

Porównanie potrzeb osób starszych w zakładach opiekuńczo-leczniczo-rehabilitacyjnych we Wrocławiu i Hamburgu

Comparison of the needs of the elderly patients in care-rehabilitation centers in Wrocław and in Hamburg

Justyna Mazurek¹, Joanna Rymaszewska², Jurgen Lurbiecki³

¹ Katedra Fizjoterapii w Medycynie Zachowawczej i Zabiegowej, Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu

² Katedra i Klinika Psychiatrii, Akademia Medyczna we Wrocławiu

³ Physikalisches Therapiezentrum Dorsten, Niemcy

Streszczenie

Wstęp: Istotą geriatry jest ustalenie hierarchii problemów zdrowotnych i pozazdrowotnych osób w podeszłym wieku. Planując opiekę na osobami starszymi należy uwzględnić kompleksowe rozwiązywanie ich potrzeb.

Głównym celem badania było uzyskanie wiedzy o obszarach potrzeb osób starszych leczonych w dwóch wybranych ośrodkach/ klinikach opiekuńczo-leczniczo-rehabilitacyjnych w Polsce (PL: Wrocław) i Niemczech (DE: Hamburg).

Material i metody: Grupy badane stanowiło 80 osób, w wieku 60+, z dwóch ośrodków: wrocławskiego i hamburskiego, po 40 osób z każdego państwa. W badaniu posłużono się techniką wywiadu. Głównym narzędziem badawczym był kwestionariusz CANE. W badaniu zostały wykorzystano ponadto skale: GDS, MMSE, Wskaźnik Barthel oraz Kwestionariusz społeczno-demograficzny i kliniczny.

Wyniki: Przed przyjęciem do ośrodka, ogólna liczba potrzeb wśród badanych osób wynosiła średnio: PL 4.33 (SD=3.52), DE 5.12 (SD=3.26), z czego potrzeby zaspokojone średnio oceniane były na: PL 3.35 (SD=2.84), DE 4.47 (SD=2.99), natomiast niezaspokojone: PL 0.97 (SD=1.33), DE 0.65 (SD=1.03). Po przyjęciu do ośrodka wzrosła średnia liczba całkowitych potrzeb zarówno w PL: 8.93 (SD=2.08), jak i w DE: 6.53 (SD=2.54), w tym zaspokojone PL: 7.55 (SD=1.50), DE: 5.95 (SD=2.37) i niezaspokojone PL: 1.38 (SD=1.44), DE: 0.57 (SD=0.96).

Wnioski: Obraz potrzeb (zaspokojonych i niezaspokojonych) osób starszych, przebywających na terenie dwóch ośrodków w różnych państwach, przed przyjęciem do kliniki był w dużej mierze podobny, natomiast po przyjęciu – odmienny. Wiele spośród obszarów potrzeb zaspokojonych (jak np. prace domowe, zdrowie fizyczne) i niezaspokojonych (jak np. stres psychologiczny), zgłaszanych przed przyjęciem, pozostawało nimi nadal po przyjęciu do ośrodka, zarówno w PL, jak i w DE.

Słowa kluczowe: potrzeby, osoby starsze, rehabilitacja

Summary

Introduction: The central issue of geriatrics amounts to determining the hierarchy of problems (whether health related or other) of people at old age. The healthcare offered to elderly people should be oriented at the possibly broadest approach to their needs.

The main goal of the research is developing knowledge about the areas of elderly people's needs on the basis of a sample consisted of patients from two rehabilitation centers, situated in Poland (PL: Wrocław) and in Germany (DE: Hamburg) respectively.

Material and methods: The sample consists of 80 patients of the age 60+, divided into two groups, 40 patients in each. For the research method/technique the interview is chosen and the questionnaire CANE serves as the main research tool. Other tools used are: GDS, MMSE, Barthel Index and Socio-demographical and Clinical questionnaires.

Results: Before the patients' admission to the center the average estimate for their overall needs was: PL 4.33 (SD=3.52), DE 5.12 (SD=3.26), out of which met needs were estimated as: PL 3.35 (SD=1.03), DE 4.47 (SD=2.99), whereas unmet as: PL 0.97 (SD=1.33), DE 0.65 (SD=1.03) respectively. After the patients' admission to the center the average estimate for overall needs increased both for PL: 8.93 (SD=2.08) and for DE: 6.53 (SD=2.54), out of which met needs amounted to: PL, 7.55 (SD=1.50) and DE, 5.95 (SD=2.37) respectively, whereas not unmet ones to: PL, 1.38 (SD=1.44) and DE, 0.57 (SD=0.96).

Conclusions: The patterns of needs /met and unmet/ of the elderly patients from two researched centers were similar before the patients' admission to the clinics, but after the admission differences were observed between the two groups. Much from the needs both met (e.g. looking after the home, physical health) and unmet (e.g. psychological distress), mentioned before the admission to the clinic remained in the area of needs also after the admission. That observation is valid both for PL group as for DE one.

Keywords: needs, elderly people, rehabilitation

Wstęp

Autorzy są zgodni co do tego, że geriatrię cechuje holistyczne, czyli kompleksowe podejście do pacjenta [1,2,3,4]. Istotą geriatry jest ustalenie hierarchii problemów oraz potrzeb zdrowotnych i poza-zdrowotnych osób w podeszłym wieku, a medycyna wieku starszego koncentruje się na rozpoznawaniu i rozwiązywaniu problemów polietiologicznych, które wynikają z wielo-chorobowości, specyficznej dla wieku podeszłego [5,6].

Z jednej strony starość wiąże się z narastaniem specyficznych problemów zdrowotnych, wśród których wyróżniono tzw. „wielkie problemy geriatryczne”. Należą do nich m.in.: unieruchomienie, zaburzenia stabilności postawy i upadki, nietrzymanie zwieraczy, upośledzenie wzroku i słuchu, zespoły jatrogenne. Pod względem epidemiologicznym geriatryczne syndromy, zespoły chorobowe już teraz należą do najczęstszych i najważniejszych chorób przewlekłych.

Z drugiej strony uwarunkowania biologiczne, psychiczne i społeczno-socjalne powodują, że osoby starsze są szczególnie podatne na zaburzenia sfery psychicznej pod postacią zespołów depresyjnych oraz upośledzenia funkcji poznawczych. Spektrum chorobowe przesuwają się wraz z wiekiem od chorób o ostrym przebiegu w stronę chorób przewlekłych i degeneracyjnych. W związku z tym zmieniają się też potrzeby starszych pacjentów [7].

W piśmiennictwie podkreśla się, że rehabilitacja osób starszych powinna być prowadzona wielopłaszczyznowo i kompleksowo [8], uwzględniając hierarchię potrzeb pacjentów, koncentrując się na potrzebie osiowej lub potrzebach osiowych [9]. Także związek potrzeb osób w podeszłym wieku, zarówno tych zaspokojonych jak i niezaspokojonych, z jakością leczenia nie budzi wątpliwości [10]. Ponadto uważa się, że w najbliższym czasie wzrośnie znaczenie potrzeb pacjenta zarówno w praktyce klinicznej i monitorowaniu terapii, jak i w badaniach naukowych [11]. W tym kontekście ważne jest, by

kompleksowo zdefiniować potrzeby osób w podeszłym wieku oraz określić realne możliwości ich zaspokajania.

Poza standardową oceną parametrów medycznych z wykorzystaniem powszechnie znanych narzędzi oceny geriatrycznej, cennych informacji w diagnostyce i terapii osób starszych może dostarczyć pełna analiza indywidualnych obszarów ich potrzeb, w których ograniczona jest samodzielność seniorów [12]. Dotyczy to nie tylko potrzeb zdrowotnych, lecz także podstawowych, socjalnych, czy funkcjonowania. Planując zatem opiekę nad osobami starszymi należy uwzględnić kompleksowe rozwiązywanie ich problemów i potrzeb.

Głównym celem pracy było uzyskanie wiedzy o obszarach potrzeb osób starszych leczonych w dwóch wybranych ośrodkach/klinikach opiekuńczo-leczniczo-rehabilitacyjnych w Polsce (PL:Wrocław) i Niemczech (DE:Hamburg), a także ocena różnic w zakresie badanych parametrów występujących pomiędzy dwoma porównywanymi środowiskami.

Materiał i metody

Grupy badane stanowiło 80 osób z dwóch ośrodków: wrocławskiego (Zakład Opiekuńczo-Leczniczy o Profilu Rehabilitacyjnym, Zgromadzenie Sióstr Św. Elżbiety, ul. Św. Józefa 2/4, 50-329 Wrocław) i hamburskiego (Albertinen-Haus, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, Medizinisch-Geriatriische Klinik, Sellhopsweg 18-22, 22-459 Hamburg), po 40 osób z każdego państwa. Osobom starszym spełniającym kryteria włączenia proponowano udział w badaniu, informując jednocześnie o ich celach. Pacjentów pytano o ich potrzeby przed i po przyjęciu do ośrodka.

Za kryteria włączenia przyjęto: wiek – powyżej 60 r.ż., przebywanie na terenie ośrodka w trybie stacjonarnym lub częściowo stacjonarnym, długość kontaktu z ośrodkiem min. 2 tygodnie, korzystanie z rehabilitacji min. 5 godzin w tygodniu, postawione główne rozpoznanie według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji

Chorób i Problemów zdrowotnych ICD-10: neurologiczne (I63 – zawał mózgu, I64 – udar nieokreślony jako krwotoczny lub zawałowy, G35 – stwardnienie rozsiane) i/lub ortopedyczne (M15 – zwyrodnienie wielostawowe, M16 – choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych, M17 – choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych, S72 – złamanie kości udowej). Założono także kryteria wykluczenia: niezdolność do wyrażenia świadomej zgody na udział w badaniu, wynik skali MMSE < 19 punktów (otępienie o średnim stopniu zaawansowania i otępienie głębokie).

Głównym narzędziem badawczym był kwestionariusz Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE [13,14] wersja polska: Rymaszewska, 2007 Wrocław) – który powstał na bazie Camberwell Assessment of Need (CAN), stworzonego w Londynie w celu oceny potrzeb osób z rozpoznaniem psychozy i koncentrującego się na 22 obszarach problemowych. CANE jest pierwszym narzędziem docelowo zaprojektowanym do oceny holistycznie rozumianych potrzeb osób starszych, przebywających zarówno w ośrodkach opieki zdrowotnej jak i socjalnej, nadającym się do stosowania w celach klinicznych i badawczych. Podstawą stworzenia CANE jest założenie, iż rozpoznanie potrzeby (zaspokojonej, czy niezaspokojonej) oznacza identyfikację problemu oraz odpowiedniej interwencji, która może zlikwidować lub zredukować potrzebę. Narzędzie składa się z 24 pozycji/obszarów potrzeb pacjenta (szczegółowo przedstawionych w tabeli 3) oraz dwóch dotyczących opiekuna (nie branych pod uwagę w prezentowanym badaniu). Każdy obszar skaluje się trzystopniowo: 0 – brak potrzeby, 1 – potrzeba zaspokojona, 2 – potrzeba niezaspokojona. Uwzględnia się odpowiednio ocenę badanego, badacza, opiekuna oraz personelu – np. lekarza. W badaniu zostały wykorzystane ponadto: Geriatryczna Skala Oceny Depresji (GDS), Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego (MMSE), Wskaźnik Barthel (BI), Kwestionariusz spo-

łeczno-demograficzny i kliniczny oraz Kwestionariusz opisujący program rehabilitacji i strukturę organizacyjną obu ośrodków.

Projekt uzyskał pozytywną opinię Senackiej Komisji ds. Etyki Badań Naukowych przy Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu.

Zgromadzony materiał badawczy poddano analizom statystycznym uwzględniając jego zróżnicowanie, korzystając z oprogramowania R wersji 2.10. Do weryfikacji poszczególnych hipotez i odpowiedzi na postawione pytania badawcze wykorzystane zostały następujące testy: ANOVA, Test Kruskala Wallisa, Test chi kwadrat, Test normalności Shapiro Wilka. W obliczeniach przyjęto poziom istotności $p < 0.05$ jako istotny statystycznie.

Wyniki

Dane socjo-demograficzne i kliniczne

Średnia wieku dla pacjentów PL wynosiła 79.82 lata, a dla pacjentów DE odpowiednio: 78.02. Nie potwierdzono istotnej statystycznie różnicy pomiędzy grupami. W badanych grupach przeważały kobiety (88%). Pod względem głównego rozpoznania badane grupy pacjentów nie różniły się istotnie, przy czym zarówno wśród pacjentów PL, jak i DE, nieznacznie przeważały osoby z rozpoznaniem ortopedycznym (PL: $n=23$, 58%; DE: $n=21$, 52%). Potwierdzono istotną statystycznie różnicę w wynikach MMSE (Mean PL: 25.12 pkt., SD=3.10; Mean DE: 26.80 pkt., SD=2.83; $p=0.011$). Podobnie pod względem ogólnego wyniku GDS grupy PL i DE różniły się istotnie (Mean PL: 4.12 pkt., SD=2.53; Mean DE: 3.00, SD=2.43; $p=0.033$). Istotne statystycznie różnice zaobserwowano także po względem stanu funkcjonalnego badanych ($p < 0.001$). W grupie PL średni wynik Wskaźnika Barthel wśród pacjentów wynosił tylko 24.88 punktów (SD=13.98), podczas gdy w grupie DE – aż 76.62 punkty (SD=14.11).

Tab. 1. Wyniki ogólne CANE przed przyjęciem do ośrodka

Tab. 1. The CANE results before admission to the rehabilitation center

CAŁKOWITA LICZBA POTRZEB (p=NS)		Min.	25.percentyl	Średnia	75.percentyl	Max.	SD
PL		0.00	1.75	4.33	6.25	13.00	3.52
DE		0.00	2.00	5.12	7.00	12.00	3.26
LICZBA POTRZEB ZASPOKOJONYCH (p=NS)		Min.	25.percentyl	Średnia	75.percentyl	Max.	SD
PL		0.00	1.00	3.35	5.00	9.00	2.84
DE		0.00	1.75	4.47	7.00	12.00	2.99
LICZBA POTRZEB NIEZASPOKOJONYCH (p=NS)		Min.	25.percentyl	Średnia	75.percentyl	Max.	SD
PL		0.00	0.00	0.97	2.00	4.00	1.33
DE		0.00	0.00	0.65	1.00	4.00	1.03

Charakterystyka potrzeb

Przed przyjęciem do ośrodka, ogólna liczba potrzeb wśród badanych osób wynosiła średnio: PL 4.33 (SD=3.52), DE 5.12 (SD=3.26), z czego potrzeby zaspokojone średnio oceniane były na: PL 3.35 (SD=2.84), DE 4.47 (SD=2.99), natomiast niezaspokojone: PL 0.97 (SD=1.33), DE 0.65 (SD=1.03). Grupa pacjentów z ośrodka we Wrocławiu nie różniła się istotnie pod względem potrzeb /całkowitych, zaspokojonych i niezaspokojonych ($p=NS$)/ w porównaniu z badanymi osobami starszymi z kliniki w Hamburgu. Należy zauważyć, że w PL średnia liczba potrzeb zaspokojonych była ponad trzykrotnie większa niż średnia liczba potrzeb niezaspokojonych ($3.4 \div 1$). W DE stosunek ten wynosił $6.8 \div 1$, czyli był dwukrotnie wyższy niż w PL. Szczegółowe statystyki opisowe ogólnych wyników CANE zamieszczone w tabeli 1.

Przed przyjęciem do ośrodka osoby badane w PL najczęściej zgłaszały potrzeby /zaspokojone i niezaspokojone/ w obszarach: zdrowie fizyczne ($n=28$, 70.0%), mobilność i upadki ($n=19$, 47.5%), prace domowe ($n=17$, 42.5%), wzrok, słuch i komunikacja ($n=16$, 40.0%), a także posiłki ($n=13$, 32.5%). W DE obszary, w których

pacjenci zgłaszali najwięcej problemów, były podobne, choć różniły się kolejnością najczęściej zgłaszanych potrzeb: zdrowie fizyczne ($n=36$, 90.0%), prace domowe ($n=25$, 62.5%), posiłki ($n=24$, 60.0%), mobilność i upadki ($n=22$, 55.0%) oraz stres psychologiczny ($n=20$, 50.0%).

Po przyjęciu do ośrodka wzrosła średnia liczba całkowitych potrzeb zarówno w PL: 8.93 (SD=2.08), jak i w DE: 6.53 (SD=2.54), w tym zaspokojone PL: 7.55 (SD=1.50), DE: 5.95 (SD=2.37) i niezaspokojone PL: 1.38 (SD=1.44), DE: 0.57 (SD=0.96). Średnia liczba potrzeb niezaspokojonych w DE była jedyną wartością, która uległa obniżeniu po przyjęciu pacjentów do ośrodka. Pomiędzy dwoma badanymi grupami występowały już istotne różnice pod względem wszystkich trzech badanych parametrów. Zarówno dla potrzeb całkowitych ($p<0.001$), zaspokojonych ($p=0.016$), jak i niezaspokojonych ($p=0.0029$), zaobserwowano istotnie wyższe wartości dla osób starszych z ośrodka we Wrocławiu. Dla obydwu grup pacjentów wzrósł także stosunek potrzeb zaspokojonych do niezaspokojonych, który wynosił w PL $5.5 \div 1$, natomiast w DE $10.4 \div 1$. Omawiane wyniki przedstawiono w tabeli 2.

Tab. 2. Wyniki ogólne CANE po przyjęciu do ośrodka

Tab. 2. The CANE results after admission to the rehabilitation center

CAŁKOWITA LICZBA POTRZEB ($p<0.001$)		Min.	25.percentyl	Średnia	75.percentyl	Max.	SD
PL		5.00	7.75	8.93	10.00	14.00	2.08
DE		1.00	5.00	6.53	8.25	11.00	2.54
LICZBA POTRZEB ZASPOKOJONYCH ($p=0.016$)		Min.	25.percentyl	Średnia	75.percentyl	Max.	SD
PL		4.00	6.00	7.55	8.25	11.00	1.50
DE		1.00	5.00	5.95	8.00	11.00	2.37
LICZBA POTRZEB NIEZASPOKOJONYCH ($p=0.029$)		Min.	25.percentyl	Średnia	75.percentyl	Max.	SD
PL		0.00	0.00	1.38	2.00	7.00	1.44
DE		0.00	0.00	0.57	1.00	4.00	0.96

Po przyjęciu do ośrodka wszyscy pacjenci z zakładu wrocławskiego ($n=40$, 100.0%) deklarowali potrzeby /zaspokojone i niezaspokojone/ w obszarach: mieszkanie, prace domowe, posiłki, dbanie o siebie, mobilność i upadki /tu wszystkie osoby zgłaszały potrzeby zaspokojone ($n=40$, 100.0%) oraz zdrowie fizyczne /gdzie 37 (92.5%) osób miało tę potrzebę zaspokojoną, 1 (2.5%) niezaspokojoną, a 2 (5%) spośród badanych nie udzieliło odpowiedzi/. Pacjenci z kliniki w Hamburgu najczęściej zgłaszali potrzeby w zakresie zdrowia fizycznego ($n=40$, 100.0%), prac domowych ($n=35$, 87.5%) i posiłków ($n=33$, 82.5%) i wszystkie te obszary były zaspokojone.

W tabeli 3 uwidocznił się wzrost w poszczególnych obszarach potrzeb, jaka dokonała się u osób starszych po przyjęciu do ośrodka (średnia różnica pomiędzy daną wartością przed i po przyjęciu). Wartość dodatnia oznacza spadek danej potrzeby, natomiast wartość ujemna sygnalizuje jej wzrost. Zamieszczone zostały tylko te obszary, w których zaobserwowano wzrost lub spadek potrzeby.

Do potrzeb, które uległy zredukowaniu po przyjęciu pacjentów do ośrodka, należały m.in. w grupie DE: prace domowe ($p=0.01$), posiłki ($p=0.028$) i dbanie o siebie ($p=0.024$), podczas gdy w grupie PL tylko nieumyślne samouszkodzenia, przy czym nie zaobserwowano istotności statystycznej ($p=NS$).

Tab. 3. Zmiana w obszarach potrzeb po przyjęciu pacjentów do ośrodka**Tab. 3.** The change in the areas of patients' needs after the admission to the rehabilitation center

POTRZEBA	PL		DE	
	zmiana	p-value	zmiana	p-value
Mieszkanie	-0.750	<0.001	-0.050	NS
Prace domowe	-0.575	<0.001	-0.250	0.010
Posiłki	-0.675	<0.001	-0.225	0.028
Dbanie o siebie	-0.700	<0.001	-0.250	0.024
Dbanie o innych	---	---	-0.025	NS
Codzienne zajęcia	-0.675	<0.001	---	---
Pamięć	-0.100	NS	-0.026	NS
Wzrok Słuch Komunikacja	-0.325	0.072	-0.125	NS
Mobilność Upadki	-0.450	<0.001	-0.225	0.045
Zachowanie czystości	-0.225	0.028	-0.025	NS
Zdrowie fizyczne	-0.263	0.001	-0.075	NS
Leki	-0.025	NS	-0.100	NS
Objawy psychotyczne	-0.025	NS	---	---
Stres psychologiczny	-0.550	0.001	0.025	NS
Informacja na temat stanu zdrowia i leczenia	-0.075	NS	0.025	NS
Umysłne samouszkodzenia	-0.025	NS	0.025	NS
Nieumyślne samouszkodzenia	0.026	NS	---	---
Przemoc Wykorzystywanie	-0.050	NS	---	---
Towarzystwo Znajomi	-0.050	NS	---	---
Pieniądze Budżet	-0.500	<0.001	---	---
Zasiłki Świadczenia	-0.135	NS	-0.026	NS
ZASPOKOJONE	-4.200	0.000	-1.475	0.016
NIEZASPOKOJONE	-0.400	0.132	0.075	0.781
CAŁKOWITE	-4.600	<0.001	-1.400	0.047

Dyskusja

Wyniki badań dowiodły, że całkowita liczba potrzeb badanych osób znacznie wzrosła po przyjęciu do ośrodka, zarówno w grupie pacjentów z kliniki we Wrocławiu (PL: z 4.33 do 8.93), jak i w Hamburgu (DE: z 5.12 do 6.53). Podobna sytuacja dotyczyła potrzeb zaspokojonych (PL: z 3.35 do 7.55; DE: z 4.47 do 5.95) i niezaspokojonych (PL: z 0.97 do 1.38). Natomiast dla pacjentów z DE liczba potrzeb niezaspokojonych uległa redukcji z 0.65 do 0.57. Wyniki mogą świadczyć o tym, że pogorszenie stanu zdrowia osób starszych, a także związana z tym konieczność hospitalizacji i kontaktu z opieką medyczną (zarówno stacjonarną, jak i pół-stacjonarną) wiąże się z istotnym wzrostem problemów wśród pacjentów z tej grupy wiekowej. W ośrodku wrocławskim dwukrotnie wzrósł poziom potrzeb zaspokojonych, co może sugerować dużą rolę instytucji w zaspokajaniu potrzeb starszych pacjentów, gdyż pomoc ze strony formalnej znacznie wzrosła w PL po przyjęciu do ośrodka: z 2.58 do 16.98, podczas gdy pomoc nieformalna pozostała prawie na tym samym poziomie (przed: 8.35, po:

8.0). W klinice w Hamburgu po przyjęciu obniżeniu uległ średni poziom potrzeb niezaspokojonych, a równocześnie wzrosła pomoc ze strony nieformalnej (z 7.92 do 9.43). Uzyskane rezultaty mogą świadczyć o dużym znaczeniu tego rodzaju pomocy w sprawowaniu opieki nad osobami w podeszłym wieku.

W literaturze opisywane są głównie badania, które podejmują problemy osób starszych na początku kontaktu z opieką zdrowotną, a następnie ponownie po pewnym czasie jej trwania. W takich sytuacjach średni poziom potrzeb, a szczególnie tych niezaspokojonych, ulega redukcji. Szczególnie dobrze jest to widoczne w badaniach np. Ashaye i współautorów, gdzie w psychiatrycznych szpitalach dziennych po 3 miesiącach interwencji medycznej potrzeby niezaspokojone spadły z 3.0 do 1.1 średnio dla każdego starszego pacjenta [15]. Orrell i współautorzy dowiedli podobnej relacji u pacjentów przekazanych z oddziałów internistycznych i chirurgicznych na psychiatryczny, u których po 3 miesięcznym pobycie średni poziom potrzeb niezaspokojonych uległ redukcji z 4.46 do 2.83 [16]. Brakuje natomiast doniesień, które schematem badawczym odpowiadałyby pre-

zentowanej pracy, czyli opisujące potrzeby przed i po przyjęciu pacjentów do ośrodka.

Osoby poddane hospitalizacji z PL po przyjęciu do ośrodka charakteryzowały się istotnie wyższym średnim poziomem potrzeb niezaspokojonych niż pacjenci z kliniki dziennej z DE. Uzyskane wartości potrzeb całkowitych dla PL (średnia=8.93) były niższe od wartości przedstawionych przez Fahy i współautorów, którzy zbadali 36 pacjentów powyżej 65 roku życia w londyńskim zakładzie opieki długoterminowej (średnia=13.5) [17], natomiast wyższe od wyników badań Greaves i współautorów z udziałem osób starszych kierowanych do konsultacji psychiatrycznej, dla których liczba potrzeb całkowitych wynosiła 7.18, n=117 [18]. Największą liczbą potrzeb całkowitych odznaczały się osoby starsze z zakładów opieki przeznaczonych dla pacjentów z otępieniem (Mean=14.4, n=21) [17].

Analizy konkretnych obszarów potrzeb, w których pacjenci zgłaszali najwięcej problemów przed przyjęciem do ośrodka (PL: zdrowie fizyczne 70.0%, mobilność i upadki 47.5%, prace domowe 42.5%, wzrok, słuch i komunikacja 40.0%, posiłki 32.5%; DE: zdrowie fizyczne 67.5%, prace domowe 42.5%, mobilność i upadki 40.0%) okazały się być częściowo zbieżne z wynikami londyńskiego badania przeprowadzonego na 55 osobach starszych z ambulatoryjnych praktyk lekarskich i ich opiekunach przez Walters i współautorów (w opinii pacjentów: zdrowie fizyczne 73.0%, mobilność i upadki 48.0%, wzrok, prace domowe 48.0%, słuch i komunikacja 46.0%) [19]. Po przyjęciu do ośrodka wyniki obszarów potrzeb były odmienne w dwóch badanych grupach (PL: zaspokojone: mieszkanie, prace domowe, posiłki, dbanie o siebie, mobilność i upadki – wszystkie w 100.0%, a niezaspokojone: wzrok, słuch i komunikacja 30.0%, stres psychologiczny 27.5%; DE: zaspokojone: zdrowie fizyczne 100.0%, prace domowe 87.5%, posiłki 82.5%, a niezaspokojone: stres psychologiczny 10.0%, związki osobiste 10.0%). Uzyskane rezultaty stanowią cenne uzupełnienie niemieckiego badania Dech i Machleidt, w którym uwzględniono 296 pacjentów z dwóch domów opieki, którzy za potrzeby zaspokojone uznali: mieszkanie 100.0%, posiłki i prace domowe 99.0%, dbanie o siebie 97.0%, mobilność i upadki 74.0%, a za niezaspokojone: towarzystwo i znajomi 25.0%, związki osobiste 17.0%, stres psychologiczny 11.0%, [20]. Uzyskane rezultaty mogą świadczyć o tym, że u osób starszych, przebywających w ośrodkach opieki lub pobytu dziennego, najłatwiejsze do zaspokojenia są potrzeby podstawowe, jak np.: mieszkanie, prace domowe, posiłki, a najtrudniejsze – socjalne i zdrowotne do których należą np.: stres psychologiczny, towarzystwo i znajomi oraz związki osobiste.

Wnioski

1. Obraz potrzeb (zaspokojonych i niezaspokojonych) osób starszych, przebywających na terenie dwóch ośrodków w różnych państwach, przed przyjęciem do kliniki był w dużej mierze podobny, natomiast po przyjęciu – odmienny.
2. Wiele spośród obszarów potrzeb zaspokojonych (jak np. prace domowe, zdrowie fizyczne) i niezaspokojonych (jak np. stres psychologiczny), zgłaszanych przed przyjęciem, pozostawało nimi nadal po przyjęciu do ośrodka, zarówno w ośrodku we Wrocławiu, jak i w Hamburgu.

Piśmiennictwo

1. Barolin GS. Geriatric Rehabilitation – The New Challenge for Social Medicine and Science. *Int J Rehabil Res* 1996; 19: 201-218.
2. Darejczyk J, Grodzicki T, Jakrzewska-Sawińska A, Józwiak A, Klich A, Wieczorowska-Tobis K. Standardy świadczenia usług medycznych w specjalności geriatry. *Gerontol Pol* 2005; 13: 67-83.
3. Hołub G. Etyczna problematyka chorób przewlekłych. *Medycyna Praktyczna* 2007; 3: 7-15.
4. Mazurek J. Fizjoterapia holistyczna, czyli psycho-fizjoterapia. Część I: Człowiek w filozofii bytu, czyli od monizmu, przez dualizm, do pluralizmu. *Fizjoterapia* 2009; 17(2): 74-79.
5. Bień B. Lekarz Rodzinny „geriatrą pierwszej linii”. *Pol Med Rodz* 2002; 4: 171-176.
6. Platt D, Schuster HP. Fortschreitende Entwicklungen in der Altersmedizin. *Internist* 2002; 43(8): 929.
7. Renteln-Kruse W von. Epidemiologische Aspekte der Morbidität im Alter. *Gerontol Geriatr* 2001; 34(1): 10-15.
8. Raspe H, Ekkernkamp, Matthis C, Mittag O, Raspe O. Bedarf an rehabilitativen Leistungen. *Theorie und Empirie. Rehabilitation* 2005; 44(6): 325-334.
9. Bij AK von der, Laurant MGH, Wensing M. Effectiveness of physical activity intervention for older adults. *Am J Prev Med* 2002; 22: 120-133.
10. Phelan M, Dunn G, Holloway F, Hyward P, Loftus L, McCrone P, Slade M, Strathdee G, Thornicroft G, Wykes T. The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *Brit J Psychiatr* 1995; 167: 589-595.
11. Martin CR, Metcalfe MS, Tweed AE. A psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients diagnosed with end-stage renal disease. *Br J Clin Psychol* 2004; 43(1): 51-64.
12. Rymaszewska J, Kłak R, Synak A. Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) – badanie polskiej wersji narzędzia. *Psychoteriatr Pol* 2008; 5(2): 105-113.
13. Reynolds T, Abas M, Hoe J, Leese M, Orrell M, Thornicroft G, Woods B. Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE). Development, validity and reliability. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 444-452.

14. Orrell M, Hancock G. CANE: Camberwell Assessment of Need of the Elderly. A needs assessment for older mental health service users. London: Gaskell Publications; 2004.
15. Ashaye OA, Livingston G, Orrell M. Does standardized needs assessment improve the outcome of psychiatric day hospital care for older people? A randomized controlled trial. *Aging Ment Health* 2003; 7(3): 195-199.
16. Orrell M, Hancock G, Hoe J, Woods B. A cluster randomized controlled trial to reduce the unmet needs of people with dementia living in residential care. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007; 22: 1127-1134.
17. Fahy MA, Livingston GA. The needs and mental health of older people in 24-hour care residential placements. *Aging Ment Health* 2001; 5(3): 253-257.
18. Greaves S, Bhat M, Miranda-Castillo C, Orrell M, Quazi A, Regan C. The unmet needs of referrals to old age psychiatry liaison services. *Psychogeriatr Pol* 2006; 3(4): 175-182.
19. Walters K, Iliffe S, Orrell M, See Tai S. Assessing needs from patient, carer and professional perspectives: the Camberwell Assessment of Need for Elderly people in primary care. *Age Ageing* 2000; 29: 505-510.
20. Dech H, Machleidt W. Relevance and applicability of the CANE in the German health care system. In: Orrell M., Hancock G, editors. CANE: Camberwell Assessment of Need for the Elderly. London: Gaskell; 2004. p. 29-34.