

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we
Wrocławiu

Karol Pawlak

ROZPRAWA DOKTORSKA

Ocena stopnia niesamodzielności na podstawie
Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania
Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF)
i jej korelacja związana z jakością życia osób starszych

Praca doktorska napisana
pod kierunkiem naukowym
dr. hab. n. med. Andrzeja Fala, prof. nadzw.
na Wydziale Nauk o Zdrowiu

Warszawa 2020

Spis treści

1. Część teoretyczna	2
1.1. Sytuacja demograficzna Polski w kontekście starzenia się społeczeństwa.....	2
1.2. Proces starzenia oraz związane z nim zmiany biologiczne, społeczne i psychiczne	3
1.3. Wielochorobowość procesu starzenia	5
1.4. Niesamodzielność osób starszych.....	7
1.5. Ocena funkcjonalna osób starszych	10
1.6. Ocena funkcjonalna osób starszych na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF).....	12
1.7. Ocena funkcjonowania i niesamodzielności osób starszych na podstawie kwestionariusza WHODAS.....	18
1.8. Jakość życia osób starszych (Quality of life – QOL).....	19
2. Cel pracy	22
3. Materiał i metody badań	23
4. Wyniki badań.....	30
4.1. Charakterystyka badanej zbiorowości.....	30
4.1.1. Charakterystyka ze względu na cechy socjodemograficzne.....	30
4.1.2. Charakterystyka ze względu na sytuację zdrowotną	34
4.1.3. Charakterystyka ze względu na ocenę czynników środowiska związanych z funkcjonowaniem badanych osób.....	38
4.1.4. Charakterystyka ze względu na ocenę jakości życia badanych osób	41
4.2. Ocena wyników uzyskanych w poszczególnych obszarach aktywności i uczestnictwa na podstawie narzędzia opartego na ICF.....	42
5. Omówienie wyników badań i dyskusja.....	75
Wnioski	86
6. Streszczenie	87
7. Summary.....	89
Bibliografia.....	92

1. Część teoretyczna

1.1. Sytuacja demograficzna Polski w kontekście starzenia się społeczeństwa

Polska już od wielu lat znajduje się w grupie krajów dynamicznie starzejących się. Próg starości demograficznej przekroczony został w 1967 roku, a niecałe ćwierć wieku później, w 1980 roku, osiągnięty został próg zaawansowanej starości demograficznej [1]. W 2019 roku odsetek osób po 65 roku życia wyniósł 17,7%. Z prognoz demograficznych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) wynika, iż odsetek ten w ciągu kilku najbliższych dekad znacząco wzrośnie i w 2050 roku wyniesie 34,5% [2, 3]. Zjawisko starzenia się społeczeństwa uwarunkowane jest zmniejszającą się liczbą urodzeń, nasileniem emigracji młodych dorosłych oraz wydłużeniem czasu trwania życia [4]. Według prognoz statystycznych średnia długość życia mężczyzn do 2050 roku zwiększy się o 9 lat, a kobiet – o 6,4 roku w stosunku do roku 2013. Szacuje się również, że do 2050 roku liczba osób w wieku powyżej 80 lat wzrośnie ponad dwukrotnie, co związane jest ze zjawiskiem podwójnego starzenia społeczeństwa [5]. Dłuższe życie nie zawsze jest jednak tożsame z wydłużeniem okresu funkcjonowania w zdrowiu i samodzielności. Według badań GUS problemy w samodzielnym wykonywaniu podstawowych czynności ma ponad 35% osób po 65 roku życia oraz 58% osób po 80 roku życia [6]. Konsekwencją starzenia się społeczeństwa jest również coraz częstsze samotne zamieszkiwanie osób starszych. Jest to spowodowane zmniejszaniem się odsetka rodzin wielopokoleniowych w społeczeństwie. Na podstawie wyników badań statystycznych stwierdza się, że 54,2% osób po 65 roku życia mieszka w rodzinie jednopokoleniowej, przez co rozumieć można zamieszkiwanie samotne lub z małżonkiem [7]. Samotne prowadzenie gospodarstwa domowego znacznie częściej obserwowane jest w grupie kobiet. Jednym ze skutków tego zjawiska jest feminizacja starości, czyli rosnąca przewaga liczby kobiet wraz z przechodzeniem do kolejnych grup wiekowych, co związane jest z problemem przedwczesnej umieralności mężczyzn [8]. Szacuje się, że dysproporcja między procentowym udziałem w populacji Polski kobiet i mężczyzn po 65 roku życia będzie się zwiększać. Według prognoz statystycznych do 2035 roku nastąpi wzrost odsetka kobiet z tej grupy wiekowej w społeczeństwie z 16,3% do 26,5%, przy jednoczesnym wzroście udziału procentowego mężczyzn z 12,5% do 19,7% [7]. Rosnący udział osób starszych mieszkających samotnie stwarza konieczność rozwoju usług wspomagających ich samodzielność i niezależność życiową.

1.2. Proces starzenia oraz związane z nim zmiany biologiczne, społeczne i psychiczne

Starzenie to proces postępującego wraz z wiekiem ograniczenia rezerwy czynnościowej narządów, które utrudnia utrzymanie homeostazy [9]. Zachodzące zmiany następują etapowo, są nieodwracalne i postępując, obejmują coraz więcej dziedzin życia. Starzenie ma charakter wielowymiarowy, gdyż może być rozpatrywane w kontekście wieku kalendarzowego, występujących zmian biologicznych czy społeczno-ekonomicznych [10]. Przebieg procesu starzenia zachodzi w sposób indywidualny, a poszczególne zmiany pojawiają się stopniowo [11].

Analizując aspekt biologiczny procesu starzenia, najczęściej wskazuje się na postępujące wraz z wiekiem zmiany morfologiczne oraz biochemiczne. Zaliczyć można do nich zmiany na poziomie komórkowym, objawiające się zmniejszaniem liczby komórek, spowolnieniem komórkowych procesów metabolicznych, uszkodzeniami w obrębie DNA, a także zmniejszeniem zawartości wody w komórkach, co skutkuje zaburzeniem pracy organów komórkowych [12]. Powoduje to zmiany w obrębie tkanek i płynów ustrojowych, m.in. poprzez odkładanie się cholesterolu, wapnia i lipofuscyny, nazywanej barwnikiem starczym [13]. Zmiany na poziomie komórkowym i tkankowym powodują zmniejszenie rezerw narządowych oraz zmniejszenie możliwości dostosowania się organizmu do występujących obciążeń fizycznych, psychicznych i społecznych [14]. Do najważniejszych zmian obserwowanych w układzie krążenia zalicza się zmniejszenie elastyczności tętnic, pogorszenie funkcji węzła zatokowo-przedsionkowego oraz zdolności relaksacji lewej komory serca. W obrębie układu oddechowego dochodzi do zwiększenia rozmiaru pęcherzyków płucnych oraz niekiedy do ich zapadania, co skutkuje zmniejszeniem powierzchni wymiany gazowej, zmniejszeniem objętości oddechowej i w konsekwencji pogorszeniem wydolności organizmu. W nerkach dochodzi do pogorszenia kłębuszkowego przepływu krwi i filtracji, co zmniejsza możliwość zagęszczania moczu i regulacji jego pH [15]. Wraz z wiekiem obserwowane jest zmniejszenie gęstości kości, które prowadzi do zwyrodnienia chrząstki stawowej i postępujących ograniczeń ruchowych [16]. Obserwuje się również zmniejszenie siły i masy mięśniowej, spowolnienie reakcji ruchowych, pogorszenie koordynacji psychoruchowej i sprawności zmysłów [17]. Proces starzenia obejmujący skórę prowadzi do zmniejszenia jej gęstości oraz liczby gruczołów potowych, co skutkuje pogorszeniem termoregulacji. Pogorszeniu ulegają również ochronne funkcje skóry oraz szybkość gojenia się ran [18]. Zmiany te określane są jednak jako fizjologiczne, w przeciwieństwie do zjawiska zwiększenia

chorobowości i śmiertelności, które również współistnieją z procesem starzenia i zaliczane są do objawów starzenia patologicznego [19].

Definiując osoby starsze w aspekcie socjologiczno-społecznym, można za kryterium przyjąć wiek kalendarzowy. Światowa Organizacja Zdrowia za początek okresu starości uznaje 60 rok życia [20]. W Polsce próg starości określany jest na 60–65 lat [21]. Osoby starsze to również grupa specyficzna pod względem źródła utrzymania – emerytury. Wiek emerytalny jest ustalany obowiązującymi przepisami prawa; u kobiet wynosi on aktualnie 60 lat, a u mężczyzn 65 lat [22]. Biorąc pod uwagę aspekt rodzinny, okres starości można łączyć z usamodzielnieniem się dzieci oraz pojawieniem się wnuków. Rodzina staje się wówczas najwyższą wartością, co związane jest nierzadko z przejmowaniem funkcji opiekuńczych wobec wnucząt [23]. Choć proces starzenia zachodzi w sposób osobniczy, można wyróżnić najczęstsze zmiany pojawiające się wraz z wiekiem, obejmujące osobowość, inteligencję i sferę psychiczną. Zaliczają się do nich: skłonność do unikania ryzyka, trudność w akceptacji zmian, zubożenie emocjonalne oraz pogorszenie zdolności twórczych i narastające uczucie zubożenia, jako efekt osłabienia uczucia złości [24]. Jednocześnie okres starości definiowany jest jako czas dysponowania wiedzą i mądrością życiową zdobywaną przez lata, które mogą być wykorzystane w nowych sytuacjach [25].

1.3. Wielochorobowość procesu starzenia

Wielochorobowością nazywane jest współistnienie u jednej osoby wielu przewlekłych procesów chorobowych. Jej skutkiem są niekorzystne następstwa obejmujące zacieranie się granic między fizjologicznymi objawami procesu starzenia a objawami chorobowymi oraz trudności związane ze skuteczną diagnostyką, powodujące opóźnienie wdrożenia właściwego leczenia [26].

Do najczęściej rozpoznawanych chorób układu ruchu zalicza się chorobę zwyrodnieniową stawów. Na podstawie wyników badań statystycznych stwierdza się, iż problem ten dotyczy nawet 80% osób po 75 roku życia. Z kolei problemy z narządem wzroku, zgodnie z danymi statystycznymi, ma ponad 65% osób w wieku 80 lat, z czego 20% deklaruje poważne upośledzenie widzenia lub całkowitą jego utratę. Wyniki badania PolSenior wykazały, że 28,9% osób starszych cierpi na zaćmę, 6,9% – na jaskrę, a 2,2% na związane z wiekiem zwyrodnienie plamki żółtej [27]. Podaje się, iż problemy ze wzrokiem występują z większą częstotliwością u kobiet. Co 4 osoba starsza ma natomiast problemy ze słyszeniem rozmowy w cichym pomieszczeniu. Ponadto pogorszenie sprawności narządów zmysłów, zmiany fizjologiczne związane z procesem starzenia, a także czynniki zewnętrzne skutkują często zaburzeniami równowagi, co w konsekwencji prowadzi do upadków. Jak pokazują statystyki, 35–40% osób po 65 roku życia upada co najmniej raz w roku, a po 80 roku życia odsetek ten drastycznie wzrasta – w tej grupie zdarza się to blisko 50% osób starszych [28, 29]. Następstwa upadków obejmują niejednokrotnie różnego rodzaju urazy kości, a także uszkodzenia tkanek miękkich w postaci ran czy krwiaków. Uznaje się, że upadki i ich konsekwencje stanowią najczęstszą przyczynę zgonów spowodowanych nieszczęśliwymi wypadkami osób po 65 roku życia [29]. Nunes i wsp. przeprowadzili badanie w grupie 1593 osób po 60 roku życia z wielochorobowością, które wykazało, iż najczęściej występującymi chorobami przewlekłymi były nadciśnienie tętnicze (55,3%) oraz choroby kręgosłupa (37,4%) [30]. Zbliżone wyniki uzyskali w swoich badaniach Foguet-Boreu i wsp., którzy przeprowadzili badania w grupie 322 328 osób po 64 roku życia. Stwierdzili oni najczęstsze występowania nadciśnienia tętniczego (wśród kobiet między 65 a 79 rokiem życia – 64%, wśród mężczyzn między 65 a 79 rokiem życia – 60%), a także zaburzeń metabolicznych (wśród kobiet między 65 a 79 rokiem życia – 57,7%, wśród mężczyzn między 65 a 79 rokiem życia – 52%) [31]. Podkreśla się również znaczenie wieku w kontekście wzrostu zachorowalności na choroby nowotworowe [32]. Wyniki badania PolSenior wykazały, że u mężczyzn po 65 roku życia najczęściej występują nowotwory prostaty, jelita grubego i skóry, u kobiet zaś – nowotwory piersi, jelita grubego i skóry [33]. Wraz z wiekiem

wzrasta częstość występowania tzw. wielkich problemów geriatrycznych, do których zalicza się m.in. zaburzenia sercowo-naczyniowe, nietrzymanie moczu, zespół słabości, odleżyny, a także depresję i zaburzenia otępienne [8]. Schäfer i wsp. w swoich badaniach, którymi objęli osoby po 65 roku życia, jako najczęściej występujące wskazali zaburzenia sercowo-naczyniowe, stwierdzone u 30% przebadanych kobiet i 39% mężczyzn, jak również zwrócili uwagę na duży odsetek zaburzeń lękowych i depresyjnych, które wykazano u 34% kobiet oraz 22% mężczyzn [34]. Z badania PolSenior wynika, że łagodne zaburzenia poznawcze występują u 44% osób w wieku 65 lat, a po osiągnięciu 90 roku życia – już u ponad 90% osób. Otępienie diagnozowane jest natomiast u około 1,5% osób w wieku 65 lat. Podkreśla się również związek wieku z częstością występowania chorób układu oddechowego, takich jak przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP), astma oskrzelowa czy bezdech senny. Poważnym problemem zdrowotnym osób w starszym wieku jest również cukrzyca wraz z jej powikłaniami. Szacuje się, że w Polsce na cukrzycę choruje 25–30% osób po 65 roku życia [35]. Nie bez znaczenia pozostają także zaburzenia ze strony układu pokarmowego. Według Wieczorowskiej-Tobis problemy związane z zaparciami dotyczą co najmniej 20% osób po 65 roku życia. Podobny odsetek deklaruje również problemy z nietrzymaniem moczu. Podaje się, że zarówno zaparcia, jak i nietrzymanie moczu dotyczą w zdecydowanej większości kobiet. Zjawisko starzenia się przy obecności chorób dotyczy większości osób starszych. Szacuje się, że odsetek osób starzejących się w zdrowiu i umierających śmiercią naturalną wynosi zaledwie 8–10%.

1.4. Niesamodzielnosc osób starszych

Narastajaca wraz z wiekiem wielochorobowosc powoduje wzrost odsetka osob niepełnosprawnych w ujęciu biologicznym. Według danych Eurostatu w Polsce w roku 2014 blisko 50% osob w wieku powyzej 60 lat zaliczonych zostalo do grona osob niepełnosprawnych biologicznie [2]. Na podstawie danych europejskich stwierdza się, że odsetek osob niepełnosprawnych po 65 roku życia wynosi ponad 54%, a osoby starsze stanowia 45,4% wszystkich niepełnosprawnych Europejczyków [36]. Niepełnosprawność w tym wymiarze rozumiana jest jako ograniczenie zdolności wykonywania codziennych czynności, spadek możliwości samoobsługi i wzrost trudności w samodzielnym prowadzeniu gospodarstwa domowego [5]. Z biologicznym modelem niepełnosprawności powiazane jest również pojęcie niesamodzielnosci. Pierwsza definicja niesamodzielnosci w Polsce pojawila się w 2007 roku w projekcie ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym, opracowanej przez zespól pod kierownictwem prof. dr hab. Anny Wilmowskiej-Pietruszyńskiej, a następnie przez Zespól Senacki pod kierownictwem Mieczysława Augustyna. Przyjęto w niej, że niesamodzielnosc jest to wynikajaca z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu w następstwie choroby lub urazu niezdolność do samodzielnej egzystencji, powodujaca konieczność stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy osob drugich przy wykonywaniu czynności dnia codziennego w zakresie odżywania, przemieszczania się, pielęgnacji ciała, załatwiania potrzeb fizjologicznych [37]. Autorzy podkreślaja jednak, że brak regulacji prawnej obszaru niesamodzielnosci w Polsce może powodowac nieściślości ujęcia definicyjnego oraz stwarzac problemy podczas przyznawania statusu osoby niesamodzielnosci i ustalania zakresu należnych świadczeń. W zależności od czasu udzielania niezbędnej pomocy i opieki wyróżnione zostały trzy stopnie niesamodzielnosci. Osoby o pierwszym stopniu niesamodzielnosci wymagaja opieki i pomocy przy higienie osobistej, odżywianiu i poruszaniu się przez całą dobe, a kilka razy w tygodniu potrzebują pomocy podczas takich czynności jak np. zrobienie zakupów. Drugi stopień niesamodzielnosci dotyczy osob, które potrzebują pomocy podczas wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego trzy razy na dobe oraz kilka razy w tygodniu wymagaja pomocy przy zaopatrzeniu gospodarstwa domowego. Osoby o trzecim stopniu niesamodzielnosci potrzebują natomiast pomocy jedynie raz dziennie, w zakresie dwóch z podstawowych czynności dnia codziennego, i podobnie jak w pozostałych stopniach – kilka razy w tygodniu wymagaja pomocy przy wykonywaniu złożonych czynności dnia codziennego [38, 39].

Szacuje się, że w Polsce liczba osób niesamodzielnych wynosi ponad milion [40]. Częstość występowania niesamodzielności jest ściśle powiązana z wiekiem. Według Rothganga problem niesamodzielności dotyczy ponad 50% osób po 90 roku życia [41]. Jak podaje Szwałkiewicz, duża grupa osób niesamodzielnych nie otrzymuje w codziennym życiu wymaganej pomocy lub otrzymuje pomoc nieadekwatną do swoich potrzeb. Autorka tłumaczy to brakiem standaryzacji postępowania w zakresie przyznawania statusu osoby niesamodzielnej oraz określania poszczególnych stopni niesamodzielności, jak również brakiem jasnych uregulowań prawnych w odniesieniu do udzielanych świadczeń [42]. W porównaniu do innych krajów Europy, polityka Polski ukierunkowana na opiekę nad osobami niesamodzielnymi jest bardzo słabo rozwinięta. Według danych Unii Europejskiej w 2010 roku jedynie 0,08% PKB w Polsce przeznaczone zostało na realizację świadczeń z zakresu opieki domowej [43]. Obecnie większość osób niesamodzielnych korzysta głównie z pomocy ze strony rodziny. Necel i Nosal przeprowadzili badanie wśród rodzin pełniących funkcje opiekuńcze nad osobami niesamodzielnymi. Po przeanalizowaniu wyników stwierdzili, że do głównych problemów osób będących opiekunami niesamodzielnych członków rodzin należą brak fachowego wsparcia udzielanego przez wykwalifikowanych pracowników instytucji opiekuńczych i niewystarczająca wiedza dotycząca możliwości uzyskania pomocy. Ponad połowa badanych zadeklarowała, iż otrzymywana pomoc instytucjonalna zaspokaja ich potrzeby opiekuńcze jedynie częściowo, a według 36% z nich pomoc otrzymywana od instytucji publicznych nie spełnia większości lub nawet wszystkich kluczowych potrzeb opiekuńczych [40]. Według Błędowskiego problem organizacji opieki dla osób niesamodzielnych dotyczy całego społeczeństwa, a rozwiązania powinny obejmować zarówno świadczenia pieniężne w postaci zasiłków opiekuńczych i pielęgnacyjnych, jak również działalność placówek opieki długoterminowej [44]. Na podstawie wyników badań Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) stwierdza się jednak, iż 66% osób starszych deklaruje chęć pozostania we własnym środowisku domowym najdłużej jak to możliwe. Jedynie niewielki odsetek wyraża akceptację zmiany miejsca zamieszkania w okresie starości, traktując jednak konieczność pobytu w ośrodkach opieki długoterminowej jako ostateczność [45]. Zmiana środowiska, w którym osoba spędziła przeważający okres życia, często odbija się negatywnie na jej stanie zdrowotnym, a tym bardziej na stanie emocjonalnym [46]. Helvik i wsp. w swoich badaniach wykazali, że u osób umieszczonych w ośrodkach opieki długoterminowej dochodzi w szybszym tempie do pogorszenia zdolności wykonywania czynności dnia codziennego, nasilenia objawów demencji oraz zaburzeń emocjonalnych [47]. Zapewnienie osobom niesamodzielnym możliwości pozostania we własnym

środowisku życia i korzystania z domowych usług opiekuńczych jest od wielu lat jednym z ważniejszych tematów podejmowanych na szczeblach krajowych oraz międzynarodowych w dziedzinie polityki społecznej. Obecnie świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze udzielane są osobom niesamodzielnym na różnych poziomach kompetencyjnych i przez różnych specjalistów. Pierwszy poziom obejmuje opiekę nieformalną świadczoną przez członków rodzin i wolontariuszy zatrudnionych we własnym zakresie. Kolejne poziomy to wsparcie oferowane przez opiekunki środowiskowe, opiekunów medycznych oraz pielęgniarzy świadczące usługi w zakresie zależnym od stopnia niesamodzielnosci [42]. Doskonalenie warunków świadczenia tej usługi jest niezmiernie ważne, gdyż opieka domowa wielu osobom stwarza szansę na bardziej samodzielne funkcjonowanie we własnym środowisku życia [48].

1.5. Ocena funkcjonalna osób starszych

Na potrzeby wielowymiarowej oceny pacjenta opracowano dotychczas wiele skal i testów. Są one narzędziami oceny w zakresie sprawności osób starszych w codziennym życiu, jak również oceny ich potrzeb czy analizowania przebiegu procesu usprawniania ich codziennego funkcjonowania. Na pierwszy plan wysuwają się wśród nich skale do oceny podstawowych i złożonych czynności dnia codziennego (ADL i IADL). Jedną z najpowszechniej stosowanych skal do oceny funkcjonowania w życiu codziennym jest skala Barthel. Ma ona szczególne znaczenie nie tylko dla celów klinicznych i planowania postępowania rehabilitacyjnego, ale również jako kryterium przyznawania świadczeń z zakresu opieki długoterminowej. Za jej pomocą ocenia się możliwość wykonywania takich czynności, jak samodzielne przygotowywanie i spożywanie posiłków, możliwość zmiany pozycji i przemieszczania się, utrzymywanie higieny osobistej, samodzielne ubieranie się, poruszanie się po różnych powierzchniach, a także kontrolowanie moczu i stolca. W pełni sprawny pacjent może uzyskać 100 punktów, a im mniejsze możliwości samodzielnego wykonywania poszczególnych czynności, tym wynik jest niższy. Kryterium punktowym kwalifikującym pacjenta do korzystania ze świadczeń opieki długoterminowej w Polsce jest wynik poniżej 40 punktów [49]. Zdolność wykonywania prostych czynności dnia codziennego oceniana jest również za pomocą 6-punktowej skali Katza. Zakres ocenianych aktywności w dużej mierze pokrywa się z powyżej opisaną skalą Barthel i obejmuje: samodzielne jedzenie, kontrolowanie moczu i stolca, przemieszczanie się z łóżka na fotel, samodzielne kąpanie się, korzystanie z toalety oraz ubieranie i rozbieranie się [50]. Inną skalą wykorzystywaną w podobnych celach jest skala Klein-Bell ADL Scale opracowana przez Roberta Kleina i Briana Bella. Poza aspektami samoopieki i mobilności obejmuje ona również zagadnienia zdolności komunikacyjnych osób starszych [51, 52]. Kolejnym przydatnym narzędziem jest Pomiar Niezależności Funkcjonalnej (FIM), wykorzystywany do oceny niezależności w zakresie samoobsługi, lokomocji, kontroli zwieraczy, zdolności komunikacji i świadomości społecznej. Kwestionariusz umożliwia precyzyjne określenie poziomu sprawności funkcjonalnej, gdyż każda z czynności oceniana jest w 7-stopniowej skali. Jej uproszczenie stanowi Wskaźnik Funkcjonalny Repty, za pomocą którego sprawność funkcjonalną ocenia się w skali 4-punktowej. Złożone czynności dnia codziennego (IADL) oceniane są najczęściej przy pomocy skali Lawtona. Brane są w niej pod uwagę umiejętności korzystania z telefonu, samodzielne przygotowywanie posiłków, robienie zakupów, możliwość dbania o dom, samodzielne przyjmowanie leków czy zarządzanie

pieniężmi. Maksymalną samodzielność odzwierciedla uzyskanie 8 punktów [53]. Istnieją również skale oceny pacjenta geriatrycznego uwzględniające obszary znajdujące się zarówno w zakresie podstawowych, jak i złożonych czynności dnia codziennego. Kwestionariuszem takim jest EASY-CARE, który uwzględnia zdolność wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego, ocenia zdolności widzenia, słyszenia, a jednocześnie zwraca uwagę na określenie zaburzeń funkcji poznawczych, warunki mieszkaniowe i finansowe oraz ogólne samopoczucie i bezpieczeństwo osób starszych [54, 55].

1.6. Ocena funkcjonalna osób starszych na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF)

Możliwości biopsychospołecznej oceny funkcjonalnej stwarza przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Światowej Organizacji Zdrowia w 2001 roku Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia. Proponuje ona wielopłaszczyznowe podejście z uwzględnieniem struktur i funkcji ciała, a przede wszystkim koncentruje się na aktywności i uczestnictwie danej osoby w określonym środowisku, jednocześnie odchodząc od oceny pacjenta jedynie w perspektywie medycznej. Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia składa się z dwóch części. Pierwszą stanowi „Funkcjonowanie i niepełnosprawność”, która dzieli się z kolei na „Funkcje i struktury organizmu” oraz „Aktywność i uczestnictwo”. W części tej oceniany jest wymiar biologicznego bytowania oraz aktywność pod kątem funkcjonowania w życiu społecznym. Drugą część klasyfikacji stanowią „Czynniki kontekstowe”, do których zalicza się „Czynniki osobowe” oraz „Czynniki środowiskowe”. Obejmują one relacje między osobą a otoczeniem, w którym żyje, a także określają obszary utrudnień bądź ułatwień w funkcjonowaniu [56]. Spoorenberg i wsp. dokonali oceny rzetelności wybranego zestawu kodów ICF w grupie 267 osób starszych. Autorzy wykorzystali 30 kodów (14 dla struktur i funkcji ciała, 10 dla aktywności i uczestniczenia oraz 6 dla czynników środowiskowych). W przypadku struktur i funkcji ciała stwierdzili największe problemy osób starszych w zakresie mobilności (70,1%), tolerancji wysiłku (62,2%), zaburzeń słuchu (59,2%) oraz problemów emocjonalnych (64,5%). Około połowa badanej grupy miała problemy dotyczące funkcji narządu wzroku, zaburzeń sercowo-naczyniowych, urologicznych oraz osłabienia siły mięśniowej. Autorzy dokonali również oceny pamięci, masy ciała, ciśnienia krwi oraz zdolności wydalania. Problemy w zakresie ww. wymienionych czynników stwierdzono u 31,5% do 46,9% badanych. Analizując kategorię aktywności i uczestniczenia, autorzy wykazali, iż najwięcej osób miało problemy z poruszaniem się (60%) oraz ze zmianą pozycji ciała (55,5%). Oceniając wpływ czynników środowiskowych, autorzy uwzględnili relacje rodzinne, relacje w gronie znajomych i w społeczności lokalnej, korzystanie z usług i systemów zabezpieczenia społecznego, usług pomocy społecznej i usług zdrowotnych. Odsetek osób charakteryzujących się problemami w zakresie czynników środowiskowych wyniósł od 13,5% do 24,8% [57]. Ocenę osób starszych na podstawie ICF przeprowadzili również Lopes i wsp., którzy objęli badaniem grupę 903 osób po 65

roku życia. W obrębie funkcji ciała autorzy ocenili funkcje poznawcze, w ramach których uwzględnili aspekt orientacji czasowo-przestrzennej, jakości snu oraz pamięci. Oceniając pacjenta w kategorii struktur ciała, skupili się oni na ocenie stanu uzębienia i stwierdzili brak kompletnego uzębienia uniemożliwiający bezproblemowe spożywanie posiłków aż u 73,3% badanych. Analizując aspekt aktywności i uczestniczenia, autorzy wzięli pod uwagę umiejętność pisania (56,1% badanych wskazało brak problemu), czytania (59,1% badanych wskazało brak problemu lub niewielki problem w tym zakresie), a także samoobsługę i zdolność wykonywania czynności dnia codziennego (88,9% badanych wskazało brak problemu). Pod względem czynników środowiskowych ocenili natomiast konieczność korzystania w codziennym funkcjonowaniu z pomocy opiekunów formalnych i nieformalnych (19,4% badanych wskazało na potrzebę wsparcia). Przeprowadzone badanie wykazało spadek sprawności w zakresie analizowanych aspektów, który skorelowany był z rosnącym wiekiem. Najszybszy spadek zdolności funkcjonalnych zaobserwowano u osób po 75 roku życia [58].

Czynniki środowiskowe rozpatrywane mogą być w kontekście indywidualnym oraz społecznym. Pierwszy z nich dotyczy najbliższego otoczenia człowieka i obejmuje np. dom, rodzinę czy znajomych. Społeczny poziom czynników środowiskowych oznacza natomiast wpływ formalnych oraz nieformalnych struktur społecznych i systemów, przez które rozumie się np. działalność organizacji rządowych, usługi telekomunikacyjne i transportowe, jak również prawa, przepisy i ideologie. Do najważniejszych indywidualnych czynników środowiskowych wpływających na funkcjonowanie osób starszych zalicza się relacje rodzinne. Prawidłowe relacje rodzinne dają poczucie bezpieczeństwa, stwarzają możliwości skuteczniejszego rozwiązywania problemów życiowych, ograniczają poczucie osamotnienia i umożliwiają utrzymanie równowagi psychicznej. Determinują również często sposoby spędzania wolnego czasu przez osoby starsze, co rozumiane może być w sensie pozytywnym lub negatywnym [59]. Podkreślenia wymaga fakt, iż wsparcie ze strony rodziny oferowane osobom starszym okazywane jest często w formie materialnej, gdyż status materialny jest kolejnym czynnikiem środowiskowym mającym bez wątpienia wpływ na przeżywanie okresu starości. Według danych statystycznych 12% emerytów korzysta ze wsparcia materialnego najbliższej rodziny [60]. Dla osób zamożnych okres starości może być czasem korzystania ze zgromadzonych wcześniej dóbr materialnych. Niedostateczne środki finansowe ograniczają natomiast możliwości zaspokajania potrzeb życiowych, w tym dostosowania warunków mieszkaniowych do aktualnych potrzeb, co może mieć odbicie w znacznym obniżeniu jakości życia [61]. Według danych ZUS (listopad 2018) średnia emerytura

netto wynosi 1860 zł, która to kwota przeważnie nie pozwala na pokrycie podstawowych potrzeb osób starszych. Wpływa to na obniżenie poziomu jakości życia w zakresie samorealizacji, możliwości spędzania wolnego czasu, czy nawet zadbania o stan zdrowia [62]. Kolejnym bardzo ważnym aspektem w zakresie czynników środowiskowych, wpływającym na całościowe funkcjonowanie osób starszych, są warunki mieszkaniowe. Przy przeprowadzaniu oceny tego zagadnienia największą uwagę zwraca się na liczbę domowników, wyposażenie mieszkania w niezbędne instalacje i sprzęty gospodarstwa domowego, jak również stan techniczny budynku i jego strukturę (dom jednorodzinny, budynek wielopiętrowy z windą lub bez niej) [63]. Warunki mieszkaniowe mają ścisłe powiązanie z miejscem zamieszkania, gdyż na podstawie wyników uzyskanych w badaniu PolSenior stwierdzono zmniejszenie powierzchni mieszkania zajmowanego przez osobę starszą wraz ze wzrostem wielkości populacji danej miejscowości. Mniejsza powierzchnia mieszkania przekłada się zazwyczaj na nasilenie występowania barier architektonicznych i spadek funkcjonalności lokalu mieszkalnego.

W całościowej ocenie funkcjonalnej osób starszych nie bez znaczenia pozostają również czynniki osobowe. Są one definiowane jako kontekst sytuacji życiowej danej osoby i obejmują takie cechy, jak np. płeć, wiek, styl życia, nawyki, wykształcenie, wykonywany zawód i doświadczenia życiowe. Ze względu na duże zróżnicowanie społeczne i kulturowe różnych społeczeństw czynniki te nie zostały dotychczas jednoznacznie sklasyfikowane w ICF. Dubuc i wsp. przeprowadzili badanie w grupie 302 osób w wieku od 50 do 89 lat, które wykazało, iż wyższy poziom wykształcenia wpływa na zwiększenie sprawności funkcjonalnej osób starszych. Autorzy stwierdzili związek między lepszymi wynikami wszystkich testów funkcjonalnych oraz w zakresie siły mięśni prostowników stawów kolanowych i maksymalnego zużycia tlenu a wyższym poziomem wykształcenia badanych. Podkreśla się również wpływ wykształcenia na poziom uczestniczenia w życiu społecznym. Timonen i wsp. w swoich badaniach dowiedli, iż odsetek osób uczestniczących w zorganizowanych formach aktywności społecznych jest znacznie wyższy wśród osób lepiej wykształconych [64]. W piśmiennictwie dostępne są również badania, w których podkreśla się zmianę sprawności funkcjonalnej osób starszych w zależności od innych czynników osobowych, takich jak płeć czy stan cywilny. Bogusz i wsp. przeprowadzili badanie w grupie 100 osób powyżej 70 roku życia mieszkających na wsi, które wykazało, iż osoby starsze żyjące w związkach małżeńskich cechują się wyższym poziomem sprawności w kontekście wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego ocenionej za pomocą skali Barthel w porównaniu do osób owdowiałych i niebędących w związkach [65]. Według Zycha przebieg procesu starzenia

w dużej mierze odzwierciedla przebieg dotychczasowego życia, a jego jakość zależy od stylu życia prowadzonego przez daną osobę w okresie wieku dorosłego [66]. Charakter, osobnicze predyspozycje i doświadczenia warunkują określone postawy wobec własnej starości. Jedną z nich jest postawa konstruktywna – osoba starsza ją przejawiająca charakteryzuje się tym, że potrafi dostrzec pozytywne aspekty tego okresu życia. Część osób starszych przejawia jednak postawy negatywne wobec starości, np. postawę zależności od innych, w której obserwuje się utratę wszelkich aspiracji co do realizacji własnych potrzeb społecznych i poleganie jedynie na najbliższych. Część osób starszych ma problemy z zaakceptowaniem swojego wieku i zmiany statusu społecznego, cechuje je obawa przed narastającą niesamodzielnością i śmiercią, co starają się jednak maskować nadmierną aktywnością społeczną i zawodową. Niekiedy osoby starsze przejawiają postawy wrogości, zarówno w stosunku do otoczenia, jak i do samych siebie. Postrzegają starość jedynie jako okres nacechowany negatywnie. Często bywają również wybuchowe, podejrzliwe, mają tendencję do obarczania winą za własne niepowodzenia i pogarszający się stan funkcjonalny osób z najbliższego otoczenia. Postawa wrogości do samego siebie przejawia się natomiast biernością, obojętnością, uczuciem osamotnienia czy traktowaniem swojego stanu jako swego rodzaju kary [67].

Jednym z podstawowych założeń opieki geriatrycznej jest zapewnienie osobom starszym możliwości aktywnego uczestniczenia w życiu społecznym oraz realizacji własnych zainteresowań. Podkreśla się rolę ciągłego kształcenia i edukacji, pozwalających na dłuższe utrzymanie sprawności intelektualnej oraz zaspokojenie potrzeb towarzyskich, które przez wzgląd na wzrastającą ilość czasu wolnego stanowią bardzo ważny aspekt życia seniorów. Zdobywane latami doświadczenia życiowe stwarzają olbrzymi potencjał osób starszych pod kątem aktywności w środowisku domowym czy w społeczności lokalnej [68]. Światowa Organizacja Zdrowia zainicjowała projekt Age-Friendly Cities, w którym jako jeden z czynników aktywnego życia seniorów wymienia się aspekt uczestniczenia w życiu społecznym. Działania podejmowane w tym obszarze to likwidacja wszelkich barier architektonicznych występujących w najbliższym środowisku osoby starszej, dostęp do informacji, możliwość korzystania ze środków transportu publicznego lub prywatnego, aktywne uczestniczenie w ciągłym procesie edukacji i życiu kulturalnym, a także tworzenie pozytywnego wizerunku osób starszych w społeczeństwie [69]. Goll i wsp. w swoich badaniach podjęli próbę identyfikacji czynników wpływających na zdolności uczestnictwa osób starszych w życiu społecznym. Na podstawie uzyskanych wyników autorzy stwierdzili istotny wpływ lęku przed odrzuceniem oraz lęku przed utratą własnej tożsamości na spadek uczestniczenia osób

starszych w życiu społecznym [70]. Pinto i Neri dokonali systematycznego przeglądu piśmiennictwa, celem oceny wpływu wieku na poziom uczestnictwa społecznego. Wśród przytoczonych prac do najczęściej wskazywanych przejawów uczestniczenia społecznego osób starszych należało uczestniczenie w uroczystościach religijnych, rodzinnych, wydarzeniach kulturowych oraz sportowych. Autorzy stwierdzili, że osoby starsze angażujące się w życie społeczne cechują się niższym poziomem niepełnosprawności, zarówno w rozumieniu zdrowotnym, jak i psychologicznym [71]. Do podobnych wniosków doszli Timonen i wsp., którzy zwrócili uwagę na istotny wzrost częstości spotkań rodzinnych występujący wraz z wiekiem. Na podstawie uzyskanych wyników autorzy stwierdzili również, iż dodatkowa praca podejmowana przez osoby starsze pozytywnie wpływa na poziom ich funkcjonowania w aspekcie życia społecznego .

Przeprowadzając ocenę funkcjonalną pacjenta w zakresie funkcji i struktur organizmu, wykorzystuje się pomiar siły mięśniowej za pomocą testu Lovetta, pomiar zakresu ruchomości w poszczególnych stawach czy pomiar napięcia mięśniowego z wykorzystaniem skali Ashwortha. Mimo iż narzędzia te nie są zarezerwowane wyłącznie dla grupy pacjentów w wieku starszym, a wykorzystywane są przy wszystkich schorzeniach i dla wszystkich grup wiekowych, mogą stanowić skuteczną metodę monitorowania stanu funkcjonalnego osoby starszej [72]. Testem opracowanym na potrzeby oceny sprawności fizycznej osób starszych jest Senior Fitness Test. Stanowi on zbiór 8 prób ukierunkowanych na pomiar takich parametrów, jak wytrzymałość, siła, koordynacja czy elastyczność. Poszczególne z analizowanych prób to: 30-second Chair Stand Test, w której po odnotowaniu liczby powtórzeń wstawania i siadania na krześle określa się wytrzymałość funkcjonalną i siłę mięśni kończyn dolnych, oraz analogiczna próba 30-second Arm Curl Test, służąca do oceny wytrzymałości mięśni kończyn górnych i obręczy barkowej (tu zadaniem pacjenta jest wykonanie w czasie 30 sekund jak największej liczby powtórzeń zgięcia kończyny w stawie łokciowym z wykorzystaniem ciężarka). Próbą opracowaną dla oceny wydolności jest 2-minute Step Test, w której pacjenta prosi się o wykonywanie marszu w miejscu z wysokim unoszeniem kolan przez 2 minuty. Dwie spośród prób opracowane zostały do oceny elastyczności zarówno górnej, jak i dolnej części tułowia osoby starszej. Są to Back Scratch Test, służący do pomiaru elastyczności górnej partii ciała, oraz Chair Sit and Reach, za pomocą którego dokonywana jest ocena elastyczności partii dolnej. Ostatnim z analizowanych przez Senior Fitness Test aspektów jest ocena chodu i równowagi przeprowadzana z wykorzystaniem próby 8-Foot Up and Go Test [73]. Założenia tej próby są bardzo zbliżone do założeń Timed Up and Go Test,

służącego do oceny chodu i ryzyka upadków. Próba polega na wstaniu z krzesła, pokonaniu określonego testem dystansu (Timed Up and Go Test – 3 m, 8-Foot Up and Go Test – 2,44 m) i powrotu do pozycji siedzącej. Wynikiem jest czas wykonania próby, a przy jego interpretacji, poza określeniem ryzyka wystąpienia upadków, sugeruje się osobie badanej korzystanie z określonych pomocy ortopedycznych [74]. Skalą sugerującą korzystanie z wybranych pomocy ortopedycznych jest także skala Berga do oceny chodu i równowagi [75]. Oceniając pacjenta starszego na poziomie struktury i funkcji, należy uwzględnić często występujące w tym wieku zaburzenia funkcji poznawczych. Najpopularniejszą skalą służącą do określania stanu poznawczego jest Mini Mental State Examination (MMSE), za pomocą której bada się orientację pacjenta w miejscu i czasie, umiejętność skupienia uwagi, a także umiejętności językowe i prakcję konstrukcyjną [76]. Funkcje poznawcze mogą być również zaburzone w wyniku występującej depresji. Jej wykrycie sprawia jednak wiele trudności, gdyż objawy maskowane są przez narastające wraz z wiekiem zaburzenia otępienne oraz somatyczne. Szacuje się, że około 40% przypadków depresji u osób starszych nie zostaje rozpoznane. W celu zwiększenia wykrywalności depresji u osób starszych opracowano Geriatryczną Skalę Oceny Depresji (GDS), która ocenia nastrój badanego w okresie ostatnich 2 tygodni. Kwestionariusz ten uznany został za rzetelne narzędzie służące do samooceny występowania depresji [77]. Do problemów osób starszych na poziomie struktur organizmu zalicza się również zaburzenia odżywiania. Są one skutkiem występowania chorób przewlekłych, efektów ubocznych farmakoterapii czy stylu życia [78]. W rozpoznawaniu zaburzeń odżywiania u osób starszych stosuje się m.in. badania antropometryczne czy kwestionariusze, do których zaliczyć można Mini Nutritional Assessment (MNA). Kwestionariusz ten umożliwia ocenę stanu odżywiania osób starszych poprzez połączenie elementów badania przedmiotowego i wywiadu żywieniowego [79]. Problemy funkcjonalne osób starszych, objawiające się nierzadko zaburzeniami zdolności lokomocji, wpływają na wzrost ryzyka powstawania odleżyn. Trofikę tkanek u pacjentów przewlekle unieruchomionych zwiększają ponadto problemy związane z zaburzeniami czucia, nietrzymaniem moczu i stolca, jak również występowanie chorób, m.in. cukrzycy, miażdżycy czy POChP. Najczęściej stosowanymi narzędziami do oceny ryzyka powstania odleżyn są skale Doreen Norton, Douglas, Waterlow czy Braden. Każda z nich umożliwia szczegółową analizę czynników przyczyniających się do powstawania odleżyn [80].

1.7. Ocena funkcjonowania i niesamodzielności osób starszych na podstawie kwestionariusza WHODAS

Kwestionariusz Disability Assessment Schedule (WHODAS) jest wykorzystywany zarówno do pomiaru zdrowia i niepełnosprawności osób żyjących w populacji, jak i w celach klinicznych. Umożliwia on ocenę funkcjonowania w następujących sześciu dziedzinach: funkcje poznawcze, poruszanie się, dbanie o siebie, utrzymywanie dobrych relacji z innymi ludźmi, aktywność życiowa i poziom uczestniczenia w życiu społecznym. Dziedziny WHODAS odpowiadają poszczególnym składowym klasyfikacji ICF, stąd wykorzystanie tego kwestionariusza stwarza możliwość kompletnej analizy funkcjonowania [81]. Uniwersalność WHODAS pozwala na wykorzystanie go w ocenie różnych populacji – w tym również osób starszych. WHODAS jest stosowany w badaniach zarówno polskich, jak i zagranicznych oceniających funkcjonowanie i niesamodzielność osób starszych, żyjących w określonych warunkach czy cierpiących na wybrane schorzenia i choroby przewlekłe [82, 83]. Huang i wsp. posłużyli się nim w ocenie niepełnosprawności i funkcjonowania osób po 65 roku życia ze zdiagnozowaną demencją. Autorzy wykazali najwyższy poziom niepełnosprawności w badanej grupie w zakresie funkcji poznawczych, utrzymywania dobrych relacji z innymi ludźmi oraz aktywności życiowej [84]. Kim i wsp. dokonali natomiast oceny niepełnosprawności 1204 osób w wieku powyżej 65 lat żyjących w społeczeństwie. To badanie pozwoliło wykazać, iż nasilenie poziomu niepełnosprawności związane jest z gorszym stanem zdrowia w aspekcie fizycznym, a także z depresją i zaburzeniami funkcji poznawczych [85]. De Pedro-Cuesta i wsp. z kolei wykorzystali kwestionariusz WHODAS w ocenie niepełnosprawności osób starszych po przebytych udarze mózgu oraz cierpiących na niewydolność serca i przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP). Na podstawie analizy pomiaru globalnego poziomu niepełnosprawności autorzy stwierdzili, iż osoby cierpiące na niewydolność serca charakteryzowały się najwyższym poziomem niepełnosprawności w stopniu znacznym (33,33%). U osób po przebytych udarze mózgu odsetek ten wyniósł 29,29%, a u osób cierpiących na POChP – 14,71% [86]. Kwestionariusz WHODAS może być wykorzystywany również jako narzędzie do przesiewowego badania poziomu niepełnosprawności w populacji. Virues-Ortega i wsp. dokonali przesiewowej oceny niepełnosprawności osób starszych na terenie Hiszpanii. Badaniem objęli 503 osoby powyżej 70 roku życia, mieszkające w losowo wybranych miastach. Autorzy wykazali najwyższy odsetek osób charakteryzujących się ciężkim i bardzo ciężkim stopniem niepełnosprawności w zakresie mobilności oraz aktywności życiowej [87]. Rosnąca liczba badań

opierających się na wykorzystaniu kwestionariusza WHODAS w ocenie niepełnosprawności osób starszych wskazuje na jego rzetelność i spójność w stosunku do specyfiki pacjenta geriatrycznego [88].

1.8. Jakość życia osób starszych (Quality of life – QOL)

W związku z rozwojem interdyscyplinarnego podejścia do problemu starzenia się społeczeństwa coraz częściej podejmowana jest tematyka jakości życia osób starszych. W naukach medycznych pojęcie jakości życia definiowane jest jako stan pomyślności, który stanowi połączenie zdolności wykonywania codziennych aktywności uwarunkowanej fizyczną, społeczną i psychologiczną satysfakcją oraz kontroli nad przebiegiem choroby i leczenia [89]. Uznaje się, iż w geriatricznym wysokiej jakości życia jest głównym wyznacznikiem pomyślnego starzenia się, które oznacza zachowanie dobrego stanu zdrowia, uczestniczenie w życiu społecznym [90]. W nawiązaniu do wysokiej jakości życia osób starszych Światowa Organizacja Zdrowia wprowadziła pojęcie „aktywnego starzenia się”. Odnosi się ono nie tylko do aktywności fizycznej czy zawodowej osób starszych, ale także do ich aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym, kulturowym, gospodarczym czy obywatelskim. Kluczowym elementem tego procesu jest utrzymanie samodzielności osób starszych oraz promowanie wśród nich potrzeby zachowania zdrowia i integracji społecznej [91]. Według Gurkovej na jakość życia osób starszych wpływa wiele czynników, począwszy od stanu zdrowia i zdolności radzenia sobie z czynnościami dnia codziennego, po otrzymywane wsparcie formalne i nieformalne oraz zdolność akceptacji zmieniających się ról społecznych. Do najważniejszych wyznaczników jakości życia w wieku podeszłym autorka zalicza zachowanie zdolności samoobsługi, brak bólu, utrzymanie funkcji poznawczych i zdolności sensorycznych, a także odpowiedni system wsparcia społecznego [92]. Wiele dotychczasowych badań potwierdza, iż głównym wyznacznikiem wysokiej jakości życia jest zachowanie dobrego zdrowia i sprawności. Według Mollaoğlu i wsp. niepełnosprawność ruchowa jest głównym czynnikiem warunkującym pogorszenie jakości życia u osób starszych. Autorzy wykazali również związek poziomu jakości życia z wiekiem, poziomem wykształcenia oraz ogólnym postrzeganiem swojego stanu zdrowia [93]. Yümin i wsp. dokonali oceny czynników determinujących jakość życia u 122 osób mających powyżej 65 lat. Autorzy stwierdzili korelację między poziomem jakości życia a niezależnością w zakresie podstawowych czynności dnia codziennego, a także zdolnością do zachowania równowagi przy poruszaniu się oraz koniecznością korzystania z pomocy ortopedycznych w codziennym funkcjonowaniu.

Przedstawiając otrzymane wyniki, autorzy podkreślili konieczność wprowadzania treningów równowagi i mobilności funkcjonalnej do programów usprawniania osób starszych w celu poprawy ich niezależności funkcjonalnej warunkującej wyższy poziom jakości życia [94]. Kurowska i Kajut zbadały zależność między samodzielnością w zakresie podstawowych czynności dnia codziennego, ocenioną za pomocą skali Barthel, a poziomem jakości życia, ocenionym przy użyciu skali WHOQOL, w odniesieniu do osób starszych mieszkających w domach pomocy społecznej. Przeprowadzona analiza wykazała, iż osoby charakteryzujące się większą zależnością od innych w wykonywaniu czynności dnia codziennego cechują się niższym poziomem jakości życia we wszystkich dziedzinach ocenianych przy pomocy skali WHOQOL. Autorki zaobserwowały jednak najsilniejszy związek wyników uzyskanych w skali Barthel z fizyczną dziedziną jakości życia [95]. Podobne wyniki uzyskali także Baernholdt i wsp., którzy wykazali, że jakość życia osób w wieku powyżej 65 lat warunkowana jest przez zdolność wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego, a także przez obecność zaburzeń poznawczych, problemów z pamięcią oraz depresji [96]. Podkreśla się również związek jakości życia z poziomem aktywności osób starszych w młodości. Marchewka i Jungiewicz wykazali, iż osoby w wieku 55–64 lata, które przed 35 rokiem życia podejmowały systematyczną aktywność fizyczną, lepiej oceniają swój stan zdrowia i zdolność wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego, co przekłada się na zwiększenie poziomu jakości ich życia [97]. Obok znaczenia sprawności funkcjonalnej coraz częściej podkreśla się również wpływ czynników psychologicznych na postrzeganie własnego życia przez osoby starsze. Sosnowska do czynników tych zaliczyła samoświadomość, samoakceptację oraz samorozwój, które wzajemnie się uzupełniają i warunkują poczucie sensu życia. Autorka określiła również potencjalne przyczyny niskiej jakości życia seniorów. Jedną z nich jest negatywne nastawienie otoczenia do osób starszych i ich stereotypizacja, co może skutkować doświadczaniem dyskryminacji, spadkiem samooceny i zmniejszeniem chęci do prowadzenia aktywnego życia. Za inną przyczynę tego zjawiska autorka uznała osłabienie relacji interpersonalnych, powodowane śmiercią bliskich czy zmianą statusu zawodowego. Wśród pozostałych czynników negatywnie wpływających na jakość życia osób starszych wskazała lęki dotyczące możliwości poradzenia sobie w codziennych sytuacjach, statusu materialnego, stanu zdrowia, jak również obawy związane z przemijaniem i zbliżającą się śmiercią.

Okres starości, mimo często występujących problemów i wyzwania, może łączyć się z odczuwaniem zadowolenia z życia i z wysoką tego życia jakością. Złożoność procesu starzenia i wzajemne przenikanie się poszczególnych jego aspektów wymaga opracowania skutecznych

metod oceny pacjentów, obejmujących wszystkie obszary życia. Efektywność działań na tym polu może zapewnić jedynie wspólne zaangażowanie specjalistów wielu dziedzin nauki oraz indywidualne podejście do pacjenta z uwzględnieniem jego mocnych i słabych stron. Tylko przyjęcie takiej perspektywy umożliwi opracowanie i wdrożenie zindywidualizowanego planu usprawniania osoby starszej i opieki nad nią i da podstawy budowania profesjonalnej opieki geriatrycznej [98].

2. Cel pracy

Celem pracy jest ocena poziomu niesamodzielności i jakości życia osób starszych wymagających pomocy w czynnościach życia codziennego na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia.

Po jego sformułowaniu postawiono następujące pytania badawcze:

1. Jaki jest poziom niesamodzielności badanej grupy?
2. Które obszary związane z aktywnością i uczestnictwem stwarzają badanym osobom największe problemy?
3. Jaka jest jakość życia badanej grupy w zależności od stopnia niesamodzielności oraz które obszary aktywności i uczestniczenia opisane za pomocą wybranych kategorii Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia są najsilniej skorelowane z poszczególnymi domenami jakości życia badanych osób?
4. W których obszarach codziennego funkcjonowania niezbędne jest wsparcie osób trzecich?

3. Materiał i metody badań

Badaniem zostało objętych 300 osób w wieku 60 lat i więcej wymagających pomocy w codziennym funkcjonowaniu, zgłoszonych do udziału w projekcie „Profesjonalizacja usług asystenckich i opiekuńczych dla osób niesamodzielnych – nowe standardy kształcenia i opieki”, mieszkających we własnych mieszkaniach na terenie 5 województw: podkarpackiego, śląskiego, wielkopolskiego, mazowieckiego i warmińsko-mazurskiego.

Kryteria włączenia do badania stanowiły:

1. wiek badanych 60 lat i więcej,
2. deficyty w funkcjonowaniu wymagające wsparcia osób trzecich stwierdzone na podstawie zgłoszeń osób starszych lub ich rodzin,
3. zgoda badanego na udział w badaniu.

Kryteria wyłączenia:

1. brak zgody na badanie,
2. osoby przebywające w ośrodkach opieki długoterminowej,
3. osoby poddane opiece paliatywnej.

Badanie zostało przeprowadzone w latach 2018–2019 podczas realizacji projektu „Profesjonalizacja usług asystenckich i opiekuńczych dla osób niesamodzielnych – nowe standardy kształcenia i opieki” (POWER, Oś priorytetowa II Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji, Działanie 2.8 Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym).

Badanie uzyskało zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Rzeszowskiego (Nr 2018/03/03). Wszyscy uczestnicy badania zostali poinformowani o jego celu i przebiegu oraz wyrazili świadomą zgodę na udział w nim.

Narzędzia

Do badania wykorzystano szereg narzędzi, kierując się wskazanymi niżej założeniami.

1. Użyto zestawu kategorii w zakresie aktywności i uczestniczenia według Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF) [99], przedstawionego w tabeli 1.

Wyboru kategorii dokonano na podstawie empirycznych badań 30 osób starszych niesamodzielnych ocenionych na podstawie skali ADL dla różnych poziomów funkcjonowania, weryfikującej trudności w funkcjonowaniu, aktywności i uczestnictwie, jak również identyfikacji czynników środowiskowych. Przeprowadzono także wywiad według Checklist WHO [100, 101]. Przeglądu literatury dokonano w bazach PubMed, Science Direct oraz Scopus z lat 2008–2018 według następujących słów kluczowych: aged, elderly, barriers to adoption, architectonic barriers, environmental barriers, ICF.

Dokonano wyboru 20 kluczowych kategorii aktywności i uczestniczenia niezbędnych do oceny stopnia niesamodzielności osób starszych, a także zestawu narzędzi koniecznych do dokonania oceny funkcjonalnej osoby badanej w każdej kategorii (tabela 2). Każdy obszar z zakresu aktywności i uczestnictwa był oceniany za pomocą kwalifikatora wykonania zgodnie z metodologią opisaną w tabeli 3. Oceny funkcjonowania dokonano przy wykorzystaniu poniżej wymienionych skal i narzędzi:

- skala Katza (Activities of Daily Living; ADL) do oceny podstawowych czynności dnia codziennego [102],
- skala Lawtona (Instrumental Activities of Daily Living; IADL) do oceny złożonych czynności dnia codziennego [103],
- skala Berg (Berg Balance Scale; BBS) do oceny równowagi [104],
- skala Barthel do oceny sprawności funkcjonalnej pacjenta oraz kwalifikacji do opieki długoterminowej [105, 106],
- kwestionariusz WHODAS 2.0 do oceny niesamodzielności [107].
- test „Timed Up and Go” do oceny chodu i ryzyka upadku.

W tabeli 2 przedstawiono powiązanie zastosowanych narzędzi z wybranymi kodami ICF do oceny aktywności i uczestnictwa.

2. Badanie przeprowadzono, stosując punktową ocenę stopnia niesamodzielności ustaloną w fazie I badania pilotażowego.

Przy określaniu stopnia niesamodzielności ocenie podlegały kryteria wyróżnione we wskazanych niżej obszarach.

1. Mobilność – ocenie podlega:

- zmienianie podstawowej pozycji ciała,
- utrzymywanie pozycji ciała,
- przemieszczanie się,
- precyzyjne używanie ręki,
- używanie rąk i ramion,
- chodzenie.

2. Samoobsługa – ocenie podlega:

- mycie się,
- korzystanie z toalety,
- ubieranie się,
- jedzenie,
- picie,
- przygotowywanie posiłków,
- wykonywanie prac domowych.

3. Kształtowanie codziennego życia i kontaktów społecznych – ocenie podlega:

- skupianie uwagi,
- rozwiązywanie problemów,
- podejmowanie decyzji,
- podejmowanie pojedynczego zadania,
- realizowanie dziennego rozkładu zajęć,
- rozmowa,
- podstawowe kontakty międzyludzkie.

W każdym ze wskazanych wyżej trzech obszarów określone zostały kryteria, które podlegały ocenie z zastosowaniem odpowiednich wartości punktowych:

- obszar punktowy 0: brak ograniczeń w aktywności
- obszar punktowy 1: niewielkie ograniczenia w aktywności
- obszar punktowy 2: umiarkowane ograniczenia w aktywności
- obszar punktowy 3: znaczne ograniczenia w aktywności
- obszar punktowy 4: całkowite ograniczenia w aktywności

Tabela 1. Klasyfikacja ICF

Kwalifikatory w klasyfikacji ICF	Zakres problemu w %
XXX.0 Brak problemu	0–4%
XXX.1 Niewielki problem	5–24%
XXX.2 Umiarkowany problem	25–49%
XXX.3 Znaczny problem	50–95%
XXX.4 Całkowity problem	96–100%
XXX.8 Nieokreślony problem	
XXX.9 Nie dotyczy	

W obliczaniu poziomu niesamodzielności zostało także uwzględnione znaczenie (waga) każdego obszaru aktywności dla codziennego funkcjonowania osoby niesamodzielnej, określone w ujęciu procentowym:

- mobilność – waga 30%,
- samoobsługa – waga 50%,
- kształtowanie codziennego życia i kontaktów społecznych – waga 20%.

Na podstawie oceny dokonanej we wskazany wyżej sposób ustalany był stopień niesamodzielności:

1. I stopień niesamodzielności – od 35 do 54 punktów,
2. II stopień niesamodzielności – od 55 do 74 punktów,
3. III stopień niesamodzielności – od 75 do 100 punktów.

Tabela 2. Kategorie ICF do oceny niesamodzielności oraz sposoby pozyskiwania informacji

lp.	Numer kategorii	Nazwa kategorii	Narzędzia do oceny aktywności i uczestnictwa
1.	d410	Zmienianie podstawowej pozycji ciała	skala Berg
2.	d415	Utrzymywanie pozycji ciała	skala Berg
3.	d420	Przemieszczanie się	skala Berg
4.	d440	Precyzyjne używanie ręki	Polecenie zapięcia guzików w koszuli
5.	d445	Używanie rąk i ramion	skala Berg
6.	d450	Chodzenie	test „Timed Up and Go“
7.	d510	Mycie się	skala Barthel
8.	d530	Korzystanie z toalety	skala Barthel
9.	d540	Ubieranie się	skala Barthel
10.	d550	Jedzenie	skala Barthel
11.	d560	Picie	skala Barthel
12.	d630	Przygotowywanie posiłków	skala IADL
13.	d640	Wykonywanie prac domowych	skala IADL
14.	d160	Skupianie uwagi	kwestionariusz WHODAS 2.0 pytanie S6
15.	d175	Rozwiązywanie problemów	kwestionariusz WHODAS 2.0 pytanie D1.3
16.	d177	Podjęcie decyzji	kwestionariusz WHODAS 2.0
17.	d210	Podjęcie pojedynczego zadania	kwestionariusz WHODAS 2.0 pytanie D5.2
18.	d230	Realizowanie dziennego rozkładu zajęć	kwestionariusz WHODAS 2.0 pytanie D5.3
19.	d350	Rozmowa	kwestionariusz WHODAS 2.0 pytanie D1.6
20.	d640	Podstawowe kontakty międzyludzkie	kwestionariusz WHODAS 2.0 pytanie D4.4

3. Wykorzystano kwestionariusz WHOQOL-BREF – narzędzie do oceny jakości życia zarówno dla celów poznawczych, jak i klinicznych.

Wersja BREF (krótka) WHOQOL została skonstruowana na podstawie WHOQOL-100. WHOQOL-BREF pozwala ocenić jakość życia w czterech dziedzinach, w odniesieniu do 14 dni poprzedzających badanie:

- Dziedzina 1: Dziedzina fizyczna – czynności życia codziennego, zależność od leków i leczenia, energia i zmęczenie, mobilność, ból i dyskomfort, wypoczynek i sen oraz zdolność do pracy (7 pytań);
- Dziedzina 2: Dziedzina psychologiczna – wygląd zewnętrzny, negatywne i pozytywne uczucia, samoocena, wiara, myślenie, uczenie się, pamięć, koncentracja (6 pytań);
- Dziedzina 3: Relacje społeczne – związki osobiste, wsparcie społeczne, aktywność seksualna (3 pytania);
- Dziedzina 4: Środowisko – zasoby finansowe, bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne, zdrowie i opieka zdrowotna: dostępność i jakość, środowisko domowe, możliwości zdobywania nowych informacji i umiejętności, możliwości i uczestnictwo w rekreacji i wypoczynku, środowisko fizyczne (zanieczyszczenie, hałas, ruch uliczny, klimat), transport (8 pytań).

Odpowiedzi na zadawane pytania sklasyfikowano według pięciostopniowej skali określającej poziom trudności lub problemu.

Narzędzie zawiera również dwa pytania odnoszące się do ostatnich 30 dni, analizowane oddzielnie, dotyczące indywidualnej ogólnej percepcji jakości życia i indywidualnej ogólnej percepcji własnego zdrowia.

Punktację dla dziedzin ustala się poprzez wyliczenie średniej arytmetycznej z pozycji wchodzących w skład poszczególnych dziedzin. Wyliczone średnie należy pomnożyć przez 4, tak aby uzyskać postać wyników porównywalnych z WHOQOL-100. Uzyskane wyniki dziedzin przelicza się do skali 0–100 (gdzie 0 oznacza bardzo złą jakość życia, a 100 bardzo dobrą jakość życia) [108].

4. Poziom bólu został oceniony za pomocą wizualno-analogowej skali VAS (gdzie 0 oznacza brak bólu, a 10 – ból nie do wytrzymania) oraz na podstawie danych dotyczących chorób przewlekłych zdiagnozowanych przez lekarza u badanych osób.

5. Dodatkowo zebrano dane socjodemograficzne (wiek, płeć, miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie).

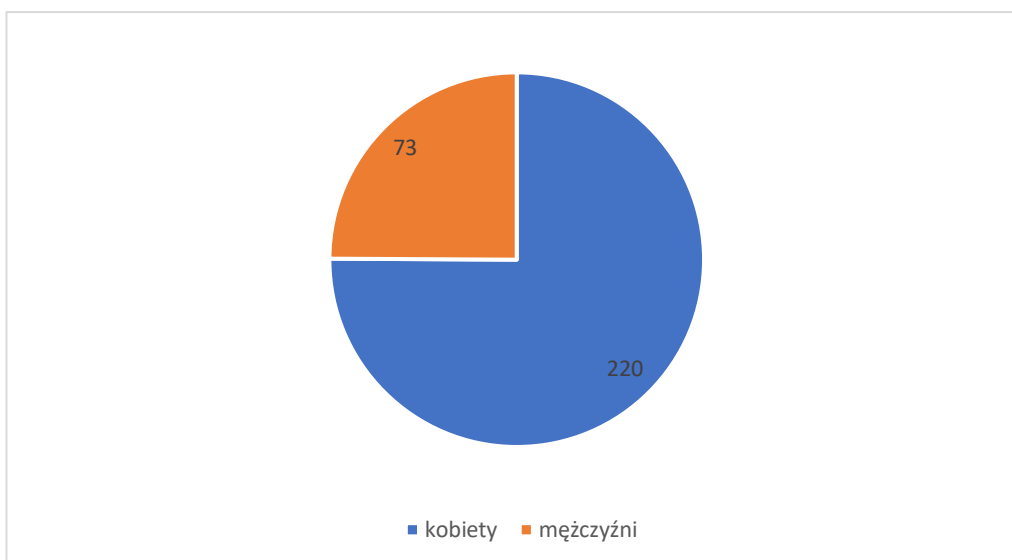
4. Wyniki badań

4.1. Charakterystyka badanej zbiorowości

4.1.1. Charakterystyka ze względu na cechy socjodemograficzne

Badaniem objęto 293 osoby spełniające kryteria włączenia, tj. wiek 60 lat i więcej, deficyty w funkcjonowaniu wymagające wsparcia osób drugich stwierdzone na podstawie zgłoszeń osób starszych lub ich rodzin, zgoda badanego na udział w badaniu.

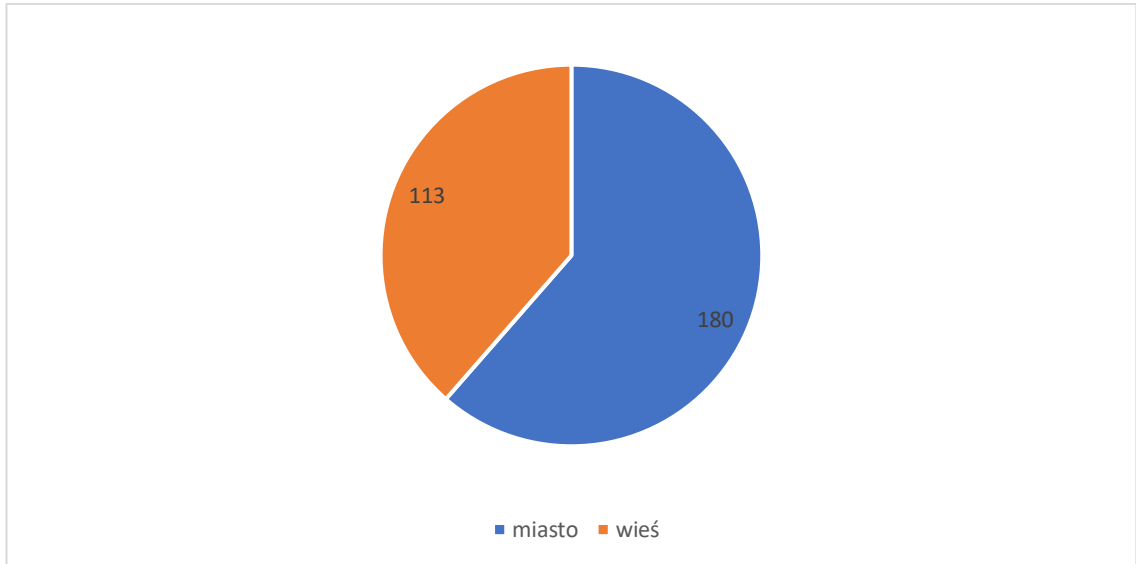
Ponad trzy czwarte badanych stanowiły kobiety (220 osób, 75,09%). Pozostałą grupę stanowili mężczyźni (73 osoby, 24,91%). Rozkład badanej grupy wg płci przedstawiono na wykresie 1.



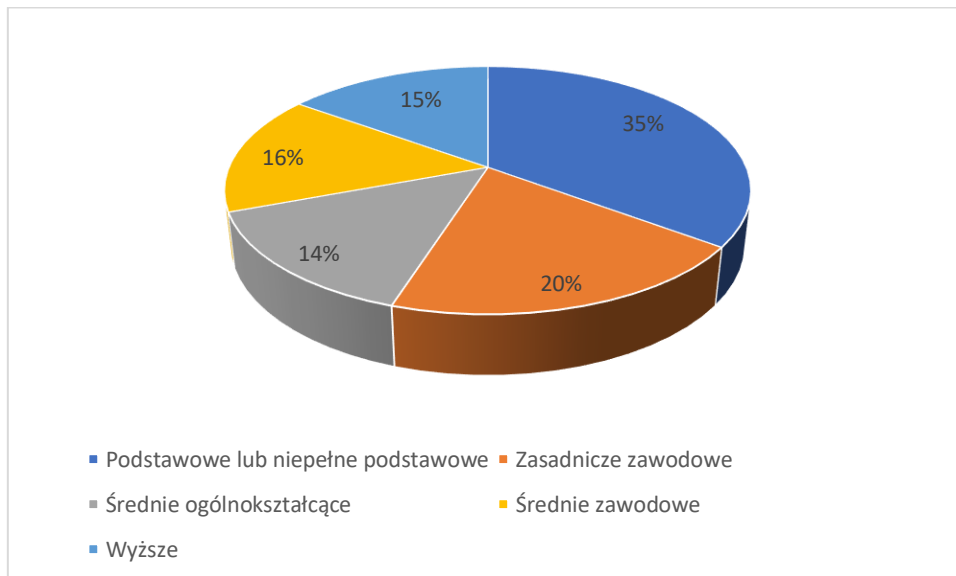
Wykres 1. Rozkład badanej grupy wg płci

Średni wiek badanych wynosił 79,6 roku, zaś przeciętne zróżnicowanie wieku poszczególnych badanych od średniej wynosiło 8,7 roku. Najmłodsza objęta badaniem osoba miała 60 lat, zaś najstarsza 99 lat. Wiek czwartej części badanych osób nie przekroczył 74 lat, połowy z nich 81 lat, zaś 75% badanych miało co najwyżej 86 lat. Przedział ufności (95%) dla wieku badanych mieścił się w zakresie od 78,6 roku do 80,6 roku.

Ponad 60% badanych osób (180 osób, 61,43%) mieszkało w miastach, zaś pozostali badani (113 osób, 38,57%) mieszkali na terenach wiejskich. Rozkład badanej grupy wg miejsca zamieszkania zilustrowano na wykresie 2.



Wykres 2. Rozkład badanej grupy wg miejsca zamieszkania



Wykres 3. Rozkład badanej grupy wg wykształcenia

Rozkład badanej grupy wg wykształcenia przedstawiono na wykresie 3. W badanej zbiorowości dominowały osoby z wykształceniem podstawowym (103 osoby, 35,15%). Nieco mniej liczną grupę stanowili badani z wykształceniem średnim (98 osób, 30,03%), przy czym osoby z wykształceniem średnim zawodowym (46 osób) stanowiły 15,70% badanych, zaś osoby z wykształceniem średnim ogólnokształcącym (42 osoby) – 14,33% badanych. Do pozostałych grup badanych należały osoby mające wykształcenie zasadnicze zawodowe (58 osób, 19,80%) oraz wyższe (44 osoby, 15,02%).

Ze względu na strukturę badanej zbiorowości pod względem wykształcenia do dalszych analiz zastosowano podział na osoby z wykształceniem co najwyżej zasadniczym zawodowym oraz co najmniej średnim.

W badanej grupie dominowały osoby samotne (217 osób, 74,06%), wśród których najliczniejszą podgrupę stanowili wdowy i wdowcy. Osoby żyjące w związkach (małżeńskim bądź partnerskim) stanowiły nieco ponad jedną czwartą badanej zbiorowości (76 osób, 25,94%), przy czym prawie cała podgrupa złożona była z mężatek oraz żonatych (osoby żyjące w związkach partnerskich stanowiły marginalny odsetek). Rozkład badanej grupy wg stanu cywilnego przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Rozkład badanej grupy wg stanu cywilnego

Lp.	Nazwa kategorii	Liczba (n)	Odsetek (%)
1.	kawaler / panna	26	8,87
2.	w separacji	3	1,02
3.	rozводnik / rozводка	12	4,10
4	wdowiec / wdowa	176	60,07
5.	żonaty / zamężna	74	25,26
6.	w związku partnerskim	2	0,68
Razem		293	100,00

Ze względu na strukturę badanej zbiorowości pod względem stanu cywilnego do dalszych analiz zastosowano podział na osoby żyjące samotnie oraz osoby żyjące w związku.

Spośród wszystkich badanych osób 255 (87,03%) wskazało przedział, w jakim znajdują się ich miesięczne dochody. Pozostałe osoby skorzystały z możliwości odmowy udzielenia odpowiedzi (35 osób, 11,95%) bądź też udzieliły odpowiedzi *nie wiem/ trudno powiedzieć* (3 osoby, 1,02%). Rozkład badanej grupy wg deklarowanych dochodów zaprezentowano w tabeli 4.

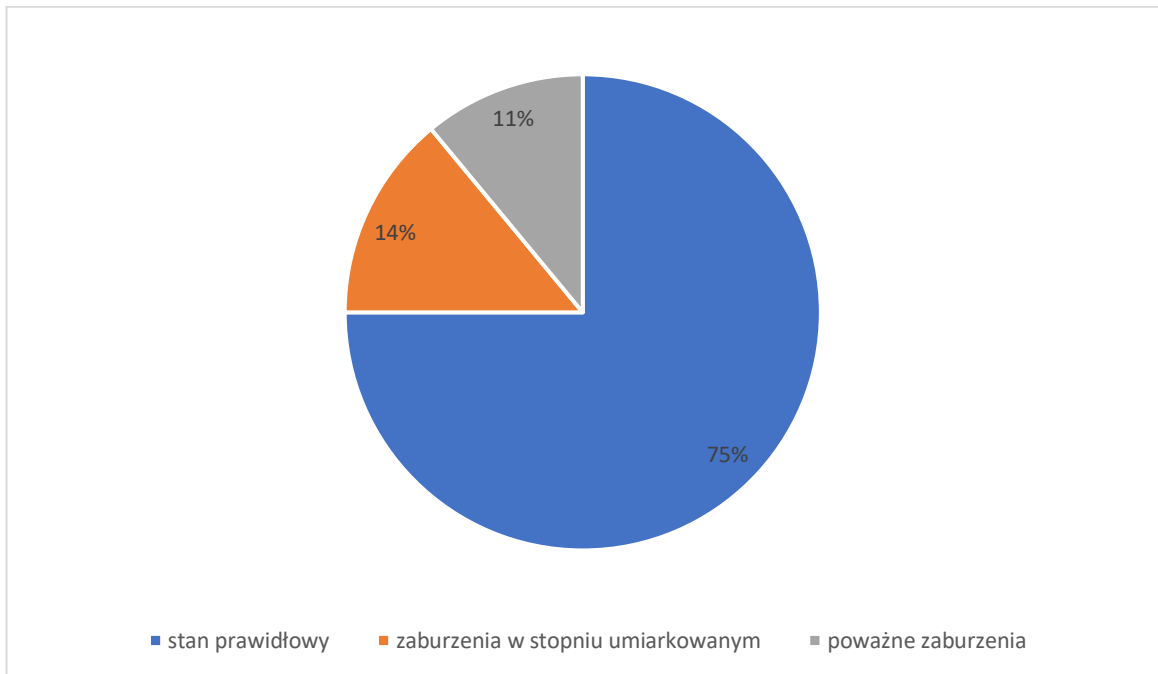
Tabela 4. Rozkład badanej grupy wg deklarowanych miesięcznych dochodów

Lp.	Nazwa kategorii	Liczba (n)	Odsetek (%)
1.	do 1000 zł	36	14,12%
2.	od 1001 do 1500 zł	108	42,35%
3.	od 1501 do 2000 zł	70	27,45%
4.	od 2001 do 2500 zł	25	9,80%
5.	od 2501 do 3000 zł	11	4,31%
6.	od 3001 do 3500 zł	5	1,96%
Razem		255	100,00%

Wśród osób, które wskazały przedział dochodowy, największy odsetek, tj. ponad 40%, deklarował dochody w przedziale od 1000 zł do 1500 zł. Drugą co do liczności podgrupą były natomiast osoby, których deklarowany dochód znajdował się w przedziale 1500–2000 zł. Dochody do 1000 zł zadeklarowało nieco ponad 14%, zaś 2000 zł i więcej – ponad 16% osób z analizowanej podgrupy.

4.1.2. Charakterystyka ze względu na sytuację zdrowotną

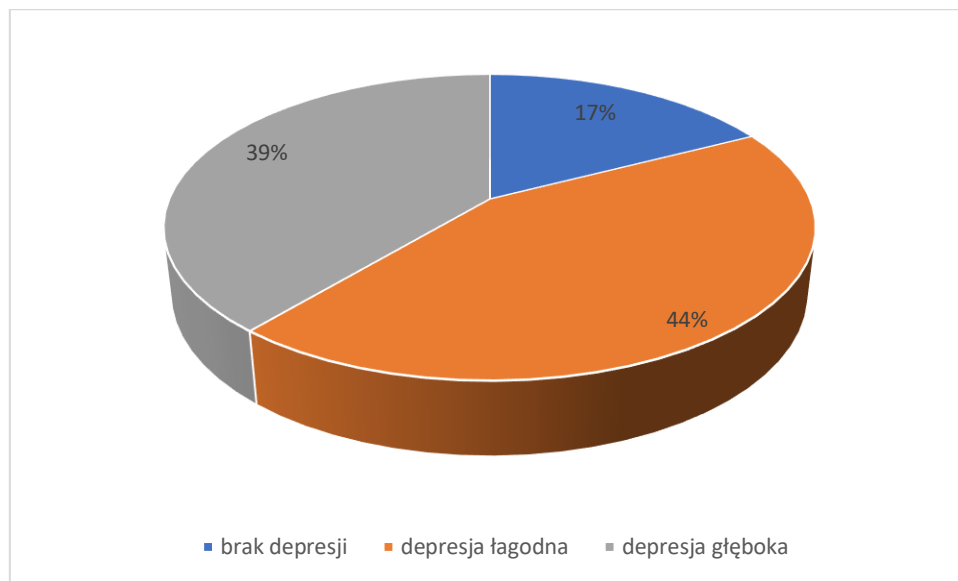
Rozkład badanej grupy wg stanu poznawczego mierzonego za pomocą Skróconego testu sprawności umysłowej (AMTS) zaprezentowano na wykresie 4.



Wykres 4. Rozkład badanej grupy wg stanu poznawczego

U większości badanych stwierdzono prawidłowy stan poznawczy (220 osób, 75,09%). Pozostałą grupę stanowiły osoby z zaburzeniami funkcji poznawczych, w tym u 14% występowały zaburzenia w stopniu umiarkowanym, a u 11% w stopniu ciężkim.

Rozkład badanej grupy wg występowania depresji mierzonej za pomocą Geriatrycznej skali oceny depresji (GDS) zaprezentowano na wykresie 5.



Wykres 5. Rozkład badanej grupy wg występowania i stopnia depresji

Brak depresji mierzonej za pomocą GDS odnotowano jedynie u mniej niż jednej na pięć osób (51 osób, 17,41%). Depresję łagodną stwierdzono u ponad dwóch na pięć badanych osób (128 osób, 43,69%), zaś głęboką – w pozostałej części badanej zbiorowości (114 osób, 38,91%).

Średnia liczba zdiagnozowanych chorób przewlekłych w badanej grupie wynosiła 8, zaś przeciętne zróżnicowanie liczby chorób u poszczególnych badanych od średniej wynosiło 4. Liczba zdiagnozowanych chorób dla czwartej części badanych osób nie przekroczyła 5, dla połowy z nich 8, zaś 75% badanych miało co najwyżej 11 schorzeń. Przedział ufności (95%) dla liczby zdiagnozowanych chorób mieścił się w zakresie od 7 do 8 chorób.

Rozkład badanej grupy wg zdiagnozowanych chorób przewlekłych i problemów zdrowotnych przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 5. Rozkład badanej grupy wg zdiagnozowanych chorób zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10)

Lp.	Choroby	Kod ICD	Liczba (n)	Odsetek (%)
1.	Choroba wieńcowa	I25.1	123	41,98
2.	Zawał serca lub przewlekłe konsekwencje zawału	I21	40	13,65
3.	Nadciśnienie	I10	205	69,97
4.	Miażdżyca	I70	127	43,34
5.	Udar mózgu lub przewlekłe konsekwencje	I60–I64	55	18,77
6.	Cukrzyca	E10	66	22,53
7.	Osteoporoza	M81	104	35,49
8.	Choroba zwyrodnieniowa stawów obwodowych np. kolanowych, biodrowych	M15	179	61,09
9.	Choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa	M47	170	58,02
10.	Bóle kręgosłupa w dolnej partii pleców (odcinek lędźwiowy)	M54.5	177	60,41
11.	Bóle kręgosłupa w środkowej partii pleców (odcinek piersiowy)	M54.6	123	41,98
12.	Bóle szyi lub karku (odcinek szyjny)	M54.2	134	45,73
13.	Choroba reumatyczna	I00	123	41,98
14.	Alergia	T78.4	48	16,38
15.	Choroba nowotworowa	C	51	17,41
16.	Astma	J45.0	45	15,36
17.	Przewlekłe zapalenie oskrzeli, przewlekła obturacyjna (zaporowa) choroba płuc (POChP), rozedma płuc	J44.0	35	11,95
18.	Marskość wątroby	K74	7	2,39
19.	Choroba wrzodowa żołądka	K28	40	13,65
20.	Nietrzymanie moczu	R32	127	43,34
21.	Silne bóle głowy (migrena)	G43	67	22,87
22.	Depresja	F33	81	27,65
23.	Choroby prostaty (mężczyźni)	N41	39	53,42

Do najczęściej zdiagnozowanych chorób przewlekłych w badanej zbiorowości należały nadciśnienie (205 osób, 69,97%), choroba zwyrodnieniowa stawów obwodowych (179 osób, 61,09%) oraz bóle w odcinku lędźwiowym kręgosłupa (177 osób, 60,41%). Należy zauważyć, iż ponad połowa mężczyzn miała choroby prostaty (39 osób, 53,42%).

Średnia wartość poziomu bólu w badanej grupie w skali od 0 do 10, mierzonego za pomocą skali VAS, wynosiła 6,2, zaś przeciętne zróżnicowanie u poszczególnych badanych od średniej wynosiło 2,4. Poziom bólu dla czwartej części badanych osób nie przekroczył 5, dla połowy z nich 6, zaś dla 75% badanych wynosił co najwyżej 8. Przedział ufności (95%) dla poziomu bólu mieścił się w zakresie od 5,9 do 6,4.

Rozkład badanej grupy wg liczby zażywanych leków przedstawiono w tabeli 6.

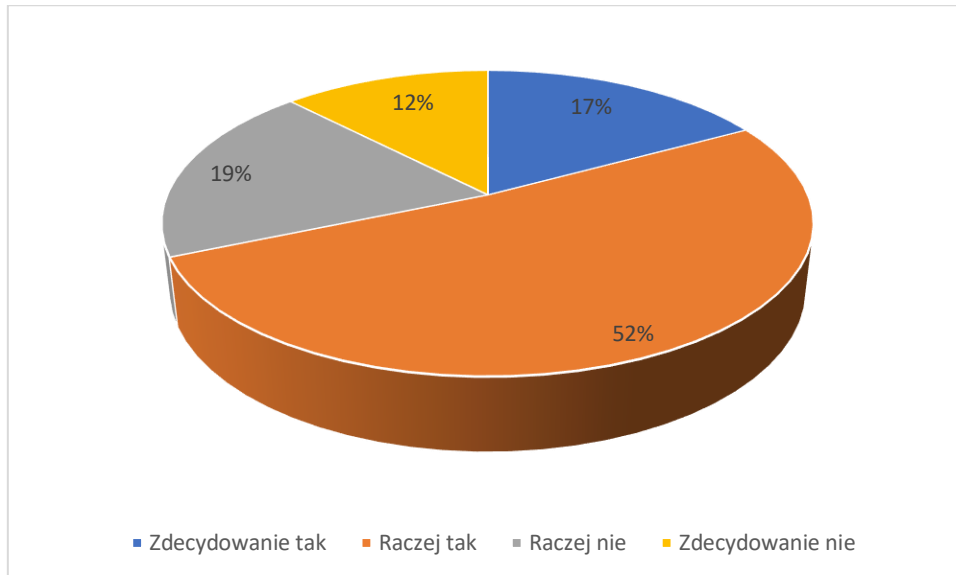
Tabela 6. Rozkład badanej grupy wg liczby zażywanych leków

Lp.	Liczba leków	Liczba (n)	Odsetek (%)
1.	0	6	2,05
2.	1	11	3,75
3.	2	27	9,22
4.	3	44	15,02
5.	4 i więcej	205	69,97

W badanej grupie zdecydowanie dominowały osoby, które deklarowały zażywanie minimum 4 leków (205 osób, 69,97%).

4.1.3. Charakterystyka ze względu na ocenę czynników środowiska związanych z funkcjonowaniem badanych osób

Rozkład badanej grupy wg oceny dostosowania wnętrza miejsca zamieszkania do potrzeb funkcjonalnych przedstawiono na wykresie 6.

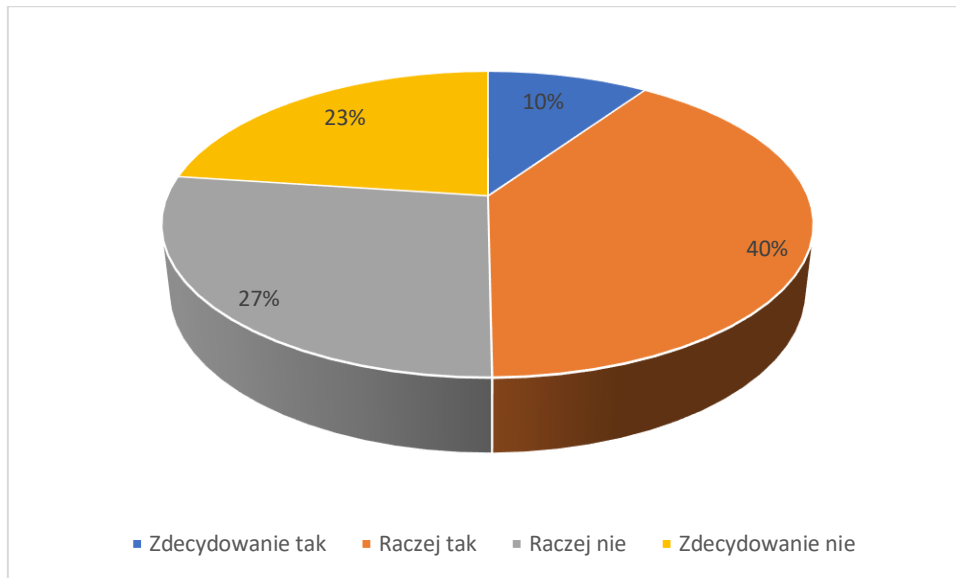


Wykres 6. Rozkład badanej grupy wg oceny dostosowania wnętrza miejsca zamieszkania do potrzeb funkcjonowania

Prawie 70% badanych zadeklarowało, iż miejsce zamieszkania jest dostosowane do ich potrzeb funkcjonalnych, przy czym zdecydowana większość (151 osób, 51,54%) udzieliła odpowiedzi *raczej tak*, natomiast odpowiedzi *zdecydowanie tak* udzieliło 50 osób, tj. 17,06% badanych. Pozostali badani udzieliли odpowiedzi przeczącej.

Ze względu na strukturę badanej zbiorowości odnośnie do oceny dostosowania wnętrza miejsca zamieszkania do potrzeb, do dalszych analiz zastosowano podział na ocenę pozytywną (dostosowane) oraz negatywną (niedostosowane).

Rozkład badanej grupy wg oceny dostosowania otoczenia miejsca zamieszkania do potrzeb związanych z funkcjonowaniem przedstawiono na wykresie 7.

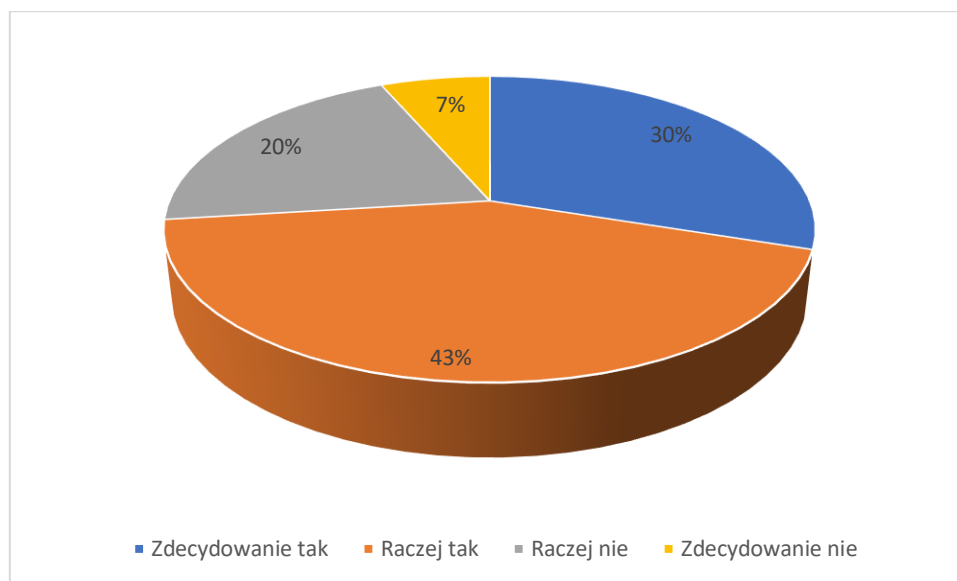


Wykres 7. Rozkład badanej grupy wg oceny dostosowania otoczenia miejsca zamieszkania do potrzeb funkcjonowania

Prawie połowa badanych zadeklarowała, iż otoczenie miejsca zamieszkania jest dostosowane do ich potrzeb, przy czym zdecydowana większość (118 osób, 40,27%) udzieliła odpowiedzi *raczej tak*, natomiast odpowiedzi *zdecydowanie tak* udzieliło 28 osób, tj. 9,56% badanych. Pozostali badani udzieliли odpowiedzi przeczącej.

Ze względu na strukturę badanej zbiorowości odnośnie do oceny dostosowania otoczenia miejsca zamieszkania do potrzeb, do dalszych analiz zastosowano podział na ocenę pozytywną (dostosowane) oraz negatywną (niedostosowane).

Strukturę badanych ze względu na ocenę możliwości otrzymania pomocy ze strony najbliższego otoczenia przedstawiono na wykresie 8.



Wykres 8. Struktura badanych ze względu na ocenę możliwości otrzymania pomocy ze strony najbliższego otoczenia

Prawie trzy czwarte badanych odpowiedziało twierdząco na pytanie o możliwość otrzymania pomocy ze strony najbliższego otoczenia, przy czym zdecydowana większość (126 osób, 43,00%) udzieliła odpowiedzi *raczej tak*, natomiast odpowiedzi *zdecydowanie tak* udzieliło 88 osób, tj. 30,03% badanych. Pozostali badani udzielili odpowiedzi przeczącej.

Ze względu na strukturę badanej zbiorowości odnośnie do oceny możliwości otrzymania pomocy ze strony najbliższego otoczenia, do dalszych analiz zastosowano podział na ocenę pozytywną oraz negatywną.

Jedynie nieco ponad 20% badanych zadeklarowało aktywność społeczną (63 osoby, 21,50%) rozumianą jako m.in. uczestnictwo w różnych zorganizowanych grupach społecznych, takich jak wspólnota wyznaniowa, stowarzyszenia społeczne, grupy hobbystyczne itd.

Korzystanie z pomocy MOPS/GOPS zadeklarowało 46 osób, tj. 15,70% ogółu badanych.

4.1.4. Charakterystyka ze względu na ocenę jakości życia badanych osób

Oceny jakości życia w badanej zbiorowości dokonano za pomocą kwestionariusza WHOQOL-BREF.

Średnia ocena ogólnej jakości życia badanych wynosiła 48,24 punktu, zaś przeciętne zróżnicowanie ocen dokonanych przez poszczególnych badanych od średniej wynosiło 11,16 punktu. Czwarta część badanych osób oceniła swoją jakość życia na nie więcej niż 40,75 punktu, połowa z nich na nie więcej niż 48,50 punktu, zaś ocena 75% badanych nie przekraczała 56,50 punktu. Przedział ufności (95%) dla ogólnej oceny jakości życia badanych mieścił się w zakresie od 46,96 do 49,52 punktu.

Rozkład badanej grupy wg oceny jakości życia w poszczególnych domenach przedstawiono w tabeli 7.

Tabela 7. Rozkład badanej grupy wg oceny jakości życia w badanej zbiorowości w poszczególnych domenach

Domena	Parametr						
	Średnia	SD	Mediana	95% CI		Min	Max
Domena somatyczna	33,91	33,91	31,00	32,09	35,73	0,00	81,00
Domena psychologiczna	49,83	49,83	50,00	48,10	51,56	0,00	94,00
Domena socjalna	55,67	55,67	56,00	53,55	57,79	0,00	100,00
Domena środowiskowa	53,55	53,55	50,00	52,27	54,83	25,00	94,00

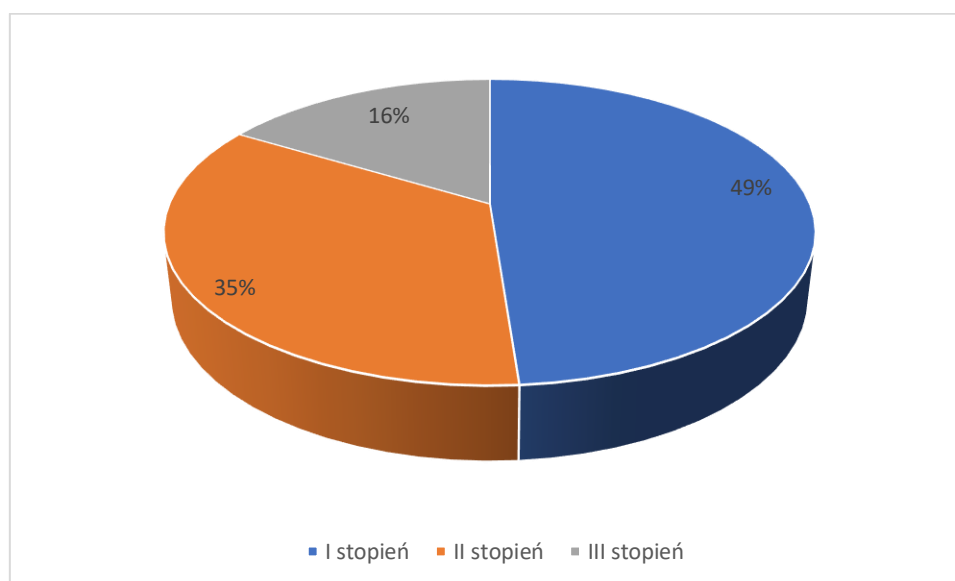
Z informacji zestawionych w tabeli 5 wynika, iż badani najwyżej oceniają jakość życia w domenie socjalnej, obejmującej relacje społeczne (średnia 55,67 punktu), i nieznacznie niżej w domenie środowiskowej (średnia 53,55 punktu). Trzecią pod względem oceny jakości życia była domena psychologiczna – średnia ocena jakości życia w tej domenie wynosiła 49,83 punktu. Zdecydowanie najniżej oceniona została jakość życia w obszarze fizycznym – średnia liczba punktów w tej domenie wynosiła 33,91 punktu.

4.2. Ocena wyników uzyskanych w poszczególnych obszarach aktywności i uczestnictwa na podstawie narzędzia opartego na ICF

Za pomocą narzędzia zawierającego autorski zestaw kategorii przygotowany na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF) dokonano oceny poziomu niesamodzielnosci w sferze mobilności, samoobsługi oraz kształtowania życia codziennego i kontaktów społecznych, jak również ogólnego poziomu niesamodzielnosci badanych osób oraz zdefiniowano obszary najbardziej problematyczne.

Na podstawie opisanego w Metodologii narzędzia dokonano ogólnej oceny poziomu niesamodzielnosci. Średnia ocena poziomu niesamodzielnosci (w skali od 0 do 100) w badanej grupie wynosiła 58,49 punktu, zaś przeciętne różnicowanie ocen uzyskanych przez poszczególnych badanych od średniej wynosiło 15,66 punktu. Dla czwartej części badanych osób liczba uzyskanych punktów nie przekroczyła 45,89, dla połowy z nich 55,18, zaś 75% badanych miało co najwyżej 68,39 punktu. Przedział ufności (95%) dla otrzymanych ocen mieścił się w zakresie od 56,69 do 60,30 punktu.

Na podstawie przyjętych założeń każdej z badanych osób przypisano jeden z trzech stopni niesamodzielnosci. Rozkład badanej grupy wg stopnia niesamodzielnosci przedstawiono na wykresie 9.



Wykres 9. Rozkład badanej grupy wg stopnia niesamodzielnosci

Najliczniejszą podgrupę stanowiły osoby, u których stwierdzono I stopień niesamodzielnosci (143 osoby, 48,81%). Średnio co trzecia badana osoba została zaliczona do grupy z II stopniem niesamodzielnosci (102 osoby, 34,81%). Najmniej liczną grupę stanowili natomiast badani z III stopniem niesamodzielnosci (48 osób, 16,38%).

Zastosowane narzędzie pozwoliło na dokonanie oceny poziomu niesamodzielnosci w obszarze mobilności (w skali od 0 do 30). Średnia ocena poziomu niesamodzielnosci w tym obszarze w badanej grupie wynosiła 17,44 punktu, zaś przeciętne zróżnicowanie ocen uzyskanych przez poszczególnych badanych od średniej wynosiło 5,77 punktu. Dla czwartej części badanych osób liczba uzyskanych punktów nie przekroczyła 13,75, dla połowy z nich 16,25, zaś 75% badanych miało co najwyżej 21,25 punktu. Przedział ufności (95%) dla otrzymanych ocen mieścił się w zakresie od 16,77 do 18,10 punktu.

Dokonano ponadto porównawczej oceny poziomu niesamodzielnosci w obszarze mobilności osób z różnymi stopniami niesamodzielnosci. Rozkład badanej grupy wg niesamodzielnosci i mobilności przedstawiono w tabeli 8.

Tabela 8. Rozkład badanej grupy wg stopnia niesamodzielnosci i mobilności

Stopień niesamodzielnosci	Parametr							p *
	Średnia	SD	Mediana	95% CI		Min	Max	
I	13,36	3,25	13,75	12,82	13,89	1,25	20,00	<0,001 ¹⁾
II	19,12	3,71	18,75	18,39	19,85	8,75	30,00	
III	26,02	3,63	26,25	24,96	27,07	17,50	30,00	

¹⁾ Test Kruskala-Wallisa

Z informacji zestawionych w tabeli 9 wynika, że najwyższy średni poziom niesamodzielnosci w obszarze mobilności charakteryzował osoby posiadające III stopień, najniższy zaś – I stopień niesamodzielnosci. Różnice pomiędzy poszczególnymi grupami w poziomie niesamodzielnosci w obszarze mobilności okazały się statystycznie istotne na poziomie istotności $p < 0,001$.

Dokonano dodatkowej oceny każdej z sześciu kategorii wpływających na ocenę niesamodzielności w obszarze mobilności. Wyniki przedstawiono w tabeli 9.

Tabela 9. Rozkład badanej grupy wg kategorii z zakresu mobilności w zależności od stopnia niesamodzielności

Kryterium	Parametr								
	Stopień niesamodzielności	Średnia	SD	Mediana	95% CI		Min	Max	p^*
Zmiana podstawowej pozycji ciała	I	1,63	0,66	2,00	1,52	1,74	0,00	4,00	<0,001 ¹⁾
	II	2,25	0,81	2,00	2,09	2,40	0,00	4,00	
	III	3,52	0,85	4,00	3,27	3,77	1,00	4,00	
Utrzymanie pozycji ciała	I	1,91	0,80	2,00	1,78	2,04	0,00	4,00	<0,001 ¹⁾
	II	2,65	0,84	3,00	2,48	2,81	0,00	4,00	
	III	3,69	0,55	4,00	3,53	3,85	2,00	4,00	
Przemieszczenie się	I	1,64	0,64	2,00	1,54	1,75	0,00	3,00	<0,001 ¹⁾
	II	2,43	0,79	2,50	2,28	2,59	0,00	4,00	
	III	3,33	0,81	3,50	3,10	3,57	1,00	4,00	
Precyzyjne używanie ręki	I	1,56	1,06	1,00	1,38	1,73	0,00	4,00	<0,001 ¹⁾
	II	2,63	1,03	3,00	2,42	2,83	0,00	4,00	
	III	3,52	0,74	4,00	3,30	3,74	1,00	4,00	
Używanie rąk i ramion	I	1,57	0,82	2,00	1,44	1,71	0,00	4,00	<0,001 ¹⁾
	II	2,32	1,06	2,00	2,11	2,53	0,00	4,00	
	III	2,96	1,49	4,00	2,53	3,39	0,00	4,00	
Chodzenie	I	2,37	0,84	2,00	2,23	2,51	0,00	4,00	<0,001 ¹⁾
	II	3,02	0,70	3,00	2,88	3,16	1,00	4,00	
	III	3,79	0,41	4,00	3,67	3,91	3,00	4,00	

¹⁾ Test Kruskala-Wallis

Z informacji zestawionych w tabeli 9 wynika, że dla każdego z kryteriów, podobnie jak miało to miejsce w przypadku łącznych wyników charakteryzujących obszar mobilności w grupach z wyższym stopniem niesamodzielności, odnotowano statystycznie istotne wyższe wartości poziomu niesamodzielności w obszarze mobilności.

Dodatkowo wskazano najbardziej problematyczne obszary dla osób należących do poszczególnych podgrup w zależności od stopnia niesamodzielności w każdym z obszarów mających wpływ na poziom mobilności.

Rozkład badanej grupy wg kategorii z zakresu mobilności dla I stopnia niesamodzielności przedstawiono w tabeli 10.

Tabela 10. Rozkład badanej grupy wg kategorii z zakresu mobilności dla I stopnia niesamodzielności

Kryterium	Średnia	Ograniczenia									
		Brak		Niewielkie		Umiarkowane		Znaczne		Całkowite	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Chodzenie	2,37	3	2,10%	16	11,19%	57	39,86%	59	41,26%	8	5,59%
Utrzymanie pozycji ciała	1,91	8	5,59%	25	17,48%	86	60,14%	20	13,99%	4	2,80%
Przemieszczanie się	1,64	5	3,50%	49	34,27%	81	56,64%	8	5,59%	0	0,00%
Zmiana podstawowej pozycji ciała	1,63	5	3,50%	51	35,66%	80	55,94%	6	4,20%	1	0,70%
Używanie rąk i ramion	1,57	11	7,69%	57	39,86%	58	40,56%	16	11,19%	1	0,70%
Precyzyjne używanie ręki	1,56	22	15,38%	52	36,36%	43	30,07%	19	13,29%	7	4,90%

Rozkład badanej grupy wg kategorii z zakresu mobilności dla II stopnia niesamodzielności przedstawiono w tabeli 11.

Tabela 11. Rozkład badanej grupy wg kategorii w zakresie mobilności dla II stopnia niesamodzielności

Kryterium	Średnia	Ograniczenia									
		Brak		Niewielkie		Umiarkowane		Znaczne		Całkowite	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Chodzenie	3,02	0	0,00	1	0,98	21	20,59	55	53,92	25	24,51
Utrzymanie pozycji ciała	2,65	2	1,96	3	2,94	39	38,24	43	42,16	15	14,71
Precyzyjne używanie ręki	2,63	4	3,92	8	7,84	32	31,37	36	35,29	22	21,57
Przemieszczanie się	2,43	2	1,96	8	7,84	41	40,20	46	45,10	5	4,90
Używanie rąk i ramion	2,32	7	6,86	14	13,73	31	30,39	39	38,24	11	10,78
Zmiana podstawowej pozycji ciała	2,25	1	0,98	15	14,71	50	49,02	30	29,41	6	5,88

Analogiczne zestawienie kategorii decydujących o ocenie w zakresie mobilności dla osób z III stopniem niesamodzielności przedstawiono w tabeli 12.

Tabela 12. Rozkład badanej grupy wg kategorii w zakresie mobilności dla III stopnia niesamodzielności

Kryterium	Śre- dnia	Ograniczenia									
		Brak		Niewielkie		Umiarkowane		Znaczne		Całkowite	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Chodzenie	3,79	0	0,00	0	0,00	0	0,00	10	20,83	38	79,17
Utrzymanie pozycji ciała	3,69	0	0,00	0	0,00	2	4,17	11	22,92	35	72,92
Zmiana podstawowej pozycji ciała	3,52	0	0,00	3	6,25	2	4,17	10	20,83	33	68,75
Precyzyjne używanie ręki	3,52	0	0,00	1	2,08	4	8,33	12	25,00	31	64,58
Przemieszczanie się	3,33	0	0,00	2	4,17	4	8,33	18	37,50	24	50,00
Używanie rąk i ramion	2,96	7	14,58	2	4,17	5	10,42	6	12,50	28	58,33

Stwierdzono, że niezależnie od stopnia niesamodzielności największe trudności w badanej grupie występowały w przypadku chodzenia i utrzymywania pozycji ciała.

Analogicznie dokonano oceny poziomu niesamodzielności w obszarze samoobsługi (w skali od 0 do 50). Średnia ocena poziomu niesamodzielności w tym obszarze w badanej grupie wynosiła 29,28 punktu, zaś przeciętne zróżnicowanie uzyskanych ocen przez poszczególnych badanych od średniej wynosiło 8,78 punktu. Dla czwartej części badanych osób liczba uzyskanych punktów nie przekroczyła 23,21, dla połowy z nich 26,79, zaś 75% badanych miało co najwyżej 33,93 punktu. Przedział ufności (95%) dla otrzymanych ocen mieścił się w zakresie od 28,27 do 30,29 punktu.

Dokonano ponadto porównawczej oceny poziomu niesamodzielnosci w obszarze samoobslugi osob z roznymi stopniami niesamodzielnosci. Rozklad badanej grupy wg stopnia niesamodzielnosci i samoobslugi przedstawiono w tabeli 13.

Tabela 13. Rozklad badanej grupy wg stopnia niesamodzielnosci i samoobslugi

Stopień niesamodzielnosci	Parametr							
	Średnia	SD	Mediana	95% CI		Min	Max	<i>p</i> *
I	22,41	3,69	23,21	21,81	23,02	8,930	30,36	<0,001 ¹⁾
II	31,97	4,32	32,14	31,12	32,82	19,64	44,64	
III	44,01	4,11	44,64	42,82	45,20	35,71	50,00	

¹⁾ Test Kruskala-Wallisa

Z informacji zestawionych w tabeli 13 wynika, że najwyższy średni poziom niesamodzielnosci w obszarze samoobslugi charakteryzował osoby posiadające III stopień niesamodzielnosci, najniższy zaś – te o I stopniu niesamodzielnosci. Różnice pomiędzy poszczególnymi grupami w poziomie niesamodzielnosci w obszarze samoobslugi okazały się statystycznie istotne na poziomie istotności $p < 0,001$.

Dokonano dodatkowej oceny każdej z siedmiu kategorii wpływających na ocenę niesamodzielności w obszarze samoobsługi. Wyniki przedstawiono w tabeli 14.

Tabela 14. Rozkład badanej grupy wg kategorii z zakresu samoobsługi w zależności od stopnia niesamodzielności

Kryterium	Parametr								
	Stopień niesamodzielności	Średnia	SD	Mediana	95% CI		Min	Max	p^*
Mycie się	I	1,80	0,58	2,00	1,70	1,89	0,00	3,00	<0,001 ¹⁾
	II	2,68	0,63	3,00	2,55	2,80	1,00	4,00	
	III	3,83	0,38	4,00	3,72	3,94	3,00	4,00	
Korzystanie z toalety	I	1,21	0,57	1,00	1,12	1,30	0,00	3,00	<0,001 ¹⁾
	II	2,18	0,74	2,00	2,03	2,32	0,00	4,00	
	III	3,46	0,65	4,00	3,27	3,65	2,00	4,00	
Ubieranie się	I	1,63	0,59	2,00	1,53	1,73	0,00	4,00	<0,001 ¹⁾
	II	2,41	0,57	2,00	2,30	2,52	1,00	4,00	
	III	3,56	0,58	4,00	3,39	3,73	2,00	4,00	
Jedzenie	I	1,51	0,62	2,00	1,41	1,61	0,00	3,00	<0,001 ¹⁾
	II	2,07	0,57	2,00	1,96	2,18	0,00	3,00	
	III	2,98	0,70	3,00	2,78	3,18	2,00	4,00	
Picie	I	1,47	0,70	2,00	1,35	1,58	0,00	3,00	<0,001 ¹⁾
	II	1,96	0,56	2,00	1,85	2,07	0,00	3,00	
	III	2,90	0,66	3,00	2,70	3,09	2,00	4,00	
Przygotowywanie posiłków	I	2,25	0,70	2,00	2,14	2,37	0,00	4,00	<0,001 ¹⁾
	II	3,23	0,61	3,00	3,11	3,35	2,00	4,00	
	III	3,94	0,24	4,00	3,87	4,01	3,00	4,00	
Wykonywanie prac domowych	I	2,69	0,59	3,00	2,59	2,78	2,00	4,00	<0,001 ¹⁾
	II	3,38	0,60	3,00	3,26	3,50	2,00	4,00	
	III	3,98	0,14	4,00	3,94	4,02	3,00	4,00	

¹⁾ Test Kruskala-Wallisa

Z informacji zestawionych w tabeli 14 wynika, że w przypadku każdego z kryteriów charakteryzujących obszar samoobsługi w grupach z wyższym stopniem niesamodzielności odnotowano statystycznie istotne wyższe wartości poziomu niesamodzielności w obszarze samoobsługi.

Dodatkowo dla osób należących do poszczególnych podgrup w zależności od stopnia niesamodzielności w każdym z obszarów mających wpływ na poziom samoobsługi wskazano najbardziej problematyczne determinanty.

Rozkład badanej grupy wg kategorii z zakresu samoobsługi wśród osób posiadających I stopień niesamodzielności przedstawiono w tabeli 15.

Tabela 15. Rozkład badanej grupy wg kategorii z zakresu samoobsługi dla I stopnia niesamodzielności

Kryterium	Średnia	Utrudnienie									
		Brak		Niewielkie		Umiarkowane		Znaczne		Całkowite	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Wykonywanie prac domowych	2,69	0	0,00	0	0,00	54	37,76	80	55,94	9	6,29
Przygotowywanie posiłków	2,25	1	0,70	16	11,19	74	51,75	50	34,97	2	1,40
Mycie się	1,80	2	1,40	35	24,48	96	67,13	10	6,99	0	0,00
Ubieranie się	1,63	4	2,80	48	33,57	89	62,24	1	0,70	1	0,70
Jedzenie	1,51	5	3,50	64	44,76	70	48,95	4	2,80	0	0,00
Picie	1,47	16	11,19	45	31,47	81	56,64	1	0,70	0	0,00
Korzystanie z toalety	1,21	10	6,99	94	65,73	38	26,57	1	0,70	0	0,00

Rozkład badanej grupy wg kategorii z zakresu samoobsługi wśród osób posiadających II stopień niesamodzielności przedstawiono w tabeli 16.

Tabela 16. Rozkład badanej grupy wg kategorii z zakresu samoobsługi dla II stopnia niesamodzielności

Kryterium	Średnia	Utrudnienie									
		Brak		Niewielkie		Umiarkowane		Znaczne		Całkowite	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Wykonywanie prac domowych	3,38	0	0,00	0	0,00	6	5,88	51	50,00	45	44,12
Przygotowywanie posiłków	3,23	0	0,00	0	0,00	10	9,80	59	57,84	33	32,35
Mycie się	2,68	0	0,00	2	1,96	36	35,29	57	55,88	7	6,86
Ubieranie się	2,41	0	0,00	1	0,98	61	59,80	37	36,27	3	2,94
Korzystanie z toalety	2,18	1	0,98	13	12,75	59	57,84	25	24,51	4	3,92
Jedzenie	2,07	2	1,96	7	6,86	75	73,53	18	17,65	0	0,00
Picie	1,96	3	2,94	9	8,82	79	77,45	11	10,78	0	0,00

Analogiczne zestawienie kategorii decydujących o ocenie w zakresie samoobsługi dla osób z III stopniem niesamodzielności przedstawiono w tabeli 17.

Tabela 17. Rozkład badanej grupy wg kategorii z zakresu samoobsługi dla III stopnia niesamodzielności

Kryterium	Średnia	Utrudnienie									
		Brak		Niewielkie		Umiarkowane		Znaczne		Całkowite	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Wykonywanie prac domowych	3,98	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	2,08	47	97,92
Przygotowywanie posiłków	3,94	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	6,25	45	93,75
Mycie się	3,83	0	0,00	0	0,00	0	0,00	8	16,67	40	83,33
Ubieranie się	3,56	0	0,00	0	0,00	2	4,17	17	35,42	29	60,42
Korzystanie z toalety	3,46	0	0,00	0	0,00	4	8,33	18	37,50	26	54,17
Jedzenie	2,98	0	0,00	0	0,00	12	25,00	25	52,08	11	22,92
Picie	2,90	0	0,00	0	0,00	13	27,08	27	56,25	8	16,67

Stwierdzono, że niezależnie od stopnia niesamodzielności największe trudności w badanej grupie występowały w przypadku wykonywania prac domowych i przygotowywania posiłków.

Średnia ocena poziomu niesamodzielności w obszarze życia codziennego i kontaktów społecznych w badanej grupie wynosiła 11,78 punktów (w skali od 0 do 20), zaś przeciętne zróżnicowanie ocen uzyskanych przez poszczególnych badanych od średniej wynosiło 3,49 punktu. Dla czwartej części badanych osób liczba uzyskanych punktów nie przekroczyła 9,29, dla połowy z nich 11,43, zaś 75% badanych miało co najwyżej 14,29 punktu. Przedział ufności (95%) dla otrzymanych ocen mieścił się w zakresie od 11,38 do 12,18 punktu.

Dokonano ponadto porównawczej oceny poziomu niesamodzielnosci w obszarze kształtowania codziennego życia i kontaktów społecznych osób z różnymi stopniami niesamodzielnosci.

Rozkład badanej grupy wg stopnia niesamodzielnosci i kształtowania życia codziennego i kontaktów społecznych przedstawiono w tabeli 18.

Tabela 18. Rozkład badanej grupy wg stopnia niesamodzielnosci i kształtowania życia codziennego i kontaktów społecznych

Stopień niesamodzielnosci	Parametr							
	Średnia	SD	Mediana	95% CI		Min	Max	p^*
I	9,97	2,6	10	9,54	10,4	2,86	19,29	<0,001 ¹⁾
II	12,37	2,93	12,14	11,79	12,94	5	20	
III	15,92	2,93	15,71	15,07	16,77	8,57	20,00	

¹⁾ Test Kruskala-Wallisa

Z informacji zestawionych w tabeli 18 wynika, że najwyższy średni poziom niesamodzielnosci w obszarze kształtowania codziennego życia i kontaktów społecznych charakteryzował osoby posiadające III stopień niesamodzielnosci, najniższy zaś – te o I stopniu niesamodzielnosci. Różnice pomiędzy poszczególnymi grupami w poziomie niesamodzielnosci w obszarze życia i kontaktów społecznych okazały się statystycznie istotne na poziomie istotności $p < 0,001$.

Dokonano dodatkowej oceny każdego z siedmiu obszarów wpływających na poziom niesamodzielnosci w zakresie kształtowania życia codziennego i kontaktów społecznych. Wyniki przedstawiono w tabeli 19.

Tabela 19. Rozkład badanej grupy wg obszarów z zakresu kształtowania życia codziennego i kontaktów społecznych w zależności od stopnia niesamodzielności

Kryterium	Parametr								
	Stopień niesamodzielności	Średnia	SD	Mediana	95% CI		Min	Max	p^*
Skupianie uwagi	I	2,05	0,76	2,00	1,92	2,18	0,00	4,00	<0,001 ¹⁾
	II	2,43	0,79	2,00	2,28	2,59	0,00	4,00	
	III	3,13	0,82	3,00	2,89	3,36	1,00	4,00	
Rozwiązywanie problemów	I	2,34	0,63	2,00	2,23	2,44	1,00	4,00	<0,001 ¹⁾
	II	2,92	0,59	3,00	2,81	3,04	2,00	4,00	
	III	3,38	0,79	3,50	3,15	3,60	0,00	4,00	
Podejmowanie decyzji	I	2,09	0,80	2,00	1,96	2,22	0,00	4,00	<0,001 ¹⁾
	II	2,54	0,89	3,00	2,37	2,71	0,00	4,00	
	III	3,29	0,92	3,50	3,02	3,56	0,00	4,00	
Podejmowanie pojedynczego zadania	I	2,22	0,79	2,00	2,09	2,35	0,00	4,00	<0,001 ¹⁾
	II	2,73	0,75	3,00	2,58	2,87	0,00	4,00	
	III	3,42	0,65	3,00	3,23	3,60	1,00	4,00	
Realizowanie dziennego rozkładu zajęć	I	2,29	0,78	2,00	2,16	2,42	0,00	4,00	<0,001 ¹⁾
	II	2,63	0,74	3,00	2,48	2,77	1,00	4,00	
	III	3,50	0,62	4,00	3,32	3,68	2,00	4,00	
Rozmowa	I	1,51	0,94	1,00	1,35	1,67	0,00	4,00	<0,001 ¹⁾
	II	1,97	1,03	2,00	1,77	2,17	0,00	4,00	
	III	2,65	0,93	3,00	2,37	2,92	0,00	4,00	
Podstawowe kontakty międzyludzkie	I	1,47	0,94	1,00	1,31	1,62	0,00	4,00	<0,001 ¹⁾
	II	2,10	1,02	2,00	1,90	2,30	0,00	4,00	
	III	2,94	1,04	3,00	2,64	3,24	0,00	4,00	

¹⁾ Test Kruskala-Wallisa

Z informacji zestawionych w tabeli 19 wynika, że w przypadku każdego z kryteriów, podobnie jak miało to miejsce w przypadku łącznych wyników charakteryzujących obszar kształtowania życia codziennego i kontaktów społecznych w grupach z wyższym stopniem niesamodzielności, odnotowano statystycznie istotnie wyższe wartości poziomu niesamodzielności w obszarze życia i kontaktów społecznych.

Dodatkowo dla osób należących do poszczególnych podgrup w zależności od stopnia niesamodzielności w każdym z obszarów mających wpływ na poziom kształtowania życia codziennego i kontaktów społecznych wskazano najbardziej problematyczne determinanty.

Rozkład badanej grupy wg kategorii z zakresu kształtowania życia codziennego i kontaktów społecznych wśród osób posiadających I stopień niesamodzielności przedstawiono w tabeli 20.

Tabela 20. Rozkład badanej grupy wg obszarów z zakresu kształtowania życia codziennego i kontaktów społecznych dla I stopnia niesamodzielności

Kryterium	Średnia	Utrudnienie									
		Brak		Niewielkie		Umiarkowane		Znaczne		Całkowite	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Rozwiązywanie problemów	2,34	0	0,00	9	6,29	80	55,94	51	35,66	3	2,10
Realizowanie dziennego rozkładu zajęć	2,29	1	0,70	21	14,69	62	43,36	54	37,76	5	3,50
Podjęcie pojedynczego zadania	2,22	2	1,40	18	12,59	78	54,55	37	25,87	8	5,59
Podjęcie decyzji	2,09	4	2,80	24	16,78	73	51,05	39	27,27	3	2,10
Skupianie uwagi	2,05	4	2,80	21	14,69	87	60,84	26	18,18	5	3,50
Rozmowa	1,51	19	13,29	56	39,16	46	32,17	20	13,99	2	1,40
Podstawowe kontakty międzyludzkie	1,47	23	16,08	49	34,27	55	38,46	13	9,09	3	2,10

Rozkład badanej grupy wg kategorii z zakresu obszaru kształtowanie codziennego życia i kontaktów społecznych wśród osób posiadających II stopień niesamodzielności przedstawiono w tabeli 21.

Tabela 21. Rozkład badanej grupy wg obszarów z zakresu kształtowania życia codziennego i kontaktów społecznych dla II stopnia niesamodzielności

Kryterium	Śre- dnia	Utrudnienie									
		Brak		Niewielkie		Umiarkowane		Znaczne		Całkowite	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Rozwiązywanie problemów	2,92	0	0,00	0	0,00	22	21,57	66	64,71	14	13,73
Podjęcie pojedynczego zadania	2,73	1	0,98	4	3,92	28	27,45	58	56,86	11	10,78
Realizowanie dziennego rozkładu zajęć	2,63	0	0,00	8	7,84	30	29,41	56	54,90	8	7,84
Podjęcie decyzji	2,54	2	1,96	10	9,80	32	31,37	47	46,08	11	10,78
Skupianie uwagi	2,43	1	0,98	9	8,82	44	43,14	41	40,20	7	6,86
Podstawowe kontakty międzyludzkie	2,10	7	6,86	20	19,61	38	37,25	30	29,41	7	6,86
Rozmowa	1,97	9	8,82	23	22,55	37	36,27	28	27,45	5	4,90

Analogiczne zestawienie badanej grupy wg kategorii z zakresu kształtowania codziennego życia i kontaktów społecznych wśród osób z III stopniem niesamodzielności przedstawiono w tabeli 22.

Tabela 22. Rozkład badanej grupy wg obszarów z zakresu kształtowania życia codziennego i kontaktów społecznych dla III stopnia niesamodzielności

Kryterium	Średnia	Utrudnienie									
		Brak		Niewielkie		Umiarkowane		Znaczne		Całkowite	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Realizowanie dziennego rozkładu zajęć	3,50	0	0,00	0	0,00	3	6,25	18	37,50	27	56,25
Podejmowanie pojedynczego zadania	3,42	0	0,00	1	2,08	1	2,08	23	47,92	23	47,92
Rozwiązywanie problemów	3,38	1	2,08	0	0,00	3	6,25	20	41,67	24	50,00
Podejmowanie decyzji	3,29	1	2,08	2	4,17	3	6,25	18	37,50	24	50,00
Skupianie uwagi	3,13	0	0,00	2	4,17	7	14,58	22	45,83	17	35,42
Podstawowe kontakty międzyludzkie	2,94	1	2,08	5	10,42	6	12,50	20	41,67	16	33,33
Rozmowa	2,65	1	2,08%	4	8,33%	14	29,17%	21	43,75%	8	16,67%

Stwierdzono, że wśród trzech głównych kryteriów, niezależnie od stopnia niesamodzielności, znajdowały się: rozwiązywanie problemów, realizowanie dziennego rozkładu zajęć oraz podejmowanie pojedynczego zadania.

Rozkład badanej grupy według płci i stopnia niesamodzielności przedstawia tabela 23.

Tabela 23. Rozkład badanej grupy według płci i stopnia niesamodzielności

Płeć	I stopień (N = 143)		II stopień (N = 102)		III stopień (N = 48)		p *
	n	%	n	%	n	%	
Kobieta	106	74,13	79	77,45	35	72,92	0,780 ²⁾
Mężczyzna	37	25,87	23	22,55	13	27,08	

²⁾ Test chi-kwadrat

W każdej z badanych podgrup większość stanowiły kobiety, przy czym największa grupa kobiet znalazła się w podgrupie osób z II stopniem niesamodzielności – 79 badanych (77,45%), zaś najmniejsza wśród osób z III stopniem niesamodzielności – 35 badanych (72,92%). Nie wykazano istotnych statystycznie różnic pomiędzy badanymi podgrupami pod względem płci ($p = 0,780$).

Rozkład badanej grupy według wieku i stopnia niesamodzielności przedstawia tabela 24.

Tabela 24. Rozkład badanej grupy według wieku i stopnia niesamodzielności

Stopień niesamodzielności	Parametr							<i>p</i> *
	Średnia	SD	Mediana	95% CI		Min	Max	
I	78,36	8,58	80,00	76,94	79,78	54,00	97,00	<0,001 ¹⁾
II	80,02	8,87	81,00	78,28	81,76	60,00	99,00	
III	82,54	8,29	85,00	80,13	84,95	60,00	96,00	

¹⁾ Test Kruskala-Wallisa

W podgrupie osób z I stopniem niesamodzielności średni wiek badanych wynosił 78,36 roku, a jego przeciętne zróżnicowanie od średniej arytmetycznej wynosiło 8,58 roku. Przedział ufności dla wieku badanych mieścił się w przedziale od 76,94 do 79,78 roku.

W podgrupie osób z II stopniem niesamodzielności średni wiek badanych wynosił 80,02 roku, a jego przeciętne zróżnicowanie od średniej arytmetycznej wynosiło 8,87 roku. Przedział ufności dla wieku badanych mieścił się w przedziale od 78,28 do 81,76 roku.

W podgrupie osób z III stopniem niesamodzielności średni wiek badanych wynosił 82,54 roku, a jego przeciętne zróżnicowanie od średniej arytmetycznej wynosiło 8,29 roku. Przedział ufności dla wieku badanych mieścił się w przedziale od 80,13 do 84,95 roku.

Wykazano istnienie istotnych statystycznie różnic pomiędzy badanymi podgrupami pod względem wieku ($p = 0,008$), przy czym wynikają one z istnienia różnic w wieku osób z I oraz III stopniem niesamodzielności. Osoby z III stopniem niesamodzielności były istotnie starsze od osób z II stopniem niesamodzielności.

Rozkład badanej grupy według miejsca zamieszkania i stopnia niesamodzielności przedstawia tabela 25.

Tabela 25. Rozkład badanej grupy według miejsca zamieszkania i stopnia niesamodzielności

Miejsce zamieszkania	I stopień (N = 143)		II stopień (N = 102)		III stopień (N = 48)		<i>p</i> *
	n	%	n	%	n	%	
Miasto	47	32,87	41	40,20	25	52,08	0,056 ²⁾
Wieś	96	67,13	61	59,80	23	47,92	

²⁾ Test chi-kwadrat

Wśród badanych z I i II stopniem niesamodzielności większość stanowili mieszkańcy miast. Odwrotna sytuacja miała miejsce w przypadku osób z III stopniem niesamodzielności. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic pomiędzy badanymi podgrupami pod względem miejsca zamieszkania ($p = 0,056$).

Rozkład badanej grupy według poziomu wykształcenia i stopnia niesamodzielności przedstawia tabela 26.

Tabela 26. Rozkład badanej grupy według poziomu wykształcenia i stopnia niesamodzielności

Wykształcenie	I stopień (N = 143)		II stopień (N = 102)		III stopień (N = 48)		p *
	n	%	n	%	n	%	
Co najwyżej zasadnicze zawodowe	74	51,76	60	58,82	27	56,25	0,537 ²⁾
Co najmniej średnie	69	48,24	42	41,18	21	43,75	

* Test chi-kwadrat

We wszystkich podgrupach dominowały osoby z wykształceniem co najwyżej zasadniczym zawodowym, przy czym największy odsetek takich osób odnotowano wśród tych z II stopniem niesamodzielności – było to 60 osób (58,82%), zaś najmniejszy w grupie osób z I stopniem niesamodzielności – 74 osoby (51,76%). Nie wykazano istotnych statystycznie różnic pomiędzy badanymi podgrupami pod względem poziomu wykształcenia ($p = 0,537$).

Rozkład badanej grupy według stanu cywilnego i stopnia niesamodzielności przedstawia tabela 27.

Tabela 27. Rozkład badanej grupy według stanu cywilnego i stopnia niesamodzielności

Stan cywilny	I stopień (N = 143)		II stopień (N = 102)		III stopień (N = 48)		p *
	n	%	n	%	n	%	
Samotny	108	75,52%	72	70,59%	37	77,08%	0,598 ²⁾
W związku	35	24,48%	30	29,41%	11	22,92%	

* Test chi-kwadrat

We wszystkich podgrupach dominowały osoby samotne, przy czym największy odsetek takich osób odnotowano wśród tych z III stopniem niesamodzielności – było ich 37 (77,08%), zaś najmniejszy w grupie osób z II stopniem niesamodzielności – 72 osoby (70,59%). Nie wykazano istotnych statystycznie różnic pomiędzy badanymi podgrupami pod względem stanu cywilnego ($p = 0,598$).

Rozkład badanej grupy ze względu na stan poznawczy mierzony za pomocą Skróconego testu sprawności umysłowej (AMTS) i stopień niesamodzielności przedstawia tabela 28.

Tabela 28. Rozkład badanej grupy ze względu na stan poznawczy i stopień niesamodzielności

Stan poznawczy	I stopień (N = 143)		II stopień (N = 102)		III stopień (N = 48)		p *
	n	%	n	%	n	%	
Poważne zaburzenia sprawności funkcji poznawczych	6	4,20	6	5,88	19	39,58	<0,001 ²⁾
Zaburzenia w stopniu umiarkowanym	19	13,29	18	17,65	5	10,42	
Prawidłowy	118	82,52	78	76,47	24	50,00	

* Test chi-kwadrat

We wszystkich podgrupach dominowały osoby mające prawidłowy stan poznawczy, przy czym największy odsetek takich osób odnotowano wśród tych z I stopniem niesamodzielności – było to 118 osób (82,52%), zaś najmniejszy w grupie osób z III stopniem niesamodzielności – 24 osoby (50,00%). Zależność pomiędzy stopniem niesamodzielności a stanem poznawczym okazała się statystycznie istotna ($p < 0,001$), przy czym odsetek osób z upośledzeniem (ciężkim lub umiarkowanym) był zdecydowanie najwyższy wśród osób z III stopniem niesamodzielności.

Rozkład badanej grupy ze względu na występowanie depresji mierzonej za pomocą Geriatrycznej skali oceny depresji (GDS) i stopnia niesamodzielności przedstawia tabela 29.

Tabela 29. Rozkład badanej grupy ze względu na występowanie depresji i stopień niesamodzielności

Występowanie depresji	I stopień (N = 143)		II stopień (N = 102)		III stopień (N = 48)		<i>p</i> *
	n	%	n	%	n	%	
Brak depresji	27	18,88%	18	17,65%	6	12,50%	0,251 ²⁾
Depresja łagodna	68	47,55%	43	42,16%	17	35,42%	
Depresja głęboka	48	33,57%	41	40,20%	25	52,08%	

* Test chi-kwadrat

Wśród badanych z I i II stopniem niesamodzielności dominowały osoby posiadające depresję łagodną, natomiast wśród badanych z III stopniem niesamodzielności – osoby z depresją głęboką. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic pomiędzy badanymi podgrupami pod względem występowania depresji ($p = 0,251$).

Rozkład badanej grupy w zależności od liczby zdiagnozowanych chorób przewlekłych i stopień niesamodzielności przedstawia tabela 30.

Tabela 30. Rozkład badanej grupy według liczby zdiagnozowanych chorób przewlekłych i stopień niesamodzielności

Stopień niesamodzielności	Parametr							
	Średnia	SD	Mediana	95% CI		Min	Max	p^*
I	8,0	4,3	8,0	6,8	8,4	0	19	0,430 ¹⁾
II	7,6	4,6	9,0	7,3	10,0	0	17	
III	8,6	4,2	8,0	7,3	8,6	0	18	

¹⁾ Test Kruskala-Wallis

W podgrupie osób z I stopniem niesamodzielności średnia liczba zdiagnozowanych chorób przewlekłych wynosiła 8, a jej przeciętne zróżnicowanie od średniej arytmetycznej wynosiło nieco ponad 4. Przedział ufności dla liczby zdiagnozowanych chorób przewlekłych mieścił się w zakresie od 6,8 do 8,4 choroby.

W podgrupie osób z II stopniem niesamodzielności średnia liczba zdiagnozowanych chorób przewlekłych wynosiła poniżej 8, a jej przeciętne zróżnicowanie od średniej arytmetycznej wynosiło nieco ponad 4,5. Przedział ufności dla liczby zdiagnozowanych chorób przewlekłych mieścił się w zakresie od 7,3 do 10 chorób.

W podgrupie osób z III stopniem niesamodzielności średnia liczba zdiagnozowanych chorób przewlekłych wynosiła 8,6, a jej przeciętne zróżnicowanie od średniej arytmetycznej wynosiło nieco ponad 4. Przedział ufności dla liczby zdiagnozowanych chorób przewlekłych mieścił się w zakresie od 7,3 do 8,6 choroby.

Nie wykazano istnienia istotnych statystycznie różnic pomiędzy badanymi podgrupami pod względem liczby zdiagnozowanych chorób przewlekłych ($p = 0,430$).

Rozkład badanej grupy w zależności od subiektywnie odczuwanego poziomu bólu i stopnia niesamodzielności przedstawia tabela 31.

Tabela 31. Rozkład badanej grupy według poziomu bólu i stopnia niesamodzielności

Stopień niesamodzielności	Parametr							
	Średnia	SD	Mediana	95% CI		Min	Max	<i>p</i> *
I	6,06	2,20	6,00	5,69	6,42	0,00	10,00	0,069 ¹⁾
II	6,42	2,66	7,00	5,90	6,94	0,00	10,00	
III	5,96	2,33	6,00	5,28	6,64	0,00	10,00	

¹⁾ Test Kruskala-Wallisa

W podgrupie osób z I stopniem niesamodzielności średnia wartość subiektywnie odczuwanego poziomu bólu mierzona w skali VAS wynosiła 6,06, a jego przeciętne zróżnicowanie od średniej arytmetycznej wynosiło 2,20 punktu. Przedział ufności dla poziomu bólu mierzonego w skali VAS w rozważanej podgrupie mieścił się w zakresie od 5,69 do 6,42 punktu.

W podgrupie osób z II stopniem niesamodzielności średnia wartość subiektywnie odczuwanego poziomu bólu mierzona w skali VAS wynosiła 6,42, a jego przeciętne zróżnicowanie od średniej arytmetycznej wynosiło 2,66 punktu. Przedział ufności dla poziomu bólu mierzonego w skali VAS w tej podgrupie mieścił się w zakresie od 5,90 punktu do 6,94 punktu.

W podgrupie osób z III stopniem niesamodzielności średnia wartość subiektywnie odczuwanego poziomu bólu mierzona w skali VAS wynosiła 5,96, a jego przeciętne zróżnicowanie od średniej arytmetycznej wynosiło 2,33. Przedział ufności dla poziomu bólu mierzonego w skali VAS w omawianej podgrupie mieścił się w przedziale od 5,28 punktu do 6,44 punktu.

Nie wykazano istnienia istotnych statystycznie różnic pomiędzy badanymi podgrupami pod względem subiektywnie odczuwanego poziomu bólu mierzonego w skali VAS ($p = 0,069$).

Rozkład badanej grupy ze względu na ocenę dostosowania wnętrza miejsca zamieszkania do potrzeb funkcjonalnych i stopień niesamodzielnosci przedstawia tabela 32.

Tabela 32. Rozkład badanej grupy pod względem oceny dostosowania wnętrza miejsca zamieszkania do potrzeb funkcjonalnych i stopnia niesamodzielnosci

Ocena dostosowania wnętrza miejsca zamieszkania do potrzeb funkcjonalnych	I stopień (N = 143)		II stopień (N = 102)		III stopień (N = 48)		p *
	n	%	n	%	n	%	
Negatywna	41	28,67	35	34,31	16	33,33	0,613 ²⁾
Pozytywna	102	71,33	67	65,69	32	66,67	

* Test chi-kwadrat

W każdej podzbiorowości dominowały osoby pozytywnie oceniające dostosowanie wnętrza miejsca zamieszkania do potrzeb funkcjonalnych. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic pomiędzy badanymi podgrupami pod względem dokonanej oceny ($p = 0,613$).

Analogicznie, rozkład badanej grupy ze względu na ocenę dostosowania otoczenia miejsca zamieszkania do potrzeb funkcjonalnych i stopień niesamodzielnosci przedstawia tabela 33.

Tabela 33. Rozkład badanej grupy pod względem oceny dostosowania otoczenia miejsca zamieszkania do potrzeb funkcjonalnych i stopnia niesamodzielnosci

Ocena dostosowania otoczenia miejsca zamieszkania do potrzeb funkcjonalnych	I stopień (N = 143)		II stopień (N = 102)		III stopień (N = 48)		p *
	n	%	n	%	n	%	
Negatywna	69	48,25	52	50,98	26	54,17	0,762 ²⁾
Pozytywna	74	51,75	50	49,02	22	45,83	

* Test chi-kwadrat

Wśród osób z I stopniem niesamodzielnosci dominowały osoby pozytywnie oceniające dostosowanie otoczenia miejsca zamieszkania do potrzeb funkcjonalnych, zaś wśród osób z II i III stopniem niesamodzielnosci – negatywnie oceniające ten aspekt. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic pomiędzy badanymi podgrupami pod względem dokonanej oceny ($p = 0,762$).

Rozkład badanej grupy ze względu na ocenę możliwości otrzymania pomocy i stopień niesamodzielnosci przedstawia tabela 34.

Tabela 34. Rozkład badanej grupy pod względem oceny możliwości otrzymania pomocy i stopnia niesamodzielności

Ocena możliwości otrzymania pomocy	I stopień (N = 143)		II stopień (N = 102)		III stopień (N = 48)		<i>p</i> *
	n	%	n	%	n	%	
Negatywna	52	36,36	19	18,63	8	16,67	0,002 ²⁾
Pozytywna	91	63,64	83	81,37	40	83,33	

* Test chi-kwadrat

W każdej z rozważanych podzbiorowości dominującą grupę stanowiły osoby pozytywnie oceniające możliwości otrzymania pomocy. Wykazano statystycznie istotną zależność pomiędzy badanymi podgrupami a oceną możliwości otrzymania pomocy ($p = 0,002$), przy czym odsetek osób pozytywnie oceniających możliwość otrzymania pomocy wzrasta wraz ze stopniem niesamodzielności.

Ocenę ogólnej jakości życia dla osób z różnymi stopniami niesamodzielności zaprezentowano w tabeli 35.

Tabela 35. Rozkład badanej grupy według ogólnej oceny jakości życia i stopnia niesamodzielności

Stopień niesamodzielności	Parametr							
	Średnia	SD	Mediana	95% CI		Min	Max	p^*
I	50,64	10,08	50,25	48,97	52,30	23,50	76,75	<0,001 ¹⁾
II	48,40	11,56	49,38	46,13	50,67	17,00	73,50	
III	40,76	10,22	39,13	37,79	43,73	21,75	64,25	

¹⁾ Test Kruskala-Wallis

Wśród osób z I stopniem niesamodzielności średnia ocena ogólnej jakości życia badanych wynosiła 50,64 punktu, a jej przeciętne zróżnicowanie od średniej arytmetycznej wynosiło 10,08 punktu. Przedział ufności dla ogólnej oceny jakości życia badanych mieścił się w granicach od 48,97 do 52,30 punktu.

Wśród osób z II stopniem niesamodzielności średnia ocena ogólnej jakości życia badanych wynosiła 48,40 punktu, a jej przeciętne zróżnicowanie od średniej arytmetycznej wynosiło 11,56 punktu. Przedział ufności dla ogólnej oceny jakości życia badanych mieścił się w granicach od 46,13 do 50,67 punktu.

Wśród osób z III stopniem niesamodzielności średnia ocena ogólnej jakości życia badanych wynosiła 40,76 punktu, a jej przeciętne zróżnicowanie od średniej arytmetycznej wynosiło 10,22 punktu. Przedział ufności dla ogólnej oceny jakości życia badanych mieścił się w granicach od 37,79 do 43,73 punktu.

Wykazano istnienie istotnych statystycznie różnic pomiędzy badanymi podgrupami pod względem ogólnej oceny jakości życia ($p < 0,001$), przy czym wynikają one z istnienia różnic w ocenie dokonanej przez osoby z I oraz III stopniem niesamodzielności ($p < 0,001$), jak również z istnienia różnic w ocenie dokonanej przez osoby z II oraz III stopniem niesamodzielności ($p < 0,001$), przy czym osoby z I i II stopniem niesamodzielności oceniały ogólną jakość życia zdecydowanie wyżej niż osoby z III stopniem niesamodzielności. Nie odnotowano natomiast statystycznie istotnej różnicy w ocenie ogólnej jakości życia wśród osób z I oraz II stopniem niesamodzielności ($p = 0,631$).

Ocenę jakości życia w domenie fizycznej dla osób z różnymi stopniami niesamodzielności zaprezentowano w tabeli 36.

Tabela 36. Rozkład badanej grupy według oceny jakości życia w domenie fizycznej i stopnia niesamodzielności

Stopień niesamodzielności	Parametr							
	Średnia	SD	Mediana	95% CI		Min	Max	p^*
I	38,18	15,12	38,00	35,68	40,68	0,00	69,00	<0,001 ¹⁾
II	32,46	15,75	31,00	29,37	35,55	0,00	81,00	
III	24,27	13,31	22,00	20,40	28,14	0,00	63,00	

¹⁾ Test Kruskala-Wallis

Wśród osób z I stopniem niesamodzielności średnia ocena jakości życia badanych w domenie fizycznej wynosiła 38,18 punktu, a jej przeciętne zróżnicowanie od średniej arytmetycznej wynosiło 15,12 punktu. Przedział ufności dla oceny jakości życia badanych w domenie fizycznej mieścił się w granicach od 35,68 do 40,68 punktu.

Wśród osób z II stopniem niesamodzielności średnia ocena jakości życia badanych w domenie fizycznej wynosiła 32,46 punktu, a jej przeciętne zróżnicowanie od średniej arytmetycznej wynosiło 15,75 punktu. Przedział ufności dla oceny jakości życia badanych w domenie fizycznej mieścił się w granicach od 29,37 do 35,55 punktu.

Wśród osób z III stopniem niesamodzielności średnia ocena jakości życia badanych w domenie fizycznej wynosiła 24,27 punktu, a jej przeciętne zróżnicowanie od średniej arytmetycznej wynosiło 13,31 punktu. Przedział ufności dla oceny jakości życia badanych w domenie fizycznej mieścił się w granicach od 20,40 punktu do 28,14 punktu.

Wykazano istnienie istotnych statystycznie różnic pomiędzy badanymi podgrupami pod względem oceny jakości życia w domenie fizycznej ($p < 0,001$), przy czym wynikają one z istnienia różnic w ocenie dokonanej przez osoby z I oraz II stopniem niesamodzielności ($p = 0,015$), I oraz III stopniem niesamodzielności ($p < 0,001$), jak również z istnienia różnic w ocenie dokonanej przez osoby z II oraz III stopniem niesamodzielności ($p = 0,006$). Najwyższą ocenę jakości życia odnotowano wśród osób z I stopniem niesamodzielności, obniżała się ona natomiast wraz ze zwiększaniem się stopnia niesamodzielności.

Ocenę jakości życia w domenie psychologicznej dla osób z różnymi stopniami niesamodzielnosci zaprezentowano w tabeli 37.

Tabela 37. Rozkład badanej grupy według oceny jakości życia w domenie psychologicznej i stopnia niesamodzielnosci

Stopień niesamodzielnosci	Parametr							
	Średnia	SD	Mediana	95% CI		Min	Max	p^*
I	52,90	13,60	56,00	50,65	55,15	19,00	94,00	<0,001 ¹⁾
II	48,75	15,69	50,00	45,66	51,83	0,00	88,00	
III	42,96	15,47	44,00	38,47	47,45	6,00	81,00	

¹⁾ Test Kruskala-Wallis

Wśród osób z I stopniem niesamodzielnosci średnia ocena jakości życia badanych w domenie psychologicznej wynosiła 52,90 punktu, a jej przeciętne zróżnicowanie od średniej arytmetycznej wynosiło 13,60 punktu. Przedział ufności dla oceny jakości życia badanych w domenie psychologicznej mieścił się w granicach od 50,65 do 55,15 punktu.

Wśród osób z II stopniem niesamodzielnosci średnia ocena jakości życia badanych w domenie psychologicznej wynosiła 48,75 punktu, a jej przeciętne zróżnicowanie od średniej arytmetycznej wynosiło 15,69 punktu. Przedział ufności dla oceny jakości życia badanych w domenie psychologicznej mieścił się w granicach od 45,66 do 51,83 punktu.

Wśród osób z III stopniem niesamodzielnosci średnia ocena jakości życia badanych w domenie psychologicznej wynosiła 42,96 punktu, a jej przeciętne zróżnicowanie od średniej arytmetycznej wynosiło 15,47 punktu. Przedział ufności dla oceny jakości życia badanych w domenie psychologicznej mieścił się w granicach od 38,47 do 47,45 punktu.

Wykazano istnienie istotnych statystycznie różnic pomiędzy badanymi podgrupami pod względem oceny jakości życia w domenie psychologicznej ($p < 0,001$), przy czym wynikają one z istnienia różnic w ocenie dokonanej przez osoby z I oraz III stopniem niesamodzielnosci ($p < 0,001$), jak również z istnienia różnic w ocenie dokonanej przez osoby z II oraz III stopniem niesamodzielnosci, ($p = 0,042$), gdzie osoby z I i II stopniem niesamodzielnosci oceniały ogólną jakość życia zdecydowanie wyżej niż osoby z III stopniem niesamodzielnosci. Nie odnotowano natomiast statystycznie istotnej różnicy w ocenie jakości życia w domenie psychologicznej wśród osób z I oraz II stopniem niesamodzielnosci ($p = 0,192$).

Ocenę jakości życia w domenie relacji społecznych dla osób z różnymi stopniami niesamodzielnosci zaprezentowano w tabeli 38.

Tabela 38. Rozkład badanej grupy według oceny jakości życia w domenie relacji społecznych i stopnia niesamodzielnosci

Stopień niesamodzielnosci	Parametr							
	Średnia	SD	Mediana	95% CI		Min	Max	p^*
I	57,36	17,11	56,00	54,54	60,19	6,00	94,00	<0,001 ¹⁾
II	57,99	18,44	56,00	54,37	61,61	0,00	100,00	
III	45,69	19,28	47,00	40,09	51,28	6,00	81,00	

¹⁾ Test Kruskala-Wallis

Wśród osób z I stopniem niesamodzielnosci średnia ocena jakości życia badanych w domenie relacji społecznych wynosiła 57,36 punktu, a jej przeciętne zróżnicowanie od średniej arytmetycznej wynosiło 17,11 punktu. Przedział ufności dla oceny jakości życia badanych w domenie relacji społecznych mieścił się w granicach od 54,54 do 60,19 punktu.

Wśród osób z II stopniem niesamodzielnosci średnia ocena jakości życia badanych w domenie relacji społecznych wynosiła 57,99 punktu, a jej przeciętne zróżnicowanie od średniej arytmetycznej wynosiło 18,44 punktu. Przedział ufności dla oceny jakości życia badanych w domenie relacji społecznych mieścił się w granicach od 54,37 do 61,61 punktu.

Wśród osób z III stopniem niesamodzielnosci średnia ocena jakości życia badanych w domenie relacji społecznych wynosiła 45,69 punktu, a jej przeciętne zróżnicowanie od średniej arytmetycznej wynosiło 19,28 punktu. Przedział ufności dla oceny jakości życia badanych w domenie relacji społecznych mieścił się w granicach od 40,09 do 51,28 punktu.

Wykazano istnienie istotnych statystycznie różnic pomiędzy badanymi podgrupami pod względem oceny jakości życia w domenie relacji społecznych ($p < 0,001$), przy czym wynikają one z istnienia różnic w ocenie dokonanej przez osoby z I oraz III stopniem niesamodzielnosci ($p = 0,002$), jak również z istnienia różnic w ocenie dokonanej przez osoby z II oraz III stopniem niesamodzielnosci, ($p = 0,001$), gdzie osoby z I i II stopniem niesamodzielnosci oceniały ogólną jakość życia zdecydowanie wyżej niż osoby z III stopniem niesamodzielnosci. Natomiast nie odnotowano statystycznie istotnej różnicy w ocenie jakości życia w domenie psychologicznej wśród osób z I oraz II stopniem niesamodzielnosci ($p = 1,000$).

Ocenę jakości życia w domenie środowiska dla osób z różnymi stopniami niesamodzielności zaprezentowano w tabeli 39.

Tabela 39. Rozkład badanej grupy według oceny jakości życia w domenie środowiska i stopnia niesamodzielności

Stopień niesamodzielności	Parametr							<i>p</i> *
	Średnia	SD	Mediana	95% CI		Min	Max	
I	54,10	11,38	50,00	52,22	55,98	25,00	94,00	<0,001 ¹⁾
II	54,40	10,91	56,00	52,26	56,54	25,00	75,00	
III	50,13	10,32	50,00	47,13	53,12	25,00	69,00	

¹⁾ Test Kruskala-Wallis

Wśród osób z I stopniem niesamodzielności średnia ocena jakości życia badanych w domenie środowiska wynosiła 54,10 punktu, a jej przeciętne zróżnicowanie od średniej arytmetycznej wynosiło 11,38 punktu. Przedział ufności dla oceny jakości życia badanych w domenie relacji społecznych mieścił się w granicach od 52,22 do 55,98 punktu.

Wśród osób z II stopniem niesamodzielności średnia ocena jakości życia badanych w domenie środowiska wynosiła 54,40 punktu, a jej przeciętne zróżnicowanie od średniej arytmetycznej wynosiło 10,91 punktu. Przedział ufności dla oceny jakości życia badanych w domenie relacji społecznych mieścił się w granicach od 52,26 do 56,54 punktu.

Wśród osób z III stopniem niesamodzielności średnia ocena jakości życia badanych w domenie środowiska wynosiła 50,13 punktu, a jej przeciętne zróżnicowanie od średniej arytmetycznej wynosiło 10,32 punktu. Przedział ufności dla oceny jakości życia badanych w domenie relacji społecznych mieścił się w granicach od 47,13 do 53,12 punktu.

Nie wykazano istnienia istotnych statystycznie różnic pomiędzy badanymi podgrupami pod względem oceny jakości życia w domenie środowiska ($p = 0,064$).

W tabeli 40 zestawiono współczynniki korelacji pomiędzy ogólnym WHOQOL-BREF i jego poszczególnymi domenami a niesamodzielnnością i jej konkretnymi dziedzinami wraz z oceną ich istotności statystycznej.

Tabela 40. Ocena współzależności pomiędzy ogólnym WHOQOL oraz jego poszczególnymi domenami oraz niesamodzielnnością i jej poszczególnymi dziedzinami

Domena WHOQOL		Niesamodzielnność			
		Mobilność	Samoobsługa	Życie codzienne	Razem
Domena fizyczna	r	-0,35	-0,30	-0,19	-0,34
	p	<0,001	<0,001	0,001	<0,001
Domena psychologiczna	r	-0,20	-0,22	-0,30	-0,26
	p	0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Relacje społeczne	r	-0,14	-0,14	-0,18	-0,17
	p	0,016	0,014	0,002	0,003
Środowisko	r	-0,12	-0,09	-0,07	-0,11
	p	0,036	0,114	0,221	0,054
Razem	r	-0,28	-0,26	-0,26	-0,31
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Otrzymane wyniki wskazują na istnienie prawidłowych związków pomiędzy wynikami uzyskanymi za pomocą narzędzia zaproponowanego w niniejszej pracy a wynikami otrzymanymi na podstawie standaryzowanego kwestionariusza WHOQOL-BREF. Zarówno mobilność, jak i samoobsługa okazały się najsilniej skorelowane z domeną fizyczną WHOQOL, zaś obszar życia codziennego – najsilniej skorelowany z domeną WHOQOL-BREF opisującą relacje społeczne. Nie wykazano natomiast statystycznie istotnych związków pomiędzy poziomem niesamodzielnności oraz poszczególnymi kategoriami niesamodzielnności a domeną WHOQOL-BREF związaną ze środowiskiem.

5. Omówienie wyników badań i dyskusja

Zwiększające się w ostatnich latach zainteresowanie procesem starzenia wynika ze wzrostu liczby osób starszych w Europie i na świecie. W Polsce proces ten jest szczególnie intensywny. Między 1989 a 2016 rokiem liczba osób starszych wzrosła o prawie 3,7 miliona, a procentowy udział osób starszych w ogólnej populacji wzrósł z 14,7% do 24,2% [109]. Zmieniająca się sytuacja demograficzna wpływa na coraz większe zainteresowanie samodzielnością osób starszych, ich codzienną niezależnością oraz jakością życia.

Samodzielność osób starszych maleje z wiekiem [110]. Według Głównego Urzędu Statystycznego w 2014 roku ponad 2 miliony osób w wieku 65 lat i więcej miało ograniczenia w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego. Wśród osób w wieku 65–69 lat problemy w codziennym funkcjonowaniu miała co piąta osoba, w grupie po 70 roku życia co trzecia, a po 80 roku życia co druga osoba [111]. Badania już ponad dekadę temu pokazywały, że pomocy osób drugich wymagało ponad 1,5 miliona seniorów, a stałej opieki potrzebowało kolejne 700 tysięcy [112]. Zmiany spowodowane procesami demograficznymi wymagają odpowiedniego przygotowania programów ochrony zdrowia, w tym wsparcia i pomocy dla rosnącej grupy osób starszych. Zwiększona częstość występowania niesprawności wpływa na wzrost zapotrzebowania na usługi opiekuńcze oraz na pomoc w ramach opieki instytucjonalnej [113]. W celu standaryzacji wsparcia świadczonego osobom starszym zaproponowano wprowadzenie narzędzia oceniającego stopień niesamodzielności, mającego służyć przede wszystkim profesjonalizacji opieki nad osobami starszymi w ich miejscu zamieszkania. Pozwoli ono na ustalenie poziomu niesamodzielności i jakości życia osób starszych w aspekcie możliwości ich wsparcia i usprawniania.

Celem pracy była ocena poziomu niesamodzielności i jakości życia osób starszych wymagających pomocy w czynnościach życia codziennego na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia oraz zaproponowanie sposobu wdrożenia systemu ICF do polskiej opieki zdrowotnej i społecznej.

Badaniami objęto grupę 300 osób starszych, od których uzyskano 293 pełne odpowiedzi, poddane następnie analizie. Większość badanych stanowiły kobiety (75%), co dobrze odzwierciedla feminizację populacji osób starszych w Polsce. Rosnący wraz z wiekiem udział kobiet w ogólnej populacji osób starszych jest wynikiem nadumieralności mężczyzn oraz wydłużenia trwania życia kobiet. W grupie 60–64 latków kobiety stanowią 53% populacji, natomiast po 85 roku życia już około 72% .

Badane osoby w większości charakteryzowały się prawidłowym stanem poznawczym oraz występowaniem łagodnej depresji. Występowanie depresji jest powszechnym zjawiskiem u osób starszych [114]. Wiek i współwystępujące choroby przewlekłe oraz stres związany z niesprawnością fizyczną, bólem i zmianą stylu życia mogą wpływać na pojawienie się zaburzeń depresyjnych [115].

Średnia liczba zdiagnozowanych chorób przewlekłych w badanej grupie wynosiła 8. Najczęściej występujące choroby przewlekłe to nadciśnienie tętnicze, choroba zwyrodnieniowa stawów obwodowych oraz bóle kręgosłupa. W ostatnich latach nastąpił znaczny wzrost częstości występowania chorób przewlekłych w najstarszych grupach wiekowych, a co za tym idzie – zwiększenie liczby lat życia obciążonych niepełnosprawnością spowodowaną chorobami [116]. Ponad 30% całkowitego globalnego obciążenia chorobami przewlekłymi u osób starszych stanowią choroby sercowo-naczyniowe, 7,5% natomiast – zaburzenia ze strony układu mięśniowo-szkieletowego [117].

Przewlekły ból jest jednym z najczęstszych problemów zgłaszanych przez osoby niesamodzielne [118]. W badanej grupie osoby starsze odczuwały dolegliwości bólowe na poziomie 6,2 punktu w skali bólu VAS. Wynik ten jest zbliżony z wynikami badania PolSenior. Autorzy wykazali, że natężenie dolegliwości bólowych wśród osób po 65 roku życia wynosiło około 6,5 punktów u kobiet, natomiast u mężczyzn 5,8 punktu [119]. Ból związany jest z niepełnosprawnością, ograniczoną mobilnością, upadkami, lękiem i depresją [120]. Przewlekły ból jest istotnym problemem dla osób przebywających w zakładach opieki długoterminowej i dla ich opiekunów. Badania wykazały, że osoby objęte opieką instytucjonalną częściej odczuwają przewlekłe dolegliwości bólowe niż mieszkańcy własnych domów [121].

Jakość życia (QOL) jest ważnym obszarem, który odzwierciedla samopoczucie i stan zdrowia populacji. Zachowanie dobrej jakości życia jest wyrazem sprawnego funkcjonowania w życiu społecznym i ma szczególne znaczenie w czasie przemian demograficznych, w tym tych zachodzących w społeczeństwie polskim. QOL osób niesamodzielnych jest pojęciem

wielowymiarowym. Łączy w sobie funkcjonowanie fizyczne, dobrostan psychologiczny, a także interakcje ze środowiskiem w miejscu zamieszkania [122]. Opieka nad osobami niesamodzielnymi zapewnia wsparcie w realizacji codziennych potrzeb. Jakość życia osób objętych opieką jest w dużej mierze zależna od możliwości wyboru leczenia, sposobu spędzania wolnego czasu czy indywidualnych bieżących potrzeb [123]. Według Maciejasz i wsp. osoby starsze w Polsce jako główne determinanty jakości życia zdefiniowały: stan zdrowia, sposób spędzania wolnego czasu, sytuację materialną, posiadanie pasji oraz dobre relacje z rodziną i znajomymi [124].

W wyniku przeprowadzonych badań wykazano średni ogólny poziom QOL badanych osób (48,24). Dla porównania warto odnotować, że podobne wnioski uzyskiwano nieraz niezależnie od stopnia rozwoju kraju, obszaru geograficznego – przykładowo jakość życia osób starszych mieszkających w Indiach również jest na średnim poziomie (49,74) [125]. Badanie przekrojowe z Finlandii, Polski i Hiszpanii pokazało z kolei, że osoby starsze w Polsce charakteryzują się najniższym poziomem jakości życia spośród tych trzech grup [126]. Istotne jest także przeanalizowanie uzyskanych danych w kontekście poszczególnych obszarów składających się na ogólną jakość życia.

Przytaczane w niniejszym opracowaniu badania własne wykazały, że najwyższy poziom jakości życia osoby starsze osiągają w domenie obejmującej relacje społeczne. Podobne wyniki uzyskali Cheraghi i wsp. [127], odmienne natomiast – Gobbens i wsp., którzy wśród 1340 osób w wieku 60 lat i więcej wskazali domenę środowiskową jako najwyżej punktowaną [128]. Najniżej ocenioną domeną jakości życia w badanej grupie osób była domena fizyczna. Oznacza to, że ograniczenia funkcjonalne mają ogromny wpływ na jakość życia osób starszych. Stąd wniosek, że decydenci, dysponując taką wiedzą, powinni planować odpowiednie, dostępne i przyjazne usługi dla starszych osób zależnych i niezależnych w ich środowisku zamieszkania [129].

Wraz ze wzrostem średniej długości życia coraz więcej osób może uzależniać się od pomocy innych. Według Eurostatu około 16% osób w wieku 65 lat i więcej jest niesamodzielnych [130]. W przeprowadzonym badaniu podstawę oceny stopnia niesamodzielnosci stanowiły zdefiniowane aktywności i uczestnictwo opisane w obszarach mobilności, samoobsługi oraz kształtowania życia codziennego i kontaktów społecznych osób niesamodzielnych. Za osoby niesamodzielne w I stopniu uznano jednostki, które są w niewielkim stopniu niesamodzielne w zakresie wykonywania czynności dnia codziennego, za osoby niesamodzielne w II stopniu – te mierzące się z umiarkowanymi trudnościami w tym zakresie, natomiast w III stopniu – osoby starsze z ciężkimi ograniczeniami w codziennym funkcjonowaniu, wymagające całodobowej opieki osób drugih.

Opierając się na zastosowanym narzędziu i kryteriach oceny stopnia niesamodzielności, wykazano, że w badanej grupie 48,81% osób posiadało I stopień niesamodzielności, 34,81% – II stopień, a 16,38% – III stopień. Dokonano porównania tej klasyfikacji z wynikami uzyskanymi przez badaczy w innych krajach. Przykładowo podobne odsetki, przy zastosowaniu zbliżonego podziału niesamodzielności, zostały wykazane w badaniach przeprowadzonych w Niemczech. Spośród 2,4 miliona osób objętych opieką długoterminową ponad 53% osób starszych posiadało tam najniższy stopień niesamodzielności, 34% średni, a 12,5% najwyższy [131]. W Wielkiej Brytanii z kolei wśród osób starszych objętych długoterminową opieką 50% należało do grupy najniższego stopnia niesamodzielności mierzonego za pomocą skali Barthel [132].

Narzędzie zaproponowane do oceny niesamodzielności umożliwiło ocenę mobilności osób starszych. Badania własne pokazały, że im wyższy był stopień niesamodzielności osób starszych, tym większe wykazywały one trudności w obszarze mobilności. Osoby starsze, które tracą zdolność samodzielnej mobilności, rzadziej pozostają aktywne w życiu społecznym, mają wyższy wskaźnik obciążenia chorobami przewlekłymi, gorszą jakość życia oraz większe ryzyko życia w samotności [133].

W wyniku przeprowadzonych badań wykazano, że niezależnie od stopnia niesamodzielności największe trudności w badanej zbiorowości występowały w przypadku chodzenia i utrzymywania pozycji ciała. Chodzenie jest podstawą wielu funkcji fizycznych i odzwierciedla interakcję wielu układów, w tym: mięśniowego, szkieletowego, krwionośnego i oddechowego, a także centralnego [134]. Dysfunkcja w dowolnym układzie może spowodować spowolnienie chodzenia. Dlatego prędkość marszu jest ważnym wskaźnikiem stanu zdrowia i funkcji fizycznych [135, 136]. Utrata umiejętności motorycznych wraz z wiekiem powoduje spadek funkcji fizycznych i kognitywnych u osób starszych [137]. Według Perery i wsp. prędkość chodu u osób starszych pozwala przewidzieć częstość występowania niepełnosprawności w zakresie wykonywania czynności dnia codziennego [138]. Paffenbarger i wsp., prowadząc badania wśród 16 tysięcy osób w wieku od 35 do 74 lat, wykazali, że nawet niewielka ilość czasu poświęcanego na chodzenie w ciągu dnia doprowadziła do obniżenia ryzyka śmierci o 21% [139]. Również w kohortowym badaniu z USA, w którym wzięło udział 787 osób starszych mieszkających w domach pomocy społecznej bez stwierdzonej niepełnosprawności w czynnościach dnia codziennego, po 2,5-letniej obserwacji wykazano, że osoby, które zgłaszały 2 godziny 20 minut aktywności fizycznej tygodniowo, charakteryzowały się o 16% mniejszą niepełnosprawnością ADL [140].

Kolejnym ocenianym obszarem była samoobsługa. Wykazano, że im wyższy był stopień niesamodzielności badanych osób, tym większe były ich ograniczenia w zakresie samoobsługi. Największe trudności stwierdzono w wykonywaniu prac domowych, przygotowywaniu posiłków oraz myciu ciała. Według Freedman i Spillman 18 milionów starszych Amerykanów miało trudności z wykonywaniem czynności dnia codziennego lub musiało w tym celu otrzymywać pomoc. Prawie 3 miliony osób otrzymywały wsparcie w zakresie samoobsługi i mobilności w ich miejscu zamieszkania [141].

Analizując obszar życia i kontaktów społecznych, również wykazano, że wraz ze stopniem niesamodzielności zwiększały się trudności w życiu społecznym osób starszych. Największe trudności stwierdzono w zakresie realizowania dziennego rozkładu zajęć. Liczne badania udowodniły, że uczestnictwo społeczne ma korzystny wpływ na zdrowie, samopoczucie psychiczne, zdolności funkcjonalne oraz poznawcze, a także na jakość życia [142, 143]. Partycypacja społeczna nadaje życiu sens, umożliwia pełne zaangażowanie się w życie społeczności lokalnej, łączy się z poczuciem przywiązania i spełnienia. Relacje społeczne mogą zwiększyć motywację osób starszych do dbania o zdrowie [144]. Według Gao i wsp. dla utrzymania niezależności osób starszych należy promować wśród nich uczestnictwo w życiu społecznym [145]. Tomioka i wsp. wykazali, że umiarkowana partycypacja społeczna zapobiega niesamodzielności osób starszych [146].

Przeprowadzone badanie miało również na celu ocenę wpływu czynników socjodemograficznych na niesamodzielność osób starszych. Nie wykazano istotnej statystycznie różnicy pomiędzy płcią, miejscem zamieszkania, poziomem wykształcenia i stanem cywilnym a stopniem niesamodzielności. Większość badań wskazuje jednak na związek między niepełnosprawnością a płcią [147, 148]. W porównaniu ze starszymi mężczyznami, we wszystkich grupach wiekowych kobiety w podeszłym wieku żyły dłużej, ale z większą częstością występowania niepełnosprawności i krótszą oczekiwaną długością życia bez niepełnosprawności [149]. Również niższe wykształcenie wskazuje się jako silny predyktor wystąpienia niesprawności, wczesnej zachorowalności i śmiertelności [150]. Według Sulandera i wsp. osoby z wyższym wykształceniem mają znacznie lepszą zdolność do samodzielnego funkcjonowania w życiu codziennym [151]. Natomiast według Connolly i wsp. stan cywilny wpływał na zależność osób starszych. Osoby rozwiedzione bądź żyjące w samotności charakteryzowały się większą niesprawnością w zakresie wykonywania podstawowych i złożonych czynności dnia codziennego [152].

Starzenie jest procesem dynamicznym, a trendy w stanie zdrowia osób starszych zmieniają się w czasie z powodu wielu czynników. Rozbieżności w uzyskanych wynikach mogą świadczyć o różnicach społeczno-kulturowych oraz różnym pochodzeniu badanych populacji [153]. Możliwe są także różnice w obciążeniu chorobami przewlekłymi w zbiorowościach objętych badaniami [154].

W wyniku przeprowadzonych badań wykazano, że osoby z wyższym stopniem niesamodzielności były istotnie starsze od osób z niższym jej stopniem. Wiek jest czynnikiem mocno związanym z ograniczeniami funkcjonalnymi [155]. Największy spadek czynnościowy występuje w wieku między 85 a 86 lat i wynosi prawie 80% [156]. Analiza Chatterji i wsp. wykazała, że w takich krajach, jak Grecja, Hiszpania i Włochy największy wzrost ograniczeń funkcjonalnych rozpoczyna się w wieku 50–70 lat, natomiast w Holandii, Szwecji i Szwajcarii ten sam problem pojawia się dopiero powyżej 70 roku życia [157].

Niezależność w starszym wieku jest powiązana nie tylko z wiekiem biologicznym, ale także ze zdolnościami fizycznymi i umysłowymi, zasobami społeczno-ekonomicznymi oraz życiowymi doświadczeniami seniora [158]. Badania własne wykazały, że osoby z wyższym stopniem niesamodzielności miały większe zaburzenia poznawcze. Osoby z łagodnymi zaburzeniami poznawczymi najczęściej wymagają wsparcia w realizowaniu codziennych czynności [159]. Według Lee i wsp. status poznawczy pozwala niezależnie prognozować ograniczenia funkcjonalne i występowanie niepełnosprawności wśród osób starszych. Ponadto siła związku między zaburzeniami poznawczymi a funkcjami fizycznymi wzrasta wraz z upływem czasu [160]. Gure i wsp. stwierdzili, że u 45% osób z zaburzeniami kognitywnymi występują ograniczenia w wykonywaniu czynności dnia codziennego [161]. Shimada i wsp. także wykazali, że zaburzenia poznawcze stanowią czynnik predykcyjny spadku niezależności wśród osób starszych [162]. Analizując odwrotną sytuację, Ishizaki i wsp. wykazali, że problemy w wykonaniu podstawowych czynności dnia codziennego przyczyniają się do powstawania zaburzeń poznawczych [163]. Na podstawie wyników uzyskanych przez autorów można stwierdzić, że pogorszenie funkcji poznawczych i niesamodzielność funkcjonalna są ze sobą powiązane i mogą wzajemnie na siebie oddziaływać.

W niniejszym badaniu nie wykazano związku między występowaniem depresji a poziomem niesamodzielności. Odmiennie wyniki uzyskali da Silva i wsp. Autorzy wykazali, że objawy depresyjne przyczyniają się do obciążenia starszej populacji niepełnosprawnością funkcjonalną [164]. Wśród osób starszych depresja stanowi stan przewlekły, który staje się ważnym czynnikiem

prowadzącym do zwiększonego korzystania z opieki zdrowotnej [165]. Mimo iż w badaniach własnych nie wykazano różnic w rozpowszechnieniu depresji na poszczególnych stopniach niesamodzielności, stwierdzono, że wśród osób z najwyższym jej stopniem głęboką depresję miała ponad połowa. Często osoby starsze nie podejmują leczenia zaburzeń nastroju z powodu braku ich zrozumienia oraz trudności z dostępem do informacji o możliwościach ich leczenia.

W zakresie opieki zdrowotnej najwięcej trudności sprawiają diagnostyka i proces leczenia oraz często niewystarczające zasoby finansowe na konieczne medyczne wydatki [166]. Obiecującym podejściem do opieki nad pacjentem w podeszłym wieku z problemami depresyjnymi jest model Collaborative Care, wykorzystujący managerów opieki, którzy zarządzają wsparciem i pomocą dla osób potrzebujących [167].

Częstość występowania chorób przewlekłych jest silnie uzależniona od wieku. Wśród krajów o niskim i średnim dochodzie 23% obciążenia niepełnosprawnością spowodowane jest chorobami przewlekłymi, natomiast w krajach o wysokim dochodzie – 36% [168]. Transformacja demograficzna w najbliższych latach znacznie zwiększy obciążenie osób starszych przewlekłymi chorobami niezakaźnymi [169]. W wyniku przeprowadzonych badań własnych nie wykazano istotnych statystycznie różnic w obciążeniu liczbą zdiagnozowanych chorób przewlekłych w zależności od stopnia niesamodzielności. Yokota i wsp. określili stopień niepełnosprawności przy wybranych chorobach przewlekłych. Autorzy wykazali, że z łagodną niepełnosprawnością związane były depresja, choroby układu oddechowego oraz zawał serca, natomiast z ciężką niepełnosprawnością – choroby neurologiczne i udar mózgu [170]. Starzenie się światowej populacji sprawia, że systemy opieki zdrowotnej coraz częściej kierują uwagę na przewlekłe objawy chorób i urazów [171].

Około 50% osób starszych mieszkających we własnych domach cierpi z powodu przewlekłego bólu, który w dużej mierze spowodowany jest występującymi chorobami przewlekłymi [172]. Według Makino i wsp. niepełnosprawność funkcjonalna jest szczególnie związana z występowaniem silnego bólu przewlekłego [173]. W wyniku przeprowadzonych badań własnych nie wskazano zależności między stopniem niesamodzielności a odczuwanym przez osoby starsze poziomem dolegliwości bólowych.

Analizie poddano ocenę zależności między warunkami mieszkaniowymi i dostosowaniem środowiska zamieszkania a stopniem niesamodzielności. Nie wykazano istotnego statystycznie związku między wskazanymi czynnikami a stopniem niesamodzielności. Osoby starsze są

szczególnie wrażliwe na otoczenie fizyczne i społeczne [174]. Brak barier środowiskowych oraz montowanie ułatwień w miejscu zamieszkania mogą znacząco wpłynąć na ich niezależność [175].

Potrzeba uzyskania pomocy w codziennych czynnościach jest nieuniknioną konsekwencją starzenia się [176]. Analiza wyników badań własnych wykazała zależność między stopniem niesamodzielności a możliwością otrzymania pomocy ze strony innych osób. Najwyższy odsetek badanych potwierdzających możliwość skorzystania z pomocy dotyczył osób z III stopniem niesamodzielności. Według Freedman ponad 50% osób w wieku od 85 do 89 lat otrzymuje pomoc od opiekuna rodzinnego z powodu ograniczeń zdrowotnych, natomiast po 90 roku życia tylko 24% tej pomocy nie potrzebuje [142]. Według Bień i wsp. w Europie potrzeby w zakresie opieki nad osobami starszymi są szczególnie wysokie i niezaspokojone. Brakuje równowagi między korzystaniem z usług opieki zdrowotnej i społecznej. Autorzy stwierdzają, że rozwój usług opieki społecznej może być strategią ograniczającą niezaspokojone potrzeby niesamodzielnych osób starszych [177].

Niepełnosprawność i jakość życia odzwierciedlają globalne zdrowie jednostki [178]. Analiza uzyskanych danych wykazała, że istnieje zależność między jakością życia a stopniem niesamodzielności. Jakość życia osób starszych z I stopniem niesamodzielności była istotnie wyższa od jakości życia osób z III stopniem niesamodzielności. Wykazano również, że każda z domen jakości życia: fizyczna, psychologiczna, relacji społecznych oraz środowiska, są zależne od stopnia niesamodzielności. Wnioski te są zbieżne z doniesieniami Forjaz i wsp., którzy stwierdzili, że obecność niepełnosprawności negatywnie wpływa na jakość życia osób starszych [179]. Chan i wsp. także wykazali, że zdolności funkcjonalne osób starszych są związane z ich jakością życia oraz satysfakcją życiową [180]. Badacze z Chin dowiedli, że poważniejsza niepełnosprawność skorelowana była z gorszą jakością życia [181]. Według Yeung i Breheny dążenie do osiągania celów w życiu może pomóc osobom niesamodzielnym w radzeniu sobie ze stresorami związanymi ze zdrowiem fizycznym i psychicznym, a co za tym idzie zwiększać poziom ogólnej jakości życia. Większa świadomość potrzeb niesamodzielnych osób starszych umożliwi odpowiednio zaplanowanie wsparcia w celu zapewnienia im pomyślnego starzenia się [181].

W obliczu starzenia się światowej populacji dla wielu krajów, w tym dla Polski, wyzwanie stanowi rosnące zapotrzebowanie na usługi opieki zdrowotnej. Potrzeby osób starszych w zakresie opieki społecznej wynikają natomiast z ich niezdolności do samoobsługi i do prowadzenia samodzielnego życia. Konieczność przyjęcia pomocy w realizowaniu jednej lub więcej podstawowych czynności dnia codziennego, takich jak kąpiel, ubieranie się czy toaleta, stanowią

silne czynniki prognostyczne do objęcia seniora opieką długoterminową, obok występowania zaburzeń stanu poznawczego bądź problemu nietrzymania moczu [182]. Prognozy dotyczące potrzeb w zakresie opieki często stawiane są w odniesieniu do wystąpienia, ocenianej różnymi metodami, umiarkowanej bądź ciężkiej niepełnosprawności. Zakres i intensywność wymaganej przez seniorów opieki są natomiast bardzo różnorodne. Szacuje się, że w Wielkiej Brytanii niska zależność, oznaczająca rzadsze niż codzienne zapotrzebowanie na pomoc osób innych, będzie udziałem 32% seniorów, natomiast stosowanie opieki długoterminowej (24-godzinnej) będzie konieczne w przypadku około 6% [183]. Kingston i wsp. wykazali, że osoby starsze spodziewać się mogą średnio 4–7 lat życia z niską zależnością, w tym starsi mężczyźni przeżyją ze znacznymi potrzebami opiekuńczymi (opieka całodobowa) blisko 2–4 lata, a starsze kobiety 3 lata. [184].

Biorąc pod uwagę wysoką częstość występowania i poważne skutki zdrowotne upośledzenia ruchowego, potrzebne są interwencje ukierunkowane na szybki powrót do zdrowia w okresie rekonwalescencji [185]. Wzrost niesamodzielności w zakresie wykonywania czynności dnia codziennego powoduje zwiększenie zapotrzebowania na opiekę społeczną, najczęściej w formie opieki szpitalnej bądź opieki długoterminowej [186]. Jednocześnie zmiany zachodzące w stylu życia, mniejsza liczebność rodzin, rosnący udział kobiet w rynku pracy skutkują ograniczeniem możliwości realizowania opieki nieformalnej nad osobą potrzebującą [187]. Badania wykazują, że opieka nieformalna, świadczona przez osoby z najbliższego otoczenia seniora, umożliwia dłuższe pozostawanie w domu przed przejściem na opiekę stacjonarną [188]. Rosnące zapotrzebowanie na wsparcie seniorów przy jednoczesnym zmniejszeniu potencjału opieki nieformalnej powoduje konieczność rozszerzenia formalnych usług opiekuńczych i zwiększenia przeznaczonych na nie środków finansowych [189]. Badanie oceniające opiekę nad osobami starszymi w 11 krajach europejskich wykazało, że osoby korzystające z opieki środowiskowej we Francji i we Włoszech charakteryzowały się bardzo wysokim poziomem niesprawności fizycznej i poznawczej. Niektóre kraje Unii Europejskiej dążą do wdrożenia systemu opieki w warunkach domowych, preferującego pozostawanie osoby starszej w znanej jej społeczności. Tego typu inicjatywy niosą za sobą pozytywne skutki, ponieważ dom – jak podaje WHO – to miejsce emocjonalnych i fizycznych wspomnień i psychicznego komfortu [190].

Niesamodzielność definiowana jest jako niemożność samodzielnego wykonywania czynności dnia codziennego i konieczność korzystania z pomocy innych osób. Osoba niesamodzielna, która z powodu choroby bądź naruszenia funkcji organizmu wykazuje ograniczoną aktywność, potrzebuje doraźnego lub stałego wsparcia. Powinno być ono w pierwszej

kolejności efektem opieki rodziny lub najbliższego otoczenia; jeśli jest to niemożliwe, funkcje wspierające powinny przejść instytucje samorządowe oraz państwowe w miejscu zamieszkania osoby niesamodzielnej. Narzędzie do oceny stopnia niesamodzielności zostało opracowane z wykorzystaniem ICF na podstawie definicji osoby niesamodzielnej. Co ważne w obliczu potrzeby stworzenia ujednoczonego systemu opieki nad osobami starszymi, przyjęcie narzędzia opartego na ICF pozwoli na ocenę niesamodzielności w kontekście nie tylko medycznym, ale także społecznym. Ze względu na charakteryzującą je standaryzację pojęć wykorzystywanych do oceny stanu zdrowia i funkcjonowania jednostki, to uniwersalne i międzynarodowe narzędzie wydaje się odpowiednie do projektowania i wdrażania polityki społecznej w Polsce. Zastosowanie wspólnego, kompleksowego i znormalizowanego instrumentu do oceny stanu zdrowia osób starszych umożliwiłoby ujednoczenie rodzajów oferowanego wsparcia oraz ustalenie optymalnego wymiaru czasu opieki nad seniorem z uwzględnieniem stopnia jego niesamodzielności.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań sformułowano następujące wnioski:

1. Średnia ocena poziomu niesamodzielności (w skali od 0 do 100) w badanej grupie wynosiła 58,49 punktu (SD = 15,66).
 - U blisko połowy badanych osób (48,81%) stwierdzono I stopień niesamodzielności,
 - u co trzeciej badanej osoby (34,81%) – II stopień niesamodzielności,
 - u 16,38% – III stopień niesamodzielności.
2. Do najbardziej problematycznych dla badanych osób obszarów związanych z aktywnością i uczestnictwem w zakresie mobilności należały chodzenie i utrzymanie pozycji ciała, niezależnie od stopnia niesamodzielności.
 - W zakresie samoobsługi największe problemy stwierdzono w wykonywaniu prac domowych oraz przygotowywaniu posiłków. U osób z III stopniem niesamodzielności bardzo duże problemy występowały także z takimi czynnościami, jak mycie się, ubieranie i korzystanie z toalety.
 - W zakresie kształtowania życia codziennego i kontaktów społecznych największe wyzwanie stanowiło rozwiązywanie problemów, realizowanie dziennego rozkładu zajęć oraz podejmowanie pojedynczego zadania.
 - Największe problemy stwierdzono u badanych w zakresie mobilności i samoobsługi, mniejsze w zakresie kontaktów społecznych.
3. Do najistotniejszych potrzeb asystenckich u osób z I stopniem niesamodzielności należały:
 - a. pomoc w chodzeniu, przemieszczaniu się i utrzymaniu pozycji ciała,
 - b. asysta przy wykonywaniu prac domowych oraz przygotowaniu posiłków,
 - c. wsparcie w obszarach związanych z rozwiązywaniem problemów, realizowaniem dziennego rozkładu zajęć i podejmowaniem pojedynczego zadania.
4. Do najistotniejszych potrzeb opiekuńczych u osób z II stopniem niesamodzielności należały te same zakresy:
 - a. pomoc w chodzeniu, przemieszczaniu się i utrzymaniu pozycji ciała; dodatkowo: w precyzyjnym używaniu ręki;
 - b. asysta przy wykonywaniu prac domowych oraz przygotowaniu posiłków; dotatkowo: wzrastał odsetek osób ze znaczną trudnością w zakresie samodzielnego mycia się;

- c. wsparcie w obszarach związanych z rozwiązywaniem problemów, realizowaniem dziennego rozkładu zajęć i podejmowaniem pojedynczego zadania; dodatkowo asysty wymagało podejmowanie prostych decyzji.
5. W przypadku osób z III stopniem niesamodzielności:
 - a. w większości miały one całkowity problem z chodzeniem i utrzymaniem pozycji ciała. Wymagały pomocy w zmianie podstawowej pozycji ciała, czynnościach związanych z precyzyjnym używaniem ręki oraz przemieszczaniem się;
 - b. wszyscy badani wymagali pomocy w wykonywaniu prac domowych, przygotowaniu posiłków oraz myciu się, ubieraniu i korzystaniu z toalety. Potrzebowali także pomocy lub asysty w spożywaniu pokarmów i napojów;
 - c. pełnego wsparcie było niezbędne w obszarach związanych z realizowaniem dziennego rozkładu zajęć, podejmowaniem pojedynczego zadania, rozwiązywaniem problemów i samodzielnym podejmowaniem decyzji. Znacząco wzrastały w tej grupie problemy ze skupianiem uwagi i utrzymywaniem podstawowych kontaktów międzyludzkich.
6. Ogólna jakość życia badanych z I stopniem niesamodzielności była na przeciętnym poziomie, natomiast obniżała się istotnie wraz ze wzrostem stopnia niesamodzielności. Najniższą jakość życia u wszystkich badanych osób stwierdzono, niezależnie od stopnia niesamodzielności, w domenie fizycznej.
7. Niezbędne jest oparcie systemu opieki na dostosowaniu pomocy do rzeczywiście występującego stopnia niesamodzielności ocenianego na podstawie realnego ograniczenia w funkcjonowaniu. Dotychczasowa praktyka, czyli ustalanie stopnia niezbędnej pomocy jedynie w odniesieniu do rodzaju schorzenia i ogólnie określonej niepełnosprawności, nie jest z perspektywy obecnej wiedzy medycznej właściwa.

6. Streszczenie

Wstęp: Proces demograficznego starzenia się ludności Polski, związany ze wzrostem odsetka osób starszych, często mieszkających w gospodarstwach jednoosobowych, stwarza konieczność rozwoju usług wspomagających ich samodzielność i niezależność życiową. Bardzo często starośći towarzyszy występowanie chorób przewlekłych oraz stopniowe upośledzanie funkcji ciała, a w następstwie obniżenie aktywności i uczestnictwa. Z wiekiem wzrasta prawdopodobieństwo, że osoba starsza będzie musiała korzystać z pomocy przy wykonywaniu czynności dnia codziennego.

Wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia i polityki społecznej jest zapewnienie obywatelom pomyślnej starości i jak najlepszej jakości życia, w tym optymalnych warunków środowiskowych pozwalających na maksymalne wspieranie osób starszych przy wykonywaniu przez nie codziennych czynności oraz włączanie ich w życie społeczne. Zapewnienie warunków dla pomyślnego starzenia się musi być poprzedzone odpowiednią oceną problemów i potrzeb jednostki. Wychodząc naprzeciw tym potrzebom, Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization – WHO) opracowała Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF), opartą na biopsychospołecznym modelu niepełnosprawności. Na bazie Klasyfikacji możliwe jest tworzenie narzędzi pozwalających na dokonanie kompletnej analizy funkcjonowania, aktywności i uczestnictwa, w celu oceny poziomu niesamodzielności osób starszych oraz jednoczesnej oceny ich potrzeb.

Cel: Celem pracy jest ocena poziomu niesamodzielności i jakości życia osób starszych wymagających pomocy w czynnościach życia codziennego na podstawie ICF.

Materiał i metody: Badaniem objęto 293 osoby w wieku 60 lat i więcej wymagające pomocy w codziennym funkcjonowaniu, zgłoszone do udziału w projekcie „Profesjonalizacja usług asystenckich i opiekuńczych dla osób niesamodzielnych – nowe standardy kształcenia i opieki”. Kryteria włączenia do badania stanowiły: wiek badanych 60 lat i więcej, deficyty w funkcjonowaniu wymagające wsparcia osób trzecich, zgoda na udział w badaniu. Badanie uzyskało zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Rzeszowskiego (Nr 2018/03/03). Do badania wykorzystano zestaw 20 kategorii ICF w zakresie aktywności i uczestniczenia, których wyboru dokonano zgodnie z wytycznymi WHO. Do oceny kwalifikatorów wykorzystano zestaw następujących narzędzi: skale Katza, Lawtona, Berg, Barthel, kwestionariusz WHODAS 2.0, test „Timed Up and Go”, skalę VAS. Do oceny jakości życia badanych zastosowano kwestionariusz WHOQOL-BREF. Dodatkowo zebrano podstawowe dane socjodemograficzne (wiek, płeć, miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie) oraz informacje na temat stanu poznawczego i emocjonalnego.

Wyniki: Badaniem objęto 293 osoby, z czego 75,09% stanowiły kobiety, a 24,91% mężczyźni. Średnia wieku wynosiła 79,6 roku. Większość badanych (61,43%) mieszkała w miastach i miała wykształcenie podstawowe (35,15%) lub średnie (30,03%). Ponad 60% badanych było wdowcami lub wdowami. U większości badanych stwierdzono prawidłowy stan poznawczy (75,09%). Łagodną depresję stwierdzono u 43,69%, zaś głęboką u 38,91% badanych. Średnia liczba zdiagnozowanych chorób przewlekłych w badanej grupie wynosiła 8. Średnia ocena ogólnej jakości

życia badanych wynosiła 48,24 punktu. Najwyżej oceniono jakość życia w domenie socjalnej (średnia 55,67 punktu), najniżej w obszarze fizycznym (średnia 33,91 punktu). Średnia ocena poziomu niesamodzielności (w skali od 0 do 100) obliczona przy użyciu narzędzia opracowanego zgodnie z ICF w badanej grupie wynosiła 58,49 punktu. U 48,81% stwierdzono I stopień niesamodzielności, u 34,81% – II stopień, a u 16,38% – III stopień niesamodzielności. Do najbardziej problematycznych obszarów związanych z aktywnością i uczestnictwem badanych osób w zakresie mobilności należały chodzenie i utrzymanie pozycji ciała, niezależnie od stopnia niesamodzielności. W zakresie samoobsługi największe problemy stwierdzono w wykonywaniu prac domowych oraz przygotowywaniu posiłków. U osób z III stopniem niesamodzielności bardzo duże problemy występowały także z takimi czynnościami jak mycie się, ubieranie i korzystanie z toalety. W zakresie kształtowania życia codziennego i kontaktów społecznych największy problem sprawiało rozwiązywanie problemów, realizowanie dziennego rozkładu zajęć oraz podejmowanie pojedynczego zadania. Ocena jakości życia była istotnie niższa u osób z wyższym poziomem niesamodzielności ($p < 0,001$).

Wnioski: W przeprowadzonych badaniach stwierdzono znaczny poziom niesamodzielności badanych osób, przy czym największe ograniczenia występowały w chodzie, utrzymaniu pozycji ciała, wykonywaniu codziennych prac domowych, przygotowywaniu posiłków oraz samoobsłudze. Na podstawie szczegółowej analizy problemów osób badanych należących do grup o kolejnych stopniach niesamodzielności możliwe było określenie ich potrzeb asystenckich oraz opiekuńczych. Stwierdzono, że ogólna jakość obniżała się istotnie wraz ze wzrostem stopnia niesamodzielności. Przedstawiono wniosek, że niezbędne jest ustalenie dla każdej z tych grup optymalnej opieki, dostosowanej do realnie występujących ograniczeń w funkcjonowaniu i wynikających bezpośrednio z nich konkretnych potrzeb w zakresie wsparcia, w miejsce oferowanego dotychczas systemu opieki bazującego na określaniu konkretnych schorzeń bądź rodzaju lub stopnia niepełnosprawności.

7. Summary

Introduction: The process of demographic aging of the Polish population, associated with an increase in percentage of elderly people, often living in single-person households, makes it necessary to develop services supporting their independence and life independence. Very often,

old age is accompanied by the occurrence of chronic diseases and gradual impairment of body functions, resulting limitations in activity and participation. The likelihood of the need to use the help of other people in carrying out everyday activities increases. The challenges for the health care system and social policy are ensuring a successful old age and the best quality of life, including optimal environmental conditions that allow for maximum support for the performance of daily activities by the elderly and their involvement and inclusion in social life. Providing conditions for successful aging must be preceded by an appropriate assessment of the problems and needs of the individual. To meet these needs, the World Health Organization (WHO) has developed the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), based on the biopsychosocial model of disability. On the basis of the Classification, it is possible to create tools that allow for a complete analysis of the functioning, activity and participation in order to assess the level of dependence of the elderly and at the same time to assess their needs.

Objective: The aim of the study is to assess based on the ICF the level of dependence and quality of life of elderly people who require assistance in everyday activities.

Material and methods: The study included 293 people aged 60 and more requiring assistance in everyday functioning, registered for the project "Professionalization of assistant and care services for dependent people – new standards of education and care". The inclusion criteria for the study were as follows: age of the respondents 60 years and older, functional deficits requiring the support of third parties, consent to participate in the study. The study was approved by the Bioethics Committee of the University of Rzeszów (No. 2018/03/03). The study used a set of 20 ICF categories in terms of activity and participation, selected according to WHO guidelines. The following tools were used to evaluate the qualifiers: Katz, Lawton, Berg and Barthel Scales, WHODAS 2.0 questionnaire, Timed Up and Go Test, VAS Scale. The WHOQOL-BREF questionnaire was used to assess the quality of life of the respondents. Additionally, basic sociodemographic data (age, sex, place of residence, marital status, education) and information on cognitive and emotional status were collected.

Results: The study involved 293 people, including 75.09% women and 24.91% men. The average age was 79.6 years. Most of the respondents (61.43%) lived in cities and had primary (35.15%) or secondary (30.03%) education. Over 60% of the respondents were widowers or widows. Most of the respondents had a normal cognitive status (75.09%). Mild depression was found in 43.69%, and deep in 38.91% of the respondents. The average number of diagnosed

chronic diseases in the study group was 8. The average assessment of the overall quality of life of the respondents was 48.24 points. The quality of life was rated the highest in the social domain (mean 55.67 points), the lowest in the physical domain (mean 33.91 points). The average assessment of the level of dependence (on a scale from 0 to 100) based on the tool developed in accordance with the ICF in the study group was 58.49 points. In 48.81%, the first level of dependence was diagnosed, in 34.81% – the second level, and in 16.38 – the third level of dependence. The most problematic areas related to the mobility and participation of the respondents included walking and maintaining body position, regardless of the level of dependence. In terms of self-service, the biggest problems were identified with housework and food preparation. In people with the third level of dependence, very large problems also occurred with activities such as washing, dressing and using the toilet. In terms of shaping everyday life and social contacts, the biggest issue was solving problems, carrying out a daily schedule and undertaking a single task. The assessment of the quality of life was significantly lower in people with a higher level of dependence ($p < 0.001$).

Conclusions: On the basis of the conducted research, a significant level of dependence of the respondents was found, with the biggest limitations occurring in walking, maintaining body position, performing daily housework, preparing meals and self-service. On the basis of a detailed analysis of the problems of the respondents with individual levels of dependence, it was possible to define the assistant and care needs. It was found that overall quality decreased significantly with increasing level of dependence. It is necessary to establish optimal care adapted to the existing dependency based on real limitations in functioning and specific support needs resulting directly from them, and not on the basis of specific diseases or the type or level of disability.

Bibliografia

1. *Starzenie się społeczeństwa polskiego i jego skutki*. Warszawa: Kancelaria Senatu. Biuro Analiz i Dokumentacji; 2011.
2. *Population Structure and Ageing*. http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing/. Opublikowano: sierpień 2020; dostęp: 16.11.2020.
3. *Prognoza ludności na lata 2014–2015*. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2014.
4. Długosz Z, Kurek S, Kwiatek-Sołtys A. Stan i perspektywy starzenia się ludności w Polsce i Europie. Soja M, Zborowski A (red.). *Człowiek w przestrzeni zurbanizowanej*. Kraków: Instytut Geografii i Gospodarki Przestrzennej UJ; 2011:11–26.
5. *Ludność w wieku 60 lat i więcej. Zdrowie osób starszych w świetle badań statystyki publicznej*. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2016.
6. *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 roku*. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2016.
7. Błędowski P, Szatur-Jaworska B, Szweda-Lewandowska Z, Kubicki P. *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*. Warszawa: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych; 2012.
8. Raćław M, Rosochacka-Gmitrzak M. *Proces starzenia się, w kontekście wyzwań demografii, polityki społecznej oraz doniesień badawczych*. http://www.wrzos.org.pl/download/Ekspertyza_1_ASOS.pdf. Opublikowano: 9.02.2015; dostęp: 7.04.2017.
9. Wieczorowska-Tobis K, Kostka T, Borowicz AM. *Fizjoterapia w geriatrici*. Warszawa: PZWL; 2011.
10. Kurek S. *Typologia starzenia się ludności Polski w ujęciu przestrzennym*. Kraków: Akademia Pedagogiczna im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie; 2008.
11. *Global Health and Ageing*. https://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf?ua=1 Bethesda, Maryland, USA: WHO, National Institute on Aging; 2011.
12. Bielak-Żmijewska A, Grabowska W, Przybylska D. Rola starzenia komórkowego w starzeniu organizmu i chorobach związanych z wiekiem. *Postępy Biochemii*. 2014;60(2):147–159.
13. Łacheta B. Zrozumienie starości. Człowiek chory i umierający. Stala J (red.). *Możliwości wsparcia i formy pomocy*. Kraków: Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie; 2014:265–278.
14. Duda K. Proces starzenia się. Marchewka A, Dąbrowski Z, Żołądź JA (red.). *Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2013:4–5.
15. Wieczorowska-Tobis K. Zmiany narządowe w procesie starzenia. *Pol Arch Med Wewn*. 2008;118:63–69.
16. Dziechciaż M, Filip R. Biological psychological and social determinants of old age: Bio-psychosocial aspects of human aging. *Ann Agr Env Med*. 2014;21(4):835–838.
17. Wieczorowska-Tobis K, Neumann-Podczaska A. Wpływ leków na sprawność funkcjonalną osób starszych na przykładzie upadków. Jakrzewska-Sawińska A (red.). *Niesprawność u osób starszych. Zapobieganie – diagnostyka – terapia*. Poznań: Wielkopolskie Stowarzyszenie Wolontariuszy Opieki Paliatywnej Hospicjum Domowe; 2013:38.
18. Kędziora-Kornatowska K. Biologiczne aspekty starzenia się organizmu człowieka. Kędziora-Kornatowska K, Muszalik M (red.). *Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku*. Lublin: PZWL; 2007:3–9.

19. Gutowska A. (Nie)pełnosprawna starość. *Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej*. 2015;8:9–33.
20. *Definition of an older or elderly person*. <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en>. Dostęp: 15.03.2018.
21. Walorek-Ściańska K, Šerák M, Szyszka M, Tomczyk Ł. Starzenie się i starość w dynamicznie zmieniającym się świecie. *Czesko-Polsko-Słowackie studia z zakresu andragogiki i gerontologii społecznej*. Sosnowiec – Praha: Oficyna Wydawnicza Humanitas; 2013.
22. Szukalski P. Wiek przechodzenia na emeryturę w Polsce. *Demografia i Gerontologia Społeczna – Biuletyn Informacyjny*. 2016;8:1–4.
23. Rudnik A. Wymiary starości i cechy ludzi starych w percepcji dzieci i młodzieży. *Pogranicze. Studia Społeczne*. 2016;28:201–219.
24. Szatur-Jaworska B. Faza starości w cyklu życia człowieka – ogólna charakterystyka. Szatur-Jaworska B, Błędowski P, Dzięgielewska M (red.). *Podstawy gerontologii społecznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2006.
25. Zawadzka D, Stalmach M. Psychologiczne problemy osób starszych w okresie starości. Cz. 1. Najważniejsze wyzwania i trudności. *Hygeia Public Health*. 2015;50(2):298–304.
26. Søndergaard E, Willadsen TG, Gaussora A i wsp. Problems and challenges in relations to the treatment of patients with multimorbidity: General practitioners' views and attitudes. *Scand J Prim Health Care*. 2015;33(2):121–126.
27. Kotarba A, Borowiak E, Czajkowski J. Okulistyczne aspekty starzenia się człowieka. *Nursing Topics*. 2014;22(3):390–394.
28. Czerwiński E, Białoszewski D, Borowy P i wsp. Epidemiologia, znaczenie kliniczne oraz koszty i profilaktyka upadków u osób starszych. *Ortop Traumatol Rehab*. 2008;10(5):419–428.
29. Szpringer M, Wybraniec-Lewicka B, Czerwiak G i wsp. Upadki i urazy wieku geriatrycznego. *Studia Medyczne*. 2008;9:77–81.
30. Nunes BP, Thumé E, Facchini LA. Multimorbidity in older adults: magnitude and challenges for the Brazilian health system. *BMC Public Health*. 2015;15:1172.
31. Foguet-Boreu Q, Violán C, Rodriguez-Blanco T i wsp. Multimorbidity Patterns in Elderly Primary Health Care Patients in a South Mediterranean European Region: A Cluster Analysis. *PLoS ONE*. 2015;10(11):e0141155.
32. Potrykowska A, Strzelecki Z, Szymborski J i wsp. Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski. Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa; 2014.
33. Mossakowska M, Więcek A, Błędowski P. *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Poznań: Międzynarodowy Instytut Biologii Molekularnej i Komórkowej w Warszawie; 2012.
34. Schäfer I, von Leitner EC, Schön G i wsp. Multimorbidity Patterns in the Elderly: A New Approach of Disease Clustering Identifies Complex Interrelations between Chronic Conditions. *PLoS ONE*. 2010;5(12):e15941.
35. Górską-Ciebiada M, Ciebiada M, Barylski M i wsp. Cukrzyca u osób w wieku podeszłym w świetle nowych wytycznych Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. *Geriatrics*. 2009;3:228–233.
36. *European comparative data on Europe 2020 & People with disabilities*. <https://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1569&context=gladnetcolect>. Dostęp: 5.05.2018.
37. Augustyn M, Błędowski P, Wyrwicka K, i wsp. *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*. Warszawa: Grupa Robocza ds. Przygotowania Ustawy o Ubezpieczeniu od Ryzyka Niesamodzielności przy Klubie Senatorów Platformy Obywatelskiej; 2010.

38. Bakalarczyk R. *Zagrożenie ubóstwem osób niesamodzielnych i ich opiekunów oraz sposoby przeciwdziałania. Ekspertyza przygotowana w ramach projektu EAPN Polska – wspólnie budujemy Europę* Socjalną. http://www.eapn.org.pl/wp-content/uploads/2013/11/Ekspertyza_2_R_Bakalarczyk.pdf. Dostęp: 14.03.2018.
39. Necel R, Nosal P. Osoby niesamodzielne i ich opiekunowie. Potrzeby wsparcia oraz możliwości pomocy w perspektywie założeń polityki społecznej. *Teologia i Moralność*. 2014;1(15):77–91.
40. Wilmowska-Pietruszyńska A. Sytuacja zdrowotna, materialna i społeczna osób niepełnosprawnych i niesamodzielnych w Polsce. *Orzecznictwo Lekarskie*. 2009;6(1):1–12.
41. Rothgang H, Engelke K. *Long-term care: How to organize affordable, sustainable long-term care given the constraints of collective versus individual arrangements and responsibilities*. The Netherlands; 2009. <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=8465&langId=en>. Dostęp: 14.11.2020.
42. Szałkiewicz E. *Niesamodzielnymi: niezbędny zakres pomocy, personel, finansowanie. Niesamodzielnymi: kto się nimi opiekuje, kto za to zapłaci*. Warszawa: Instytut Obywatelski, Grupa Robocza ds. Projektu Ustawy o Ubezpieczeniu od Ryzyka Niesamodzielności; 2010.
43. Bakalarczyk R, Kubicki P, Polakowski M i wsp. *Niepełnosprawność – problemy opieki*. *Warszawskie Debaty o Polityce Społecznej*. http://www.feswar.org.pl/fes2009/pdf_doc/debaty15.pdf. Dostęp: 13.05.2018.
44. Błędowski P. *Organizacja i finansowanie świadczeń dla osób niesamodzielnych. Niesamodzielnymi: kto się nimi opiekuje, kto za to zapłaci*. Warszawa: Instytut Obywatelski, Grupa Robocza ds. Projektu Ustawy o Ubezpieczeniu od Ryzyka Niesamodzielności; 2010.
45. Wądołowska K. *Polacy wobec ludzi starszych i własnej starości*. Warszawa: CBOS; 2009.
46. Zrałek M. Niepełnosprawność osób starszych. Kowaleski JT, Szukalski P (red.). *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*. Łódź: Uniwersytet Łódzki; 2004.
47. Helvik AS, Engedal K, Benth JS i wsp. A 52 month follow up of functional decline in nursing home residents – degree of dementia contributes. *BMC Geriatrics*. 2014;14:45.
48. *Asystent osoby niepełnosprawnej – rozwiązania w wybranych państwach europejskich*. Warszawa: Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Pełnomocnik Rządu do spraw osób niepełnosprawnych; 2014.
49. Augustyn M, Błędowski P, Wyrwicka K i wsp. *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*. Warszawa: Grupa Robocza ds. Przygotowania Ustawy o Ubezpieczeniu od Ryzyka Niesamodzielności przy Klubie Senatorów Platformy Obywatelskiej; 2010.
50. Markiewicz I, Cebulak M. Sprawność funkcjonalna pacjentów objętych domową długoterminową opieką pielęgniarską. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2014;22(1):42–51.
51. Wallace M, Shelkey M, Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL). *Am J Nurs*. 2008;108(4):67–71.
52. Wysokiński M, Fidecki W. Ocena sprawności funkcjonalnej pacjentów w podeszłym wieku. Cybulski M, Krajewska-Kułak E (red.). *Opieka nad osobami starszymi – przewodnik dla zespołu terapeutycznego*. Warszawa: PZWL;2016:29–44.
53. Zych AA. *Leksykon gerontologii*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls; 2007.
54. Wiktor K, Drozdowska B, Czekajło A i wsp. Wybrane metody oceny czynnościowej (funkcjonalnej) w praktyce lekarskiej. *Ann Acad Med Siles*. 2010;64(5–6):76–81.
55. Kropińska S, Dymek-Skoczyńska A, Talarska D i wsp. Ocena potrzeb kobiet w wieku podeszłym w oparciu o kwestionariusz Easy-Care Standard 2010. *Nowiny Lekarskie*. 2012;81(4):366–371.
56. Wilmowska-Pietruszyńska A, Biłski D. Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia. *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*. 2013;2(7):5–20.

57. Spoorenberg SL, Reijneveld SA, Middel BR i wsp. The Geriatric ICF Core Set reflecting health-related problems in community-living older adults aged 75 years and older without dementia: development and validation. *Disabil Rehabil.* 2015;26:1–7.
58. Lopes MJ, Escoval A, Pereida DG i wsp. Evaluation of elderly persons' functionality and care needs. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2013;21:52–60.
59. Sytuacja ludzi starszych w społeczeństwie – plany a rzeczywistość. Warszawa: CBOS; 2009.
60. Zielińska-Więczkowska H, Kędzióra-Kornatowska K, Kornatowski T. Starość jako wyzwanie. *Gerontol Pol.* 2008;3(16):25–32.
61. Witek J, Błoński K. Ocena jakości życia osób starszych w Polsce na podstawie European Quality of Life Surveys. *Handel Wewnętrzny.* 2015;5(358):410–424.
62. Spyrka-Chlipała R. Uwarunkowania i struktura potrzeb życiowych seniorów. *Roczniki Teologiczne.* 2014;61(1):235–247.
63. Dubuc MM, Artigas B, Karelis AD i wsp. Relationship between the level of education and functional capacity in active elderly adults. *J Frailty Aging.* 2014;3(3):148–52.
64. Timonen V, Kamiya Y, Maty S. *Social Engagement of Older People.* The Irish Longitudinal Study on Ageing. <https://tilda.tcd.ie/publications/reports/pdf/w1-key-findings-report/Chapter4.pdf>. Dostęp: 24.05.2018.
65. Bogusz R, Charzyńska-Gula M, Szkuat M i wsp. Sprawność funkcjonalna osób powyżej 70. roku życia na wsi a zapotrzebowanie na opiekę. *Med Og Nauk Zdr.* 2013;19(4):517–522.
66. Zych A. Człowiek wobec starości: szkice z gerontologii społecznej. Katowice: Wydawnictwo Śląsk; 1999.
67. Zawadzka D, Stalmach M. Problemy psychologiczne osób w okresie starości. Cz. I. Najważniejsze wyzwania i trudności. *Hygeia Public Health.* 2015;50(2):298–304.
68. Postulszna M. Aktywność rodzinna i społeczna osób starszych. *Nowiny Lekarskie.* 2012;81(1):75–79.
69. *Osoby starsze na przestrzeni życia społecznego.* Katowice: Obserwatorium Integracji Społecznej Województwa Śląskiego; 2014.
70. Goll JC, Charlesworth G, Scior K i wsp. Barriers to Social Participation among Lonely Older Adults: The Influence of Social Fears and Identity. *PLoS ONE.* 2015;10(2):e0116664.
71. Pinto JM, Neri AL. Trajectories of social participation in old age: a systematic literature review. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2017;20(2):259–272.
72. Borowicz AM. Kompleksowa ocena geriatryczna dla potrzeb rehabilitacji. Borowicz AM, Osińska M (red.). *Horyzonty współczesnej fizjoterapii.* Poznań: WSEiT; 2016.
73. Langhammer B, Stanghelle JK. The senior fitness test. *J Physioter.* 2015;61:163.
74. Barry E, Galvin R, Keogh C i wsp. Is the Timed Up and Go test a useful predictor of risk of falls in community dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics.* 2014;14:14.
75. Błaszczuk JW, Czerwos L. Stabilność posturalna w procesie starzenia. *Gerontol Pol.* 2005;13(1):25–36.
76. Wilmańska J, Gułaj E. Ocena zaburzeń funkcji poznawczych osób starszych — próba porównania poszczególnych metod przesiewowych. *Gerontol Pol.* 2008;16(2):111–118.
77. Albiński R, Kleszczewska-Albińska A, Bedyńska S. Geriatryczna Skala Depresji (GDS) Trafność i rzetelność różnych wersji tego narzędzia – przegląd badań. *Psychiatria Polska.* 2011;45(4):555–562.
78. Grabowska E, Spodaryk M. Zasady żywienia osób w starszym wieku. *Gerontol Pol.* 2006;14:57–62.

79. Ulatowska A, Bączyk G. Ocena stanu odżywienia pacjentów w podeszłym wieku, umieszczonych w oddziale geriatrycznym, dokonana za pomocą skali MNA. *Pielęgniarstwo Polskie*. 2016;59(1):30–36.
80. Dzikowska M, Merklinger-Soma M, Gajda K. Analiza występowania odleżyn u pacjentów przebywających w szpitalu specjalistycznym o profilu zachowawczym. *Nursing Topics*. 2011;19(2):162–170.
81. Kostanjsek N, Rubinelli S, Escorpizo R i wsp. Assessing the impact of health conditions using the ICF. *Disabil Rehabil*. 2011;33(15–16):1475–1482.
82. Almazán-Isla J, Comín-Comín M, Damián J i wsp. Analysis of disability using WHODAS 2.0 among the middle-aged and elderly in Cinco Villas, Spain. *Disabil Health J*. 2014;7:78–87.
83. Veiga B, Pereira RAB, Pereira AMVB i wsp. Evaluation of functionality and disability of older elderly outpatients using the WHODAS 2.0. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(6):1015–1021.
84. Huang SW, Chang KH, Escorpizo R i wsp. Functioning and disability analysis by using WHO Disability Assessment Schedule 2.0 in older adults Taiwanese patients with dementia. *Disabil Rehabil*. 2016;38(17):1652–1663.
85. Kim JM, Steward R, Glozier N i wsp. Physical health, depression and cognitive function as correlates of disability in an older Korean population. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005;20(2):160–167.
86. de Pedro-Cuesta J, Alberquilla A, Virues-Ortega J i wsp. ICF disability measured by WHO-DAS II in three community diagnostic groups in Madrid, Spain. *Gac Sanit*. 2011;25(S):21–28.
87. Virues-Ortega J, de Pedro-Cuesta J, Seijo-Martinez M i wsp. Prevalence of disability in a composite ≥ 75 year-old population in Spain: A screening survey based on the International Classification of Functioning. *BMC Public Health*. 2011;11:176.
88. Sousa RM, Dewey ME, Acosta D. Measuring disability across cultures – the psychometric properties of the WHODAS II in older people from seven low- and middle-income countries. The 10/66 Dementia Research Group population-based survey. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2010;19(1):1–17.
89. Cieślik A. Jakość życia w naukach medycznych. *Studia Medyczne*. 2010;19:49–53.
90. Sosnowska K. Jakość życia seniorów w perspektywie psychologicznej jako istotny czynnik w profilaktyce gerontologicznej. Drop E, Maćkiewicz M (red.). *Młoda Psychologia, tom 1*. Warszawa: Liberi Libri; 2012.
91. Sováriová Soósová M. Determinants of quality of life in elderly. *Cent Eur J Nurs Midw*. 2016;7(3):484–493.
92. Gurková E. *Hodnocení kvality života. Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výskum*. Praha: Grada Publishing; 2011.
93. Mollaoğlu M, Tuncay FÖ, Fertelli K. Mobility disability and life satisfaction in elderly people. *Arch Gerontol Geriatr*. 2010;51:115–119.
94. Yümin ET, Simsek TT, Sertel M i wsp. The effect of functional mobility and balance on health-related quality of life (HRQoL) among elderly people living at home and those living in nursing home. *Arch Gerontol Geriatr*. 2011;52:180–184.
95. Kurowska K, Kajut A. Samoocena jakości życia osób starszych na przykładzie pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej (DPS). *Psychogeriatrya Polska*. 2011;8(2):55–62.
96. Baernholdt M, Hinton I, Yan G i wsp. Factors associated with quality of life in older adults in the United States. *Qual Life Res*. 2012;21(3):527–534.
97. Marchewka A, Jungiewicz M. Aktywność fizyczna w młodym wieku a jakość życia w starszym wieku. *Gerontol Pol*. 2008;16(2):127–130.
98. Tobis S, Sawińska-Jakrzewska A, Talarska D i wsp. Wieloprofesjonalność opieki w geriatricii. *Nowiny Lekarskie*. 2013;82(1):51–55.

99. *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: WHO; 2001.
100. *ICF Checklist*. Geneva: WHO; 2003.
101. Stucki G, Cieza A, Ewert T i wsp. Application of the international classification of functioning, disability and health (ICF) in clinical practice. *Disabil Rehabil*. 2002;24:281–282.
102. Katz S, Downs TD, Cash HR i wsp. Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist*. 1970;1:20–30.
103. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental of daily living. *Gerontologist*. 1969;9:179–186.
104. Berg KO, Maki BE, Williams JI, et al. Clinical and laboratory measures of postural balance in an elderly population. *Arch Phys Med Rehabil*. 1992;73(11):1073–1080.
105. Collin C, Wade DT, Davies S i wsp. The Barthel ADL index: a reliability study. *Int Disabil Stud*. 1988;10(2).
106. Sainsbury A, Seebass G, Bansal A i wsp. Reliability of the Barthel index when used with older people. *Age Ageing*. 2005;34(3):228–232.
107. Üstün TB, Kostanjsek N, Chatterji S, Rehm J (red.). *Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0*. World Health Organization; 2010. <https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=h9fhLNiaRTgC&pgis=1>. Dostęp: 5.06.2018.
108. *Skrócona wersja ankiety oceniającej jakość życia. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF*, Geneva: World Health Organization; 2004. (Tłumaczenie H Baran-Furga, B Habrat, K Steinbarth-Chmielewska, L Śliwa, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa).
109. Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2017. Senior.gov.pl <https://www.gov.pl/attachment/27f34fef-798d-47d5-8921-adb4a0b74595>. Dostęp: 12.05.2018.
110. *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*. Warszawa: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych; 2012.
111. *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.* Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2016.
112. Zboina B. *Jakość życia osób starszych*. Ostrowiec Świętokrzyski: Stowarzyszenie Nauka Edukacja Rozwój; 2008.
113. Czapiński J, Panek T. *Diagnoza Społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków*. Warszawa; Rada Monitoringu Społecznego; 2009.
114. *Depression and Older Adults*. <https://www.nia.nih.gov/health/depression-and-older-adults>. Dostęp: 13.06.2018.
115. Wilkinson P, Izmeth Z. Continuation and maintenance treatments for depression in older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016;9:CD006727.
116. Vos T, Allen C, Arora M. Global, Regional, and National Incidence, Prevalence, and Years Lived with Disability for 310 Diseases and Injuries, 1990–2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*. 2016;388(10053):1545–1602.
117. Prince MJ, Wu F, Guo Y i wsp. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *Lancet*. 2015;7;385(9967):549–562.
118. Reid MC, Eccleston C, Pillemer K. Management of chronic pain in older adults. *BMJ*. 2015;350:h532.
119. Kozak-Szkopek E, Mossakowska M, Ślusarczyk P i wsp. Analiza występowania bólu przewlekłego u osób starszych w Polsce. *Monografia projektu PolSenior*. Poznań: Termedia; 2012.
120. Abdulla A, Adams N, Bone M i wsp. Guidance on the management of pain in older people. *Age Ageing*. 2013;42(1):1–57.
121. Zyczkowska J, Szczerbińska K, Jantzi M i wsp. Pain among the oldest old in community and institutional settings. *Pain*. 2007;129:167–176.

122. Baernholdt M, Hinton I, Yan G i wsp. Factors associated with quality of life in older adults in the United States. *Qual Life Res.* 2012;21(3):527–534.
123. Tobiasz-Adamczyk B. Społeczne uwarunkowania jakości życia osób starszych u kresu życia. *Gerontologia Polska.* 2017;25:254–260.
124. Maciejasz M, Łątkowski W, Timoszuk S i wsp. Wybrane aspekty jakości życia osób 60+ w Polsce w świetle badań jakościowych. *Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach.* 2015;223:257–267.
125. Kumar SG, Majumdar AGP. Quality of Life (QOL) and Its Associated Factors Using WHOQOL-BREF Among Elderly in Urban Puducherry, India. *J Clin Diagn Res.* 2014;8(1):54–57.
126. Raggi A, Corso B, Minicuci N i wsp. Determinants of Quality of Life in Ageing Populations: Results from a Cross-Sectional Study in Finland, Poland and Spain. *PLoS One.* 2016;11(7):e0159293.
127. Cheraghi Z, Doosti-Irani A, Nedjat S i wsp. Quality of Life in Elderly Iranian Population Using the QOL-brief Questionnaire: A Systematic Review. *Iran J Public Health.* 2016;45(8):978–985.
128. Gobbens RJ, van Assen MA. Psychometric properties of the Dutch WHOQOL-OLD. *Health Qual Life Outcomes.* 2016;14(1):103.
129. Vitman Schorr A, Khalaila R. Aging in place and quality of life among the elderly in Europe: A moderated mediation model. *Arch Gerontol Geriatr.* 2018;77:196–204.
130. *Feasibility study about comparable statistics in the area of care of dependant adults in the European Union.* <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-statistical-working-papers/-/KS-CC-03-004>. Dostęp: 12.06.2018.
131. *Dependency Care Systems Situation In the European Union.* https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/adjuntos/informe._sistemas_de_atencion_a_la_dependencia_en_la_ue._version_ingles.pdf. Dostęp: 12.07.2018.
132. Challis D, Mozley CG, Sutcliffe C i wsp. Dependency in older people recently admitted to care homes. *Age Ageing.* 2000;29(3):255–260.
133. Iezzoni L. When walking fails: Mobility problems of adults with chronic conditions. California: University of California Press; 2003.
134. Ferrucci L, Bandinelli S, Benvenuti E i wsp. Subsystems contributing to the decline in ability to walk: bridging the gap between epidemiology and geriatric practice in the InCHIANTI study. *J Am Geriatr Soc.* 2000;48(12):1.
135. Taekema DG, Gussekloo J, Westendorp RG i wsp. Predicting survival in oldest old people. *Am J Med.* 2012;125(12):1188–1194.
136. Graham MC, Pohlman RL. Reducing cardiovascular risk factors in a minority population through exercise. *Fam Commun Health.* 1994;17(3):80–84.
137. Samawi HM. Daily walking and life expectancy of elderly people in the Iowa 65+ Rural Health Study. *Front Public Health.* 2013;1:11.
138. Perera S, Patel KV, Rosano C i wsp. Gait Speed Predicts Incident Disability: A Pooled Analysis. *J Gerontol A Biol Sci Med Sc.* 2016;71(1):63–71.
139. Paffenbarger RS, Hyde RT, Wing AL i wsp. Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni. *N Engl J Med.* 1986;314:605–613.
140. Shah RC, Buchman AS, Leurgans S i wsp. Association of total daily physical activity with disability in community-dwelling older persons: A prospective cohort study. *BMC Geriatrics.* 2012;12:63.
141. Freedman VA, Spillman BC. Disability and care needs among older Americans. *Milbank Q.* 2014;92(3):509–541.

142. Bourassa KJ, Memel M, Woolverton C i wsp. Social participation predicts cognitive functioning in aging adults over time: comparisons with physical health, depression, and physical activity. *Aging Ment Health*. 2017;21(2):133–146.
143. Takagi D, Kondo K, Kawachi I. Social participation and mental health: moderating effects of gender, social role and rurality. *BMC Public Health*. 2013;13(1):701.
144. Bauld L. *The impact of smokefree legislation in England: Evidence review*. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216319/dh_124959.pdf. Dostęp: 28.01.2018.
145. Gao M, Sa Z, Li Y i wsp. Does social participation reduce the risk of functional disability among older adults in China? A survival analysis using the 2005–2011 waves of the CLHLS data. *BMC Geriatr*. 2018;21;18(1):224.
146. Tomioka K, Kurumatani N, Saeki K. The differential effects of type and frequency of social participation on IADL declines of older people. *PLoS One*. 2018;13(11):e0207426.
147. Edjolo A, Proust-Lima C, Delva F i wsp. Natural History of Dependency in the Elderly: A 24-Year Population-Based Study Using a Longitudinal Item Response Theory Model. *Am J Epidemiol*. 2016;183(4):277–285.
148. Ng CWL, Luo N, Heng BH. Health status profiles in community-dwelling elderly using self-reported health indicators: a latent class analysis. *Qual Life Res*. 2014;23(10):2889–2898.
149. Tareque MI, Begum S, Saito Y. Gender differences in disability-free life expectancy at old ages in Bangladesh. *J Aging Health*. 2013;25(8):1299–1312.
150. Ansah Malhotra R, Lew N, Chiu CT i wsp. Projection of young-old and old-old with functional disability: Does accounting for the changing educational composition of the elderly population make a difference? *PLoS One*. 2015;10(5):e0126471.
151. Sulander T, Martelin T, Sainio P, Rahkonen O, Nissinen A, Uutela A. Trends and educational disparities in functional capacity among people aged 65–84 years. *Int J Epidemiol*. 2006;35:1255–1261.
152. Connolly D, Garvey J, McKee G. Factors associated with ADL/IADL disability in community dwelling older adults in the Irish longitudinal study on ageing (TILDA). *Disabil Rehabil*. 2017;39(8):809–816.
153. Gomez-Olive FX, Schröders J, Aboderin I i wsp. Variations in disability and quality of life with age and sex between eight lower income and middle-income countries: data from the INDEPTH WHO-SAGE collaboration. *BMJ Glob Health*. 2017;2(4):e000508.
154. Ng N, Kowal P, Kahn K i wsp. Health inequalities among older men and women in Africa and Asia: evidence from eight Health and Demographic Surveillance System sites in the INDEPTH WHO-SAGE Study. *Glob Health Action* 2010;3:10.3402/gha.v3i0.5420.
155. Khongboon P, Pongpanich S, Chapman RS. Risk Factors for Six Types of Disability among the Older People in Thailand in 2002, 2007, and 2011. *J Aging Res*. 2016;2016:6475029.
156. van Houwelingen AH, Cameron ID, Gussekloo J i wsp. Disability transitions in the oldest old in the general population. The Leiden 85-plus study. *Age (Dordr)*. 2014;36(1):483–493.
157. Chatterji S, Byles J, Cutler D i wsp. Health, functioning, and disability in older adults – present status and future implications. *Lancet*. 2015;385(9967):563–575.
158. Ribeiro PC, de Souza Lopes C, Lourenço RA. Prevalence of dementia in elderly clients of a private health care plan: a study of the FIBRA-RJ, Brazil. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2013;35(1–2):77–86.
159. Rodakowski J, Golias KW, Reynolds CF i wsp. Preventing disability in older adults with mild cognitive impairment: A Strategy Training intervention study. *Contemp Clin Trials Commun*. 2019;15:100368.

160. Lee Y, Kim JH, Lee KJ i wsp. Association of cognitive status with functional limitation and disability in older adults. *Aging Clin Exp Res*. 2005;17(1):20–28.
161. Gure TR, Langa KM, Fisher GG i wsp. Functional limitations in older adults who have cognitive impairment without dementia. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2013;26(2):78–85.
162. Shimada H, Makizako H, Doi T i wsp. Cognitive Impairment and Disability in Older Japanese Adults. *PLoS One*. 2016;11(7):e0158720.
163. Ishizaki T, Yoshida H, Suzuki T i wsp. Effects of cognitive function on functional decline among community-dwelling non-disabled older Japanese. *Arch Gerontol Geriatr*. 2006;42:47–58.
164. da Silva SA, Scazufca M, Menezes PR. Population impact of depression on functional disability in elderly: results from "São Paulo Ageing & Health Study" (SPAH). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2013;263(2):153–158.
165. Huang H, Menezes PR, da Silva SA i wsp. The association between depressive disorders and health care utilization: results from the São Paulo ageing and health study (SPAH). *Gen Hosp Psychiatry*. 2014;36:199–202.
166. Scazufca M, Menezes P, Tabb K i wsp. Identification and treatment of depression of older adults in primary care: findings from the São Paulo Ageing and Health Study. *Fam Pract*. 2016;33(3):233–237.
167. Huang H, Bauer AM, Wasse JK i wsp. Care managers' experiences in a collaborative care program for high risk mothers with depression. *Psychosomatics*. 2013;54:272–276.
168. Sousa RM, Ferri CP, Acosta D i wsp. Contribution of chronic diseases to disability in elderly people in countries with low and middle incomes: a 10/66 Dementia Research Group population-based survey. *Lancet*. 2009;374(9704):1821–1830.
169. Strong K, Mathers C, Leeder S i wsp. Preventing chronic diseases: how many lives can we save? *Lancet*. 2005;366(9496):1578–1582.
170. Yokota RT, Van der Heyden J, Demarest S i wsp. Contribution of chronic diseases to the mild and severe disability burden in Belgium. *Arch Public Health*. 2015;73(1):37.
171. Vos T, Barber RM, Bell B i wsp. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015;386(9995):743–800.
172. Horgas AL, Yoon SL, Nichols AL i wsp. The relationship between pain and functional disability in Black and White older adults. *Res Nurs Health*. 2008;31(4):341–354.
173. Makino K, Lee S, Bae S i wsp. Pain characteristics and incidence of functional disability among community-dwelling older adults. *PLoS One*. 2019;14(4):e0215467.
174. Zeng Y, Gu D, Purser J, Hoening H i wsp. Associations of environmental factors with elderly health and mortality in China. *Am J Public Health*. 2010;100(2):298–305.
175. Beard JR, Blaney S, Cerda M i wsp. Neighborhood characteristics and disability in older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2009;64:252–257.
176. Feder J. The challenge of financing long-term care. *St Louis U J Health L & Pol'y*. 2015;8(1):47–60.
177. Bień B, McKee KJ, Döhner H i wsp. Disabled older people's use of health and social care services and their unmet care needs in six European countries. *Eur J Public Health*. 2013;23(6):1032–1038.
178. Wong E, Backholer K, Harding J i wsp. A systematic review and meta-analysis of diabetes and risk of physical disability and functional impairment – protocol. *Syst Rev*. 2012;1:47.
179. Forjaz MJ, Rodriguez-Blazquez C, Ayala A i wsp. Chronic conditions, disability, and quality of life in older adults with multimorbidity in Spain. *Eur J Intern Med*. 2015;26(3):17.

180. Chan S, Jia S, Chiu H i wsp. Subjective health-related quality of life of Chinese older persons with depression in Shanghai and Hong Kong: relationship to clinical factors, level of functioning and social support. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009;24(4):355–362.
181. Yeung P, Breheny M. Quality of life among older people with a disability: the role of purpose in life and capabilities. *Disabil Rehabil*. 2019:1–11.
182. Kingston A, Comas-Herrera A, Jagger C. Forecasting the care needs of the older population in England over the next 20 years: estimates from the Population Ageing and Care Simulation (PACSim) modelling study. *Lancet Public Health*. 2018;3(9):447–455.
183. Jagger C, Matthews FE, Wohland P. A comparison of health expectancies over two decades in England: results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II. *Lancet*. 2016;387(10020):779–786.
184. Kingston A, Wohland P, Wittenberg R i wsp. Cognitive Function and Ageing Studies collaboration. Is late-life dependency increasing or not? A comparison of the Cognitive Function and Ageing Studies (CFAS). *Lancet*. 2017;390(10103):1676–1684.
185. Manini TM. Mobility decline in old age: a time to intervene. *Exerc Sport Sci Rev*. 2013;41(1):2.
186. Carpenter I, Gambassi G, Topinkova E i wsp. Community care in Europe. The Aged in Home Care project (AdHOC). *Aging Clin Exp Res*. 2004;16:259–269.
187. Jacobzone S, Cambois E, Chaplain E i wsp. The Health of Older Persons in OECD Countries: Is it Improving Fast Enough to Compensate for Population Ageing? *OECD*. 1998;37.
188. Sjölund BM, Wimo A, Engström M i wsp. Incidence of ADL Disability in Older Persons, Physical Activities as a Protective Factor and the Need for Informal and Formal Care – Results from the SNAC-N Project. *PLoS One*. 2015;10(9):e0138901.
189. Genet N, Boerma WG, Kringos DS i wsp. Home care in Europe: a systematic literature review. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:207.
190. Tarricone R, Tsouros A. *Home care in Europe*. The solid facts. Copenhagen: World Health Organization; 2008.