

Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej
Kwartalnik międzynarodowy

LONG-TERM CARE NURSING
INTERNATIONAL QUARTERLY

ISSN 24502-8624

tom 6, rok 2021, numer 4, s. 19-31

DOI: 10.19251/pwod/2021.4(2)

e-ISSN 2544-2538

vol. 6, year 2021, issue 4, p. 19-31

Aleksandra Magdalena Nowak^{1,C-D}, Dorota Teresa Maciąg^{2,A,E-F},
Agnieszka Anna Maciąg-Olaszek^{1,C-D}, Barbara Sep^{1,A-C}

**JAKOŚĆ ŻYCIA OPIEKUNÓW OSÓB STARSZYCH
OBJĘTYCH OPIEKĄ PIEŁĘGNIARSKĄ
DŁUGOTERMINOWĄ DOMOWĄ**

The life's quality of caregivers of the elderly covered nursing long-term home care

¹Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Pielęgniarstwa, Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Biznesu
w Ostrowcu Świętokrzyskim, Polska

²Wydział Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu, Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Biznesu w Ostrowcu
Świętokrzyskim, Polska

A - Koncepcja i projekt badania, B - Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C - Analiza i interpretacja
danych, D - Napisanie artykułu, E - Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F - Zatwierdzenie ostatecznej
wersji artykułu

Dorota Teresa Maciąg - 0000-0002-7914-7827

Abstract (in Polish):

Cel pracy

Celem pracy była ocena jakości życia opiekunów rodzinnych osób starszych objętych opieką
długoterminową domową.

Material i metody

W niniejszej pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego przeprowadzonego techniką
ankietowania. Wykorzystano kwestionariusz ankiety własnego autorstwa oraz kwestionariusz

WHOQL-BREF w wersji skróconej, oceniający jakość życia osób dorosłych wg WHO. Badaniem objęto 99 opiekunów rodzinnych.

Wyniki

W 80,8% opiekunowie to kobiety, 56,6% ankietowanych pracuje zawodowo, w większości podopieczni to rodzice-50,5%, w 79,8% podopieczni w skali Barthel osiągają do 15 punktów. Respondenci wskazują na brak siły fizycznej do opieki- 67,7%, najczęściej trudności sprawia im uruchamianie chorych- 57,6%, 60,7% nie potwierdza swojego przygotowania do opieki nad chorym w domu. Najwięcej badanych skarży się na bóle kręgosłupa- 76,8%, odczuwane dolegliwości powodują u 67,7% obniżenie nastroju. Opieka nad seniorem ogranicza możliwości wyjazdu na odpoczynek, życie towarzyskie i realizację własnych zainteresowań. Przeprowadzone badanie wykazało, że 77,8% opiekunów określa jakość swojego życia jako gorszą niż dobra.

Wnioski

1. Sprawowanie opieki nad osobą starszą powoduje w samoocenie opiekunów, pogorszenie ich jakości życia w badanych obszarach jakości życia a im dłuższy czas sprawowania opieki, tym gorsza samoocena stan zdrowia opiekunów.
2. Najczęstszymi powodami podjęcia się opieki są: wspólne zamieszkiwanie poczucie obowiązku, brak innych osób mogących sprawować opiekę,
3. Przygotowanie opiekunów do sprawowania opieki nad niepełnosprawnym seniorem jest niewystarczające.

Streszczenie (j. angielski):

Aim

The aim of the study was to assess the life's quality of family carers of elderly people covered by long-term home care.

Material and methods

This study uses: the method of a diagnostic survey carried out using the questionnaire technique, the questionnaire of own authorship and the WHOQOL-BREF questionnaire in a short version, which assess the life's quality of adults according to WHO. The study covered 99 family caregivers.

Results

In 80.8% of the carers are women, 56.6% of the respondents work professionally, most of the charges are parents - 50.5%. The respondents indicate a lack of physical strength to care for them - 67.7%, they find it the most difficult to mobilize the sick - 57.6%, 60.7% do not confirm their preparation for taking care of the sick at home. Most respondents complain of back pain - 76.8%, 67.7% experienced a depressed mood. Taking care of a senior limits the social functioning of caregivers. The study showed that 77.8% of caregivers describe their quality of life as worse than good.

Conclusions

1. Taking care of an elderly person causes, in the self-esteem of caregivers, a deterioration of their quality of life in the analyzed areas of quality of life, and the longer the time of providing care, the worse the self-assessment of the caregivers' health.

2. The most common reasons for taking up care are: living together, a sense of duty, the lack of other people to care for,
3. The preparation of guardians to care for a disabled senior is insufficient.

Słowa kluczowe (j. polski): jakość życia, starość, opieka długoterminowa, opiekun rodzinny.

Słowa kluczowe (j. angielski): quality of life, long-term care, senility, family carer.

Praca wpłynęła do Redakcji: 06.06.2021

Poprawiono: 24.11.2021

Zaakceptowano do druku: 07.12.2021

Data ostatniej recenzji: 07.12.2021

Krótki tytuł

Jakość życia opiekunów osób starszych.

Autor do korespondencji

Dorota Maciąg Teresa Maciąg

Wydział Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu, Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Biznesu w Ostrowcu Świętokrzyskim, Akademicka 1, 27-400, Ostrowiec Świętokrzyski, Polska; email: dorotamaciag@wp.pl
Telefon: 600642141

Skrócona lista autorów

A. Nowak et al.

Wprowadzenie

Starość to zjawisko powszechne, uniwersalne i nieuchronne. Starzenie się jest procesem dynamicznym, wielokierunkowym i zróżnicowanym. Trudno jednoznacznie powiedzieć, w którym momencie życia człowieka rozpoczyna się proces starzenia. W ostatnich dekadach, szczególnie w krajach wyżej rozwiniętych liczba ludzi starszych sukcesywnie wzrasta. Jest to efektem postępu cywilizacyjnego, poprawy jakości i wydłużenia życia. Przez wieki długość ludzkiego życia ulegała diametralnym zmianom. Pięć tysięcy lat temu człowiek żył około 20 lat, na początku XX wieku mężczyzna żył średnio 48 lat a kobieta 51. U schyłku XX wieku było to już odpowiednio 72 lata i 79. Dzisiaj średnia długość życia w Europie wynosi dla mężczyzn 76,4, a dla kobiet 82,4. W Polsce jest to 72,1 dla mężczyzn i 80,6 roku dla kobiet. Według prognoz demograficznych GUS obecnie w Polsce liczba ludzi po 65 roku życia zbliża się do 5 milionów, do 2035 roku ma wzrosnąć o 62%. Natomiast populacja osób po 80 roku życia wzrośnie w tym czasie aż o 96% [1]. Według WHO starość rozpoczyna się po ukończeniu 60 lat, takich ludzi na świecie w 1950 roku żyło około 200 milionów. Do 2000 roku ta liczba potroiła się a w 2025 przekroczy 1 miliard. Jeżeli przyjmuje się, że społeczeństwo, w którym ludzie powyżej 65 roku życia stanowią co najmniej 7% ogółu populacji jest społeczeństwem starym, to Europa jest najstarszym demograficznie kontynentem. Również w Polsce udział osób w wieku 65 lat i więcej w strukturze ludności zwiększa się [2]. GUS przewiduje zwiększenie odsetka tych osób z 12,5% w 2001 roku do 17,4% w 2020 i 23% w 2035 roku [1]. Proces starzenia się społeczeństwa i jego konsekwencje dotkną nie tylko osoby w podeszłym wieku ale również, a może przede wszystkim młodsze pokolenia, na które spadnie

obowiązek zapewnienia opieki nad starszymi ludźmi. Przed każdą dziedziną życia stają nowe wyzwania, największe jednak czekają system opieki społecznej i ochrony zdrowia. Seniorzy bowiem, to grupa, która najczęściej korzysta ze świadczeń opieki zdrowotnej, wymaga także pomocy społecznej [3]. Szacuje się, że w Polsce wśród populacji osób powyżej 65 roku życia 2% to obłożnie chorzy, 17% osób ma poważne problemy z poruszaniem się w obrębie własnego mieszkania. Seniorzy chorują przeciętnie na 3-4 choroby przewlekłe, zażywają po 4-5 leków na stałe a tylko 7% nie zgłasza żadnych schorzeń przewlekłych. Starsze osoby stanowią znaczną część wszystkich osób niepełnosprawnych. Na problemy zdrowotne nakładają się także ekonomiczne takie jak: warunki mieszkaniowe, sytuacja rodzinna oraz problemy społeczne. Dane te wskazują na szybki wzrost zapotrzebowania na świadczenia opiekuńcze i pielęgnacyjne [2].

Każdy człowiek postrzega jakość życia inaczej, w inny sposób postrzega wartości, które według niego wpływają na jej poziom. Każdy człowiek ma prawo do oceny jakości tylko swojego życia. Oceny tej dokonuje według przyjętych przez siebie kryteriów, wybranymi miernikami i sposobami pomiaru. Encyklopedia powszechna podaje, że jakość życia określają wskaźniki obiektywne jakościowe i ilościowe, rzeczowe i wartościowe oraz subiektywne. Do wskaźników obiektywnych należą np. przeciętne trwanie życia, wysokość dochodów, zakres i głębokość ubóstwa, współczynnik umieralności, stopa bezrobocia, stopień zanieczyszczenia środowiska naturalnego, zakres wolności politycznej, dostęp do dóbr kultury. Subiektywne wskaźniki to np. stopień zadowolenia z warunków życiowych, poczucie szczęścia, sensu życia, poziom stresu, poczucie zaspokojenia potrzeb, aspiracji [4].

Mówiąc o ludziach starych należy zrozumieć czym jest starość a czym proces starzenia się. Są to pojęcia, które nie mają jednoznacznej definicji ani w naukach biologicznych, ani w społecznych. Często są one rozpatrywane łącznie, ponieważ starość jest okresem, częścią procesu starzenia. Starzenie się to proces fizjologiczny, nieodwracalny, długotrwały i dynamiczny. To proces rozpoczynający się u człowieka już w wieku średnim i jest wynikiem kumulowania się czynników genetycznych i środowiskowych. Starość natomiast jest końcowym okresem procesu starzenia się, który kończy się śmiercią [5]. W aspekcie biologicznym starzenie się jest naturalnym, nieodwracalnym procesem, w którym nasilają się zmiany morfologiczne i czynnościowe komórek o charakterze wstecznym. Ich podstawą jest zanik zdolności reprodukcyjnych i stopniowa degradacja komórek. Dochodzi do upośledzenia samoregulacji, adaptacji i regeneracji organizmu. Kumulacja tych wszystkich zmian staje się widoczna około 60 roku życia [6]. Z medycznego punktu widzenia można rozróżnić dwa zasadnicze rodzaje zmian:

- Obniżenie sprawności fizycznej - przejawia się ona w ograniczeniu zdolności do wysiłku fizycznego, postępującej męczliwości, spadku aktywności, wigoru. Wynika to z faktu obniżenia funkcji właściwie wszystkich narządów. Najczęściej obniżenie sprawności fizycznej jest skutkiem chorób a nie tylko procesu starzenia się organizmu.
- Tzw. „mnogą patologię”. Termin ten określa występowanie kilku dolegliwości jednocześnie u tej samej osoby. Spowodowane to jest przewagą procesów katabolicznych nad metabolicznymi.

Krzyżniński podaje, że wśród osób po 60 roku życia u 80-85% ludzi występuje co najmniej jedna choroba przewlekła, u 30% stwierdza się upośledzenie słuchu, u 20% zaś pogorszenie wzroku. Te wszystkie defekty mają wpływ na codzienną aktywność. Wśród chorób somatycznych najczęściej występujących w starości wymienia się choroby infekcyjne związane ze spadkiem odporności, choroby układu krążenia, oddechowego i pokarmowego, cukrzycę i choroby narządu ruchu. Osłabienie czynności biologicznych organizmu ma znaczący wpływ na zmiany w funkcjonowaniu społecznym i psychologicznym. Społeczne konsekwencje starości uzależnione są od przedziału wiekowego, płci i innych uwarunkowań społeczno - kulturowych [5]. Brak aktywności społecznej osób starszych ma swoje konsekwencje. To samotność, brak przyjaciół, towarzystwa, to utrata lub brak więzi emocjonalnych. Przyczyną może być śmierć bliskich, zmiana miejsca zamieszkania, obecność w instytucji opiekuńczej, wreszcie choroba

bądź niepełnosprawność. Ważne jest aby rozpoznać elementy tworzące „dobrą starość” i podjąć takie działania w sferze ekonomicznej, społecznej i zdrowotnej aby osoby starsze mogły jak najdłużej cieszyć się niezależnością i aktywnością. Łatwiej będzie wówczas zmierzyć się z problemem starzenia się społeczeństwa i skutkami tego procesu [7].

W Polsce istnieje wiele różnorodnych praktykowanych form wsparcia osób starszych w ich miejscu zamieszkania. Źródła wsparcia dzielimy na pierwotne (nieformalne) i wtórne (formalne). Pierwotne tworzą rodzina, sąsiedzi, znajomi a wtórne to instytucje, grupy samopomocowe. Pomoc formalna świadczona jest przez ośrodki pomocy społecznej. Są to świadczenia pieniężne w formie wszelkiego rodzaju zasiłków i świadczenia niepieniężne. Do tej grupy należą świadczenia rzeczowe oraz usługi w postaci pomocy środowiskowej i instytucjonalnej. Dla osób starszych, niesamodzielnych najistotniejsze są usługi opiekuńcze realizowane przez opiekunki domowe, opiekunów osób starszych i opiekunki środowiskowe, świadczone w miejscu zamieszkania podopiecznego. Do form pomocy instytucjonalnej zaliczamy pobyt i usługi w dziennych domach pomocy, domach pomocy społecznej i rodzinnych domach pomocy [3].

Najważniejszą jednak instytucją w Polsce zapewniającą opiekę nad osobą starszą niesamodzielną czy też niepełnosprawną pozostaje rodzina. Wynika to z naszych tradycji kulturowych, obyczajowych i norm moralnych, według których człowiek starszy powinien znaleźć wsparcie i godne życie wśród najbliższych. Według Światowej Organizacji Zdrowia rodzina zabezpiecza w 75% potrzeby jej członków w zakresie zdrowia, w sytuacji niepełnosprawności członka rodziny, zwiększa się do 86%. W sytuacji choroby czy niepełnosprawności wykorzystywany jest naturalny potencjał opiekuńczy tkwiący w rodzinie, wynikający z realizacji funkcji opiekuńczo - zabezpieczającej. To rodzina stanowi naturalne środowisko dla osoby chorej, pomoc instytucji pojawia się w momencie, kiedy rodzina zawodzi. Pielęgniarki czy pracownicy socjalni postrzegani są nie jako pomoc dla opiekunów rodzinnych, ale jako ich zastępcy [8]. Podjęcie się opieki nad niesamodzielnym, chorym seniorem to przedsięwzięcie trudne technicznie, obciążające fizycznie, psychicznie i finansowo. Zmianie ulega system wartości, rytm życia, pełnione role. Sprawowanie opieki przez długi czas może doprowadzić do przeciążenia fizycznego i psychicznego, czego konsekwencją jest stan, nazywany w literaturze poczuciem obciążenia opiekuna. Składają się na to czynniki obiektywne takie jak utrata zdrowia, pogorszenie sytuacji materialnej, rozpad rodziny oraz subiektywne, przede wszystkim dotyczące sfery psychicznej. Często opiekunowie czują się niedoceniani, niezauważani a sami podopieczni mogą być negatywnie do nich nastawieni. Dlatego osoba, która decyduje się podjąć tak trudnego zadania jakim jest opieka nad chorym, starszym człowiekiem, powinna być wspierana na wszystkich płaszczyznach. Potrzebna jest pomoc psychologiczna, regulacje prawne, które umożliwiłyby łączenie pracy zawodowej z opieką nad chorym, a tym samym przeciwdziałałyby izolacji społecznej, poprawiły komfort życia osoby starszej i opiekuna. Ogromne znaczenie w tej kwestii miałyby też rozwój tak zwanej opieki wspomagającej. Pozwoliłoby to odciążać opiekuna a tym samym uniknąć negatywnych skutków długotrwałej opieki [3].

W ramach świadczeń gwarantowanych przez NFZ opiekunowie mogą liczyć na pomoc pielęgniarki środowiskowo - rodzinnej. Pielęgniarka rodzinna powinna być organizatorem opieki nad osobą starszą, niepełnosprawną czy chorą. To pielęgniarka wskaże, jak przygotować mieszkanie, dostosować je do potrzeb chorego, gdzie zaopatrzyć się w odpowiedni sprzęt potrzebny do sprawowania opieki. Oceni poziom wiedzy i umiejętności opiekunów z zakresu wykonywania czynności higienicznych i pielęgnacyjnych. To pielęgniarka staje się edukatorem dla chorego i opiekuna w zakresie samoopieki w życiu z chorobą i niepełnosprawnością. Sytuacja pacjenta rodziny nierzadko wymaga również pomocy w zakresie świadczeń socjalnych. Pielęgniarka po rozpoznaniu i ocenie problemów, wskaże placówki Pomocy Społecznej i inne ośrodki wspierające chorego i jego opiekunów [9].

Cel badań

Celem przeprowadzonych badań była ocena jakości życia opiekunów rodzinnych osób starszych objętych opieką pielęgniarstwa domowego.

Material i metody

Badania zostały przeprowadzone wśród opiekunów rodzinnych osób, które zostały objęte pielęgniarstwem długoterminowym domowym przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „BIMED”, mający siedzibę w Dukli. Zakład ten świadczy usługi w zakresie pielęgniarstwa długoterminowego domowego dla pacjentów zakwalifikowanych na podstawie skierowania lekarza specjalisty, lekarza kierującego ze szpitala oraz lekarza POZ i uzyskujących w skali Barthel nie więcej niż 40 punktów. W badaniu wzięło udział 99 respondentów. Badanie opiekunów osób starszych przeprowadzono za pomocą autorskiej ankiety oraz ankiety standaryzowanej WHOQOL-BREF oceniającej jakość życia. Analizę danych przeprowadzono za pomocą metod statystyki opisowej.

Wyniki

Badaniem zostało objętych 99 opiekunów nieformalnych, rodzinnych, osób starszych, które pozostają pod opieką pielęgniarek opieki długoterminowej domowej. Analizie w badanej populacji poddano m.in. cechy demograficzne, miejsce zamieszkania, stopień pokrewieństwa z podopiecznym. Zdecydowana większość ankietowanych osób – 80,8% to kobiety. 39,4% badanej grupy stanowiły osoby w wieku 51-60 lat, a kolejne 26,3% – osoby w wieku 40-50 lat. Pozostali respondenci to osoby w wieku 61-70 lat – 17,2%, poniżej 40 lat – 13,1% oraz powyżej 70 lat – 3,0%. Ponadto 1,0% ankietowanych nie ujawniło swojego wieku. Większość respondentów – 67,7% to mieszkańcy miast. Niemal połowa ankietowanych – 47,5% posiada wykształcenie średnie. Pozostali respondenci legitymują się wykształceniem: wyższym – 27,3%, zawodowym – 19,2 oraz podstawowym – 6,1%. Ponad połowa badanych osób – 56,6% pracuje zawodowo. Pozostali respondenci to: emeryci – 19,2%, renciści – 15,2%, osoby bezrobotne – 8,1% oraz studenci – 1,0%. Nieco ponad połowa badanych osób – 50,5% opiekuje się swoimi rodzicami, zaś kolejne 17,2% – teściami. Ponadto ankietowane osoby opiekują się również: współmałżonkiem – 13,1%, dziadkami – 10,1%, dalszymi krewnymi – 6,1% oraz sąsiadami – 3,0%. Większość badanych osób – 51,5% zamieszkuje wspólnie ze swoim podopiecznym. Pozostali respondenci mieszkają w odległości od 1 do 10 km od osoby którą się opiekują – 21,2%, w odległości mniejszej niż 1 km – 18,2% lub w odległości większej niż 10 km – 9,1%. Stwierdzono, iż 43,4% ankietowanych opiekuje się osobą uzyskującą w skali Barthel co najwyżej 5 punktów, zaś kolejne 36,4% badanych – osobą, której wynik w tej skali wynosi od 10 do 15 punktów. Pozostali respondenci sprawują opiekę nad osobami nieco sprawniejszymi: 20-25 punktów w skali Barthel – 14,1% oraz 30-35 punktów – 6,1%.

Wszystkie ankietowane osoby opiekowały się osobami starszymi w bardzo zaawansowanym wieku, 36,4% opiekowało się osobami w wieku 86-90 lat. Podopieczni pozostałych respondentów to osoby liczące: 76-85 lat – 27,3%, powyżej 90 lat – 23,2% oraz 65-75 lat – 13,1%.

Respondenci różnili się pomiędzy sobą stażem sprawowania opieki nad osobą starszą. W badanej grupie znajdowały się zarówno osoby opiekujące się seniorem od kilku miesięcy, jak i od kilku lat. Niemal co trzecia badana osoba 32,3% sprawuje opiekę nad seniorem od 1-3 lat, a kolejne 25,3% – powyżej 5 lat. Pozostali respondenci opiekują osobami starszymi krócej niż rok 22,2% lub od 3-5 lat 20,2%. Dzienny czas sprawowania opieki jest zróżnicowany. Część ankietowanych opiekuje się seniorem tylko przez kilka lub kilkanaście godzin dziennie, a część czyni to przez całą dobę. 29,3% respondentów opiekuje się

osobą starszą przez mniej niż 5 godzin dziennie. Ponadto 28,3% badanych sprawuje taką opiekę przez całą dobę, zaś kolejna tak samo liczna grupa respondentów – przez 5-10 godzin w ciągu dnia. Pozostałe 14,1% ankietowanych zajmuje się seniorem przez 11-16 godzin dziennie.

Niemal co trzecia ankietowana osoba – 32,3%, podjęła decyzję o sprawowaniu opieki nad osobą starszą ze względu na wspólne z nią zamieszkiwanie. Tak samo liczna jest grupa respondentów, którzy opiekują się chorym, gdyż nikt inny nie mógł się tym zająć. Kolejne 29,3% badanych uważało to za swój obowiązek, zaś pozostałe 6,1% podjęło się opieki ponieważ nie pracuje zawodowo.

Badano także poziom przygotowania respondentów do objęcia opieką chorego w jego domu. I tak najwięcej, bo 26,3% badanych osób nie potrafiło określić, czy były odpowiednio przygotowane do objęcia opieką chorego w domu, 25,3% twierdziło że odpowiedź czuło się przygotowanymi do sprawowania opieki nad osobą starszą i chorą. Mierny stopień przygotowania do sprawowania opieki potwierdziło 20,2% respondentów, zaś 19,2% badanych stwierdziło, że było w pełni przygotowanych do roli opiekuna. Pozostałe 9,1% ankietowanych uważa natomiast, że nie było przygotowane do podjęcia się takiej opieki. Zbadano również charakter deficytów z jakimi borykali się opiekunowie osób starszych. Badane osoby najczęściej odczuwały brak siły fizycznej – 67,7% oraz pomocy innych osób – 53,5%. Nieco rzadziej wskazywały na deficyt: wiedzy – 39,4%, umiejętności praktycznych – 36,4%, środków finansowych – 34,3% oraz środków i sprzętu ułatwiającego opiekę – 28,3%. Następnie określono największe trudności z jakimi zmagają się opiekunowie osób starszych podczas sprawowania opieki. I tak najwięcej trudności w opiece nad osobą starszą sprawia opiekunom: uruchamianie chorego – 57,6% oraz czynności higieniczne związane przede wszystkim z toaletą ciała oraz zmianą pampersów – 55,6%. Rzadziej respondenci wskazywali na problemy z komunikowaniem się z chorym – 42,4%, podawaniem leków – 28,3%, pielęgnowaniem odleżyn – 19,2% oraz karmieniem – 18,2%. Opiekunowie osób starszych w związku z pełnioną funkcją ponoszą dodatkowe koszty finansowe. Dodatkowym obciążeniem finansowym od chwili podjęcia się opieki nad seniorem stały się dla badanych osób przede wszystkim: konieczność zakupu środków do higieny i pielęgnowania – 55,6%, potrzebę zakupu leków dla chorego – 42,4% oraz wydatki związane z zatrudnieniem dodatkowego opiekuna – 42,4%. Nieco rzadziej ankietowani ponoszą koszty w związku z: wyposażeniem mieszkania – 33,3%, rehabilitacją chorego – 24,2% oraz dojazdami na leczenie – 1,0%.

Niemal połowa respondentów - 49,5% może liczyć na pomoc krewnych w sprawowaniu opieki nad seniorem. Ponadto 24,2% badanych korzysta z pomocy sąsiadów, a 5,1% z pomocy kolegów. Jednak aż niemal co trzecia ankietowana osoba (32,3%), jest zdana tylko na siebie. Z pomocy innych osób ankietowani korzystają najczęściej w sytuacji, gdy mają do załatwienia ważne sprawy rodzinne lub urzędowe – 66,7% oraz gdy muszą udać się na wizytę do lekarza – 57,6%. Respondenci zwracają się o pomoc do innych osób, również w związku z koniecznością odpoczynku – 26,3% oraz potrzebą załatwienia spraw codziennych – 9,1%. Inne niż wymienione wcześniej przyczyny są powodem korzystania ze wsparcia innych osób przez 13,1% badanych. Wśród tych przyczyn znajdują się: pobyt w pracy, potrzeba podnoszenia i przenoszenia chorego oraz nieobecność w domu.

Wiedzę na temat sposobów i metod sprawowania opieki ankietowani czerpią z różnorodnych źródeł. Zazwyczaj od pielęgniarki sprawującej pieczę nad chorym w domu – 70,7%. Pozostałe wykorzystywane przez ankietowanych źródła informacji z tego zakresu to: blogi i portale internetowe – 44,4%, czasopisma, broszury oraz poradniki w formie drukowanej – 32,3%, a także szkolenia i warsztaty – 2,0%. Ponadto 9,1% badanych twierdzi, iż nie korzysta z żadnych źródeł informacji na temat opieki nad osobami starszymi.

Następnie respondenci odpowiadali na pytanie dotyczące tego, które z otrzymanych informacji okazały się dla nich najbardziej przydatne. Spośród otrzymanych od innych osób oraz odnalezionych

przez siebie informacji najbardziej przydane dla respondentów okazały się wiadomości o: oferowanej dodatkowej pomocy – 48,5%, sposobach radzenia sobie w sytuacjach trudnych – 46,5%, możliwościach pomocy materialnej – 37,4% oraz oferty sprzętu potrzebnego do sprawowania opieki – 36,4%.

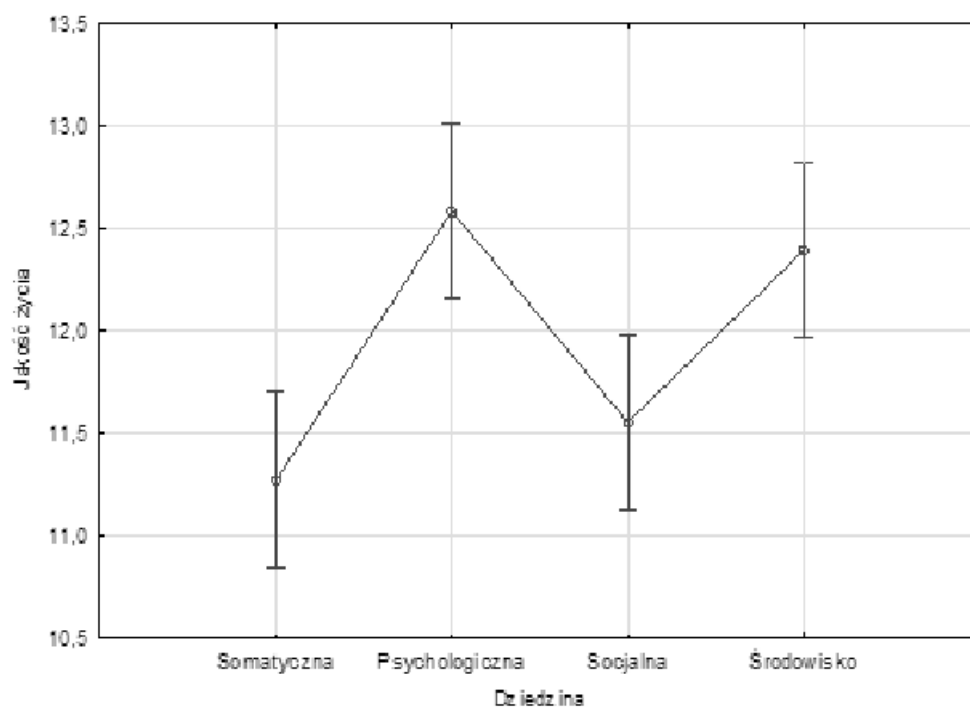
Respondenci byli zapytani również o samoocenę własnego zdrowia. Badania pokazują iż 40,4% badanych opiekunów, nie potrafi jednoznacznie ocenić stanu swojego zdrowia, zaś kolejne 38,4% określa go jako raczej dobry. Pozostali respondenci uważają natomiast, że stan ich zdrowia jest dobry – 9,1%, raczej zły – 8,1% lub zły – 4,0%. Opiekunowie wskazywali na występowanie u nich szeregu dolegliwości, które mogą być związane z opieką nad osobą starszą. Zdecydowana większość badanych osób (76,8%) skarży się na występowanie bólów kręgosłupa. Ponadto respondentów niepokoją pojawiające się u nich: bóle kostno-stawowe – 44,4%, bóle głowy – 36,4%, nerwice – 36,4%, szybsze męczenie się – 24,2%, bóle żołądka – 22,2% oraz podwyższone ciśnienie tętnicze krwi – 19,2%. Jedynie 3,0% ankietowanych twierdzi, iż nie odczuwa żadnych niepokojących dolegliwości. Na skutek pojawiających się dolegliwości u respondentów występuje przede wszystkim obniżenie nastroju – 67,7% oraz mniejsza wydolność fizyczna – 53,1%. Pozostałe skutki kłopotów ze zdrowiem badanych opiekunów to: konieczność zaangażowania dodatkowych osób do opieki – 25,0%, rozważania o umieszczeniu podopiecznego w zakładzie opiekuńczym stacjonarnym – 19,8% oraz częstsza absencja w pracy – 7,3%. W przypadku 16,7% ankietowanych pojawiające się dolegliwości nie spowodowały dotychczas żadnych zmian w ich funkcjonowaniu.

W związku ze sprawowaniem opieki nad osobą starszą badani opiekunowie musieli ograniczyć przede wszystkim wyjazdy na odpoczynek – 64,6%, spotkania z przyjaciółmi – 63,6% oraz realizację własnych zainteresowań – 59,6%. Ponadto ograniczenia dotyczyły także pracy zawodowej ankietowanych opiekunów – 18,2% oraz pracy w gospodarstwie rolniczym – 2,0%. Tylko 1,0% respondentów nie musiało w ogóle ograniczać żadnych form swojej aktywności. Opiekunowie zauważają, że na skutek sprawowanej przez siebie opieki utracili kontakty społeczne – 56,6%, umiejętność cieszenia się drobnymi rzeczami – 49,5% oraz stali się nadpobudliwi – 42,4%. Pozostałe skutki sprawowania opieki nad osobami starszymi przez respondentów to: osłabienie więzów rodzinnych – 24,2%, stan rezygnacji – 23,2%, brak zainteresowania sprawami innych – 22,2% oraz niezadowolenie ze swojej sytuacji – 21,2%.

W kolejnym etapie badań podjęto się podsumowania wyników ankiety standaryzowanej oceniającej jakość życia (WHOQOL-BREF). Pierwsze pytanie kwestionariusza dotyczy samooceny jakości życia. Większość respondentów (53,5%) jakość swojego życia określa jako ani dobrą, ani złą, 22,2% badanych twierdzi, że jakość ich życia jest zła i tyle samo, że jest ona dobra, natomiast pozostałe 2,0% ankietowanych ocenia ją jako bardzo złą. Żaden respondent nie wystawił zaś w tym kryterium oceny bardzo dobrej.

Następnie respondenci mieli za zadanie ocenić zadowolenie ze swojego zdrowia. Niemal połowa badanych - 46,5% nie jest ani zadowolona, ani niezadowolona ze swojego zdrowia. Kolejne 30,3% ankietowanych to osoby z niego niezadowolone. W badanej grupie 20,2% respondentów jest zadowolonych ze stanu swojego zdrowia, 2,0% – bardzo niezadowolonych, a pozostałe 1,0% – bardzo zadowolonych.

Kwestionariusz WHOQOL-BREF analizuje jakość życia w czterech dziedzinach – somatycznej, psychologicznej, socjalnej i środowiskowej. Uzyskane wyniki dotyczące jakości życia opiekunów w poszczególnych dziedzinach zostały przeskalowane do przedziału 4-20. Im opiekun osób starszych uzyska w tej skali wyższy wynik tym ocena jakości jego życia jest lepsza.



Rycina 1.

Ankietowane osoby najwyżej oceniły jakość swojego życia w dziedzinie psychologicznej – 12,6. Na kolejnych miejscach znalazły się: dziedzina środowisko – 12,4, dziedzina socjalna – 11,6 oraz dziedzina somatyczna – 11,3.

W celu zbadania czy pomiędzy wyznaczonymi poziomami jakości życia w poszczególnych dziedzinach występują istotne statystycznie różnice przeprowadzono analizę wariancji. Przeprowadzone badanie udowodniło występowanie statystycznie istotnych różnic w poziomie jakości życia pomiędzy poszczególnymi dziedzinami ($p=0,011$ analiza wariancji). W celu zidentyfikowania, dziedzin pomiędzy którymi takie różnice występują przeprowadzono test Tukeya.

Tabela 1. Ogólne badanie wewnętrznej struktury jakości życia – wyniki testu Tukeya (HSD) ($n=99$)
Table 1. General study of the internal structure of quality of life - Tukey's test (HSD) results ($n = 99$)

Dziedzina	Somatyczna (11,3)	Psychologiczna (12,6)	Socjalna (11,6)	Środowisko (12,4)
Somatyczna		0,000	0,796	0,002
Psychologiczna	0,000		0,005	0,925
Socjalna	0,796	0,005		0,033
Środowisko	0,002	0,925	0,033	

Statystycznie istotne różnice w poziomie jakości życia występują pomiędzy: dziedziną somatyczną a psychologiczną ($p<0,001$), dziedziną somatyczną a środowiskiem ($p=0,002$), dziedziną psychologiczną a socjalną ($p=0,005$) oraz dziedziną socjalną a środowiskiem ($p=0,033$). Średni poziom jakości życia w zakresie dziedziny psychologicznej (12,6) jest istotnie wyższy niż w zakresie dziedziny somatycznej (11,3) oraz socjalnej (11,6), zaś średni poziom jakości życia w zakresie środowiska (12,4) jest istotnie wyższy niż w zakresie dziedziny somatycznej (11,3) oraz socjalnej (11,6). Badanie nie wykazało natomiast

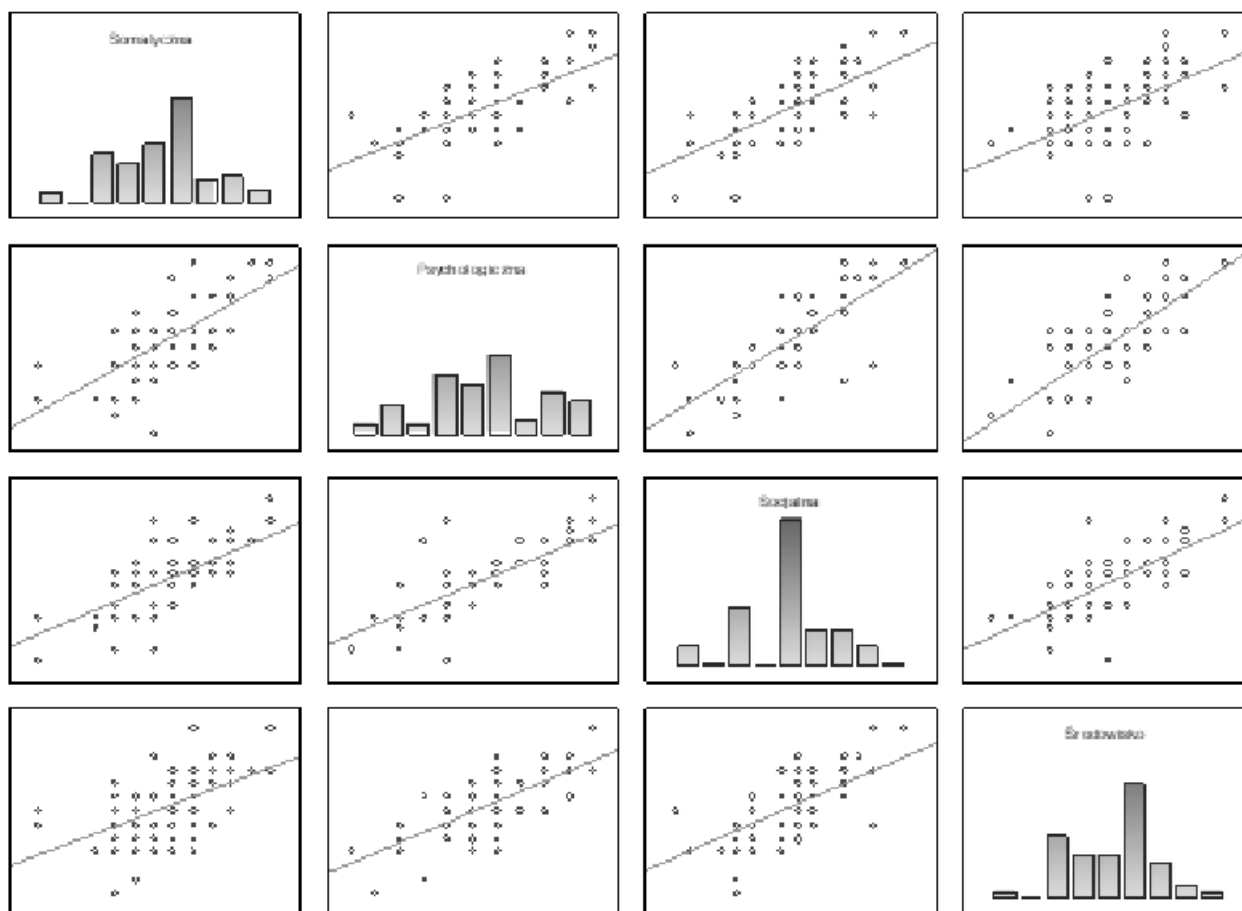
występowania statystycznie istotnych różnic w poziomie jakości życia pomiędzy dziedziną somatyczną a socjalną ($p=0,796$) oraz pomiędzy dziedziną psychologiczną a środowiskiem ($p=1,000$).

W kolejnym kroku zbadano występowanie korelacji pomiędzy jakością życia w poszczególnych dziedzinach.

Tabela 2. Korelacje jakości życia (n=99)
Table 2. Quality of life correlations (n = 99)

Dziedzina	Somatyczna (11,7)	Psychologiczna (12,5)	Socjalna (11,6)	Środowisko (12,4)
Somatyczna	1,000 p= -----	0,672 p=0,000	0,622 p=0,000	0,564 p=0,000
Psychologiczna	0,672 p=0,000	1,000 p= -----	0,714 p=0,000	0,751 p=0,000
Socjalna	0,622 p=0,000	0,714 p=0,000	1,000 p= -----	0,633 p=0,000
Środowisko	0,564 p=0,000	0,751 p=0,000	0,633 p=0,000	1,000 p= -----

Wysokiej jakości życia w jednej dziedzinie towarzyszy wysoka jakość życia w innych dziedzinach. Wszystkie dziedziny są ze sobą statystycznie istotnie skorelowane dodatnio. Graficzną ilustrację uzyskanych wyników prezentuje ryc. 2.



Rycina 2.

Dyskusja

Wśród szeroko dyskutowanych skutków starzenia się społeczeństwa jest wzrost liczby osób starszych korzystających ze świadczeń zdrowotnych, pielęgnacyjno - opiekuńczych i socjalnych. Profil chorobowości w zaawansowanym wieku wymusza długoterminowy charakter udzielanej pomocy. Naturalnym oparciem dla osób starszych staje się opiekun rodzinny, który przez wiele lat pełni kilka funkcji jednocześnie. Ponosi on bezpośredni ciężar opieki i stanowi nieformalny filar systemu opiekuńczego państwa, a mimo tego jego potrzeby, problemy wynikające ze zobowiązań opiekuńczych nie są powszechnie zauważane, doceniane a tym bardziej realizowane.

W latach 2003-2008 realizowany był międzynarodowy projekt EUROFAMCARE - Europejski program badania potrzeb i jakości życia rodzinnych opiekunów seniorów. Przeprowadzono go w 6 krajach (Grecja, Niemcy, Szwecja, Wielka Brytania, Włochy i Polska), celem było rozpoznanie sytuacji, potrzeb i zakresu wsparcia jakie otrzymują opiekunowie osób starszych. Badaniem objęto po 1000 opiekunów rodzinnych w każdym z krajów biorącym udział w projekcie. Zastosowanym narzędziem badawczym był opracowany we współpracy międzynarodowej kwestionariusz Common Assessment Tool oraz wywiady bezpośrednie. W Polsce projekt ten otrzymał zgodę Komisji Bioetycznej przy Akademii Medycznej w Białymstoku. W wyniku badań stwierdzono, że najczęstszymi opiekunami osób starszych są kobiety w wieku 50-69 lat, najczęstszymi podopiecznymi są zaś rodzice lub teściowie. 87% respondentów nie oddałaby swojego krewnego do instytucji opiekuńczej, a 11% brało taką opcję pod uwagę. Opiekunowie osób starszych poważnie niesprawnych, czyli takich którzy wg skali Barthel uzyskali poniżej 80 punktów, stanowią grupę wysokiego ryzyka utraty kontroli nad procesem opiekuńczym. Wynioskowano, że to właśnie niepełnosprawność determinuje poczucie obciążenia opiekuna [10].

Kolejny projekt pod nazwą „Opieka oraz inne uwarunkowania aktywności zawodowej osób w wieku około emerytalnym” pod kierownictwem I. Kotowskiej i I. Wóycickiej był realizowany w 2008 roku. Objął on próbę 4512 kobiet w wieku 50-65 lat i 2516 mężczyzn w wieku 55-70 lat. Celem głównym tych badań było wyznaczenie barier w uczestniczeniu w rynku pracy zawodowej osób w tym wieku. Za taką barierę została uznana konieczność sprawowania opieki. Badania wykazały, że zaangażowanie tych osób w opiekę nad bliskimi jest znaczące. Sprawuje ją 31% kobiet i 20% mężczyzn, opieka ta raczej ma charakter ciągły. Co do kwestii łączenia pracy zawodowej z opieką, respondenci byli zgodni, że stanowi ona dla nich dodatkowe obciążenie. Częściej dotyczy to kobiet. 8% kobiet i 4% mężczyzn uznało to za bardzo trudne, odpowiednio 29% i 19% za raczej trudne, za raczej łatwe i łatwe uważa 30% kobiet i 38% mężczyzn. Respondenci nie wykazywali większego zainteresowania różnymi modelami ułatwiającymi łączenie pracy zawodowej z opieką, takimi jak: skrócenie czasu pracy, elastyczne godziny pracy [11].

Porównując badania własne do wyżej przedstawionych, stwierdzono zgodność co do tego, że większość opiekunów to kobiety - 80,8%, a podopieczni to rodzice - 50,5% i teściowie - 17,2%. Ponad 43% respondentów sprawuje opiekę co najmniej 10 godzin dziennie. Również ponad połowa (56,6%) pracuje zawodowo i sprawuje opiekę nad osobą starszą, co u 18,2% badanych wpływa na aktywność zawodową. Opiekowanie się osobami starszymi ma wpływ także na inne aspekty życia. Respondenci wskazywali na ograniczenia różnych form aktywności i tak 64,6% wskazało na ograniczenie wyjazdów na wypoczynek, 63,6% na spotkania rodzinne a 59,6% ma ograniczone możliwości realizacji własnych zainteresowań. Przeprowadzone badania potwierdziły pojawienie się innych dolegliwości. Najczęściej bo 76,8% skarży się na bóle kręgosłupa, 44,4% na bóle kostno- stawowe. Na stany nerwicowe i bóle głowy wskazuje po 36,4%. Wśród wymienionych dolegliwości pojawiły się: łatwe męczenie się, bóle żołądka i podwyższone ciśnienie krwi. W toku badań, stwierdzono iż 40,4% opiekunów nie potrafi jednoznacznie ocenić swojego stanu zdrowia, 12,1% ocenia, że jest zły, ale 38,4% określa jako raczej dobry. Natomiast samoocena

jakości życia wg wyników ankiety WHOQOL- BREF wykazała, że większość (53,5%) opiekunów określa ją jako ani dobrą, ani złą, aż 22,2% jako złą i 2% jako bardzo złą, ale też 22,2% oceniło jako dobrą. Przeprowadzone badanie nie potwierdziło istotnego wpływu stopnia samodzielności podopiecznych na stan zdrowia ich opiekunów, ale im dłuższy jest czas sprawowania opieki, tym badani gorzej oceniają swój stan zdrowia ($p=0,021$). Spośród 99 ankietowanych na pytanie, czy byli przygotowani do opieki odpowiedziało nie- 9,1%, raczej nie- 25,3%, trudno powiedzieć - 26,3%. Odczuwali brak oprócz siły fizycznej (67,7%), wiedzy-39,4%, umiejętności praktycznych-36,4% również brak pomocy innych osób- 53,5%. Mogą oni liczyć w sprawowaniu opieki na rodzinę- 49,5% oraz sąsiadów- 24,2%. 32,3% nie może liczyć na pomoc innych osób. Z pomocy innych, badani korzystają w sytuacji, gdy mają do załatwienia ważne sprawy urzędowe, rodzinne (66,7%), gdy muszą udać się do lekarza (57,6%). Najczęstszym źródłem informacji o opiece dla badanych jest pielęgniarka, dla 70,7%, na kolejnym miejscu Internet 44,4% i czasopisma, poradniki 32,3%. Najbardziej przydatne informacje, jak deklarują badani, to informacje w 48,5% o dodatkowej pomocy, o sposobach radzenia sobie w trudnych sytuacjach- 46,5%. Na wiadomości o możliwościach uzyskania pomocy materialnej wskazało 37,4% respondentów, a na otrzymywanie ofert sprzętu potrzebnego do opieki, rehabilitacji 36,4%. Wszyscy ankietowani potwierdzili, że ponoszą dodatkowe koszty. Ponad połowa na zakup środków do pielęgnacji- 55,6%, ale także na zatrudnienie dodatkowego opiekuna i leki- po 42,4%, wyposażenie mieszkania-33,3% i rehabilitację - 24,2%.

Wnioski

1. Sprawowanie opieki nad osobą starszą powoduje w samoocenie opiekunów, pogorszenie ich jakości życia w obszarach: osobistym, społecznym i zawodowym a im dłuższy czas sprawowania opieki, tym częściej opiekunowie gorzej oceniają swój stan zdrowia.
2. Najczęstszym powodem podjęcia się opieki nad osobą niesamodzielną jest wspólne zamieszkiwanie lub poczucie obowiązku, ale też brak innych osób mogących sprawować opiekę a opiekunami najczęściej są kobiety.
3. Przygotowanie opiekunów do sprawowania opieki nad niepełnosprawnym seniorem jest niewystarczające.
4. Opiekunowie w większości mogą liczyć na pomoc innych osób, najczęściej kogoś z rodziny lub sąsiadów, wszyscy opiekunowie ponoszą dodatkowe koszty sprawując opiekę nad seniorem.

Bibliografia

1. GUS: Prognoza ludności na lata 2008-2035 <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosc/prognoza-ludnosc-na-lata-2008-2035-publicacja,1,4.html> data wejścia 3.09.2018
2. Cybulski M, Krajewska-Kułak E. (red.): Opieka nad osobami starszymi. Wydawnictwo PZWL Warszawa 2016
3. Hager K, Krause O. (red.): Geriatria, Wydawnictwo Edra Urban & Partne Wrocław 2018
4. Nowa Encyklopedia Powszechna, PWN Warszawa 2020
5. Wieczorkowska -Tobis K, Talarska D. (red.): Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne, Wydawnictwo PZWL Warszawa 2017
6. Zrałek M. (red.): Przestrzenie starości. Oficyna Wydawnicza Humanitas Sosnowiec 2012
7. Kędziora – Kornatowska K, Muszalik M, Skolmowska E. (red.): Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej, Wydawnictwo PZWL Warszawa 2015

8. Muszalik M, Kędziora – Kornatowska K. (red): Pielęgnowanie pacjentów w wieku starszym
Wyd. PZWL Warszawa 2018
9. Zielińska E, Guzak B, Syroka - Marczevska K. (red.): Opieka długoterminowa Uwarunkowania
medyczne i prawne, Wydawnictwo PZWL Warszawa 2018
10. EUROFAMCARE Europejski program badania potrzeb i jakości życia rodzinnych opiekunów
seniorów. 2003-2008. Dostępny w Internecie <https://cordis.europa.eu/article/id/83758-how-policies-affect-family-care-of-the-elderly/it> data wejścia 05.08.2018
11. Kotowska E, Wóycicka I. Opieka oraz inne uwarunkowania aktywności zawodowej osób
w wieku okołoemerytalnym. Raport z badania. Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową
na zlecenie Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, współfinansowany przez Europejski
Fundusz Społeczny. Dostępny w Internecie [https://archiwum.mriips.gov.pl/gfx/mpips/userfiles/
File/Analizy/ibngr_140508.pdf](https://archiwum.mriips.gov.pl/gfx/mpips/userfiles/File/Analizy/ibngr_140508.pdf) data wejścia 05.09.2018