, 1996; 8(4): 525-54
- [76] Teut M., Schnabel K., Baur R., Kerckhoff A., Reese F., Pilgram N., et al.: Effects and feasibility of an Integrative Medicine program for geriatric patients – a cluster – randomized pilot study. *Clinical Interventions in Aging* 2013; 8: 953-961
- [77] Muszalik M., Wojciechowska M., Zielińska-Więczkowska H., Kędziora-Kornatowska K.: Potrzeby osób starszych na przykładzie kwestionariusza Care Dependency Scale (CDS) u pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. *Psychogeriatrya Polska*, 2012; 9(1): 27-36
- [78] Doroszkiewicz H., Sierakowska M., Muszalik M.: Utility of the Care Dependency Scale in predicting care needs and health risks of elderly patients admitted to a geriatric unit: a cross-sectional study of 200 consecutive patients. *Clinical Interventions in Aging*, 2018; 13: 887-894
- [79] Macdonald G., Saltzman J.L., Leary M.R.: Social approval and trait self-esteem. *Journal of Research in Personality*, 2003; 37: 23-40
- [80] Strelau J.: (red.) *Psychologia*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000
- [81] Góralewska-Słońska A.: Poczucie własnej wartości jako potencjał jednostki. *Problemy Psychologiczne*, 2011; 2: 97-112
- [82] Bosson J.K., Johnson A.B., Niederhoffer K., Swann W.B. Jr.: Interpersonal chemistry through negativity: Bonding by sharing negative attitudes about others. *Personal Relationships*, 2006; 13: 135-150

-
- [83] Greenwald A.G., Farnham S.D.: Using the Implicit Association Test to Measure Self-Esteem and Self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology*. University of Washington, 2000; 79(6): 1022-1038
- [84] Kernis M. H., Cornell D. P., Sun C.R., Berry A., Harlow T.: There's more to self-esteem than whether it is high or low: the importance of stability of self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1993; 65(6): 1190-1204
- [85] Dutton K.A., Brown J.D.: Global self-esteem and specific self-views as determinants of people's reactions to success and failure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1997; 73(1): 139-148
- [86] Blascovich J., Tomaka J.: Measures of self-esteem. In: Robinson J.P., Shaver R., Wrightsman L.S. (ed.): *Measures of personality and social psychological attitudes*. New York: Academic Press, 1991; 1: 115-160
- [87] Wylie R.C.: *The Self-concept: Theory and research on selected topics*. University of Nebraska Press 1974
- [88] Leary M.R.: Sociometer theory and the pursuit of relational value: Getting to the root of self-esteem. *European Review of Social Psychology*, 2005; 16(1): 75-111
- [89] Dzwonkowska I., Lachowicz-Tabaczek K., Łaguna M.: Samoocena i jej pomiar. Polska adaptacja skali SES M. Rosenberga. *Pracownia Testów Psychologicznych*, Warszawa 2008
- [90] Baumeister R.F., Campbell J.D., Krueger J.I., Vohs K.D.: Does High Self-Esteem Cause Better Performance, Interpersonal Success, Happiness, or Healthier Lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 2003; 4(1): 1-44
- [91] Łaguna M., Lachowicz-Tabaczek K., Dzwonkowska I.: Skala samooceny SES Morrisa Rosenberga – polska adaptacja metody. *Psychologia Społeczna*, 2007; 2(04): 164-176
- [92] Dziedzic M.: Satysfakcja z życia, samoocena i poziom odczuwanego stresu u osób w okresie późnej dorosłości uczęszczających na Uniwersytet Trzeciego Wieku. *Kwartalnik Naukowy Towarzystwa Uniwersyteckiego Fides Et Ratio Warszawa* 2015; 2(22): 277-289
- [93] Hodkinson H.M.: Evaluation of a mental test score for assessment of mental impairment in the elderly. *Age and Ageing* 1972; 1: 233-238 Dane dostępne na stronie internetowej: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.819.4593&rep=rep1&type=pdf> (dostęp: 02.06.2018 r.)
- [94] Jackson T.A., Naqvi S.H., Sheehan B.: Screening for dementia in general hospital inpatients: a systematic review and meta-analysis of available instruments. *Age and Ageing* 2013, 42(6): 689-695
- [95] Skalska A.: Kompleksowa ocena geriatryczna. W: Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.): *Geriatry z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów*. Via Medica, Gdańsk 2006: 68-75

-
- [96] Bień B., Wojszel B.Z., Wilmańska J., Polityńska B.: EASYCare questionnaire: assumptions and study methodology. *Gerontologia Polska* 1999; 7(1): 37-41
- [97] Kishida N., Nishiura H.: Demographic supply-demand imbalance in industrial structure in the super-aged nation Japan, *Theor Biol Med Model*, 2018; 15(1): 19
- [98] Arai H., Ouchi Y., Yokode M., i wsp.: Toward the realization of a better aged society: messages from gerontology and geriatrics. *Geriatrics and Gerontology International*, 2012; 12(1): 16-22
- [99] <http://worldpopulationreview.com/countries/median-age/>
- [100] Philp I.: Can a medical and social assessment be combined? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 1997; 90(32): 11-13
- [101] Philip KE., Alizad V., Oates A., Donkin D.B., Pitsillides C., Syddall S.P., et al.: 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): 2-46
- [102] Tobis S., Jaracz K., Talarska D., Kropińska S., Zasadzka E., Pawlaczyk M., i wsp.: Validity of the EASY-Care Standard 2010 assessment instrument for self-assessment of health, independence, and well-being of older people living at home in Poland. *European Journal of Ageing*, 2017; 15(1): 101-108
- [103] Lin F.R., Thorpe R., Gordon-Salant S., Ferrucci L.: Hearing loss prevalence and risk factors among older adults in the United States. *Journals of Gerontology Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, 2011; 66(5): 582-90
- [104] Pascolini D., Mariotti S.P., Pokharel G.P., Pararajasegaram R., Etya'ale D., Négrel A.D., et al.: 2002 global update of available data on visual impairment: a compilation of population-based prevalence studies. *Ophthalmic Epidemiology*, 2004;11(2):67-115
- [105] Arial A., Sears T., Hampton E.: Use of Transabdominal Ultrasound Imaging in Retraining the Pelvic – Floor Muscles of a Woman Postpartum. *Physical Therapy* , 2008; 88: 1208-1217
- [106] Borello-France D., Zyczynski H.M., Downey P.A., Rause C.R., Wister J.A., et al.: Effect of pelvic-floor muscle exercise position on continence and quality-of-life outcomes in women with stress urinary incontinence. *Physical Therapy*, 2006; 86(7): 974 -986
- [107] Goode P.S.: Predictors of Treatment Response to Behavioral Therapy and Pharmacotherapy for Urinary Incontinence. *Gastroenterology*, 2004; 126: 141-145
- [108] Bales G.T., Gerber G., Minor T., Mhoon D.A., McFarland J.M., Kim H.L., et al.: Effect of preoperative biofeedback/pelvic floor training on continence in men undergoing radical prostatectomy. *Urology* 2000; 56: 627-630
- [109] Broś-Konopielko M., Czajkowski K., Michalska B. i wsp.: Występowanie nietrzymania moczu wśród polskich kobiet 160 mieszkających w Warszawie. *Family medicine and Primary Care Review*, 2007; 9(1): 22-25

-
- [110] Kózka M., Prażmowska B., Dziedzic M., i wsp.: Styl życia kobiet w okresie menopauzalnym – badania wstępne. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie*, 2013; 4: 61-74
- [111] Lamb S.E., Pepper J., Lall R. i wsp.: Group treatments for sensitive health care problems: a randomized controlled trial of group versus 167 individual physiotherapy sessions for female urinary incontinence. *BMC Women's Health* 2009; 9: 26-35
- [112] Debus G., Kästner R.: Psychosomatic aspects of urinary incontinence in women. *Geburtshilfe Frauenheilkd*, 2015; 75(2): 165-169
- [113] Longstreth G.F., Thompson W.G., Chey W.D., Houghton L.A., Mearin F., Spiller R.C.: et al.: Functional bowel disorders. *Gastroenterology*, 2006; 130:1480-1491
- [114] Norton C.: Constipation in older patients: effects on quality of life. *British Journal of Nursing*, 2006; 15:188-192
- [115] Menz H.B., Auhl M., Spink M.J.: Foot problems as a risk factor for falls in community-dwelling older people: A systematic review and meta-analysis. *Maturitas*, 2018; 118: 7-14
- [116] Kiel D.P.: Falls in older persons: Risk factors and patient evaluation. Literature review current through: Mar 19. Topic last updated: Oct 15, 2018. Dane dostępne na stronie internetowej: <https://www.uptodate.com/contents/falls-in-older-persons-risk-factors-and-patient-evaluation> (dostęp 10.08.2019 r.)
- [117] Avin K.G., Hanke T.A., Kirk-Sanchez N., McDonough C.M., Shubert T.E., Hardage J., et al.: Management of falls in community-dwelling older adults: clinical guidance statement from the Academy of Geriatric Physical Therapy of the American Physical Therapy Association. *Physical Therapy*, 2015; 95(6): 815-834
- [118] Krzywińska-Siemaszkó R., Mossakowska M., Skalska A., Klich-Rączka A, Tobis S., Szybalska A., i wsp.: Social and economic correlates of malnutrition in Polish elderly population: the results of PolSenior study. *Journal of Nutrition Health and Aging* , 2015; 19(4): 397-402
- [119] Strugała M.: Wpływ stanu odżywienia na sprawność funkcjonalną osób w wieku podeszłym. Rozprawa doktorska. Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Poznań 2011
- [120] Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2017. Dane dostępne na stronie internetowej: <https://www.gov.pl/attachment/27f34fef-798d-47d5-8921-adb4a0b74595> (dostęp: 11.04.2019 r.)
- [121] Michel J.P.: Updated vaccine guidelines for aging and aged citizens of Europe. *Expert Review of Vaccines*, 2010; 3: 7-10
- [122] Ciebiada M., Barylski M., Ciebiada-Adamiec A., Kmiecik T., Górską-Ciebiada M.: Szczepienia ochronne u osób w wieku podeszłym. *Geriatrics*. 2010; 4: 26-32
- [123] Szczerbińska K., Barańska I., Brzyski P., Ocetkiewicz T., Kurowska I.: Wiedza, przekonania i zachowania osób starszych wobec szczepień ochronnych zalecanych w starszym wieku. *Gerontologia Polska*, 2014; 2: 51-61

-
- [124] Ezzati M., Riboli E.: Behavioral and dietary risk factors for noncommunicable diseases. *New England Journal of Medicine*, 2013; 369(10): 954-64
- [125] Obesity and overweight. World Health Organization, Updated 16 February 2018. Dane dostępne na stronie internetowej: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (dostęp: 25-08-2019)
- [126] Drygas W., Bielecki W., Kozakiewicz K., Pająk A., Piotrowski W. i wsp.: Wieloośrodkowe Ogólnopolskie Badanie Stanu Zdrowia Ludności – WOBASZ. Kopec G., Jankowski P., Pająk A., Drygas W. (red.): *Epidemiologia i prewencja chorób układu krążenia. Medycyna Praktyczna Kraków 2015*
- [127] Wasilewski D., Wojnar M., Chatizow J.: Depresja a ból: ogólnopolskie badanie epidemiologiczne. *Psychiatria Polska*, 2010; 3:435-445
- [128] American Psychiatric Association. *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edition)*. Washington, DC: American Psychiatric Association. 2013
- Trends in outpatient visits for insomnia, sleep apnea, and prescriptions for sleep medications [129] Ford E.S., Wheaton A.G., Cunningham T.J., Giles W.H., Chapman D.P., Croft J.B.: Trends in outpatient visits for insomnia, sleep apnea, and prescriptions for sleep medications among US adults: findings from the National Ambulatory Medical Care Survey 1999-2010. *Sleep*. 2014; 37(8): 1283-1293
- [130] Nowicki Z., Grabowski K., Cubała W.J., Nowicka-Sauer K., Zdrojewski T., Rutkowski M., i wsp.: Rozpowszechnienie subiektywnej bezsenności w populacji polskiej. *Psychiatria Polska*, 2016; 50(1): 165-173
- [131] Cohen-Mansfield J., Hazan H., Lerman Y., Shalom V.: Correlates and predictors of loneliness in older-adults: a review of quantitative results informed by qualitative insights. *International Psychogeriatrics*, 2016; 28(4): 557-576
- [132] Luhmann M., Hawkey L.C.: Age differences in loneliness from late adolescence to oldest old age. *Developmental Psychology*, 2016; 52(6): 943-959
- [133] Girzelska J., Głowacka M., Wilk-Jeziorska D., Malikowska A., Dziewulska J., Jasiówka A.: *Profilaktyka samotności i osamotnienia jako czynnik determinujący zdrowie seniora Pielęgniarstwo XXI wieku, 2018*
- [134] Talarska D., Pacholska R., Strugała M., Wieczorowska-Tobis K.: Functional assessment of the elderly with the use of EASYCare Standard 2010 and Comprehensive Geriatric Assessment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2015. Dane dostępne na stronie internetowej: 10.1111/scs.12241 (dostęp: 13.04.2019 r.)
- [135] Talarska D., Strugała M., Szewczyk M., i wsp.: Is independence of older adults safe considering the risk of falls? *BMC Geriatrics*, 2017; 17(1):66
- [136] Farquhar M.: Elderly people's definitions of quality of life. *Social Science & Medicine* 1995; 41(10); 1439-1446

-
- [137] Šimkovic M., Träuble B.: Robustness of statistical methods when measure is affected by ceiling and/or floor effect. PLOS ONE, 2019; 14(8) Dane dostępne na stronie internetowej: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0220889> (dostęp: 15.08.2019)
- [138] Wieczorowska-Tobis K., Talarska D., Kropińska S., Jaracz K., Tobis S., Suwalska A., 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. Archives of Gerontology and Geriatrics, 2016; 62:163-168
- [139] Rachel W., Datka W., Zyss T., Zięba A.: Wpływ sprawowania długotrwałej opieki na stan zdrowia opiekunów pacjentów z otępieniem w chorobie Alzheimerera. Przegląd Lekarski, 2014; 12: 703-706
- [140] Choi K.B., Jang S.H., Lee M.Y., Kim K.H.: Sexual life and self-esteem in married elderly. Archives of Gerontology and Geriatrics, 2011; 53: 17-20
- [141] Jafari F., Khatony A., Mehrdad M.: Self-Esteem Among the Elderly Visiting the Healthcare Centers in Kermanshah-Iran (2012). Global Journal of Health Science 2015; 7(5): 352-358
- [142] Pruessner J.C., Lord C., Meaney M., Lupien S.: Effects of self-esteem on age-related changes in cognition and the regulation of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis. Annals of the New York Academy of Sciences, 2004; 1032: 186-190
- [143] McMullin J.A., Cairney J.: Self-esteem and the intersection of age, class, and gender. Journal of Aging Studies, 2004; 18(1): 75-90
- [144] Rosenberg M., Pearlin L.I.: Social class and self-esteem among children and adults. Journal of the American Geriatrics Society, 1978; 84: 53-77
- [145] Nosek M., Hughes R., Swedlund N., Taylor H., Swank P.: Self-esteem and women with disabilities. Social Science and Medicine, 2003; 56(8): 1737-1747
- [146] Mirzaei Alavijeh M., Rajaei N., Rezaei F., Hasanpoor S., Pirouzeh R., Babaei Borzabadi M.: Comparison of self-esteem, locus of control and their relationship with university students' Educational status at Shahid Sadoughi University of Medical Sciences-Yazd. Journal of Medical Education and Development, 2012; 7(1): 58-70
- [147] Sadura P., Murawska K., Włodarczyk Z.: Wieś w Polsce 2017: diagnoza i prognoza. Fundacja Wspomagania Wsi, Warszawa 2017
- [148] Fathi Ashtiani A., Tavalaei A., AzizAbadi Farahani M., Moqani Lankarani M. The relationship between self-esteem and psychological symptoms in veterans of Sardasht. Journal of Military Medicine, 2008; 9(4): 273-282
- [149] Jang I. S.: The leisure type, health status, self-esteem, and social support of the elderly living alone. Journal of Korean Public Health Nursing, 2006; 20: 130-140
- [150] Abdul Hanid Halit : Self Esteem and Its Relation to Depression among the Elderly. International Journal of Business and Social Science, 2014; 5(3): 266

-
- [151] Dziedzic M.: Satysfakcja z życia, samoocena i poziom odczuwanego stresu u osób w okresie późnej dorosłości uczęszczających na Uniwersytet Trzeciego Wieku. Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie *Fides et Ratio*, 2015; 2 (22)
- [152] Mazurek J., Rymaszewska J.: Ocena potrzeb pacjentów w podeszłym wieku na podstawie Camberwell Assessment of Need for the Elderly – przegląd piśmiennictwa. *Gerontologia Polska*, 2012; 20(1): 1-7
- [153] Hanid Halit A.: Self Esteem and Its Relation to Depression among the Elderly. *International Journal of Business and Social Science*, 2014; 5(3)
- [154] Tavares D.M., Matias T.G., Ferreira P.C., Pegorari M.S., Nascimento J.S., Paiva M.M.: Quality of life and self-esteem among the elderly in the community. *Cien Saude Colet*, 2016; 21(11): 3557-3564
- [155] Schultheisz T.S.V., de Aquino R.R., Alves A.B.F., Radl A.L.M., Serafim A.P.: Effect of cognitive stimulation workshops on the self-esteem and cognition of the elderly A pilot project. *Dementia e Neuropsychologia*, 2018; 12(4): 421-426