

## Zapotrzebowanie na opiekę wśród mieszkańców DPS oceniane przy użyciu kwestionariusza CANE

### *Care needs assessment in institutionalized elderly individuals based on CANE questionnaire*

Dorota Talarska<sup>1</sup>, Katarzyna Wieczorowska-Tobis<sup>2</sup>, Sylwia Kropińska<sup>2</sup>,  
Agnieszka Dymek-Skoczyńska<sup>1</sup>, Sławomir Tobis<sup>3</sup>, Mirosława Cyłkowska-Nowak<sup>3</sup>,  
Justyna Mazurek<sup>4</sup>, Joanna Rymaszewska<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Pracownia Pielęgniarstwa Społecznego Katedry Profilaktyki Zdrowotnej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>2</sup>Katedra Geriatrii i Gerontologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>3</sup>Zakład Edukacji, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>4</sup>Akademycki Szpital Kliniczny we Wrocławiu

<sup>5</sup>Pracownia Psychiatrii Konsultacyjnej i Medycyny Behawioralnej, Katedra i Klinika Psychiatrii, Akademia Medyczna we Wrocławiu

## Streszczenie

**Wstęp.** Kwestionariusz CANE jest narzędziem służącym do oceny zapotrzebowania na pomoc przez osobę w wieku podeszłym (potrzeba). Poddaje się w nim ocenie 24 obszary, w ramach których może występować zapotrzebowanie, zaspokojone (Z) lub nie (N). Celem pracy jest porównanie opinii na temat potrzeb mieszkańców jednego z poznańskich Domów Pomocy Społecznej (DPS) oraz personelu pielęgniarskiego. **Materiał i metody.** Analizie poddano potrzeby 50 mieszkańców w wieku co najmniej 75 lat, którzy uzyskali wynik skorygowany w skali MMSE co najmniej 15 punktów. Średni wiek badanych to  $81,6 \pm 6,3$  lat; było wśród nich 37 kobiet. Pytania kwestionariusza CANE kierowane były bezpośrednio do mieszkańca (badany) oraz osoby sprawującej nad nim opiekę (personel = pielęgniarka). **Wyniki.** W opinii personelu całkowita liczba potrzeb u osób ankietowanych wynosiła średnio  $11,6 \pm 2,8$  (Z:  $10,2 \pm 2,3$ ; N:  $1,4 \pm 1,2$ ). Najwięcej potrzeb niezaspokojonych zaobserwowano w obszarach „Stres psychologiczny” i „Towarzystwo/znajomi” (po 16 osób) oraz „Codzienne zajęcia” (14 osób). W opinii badanych całkowita liczba potrzeb była mniejsza –  $9,4 \pm 3,4$ ,  $p < 0,001$ ; mniej było też Z ( $7,1 \pm 2,5$ ;  $p < 0,001$ ), ale więcej N ( $2,3 \pm 1,7$ ;  $p < 0,001$ ). W zakresie N częściej badani zgłaszali problemy w obszarach: „Posiłki”, „Informacje na temat stanu zdrowia i leczenia” oraz „Towarzystwo/znajomi”. Najniższy odsetek zgodności wyników (czyli jednakowych opinii badanych i personelu) stwierdzono dla obszarów „Wzrok/słuch/komunikacja” (26%), „Posiłki” (36%) oraz „Towarzystwo/znajomi” (40%). Całkowity odsetek zgodności, biorący pod uwagę wszystkie 24 obszary, był wysoki i wynosił 73,6%. **Wnioski.** Przeprowadzone badania wskazują na dobrą jakość opieki w analizowanym DPS. Wskazanie obszarów, w których istnieją rozbieżności pomiędzy opinią na temat potrzeb mieszkańców DPS i personelu, pozwala zwrócić uwagę na te aspekty opieki. *Geriatrics 2012; 6: 1-8.*

*Słowa kluczowe:* CANE, zapotrzebowanie na opiekę, potrzeby niezaspokojone

## Abstract

**Introduction.** CANE questionnaire is a tool used in the assessment of care needs in elderly individuals. It covers 24 areas targeting the met needs (problems receiving suitable intervention) as well as the unmet needs. The aim of the study was to compare the needs rated separately by the elderly institutionalized subjects (living in Dom Pomocy Społecznej in Poznań) and by the nursing staff. **Material and methods.** The study involved 50 individuals,

aged 75 years and more, who received in MMSE (adjusted for age and education) at least 15 points. Mean age of the studied subjects was  $81.6 \pm 6.3$  years; 37 of them were females. The CANE questionnaire was addressed to elderly individuals and separately to the nursing staff. **Results.** The average number of needs identified by the staff was  $11.6 \pm 2.8$  (met needs:  $10.2 \pm 2.3$ ; unmet needs:  $1.4 \pm 1.2$ ). The most common unmet needs were reported in areas of "Psychological distress" and "Company" ( $n = 16$  for each) as well as "Daytime activities" ( $n = 14$ ). The average number of needs identified by elderly individuals was lower – only  $9.4 \pm 3.4$ ,  $p < 0.001$ . It was due to lower number of met needs ( $7.1 \pm 2.5$ ;  $p < 0.001$ ) while the number of unmet needs was higher ( $2.3 \pm 1.7$ ;  $p < 0.001$ ). The elderly individuals more commonly reported unmet needs in areas of: "Food", "Information (related to health status)" and "Company". The lowest percentage of agreement (identical report for needs from the perspective of elderly person and the staff) was found in areas of "Eyesight/hearing" (26%), "Food" (36%), and "Company" (40%). The average percentage of agreement which includes all 24 areas was high and equaled 73.6%. **Conclusions.** Our study demonstrates good quality of care in the analyzed institution. An outline of the area of disagreement in the rating of needs (between the elderly individuals and the staff) allows to focus on them. *Geriatrics 2012; 6: 2-8.*

*Keywords: CANE, care need, unmet needs*

## Wstęp

Ryzyko niesamodzielności w starości narasta z wiekiem. Pogorszenie funkcji narządów jest konsekwencją samego procesu starzenia, a zmniejszająca się wraz z wiekiem tzw. rezerwa czynnościowa narządów utrudnia adaptację organizmu do zmieniających się warunków. Łatwo więc, w przypadku zadziałania czynnika potencjalnie patogennego, o załamanie homeostazy i pogorszenie sprawności.

Niesprawność w starości najczęściej określa się, analizując zakres samodzielnego wykonywania czynności dnia codziennego. Uważa się, że jeśli dotyczy ona podstawowych czynności (np. jedzenie, ubieranie, toaleta czy poruszanie się), to wymagana jest opieka przez 24 godziny. Jej zorganizowanie w warunkach domowych jest bardzo kosztowne lub wręcz niemożliwe, stąd niesprawność (oznaczająca w praktyce niesamodzielność) jest główną przyczyną umieszczenia osób starszych w instytucjach opiekuńczych lub leczniczych. Ocena obszarów, w których wymagają one wsparcia jest konieczna dla zoptymalizowania opieki nad nimi.

W Polsce ocenę funkcjonalną przeprowadza się w sposób bardzo uproszczony, wykorzystując do tego celu skalę Barthel. Obejmuje ona jedynie ocenę sprawności w zakresie 10 podstawowych czynności życiowych ponadto nie uwzględnia funkcjonowania psychicznego i społecznego. Niezaspokojone potrzeby w tych obszarach mogą indukować niesamodzielność w zakresie podstawowych funkcji życiowych, np. izolacja społeczna może prowadzić do depresji, a ta z kolei jest czynnikiem ryzyka upadków czy nietrzymania

moczu. Wydaje się więc, że potrzebne jest narzędzie, które umożliwi szerszą ocenę funkcjonowania osób starszych, ukazujące te obszary, w których uzyskane wsparcie pozwoli na zwiększenie samodzielności i tym samym zmniejszenie kosztów opieki oraz poprawę ich jakości życia.

Jednym z proponowanych do tego celu narzędzi jest kwestionariusz CANE (ang. Camberwell Assessment of Need for the Elderly) [1]. Powstał on na bazie kwestionariusza CAN (ang. Camberwell Assessment of Need), stworzonego dla oceny potrzeb chorych z zaburzeniami psychicznymi i jednocześnie przystosowanego dla osób starszych [2].

Mimo, iż kwestionariusz CANE był pierwotnie dedykowany chorym w wieku podeszłym z zaburzeniami psychicznymi okazało się, że może być również stosowany rutynowo w podstawowej opiece zdrowotnej [3]. Jest on bowiem skierowany nie tylko do wszystkich działających w jej ramach profesjonalistów (czyli lekarzy, pielęgniarek, psychologów, terapeutów zajęciowych), ale także do pacjentów oraz ich opiekunów. Co więcej, prosta konstrukcja pozwala na jego stosowanie przez osoby, które wcześniej nie zajmowały się szacowaniem zapotrzebowania na pomoc [4], a ocena sytuacji z pozycji różnych osób umożliwia indywidualizację i optymalizację opieki.

Kwestionariusz powstał w wersji anglojęzycznej, która została następnie przetłumaczona na kilkanaście języków i poddana walidacji. Istnieje również polska wersja kwestionariusza, w oparciu o którą przeprowadzono badania pilotażowe, pokazując jego wysoką rzetelność [5]. Celem podjętych przez nas badań jest

odpowiedź na pytanie, czy kwestionariusz CANE, wzorem innych krajów, może być rekomendowany do codziennej oceny potrzeb chorych starszych (założenia projektu przedstawiono w [6]). Podobne analizy nie były dotychczas w Polsce prowadzone. Niniejsza praca przedstawia porównanie zapotrzebowania na opiekę u mieszkańców Domu Pomocy Społecznej (DPS), przeprowadzoną z dwóch różnych perspektyw: ich własnej oraz sprawującego opiekę personelu pielęgniarskiego.

## Metoda

Analizie poddano potrzeby (zapotrzebowanie na opiekę) oceniane w oparciu o kwestionariusz CANE u 50 osób w wieku co najmniej 75 lat. Wszyscy oni byli mieszkańcami jednego z poznańskich DPS. Kryterium włączenia mieszkańca do niniejszej analizy, poza zgodą na udział w badaniu, był brak ciężkich zaburzeń funkcji poznawczych (takich, które mogłyby wiązać się z niezrozumieniem zadawanych pytań i/lub udzielaniem odpowiedzi nieadekwatnych do realnej sytuacji). Jako miernik braku tych zaburzeń przyjęto uzyskanie przez badanych skorygowanego wyniku co najmniej 15 punktów w Krótkiej Skali Oceny Stanu Psychicznego (Mini Mental State Examination, MMSE) [7]. W ocenie wykorzystano korektę wyniku ze względu na wiek i poziom wykształcenia (wynik skorygowany = wynik MMSE – [0,471 x (lata nauki – 12) + 0,31 x (70 – wiek)]) [8].

Średni wiek analizowanych osób wyniósł 81,6 ± 6,3 lata. W grupie objętej badaniem było 37 kobiet.

## Ocena zapotrzebowania na opiekę według kwestionariusza CANE.

Kwestionariusz CANE jest narzędziem oceny szeroko rozumianego zapotrzebowania na pomoc przez osobę w wieku podeszłym [9], w obrębie 24 obszarów:

1. Mieszkanie
2. Prace domowe
3. Posiłki
4. Dbanie o siebie
5. Dbanie o innych
6. Codzienne zajęcia
7. Pamięć
8. Wzrok/słuch/komunikacja
9. Mobilność/upadki
10. Zachowanie czystości (obecność nietrzymania moczu/stolca)
11. Zdrowie fizyczne
12. Leki

13. Objawy psychiatryczne
14. Stres psychologiczny
15. Informacje na temat stanu zdrowia i leczenia
16. Umysłne samouszkodzenia
17. Nieumyślne samouszkodzenia
18. Przemoc/wykorzystywanie
19. Zachowanie
20. Alkohol
21. Towarzystwo/znajomi
22. Związki osobiste
23. Pieniądze/budżet
24. Zasiłki/świadczenia

W przypadku każdego ocenianego obszaru odpowiadający może udzielić jednej z trzech odpowiedzi:

- brak potrzeby,
- potrzeba zaspokojona,
- potrzeba niezaspokojona.

W niniejszej pracy analizie poddano odpowiedzi na pytania kwestionariusza kierowane do osoby w wieku podeszłym (badany) oraz osoby sprawującej bezpośrednio nad nią opiekę (personel). W ten sposób możliwe było porównanie zakresu zapotrzebowania na pomoc z dwóch różnych perspektyw.

W oparciu o uzyskane wyniki wyliczono dla każdej badanej osoby charakteryzującą ją liczbę potrzeb zaspokojonych, liczbę potrzeb niezaspokojonych oraz całkowitą liczbę potrzeb, będącą sumą dwóch pierwszych. Analizę potrzeb dokonano niezależnie dla każdej części kwestionariusza wypełnionego: w oparciu o odpowiedzi badanego (perspektywa badanego) oraz opiekującej się mieszkańcem pielęgniarki (perspektywa personelu).

Dla każdego analizowanego obszaru kwestionariusza CANE określono odsetek zgodności wyników w odniesieniu do ocen wykonanych przez badanego i personel. Zgodność wyników zdefiniowano jako liczbę identycznych odpowiedzi na pytanie o zapotrzebowanie na opiekę w danym obszarze (wyrażoną w procentach), przy czym wzięto tu pod uwagę 4 możliwości: brak potrzeby, potrzebę zaspokojoną, potrzebę niezaspokojoną oraz brak możliwości dokonania oceny.

W każdym przypadku wyliczono ponadto całkowity odsetek zgodności wyników, który zdefiniowano jako liczbę identycznych odpowiedzi (wyrażoną w procentach), udzielonych przez badanego i pielęgniarkę, na pytania o zapotrzebowanie na opiekę we wszystkich

analizowanych obszarach kwestionariusza CANE.

### Analiza statystyczna

Wyniki przedstawiono w postaci średnich  $\pm$  odchylenie standardowe. Wartości średnie liczby potrzeb ocenianych z różnych perspektyw porównano przy pomocy testu Manna-Whitneya. Przyjęto wartości  $p < 0,05$  jako istotne statystycznie.

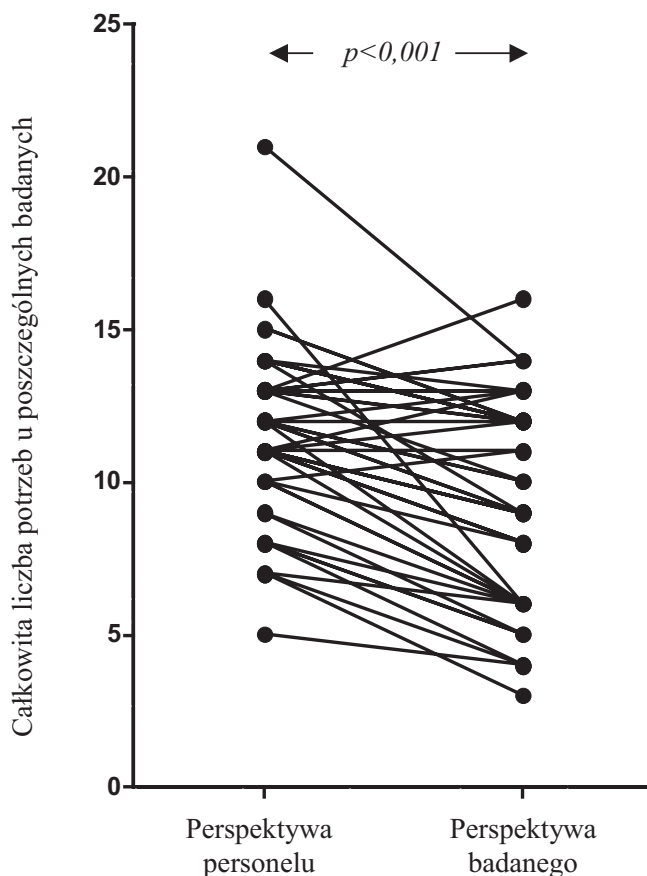
### Wyniki

W opinii personelu całkowita liczba potrzeb u osób ankietowanych wynosiła średnio  $11,6 \pm 2,8$ , w tym 10,2

$\pm 2,3$  było zaspokojonych i  $1,4 \pm 1,2$  – niezaspokojonych.

U żadnego z badanych personel nie zgłaszał potrzeb w zakresie „Dbanie o innych”. Z kolei, w opinii personelu, wszyscy badani mieli zaspokojone potrzeby w zakresie: „Mieszkanie”, „Prace domowe” oraz „Posiłki”. Najwięcej potrzeb niezaspokojonych zaobserwowano w obszarach „Stres psychologiczny” i „Towarzystwo/znajomi” (po 16 osób) oraz „Codzienne zajęcia” (14 osób).

W opinii badanych całkowita liczba potrzeb była istotnie statystycznie mniejsza –  $9,4 \pm 3,4$ ,  $p < 0,001$



Rycina 1. Całkowita liczba potrzeb u poszczególnych analizowanych mieszkańców DPS bez ciężkich zaburzeń funkcji poznawczych oceniana z dwóch różnych perspektyw (personelu i badanego); istotność statystyczna dotyczy porównania wartości średnich

Figure 1. The number of needs in each analyzed individual rated by himself and by the nursing staff; the statistical analysis compares only the mean number of needs, not their areas

(rycina 1). Wynika to z mniejszej liczby wskazywanych przez badanych potrzeb zaspokojonych ( $7,1 \pm 2,5$ ;  $p < 0,001$ ), gdyż liczba potrzeb niezaspokojonych w ich opinii była nawet większa –  $2,3 \pm 1,7$ ;  $p < 0,001$ .

Stwierdzono również różnice w obszarach, w których badani zgłaszali potrzeby w stosunku do tych sygnalizowanych przez personel. W zakresie potrzeb zaspokojonych największe różnice dotyczyły obszarów: „Posiłki”, „Pamięć”, „Wzrok/słuch/komunikacja”, „Objawy psychotyczne” i „Pieniądze/budżet” – gdzie rzadziej problem istniał w opinii badanych oraz „Codzienne zajęcia”, gdzie potrzeby badani zgłaszali częściej. W zakresie potrzeb niezaspokojonych częściej badani zgłaszali problemy w zakresie obszarów: „Posiłki”, „Informacje na temat stanu zdrowia i leczenia” oraz „Towarzystwo/znajomi”.

Najniższy odsetek zgodności wyników stwierdzono dla zapotrzebowania na opiekę w obszarach „Wzrok/słuch/komunikacja” (26%), „Posiłki” (36%), oraz „Towarzystwo/znajomi” (40%). Szczegółowo porównanie zapotrzebowania na opiekę w zakresie wszystkich obszarów kwestionariusza CANE przedstawiono w tabeli 1. Całkowity odsetek zgodności był wysoki i wyniósł 73,6%.

## Dyskusja

W związku z coraz większym zainteresowaniem efektywnością opieki sprawowanej nad osobami starszymi wzrasta zainteresowanie sposobami realnej oceny zapotrzebowania na tą opiekę. Przy użyciu kwestionariusza CANE ocenia się zapotrzebowanie z różnych perspektyw [10]. W naszych badaniach wzięliśmy pod uwagę perspektywę analizowanej osoby starszej mieszkającej w DPS oraz perspektywę personelu sprawującego opiekę w DPS (pielęgniarka). Aby urealnić zapotrzebowanie na opiekę w opinii osób starszych, zakwalifikowano do badań jedynie osoby bez ciężkich zaburzeń funkcji poznawczych. Pozwala to wykluczyć problem niezrozumienia pytań przez respondentów. Należy jednak zdawać sobie sprawę, że pod względem sprawności badana grupa była w lepszej kondycji niż przeciętny mieszkaniec DPS. Z drugiej strony celem badań nie była ocena zapotrzebowania na opiekę u przeciętnego mieszkańca, ale porównanie tego zapotrzebowania z różnych perspektyw, co uzasadnia przyjęty dobór próby.

Na podstawie przeprowadzonej analizy stwierdziliśmy, że – bez względu na perspektywę – liczba obszarów w zakresie których sygnalizowano zapotrze-

bowanie na opiekę, jest duża i wynosi ok. 10. Wskazuje to na fakt znacznego uzależnienia mieszkańców DPS od pomocy innych, nawet w przypadku tych najsprawniejszych. Publikowane wyniki analiz zapotrzebowania na opiekę u osób objętych opieką instytucjonalną z innych krajów dotyczą głównie chorych starszych z zaburzeniami psychicznymi, a więc są trudne do porównania z naszymi. Liczby wskazywanych u nich potrzeb w ocenie poszczególnych autorów znacznie się różnią i mogą sięgać nawet kilkunastu [11,12].

Ponieważ w naszych badaniach w zdecydowanej większości zidentyfikowane potrzeby były zaspokojone, należy wnioskować, że opieka sprawowana jest w sposób właściwy. Wskazuje na to również wysoki odsetek zgodności wyników w analizach wykonywanych z obydwóch perspektyw – 3 na 4 potrzeby są interpretowane przez mieszkańców i personel identycznie. W badaniach osób starszych z zaburzeniami psychicznymi wykonanych w Wielkiej Brytanii był on nieco wyższy i wahał się od 77,0% – 82,5% [12,13].

W naszej analizie liczba obszarów, w obrębie których sami badani zgłaszali potrzeby, była mniejsza w stosunku do ocen personelu. Fernandes i wsp. [14] wykonując walidację portugalskiej wersji kwestionariusza również stwierdzili, że liczba potrzeb zgłaszanych przez osoby starsze była o 20% niższa w stosunku do personelu. Podobnie Hancock i wsp. [12] zaobserwowali, że liczba potrzeb zgłaszana przez chorych starszych była znacznie mniejsza od tej podawanej przez personel. Obydwa cytowane badania dotyczyły pacjentów z zaburzeniami psychiatrycznymi. Wykonane porównanie z naszymi wynikami jest jednak jedynym możliwym, ponieważ ciągle jeszcze niewiele jest opublikowanych analiz wykonanych u chorych z innymi rozpoznaniem.

Co ciekawe, w cytowanych badaniach wykonanych przez Hancock i wsp. [12] niższa liczba potrzeb zgłaszanych przez badanych wynikała z faktu objęcia badaniem także chorych z otępieniem. Ich wykluczenie z analiz wpłynęło bowiem na wyrównanie liczby potrzeb w opinii chorego i personelu. Według autorów wskazuje to na niezgłaszanie części potrzeb przez chorych z otępieniem. W naszych badaniach nie przeprowadzono osobnych analiz u chorych z otępieniem. Co więcej, jak już wspomniano, osoby ze znacznymi zaburzeniami funkcji poznawczych nie zostały włączone do analiz.

W cytowanych wcześniej badaniach portugalskich, opublikowanych przez Fernandes i wsp. [14],

analizowano jedynie liczbę potrzeb całkowitych. Nie wiadomo więc, w jaki sposób obserwowane różnice przekładają się na potrzeby zaspokojone i niezaspokojone. W naszych badaniach mieszkańcy DPS zgłaszali więcej potrzeb niezaspokojonych w stosunku do personelu w obszarach „Posiłki”, „Informacje na temat stanu zdrowia i leczenia” i „Towarzystwo/znajomi”. Ponieważ w warunkach DPS posiłki są dostarczane przez personel, wydaje się to wskazywać na potrzebę wprowadzania zmian do jadłospisów uwzględniających większe zróżnicowanie posiłków, także pod kątem indywidualnych upodobań, na co na obecnym etapie nie ma warunków formalnych. Z kolei niezaspokojone potrzeby w obszarze „Towarzystwo/znajomi” sugeruje chęć zwiększenia kontaktów społecznych, a w obsza-

rze „Informacje na temat stanu zdrowia i leczenia” – na potrzebę rozmów o występujących problemach zdrowotnych. Różnice w ocenie potrzeb w tych obszarach wskazują na nieświadomość istnienia problemu wśród personelu. Jeśli chodzi o obszar „Towarzystwo/znajomi” to być może panuje przekonanie, że kontakt z pozostałymi mieszkańcami DPS i personelem powinien zaspokoić potrzebę relacji interpersonalnych. Jednocześnie jednak niewielka (w przeliczeniu na mieszkańca) liczebność personelu i jego nadmierne obciążenie pracą powoduje niemożliwość poświęcenia większej ilości czasu poszczególnym pensjonariuszom. Natomiast niedostrzeżenie potrzeby przekazywania dodatkowych informacji o chorobie może wynikać z poczucia przejęcia przez personel odpowiedzialności

Tabela 1. Szczegółowe porównanie oceny potrzeb wykonanych z dwóch różnych perspektyw we wszystkich obszarach wchodzących w skład kwestionariusza CANE

Table 1. The tailed analysis of needs of each analyzed institutionalized elderly individuals rated by themselves and by the nursing staff

Obszar potrzeb	Odsetek zgodności wyników	Liczba osób z potrzebami zaspokojonymi		Liczba osób z potrzebami niezaspokojonymi	
		Perspektywa badanego	Perspektywa personelu	Perspektywa badacza	Perspektywa personelu
1	100	50	50	0	0
2	100	50	50	0	0
3	36	18	50	7	0
4	80	30	40	1	0
5	100	0	0	0	0
6	70	22	11	8	14
7	64	13	30	3	0
8	26	13	50	11	0
9	56	30	28	3	3
10	88	30	36	0	0
11	96	46	47	2	1
12	84	7	3	0	0
13	70	1	15	1	0
14	54	11	21	22	16
15	60	0	5	15	4
16	72	2	8	2	1
17	90	3	4	0	0
18	92	3	1	1	0
19	84	2	8	0	1
20	94	1	2	0	1
21	40	6	4	28	16
22	70	0	2	7	9
23	60	17	37	0	0
24	82	0	7	2	2

za stan zdrowia pensjonariuszy.

Uwzględniając fakt, iż uważa się, że w kontekście potrzeb niezaspokojonych najważniejsza jest perspektywa badanego, uwypuklenia wymaga fakt, że mieszkańcy DPS zgłaszali najwięcej takich potrzeb w obszarach „Towarzystwo/znajomi” oraz „Stres psychologiczny”. Jest to zgodne z danymi z piśmiennictwa pokazującymi, że są to istotne dla seniorów obszary funkcjonowania [13,15].

Na różnice w postrzeganiu potrzeb przez mieszkańców i personel zwraca także uwagę niski odsetek zgodności wyniku uzyskanego dla obszaru „Wzrok/słuch/komunikacja” (tabela 1). W tym obszarze, według personelu, wszyscy analizowani mieszkańcy mieli potrzebę zaspokojoną, podczas gdy częściej niż co 5. mieszkańiec wskazywał na jej niezaspokojenie. Prawdopodobnie członkowie personelu akceptują istniejące ograniczenia w tym zakresie (niejako w ramach charakterystyki mieszkańców), podczas gdy sami mieszkańcy mają poczucie dyskomfortu. Niewątpliwie więc należałoby zwrócić większą uwagę na ten obszar.

Hancock i wsp. [15], którzy analizowali potrzeby osób starszych z demencją przebywających w instytucjach, stwierdzili, że średnia liczba tych potrzeb niezaspokojonych przekraczała 4. W naszych badaniach wynosiła ona nieco ponad 2, a więc była o połowę mniejsza. Zastanawiając się nad przyczynami różnic nie można pominąć dobrej organizacji opieki u mieszkańców analizowanego DPS, choć brać należy pod uwagę także specyficzność grupy, jaką są instytucjonalizowani chorzy z demencją. Przy znacznym zaawansowaniu schorzenia zachodzi podejrzenie Brak/None

udzielania odpowiedzi nieadekwatnych do sytuacji, ze względu na niezrozumienie pytań. W naszych badaniach takie osoby zostały wyłączone z analiz, choć część autorów nie akceptuje takiego podejścia [12]. Niemniej jednak, dla jednoznaczności uzyskiwanych wyników, zwłaszcza w badaniach wstępnych, wydaje się to koniecznym pociągnięciem.

## Wnioski

1. Badania wskazują na dobrą jakość opieki w analizowanym DPS, czego dowodem jest m.in. wysoki odsetek potrzeb zaspokojonych, zarówno w opinii personelu, jak i mieszkańców, oraz wysoka wartość całkowitego odsetka zgodności wyników w opinii badanych i personelu.
2. Wskazanie obszarów, w których istnieją rozbieżności pomiędzy opinią na temat potrzeb analizowanych mieszkańców DPS i personelu, pozwala zwrócić uwagę na te aspekty opieki.

**Praca finansowana z grantu badawczego N N404 520738.**

Adres do korespondencji:

Katarzyna Wieczorowska-Tobis

Katedra Geriatrii i Gerontologii

Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

ul. Świącickiego 6; 60-461 Poznań

☎ (+48 61) 8546573

✉ kwt@tobis.pl

**Konflikt interesów / Conflict of interest**

## Piśmiennictwo

1. Reynolds T, Thornicroft G, Abas M, et al. Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE): development, validity, and reliability. *Br J Psychiatry* 2000;176:444-52.
2. Dobrzyńska E, Rymaszewska J, Kiejna A. CANSAS – Krótka Ocena Potrzeb Camberwell oraz inne narzędzia oceny potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi. *Psych Pol* 2008;XLII:525-32.
3. Iliffe S, Lenihan P, Orrell M, et al. The development of a short instrument to identify common unmet needs in older people in general practice. *Brit J Gen Prac* 2004;54:914-18.
4. Walters K, Iliffe S, Tai SS, et al. Assessing needs from patient, carer and professional perspectives: the Camberwell Assessment of Need for Elderly people in primary care. *Age Aging* 2000;29:505-10.
5. Rymaszewska J, Kłak R, Synak A. Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) – badanie polskiej wersji narzędzia. *Psychogeriatr Pol* 2008; 45:105-109.

6. Wieczorowska-Tobis K, Talarska D, Kachaniuk H i wsp. Ocena przydatności kwestionariusza CANE w analizie potrzeb opiekuńczych osób starszych. Założenia projektu badawczego. *Geriatrics* 2010;4:176-80.
7. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.
8. Mungas D, Reed BR, Marshall SC, et al. Development of psychometrically matched English and Spanish language neuropsychological tests for older persons. *Neuropsychology* 2000;14:209-23.
9. Orrell M, Hancock GA. *The Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE)*. Gaskell, London 2004.
10. Talarska D, Kropińska S, Wieczorowska-Tobis K. Kwestionariusz CANE – do czego służy? W: *Różne oblicza starości*. Wieczorowska-Tobis K, Talarska D (red.). Poznań;2011:15-24.
11. Fahy MA, Livingston GA. The needs and mental health of older people in 24-hour care residential placements. *Aging Ment Health* 2001;5:253-57.
12. Hancock GA, Reynolds T, Woods B, et al. The needs of older people with mental health problems according to the user, the carer, and the staff. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;18:803-11.
13. Orrell M, Hancock GA, Liyanage KC, et al. The needs of people with dementia in care homes: the perspectives of users, staff and family caregivers. *Int Psychogeriatr* 2008;20:941-51.
14. Fernandes L, Gonçalves-Pereira M, et al. Validation study of the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) in Portugal. *Int Psychogeriatr* 2009;21:94-102.
15. Hancock GA, Woods B, Challis D, et al. The needs of older people with dementia in residential care. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006;21:43-9.