

Analiza potrzeb zgłaszanych przez pielęgniarki rodzinne oraz seniorów przebywających w środowisku domowym

Analysis of the needs reported by family nurses and seniors in their home environment

Marlena Szewczyczak, Kamila Kawecka, Magdalena Strugała, Maciej Kaczkowski, Dorota Talarska

Katedra i Zakład Profilaktyki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Streszczenie

Wprowadzenie. Zachodzące procesy demograficzne, w tym starzenie się ludności, wymuszają zmiany w systemie ochrony zdrowia i opieki społecznej. Identyfikacja potrzeb, oraz zaplanowanie opieki dostosowanej do indywidualnej sytuacji pozwala na dłuższe samodzielne funkcjonowanie. **Cel.** Celem niniejszej pracy jest porównanie potrzeb zgłaszanych przez pielęgniarki rodzinne i pacjentów ≥ 75 roku życia przebywających w środowisku domowym. **Materiał i metody.** Ocenę potrzeb zaspokojonych i niezaspokojonych w 24 obszarach wykonano z użyciem kwestionariusza Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE). W ramach całościowej oceny geriatrycznej (COG) do oceny stanu sprawności funkcjonalnej zastosowano Indeks Barthel, do oceny zaburzeń funkcji poznawczych – Mini Mental State Examination (MMSE), natomiast do oceny natężenia objawów depresji – Geriatryczną Skalę Depresji (GDS). **Wyniki.** Badania wykonano w grupie 93 osób. Średnia całkowita liczba potrzeb w badanej grupie wynosiła $5,0 \pm 2,9$ (mediana: 5, zakres: 0-13). W opinii pielęgniarek średnia całkowita liczba potrzeb w badanej grupie była wyższa i wynosiła $5,76 \pm 3,43$. Najczęściej zgłaszane potrzeby zaspokojone zarówno z obu perspektyw dotyczyły obszarów: zdrowie fizyczne, mobilność/upadki oraz prace domowe. Najwięcej potrzeb niezaspokojonych odnotowano w domenach: mieszkanie, towarzystwo/znajomi, wzrok/słuch/komunikacja. Liczba potrzeb zaspokojonych ($p=0,006$) i całkowita liczba potrzeb ($p=0,011$) była wyższa w grupie osób powyżej 85 roku życia oraz seniorów, którzy posiadali opiekuna ($p < 0,001$). Osoby z niższą sprawnością funkcjonalną zgłaszały większą całkowitą liczbę potrzeb w tym również potrzeb zaspokojonych ($p < 0,001$). Nie stwierdzono wpływu sprawności poznawczej na całkowitą liczbę potrzeb. Osoby z wyższym wynikiem GDS zgłaszały większą liczbę potrzeb zaspokojonych ($p < 0,021$) i niezaspokojonych ($p < 0,001$). **Wnioski.** Wykazano umiarkowaną zgodność w zakresie rozpoznawania potrzeb między pacjentami, a pielęgniarkami. Gerontol Pol 2025; 33; 122-129) doi: 10.53139/GP.20253314

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

Abstract

Introduction. The ongoing demographic processes, including ageing of the population, force changes in the health care and social systems. Identifying needs and planning care tailored to the individual situation allows for longer independent functioning. **Aim.** The aim of this study is to compare the needs reported by family nurses and patients >75 years of age staying in their home environment. **Material and Methods.** The assessment of met and unmet needs in 24 areas was performed using the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) questionnaire. As part of the comprehensive geriatric assessment (COG), the Barthel Index was used to assess the functional status, the Mini Mental State Examination (MMSE) to assess cognitive impairment, and the Geriatric Depression Scale (GDS) to assess the intensity of depression symptoms. **Results.** The study was conducted in a group of 93 people. The average total number of needs in the study group was 5.0 ± 2.9 (median: 5, range: 0-13). In the opinion of nurses, the average total number of needs in the study group was higher and amounted to 5.76 ± 3.43 . The most frequently reported needs satisfied from both perspectives concerned the areas of: physical health, mobility/falls and housework. The highest number of unmet needs was noted in the domains of housing, company/friends, vision/hearing/communication. The number of satisfied needs ($p=0.006$) and the total number of needs ($p=0.011$) was higher in the group of people over 85 years of age and seniors who had a caregiver ($p<0.001$).

People with lower functional ability reported a higher total number of needs, including satisfied needs ($p < 0.001$). No effect of cognitive ability on the total number of needs was found. Individuals with higher GDS scores reported a greater number of met ($p < 0.021$) and unmet ($p < 0.001$) needs. **Conclusions.** There was moderate agreement in the recognition of needs between patients and nurses. *Gerontol Pol* 2025; 33; 122-129) doi: 10.53139/GP.20253314

Keywords: needs, elderly people, home environment, Camberwell Assessment Need for Elderly (CANE)

Wstęp

Według prognoz statystycznych odsetek osób po 65 roku życia w krajach Unii Europejskiej w okresie od 2021 do 2050 roku wzrośnie z 20,9% do 31,3% populacji [1]. Tak ogromna zmiana demograficzna społeczeństwa determinuje wzrost zapotrzebowania na opiekę w okresie późnej starości. Organizacja wsparcia powinna opierać się na ocenie potrzeb podopiecznych, które wraz z wiekiem stają się bardziej złożone, zmienia się ich natężenie i hierarchia. Niezaspokojone mogą prowadzić do wystąpienia wielochorobowości, wielolekowości oraz wielkich zespołów geriatrycznych które nieuchronnie powodują pogorszenie sprawności, czego konsekwencją może być konieczność zwiększenia częstotliwości wizyt pielęgniarskich i/lub lekarskich, wzrost ryzyka hospitalizacji, instytucjonalizacji lub śmierci [2,3]. Pandemia COVID-19 i jej skutki w zakresie zdrowia publicznego również uwydatniły rolę niezaspokojonych potrzeb wśród osób starszych [4,5].

W pracy przyjęto wielowymiarową definicję potrzeby jako stanu braku czegoś, co w związku ze strukturą organizmu, indywidualnym doświadczeniem oraz miejscem jednostki w społeczeństwie, jest niezbędne do utrzymania jej przy życiu, umożliwienia rozwoju, utrzymania określonej roli społecznej, oraz zachowania zdrowia psychicznego [6]. Rozpoznanie niezaspokojonej potrzeby wiąże się z koniecznością udzielania wsparcia. Nieudzielona lub nieprawidłowo udzielona pomoc może przyczynić się do pogłębienia niezaspokojonych potrzeb, a w konsekwencji doprowadzić do zaniedbań opiekuńczych [7]. Przez niezaspokojoną potrzebę należy rozumieć problem, w obrębie którego dana osoba nie otrzymała odpowiedniej pomocy [8]. Złożoność potrzeb osób starszych, zwłaszcza przebywających w środowisku domowym wymaga wielokierunkowego podejścia. Celem niniejszej pracy jest porównanie potrzeb zgłaszanych przez pielęgniarki rodzinne i pacjentów ≥ 75 roku życia przebywających w środowisku domowym.

Materiał i metody

Badaniem objęto 100 osób w wieku ≥ 75 lat które złożyły deklaracje wyboru pielęgniarki w Pielęgniarskim Ośrodku Medycyny Środowiskowo-Rodzinnej „Palium”

w Poznaniu. Dobór pacjentów był przypadkowy. Zostały uwzględnione osoby zgłoszone do wizyty domowej pielęgniarki rodzinnej w okresie prowadzonych badań. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Uczestnicy zostali poinformowani o zasadach oraz celu badania, oraz prawie do rezygnacji w dowolnym momencie. Kryteriami włączenia do badań były: wiek ≥ 75 lat, sprawność poznawcza umożliwiającą wiarygodne udzielanie odpowiedzi (MMSE > 23 pkt.), oraz zgoda pacjenta [9]. Przed rozpoczęciem badań zespół badaczy dokładnie omówił zasady wypełniania kwestionariusza celem uzyskania jak najbardziej wiarygodnych wyników. Przed przystąpieniem do badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu nr 612/11.

Narzędzia badawcze

- Ocenę funkcji poznawczych dokonano za pomocą Krótkiej Skali Oceny Stanu Psychicznego (ang. *Mini Mental State Examination*, MMSE) według Folsteinów skorygowaną o wpływ takich czynników, jak wiek i wykształcenie [10].
- Do całościowej oceny geriatrycznej (COG) zastosowano: Indeks Barthel (ang. *Barthel Index*), Geriatryczną Skalę Depresji Yesavage’a [11] (ang. *Geriatric Depression Scale* – GDS).
- Kwestionariusz CANE – służący do oceny występowania potrzeb oraz poziomu zapotrzebowania na wsparcie. Polską wersję językową zwalidowała Rymszewska i wsp. [6]. Narzędzie umożliwia analizę występowania potrzeb w 24 obszarach: *mieszkanie, prace domowe, posiłki, dbanie o siebie i innych, codzienne zajęcia* itd. Każdą potrzebę ocenia się w skali: nie ma potrzeby/problemu w danym obszarze (pacjent radzi sobie samodzielnie); potrzeba zaspokojona – potrzeba jest zaspokojona jeśli nie wymaga interwencji; potrzeba niezaspokojona – sytuacja taka występuje, gdy pacjent w danym obszarze nie otrzymuje pomocy lub pomoc ta jest nieodpowiednia lub niewystarczająca.

Dla wszystkich analizowanych zmiennych obliczono średnią i odchylenie standardowe (średnia $\pm$ odchylenie standardowe). Normalność rozkładu została sprawdzona za pomocą testu Shapiro-Wilka. Ze względu na brak normalności rozkładu większości zmiennych, obliczono

dodatkowo medianę (M) oraz zakres zestawu danych (Z). Na podstawie odpowiedzi uzyskanych w kwestionariuszu CANE obliczono dla każdej badanej osoby, liczbę potrzeb zaspokojonych, niezaspokojonych i całkowitą liczbę potrzeb jako sumę dwóch poprzednich. Analizę wykonano z perspektywy badanego oraz personelu medycznego (tj. pielęgniarki rodzinnej) wykonującego badanie.

Porównanie wyników dla grup niezależnych przeprowadzono za pomocą testu Manna-Whitneya. Wartości $p < 0,05$ uznawano za istotne statystycznie. W celu porównania zgodności ocen wyznaczono współczynnik Kappa Cohena dla dwóch perspektyw (pacjent/pielęgniarka rodzinna).

Wszystkie obliczenia wykonano za pomocą pakietu statystycznego Statistica 12.

Wyniki

Po zastosowaniu kryteriów włączenia w wybranej grupie, ostatecznie w analizie wyników badań uwzględniono kwestionariusze 93 osób, w tym 78 kobiet (83,9%). Średni wiek respondentów wynosił $83,9 \pm 5,6$ lat (M: 83 lata, Z: 75-100 lat). Wiek kobiet i mężczyzn był porównywalny (kobiety: $84,1 \pm 5,7$ lat, mężczyźni: $82,9 \pm 5,3$ lat). Szczegółową charakterystykę badanej grupy przedstawiono w tabeli I.

W ramach kompleksowej oceny geriatrycznej uzyskano następujące średnie wyniki: w skali MMSE $24,5 \pm 3,3$ pkt, w Index Barthel – $83,9 \pm 16,6$ pkt., w skali GDS to $4,8 \pm 2,6$ pkt. Tylko 4 osoby (4,3%) spełniały obowiązujące w Polsce kryterium przyjęcia do opieki długoterminowej, czyli uzyskały ≤ 40 pkt. w Index Barthel.

Średnia całkowita liczba potrzeb w badanej grupie wynosiła $5,00 \pm 2,92$. Zdecydowaną większość stanowiły potrzeby zaspokojone $4,43 \pm 2,70$. Średnia liczba potrzeb niezaspokojonych wynosiła: $0,57 \pm 1,04$. Według badanych najczęściej zgłaszane potrzeby zaspokojone dotyczyły obszarów: *zdrowie fizyczne* (79,6%), *mobilność/upadki* (60,2%) oraz *prace domowe* (59,1%). Z kolei najwięcej potrzeb niezaspokojonych odnotowano w domenach: *mieszkanie* (11,8%), *towarzystwo/znajomi* (9,7%), *wzrok/słuch/komunikacja* (7,5%). Całkowita liczba potrzeb była istotnie statystycznie wyższa w grupie wiekowej 85 lat i więcej w porównaniu z grupą 75-84 lat ($p < 0,01$; tabela II). W obu grupach wiekowych najczęściej zgłaszana potrzeba zaspokojona to *zdrowie fizyczne* (odpowiednio 74% i 86,1%). W grupie 75 – 84 lat najwięcej potrzeb niezaspokojonych odnotowano w obszarze *mieszkanie* (16%). Z kolei wśród badanych w wieku 85 lat i więcej, najczęściej zgłaszano potrze-

Tabela I. Charakterystyka badanej grupy pacjentów
Table I. The characteristics of the study group patients

Parametr	n (%)
Wiek	
75 – 84 lata	50 (53,8)
85 lat i więcej	43 (46,2)
Wykształcenie	
podstawowe	35 (37,6)
zawodowe	14 (15,1)
średnie	32 (34,4)
wyższe	12 (12,9)
Stan cywilny	
wolny	5 (5,4)
w związku formalnym	26 (28,0)
w związku nieformalnym	2 (2,1)
rozwód(a)/separacja	2 (2,1)
wdowiec/wdowa	58 (62,4)
Czy pacjent ma opiekuna?	
tak	47 (50,5)
nie	46 (49,5)
Index Barthel	
86 – 100 pkt.	52 (55,9)
21 – 85 pkt.	41 (44,1)
0 – 20 pkt.	0 (0,0)
MMSE	
24 – 30 pkt.	58 (62,4)
20 – 23 pkt.	30 (32,2)
15 – 20 pkt.	5 (5,4)
GDS	
11 – 15 pkt.	3 (3,2)
6 – 10 pkt.	32 (34,4)
0 – 5 pkt.	58 (62,4)

by niezaspokojone w domenie *towarzystwo/znajomi* (11,6%).

Całkowita liczba potrzeb była istotnie wyższa w grupie pacjentów, których stan funkcjonalny według Index Barthel oceniany jest jako średnio-ciężki (≤ 85 pkt.) w porównaniu do osób w stanie lekkim (86-100pkt., $p < 0,001$, tabela II). Podobna zależność dotyczy potrzeb zaspokojonych ($p < 0,001$), a liczba potrzeb niezaspokojonych w obu grupach była porównywalna ($p = 0,28$). Grupa osób w stanie średnio-ciężkim nie zgłosiła potrzeb w obszarach: *zachowanie*, *alkohol*. Najczęściej wskazywane potrzeby zaspokojone to *prace domowe* (90,2%), *mobilność/upadki* (85,4%) i *zdrowie fizyczne* (82,9%). Najwięcej potrzeb niezaspokojonych odnotowano odpowiednio w obszarze *towarzystwo/znajomi* (12,2%) Z kolei w grupie osób, których stan oceniany jest jako lekki nie zgłoszono potrzeb w pięciu obszarach:

objawy psychotyczne, umyślne samouszkodzenia, przemoc/wykorzystywanie, zachowanie, alkohol. Najczęściej zgłaszane potrzeby zaspokojone dotyczyły obszaru *zdrowie fizyczne* (76,9%), natomiast najczęściej zgłaszana potrzeba niezaspokojona odnosiła się do obszaru *mieszkanie* (15,4%).

Całkowita liczba potrzeb była istotnie wyższa w grupie osób z objawami depresji (co najmniej 6 punktów w skali GDS) od osób bez objawów depresji ($p < 0,001$) – tabela II.

Również w grupie osób z objawami depresji było więcej potrzeb zaspokojonych ($p < 0,021$) i potrzeb niezaspokojonych ($p < 0,001$). W obu grupach najczęściej zgłaszane potrzeby zaspokojone dotyczyły domen *zdrowie fizyczne* (odpowiedni 70,3% i 80%), *prace domowe* (odpowiednio 58,6% i 60%) oraz *mobilność/upadki* (odpowiednio 53,5% i 71,4%). Najwięcej potrzeb niezaspokojonych odnotowano u osób bez depresji w obszarze *mieszkanie* (5,2%), a dla grupy z depresją – *towarzystwo/znajomi* (20%).

Liczba potrzeb osób z otępieniem (MMSE ≤ 23 pkt.) i bez otępienia (MMSE ≥ 24 pkt.) była porównywalna. W obu grupach najczęściej zgłaszane potrzeby zaspokojone dotyczyły domen *zdrowie fizyczne* (odpowiedni 74,3% i 82,8%), *prace domowe* (odpowiednio 62,9% i 56,9%) oraz *mobilność/upadki* (odpowiednio 57,1% i 62,1%). Najwięcej potrzeb niezaspokojonych odnotowano dla osób z otępieniem w obszarze *mieszkanie*

(14,3%) i *towarzystwo/znajomi* (11,4%), a dla grupy bez otępienia – *mieszkanie* (10,3%) oraz *wzrok/słuch/komunikacja* i *towarzystwo/znajomi* (po 8,6%).

W opinii osób przeprowadzających badanie – pielęgniarek rodzinnych, średnia całkowita liczba potrzeb badanej grupy wynosiła $5,76 \pm 3,43$. Zdecydowaną większość stanowiły potrzeby zaspokojone $4,83 \pm 2,70$. Średnia liczba potrzeb niezaspokojonych wynosiła: $0,94 \pm 1,68$. Według osób przeprowadzających badanie najczęściej zgłaszane potrzeby zaspokojone dotyczyły obszarów: *zdrowie fizyczne* (87,1%), *prace domowe* (63,4%) oraz *mobilność/upadki* (60,2%). Z kolei najwięcej potrzeb niezaspokojonych odnotowano w domenach: *towarzystwo/znajomi* (16,3%), *wzrok/słuch/komunikacja* (15,1%), oraz *mieszkanie* (12,9%).

Analiza zgodności odpowiedzi

W celu określenia zgodności oceny potrzeb między badanymi, a personelem (tabela III) obliczono zgodność procentową udzielanych odpowiedzi oraz współczynnik Kappa Cohena. Obliczone średnie współczynniki Kappa Cohena wykazały umiarkowaną zgodność między pacjentami, a personelem – 0,69 (zakres 0,00 – 1,00). Średnia procentowa zgodność oceny potrzeb z perspektywy badanego i osoby badającej jest równa 92,9%. Najmniejszą procentową zgodność odnotowano w dziedzinie *wzrok/słuch/komunikacja* (83,9%).

Tabela II. Charakterystyka potrzeb CANE z uwzględnieniem grup wiekowych (75-84 lat oraz ≥ 85 lat) oraz sprawności funkcjonalnej według MMSE, Index Barthel i oceny ryzyka depresji według skali GDS

Table II. The characteristics of CANE needs by age groups (75-84 years and ≥ 85 years) and functional ability according to MMSE, Barthel Index and depression risk assessment according to the GDS scale

		CANE		
		Liczba potrzeb zaspokojonych średnia $\pm$ SD [mediana; zakres]	Liczba potrzeb niezaspokojonych średnia $\pm$ SD [mediana; zakres]	Całkowita liczba potrzeb średnia $\pm$ SD [mediana; zakres]
Wiek	75 – 84 lat (n=50)	3,7 $\pm$ 2,6 [M: 3,5; Z: 0 – 12]	0,6 $\pm$ 0,9 [M: 0; Z: 0 – 3]	4,3 $\pm$ 2,9 [M: 4; Z: 0 – 13]
	85 i więcej lat (n=43)	5,2 $\pm$ 2,6 [M: 5; Z: 1 – 10]	0,6 $\pm$ 1,2 [M: 0; Z: 0 – 6]	5,8 $\pm$ 2,8 [M: 6; Z: 1 – 11]
Barthel Index	21 – 85 pkt. (n=41)	5,9 $\pm$ 2,4 [M: 6; Z: 0 – 12]	0,8 $\pm$ 1,2 [M: 0; Z: 0 – 4]	6,7 $\pm$ 2,7 [M: 7; Z: 0 – 13]
	86 – 100 pkt. (n=52)	3,3 $\pm$ 2,4 [M: 3; Z: 0 – 10]	0,4 $\pm$ 0,8 [M: 0; Z: 0 – 6]	3,7 $\pm$ 2,4 [M: 3; Z: 0 – 10]
GDS	0 – 5 pkt. (n=58)	3,9 $\pm$ 2,5 [M: 3; Z: 0 – 9]	0,3 $\pm$ 0,6 [M: 0; Z: 0 – 2]	4,2 $\pm$ 2,6 [M: 3,5; Z: 0 – 9]
	6 – 10 pkt. (n=35)	5,3 $\pm$ 2,8 [M: 5; Z: 1 – 12]	1,1 $\pm$ 1,4 [M: 0; Z: 0 – 6]	6,4 $\pm$ 2,9 [M: 6; Z: 1 – 13]
MMSE	15 – 23 pkt. (n=35)	4,5 $\pm$ 3,0 [M: 4; Z: 0 – 12]	0,6 $\pm$ 0,8 [M: 0; Z: 0 – 3]	5,1 $\pm$ 3,4 [M: 5; Z: 0 – 13]
	24 – 30 pkt. (n=58)	4,4 $\pm$ 2,5 [M: 4; Z: 0 – 10]	0,6 $\pm$ 1,2 [M: 0; Z: 0 – 6]	4,9 $\pm$ 2,6 [M: 5; Z: 1 – 11]

Tabela III. Ocena potrzeb w poszczególnych obszarach kwestionariusza CANE według badanych i osoby badającej z uwzględnieniem zgodności (n=93)

Table III. Assessment of needs in several areas of the CANE questionnaire according to the respondents and the examiner, taking into account compliance (n=93)

Obszar potrzeb CANE	Potrzeby zaspokojone		Potrzeby niezaspokojone		% zgodności	Współczynnik kappa Cohena
	badany	badacz	badany	badacz		
1. Mieszkanie	11 (11,8)	10 (10,8)	11 (11,8)	12 (12,9)	86,0%	0,64
2. Prace domowe	55 (59,1)	59 (63,4)	1 (1,1)	3 (3,2)	92,5%	0,85
3. Posiłki	33 (35,5)	34 (36,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	95,7%	0,93
4. Dbanie o siebie	25 (26,9)	29 (31,2)	1 (1,1)	3 (3,2)	91,4 %	0,83
5. Dbanie o innych	5 (5,4)	6 (6,5)	0 (0,0)	1 (1,1)	96,8%	0,73
6. Codzienne zajęcia	12 (12,9)	15 (16,1)	0 (0,0)	3 (3,2)	90,3%	0,73
7. Pamięć	8 (8,6)	11 (11,8)	1 (1,1)	2 (2,2)	90,3%	0,71
8. Wzrok/Słuch/Komunikacja	28 (30,1)	28 (30,1)	7 (7,5)	14 (15,1)	83,9%	0,71
9. Mobilność/Upadki	56 (60,2)	56 (60,2)	3 (3,2)	7 (7,5)	90,3 %	0,83
10. Zachowanie czystości	24 (25,8)	28 (30,1)	3 (3,2)	3 (3,2)	87,1%	0,85
11. Zdrowie fizyczne	74 (79,6)	81 (87,1)	4 (4,3)	5 (5,4)	87,1%	0,56
12. Leki	17 (18,3)	24 (25,8)	0 (0,0)	2 (2,2)	89,2%	0,70
13. Objawy psychiczne	2 (2,2)	2 (2,2)	1 (1,1)	0 (0,0)	97,8%	0,80
14. Stres psychiczny	13 (14,0)	14 (15,1)	5 (5,4)	5 (5,4)	87,1%	0,61
15. Informacja na temat stanu zdrowia i leczenia	8 (8,6)	18 (19,4)	2 (2,2)	0 (0,0)	84,9%	0,51
16. Umysłne samouszkodzenia	0 (0,0)	1 (1,1)	1 (1,1)	0 (0,0)	98,9%	0,50
17. Nieumyślne samouszkodzenia	4 (4,4)	5 (5,5)	1 (1,1)	2 (2,2)	95,7%	0,82
18. Przemoc/Wykorzystywanie	1 (1,1)	1 (1,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	100,0%	1,00
19. Zachowanie	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	100,0%	----
20. Alkohol	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,1)	98,9%	0,00
21. Towarzystwo/Znajomi	3 (3,2)	3 (3,2)	9 (9,7)	15 (16,1)	92,5%	0,78
22. Związki osobiste	1 (1,1)	1 (1,1)	1 (1,1)	5 (5,4)	95,7%	0,49
23. Pieniądże/Budżet	22 (23,7)	23 (24,7)	2 (2,2)	4 (4,3)	95,7%	0,90
24. Zasiłki/Świadczenia	8 (8,6)	8 (8,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	100,0%	1,00

Dużą zgodność w ocenie badanych i badających stwierdzono w obszarach: *prace domowe, posiłki, wzrok/słuch/komunikacja, mobilność/upadki, zachowanie czystości, objawy psychiczne, nieumyślne samouszkodzenia, pieniądze/budżet, zasiłki/świadczenia*. Słabą zgodność stwierdzono w ocenie obszarów: *zdrowie fizyczne, informacja na temat stanu zdrowia i leczenia, umyślne samouszkodzenia, związki osobiste*.

W badanej grupie całkowita liczba potrzeb była istotnie statystycznie niższa od całkowitej liczby potrzeb zgłaszanych przez pielęgniarki ($T=159,5$; $p<0,001$). Liczba potrzeb niezaspokojonych ($T=57$, $p=0,005$) i zaspokojonych ($T=48$, $p=0,01$) była istotnie statystycznie częściej zgłaszana przez pielęgniarki niż osoby w podeszłym wieku.

Dyskusja

Systematycznie wzrastająca liczba seniorów m.in. dzięki rozwojowi medycyny, zwłaszcza w zakresie le-

czenia wielu chorób przewlekłych, zwraca uwagę na konieczność nałożenia społecznego nacisku na rozwój usług opiekuńczych. Aby zapewnić możliwie najwyższą jakość życia organizacja opieki nad osobami w wieku podeszłym powinna opierać się na ocenie ich potrzeb. Narzędziem, które może być wykorzystane w tym celu jest kwestionariusz CANE, który pozwala nie tylko na subiektywną ocenę potrzeb z perspektywy badanego, ale również osoby go stosującej. Należy podkreślić, że dostępnych jest mało prac związanych z wykorzystaniem tego narzędzia w środowisku domowym. W ostatnich latach pojawiło się wiele opracowań dotyczących oceny potrzeb osób z demencją lub depresją. Do naszego badania, aby uwiarygodnić obraz zapotrzebowania na opiekę w opinii seniorów, zakwalifikowano jedynie osoby bez ciężkich zaburzeń funkcji poznawczych. Takie działanie pozwoliło wykluczyć niezrozumienie pytań przez respondentów.

W naszym badaniu liczba potrzeb osób bez otępienia ($MMSE \geq 24$ pkt.) była porównywalna z liczbą potrzeb wskazywanych przez osoby z zaburzeniami poznaw-

czymi. Inne analizy [12] ukazują, że osoby z demencją wskazują większą całkowitą liczbę potrzeb oraz liczbę potrzeb niezaspokojonych w porównaniu z respondentami bez otępienia. Podobne wyniki otrzymała Castillo i wsp. [13] zaznaczając, że pacjenci z demencją wykazują większą liczbę potrzeb niezaspokojonych w sekcji *Codzienne zajęcia* (50,7%), *Nieumyślne uszkodzenia* (15,1%), *Towarzystwo/Znajomi* (39,5%), oraz *Stres psychologiczny* (30,9%). Należy podkreślić, że kryterium wyłączenia z naszych badań był wynik MMSE mniejszy niż 15 pkt, co mogło wpłynąć na obraz potrzeb badanej grupy oraz brak zależności pomiędzy liczbą potrzeb u pacjentów z zaburzeniami poznawczymi i bez nich.

Badania wskazują, że środowisko i warunki życia wpływają na ocenę potrzeb osób starszych. Średnia całkowita liczba potrzeb, w tym niezaspokojonych, była niższa od liczby potrzeb wskazywanych przez mieszkańców Domu Pomocy Społecznej [12,14], mieszkańców domów chronionych w Wielkiej Brytanii [15] oraz pacjentów opieki długoterminowej stacjonarnej [16]. Niską liczbę potrzeb niezaspokojonych osób starszych w środowisku domowym w niniejszym badaniu można powiązać z dobrą sprawnością funkcjonalną respondentów, która umożliwia samodzielne wykonywanie czynności dnia codziennego.

Na podstawie przeprowadzonej analizy stwierdzono, że liczba obszarów, w których zgłoszono zapotrzebowanie na opiekę jest najniższa w ocenie badanych, w porównaniu z oceną osoby przeprowadzającej badanie. Różni się to od badań dotyczących oceny potrzeb osób z depresją [17], w przypadku których ta zależność jest odwrotna. Wynikać to może z tendencji osób z zaburzeniami depresyjnymi do negatywnego oceniania swoich możliwości. Zgodnie z wcześniejszymi badaniami (podstawowa opieka zdrowotna [18], domy chronione [15], domy pomocy społecznej [14,19,20] pacjenci z objawami depresji zgłosili więcej potrzeb niezaspokojonych niż osoby bez objawów depresji. Ponadto w naszych badaniach wykazano podobną zależność dla potrzeb zaspokojonych i w związku z tym dla całkowitej liczby potrzeb. Ponieważ w naszych badaniach w zdecydowanej większości zidentyfikowane potrzeby były zaspokojone, należy wnioskować, że opieka sprawowana jest w sposób właściwy.

Najczęściej wskazywana niezaspokojona potrzeba w badanej grupie osób mieszkających w domu jest związana z obszarem potrzeb środowiskowych, a dokładniej *Mieszkanie*. Przez potrzebę niezaspokojoną w tym obszarze rozumie się niewłaściwe warunki mieszkaniowe lub brak podstawowych udogodnień domowych takich, jak bieżąca woda czy ogrzewanie. Wyniki potwierdzają

również inne badania wykonane w środowisku domowym [8,13,21]. Z kolei Stein i wsp. [20] nie wskazują istotnych potrzeb niezaspokojonych w tym obszarze. Prawdopodobną przyczyną tych różnic może być standard miejsca zamieszkania ankietowanych. W naszym badaniu większość osób to mieszkańcy kamienic, w których głównym problemem są bariery architektoniczne, w tym brak windy czy ogrzewania miejskiego. Ponadto Ilife i wsp. [8] wskazuje, że istotnie więcej osób mieszkających w środowisku zgłasza niezaspokojone potrzeby w porównaniu do pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej i chorych hospitalizowanych na oddziałach szpitalnych. Dla przykładu pensjonariusze Domów Pomocy Społecznej w ogóle nie wskazują problemów w tej dziedzinie [22]. Podobne wyniki zaobserwowano w badaniach polskich [14], co może być wynikiem zapewnienia prawidłowych warunków mieszkaniowych oraz wyposażenia dostosowanego dla osób starszych w tych placówkach, co nie zawsze jest zagwarantowane w środowisku domowym. Badania wskazują, że niezaspokojenie podstawowych potrzeb takich, jak mieszkanie czy trudności finansowe prowadzi do wystąpienia objawów depresyjnych w przyszłości [19].

W badanej grupie najwięcej potrzeb niezaspokojonych zgłaszano również w obszarach związanych z funkcjonowaniem fizycznym: *Wzrok/Słuch/Komunikacja*, *Zdrowie fizyczne*, *Mobilność/Upadki* oraz *Zachowanie czystości*. Wyniki w zakresie funkcjonowania fizycznego potwierdzają doniesienia innych autorów [8,20,21,23]. Badania Ilife i wsp. [8] wskazały, że osoby powyżej 85 roku życia mają istotnie więcej potrzeb niezaspokojonych w obszarze *Mobilność/upadki*. W niniejszym badaniu nie wykazano tej zależności. Wynikać to może z dobrej sprawności funkcjonalnej całej grupy (średni wynik Indeksu Barthel to prawie 85 pkt.). Ponadto w obu grupach wiekowych odnotowano więcej potrzeb zaspokojonych w tej dziedzinie, co oznacza nieznaczne trudności w poruszaniu się lub udzielanie odpowiedniej pomocy w formie np. korzystania z chodzika, laski. Potrzeby w innych obszarach związane z warunkami socjalno-bytowymi takie, jak *Posiłki* czy *Prace domowe* w przeprowadzonych przez nas badaniach są w większości zaspokojone, co może świadczyć o efektywnym sposobie identyfikacji problemów i ich zaspokajaniu przez opiekunów formalnych lub nieformalnych.

Potrzeby z obszaru zdrowia psychicznego są rzadziej wskazywane przez respondentów w wieku podeszłym mieszkających w środowisku domowym. Walters i wsp. [21] uważają, że przyczyną niskich wyników w niektórych domenach takich jak *Objawy psychotyczne* czy *Zachowanie* jest mniejsze powszechne występowanie tego typu zaburzeń u pacjentów mieszkających w śro-

dowisku domowym. W całej grupie zgłoszono jedynie 7 niezaspokojonych potrzeb w tej dziedzinie, z czego najwięcej w obszarze *Stres psychologiczny* (5). W odróżnieniu od wyników Walters i wsp. tylko jedna osoba zgłosiła potrzebę niezaspokojoną w obszarze *Pamięć*. W pozostałych obszarach funkcjonowania psychicznego stwierdzono również małą całkowitą liczbę potrzeb oraz liczbę potrzeb niezaspokojonych. Może to być związane z doбором badanej grupy – do badań włączono osoby sprawne poznawczo (>15 pkt. w skali MMSE). Potwierdzeniem tej hipotezy mogą być wyniki Stein i wsp. [24], przy podobnym kryterium włączenia.

W zakresie potrzeb społecznych najwięcej potrzeb niezaspokojonych zgłoszono w obszarze *Towarzystwo/Znajomi* – co dziesiąty badany. Potwierdzają to wyniki innych badań [8,20,23]. Odczuwanie samotności zwiększa się z wiekiem, wdowieństwem oraz stanem zdrowia. Wysoki poziom niezaspokojonych potrzeb w tym obszarze, mimo wysokiej sprawności funkcjonalnej i poznawczej całej grupy, może być spowodowany dużą ilością wolnego czasu badanych oraz ich chęcią do posiadania kogoś ciągle obok siebie [20].

Żadna z badanych osób nie zgłosiła potrzeb w obszarach *Zachowanie* i *Alkohol*. Może to być związane z tym, że odpowiedzi na pytania dotyczące zagadnień wrażliwych mogą być zniekształcane przez ankietowanych w trakcie bezpośredniego wywiadu z badaczem na te, które są społecznie akceptowalne. Odnotowano z kolei jednostkowe oceny niezaspokojonych potrzeb w tych obszarach przez pielęgniarkę rodzinną. Podobne różnice zaobserwowała Castillo [13].

W niniejszej pracy porównano również ocenę potrzeb osób starszych z perspektywy personelu medycznego (pielęgniarki rodzinnej). Badani wskazywali statystycznie mniej potrzeb zaspokojonych niż medycy. Tę zależność potwierdzają również badania mieszkańców do-

mów pomocy społecznej [17]. Stwierdzono umiarkowany poziom zgodności między tymi ocenami. Wynikać to może z liczebności próby i jej wpływu na rozkład ocen. Na niższy poziom zgodności wskazuje Stein i wsp., w grupie osób starszych z najczęstszymi problemami somatycznymi i psychicznymi [25].

Wnioski

1. W badanej grupie przeważały potrzeby zaspokojone zarówno w ocenie pielęgniarek jak i pacjentów
2. Wykazano umiarkowaną zgodność w zakresie rozpoznawania potrzeb między pacjentami, a pielęgniarkami rodzinnymi
3. Najczęściej zgłaszaną przez pielęgniarki potrzeba niezaspokojona dotyczyła obszaru *towarzystwo/znajomi*. Natomiast według seniorów *mieszkanie*.
4. Całkowita liczba potrzeb oraz potrzeb niezaspokojonych wzrastała wraz z wiekiem, gorszym stanem funkcjonalnym, nasileniem objawów depresji
5. Kwestionariusz CANE umożliwia rozpoznawanie potrzeb wynikających z ograniczeń w samodzielnym funkcjonowaniu biopsychospołecznym osób w wieku podeszłym i powinien być rekomendowany w planowaniu właściwej opieki nad seniorami przebywającymi w miejscu zamieszkania

Podziękowania

Autorzy dziękują Pani Prof. dr hab. Katarzynie Wieczorowskiej-Tobis za udostępnienie narzędzia i wsparcie merytoryczne badań.

Konflikt interesów/ Conflict of interest

Brak/ None

Piśmiennictwo/References

1. Eurostat. „Ageing Europe – 2021 interactive edition”. Online: <https://ec.europa.eu/eurostat/cache/digpub/ageing> (accessed on 13.09.2024).
2. Wieczorowska-Tobis K. Typowe cechy medycyny geriatrycznej. W: Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (red). Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2018: 93-98.
3. Su P, Ding H, Zhang W, Duan G, Yang Y, Chen R et al. The association of multimorbidity and disability in a community-based sample of elderly aged 80 or older in Shanghai, China. *BMC Geriatrics*. 2016; 16 (1): 178.
4. Elman A, Baek D, Gottesman E, Stern M, Mulcare M, Shaw A et al. Unmet Needs and Social Challenges for Older Adults During and After the COVID-19 Pandemic: An Opportunity to Improve Care, *Journal of Geriatric Emergency Medicine*. 2021; 2 (3).

5. Llana-Nozal A, Rocard E, Sillitti P, Providing long-term care: Options for a better workforce. *International Social Security Review*. 2022; 75 (3-4): 121-144.
6. Rymaszewska J, Kłak R, Synak A. Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) – badanie polskiej wersji narzędzia. *Psychogertria Polska*. 2008; 5 (2):105-113.
7. Talarska D, Kropińska S, Wieczorowska-Tobis K. Kwestionariusz CANE do czego służy? W: Talarska D, Wieczorowska-Tobis K. (red.) *Różne oblicza starości*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego; 2011: 15-24.
8. Iliffe S, Lenihan P, Orrell M, Walters K, Drennan V, Tai S. The development of a short instrument to identify common unmet needs in older people in general practice. *The British Journal of General Practice*. 2004; 54: 914-918.
9. Rousseaux M, Sève A, Vallet M, Pasquier F, Mackowiak-Cordoliani MA. An analysis of communication in conversation in patients with dementia. *Neuropsychologia*. 2010; 48 (13): 3884-3890.
10. Mungas D, Marshall SC, Weldon M, Haan M, Reed BR. Age and education correction of Mini-Mental State Examination for English and Spanish-speaking elderly. *Neurology*. 1996; 46 (3): 700-706.
11. Yesavage J, Adey M, Brink T, Huang V, Leier O, Lum O, Rose T, Development and validation of geriatric depression screening scale: preliminary report., *Journal of psychiatric research*. 1983, 17: 37-49.
12. van der Ploeg E, Bax D, Boorsma M, Nijpels G, van Hout H. A cross-sectional study to compare care needs of individuals with and without dementia in residential homes in the Netherlands. *BMC Geriatric*. 2013; 13: 51.
13. Miranda-Castillo M., Woods B. and Orrell M. The needs of people with dementia living at home from user, caregiver and professional perspectives: a cross-sectional survey. *BMC Health Services Research*. 2013; 13: 43.
14. Mazurek J, Szcześniak D, Talarska D, Wieczorowska-Tobis K, Kropińska S, Kachaniuk H, Rymaszewska J. Needs assessment of elderly people living in Polish nursing homes. *Geriatric Mental Health Care*. 2014; 2(3-4).
15. Field E, Walker M, Orrell M. The needs of older people living in sheltered housing. W Orrell M, Hancock G (red.) *CANE: Camberwell Assessment of Needs for the Elderly*, London: 2004: 35-44.
16. 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.
17. Houtjes W, van Meijel B, Deeg DJ, Beekman AT. Unmet needs of outpatients with late-life depression; a comparison of patient, staff and carer perceptions. *Journal of affective disorders*. 201;134 (1-3): 242-248.
18. Hancock GA, Woods B, Challis D, Orrell M. The needs of older people with dementia in residential care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2006; 21 (1): 43-49.
19. Blazer DG, Sachs-Ericsson N, Hybels CF. Perception of unmet basic needs as a predictor of depressive symptoms among community-dwelling older adults. *The Journals of Gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences*. 2007; 62 (2): 191-195.
20. Stein J, Luppá M, König H, Riedel-Heller S. Assessing met and unmet needs in the oldest-old and psychometric properties of the German version of the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) – a pilot study. *International psychogeriatrics*. 2014; 26 (2): 285-295.
21. Walters K, Iliffe S, Tai SS, Orrell M. Assessing needs from patient, carer and professional perspectives: the Camberwell Assessment of Need for Elderly people in primary care. *Age and ageing*. 2000; 29: 505-510.
22. Ferreira AR, Dias CC, Fernandes L. Needs in Nursing Homes and Their Relation with Cognitive and Functional Decline, Behavioral and Psychological Symptoms. *Frontiers in Aging Neuroscience*. 2016; 8: 72.
23. Smith F, Orrell M. Does the patient-centred approach help identify the needs of older people attending primary care? *Age and ageing*. 2007; 36 (6): 628-631.
24. Stein J, Pabst A, Weyerer S, Werle J, Maier W, Heilmann K et al. The assessment of met and unmet care needs in the oldest old with and without depression using the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE): Results of the AgeMooDe study. *Journal of Affective Disorders*. 2016;193: 309-317.
25. Stein J, Löbner M, Pabst A, Riedel-Heller SG. Unmet needs of the oldest old primary care patients with common somatic and psychiatric disorders-A psychometric evaluation. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2021; 30 (3): 1872.