

## Alicja Palczewska

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

# Sytem opieki długoterminowej a zapotrzebowanie na ten rodzaj świadczeń

Long-term care system and demand for such services

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** W większości krajów, również w Polsce, można zaobserwować narastający proces starzenia się społeczeństw. Wzrost ten pozostaje w związku z wydłużeniem życia, co wynika między innymi z postępu medycyny i zwiększonej skuteczności terapii. Obecnie obserwuje się większą liczbę ludzi starszych, przewlekle chorych i niepełnosprawnych.

**Cel pracy.** Celem pracy było zebranie informacji o potrzebach biopsychospołecznych osób przewlekle chorych, przebywających w środowisku domowym, a zamieszkujących na północno-wschodnim Mazowszu. Celem badań było przygotowanie charakterystyki pacjenta przewlekle chorego w opiece domowej oraz ustalenie potrzeb zdrowotnych i problemów życiowych.

**Materiał i metody.** W badaniach pacjentów i ich rodzin wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego – Kwestionariusz rozpoznania pielęgniarstwa potrzeby opieki nad chorym w domu. Pytania były skierowane bezpośrednio do pacjenta i do jego opiekuna, gdyż podjęto próbę określenia stanu zdrowia opiekuna chorego i wydolności opiekuńczej rodziny. Ankiety przeprowadzono u 459 osób chorych i u 433 ich opiekunów. Najwięcej badanych pacjentów miało 60 i więcej lat (283 osoby), w tym 109 chorych było powyżej 75. roku życia.

**Wyniki i wnioski.** Rodzina jest najlepszą instytucją opieki długoterminowej. Ponad 96% osób chorych pozostaje pod opieką członków rodzin, którzy codziennie, przez wiele miesięcy i lat świadczą usługi w zakresie czynności gospodarskich, osobistych, higienicznych, terapeutycznych, pielęgnacyjnych, transportowych, a także zaspokajają potrzeby emocjonalne i towarzyskie, udzielając wsparcia psychicznego, a często i finansowego. Osobom przewlekle chorym i ich rodzinom najczęściej udzielają pomocy pielęgniarka, lekarz rodzinny oraz pracownik socjalny; 97 pacjentów (21,13%) zaznaczyło, że nie otrzymuje wsparcia z zewnątrz. W związku z przewidywanym zwiększonym zapotrzebowaniem, zwłaszcza na usługi pielęgnacyjno-opiekuńcze, w zakresie rehabilitacji, geriatry oraz opieki paliatywnej, istnieje konieczność zagwarantowania odpowiedniego ilościowo i jakościowo poziomu świadczeń zdrowotnych i socjalnych osobom niemogącym ze względu na istniejącą chorobę przewlekłą lub niepełnosprawność samodzielnie funkcjonować w środowisku zamieszkania.

**Problemy Pielęgniarstwa 2010; 18 (2): 198–206**

**Słowa kluczowe:** opieka zdrowotna, opieka długoterminowa, opieka socjalna, pielęgniarka domowa, opieka domowa, pacjent geriatryczny, ośrodki wsparcia

### ABSTRACT

**Introduction.** In most of the countries, as well as in Poland, the society is ageing. This phenomenon can be observed jointly with the lengthening of average life expectancy which results among others from medicine development and increased therapy effectiveness. Recently the population of elderly, chronically diseased and disabled people is increasing.

**Aim of the study.** The aim of this research was to collect information regarding bio-psycho-social needs of chronic patients staying at their homes in the North-East Masovian. The research aimed at characterizing chronic patients under treatment at home and determining their curative needs and life problems.

**Material and methods.** In examining patients and their families a diagnostic poll was used: A questionnaire of nursery diagnosis of the need for health care services at patient's house. The questions were addressed directly at the patients and their carers to evaluate the state of carers' health and the caring efficiency of the family. The questionnaire was conducted among 459 patients and their 433 carers. The majority of examined patients were over 60 years old, namely 283 people, including 109 over 75 years old.

**Results and conclusions.** Family is the best long-term care institution. Over 96% of chronic patients receive daily treatment regarding household, personal, hygienic, therapeutic and transportation activities, for many months and years from their relatives. Family ensures emotional and social needs, provides psychological and financial support. Chronic patients and their families receive help from community nurses, family doctors and social workers. However, 21.13% of people under research do not receive any support from the outside.

**Adres do korespondencji:** dr n. med. Alicja Palczewska, ul. Dobrzańskiego 14/4, 07-410 Ostrołęka, e-mail: a.palczewska@op.pl

As a consequence of anticipated increased demand for nursery services regarding rehabilitation, geriatrics and palliative care, there is a necessity to guarantee adequate level of health and social services, in qualitative and quantitative terms to those who due to their chronic disease or disability, cannot single-handedly operate at their place of residence.

**Nursing Topics 2010; 18 (2): 198–206**

**Key words:** health care, long-term care, social care, visiting nurse, house care, geriatric patient, support centres

## Wstęp

W większości krajów, również w Polsce, można zaobserwować narastający proces starzenia się społeczeństw. Sytuacja ta następuje w związku z wydłużeniem życia, co wynika między innymi z postępu medycyny i zwiększonej skuteczności terapii. Wzrasta też zapadalność na nieuleczalne choroby wymagające wzmożonej opieki (np. cukrzyca, choroby nowotworowe, schorzenia układu kostno-mięśniowego, demencja, choroba Alzheimera, choroby naczyń mózgu, niewydolność krążenia). W konsekwencji można zaobserwować wzrost liczby ludzi starszych, przewlekle chorych i niepełnosprawnych.

Według danych z Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) okres po 2020 roku będzie się w Polsce charakteryzował gwałtownym starzeniem się ludności. Liczba osób w wieku 85 lat i starszych, która obecnie wynosi niespełna 320 tys., wzrośnie do 2010 roku o 50% i osiągnie pół miliona, a w 2030 roku prawie 800 tys. Populacja powyżej 65. roku życia, która obecnie liczy niewiele ponad 4 miliony, zgodnie z przyjętymi szacunkami w 2030 roku będzie liczyć około 8 milionów [1, 2].

Jak wynika z badań statystycznych, ponad 1/3 dorosłych Polaków (13,9 mln osób) deklaruje występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych, trwających co najmniej 6 miesięcy. Częstość występowania chorób przewlekłych rośnie wraz z wiekiem. Na przykład w grupie wiekowej 60-latków prawie 73% choruje na co najmniej jedną chorobę przewlekłą, a u osób powyżej 70. roku życia ponad 84%. Starość często towarzyszy wielochorobowości i ograniczona samodzielność połączona z niskim standardem materialnym [3, 4].

## Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie informacji o potrzebach osób przewlekle chorych, niepełnosprawnych, dzieci dotkniętych nieuleczalną chorobą, przebywających w środowisku domowym, a zamieszkujących na obszarze północno-wschodniego Mazowsza, czyli w powiatach: makowskim, ostrołęckim, ostrowskim, przasnyskim i wyszkowskim. W pracy wykazano zapotrzebowanie na różne formy opieki i wsparcia osób przewlekle chorych i niesamodzielnych, przebywających we własnym środowisku zamieszkania.

## Material i metody

Jako wyjściową metodę badawczą służącą ocenie sytuacji zdrowotnej i społecznej osób przewlekle chorych, a przebywających w środowisku zamieszkania,

zastosowano analizę danych statystycznych, na podstawie wybranych elementów demograficznych regionu oraz zakresu świadczeń opieki zdrowotnej i społecznej realizowanych na rzecz jego mieszkańców. Dokonano analizy ważniejszych danych demograficznych z GUS o województwie mazowieckim i jego północno-wschodnich powiatach, określono liczbę osób niepełnosprawnych w pięciu powiatach, według podstawowych informacji z Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań w 2002 roku [5]. Ustalono też liczbę osób zadeklarowanych do lekarzy rodzinnych, czyli objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym, określono liczbę podopiecznych objętych opieką długoterminową.

Badaniem objęto pacjentów przewlekle chorych, niepełnosprawnych oraz dzieci dotknięte nieuleczalną chorobą, przebywających na stałe we własnym środowisku domowym. Badania przeprowadzono w latach 2005–2007 na obszarze pięciu powiatów województwa mazowieckiego: makowskiego, ostrołęckiego, ostrowskiego, przasnyskiego i wyszkowskiego. W badaniach pacjentów i ich rodzin wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego — Kwestionariusz rozpoznania pielęgniarstwa potrzeby opieki nad chorym w domu, zawierający pytania skierowane bezpośrednio do pacjenta oraz do jego opiekunów — a celem pytań było przygotowanie charakterystyki pacjenta przewlekle chorego w opiece domowej oraz ustalenie potrzeb zdrowotnych i problemów życiowych.

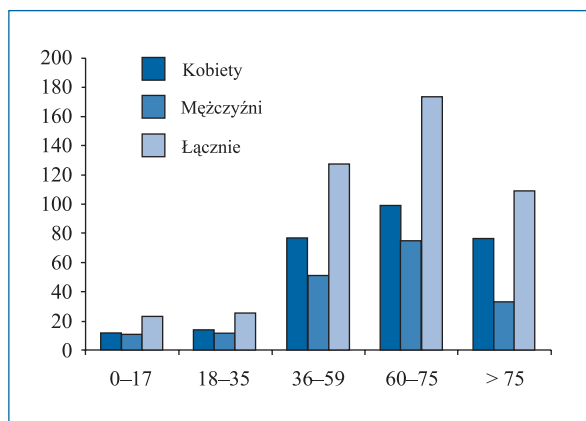
Analizą objęto pacjentów dobranych losowo, zgodnie z wytycznymi badań ankietowych w podstawowej opiece zdrowotnej [6]. Osoby badane poinformowano uprzednio o celu i sposobie przeprowadzenia sondażu. Wszyscy ankietowani podlegali ubezpieczeniu zdrowotnemu i byli zapisani na listach aktywnych pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej — zgodnie z deklaracją wyboru lekarza i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej. Wymieniona grupa pacjentów wyraziła zgodę na przeprowadzenie badań ankietowych w swoim środowisku zamieszkania.

Badana grupa to 459 pacjentów przewlekle chorych, z tego 60,34% stanowiły kobiety. Najwięcej badanych pacjentów, czyli 37,90%, znajdowało się w przedziale wiekowym 60–75 lat. Rodzaje schorzeń występujących u osób badanych były zbliżone do ogólnych tendencji epidemiologicznych występujących na obszarze całego kraju.

W grupie stałych opiekunów przewlekle chorych pacjentów były 424 osoby, z których 57,44% znajdowało się w przedziale wiekowym 36–59 lat.

## Wyniki

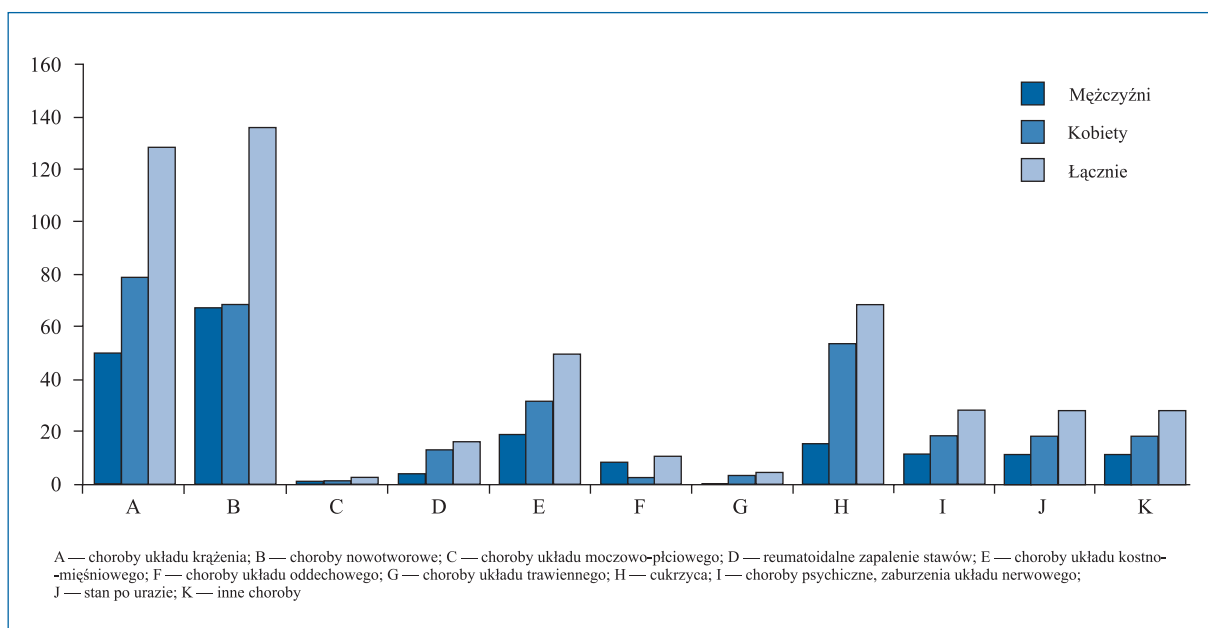
Największa grupa badanych była w wieku 60–75 lat i powyżej 75. roku życia. Badania własne przeprowadzone na populacji 459 osób przewlekle chorych, mieszkających na obszarze północno-wschodniego Mazowsza, potwierdzają większą liczbę kobiet (60,34%) niż mężczyzn w grupie ankietowanych, a w szczególności w przedziale wiekowym 60 lat i powyżej, kobiety stanowiły 63,17% (ryc. 1). Na podstawie badań własnych należy stwierdzić, że najliczniejszą liczbę schorzeń głównych występujących u ankietowanych pacjentów stanowiły choroby nowotworowe — u 137 osób (29,84%) oraz choroby układu krążenia — u 130 osób (28,32%).



Rycina 1. Podział chorych ze względu na płeć i grupy wiekowe  
Figure 1. Patients classified by gender and age groups

Z powodu chorób nowotworowych cierpieła 37,36% mężczyzn i 24,90% kobiet (ryc. 2).

Wśród osób przewlekle chorych znaczącą grupę pacjentów (41,67%) stanowią niesamodzielne, czyli poruszające się na wózku inwalidzkim bądź pozostające na stałe w łóżku (tab. 1). Stopień niesamodzielności wzrasta wraz z wiekiem chorego — w wieku 36–59 lat obliczono łącznie 48 osób niesamodzielnych (10,73%), natomiast w wieku 60 lat i więcej zarejestrowano łącznie 122 chorych (27,29%). W przeliczeniu na wszystkie grupy wiekowe badanych chorych w odniesieniu do płci pacjentów wynika, że łącznie 76 mężczyzn (43,67%) i 110 kobiet (40,29%) jest osobami niesamodzielnymi. Wyniki badań własnych dokumentują, że w grupie 459 badanych przewlekle chorych osób 150 (32,75%) wymaga stałej pomocy przy zaspokajaniu potrzeb dnia codziennego (tab. 2); 322 chorych (70,08%) nie jest w stanie samodzielnie wykonać sprzątanía domu, 313 osób (68,34%) nie może przygotować sobie posiłku, 347 pacjentów (75,76%) ma problemy z utrzymaniem higieny osobistej. Na samodzielne spacerowanie nie może liczyć 265 pacjentów (57,86%), a 328 chorych (71,61%) nie może samodzielnie wykonać podstawowych zakupów artykułów do codziennego życia. Realizacji spraw w urzędzie nie może wykonać 349 pacjentów (76,20%), a najwięcej chorych — 368 osób (80,34%) nie może sobie pozwolić na opuszczenie miejsca zamieszkania i podróże. Wyniki badań potwierdzają wzrost rozpowszechniania niepełnosprawności wraz z zaawansowaniem wieku starszego. Wśród 175 osób w wieku 60–75 lat 99 było niesamodzielnymi (56,57%), a wśród 109 osób



Rycina 2. Rodzaje schorzeń głównych występujących u ankietowanych pacjentów  
Figure 2. Types of major diseases for questioned patients

**Tabela 1.** Samodzielność chorego a wiek pacjenta — ogółem**Table 1.** Self-reliance of a patient and his age — generally

Grupa wiekowa	Porusza się samodzielnie	Porusza się na wózku inwalidzkim	Jest osobą leżącą	Suma
0–17	17	4	0	21
18–35	13	7	5	25
36–59	76	25	23	124
60–75	97	32	41	170
> 75	58	14	35	107
<b>Łącznie</b>	<b>261</b>	<b>82</b>	<b>104</b>	<b>447</b>

**Tabela 2.** Funkcjonowanie społeczne osób chorych — aktywność w czynnościach życia codziennego**Table 2.** Patients' social life — every day activity

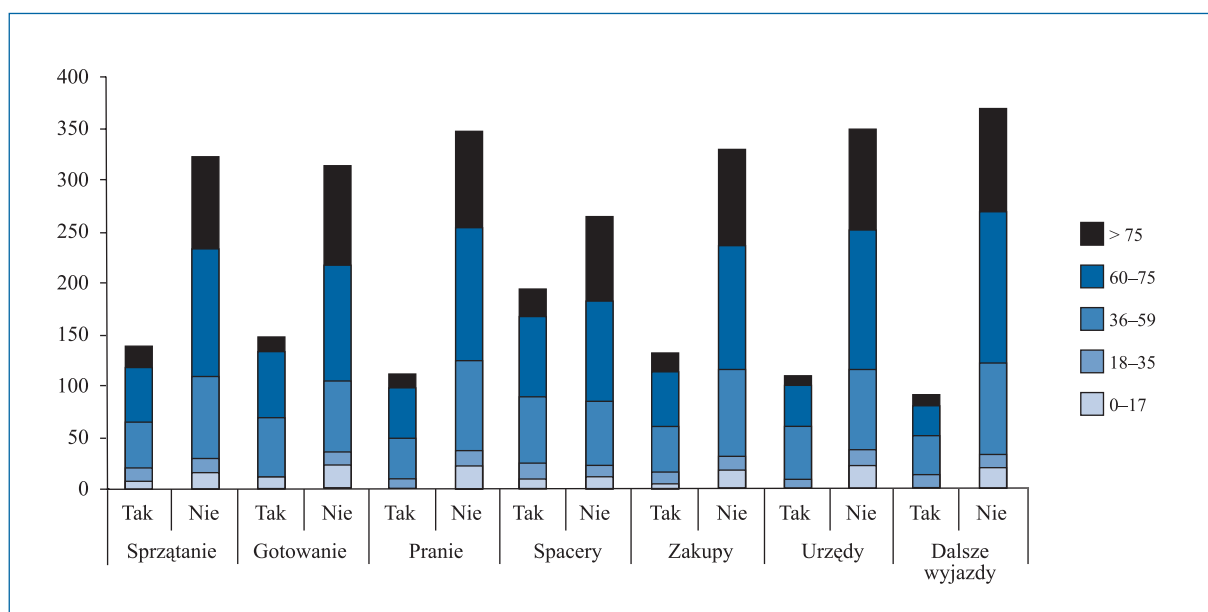
Grupa wiekowa	Brak danych	Pełna	Niepełna	Czasami wymaga pomocy osób trzecich	Wymaga stałej pomocy	Suma
0–17		4	4	7	7	<b>22</b>
18–35	1	10	1	4	9	<b>25</b>
36–59		44	26	29	29	<b>128</b>
60–75	1	39	36	48	51	<b>175</b>
> 75	3	16	17	19	54	<b>109</b>
<b>Łącznie</b>	<b>5</b>	<b>113</b>	<b>84</b>	<b>107</b>	<b>150</b>	<b>459</b>

powyżej 75 lat 73 były niesamodzielne (66,97%). Konsekwencje tego stanu stają się poważniejsze w przypadku współistnienia dodatkowych uwarunkowań demograficznych, środowiskowych i społeczno-ekonomicznych, takich jak: wdowieństwo, izolacja społeczna, brak lub oddalenie od dzieci, brak wsparcia społecznego, zubożenie i pogorszenie się warunków życiowych i obawy przed utratą kontroli kierowania własnym życiem (ryc. 3).

### Dyskusja

Z przeprowadzonych przez Wojtyniaka i Goryńskiego [7] analiz statystycznych wynika, że od lat najważniejszą przyczyną zgonów w Polsce, chociaż powoli zmniejszającą swoje znaczenie, są choroby układu krążenia. Drugą, co do częstości, przyczyną zgonów są nowotwory złośliwe. Należy zaznaczyć, że choroby nowotworowe częściej występowały u mężczyzn, a choroby układu krążenia stanowiły drugą, co do wycieńczenia, grupę schorzeń głównych. Trzecią w kolejności chorobą jest cukrzyca. Wyniki przeprowadzonych badań własnych wskazują, że u 14,81% pacjentów rozpoznano

cukrzycę jako schorzenie główne. Kolejnym zauważonym problemem w badanej grupie są choroby układu kostno-mięśniowego (10,89%). Choroby te, jako schorzenie główne, występują u pacjentów we wszystkich przedziałach wiekowych, jednak większość (44%) u chorych mających 60 lat i więcej. Pacjenci w starszym wieku są narażeni na postępujące przewlekłe schorzenia, prowadzące do utraty sprawności (np. osteoporoza, choroba zwyrodnieniowa stawów, otępienie, miażdżyca) [8, 9]. Wyniki badania przeprowadzonego przez Wilmańską [10] potwierdzają sytuację zdrowotną osób starszych, przewlekłe chorych, u których najczęściej stwierdzonymi medycznymi przyczynami upośledzenia sprawności były choroby układu sercowo-naczyniowego, choroby narządu ruchu, schorzenia neurologiczne (udar mózgu, choroba Parkinsona i choroby metaboliczne — otyłość, cukrzyca). Wśród badanej populacji chorobami najczęściej stwierdzanymi przez lekarzy są: choroby nowotworowe, choroby układu krążenia, cukrzyca, choroby układu kostno-mięśniowego. Zbliżone dane przedstawia w badaniach podopiecznych



Rycina 3. Zakres samodzielności ankietowanych pacjentów

Figure 3. Extent of self-reliance of questioned patients

Tabela 3. Schorzenie główne a liczba innych chorób występujących u badanych pacjentów

Table 3. Major diseases and number of other diseases for questioned patients

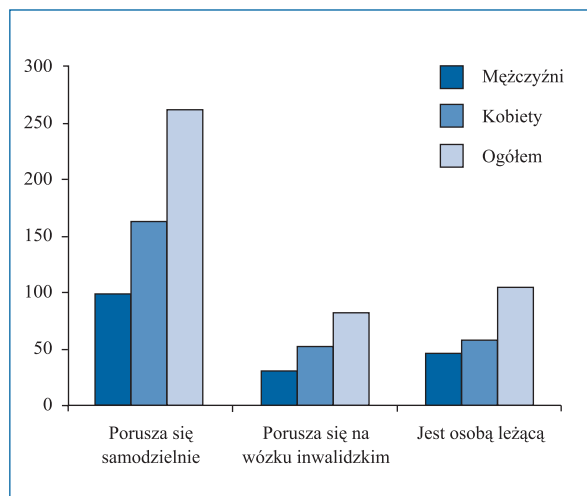
Liczba chorób współistniejących	Rodzaje schorzeń głównych											Suma
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	
0	14	50	1	3	17	3	2	9	9	1	3	112
1	34	49	1	6	18	3	3	24	9	2	1	150
2	45	30		6	10	2		28	5	2		128
3	31	8		1	4	1		6	5	2		58
4	4				1	2					1	8
5	2							1				3
Łącznie	130	137	2	16	50	11	5	68	28	8	4	459

A — choroby układu krążenia; B — choroby nowotworowe; C — choroby układu moczowo-płciowego; D — reumatoidalne zapalenie stawów; E — choroby układu kostno-mięśniowego; F — choroby układu oddechowego; G — choroby układu trawiennego; H — cukrzyca; I — choroby psychiczne, zaburzenia układu nerwowego; J — stan po urazie; K — inne choroby

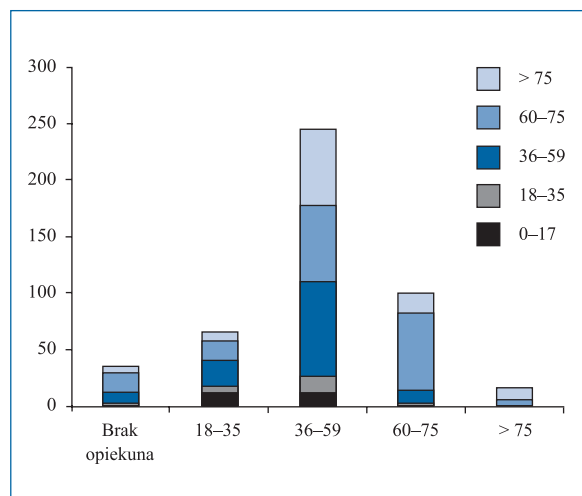
Kurowska i Wrońska [9]. U zdecydowanej większości osób występuje dodatkowo jedno schorzenie (151 osób — 32,89%), dwa schorzenia dodatkowe występują u 130 pacjentów — 28,32%, a trzy u 61 chorych — 13,28%. W rozważaniach, czy zjawisko wielochorobowości jest determinowane przez wiek chorego i zależy od płci, należy stwierdzić, że jego występowanie wzrasta wraz z wiekiem, gdyż u 175 badanych chorych (38,12%) pojawia się w wieku 60–75 lat, u 128 chorych (27,88%)

w wieku 36–59 lat i u 109 chorych (23,74%) powyżej 75 lat. W przypadku zależności wielochorobowości od płci pacjenta, należy zauważyć, że zjawisko to występowało częściej u kobiet (tab. 3).

Mając na uwadze, że populacja badanych chorych mężczyzn stanowiła 174 osoby, a chorych kobiet było 273, należy stwierdzić, że niesamodzielność chorych dotyczy w większym stopniu mężczyzn niż kobiet. A zatem mężczyźni przewlekłe chorzy wymagają więk-



**Rycina 4.** Stopień samodzielności chorego w zależności od wieku  
**Figure 4.** Self-reliance level depending on patients' age



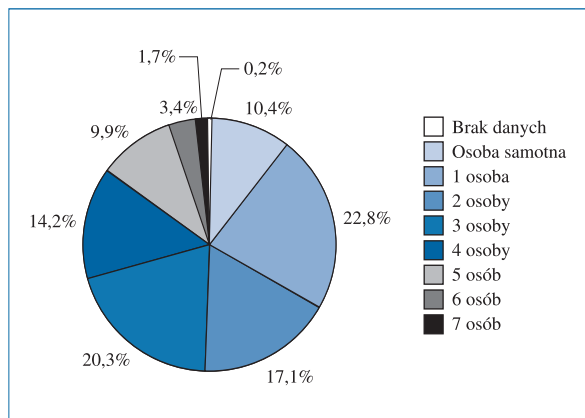
**Rycina 5.** Przedziały wiekowe opiekunów ankietowanych pacjentów  
**Figure 5.** Age groups of patients keeper's

szej liczby usług pielęgnacyjno-opiekuńczych niż przewlekłe chore kobiety (ryc. 4). Wyniki badań własnych różnią się od badań przeprowadzonych przez Jurka [11], który oblicza wartość współczynnika niesamodzielności (czyli odsetek osób wymagających wsparcia i opieki w wykonywaniu aktywności życia codziennego) osób starszych w podziale na płeć i grupy wiekowe. Obliczony przez Jurka wskaźnik określa, że wartość wskaźnika niesamodzielności wzrasta wraz z wiekiem oraz że kobiety generalnie charakteryzują się wyższym poziomem niesamodzielności niż mężczyźni będący ich rówieśnikami. Wyniki badań Jurka wykazały, że zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze w danej populacji zależy zarówno od natężenia procesu demograficznego starzenia, jak i udziału kobiet w danej populacji. Im społeczność jest starsza i im większa jest w niej przewaga kobiet, tym większe jest zapotrzebowanie na różnego rodzaju usługi opiekuńcze. Podobne wnioski przyjęła Wilmańska [10], która przebadła 100-osobową grupę pacjentów (35 mężczyzn i 65 kobiet) w wieku geriatrycznym znajdujących się w sytuacji znacznego ograniczenia sprawności lokomocyjnej, to znaczy były to osoby z trudem poruszające się po mieszkaniu i nieopuszczające domu oraz obłożnie chorzy. W badanej populacji najczęściej stwierdzanymi medycznymi przyczynami upośledzenia sprawności badanych osób były choroby układu sercowo-naczyniowego. Na zaawansowanie nie-sprawności największy wpływ miały udary mózgu.

Przedmiotem dalszej analizy badań była ocena środowiska zamieszkania pacjenta i charakterystyka opiekuna osoby chorej. Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że 459 osobami przewlekłe chorymi stale opiekuje się 301 kobiet i 141 mężczyźn. Siedemnastu chorych nie ma stałego opiekuna. Większością chorych (96,29%) opiekują się krewni. Zwykle w sytuacji

choroby jednego członka rodziny następuje mobilizacja pozostałych. Często dokonują oni nowego podziału funkcji bądź podziału ról pełnionych dotychczas przez osobę chorą, w ten sposób jest zachowywana równowaga w funkcjonowaniu rodziny [10]. Wyniki badań własnych dowodzą, że rodzina jest jednym z najważniejszych środowisk wspierających i stanowi podstawowy system zabezpieczający w sytuacjach trudności, kryzysu i choroby. Osoby chore, które nie miały stałego opiekuna, znalazły się w szczególnie trudnej sytuacji. W badaniach, które przeprowadziła w niepełnych rodzinach Kawczyńska-Butrym [13] na temat radzenia sobie przez nie w sytuacji choroby, wykazano liczne zaniedbania opieki i terapii, co pozwala wnioskować o niewydolności opiekuńczo-pielęgnacyjnej takich rodzin.

W kwestionariuszach ankiet określono wiek 424 opiekunów osób przewlekłe chorych. Najwięcej opiekunów było w wieku 36–59 lat (244 osoby — 52,83%), ale na uwagę zasługuje fakt, że 115 opiekunów (27,12%) miało ponad 60 lat, z tego 16 osób było powyżej 75. roku życia, czyli około 30% opiekunów stanowiły osoby w wieku geriatrycznym (ryc. 5). Badania statystyczne określają bardzo wysoką zależność między wiekiem chorego i opiekuna. Opiekę nad chorym lub niepełnosprawnym powinny świadczyć zdrowe i sprawne osoby. Tylko takie mogą być zdolne do ponoszenia trudu związanego z wykonywaniem często bardzo obciążających fizycznie zadań (m.in. przenoszenie osoby niepełnosprawnej, wykonywanie czynności higienicznych, zmiana bielizny osobistej, zmiana pozycji chorego w łóżku, podnoszenie), a także czynności w zakresie samoobsługi, pomocy w sprawach fizjologicznych i w prowadzeniu gospodarstwa domowego (ryc. 6). Wyniki badań potwierdzają, że osobami w wieku geriatrycznym opiekują się ich bliscy w podobnym wieku. Jest to zwią-



Rycina 6. Liczba osób wspólnie zamieszkująca z chorym  
 Figure 6. Number of people living with the patient

zane ze zjawiskiem wzrastającej liczby niepełnych rodzin (z powodu śmierci współmałżonka, rozwodu, samotnego macierzyństwa) [14]. Najwięcej, bo 108 pacjentów (22,8%), mieszka z jednym członkiem rodziny, 81 (17,1%) mieszka z 2 osobami, 96 (20,3%) z 3 domownikami, 67 (14,2%) z 4. Na uwagę zasługuje fakt, że 49 pacjentów (10,4%) mieszka samotnie. 223 osoby (50,45%) mieszkające z chorym są aktywne zawodowo, a 204 niezwiązane z pracą zarobkową (46,15% to osoby bezrobotne, uczące się lub emeryci i renciści). Zaabsorbowanie poszczególnych zdrowych członków rodziny pracą zarobkową, nauką czy nawet indywidualną karierą, jest czynnikiem, który może znacznie ograniczyć możliwości świadczenia pomocy osobie przewlekle chorej bądź niepełnosprawnej. Wysoki poziom bezrobocia na północno-wschodnim Mazowszu oraz towarzyszące bezrobociu trudności w uzyskaniu urlopu na opiekę nad osobą chorą lub niepełnosprawną, a jednocześnie problemy w znalezieniu, po pewnym czasie, nowej pracy, stanowią barierę przy podejmowaniu decyzji o rezygnacji z zatrudnienia na rzecz opieki nad członkiem rodziny. W 213 przypadkach (46,50%) osoba opiekująca się finansuje opiekę nad chorym, a w 246 sytuacjach (53,49%) brakuje wsparcia finansowego ze strony opiekuna.

Osoby niepełnosprawne i posiadające „poważne problemy zdrowotne” zostały zaliczone do najniższej ekonomicznie kategorii społecznej. Ich sytuację ujawniły szczegółowe wyniki badań GUS poświęcone analizie warunków życia i sytuacji materialnej w zależności od poziomu zdrowia domowników [14]. Wyniki badań wykazały, że długotrwała choroba (i niepełnosprawność) jest istotnym czynnikiem ryzyka znalezienia się w ubóstwie. Sytuacja bytowa (dane pochodzą z 1996 r.) w gospodarstwach domowych z osobami chorymi przewlekle była oceniana jako zła i bardzo zła w co trzecim gospodarstwie domowym w miastach i w ponad 44%

gospodarstw domowych na wsi. Stwierdzono, że wpływ na sytuację w tych rodzinach miała przede wszystkim liczba osób chorujących, gdyż przy większej liczbie osób chorych istnieje większe obciążenie wydatkami na opiekę medyczną, leki i specjalne diety. Należy też uwzględnić fakt, że środki przeznaczane na te wydatki mogą być znacznie zróżnicowane ze względu na rodzaj choroby i aktualne koszty terapii. Z drugiej strony na relatywną skalę wydatków związanych z leczeniem wpływ ma także liczba osób w rodzinie posiadających stałe zarobkowe źródła dochodu oraz łączny dochód w rodzinie w porównaniu ze skalą wydatków. Najtrudniejsza sytuacja finansowa osób przewlekle chorych jest notowana w gospodarstwach jednoosobowych oraz w rodzinach, w których tylko jedna osoba posiada stałe źródło utrzymania.

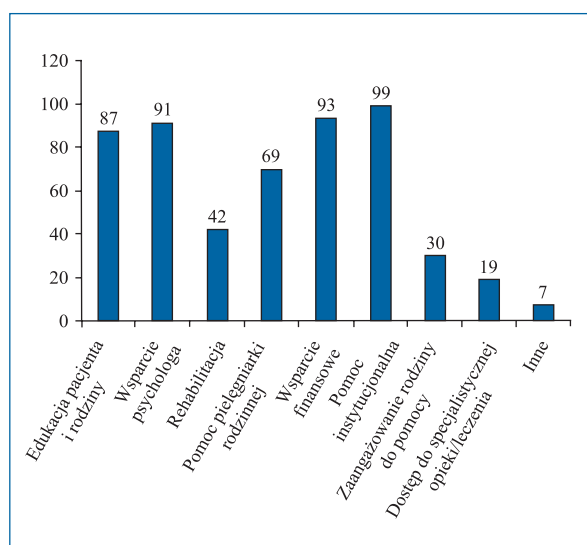
Przedłużający się okres sprawowania opieki może doprowadzić do niezadowolenia i wywołać konflikty w rodzinie, a w konsekwencji niechęć, zaniedbywanie osoby chorej i odrzucenie. Niezwykle ważnym obszarem realizacji opieki nad chorym jest więź rodzinna i sfera emocjonalna, w której rozstrzyga się motywy podejmowania opieki — wzajemne uczucia, życzliwość i troska sprzyjają realizacji funkcji opiekuńczej nad osobą bliską. Natomiast nie sprzyjają temu niechęć, brak więzi emocjonalnych i konflikty. Istotna jest świadomość opiekuna, że realizacja jego roli wymaga codziennych, trudnych wyrzeczeń, a także może mieć wpływ na rezygnację z własnych życiowych i zawodowych planów. Autorka pracy podjęła próbę zbadania sytuacji życiowej rodziny pacjentów przewlekle chorych w odniesieniu do relacji społecznych w ich otoczeniu (tab. 4). Najwięcej, bo 290 respondentów (63,18%), wskazało na pozytywne więzi w rodzinie, 201 (43,79%) określiło, że w rodzinie istnieje chęć niesienia pomocy, a 191 osób (43,21%) opiekunów odpowiedziało, że udziela pacjentowi wsparcia emocjonalnego. Należy podkreślić, że możliwość świadczenia opieki wymaga też od opiekuna zdrowia psychicznego, a także poczucia odpowiedzialności za osobę, która wymaga szczególnej troski. Odnośnie do wskazań w zakresie zdrowia psychicznego należy zaznaczyć, że: 142 opiekunów (30,93%) określiło, że jest zmęczonych sytuacją związaną z obecnością w rodzinie pacjenta z chorobą przewlekłą; 61 osób (13,28%) wskazało, że w rodzinie występują z tego powodu konflikty, a 35 ankietowanych (7,62%) odpowiedziało, że w rodzinie występują zaburzenia emocjonalne. Trudności i obciążenie psychiczne opiekuna w okresie sprawowania opieki mogą być pochodną braku wiedzy i umiejętności związanych z wykonywaniem czynności i zadań, jakich potrzebuje osoba przewlekle chora w związku z zaleconą terapią, rehabilitacją i z zakresem ograniczeń występujących w jej codziennym życiu.

Wiadomo, że o poziomie opieki, a także o jakości życia osoby przewlekle chorej w domu lub niepełno-

Tabela 4. Sytuacja życiowa rodziny

Table 4. Family living conditions

Grupa wiekowa	Brak stałego wsparcia	Chęć niesienia pomocy	Pozytywne więzi w rodzinie	Wsparcie emocjonalne	Występowanie konfliktów	Zaburzenia emocjonalne	Zmęczenie sytuacją
0–17	1	9	17	9	4	1	5
18–35	1	10	16	11	3	2	11
36–59	17	58	83	55	14	12	40
60–75	23	76	112	77	25	13	52
> 75	20	48	62	39	15	7	34
<b>Łącznie</b>	<b>62</b>	<b>201</b>	<b>290</b>	<b>191</b>	<b>61</b>	<b>35</b>	<b>142</b>



Rycina 7. Zestawienie ustalonych potrzeb w rodzinie osoby przewlekle chorej

Figure 7. Needs in the family of a chronic patient's family

sprawnej w znacznym stopniu decydują warunki materialne zarówno tej osoby, jak i jej rodziny. Dobra sytuacja materialna pozwala na spełnienie wymogów dotyczących właściwego żywienia, zakup niezbędnych leków, uczestniczenia w rehabilitacji. Zła sytuacja materialna rodziny powoduje znaczne ograniczenia, a nawet rezygnację z wielu zaleceń lekarza związanych z terapią i rehabilitacją osoby przewlekle chorej, a także z jej aktywizacją w wielu obszarach życia. Stąd w dalszej kolejności analizy kwestionariuszy ankiet zbadano, jaka jest sytuacja rodziny w związku ze stanem zdrowia chorego. Na pytanie, czy istnieje konieczność wprowadzenia nowych rozwiązań architektonicznych w obrębie mieszkania (np. zmiana progów, szerokości drzwi

dla jeżdżącego wózkiem, zamontowanie uchwytów, przebudowa łazienki i inne) 280 respondentów (61%) odpowiedziało negatywnie, ale 179 osób (38,99%), czyli prawie 40% — że istnieje taka potrzeba. Na pytanie, czy stan chorego wymaga prowadzenia ciągłych czynności higienicznych, a przy tym: wydatkowane są środki finansowe na zakupy jednorazowych pieluch, dodatkowej bielizny, proszku do częstego prania, środków przeciwoleżynowych itp., 233 respondentów (50,76%) odpowiedziało negatywnie, ale 226 (49,23%), czyli prawie połowa badanych — że istnieje taka potrzeba. W dalszej części podjęto próbę ustalenia zapotrzebowania na dodatkowe środki finansowe niezbędne do wprowadzenia zmian w zakupach produktów żywnościowych dla chorego; 239 badanych (52,06%) odpowiedziało, że istnieje potrzeba wykupienia droższych produktów żywnościowych, 220 osób (47,93%) określiło, że nie ma takiego zapotrzebowania; 250 osób ankietowanych (54,46%), czyli ponad połowa ankietowanych, wskazała, że nie posiada wystarczających środków finansowych do sprawowania właściwej opieki nad chorym, 209 osób (45,53%) uznało, że ich zasoby finansowe są wystarczające. Wyniki badań potwierdzają, że wśród ankietowanej populacji osób koszty opieki i pielęgnacji chorych w domu w wielu przypadkach przekraczają możliwości finansowe rodziny. Brak odpowiedniego standardu może znacznie ograniczyć godne warunki życia, a nawet uniemożliwić pozostanie chorego w warunkach domowych oraz znacznie pogorszyć warunki życia członków rodziny (ryc. 7).

### Wnioski

Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że 459 przewlekle chorymi osobami w większości opiekują się krewni (96,29%). Zwykle w sytuacji choroby jednego członka rodziny następuje mobilizacja pozostałych. Warto wspomnieć, że 115 opiekunów osób chorych miało 60



i więcej lat (27,12%). Wyniki badań własnych dowodzą, że rodzina jest jednym z najważniejszych wspierających środowisk i stanowi podstawowy system zabezpieczający w sytuacjach trudności, kryzysu i choroby.

Zaawansowana choroba ma duży wpływ na zachowanie pacjenta i jego opiekuna. Co trzeci ankietowany miał problemy natury psychicznej i trudności w komunikowaniu się z otoczeniem. Z tego powodu u opiekuna może występować nadmierne obciążenie psychiczne, a także zmęczenie zaistniałą sytuacją. Często osoba opiekująca się chorym wymaga odpoczynku i wsparcia psychicznego.

Istnieje pilna potrzeba okresowego odciążenia rodziny od sprawowania funkcji opiekuńczych. Zdaniem pacjentów i ich rodzin właściwa i rzetelna opieka nad chorym w jego miejscu zamieszkania może być zapewniona poprzez wzmocnienie pomocy instytucjonalnej, zapewnienie wsparcia finansowego oraz zwiększenie dostępności do specjalistycznej opieki.

### Piśmiennictwo

1. Instytut Psychiatrii i Neurologii: RAPORT Problemy zdrowia publicznego w kontekście starzenia się populacji Polski. Warszawa 2005; 1–3: 7–8.
2. Kachaniuk H. Opieka nad zdrowiem osób starszych. W: Kulik T.B., Latański M. (red.). Zdrowie Publiczne. Wydawnictwo CZELEJ, Lublin 2002; 293–294, 303–304.
3. Bień B. Specyfika geriatry — odrębności i zasady postępowania. W: Galus K. (red.). Geriatria. Wybrane zagadnienia. Wydawnictwo Urban & Partner, Wrocław 2007; 29–32
4. Szwałkiewicz E. Perspektywy rozwoju w Polsce systemu społecznego wsparcia osób niesamodzielnych. Kwartalnik NTM 2007; 1 (20): 4–5.
5. GUS: Podstawowe informacje ze spisów powszechnych w 2002 roku. Narodowy spis powszechny ludności i mieszkań. Powszechny spis rolny. Warszawa 2003.
6. Kurpas D., Steciwko A. Wytyczne badań ankietowych w podstawowej opiece zdrowotnej. Medycyna Rodzinna 2004; 1116–1119.
7. Wojtyński B., Goryński P. Wybrane aspekty sytuacji demograficznej. Sytuacja zdrowotna ludności Polski. PZH Zakład Statystyki Medycznej, Warszawa 2003; V–VI, 1–2.
8. Bień B., Doroszkiewicz H. Opieka długoterminowa w geriatry: dom czy zakład opieki. Przewodnik Lekarza 2006; 10: 48–57.
9. Kurowska K., Wrońska I. Potrzeby zdrowotne podopiecznych w świetle badań pielęgniarek środowiskowych/rodzinnych. Zdrowie Publiczne 2004; 1 (115): 49–52.
10. Wilmańska J. Przyczyny upośledzenia sprawności życiowej osób starszych i ich uzależnienia od opiekunów. Zdrowie Publiczne 1999; 109 (3): 101–105.
11. Jurek Ł. Czynniki determinujące zapotrzebowanie na instytucjonalne usługi opiekuńcze z pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku. MEDI-Forum Opieki Długoterminowej 2008; 1 (35): 17–21.
12. Kawczyńska-Butrym Z. (red.). Pielęgniarstwo rodzinne. Teoria i praktyka. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1997; 37–38, 91.
13. Kawczyńska-Butrym Z. Rodzina — zdrowie — choroba. Wydawnictwo CZELEJ, Lublin 2001; 16–17.
14. GUS: Stan zdrowia ludności a sytuacja społeczno-ekonomiczna rodzin w latach 1996–1997. Warszawa 1999; 77.