

Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej
Kwartalnik międzynarodowy

LONG-TERM CARE NURSING
INTERNATIONAL QUARTERLY

ISSN 2450-8624

tom 7, rok 2022, numer 4, s. 25-36

DOI: 10.19251/pwod/2022.4(3)

e-ISSN 2544-2538

vol. 7, year 2022, issue 4, p. 25-36

Mariola Rybka^{1,A,D,F}, Dorota Kochman^{2,C,F}, Agata Szalkowska^{3,B,D}

**OCENA JAKOŚCI ŻYCIA PACJENTÓW OBJĘTYCH
OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ STACJONARNĄ
W ASPEKCIE PSYCHOFIZYCZNYM**

**Assessment of the psychophysical aspect of the quality of life of patients under
long-term inpatient care**

¹Szpital Lipno Sp. z o.o., Zakład Opiekuńczo-Leczniczy, Państwowa Uczelnia Zawodowa we Włocławku, Polska

²INOZ Włocławek, Państwowa Uczelnia Zawodowa we Włocławku, Polska

³Suradówek, Zakład Opiekuńczo-Leczniczy, 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

Abstract (in Polish):

Cel pracy

Celem badań była ocena jakości życia pacjentów objętych opieką długoterminową stacjonarną w aspekcie psychofizycznym. Opieka długoterminowa to zakres świadczeń realizowany wobec osób przewlekle chorych i niesamodzielnych ze znacznym deficytem sprawności w zakresie podstawowych czynności dnia codziennego. Subiektywna ocena jakości życia tej grupy ma wpływ na podejmowanie dalszych aktywności służących poprawie organizacji opieki stacjonarnej. Niesamodzielność ma ściśle powiązanie z deficytem sprawności oraz obniżeniem wydolności psychofizycznej, a co za tym idzie osoba taka wymaga stałej lub długotrwałej pomocy ze strony osób trzecich. Przed opieką społeczną jak i zdrowotną pojawia się ogromne wyzwanie, jak zapewnić tak znacznej grupie odpowiedni dostęp do

świadczeń opieki długoterminowe. Powstałe deficyty sprawności psychofizycznej pogarszają sprawność w okresie przejściowym lub trwałym, ograniczają samodzielność, utrudniają pełnienie podstawowych ról społecznych.

Materiał i metody

Badaniem objęto grupę 80 pacjentów przebywających w placówkach opieki długoterminowej stacjonarnej – Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Wiek badanych mieścił się w zakresie od ≥ 60 do >100 lat. Narzędziem badawczym był kwestionariusz skróconej wersji ankiety oceniającej jakość życia The World Health Organization Quality Of The Life (WHOQOL) -BREF” poszerzony o autorską metryczkę.

Wyniki

Respondenci dokonując subiektywnej oceny jakości życia wskazali jako stan zadawalający i wyniósł 3,33, średnia satysfakcji dotycząca zdrowia 2,83. . Grupę badawczą stanowiły w 60 % kobiety

Wnioski

Uzyskane wyniki stanu zdrowia były wprost proporcjonalne do subiektywnej oceny jakości życia

Abstract (in English):

Aim

The aim of the study was to assess the psychophysical aspect of the quality of life of patients under long-term inpatient care. Long-term care is a range of services provided to chronically ill and dependent people with a significant deficit in the basic activities of everyday life. The subjective assessment of the quality of life of this group influences the undertaking of further activities aimed at improving the organization of inpatient care. The resulting deficits in psychophysical fitness worsen the efficiency, independence, and hinder the performance of social and family roles.

Material and methods

The study included a group of 80 patients staying in inpatient long-term care facilities - the Nursing and Treatment Institution. The age of the respondents ranged from ≥ 60 to > 100 years. The research tool was the questionnaire of the abbreviated version of the questionnaire assessing the quality of life The World Health Organization Quality Of The Life (WHOQOL) -BREF “extended with the proprietary certificate.

Results

The respondents, making a subjective assessment of the quality of life, indicated the condition as satisfactory and amounted to 3.33, the average satisfaction regarding health was 2.83. . The research group was 60 % women.

Conclusions

The health results obtained were directly proportional to the subjective assessment of the quality of life.

Keywords (in Polish): opieka długoterminowa, jakość życia, opieka.

Keywords (in English): long-term care, quality of life, care.

Received: 2022-12-30

Revised:

Accepted: 2023-01-18

Final review: 2023-01-17

Short title

Ocena p jakości życia pacjentów objętych długoterminową

Corresponding author

Mariola Rybka

Szpital Lipno Sp. z o.o.

Zakład Opiekuńczo-Lecznicy, Państwowa Uczelnia Zawodowa we Włocławku, Polska; email: mariola.rybka@puz.wloclawek.pl

Authors (short)

M. Rybka, D. Kochman, A. Szalkowska

Wstęp

Wzrost liczby osób w podeszłym wieku wiąże się z dwoma czynnikami: zmniejszenie liczby urodzeń oraz wydłużenie średniej długości życia. Przybywa osób w wieku podeszłym jest to sukcesem współczesnej medycyny oraz stylu życia, który w znaczący sposób przyczynił się do wydłużenia długości lat życia, ale wiąże się to nieuchronnie z rozwojem chorób przewlekłych. Przed opieką społeczną jak i zdrowotną pojawia się ogromne wyzwanie, jak zapewnić tak znacznej grupie odpowiedni dostęp do świadczeń opieki długoterminowej. Niesamodzielność ma ścisłe powiązanie z deficytem sprawności oraz obniżeniem wydolności psychofizycznej, a co za tym idzie osoba taka wymaga stałej lub długotrwałej pomocy ze strony osób trzecich. Do grupy osób sprawujących opiekę nad osobami przewlekle chorymi, niesamodzielnymi zaliczamy opiekunów formalnych, nie formalnych oraz członków zespołu profesjonalistów sprawujących specjalistyczną opiekę i pielęgnację. Zakres wsparcia osoby niesamodzielnej obejmuje pomoc z obszaru podstawowych czynności dnia codziennego: spożywanie posiłków, zapewnienie aspektu higienicznego, pomoc w przemieszczaniu się i poruszaniu się, a także wyrównywanie deficytu sprawności organizmu. Niesamodzielność to niezdolność do samodzielnej egzystencji, która jest wynikiem zaburzonych funkcji organizmu w wyniku obrażeń lub polipatologii. Powstałe deficyty sprawności psychofizycznej pogarszają sprawność w okresie przejściowym lub trwałym, ograniczają samodzielność, utrudniają pełnienie ról społecznych, rodzinnych. Czas i zakres wsparcia z obszaru świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych jest zależny od poziomu deficytu w obszarze funkcji poznawczych, fizycznych oraz psychicznych, które przekładają się na zakres niesamodzielności w wykonywaniu podstawowych i złożonych czynności dnia codziennego. [1, 2]. Wiek XXI w. to zdecydowanie wiek społeczeństwa starzejącego się. Statystycznie kobiety żyją około 80 lat, a mężczyźni 72 lata. Zapowiedź na najbliższe 15 lat wskazuje na wydłużenie lat życia o kolejne 4-6 lat. Tendencja przyrostu lat życia stawia szereg wyzwań związanych z zapewnieniem opieki, poczucia bezpieczeństwa oraz wsparcia pielęgnacyjnego seniorom. [3]

Jakość życia to termin wieloznaczny odnoszący się do subiektywnej oceny poczucia zadowolenia, które uwarunkowane jest wyznawanymi wartościami, analizą indywidualnego położenia życiowego w danym czasie .[4]

Cel pracy

Celem przeprowadzonych badań była ocena jakości życia pacjentów objętych opieką długoterminową stacjonarną.

Materiał i metody

W pracy zastosowana została metoda sondażu diagnostycznego, która pozwoliła na przeprowadzenie badań mających na celu zgromadzenie informacji o opiniach i poglądach zbiorowości pacjentów objętych opieką długoterminową stacjonarną. W badaniach wykorzystano technikę ankietowania. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnej oraz wystandaryzowany kwestionariusz skróconej wersji ankiety oceniającej jakość życia The World Health Organization Quality Of The Life (WHOQOL) -BREF.

Badania przeprowadzono w okresie od 1.10.2020 roku do 30.12.2020 roku w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym w Suradówku oraz w ZOL, który znajduje się w strukturach Szpitala w Lipnie. Uczestnicy zostali powiadomieni o temacie, celu, przebiegu oraz dobrowolnym udziale w badaniu. Respondentom zapewniono anonimowość.

W celu opracowania tematu badań przygotowano 90 kwestionariuszy zawierających pytania własne oraz pytania znajdujące się w skróconej wersji ankiety oceniającej jakość życia The World Health Organization Quality Of The Life (WHOQOL) -BREF”. Na każdą placówkę przygotowano po 45 arkuszy.

W badaniu wzięło udział 80 osób, z czego 48 osób to kobiety co daje 60% całej grupy badanej, mężczyźni stanowili 40% ogółu badanych czyli 32 osoby. W badaniu wyodrębniono 8 grup wiekowych: najliczniejszą grupę badanych stanowią pacjenci w wieku pomiędzy 65-70 rokiem życia oraz 76-80 rokiem życia. Najmniej liczną grupą byli pacjenci w grupie 100 lat i więcej. 65% badanych wskazało, że pochodzą z terenów miejskich, natomiast 35% badanych pacjentów zamieszkuje tereny wiejskie. Największą grupę badanych stanowiły osoby żyjące samotnie będące wdowami/cami i stanowili 52,5% całej grupy badanej. Najmniejszą grupą respondentów stanowiły osoby wolne z wyboru 8,7%. 35% badanych posiadała wykształcenie średnie, 7,5% wykształcenie wyższe, pozostałe osoby deklarowały wykształcenie zawodowe. Wszystkie osoby biorące udział w badaniu były ubezpieczone i posiadały dochody z tytułu świadczeń emerytalno-rentowych. Wszyscy respondenci oświadczyli, że powodem przebywania w stacjonarnym zakładzie opiekuńczo-leczniczym jest ich stan zdrowia wymagający całodobowej opieki i pielęgnacji.

Zebrany materiał na bieżąco wprowadzano do specjalnie opracowanej na potrzebę badań bazy danych programu Excel. Wszystkie obliczenia wykonano za pomocą pakietu statystycznego SPSS Statistics 21,0. Badania miały charakter anonimowy i dobrowolny, poddano je analizie opisowej, graficznej oraz statystycznej. Do zbadania zależności statystycznej pomiędzy analizowanymi cechami użyto testu chi kwadrat. Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej testem χ^2 dla prób niezależnych. Przyjęto 5% ryzyka błędu wnioskowania. Wartość prawdopodobieństwa $p < 0,05$ uznano za statystycznie istotną.

Wyniki

Wykorzystany do badań kwestionariusz WHOQOL BREF, w polskiej adaptacji Wołowickiej i Jaracz, jest narzędziem badawczym przeznaczonym do oceny jakości życia osób zarówno zdrowych jak i chorych. W wyniku badania otrzymujemy informację o profilu jakości życia grupy badanej w zakresie czterech dziedzin: funkcjonowania fizycznego, psychicznego, społecznego i funkcjonowania w środowisku. Wynik liczbowy z poszczególnych dziedzin jakości życia odpowiada indywidualnej percepcji jako-

ści życia w poszczególnych dziedzinach. Ponadto WHOQOL-BREF zawiera także pozycje analizowane odrębnie: indywidualnej percepcji jakości życia oraz własnego zdrowia.

Zarówno wynik liczbowy ogólnej jakości życia i samooceny stanu zdrowia jak i wyniki poszczególnych dziedzin mają kierunek pozytywny. Oznacza to, że im większa liczba punktów tym lepsza jakość życia.

Numer Pozycji		M	SD	r (it)	Ładunek czynnikowy
1	Indywidualna ogólna percepcja jakości życia	3,34	0,86	0,50	0,56
2	Indywidualna ogólna percepcja własnego zdrowia.	2,84	1,02	0,73	0,20
Numer Pozycji	SOMATYCZNA	M	SD	r (it)	Ładunek czynnikowy
3	W jakim stopniu czujesz, że ból fizyczny ogranicza Ciebie w robieniu tego, na co masz ochotę?	3,11	0,93	0,02	0,56
4	W jakim stopniu prowadzenie normalnego, codziennego życia zależy od jakiegokolwiek leczenia?	2,81	0,87	0,37	0,68
10	Czy masz wystarczająco sił - „energii” do prowadzenia normalnego życia?	2,93	0,87	0,31	0,36
15	W jakim stopniu możesz się poruszać?	3,41	0,87	0,06	0,50
16	Jak zadowolony jesteś ze swojego snu?	3,03	1,08	0,40	0,02
17	Jak zadowolony jesteś ze swoich możliwości prowadzenia normalnego codziennego życia?	2,86	0,99	0,39	0,32
18	Jak zadowolony jesteś ze swoich zdolności do pracy(zarobkowej lub niezarobkowej, prowadzenia domu)?	2,51	0,93	0,02	0,42
alfa Cronbacha		0,77			
% wyjaśnionej wariancji		15,44			
Numer Pozycji	PSYCHOLOGICZNA	M	SD	r (it)	Ładunek czynnikowy
5	Jak bardzo cieszysz się życiem?	2,98	0,73	0,85	0,09
6	W jakim stopniu odczuwasz że Twoje życie ma sens, znaczenie?	3,19	0,78	0,96	0,97
7	Jak łatwo możesz się skupić?	3,06	0,83	0,30	0,58
11	Na ile jesteś zdolny zaakceptować swój wygląd?	3,13	0,79	0,69	0,66
19	Jak zadowolony jesteś z samego siebie?	3,23	0,99	0,03	0,79
26	Jak często przeżywasz nieprzyjemne nastroje takie jak: smutek, chandra, lęk, przygnębienie?	3,49	0,86	0,83	0,94
alfa Cronbacha		0,88			
% wyjaśnionej wariancji		9,88			
Numer Pozycji	SOCJALNA	M	SD	r (it)	Ładunek czynnikowy
20	Jak zadowolony jesteś ze swoich związków osobistych?	3,36	0,89	0,07	0,34
21	Jak zadowolony jesteś ze swojego życia seksualnego?	2,33	1,04	0,52	0,45
22	Jak zadowolony jesteś ze wsparcia, które otrzymujesz od swoich przyjaciół?	3,10	1,04	0,11	0,56
alfa Cronbacha		0,82			
% wyjaśnionej wariancji		5,11			

Numer Pozycji	ŚRODOWISKOWA	M	SD	r (it)	Ładunek czynnikowy
8	Czy czujesz się bezpieczny w codziennym życiu?	3,24	0,96	0,13	0,16
9	Na ile zdrowa wydaje Ci się okolica w której żyjesz?	3,46	0,93	0,93	0,86
12	Czy masz wystarczająco dużo pieniędzy by zaspokoić swoje potrzeby?	3,14	0,81	0,75	0,24
13	Na ile dostępne są dla Ciebie informacje potrzebne do codziennego życia?	3,18	0,81	0,14	0,71
14	W jaki stopniu masz możliwość takiego spędzania wolnego czasu jakbyś chciał?	2,43	0,78	0,38	0,86
23	Jak zadowolony jesteś z warunków, w których mieszkasz?	3,61	0,86	0,16	0,96
24	Jak zadowolony jesteś z dostępności do opieki medycznej?	3,63	0,86	0,33	0,49
25	Jak zadowolony jesteś ze swej możliwości przemieszczania się?	3,19	0,97	0,76	0,69
alfa Cronbacha		0,97			
% wyjaśnionej wariancji		6,77			

Tab. I. Oceny jakości życia i zadowolenia ze zdrowia według skróconego arkusza WHOQOL-Bref.

	N	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe	Wariancja
1. Jak zadowolony jesteś z jakości Twojego życia?	80	2,00	5,00	3,3375	0,85601	0,733
2. Jak zadowolony jesteś ze swojego zdrowia?	80	1,00	5,00	2,8375	1,02431	1,049
somatyczna	80	14,00	29,00	20,8125	2,91697	8,509
psychologiczna	80	13,00	24,00	18,0875	2,54675	6,486
socjalna	80	4,00	14,00	8,7875	2,11501	4,473
środowisko	80	16,00	38,00	25,8625	4,60254	21,183

N - liczba przypadków ważnych; M ± SD - średnia arytmetyczna ± odchylenie standardowe

Im wyższy wynik średniej w poszczególnych cechach tym wyższy poziom zadowolenia.

Tab. II. Płeć ankietowanych, a zadowolenie z jakości życia według skróconego arkusza WHOQOL-Bref.

		1. Jak zadowolony jesteś z jakości Twojego życia?				Ogółem	χ^2	p	
		Zła	Ani dobra, ani zła	Dobra	Bardzo dobra				
Płeć:	Kobieta	n	9	13	25	1	48	1,78	0,619
		%	18,8%	27,1%	52,1%	2,1%	100,0%		
Mężczyzna	n	8	9	13	2	32			
	%	25,0%	28,1%	40,6%	6,3%	100,0%			
Ogółem		n	17	22	38	3	80		
		%	21,3%	27,5%	47,5%	3,8%	100,0%		

n- liczba obserwacji; p- poziom istotności statystycznej; χ^2 - wynik testu chi kwadrat Pearsona

Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy płcią ankietowanych, a ich zadowoleniem z jakości swojego życia.

Tab. III. Wykształcenie badanych, a zadowolenie z jakości życia.

		1. Jak zadowolony jesteś z jakości Twojego życia?				Ogółem	χ^2	p	
		Zła	Ani dobra, ani zła	Dobra	Bardzo dobra				
Wykształcenie	podstawowe	n	3	4	14	1	22	24,06	0,004
		%	13,6%	18,2%	63,6%	4,5%	100,0%		
	zawodowe	n	8	5	11	0	24		
		%	33,3%	20,8%	45,8%	0,0%	100,0%		
	średnie	n	5	12	11	0	28		
		%	17,9%	42,9%	39,3%	0,0%	100,0%		
	wyższe	n	1	1	2	2	6		
		%	16,7%	16,7%	33,3%	33,3%	100,0%		
	Ogółem	n	17	22	38	3	80		
		%	21,3%	27,5%	47,5%	3,8%	100,0%		

n- liczba obserwacji ; p- poziom istotności statystycznej; χ^2 - wynik testu chi kwadrat Pearsona

Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy wykształceniem ankietowanych a ich zadowoleniem z jakości swojego życia. Ponad 42% badanych z wykształceniem średnim jakość swojego życia ocenia jako ani dobra ani zła. Natomiast ponad 63% badanych z wykształceniem podstawowym dobrze ocenia jakość swojego życia.

Tab. IV. Wykształcenie, a zadowolenie ze zdrowia.

		2. Jak zadowolony jesteś ze swojego zdrowia?					Ogółem	χ^2	p	
		Bardzo nie zadowolony	Niezadowolony	Ani zadowolony, ani niezadowolony	Zadowolony	Bardzo zadowolony				
Wykształcenie	podstawowe	n	0	10	6	6	0	22	29,95	0,003
		%	0,0%	45,5%	27,3%	27,3%	0,0%	100,0%		
	zawodowe	n	2	10	5	6	1	24		
		%	8,3%	41,7%	20,8%	25,0%	4,2%	100,0%		
	średnie	n	0	17	5	5	1	28		
		%	0,0%	60,7%	17,9%	17,9%	3,6%	100,0%		
	wyższe	n	0	1	0	2	3	6		
		%	0,0%	16,7%	0,0%	33,3%	50,0%	100,0%		
	Ogółem	n	2	38	16	19	5	80		
		%	2,5%	47,5%	20,0%	23,8%	6,3%	100,0%		

n- liczba obserwacji ; p- poziom istotności statystycznej; χ^2 - wynik testu chi kwadrat Pearsona

Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy wykształceniem ankietowanych a ich zadowoleniem z ze swojego zdrowia. Ponad 60% badanych z wykształceniem średnim jest niezadowo-

lona z jakości swojego zdrowia. Natomiast ponad 27% badanych z wykształceniem podstawowym przyznaje iż jest zadowolona z jakości swojego życia.

Tab. V. Jakość życia, a zadowolenie ze zdrowia.

		2. Jak zadowolony jesteś ze swojego zdrowia?						Ogółem	χ^2	P
		Bardzo niezadowolony	Niezadowolony	Ani zadowolony, ani niezadowolony	Zadowolony	Bardzo zadowolony				
1. Jak zadowolony jesteś z jakości Twojego życia?	Zła	n	1	13	3	0	0	17	36,76	0,001
		%	5,9%	76,5%	17,6%	0,0%	0,0%	100,0%		
	Ani dobra, ani zła	n	0	11	6	3	2	22		
		%	0,0%	50,0%	27,3%	13,6%	9,1%	100,0%		
	Dobra	n	1	14	7	15	1	38		
		%	2,6%	36,8%	18,4%	39,5%	2,6%	100,0%		
	Bardzo dobra	n	0	0	0	1	2	3		
		%	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%	66,7%	100,0%		
	Ogółem	n	2	38	16	19	5	80		
		%	2,5%	47,5%	20,0%	23,8%	6,3%	100,0%		

n- liczba obserwacji ; p- poziom istotności statystycznej; χ^2 - wynik testu chi kwadrat Pearsona

Analiza statystyczna wykazała istotny związek pomiędzy zadowoleniem z jakości swojego życia ankietowanych, a zadowoleniem ze swojego zdrowia, im wyższy poziom jakości życia tym bardziej satysfakcjonujący stan zdrowia.

Tab. VI. Płeć, a zadowolenie z jakości życia oraz zdrowia.

Płeć:		1. Jak zadowolony jesteś z jakości Twojego życia?	2. Jak zadowolony jesteś ze swojego zdrowia?	somatyczna	psychologiczna	socjalna	środowiskowa
Kobieta	Średnia	3,3750	2,7083	20,7500	18,1250	9,1875	26,2917
	N	48	48	48	48	48	48
	SD	0,81541	0,96664	2,62151	2,37563	2,14035	4,42891
Mężczyzna	Średnia	3,2813	3,0313	20,9063	18,0313	8,1875	25,2188
	N	32	32	32	32	32	32
	SD	0,92403	1,09203	3,35395	2,82254	1,95823	4,85090
Ogółem	Średnia	3,3375	2,8375	20,8125	18,0875	8,7875	25,8625
	N	80	80	80	80	80	80
	SD	0,85601	1,02431	2,91697	2,54675	2,11501	4,60254
F		0,228	1,931	0,054	0,026	4,481	1,044
p		0,634	0,169	0,816	0,873	0,037	0,310

N - liczba przypadków ważnych; $M \pm SD$ - średnia arytmetyczna \pm odchylenie standardowe; F - wynik testu ANOVA; p - wyliczone prawdopodobieństwo testowe.

Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy płcią ankietowanych, a poziomem zadowolenia z życia zdecydowanie w dziedzinie socjalnej.

Dyskusja

Systematycznie wzrasta zapotrzebowanie na świadczenia medyczne, pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz socjalne, które są wynikiem starzenia się społeczeństwa. Stan funkcjonalny u osób starszych jest wprost proporcjonalny do stanu zdrowia. Pojawienie się wielu problemów geriatrycznych takich jak zaburzenia świadomości, niedosłuch, zaburzenia poznawcze, upadki, niedowidzenie, zaburzenia czynności zwieraczy, niesprawność ruchowa, zaburzenia nastroju niedożywienie świadczy o zapotrzebowaniu na opiekę długoterminową. [5] W zakładach opieki długoterminowej osoby starsze z deficytem samoopieki są objęci wielowymiarowym, zintegrowanym oraz różnokierunkowym procesem opiekuńczym oraz pielęgnacyjnym, który ma na celu rozpoznanie problemów oraz wzmocnienie rezerw w zakresie sprawności.[6] Niesamodzielność prowadzi do zwiększenia zapotrzebowania na świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, a także medyczne zarówno w miejscu zamieszkania jak i instytucjonalnie.[7]

Badania dotyczące jakości życia pacjentów objętych opieką długoterminową stacjonarną przeprowadzono wśród respondentów przebywających w dwóch ośrodkach opieki długoterminowej. Grupa respondentów biorących udział w badaniu obejmowała 80 osób. Z czego grupa badawcza była sfeminizowana bo stanowiła 60 % badanych. Porównywalny układ respondentów prezentują wyniki badań przeprowadzone przez Fideckiego W. gdzie w badaniu udział wzięło łącznie 60% kobiet oraz 40% mężczyzn. Przeprowadzone badania Fideckiego W. udowodniły, że popyt na pielęgniarską opiekę wiąże się z płcią oraz wiekiem pacjentów. Występuje znaczne zwiększenie zapotrzebowania na opiekę u kobiet w porównaniu do mężczyzn aż o 21,40%. [7] Wyniki badań własnych wykazują porównywalną zależność zapotrzebowania na świadczenia opiekuńczo-pielęgnacyjne pod względem płci. Co do wieku badanych obejmował on przedział od 65 do 100 lat i więcej. Największą grupę respondentów stanowiły osoby w wieku 65-70 lat oraz 76-80 lat po 18,8% badanej grupy. Najmniejszą grupę pacjentów stanowiły osoby w wieku 100 lat i więcej, wynosiło to 1,3% całej grupy. Porównywane badania do badań własnych przeprowadziła grupa badawcza A. Toczyńska, E. Krajewską-Kułak, C. Łukaszuk. Autorzy wskazali że, znaczącą grupę badawczą stanowiły osoby po 70 roku życia czyli 22,4% badanej grupy. Analiza stanu cywilnego respondentów wykazała, że osoby samotne stanowią 55% całej badanej grupy. Osoby wolne z wyboru to 7,84%, pozostali pensjonariusze pozostawali w związkach małżeńskich 37,16%. Porównywalne wyniki uzyskano w badaniach własnych gdzie 52,5% uczestników badania to wdowy oraz wdowcy, a 25% respondentów pozostające w związku, 13,8% to grupa respondentów samotnych, najmniejszą grupę stanowiły osoby wolne z wyboru 8,7%. Uzyskane wyniki własne wskazują, że pacjenci przebywający w opiece długoterminowej stacjonarnej zamieszkują tereny miasta 65%, natomiast 35% pacjentów zamieszkują tereny wiejskie. Odwrotne proporcje uzyskała grupa badaczy A. Toczyńskiej, E. Krajewskiej-Kułak oraz C. Łukaszuk gdzie 67,86% badanej grupy stanowią pacjenci, którzy pochodzą ze środowiska wiejskiego, a 32,14% to pacjenci z miasta. Dane dotyczące wykształcenia chorych przebywających w ZOL wykazały, że największa część pacjentów posiada wykształcenie średnie co stanowią 35% wszystkich chorych. Kolejna grupa pacjentów posiada wykształcenie zawodowe czyli 30%, następnie 27,5% stanowią osoby z wykształceniem podstawowym. Najmniejsza grupa chorych posiada wykształcenie wyższe i stanowi 7,5%. [8] Wszyscy badani byli ubezpieczeni oraz 77,6% badanych to emeryci natomiast renciści stanowią 22,4%. [8]

Pobyt w ZOL jest stresującą zmianą życiową dla pacjentów, 75% chorych akceptowało konieczność pobytu w placówce natomiast ¼ respondentów co stanowiło 25% badanych wykazało negatywne

odczucia, brak akceptacji pobytu w zakładach stacjonarnych. Pacjentom przebywającym w zakładach stacjonarnych towarzyszą różne uczucia zarówno te pozytywne jak i negatywne uczucia. Wyniki badań własnych wskazują, że 35.0% odczuwa spokój, zadowolenie 20%, radość 2.10%, 4,70% bezpieczeństwo. Negatywne odczucia towarzyszą jako przygnębienie występuje u 13.80% badanych, znudzenie 7.40% oraz obojętność 6.40%. melancholia 5.30% , złość 3.20%, niechęć 2.10%. W wynikach badań przeprowadzonych przez Augustyn E., Grochowską A., Łabuzek M., Mikkę M nie potwierdziły wyników badań własnych. W pracy na temat psychologicznych aspektów jakości życia pacjentów objętych długoterminową opieką stacjonarną autorzy uzyskali wyniki, że u 69,6% badanych pacjentów w zakładzie opiekuńczo-leczniczym występują negatywne odczucia tj niepokój, zmartwienie, lęk o nadchodzącą śmierć, bezsilność. [9] Natomiast wyniki badań Forlani M i wsp. wskazują, że pacjenci zakładów opiekuńczo-leczniczych negatywne odczucia reprezentowało 21,04% badanych pacjentów. [10]

Kolejną częścią badań było zebranie informacji od respondentów co do funkcjonowania w poszczególnych dziedzinach życia społecznego, psychicznego fizycznego i funkcjonowania w środowisku.

W badaniach własnych średni wynik badań co do subiektywnej oceny jakości życia pacjentów przebywających w ZOL-ach wyniósł 3,33 a średnia ocena jakości zdrowia wyniosła 2,83. W badaniach przeprowadzanych przez Fideckiego W i wsp., grupa respondentów przebywających w ZOL-ach oceniła jakość swojego życia na poziomie 2,90, a samoocena pacjentów dotycząca zdrowia kształtowała się w granicy 2,50. [7] W badaniach własnych respondenci uzyskali w dziedzinie somatycznej wskaźnik 29.00., w psychologicznej 24.00., relacji społecznych/socjalnej 14,00. oraz w środowiskowej 38,00. W badaniach Fideckiego W., Wrońskiej I., Kędziory-Kornatowskiej K., Wysokińskiego M., Kulin D., Wadasa T., Augustowskiej-Kruszyńskiej K., osoby przebywające w zakładach opieki długoterminowej i biorące udział w badaniu oceniły jakość życia w domenie psychologicznej na poziomie 10,60., fizycznej 10,40., relacji społecznych 11,30. a środowiskowej 11,9. Jeśli w dziedzinach występują wysokie średnie to wiąże się z wyższym poziomem zadowolenia i jakości życia. Potwierdzają to uzyskane wyniki subiektywnej oceny jakości życia respondentów z badań własnych to 3,33 a wyniki cytowanych autorów 2,90. [11]

Istotnym czynnikiem, który miał wpływ na jakość życia pacjentów było wykształcenie. 42% badanych pacjentów posiadających wykształcenie średnie oceniło jakość życia mianem ani dobra ani zła. Natomiast 63% biorących udział w badaniu respondentów, które posiadało wykształcenie podstawowe było zadowolonych ze swojego poziomu jakości życia. Osoby posiadające wykształcenie wyższe wskazało na niezadowolenie z jakości życia. Natomiast w badaniach Fideckiego W. i wsp. zaobserwowano odwrotność zależności pomiędzy jakością życia, a wykształceniem pacjentów. Im wyższe wykształcenie pacjenta tym wyższa ocena jakości jego życia. [11] Kolejną zależnością uzyskaną w badaniach własnych była zależność pomiędzy wykształceniem, a zadowoleniem ze zdrowia. 60% badanych osób, które posiadały średnie wykształcenie jest niezadowolona ze swojego zdrowia. 27% badanych pacjentów jest zadowolona ze zdrowia i posiada wykształcenie podstawowe. Analiza odpowiedzi otrzymanych z badań **własnych** wykazała również zależność pomiędzy zadowoleniem z jakości życia, a zadowoleniem ze zdrowia. Pacjenci, którzy przejawiają zadowolenie z jakości życia oceniają swój stan zdrowia jako dobry. Natomiast wyniki badań innych autorów min. Augustyn E. i wsp. wykazało, że 71,7% całej badanej grupy oceniło źle swoje zdrowie. 13% badanych oceniło swoje zdrowie przeciętnie lub bardzo słabo, a zaledwie 2,3% badanych pacjentów oceniło swój poziom zdrowia na dobrym poziomie. 57,3% respondentów było zadowolonych, natomiast 42,4% nie było usatysfakcjonowanych z jakości życia.[9] Badania prowadzone przez Budzyńską-Kapczuk A., które dotyczą jakości życia pensjonariuszy placówek opieki długoterminowej dowiodły, że na ocenę jakości życia mają wpływ czynniki społeczne, psychiczne oraz stan fizyczny.[6] Badania prowadzone przez Zboiną B., i wsp. [12,13] wśród osób starszych objętych opieką długoterminową również potwierdzają wyniki badań własnych. Autorzy wskazali, że osoby w podeszłym wieku

przebywające w zakładach opieki długoterminowej najniżej ocenili swoją jakość życia w zakresie dziedziny psychologicznej i fizycznej. Znaczącym czynnikiem kształtującym jakość życia okazał się również stan zdrowia. Ocena stanu zdrowia przez badane osoby starsze kształtowała się na obniżonym poziomie, przy czym gorszej oceny dokonały kobiety w stosunku do mężczyzn. W wynikach badań własnych potwierdzona została zależność wpływu płci na zadowolenie z życia w dziedzinie socjalnej. Znacznie lepiej ze swojego życia zadowolone były kobiety niż mężczyźni. Wykazały, że wśród pacjentów przebywających w zakładach opieki długoterminowej ocena jakości życia jest na niższym poziomie, natomiast dziedziny psychologiczna i fizyczna uzyskały najniższe wartości. Badania Budzyńskiej-Kapczuk A [6] dotyczące oceny jakości życia pacjentów przebywających w placówkach opieki długoterminowej stacjonarnej wskazują, że czynnikami uspasabiającymi do tak niskiej są czynniki fizyczne (niesamodzielność), psychiczne (zaburzenia pamięci) i społeczne (brak wsparcia ze strony najbliższych). Ponadto do istotnych czynników wpływających na subiektywną poprawę jakości życia wpływ miała terapia zajęciowa odnosząca się do życia kulturalnego, a związana z celebrowaniem obrzędów religijnych oraz spotkań towarzyskich. Niższa ocena jakości życia osób w zakładach opiekuńczych związana jest z koniecznością akceptacji warunków życia panujących z ZOL/ZPO min. przebywania w pokojach z osobami, na których obecność nie mają wpływu (pokoje wieloosobowe) na co wskazały wynik badań uzyskanych przez Górna K., Jaracz K., [14]. Wyniki badań własnych wskazują na zależność pomiędzy miejscem pobytu a poziomem zadowolenia w różnych dziedzinach. W dziedzinie somatycznej oraz socjalnej większe zadowolenie wykazują pacjenci Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Lipnie, natomiast pacjenci Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Suradówku wykazują większe zadowolenie w dziedzinie psychologicznej oraz środowiskowej. Psychologiczne aspekty starzenia się człowieka stanowią znaczący wpływ na ocenę jakości życia osób starszych. Trzeba uwzględnić sytuację życiową człowieka, wydarzenia związane z rodziną, pojawienie się wielu chorób, ograniczenie wydolności fizycznej, osłabienie zmysłów, opóźnienie procesu myślenia. Chory przebywający w Zakładzie opieki długoterminowej jest pacjentem niepełnosprawnym z polipatiologią wymaga on całodobowej profesjonalnej opieki i pielęgnacji ze strony zespołu interdyscyplinarnego. Ważnym aspektem pracy z osobami niepełnosprawnymi są ich potrzeby, dlatego największej grupie badanych brakuje członków rodziny i dotyka to 35% osób. Niedzielnej mszy w kościele brakuje 17,5% badaniach. Następną potrzebą są używki, które stanowią aż 11,3% potrzeb pacjentów, więcej niż praca i obowiązki dnia codziennego, które wynoszą po 10%. Najmniejszą potrzebą pacjentów w zakładach opiekuńczo-leczniczych stanowią rozrywki, których brakuje 7,5% badanych.

Wnioski

1. Większość badanych pacjentów ocenia swoją jakość życia mianem dobra.
2. Niespełna połowa ankietowanych ocenia swój stan zdrowia jako niezadowolający.
3. Występuje zależność pomiędzy stanem zdrowia, a jakością życia. Jest ona wprost proporcjonalna im lepszy stan zdrowia tym wyższy poziom jakości życia.
4. Znaczna grupa respondentów co stanowi ponad połowę badanych osób przebywających w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej wykazuje pozytywne odczucia z tytułu instytucjonalizacji.

Literatura

1. Cybulski M., Krajewska-Kułak E. Opieka nad osobami starszymi przewodnik dla zespołu terapeutycznego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2016:197.
2. Ministerstwo zdrowia. Stan faktyczny i perspektywy rozwoju opieki długoterminowej w Polsce. Warszawa grudzień 2012:4,8,25. http://oipip.opole.pl/wp-content/uploads/2014/04/pod_strategia.pdf 1.09.2020
3. Lada A., Jakość życia seniorów. *Annales*. 2018,Vol 31, No 2 : 331-332.
4. De Walden- Gałuszko K., Kaptacz A. Pielęgniarstwo opieki paliatywnej. Wyd. Lekarskie PZWL. Warszawa 2017: 19-20
5. Broczek K., Jankowski K. Stany nagłe. *Geriatrics. Medical Tribune Polska* 2018:17.
6. Budzyńska-Kapczuk A. Ocena jakości życia podopiecznych objętych długoterminową opieką stacjonarną w mieście i powiecie ziemskim Biała Podlaska. *Gerontol Pol* 2004, 12(I): 24-31.
7. Fidecki W., Wysokiński M., Wrońska I., Ślusarz R. Niepełność osób starszych wyzwaniem dla opieki pielęgniarstwa. *Probl. Pielęg.* 2011, 19: 1-4.
8. Toczyńska A., Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C. Samoocena wybranych aspektów jakości życia podopiecznych objętych długoterminową opieką stacjonarną. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2012; 20 (3): 369-379
9. Augustyn E., Grochowska A., Łabuzek M., Mika M. Psychologiczne aspekty jakości życia pacjentów objętych długoterminową opieką stacjonarną. *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej*. 2020,5,vol 3:175-190.
10. Forlani M., Morri M., Murri MB. et al. Anxiety Symptoms in 74+ Community-Dwelling Elderly: Associations with Physical Morbidity, Depression and Alcohol Consumption. *PLoS ONE* 2014, 9(2)
11. Fidecki W., Wrońska I., Kędziora-Kornatowska K., Wysokiński M., Kulina D., Wadas T., Augustowska-Kruszyńska K. Jakość życia związana ze stanem zdrowia osób w podeszłym wieku objętych opieką długoterminową. *Wydawnictwo Gerontologia Polska* 2015:1, 24-28.
12. Zboina B, Kulik T. Uwarunkowania społeczne jako determinanty zadowolenia z jakości życia w zakładach pielęgnacyjno-leczniczych. [w:] *Ostrowieckie DniPromujące Zdrowie*. Zboina B (red). WSBiP, Ostrowiec Świętokrzyski 2005: 79-90.
13. Zboina B., Kulik T, Pacian A., Rudnicka-Drożak E. Biopsychosocial factors shaping perception of quality of life of elderly people in long term care. *Pol J Environ Stud* 2006, 15(2a): 940-944.
14. Górna K., Jaracz K. Jakość życia osób starszych. [w:] *Geriatrics i pielęgniarstwo geriatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych*. Wieczorowska-Tobis K., Talarska D (red). PZWL, Warszawa 2008: 343-345.