



Ministerstwo
Edukacji i Nauki



UKSW

UNIWERSYTET KARDYNAŁA
STEFANA WYSZYŃSKIEGO
W WARSZAWIE



Metody pomiaru stanu zdrowia fizycznego i psychicznego w badaniach społecznych

Agnieszka Sowa-Kofta

Instytut Pracy i Spraw Socjalnych



Minister
Edukacji i Nauki

Zadanie pn. „Świat na miarę seniora –
sytuacja osób starszych w Polsce”,
finansowane ze środków Ministra Edukacji i Nauki
na podstawie Umowy nr MEIN/2023/DPI/2077

Centrum Badań nad Starością
i Starzeniem się Społeczeństwa.
Referencyjny Ośrodek Badawczy

Wprowadzenie

Ocenę stanu zdrowia, poprzez różnego rodzaju miary stosowane w systemie administracji publicznej lub w badaniach sondażowych, stosuje się w celu opisu i monitorowania sytuacji zdrowotnej populacji, w tym zmian stanu zdrowia w czasie (trendów zdrowotnych). Informacje o aktualnym stanie zdrowia mogą być wykorzystane do planowania działań w obszarze opieki zdrowotnej i – szerzej – polityki społecznej w celu zaadresowania zidentyfikowanych nierówności w stanie zdrowia populacji, planowania zmian w systemie ochrony zdrowia i odpowiedniej alokacji wydatków w systemie. Wykonanie pomiaru stanu zdrowia może również pozwolić na ocenę efektów zdrowotnych rozmaitych działań i programów w obszarze zdrowia publicznego, systemu ochrony zdrowia czy – szerzej – programów polityki społecznej, w tym ocenę ich efektów ekonomicznych i społecznych¹.

Miary stanu zdrowia oparte na wielorakich źródłach danych, po odpowiednim opracowaniu statystycznym, mogą być wykorzystane do tworzenia wskaźników zdrowotnych, które są jedną z kategorii wskaźników społecznych². Wskaźniki te służą do kompleksowego i często wielowymiarowego opisu stanu zdrowia populacji. Ponadto, mogą stanowić podstawę do oceny efektywności i skuteczności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Pierwszym źródłem danych wykorzystywanych do oceny potencjału zdrowotnego populacji są dane gromadzone w wyniku procesów administracyjnych. Podstawowymi danymi administracyjnymi są informacje dotyczące urodzeń i zgonów, w tym zgonów według przyczyn. Dane te, przy uwzględnieniu dodatkowych informacji o wieku osób zmarłych, stanowią podstawę do analiz o charakterze demograficznym. Na ich podstawie wyliczane są podstawowe wskaźniki demograficzne (np. wskaźnik przeciętnego trwania życia). Dane administracyjne mają charakter obiektywny, tj. odzwierciedlają zjawiska zachodzące w populacji i nie są zależne od opinii. Przy czym, zazwyczaj nie pokazują zdrowia populacji, a jego *negatywny* aspekt, tj. umieralność lub zachorowalność³. Jednocześnie dane o zachorowalności mają ograniczony charakter, odnosząc się głównie do zachorowalności odnotowanej w statystykach szpitalnych, a więc do chorób będących w zaawansowanym stadium i wymagających złożonego leczenia. Ograniczeniem wykorzystania danych administracyjnych do badań społecznych jest fakt, że rzadko (o ile w ogóle) pozwalają na łączenie informacji o umieralności lub zachorowalności z informacjami identyfikującymi status ekonomiczny (np. dochód) czy społeczny (np. wykształcenie).

¹ E. Kocot, *Jak mierzymy zdrowie? Zarys historii i metod pomiaru*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2015, t. 13, nr 4, s. 304-315.

² E. Kocot, *Wskaźniki zdrowotne – definicje, funkcje, klasyfikacje*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2009, t. VII, nr 1, s. 64-75.

³ E. Kocot, *Jak mierzymy zdrowie?...*, dz. cyt.

Drugim źródłem danych o stanie zdrowia są informacje pochodzące z badań sondażowych. Badania ankietowe, które mogą stanowić podstawę do oceny stanu zdrowia, powinny mieć charakter reprezentatywny, przy czym mogą być prowadzone zarówno w całej populacji, jak i na próbie dobranej w sposób celowy (np. dzieci i młodzież, osoby w wieku produkcyjnym, osoby w wieku starszym). Zaletą badań sondażowych jest możliwość pozyskania informacji zarówno o stanie zdrowia, jak i cechach demograficznych i społeczno-ekonomicznych respondentów, co umożliwia prowadzenie pogłębionych analiz, obejmujących np. nierówności ekonomiczne stanu zdrowia. Należy jednak pamiętać, że zebrane dane mają charakter subiektywny, tj. poddane są ocenie respondenta, która może być zmienna i zależać od jego aktualnego samopoczucia. Dane te z uwagi, na subiektywność oceny, mają również ograniczone możliwości porównywania w czasie oraz pomiędzy różnymi obszarami terytorialnymi. Z drugiej strony, metody sondażowe pozwalają na ocenę bardziej kompleksową, uwzględniającą informację o przebytych i aktualnych chorobach, ocenę funkcjonowania i możliwości realizowania mniej lub bardziej złożonych czynności oraz ocenę stanu psychicznego respondentów. W wymienionych celach stosowane są wystandaryzowane metody pomiaru, choć mogą one być modyfikowane przez autorów stosujących narzędzia badawcze stosownie do wyznaczonego celu badania ankietowego.

Celem ekspertyzy jest omówienie najczęściej stosowanych w badaniach sondażowych miar stanu zdrowia fizycznego, funkcjonalnego i psychicznego, wskazanie ich zalet oraz ryzyk związanych z wykorzystaniem poszczególnych miar w badaniach. Przegląd ten zorientowany jest na omówienie tych metod badawczych, które w szczególności pozwalają na zbadanie stanu zdrowia starszej populacji – w wieku 60 lub 65 lat i więcej.

Samoocena stanu zdrowia

Najpowszechniejszą metodą ogólnej oceny stanu zdrowia stosowaną w badaniach ankietowych jest samoocena stanu zdrowia. Jest to miara stosunkowo prosta w wykorzystaniu, pozwalająca na ocenę sytuacji zdrowotnej zarówno jednostki, jak i całej populacji. Bardzo często stosuje się jedno pytanie dotyczące stanu zdrowia, ale można również w badaniach zaplanować więcej pytań pozwalających na pogłębienie pozyskanych informacji. Zaletą wskazanych poniżej miar jest ich zrozumiałość dla respondentów i prostota, jednakże należy mieć na uwadze ich podatność na aktualny nastrój i stan emocjonalny respondenta tudzież tendencję do narzekania lub widzenia w zbyt pozytywnych barwach, które to postawy mogą wpływać na pozyskane odpowiedzi.

Najczęściej stawiane pytanie w badaniach ankietowych dotyczy ogólnej oceny stanu zdrowia przez respondenta i brzmi: *jak ogólnie ocenia pan/pani swoje*

zdrowie? Odpowiedzi ulokowane są na 5-punktowej skali i obejmują dwa wskazania pozytywne (bardzo dobre, dobre), neutralne (takie sobie, ani dobre ani złe) oraz negatywne (złe, bardzo złe). Niekiedy pozostawia się również możliwość stwierdzenia *nie wiem* lub odmowy odpowiedzi. Innym rozwiązaniem jest zastosowanie skali 5-punktowej bez wskazania konkretnych ocen stanu zdrowia, prosząc o zaszeregowanie stanu zdrowia od bardzo dobrego do bardzo złego. Metoda samooceny stanu zdrowia w oparciu o ogólne pytanie z wskazanymi kategoriami odpowiedzi stosowana jest np. w Europejskim Ankietowym Badaniu Zdrowia (*European Health Interview Survey – EHIS*) oraz Europejskim Badaniu Warunków Życia (*European Union Survey of Income and Living Conditions - EU-SILC*), realizowanych w Polsce przez Główny Urząd Statystyczny, ale również w szeregu innych badań społecznych, w tym skierowanych do starszej populacji (np. *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe – SHARE*).

Kolejną kategorią są pytania dotyczące występowania specyficznych problemów zdrowotnych. W tym zakresie celem badań jest zidentyfikowanie występujących chorób, w tym chorób przewlekłych. Pytanie ogólne, stosowane m.in. w Europejskim Ankietowym Badaniu Zdrowia (EHIS) ma następujące brzmienie: *czy ma pan/pani jakieś długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe, trwające (lub przewidywane, że będą trwały) 6 miesięcy lub dłużej?* Kategorie odpowiedzi są jednoznaczne (tak lub nie), z możliwością odpowiedzi *nie wiem* lub jej odmowy⁴. Bywa również (np. w badaniach SHARE), że czas nie jest dokładnie określony, a w pytaniu wskazuje się, że przez długotrwałą chorobę rozumiany jest stan, który występuje przez dłuższy czas lub jego skutki są odczuwane przez respondenta przez dłuższy czas⁵.

W przypadku badań mających na celu kompleksową ocenę stanu zdrowia, stosuje się również pytanie o odczuwane stany chorobowe: *czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miał(ła) pan/pani którąś z następujących chorób lub dolegliwości? W kafeterii odpowiedzi wymienione są najczęściej występujące w populacji choroby, w tym choroby o charakterze przewlekłym⁶:*

- astma (łącznie z astmą alergiczną),
- przewlekłe zapalenie oskrzeli, przewlekła zaporowa (obturacyjna) choroba płuc (POCHP), rozedma płuc,
- zawał serca lub przewlekłe konsekwencje zawału serca,
- choroba wieńcowa (choroba niedokrwienna serca) lub dusznica bolesna,
- wysokie ciśnienie krwi (nadciśnienie),

⁴ GUS, *Stan zdrowia ludności Polski w 2019 roku*, Warszawa 2021.

⁵ https://share-eric.eu/fileadmin/user_upload/Questionnaires/Q-Wave_9/paperversion_en_GB_9_2_2a.pdf (dostęp 31.10.2023).

⁶ GUS, dz. cyt.

- udar mózgu (wylew krwi do mózgu, zator mózgowy) lub przewlekłe konsekwencje udaru mózgu,
- choroby zwyrodnieniowe stawów (z wyłączeniem zapalenia stawów),
- bóle dolnej partii pleców lub inne przewlekłe dolegliwości pleców,
- bóle szyi (karku) lub inne przewlekłe dolegliwości szyi (karku),
- cukrzyca,
- alergia, jak np. nieżyt nosa, gorączka sienna, zapalenie oka, zapalenie skóry, alergia pokarmowa lub inna (z wyłączeniem astmy alergicznej),
- marskość wątroby,
- choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy,
- nietrzymanie moczu, problemy z kontrolowaniem pęcherza moczowego,
- problemy z nerkami,
- silne bóle głowy (migrena),
- depresja,
- choroby tarczycy,
- tylko dla mężczyzn – choroby prostaty (przerost gruczołu krokowego),
- wysoki poziom lipidów (cholesterolu lub trójglicerydów),
- inne choroby (niewymienione powyżej).

Kafeteria odpowiedzi umożliwia potwierdzenie lub zanegowanie występowania danej choroby oraz odpowiedź *nie wiem* tudzież jej odmowę. W przypadku wskazania danej choroby, dodatkowo możliwe jest zadanie pytania o to, czy dolegliwość ta została stwierdzona przez lekarza. Umożliwia to dodatkową weryfikację i próbę zobiektywizowania przez zewnętrzną ocenę występowania danego stanu chorobowego. Warto zauważyć, że lista stanów chorobowych jest długa, obejmuje najczęściej występujące choroby przewlekłe, ryzyka występowania chorób przewlekłych (takie jak nadciśnienie i wysoki poziom cholesterolu) oraz wskazuje na jedną z chorób psychicznych. Ze względu na specyficzne cele badań ankietowych, można tę listę modyfikować i skracać. Wskazana powyżej lista, stosowana w badaniach EHIS, nie obejmuje chorób onkologicznych, stanowiących w Polsce drugą najważniejszą przyczynę zgonów (a w wielu krajach europejskich pierwszą przyczynę zgonów), można więc rozważyć jej modyfikację, włączając do niej choroby onkologiczne lub dodając pytanie o występowanie chorób onkologicznych i wskazując ich najważniejsze rodzaje. W skierowanym do osób starszych badaniu SHARE, oprócz ujęcia w kafeterii chorób onkologicznych, pytanie obejmuje również schorzenia typowe dla wieku starszego, takie jak zaćma, choroba Parkinsona, choroba Alzheimera, demencja i zaburzenia pamięci, zwyrodnienia stawu biodrowego oraz złamania, choroby reumatyczne i artretyzm oraz osteoporoza. Inaczej ujęte są również choroby psychiczne, a zamiast wskazywania na depresję wskazane są towarzyszące jej objawy, takie jak uczucie niepokoju, nerwowość lub choroby psychiczne⁷.

⁷ Zob. przypis 5.

W badaniu EHIS dodatkowo stosowane są pytania o występowanie chorób narządów zmysłu, a więc narządu wzroku, w tym niedowidzenia, oraz słuchu. Pytania te mają następujące brzmienie: *czy ma pan/pani trudności z widzeniem (nawet używając okularów lub szkieł kontaktowych)?* oraz *czy ma pan/pani trudności z usłyszeniem tego, co mówi się w rozmowie z inną osobą w cichym pomieszczeniu (nawet korzystając z aparatu słuchowego)?* Odpowiedzi umożliwiają stwierdzenie braku występowania trudności wskazanych w pytaniach lub ich występowanie w określonym stopniu (pewnym lub znacznym). Podobnie jak w pozostałych przypadkach możliwa jest odpowiedź *nie wiem* lub odmowa odpowiedzi. W badaniu SHARE, skierowanym do osób starszych, respondenci proszeni są o ocenę swojego wzroku poprzez określenie, jak dobrze widzą rzeczy lub osoby z dystansu (np. przez ulicę) oraz z bliska (np. czytając gazetę). Kategorie odpowiedzi uszeregowane są od świetnie, przez bardzo dobrze, dobrze i umiarkowanie do słabo.

Oprócz pytań o doświadczane stany chorobowe, w badaniach sondażowych bywa stosowane również pytanie o odczuwanie bólu. Pytanie to może mieć charakter ogólny i dotyczyć odczuwania stałego bólu o nieokreślonej przyczynie, z możliwością odpowiedzi tak lub nie. Może również – po takiej wstępnej ocenie – służyć do zadania kolejnych pytań dotyczących stopnia natężenia bólu tudzież jego ulokowania w obszarze ciała. W badaniu EHIS pytanie wstępne dotyczące odczuwania bólu łączy obie te funkcje i ma następujące brzmienie: *jak duży ból odczuwał/ła pan/i w ciągu ostatniego miesiąca?* Odpowiedzi dają możliwość wskazania braku bólu tudzież – w przypadku jego występowania – stopnia jego natężenia (od bardzo łagodnego, przez łagodny, średni do silnego lub bardzo silnego). Możliwa jest również odpowiedź *nie wiem* oraz odmowa odpowiedzi. W innych badaniach, w tym w badaniach SHARE, stosowane są prostsze skale, np. stopień bólu oceniany jest na skali od małego przez umiarkowany po wysoki⁸. Ocena bólu stosowana jest zarówno w badaniach skierowanych do całej populacji, jak i – a może nawet częściej – w praktyce lekarskiej, w badaniach prowadzonych na potrzeby kwalifikacji do przyjęcia na oddziały szpitalne, tudzież w trakcie leczenia w przychodniach specjalistycznych lub leczenia szpitalnego.

Ocena stanu zdrowia funkcjonalnego

W przypadku badań, których celem jest ocena sytuacji zdrowotnej osób starszych istotne jest określenie nie tylko ogólnego stanu zdrowia oraz występujących stanów chorobowych, ale także ograniczeń funkcjonalnych, do których te stany chorobowe mogą się przyczyniać. Wraz z wiekiem i postępującą wielochorobowością rośnie ryzyko niewypełniania ról społecznych, bowiem ograniczenia

⁸ E. Pietraszko, *Ocena występowania bólu u pacjentów przebywających w oddziale ortopedii*, „Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej” 2017, nr 3.

funkcjonalne determinują możliwości uczestnictwa w życiu społecznym i samodzielnego funkcjonowania w najbliższym otoczeniu. Podejście to jest zgodne z definicją Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (*International Classification of Functioning, Disability and Health*) opracowaną przez ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia, a proponowane miary pozwalają na ocenę zarówno funkcji organizmu, jak i możliwości aktywności i uczestnictwa⁹.

Najczęściej stosowaną miarą, zarówno w badaniach ankietowych, jak i w ocenie możliwości funkcjonalnych na potrzeby systemu ochrony zdrowia i opieki długoterminowej, jest tzw. skala Katza opracowana w 1970 r. Pozwala ona na ocenę stopnia samodzielności wykonywania następujących – podstawowych czynności życia codziennego (*Activities of Daily Living – ADL*)¹⁰:

- kąpanie się, mycie, osoba nie wymaga pomocy lub pomoc potrzebna jest tylko przy myciu jednej części ciała gąbką, możliwość wzięcia prysznica;
- ubieranie się bez żadnej pomocy, z wyjątkiem zawiązania sznurówek;
- korzystanie z toalety, poprawianie ubrania, powrót z toalety bez żadnej pomocy (można korzystać z laski lub chodzika);
- poruszanie się, przemieszczanie się z łóżka na krzesło bez pomocy (można korzystać z laski lub chodzika);
- kontrolowanie wydalania moczu i stolca;
- jedzenie, odżywanie się bez pomocy, za wyjątkiem ewentualnego krojenia mięsa lub smarowania pieczywa masłem.

Czynności te, na potrzeby badań sondażowych ujęte są w kafeterię podlegającą ocenie, przy czym skala bywa modyfikowana i zapisywana jest w sposób prosty i jak najbardziej zrozumiały dla respondenta. Poniżej podane są przykłady zastosowania skali Katza w badaniach EHIS oraz SHARE. Należy zastrzec, że tego typu oceny zazwyczaj stosowane są wobec osób starszych (w przypadku badań EHIS wobec osób w wieku 55 lat i więcej, w przypadku badań SHARE wobec osób w wieku 50 lat i więcej).

W badaniu EHIS pytanie o ograniczenia funkcjonalne ma następujące brzmienie: *czy zwykle ma pan/pani trudności w wykonywaniu którejs z poniższych czynności bez pomocy osób lub urządzeń?* Wśród wymienionych czynności znajdują się: jedzenie posiłków, kładzenie się i wstawanie z łóżka lub siadanie i wstawanie z krzesła, ubieranie się i rozbieranie, korzystanie z toalety (WC), kąpanie lub mycie się pod prysznicem. Respondenci samodzielnie oceniają trudności przy wykonywaniu wskazanych czynności: od braku trudności, poprzez występowanie pewnych lub dużych trudności, po stwierdzenie, że nie są w stanie samodzielnie danej czynności wykonać. Możliwa jest również odpowiedź *nie wiem* lub jej odmowa.

⁹ E. Kocot, *Jak mierzymy zdrowie?...*, dz. cyt.

¹⁰ <https://www.opiekunowie.eu/2018/07/caosciowa-ocena-geriatryczna-skala.html> (dostęp 31.10.2023).

W tym samym badaniu, w celu pogłębienia oceny funkcjonalnej, zadawane są również pytania o doświadczane trudności w przejściu pół kilometra (500 m., co stanowi standardową odległość, np. pomiędzy przystankami autobusowymi) bez pomocy innej osoby lub urządzeń (np. laski), trudności z wejściem na pierwszą kondygnację budynku i zejściem z tej kondygnacji, trudności z pamięcią lub koncentracją, a osobom po 55 roku życia zadawane jest również pytanie o możliwości przeżuwania twardych pokarmów (np. jabłek, orzechów). Powyższe pytania mają na celu z jednej strony ocenę możliwości funkcjonalnych, z drugiej zaś samoocenę możliwości kognitywnych.

Powyżej opisana skala oceny możliwości wykonania podstawowych czynności życia codziennego służy ocenie potrzeb w zakresie opieki personalnej, obejmującej opiekę higieniczną i niezbędną do utrzymania życia (np. karmienie). Skale te mogą być wykorzystywane zarówno do oceny potrzeb opiekuńczych w całej populacji na podstawie badań sondażowych, jak i do oceny potrzeb w systemie pomocy społecznej czy opieki długoterminowej.

W celu oceny potrzeb wsparcia w zakresie wykonywania czynności w gospodarstwie domowym i utrzymania relacji społecznych stosowana jest skala wskazująca na instrumentalne czynności życia codziennego (*Instrumental Activities of Daily Living – IADL*), tzw. skala Lawtona. Obejmuje ona następujące czynności:

- korzystanie z telefonu,
- dotarcie do miejsc poza odległością spaceru,
- robienie zakupów/wyjście po zakupy spożywcze,
- umiejętność samodzielnego przygotowania posiłków,
- możliwość wykonania prac domowych (sprzątanie),
- majsterkowanie lub wykonywanie drobnych napraw w domu,
- samodzielne pranie swoich rzeczy,
- przyjmowanie lub możliwość samodzielnego przyjmowania leków,
- samodzielne gospodarowanie pieniędzmi.

W przypadku obu powyższych skali odpowiedzi ujęte są w formie trzech kategorii: w ogóle nie, z niewielką pomocą, samodzielnie.

W kompleksowym badaniu sondażowym poświęconym ocenie stanu zdrowia (EHIS) stosowane jest następujące pytanie: *czy zwykle ma pan/pani problemy w wykonywaniu którejs z poniższych czynności bez pomocy osób lub urządzeń?* Wśród wymienionych czynności znajdują się: przygotowanie posiłków, korzystanie z telefonu domowego (wybranie numeru i rozmowa), robienie zakupów (zrobienie zakupów i przyniesienie ich do domu), stosowanie leków/leczenia (np. przygotowanie porcji leków i ich zażycie), lekkie prace domowe (np. gotowanie, zmywanie, prasowanie), okazjonalne ciężkie prace domowe (np. mycie okien, trzepanie dywanów), dbanie o sprawy finansowe i codzienne sprawy administracyjne (np. płacenie rachunków, załatwianie spraw na poczcie, w urzędzie). Podobnie jak w przypadku oceny ADL,

w badaniu EHIS respondenci oceniają możliwości wykonywania poszczególnych czynności na skali 4-stopniowej: od stwierdzenia, iż nie mają żadnych trudności do stwierdzenia, iż danej czynności nie są w stanie wykonać (bez odpowiedzi środkowej wskazującej na umiarkowane możliwości). Możliwa jest również odpowiedź, iż pytanie nie dotyczy danej osoby, odmowa odpowiedzi lub wskazanie braku wiedzy.

W badaniu SHARE pytania dotyczące możliwości funkcjonalnych obejmują trzy rodzaje aktywności: podstawową sprawność fizyczną, wykonywanie podstawowych czynności życia codziennego oraz instrumentalnych czynności życia codziennego. Pierwsze z pytań zawartych w kwestionariuszu, dotyczące oceny samodzielności w najszerszym zakresie, odnosi się do oceny sprawności fizycznej i mobilności. Problem ten zaadresowany jest w formie następującego pytania: *proszę powiedzieć, czy ma pan/pani trudności w wykonaniu wskazanych czynności. Proszę wykluczyć trudności, które utrzymują się krócej niż 3 miesiące*. Lista wskazanych czynności jest zmodyfikowana w stosunku do skali Katza, obejmując:

- przejście 100 metrów,
- siedzenie przez ok. 2 godziny,
- wstawianie z krzesła po dłuższym okresie siedzenia,
- wchodzenie po kilku schodkach oraz schodzenie bez odpoczynku w trakcie czynności,
- wchodzenie po jednym schodku oraz schodzenie bez odpoczynku w trakcie czynności,
- schylanie się, klęczenie lub kucanie,
- sięganie po coś lub podnoszenie rąk powyżej ramion,
- przesuwanie lub popychanie dużych przedmiotów, takich jak np. fotel,
- podnoszenie przedmiotów ważących pięć kilo lub więcej, np. siatki z zakupami,
- podnoszenie małej monety ze stołu,
- żadne z powyższych.

W kolejnym pytaniu, zawartym w tym samym badaniu sondażowym, które ma służyć pogłębieniu informacji o stopniu samodzielności respondenta wymienione są następne czynności, a respondent proszony jest o ocenę czy ma trudności w wykonywaniu tych czynności z powodu stanu zdrowia fizycznego, psychicznego, stanu emocjonalnego lub problemów z pamięcią. Czynności te obejmują:

- ubieranie się, w tym zakładanie butów i skarpet,
- przejście przez pokój,
- branie kąpeli lub prysznica,
- jedzenie, w tym krojenie własnego posiłku,
- wstawanie i kładzenie się do łóżka,
- korzystanie z toalety, w tym siadanie i wstawanie,
- korzystanie z mapy w celu odnalezienia się w nieznanym miejscu,

- przygotowanie ciepłego posiłku,
- robienie zakupów spożywczych,
- wykonywanie telefonów,
- zażywanie leków,
- wykonywanie prac domowych i ogrodowych,
- zarządzanie pieniędzmi, w tym opłata rachunków i monitorowanie wydatków,
- niezależne opuszczanie domu i korzystanie z transportu,
- robienie prania,
- żadne z powyższych.

Jak pokazują przytoczone powyższej przykłady, ocena poziomu samodzielności zazwyczaj jest dokonywana w odwołaniu do zaproponowanych skali opisujących podstawowe i instrumentalne czynności życia codziennego, jednak rodzaje ujętych w badaniach czynności życia codziennego, a w konsekwencji kompozycja miar, mogą się między sobą różnić zależnie od celu badania.

Czynnikiem ograniczającym wykonywanie obowiązków zawodowych, uczestnictwo w życiu społecznym oraz samodzielne wykonywanie czynności w gospodarstwie domowym może być również ból. W badaniu EHIS wprowadzone jest pytanie o to, w jakim stopniu ból przeszkadza respondentowi w wykonywaniu normalnej pracy, tj. codziennych obowiązków związanych z pracą zawodową, nauką, pracami domowymi. Odpowiedzi umieszczone są na skali 5-stopniowej: od stwierdzenia, że ból w ogóle nie przeszkadza, przez odpowiedzi pośrednie (ze środkowym wskazaniem: średnio) do stwierdzenia, że ból bardzo mocno przeszkadza w wykonywaniu czynności. Możliwa jest również odmowa odpowiedzi lub stwierdzenie *nie wiem*.

Ocena niepełnosprawności

Odrębnym wątkiem w badaniach sondażowych jest zebranie deklaracji dotyczących niepełnosprawności. Warto w tym miejscu podkreślić, że niepełnosprawność nie jest tożsama z niesamodzielnością. Niesamodzielność dotyczy możliwości samoobsługi, w tym wykonywania czynności higienicznych, mobilności oraz innych czynności pozwalających na samodzielne funkcjonowanie w najbliższym otoczeniu. Niepełnosprawność zaś dotyczy ryzyka związanego z okresem aktywności zawodowej i społecznej, a mierzona jest w badaniach sondażowych posiadaniem orzeczenia, wydanego przez stosowne organy państwowe, wskazującego na ograniczenia w pełnieniu ról zawodowych i społecznych wynikające ze stanu zdrowia.

W badaniach EHIS zawarte są dwa pytania dotyczące niepełnosprawności. Pierwsze jest pytanie o posiadanie aktualnego orzeczenia ustalającego niepełnosprawność, niezdolność do pracy lub inwalidztwo wydane przez Zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności lub Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Respondent

proszony jest o wskazanie wszystkich posiadanych orzeczeń, a orzeczenia wymienione są zgodnie z ich charakterystykami i w sposób równoważny, jeśli chodzi o stopień niepełnosprawności pomiędzy orzeczeniami wydanymi przez różne organy. Odpowiedzi wskazują na typ posiadanego orzeczenia, w tym: (a) orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji, niezdolności do samodzielnej egzystencji, I grupie inwalidztwa; (b) orzeczenia o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, całkowitej niezdolności do pracy, II grupie inwalidztwa; (c) orzeczenia o lekkim stopniu niepełnosprawności, częściowej niezdolności do pracy, celowości przekwalifikowania zawodowego, III grupie inwalidztwa; (d) orzeczenia o niepełnosprawności dla osób w wieku do 15 lat.

Drugie z pytań dotyczy posiadania aktualnego orzeczenia ustalającego niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym lub inwalidztwie.

Ocena stanu zdrowia psychicznego

Oprócz oceny zdrowia fizycznego często podejmowane są badania pozwalające na ocenę zdrowia psychicznego. Szczególnie częstym schorzeniem występującym u osób starszych, a zarazem trudnym do zdiagnozowania, jest depresja. Trudności w zdiagnozowaniu depresji związane są z obawą przed stygmatyzacją, ale także z faktem, że z wiekiem zwiększa się liczba zaburzeń, które mogą maskować objawy depresji lub być z nią mylone¹¹. Depresja może być mylona z często występującym w starszym wieku otępieniem lub innymi chorobami somatycznymi maskującymi jej objawy.

Jednym z najczęściej stosowanych narzędzi do oceny potrzeb wynikających z ryzyka depresji jest opracowana w 1961 r. skala Becka (*Beck Depression Inventory – BDI*). Skala Becka pozwala mierzyć nasilenie objawów depresji, może być też narzędziem stosowanym do badań przesiewowych, samodiagnostyki, badań klinicznych, jak i (zazwyczaj w ograniczonej wersji) badań sondażowych. W wersji pierwotnie opracowanej zawiera ona 21 pytań dotyczących poszczególnych objawów depresji o charakterze somatycznym, afektywnym (emocjonalnym), poznawczym i wegetatywnym, w tym:

- odczuwanie smutku i przygnębienia,
- poziom pesymizmu i martwienia się o przyszłość,
- poczucie popełniania błędów i zaniedbań,
- przyjemność i zadowolenie z wykonywanych czynności,
- poczucie winy i wyrzutów sumienia wobec innych i/lub siebie,
- poczucie zasługiwania na karę,

¹¹ R. Albiński, A. Kleszczewska, S. Bedyńska, *Geriatryczna skala depresji (GDS). Trafność i rzetelność różnych wersji tego narzędzia – przegląd badań*, „Psychiatria Polska” 2011, t. XLV, nr 4, s. 555-562.

- poczucie zadowolenia lub niechęci do siebie,
- poczucie bycia nieudolnym, gorszym od innych,
- posiadanie myśli samobójczych,
- płaczliwość,
- bycie poddenerwowanym,
- zainteresowanie innymi ludźmi,
- zdolność podejmowania decyzji,
- możliwość pracy i podejmowania czynności,
- występowanie zaburzeń snu,
- poczucie zmęczenia,
- utrata apetytu,
- utrata wagi,
- martwienie się własnym zdrowiem, dolegliwościami,
- poziom zainteresowania seksualnego.

Respondent proszony jest o określenie występujących u niego objawów i ich natężenia, a ocena ma charakter punktowy – im wyższa liczba punktów, tym wyższe ryzyko występowania depresji.

Innym narzędziem służącym do oceny stanu psychicznego u osób starszych jest geriatryczna skala depresji (*Geriatric Depression Scale - GDI*). Składa się ona z 30 pytań odnoszących się do objawów depresji, na które badany udziela odpowiedzi tak lub nie. Skala została opracowana w 1983 r. przez zespół pod kierownictwem Yesavage i obejmuje symptomy powiązane z depresją, takie jak pogorszenie nastroju, brak motywacji, objawy somatyczne. Wyniki oceny depresji uzyskane w analizach opartych na skali Becka oraz geriatrycznej ocenie depresji są w wysokim stopniu zbieżne, a oba narzędzia wykazują dużą trafność diagnostyczną¹². Geriatryczna skala depresji obejmuje pytania o następujące symptomy:

- zadowolenie z życia,
- zmniejszenie się liczby aktywności i zainteresowań,
- poczucie, że życie jest puste,
- poczucie bycia znudzonym/znudzoną,
- myślenie z nadzieją o przyszłości,
- natrętne myśli, których nie można się pozbyć,
- dobry nastrój przez większość czasu,
- obawa, że może wydarzyć się coś złego,
- poczucie bycia szczęśliwym przez większość czasu,
- częste poczucie bycia bezradnym/bezradną,
- częste poczucie bycia niespokojnym/niespokojną,
- zamiast wyjścia wieczorem z domu chęć pozostania w nim,

¹² R. Albiński, A. Kleszczewska, S. Bedyńska, dz. cyt.

- częste martwienie się o przyszłość,
- poczucie, że ma się więcej problemów z pamięcią niż inni ludzie,
- myślenie, że wspaniale jest żyć,
- poczucie przygnębienia lub smutku,
- poczucie bycia gorszym od innych ludzi,
- martwienie się tym, co zdarzyło się w przeszłości,
- przekonanie, że życie jest ciekawe,
- trudności w realizowaniu nowych pomysłów,
- poczucie bycia pełnym energii,
- poczucie, że sytuacja jest beznadziejna,
- myślenie, że ludzie są lepsi niż respondent,
- wyprowadzanie z równowagi przez drobne rzeczy,
- płaczliwość,
- kłopoty z koncentracją uwagi,
- budzenie się rano w dobrym nastroju,
- unikanie spotkań towarzyskich w ostatnim czasie,
- łatwość podejmowania decyzji,
- zdolność myślenia taka sama jak dawniej.

W badaniu SHARE skierowanym do osób w wieku 50 lat i więcej zastosowano pytania o wybrane stany wskazane w skali Becka (np. poczucie bycia smutnym, nadzieję na przyszłość, życzenie śmierci, apetyt, wysypianie się), umożliwiając odpowiedzi na skali 3-stopniowej (często, czasami, bardzo rzadko lub wcale). Przy czym, dodano pytania o takie stany jak poczucie bycia wyizolowanym od innych i odczuwanie samotności w ciągu miesiąca poprzedzającego badanie.

Z kolei w badaniach EHIS w celu oceny stanu zdrowia psychicznego stosowane jest pytanie o dokuczliwość wybranych stanów emocjonalnych i problemów w ciągu dwóch tygodni poprzedzających badanie. Do wymienionych stanów należą: niewielkie zainteresowanie wykonywanymi czynnościami lub odczuwanie niewielkiej przyjemności z ich wykonywania, uczucie smutku, przygnębienia lub beznadziejności, kłopoty z zaśnięciem lub przerywany sen, albo zbyt długi sen, uczucie zmęczenia lub brak energii, brak apetytu lub przejadanie się, poczucie niezadowolenia z siebie lub uczucie, że jest się do niczego, albo że się zawiodło siebie lub rodzinę, problemy ze skupieniem się (np. przy czytaniu gazety lub oglądaniu telewizji), poruszanie się lub mówienie tak wolno, że inni mogliby to zauważyć. Albo wręcz przeciwnie – niemożność usiedzenia w miejscu lub podenerwowanie powodujące ruchliwość znacznie większą niż zwykle. Kategorie odpowiedzi wskazują na częstotliwość występowanie wskazanych problemów (wcale lub jeden dzień, kilka dni, połowę dni, prawie każdego dnia).

Tak więc, o ile w procesie leczenia psychiatrycznego stosowane są rozległe skale oceny zdrowia psychicznego, w praktyce badań sondażowych skale te są

ograniczane do uwzględnienia kilku stanów odzwierciedlających zdrowie somatyczne, emocjonalne oraz poczucie sensu życia.

Ocena jakości życia

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia z 1948 r. zdrowie to stan pełnego (całkowitego) dobrego samopoczucia i dobrostanu (ang. *wellbeing*) fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak obiektywnie istniejącej choroby czy niepełnosprawności. W związku z tym kluczowe dla oceny zdrowia są nie tylko miary zdrowia fizycznego i psychicznego, ale również próba oceny wspomnianego w definicji dobrostanu i jakości życia. Są one trudne do zoperacjonalizowania bowiem uwzględniają nie tylko komfort fizyczny i psychiczny, ale również funkcjonowanie w ramach sieci społecznych, poczucie komfortu ekonomicznego i potrzebę identyfikacji społecznej. W przypadku osób starszych podkreśla się również kwestię poczucia, że jest się traktowanym z godnością i poszanowaniem praw¹³.

W związku z powyższym ocena jakości życia wymaga nie jednorodnej miary, a wskaźnika uwzględniającego różne wymiary zdrowia oraz życia społecznego. W literaturze opisanych jest kilka sposobów pomiaru jakości życia różniących się sposobem oceny poszczególnych jej elementów i poziomem złożoności. Jedną z prostszych miar jest wskaźnik EuroQol obejmujący pięć sfer życia opisanych powyżej¹⁴:

- mobilność,
- samoopieka,
- codzienna aktywność (np. praca, nauka, prace domowe),
- ból (dyskomfort),
- niepokój (ryzyko depresji).

Każdy z wymienionych stanów możliwy jest do opisanego na 3-stopniowej skali (brak problemów, umiarkowane problemy, niemożność wykonania lub problemy ekstremalne).

Inną propozycją operacjonalizacji jakości życia jest skala zaproponowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHOQOL). Obejmuje ona sześć obszarów¹⁵:

- zdrowie fizyczne – ból i dyskomfort; energia i zmęczenie; aktywność seksualna; sen i wypoczynek; funkcje sensoryczne;
- zdrowie psychiczne – pozytywne uczucia; myślenie, uczenie się, pamięć i koncentracja; samoocena; wygląd; negatywne uczucia;

¹³ B. Tobiasz-Adamczyk, *Społeczne uwarunkowania jakości życia osób starszych u kresu życia*, „Gerontologia Polska” 2017, nr 25, s. 254-260.

¹⁴ E. Kocot, *Jak mierzymy zdrowie?...*, dz. cyt.

¹⁵ https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/77932/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.03_eng.pdf (dostęp 31.10.2023).

- poziom niezależności – mobilność; aktywności życia codziennego; zależność od leków i urządzeń medycznych; uzależnienie od substancji niemedycznych (alkoholu, papierosów); komunikacja; praca;
- relacje społeczne – relacje osobiste; wsparcie społeczne; aktywność opiekuńcza (udzielanie lub otrzymywanie opieki);
- środowisko – wolność, bezpieczeństwo; środowisko domowe; satysfakcja z pracy; środki finansowe; zdrowie i opieka społeczne – dostępność i jakość; możliwości nabywania nowych umiejętności i kwalifikacji; uczestnictwo społeczne, rekreacja i wypoczynek; środowisko fizyczne (hałas, przeludnienie, natężenie ruchu komunikacyjnego); transport;
- duchowość, religijność, własne przekonania.

Wszystkie wskazane elementy były oceniane na 5-stopniowej skali (Likerta) na osiach od: bardzo usatysfakcjonowany – w ogóle nieusatysfakcjonowany, ekstremalnie – wcale, nigdy – zawsze, bardzo źle – bardzo dobrze. Proponowana ocena jakości życia jest jednak bardzo złożona i długa, obejmuje zestawy pytań szczegółowych (od kilku do kilkunastu) w każdym z sześciu wskazanych obszarów. W związku z tym zastosowanie tej metody w całości w badaniach sondażowych jest niezwykle trudne, by nie rzec niemożliwe, o ile badania nie są poświęcone wyłącznie problematyce jakości życia.

Na potrzeby badań jakości życia osób starszych dokonano syntezy wskaźnika zaproponowanego przez WHO, ograniczając badane obszary do 13 pytań w następujących kwestiach¹⁶:

- ogólna ocena jakości życia,
- zadowolenie z funkcjonowania wzroku, słuchu i innych zmysłów,
- zadowolenie ze swojego zdrowia,
- zadowolenie z siebie,
- zadowolenie ze swoich zdolności (możliwości) wykonywania czynności życia codziennego,
- zadowolenie ze swoich osobistych relacji,
- zadowolenie z warunków w miejscu zamieszkania,
- zadowolenie ze sposobów wykorzystania swojego czasu,
- wystarczająca ilość energii do codziennego życia,
- kontrolowanie co chciałoby się robić,
- możliwość dalszej realizacji zamierzonych celów,
- wystarczająco dużo pieniędzy na zaspokojenie swoich potrzeb,
- poziom satysfakcji (zadowolenia) z poczucia bliskiej przyjaźni.

Odpowiedzi na pytania o powyższe obszary umieszczone są – podobnie jak w przypadku wskaźnika WHOQOL – na skali Likerta. Narzędzie WHOQOL-AGE

¹⁶ K. Zawisza, A. Gałaś, B. Tobiasz-Adamczyk, *Walidacja polskiej wersji skali oceny jakości życia WHOQOL-AGE w populacji osób starszych*, „Gerontologia Polska” 2016, nr 24, s. 7-16.

było testowane w Polsce i wskazywało na wysoką korelację ze wskaźnikami ogólnego stanu zdrowia oraz negatywną korelację z pomiarem samotności¹⁷. Narzędzie to zostało również wykorzystane w ogólnopolskich badaniach stanu zdrowia Polsenior2¹⁸.

Należy jednak zauważyć, że do oceny jakości życia możliwe jest zarówno zastosowanie odrębnego narzędzia sondażowego (np. takiego jak wskazany powyżej) lub skonstruowanie wskaźnika w ramach analizy danych pozyskanych z badań obejmujących – w różnych pytaniach – wszystkie lub wybrane obszary spośród wskazanych powyżej.

Podsumowanie

Przeprowadzona powyżej analiza pokazuje możliwości oceny stanu zdrowia fizycznego, psychicznego oraz jakości życia w badaniach sondażowych. Omówione są najważniejsze metody i pytania stosowane w badaniach sondażowych do oceny ogólnej stanu zdrowia, oceny możliwości funkcjonalnych i stopnia niesamodzielności, oceny niepełnosprawności, oceny zdrowia psychicznego oraz jakości życia i dobrostanu. W kompleksowych badaniach sondażowych skierowanych do osób starszych, i mających na celu ocenę ich stylu życia, funkcjonowania w sieciach społecznych i aktywności zawodowej, wskazane miary powinny znaleźć swoje odzwierciedlenie. Przy czym należy mieć na uwadze ich kompleksowość, która może być ograniczeniem w realnym zastosowaniu w badaniach, i w rezultacie stanowić o potrzebie doboru miary (lub jej wybranych wymiarów) odpowiednio do specyficznego celu badania. Ekspertyza zawiera również przegląd pytań ankietowych stosowanych w badaniach populacyjnych, realizowanych w Polsce i w innych krajach europejskich ukierunkowanych na ocenę stanu zdrowia. W badaniach tych najczęściej stosowane są metody ogólnej oceny stanu zdrowia, w tym doświadczanych stanów chorobowych i chorób przewlekłych oraz oceny funkcjonalnej. W bardziej ograniczonym stopniu znajdujemy w nich metody oceny stanu zdrowia psychicznego, zazwyczaj bowiem nie są stosowane pełne skale, a jedynie ich wybrane elementy. Najbardziej stosowanym narzędziem są metody oceny jakości życia.

¹⁷ Tamże.

¹⁸ <https://konferencjapolsenior2.pl/userfiles/file/4.pdf> (dostęp 31.10.2023).

Bibliografia

- Albiński R., Kleszczewska A., Bedyńska S., *Geriatryczna skala depresji (GDS). Trafność i rzetelność różnych wersji tego narzędzia – przegląd badań*, „Psychiatria Polska” 2011, t. XLV, nr 4. GUS, *Stan zdrowia ludności Polski w 2019 roku*, Warszawa 2021.
- Kocot E., *Jak mierzymy zdrowie? Zarys historii i metod pomiaru*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2015, t. 13, nr 4.
- Kocot E., *Wskaźniki zdrowotne – definicje, funkcje, klasyfikacje*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2009, t. VII, nr 1.
- Pietraszko E., *Ocena występowania bólu u pacjentów przebywających w oddziale ortopedii, „Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej”* 2017, nr 3, DOI 10.19251/pwod/2017.3(3).
- Tobiasz-Adamczyk B., *Spoleczne uwarunkowania jakości życia osób starszych u kresu życia*, „Gerontologia Polska” 2017, nr 25.
- Zawisza K., Gałaś A., Tobiasz-Adamczyk B., *Walidacja polskiej wersji skali oceny jakości życia WHOQOL-AGE w populacji osób starszych*, „Gerontologia Polska” 2016, nr 24.

Źródła internetowe

- https://share-eric.eu/fileadmin/user_upload/Questionnaires/Q-Wave_9/paperversion_en_GB_9_2_2a.pdf (dostęp 31.10.2023).
- <https://www.opiekunowie.eu/2018/07/caosciowa-ocena-geriatryczna-skala.html> (dostęp 31.10.2023).
- https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/77932/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.03_eng.pdf (dostęp 31.10.2023).
- <https://konferencjapolsenior2.pl/userfiles/file/4.pdf> (dostęp 31.10.2023).