

Aneta Stanisławek¹, Renata Mazuś², Janusz Schabowski¹

¹Katedra Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu i Nauk Społecznych
Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

²Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej, Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Ustrzeszy

Ocena wybranych aspektów jakości życia podopiecznych stacjonarnej opieki długoterminowej

Streszczenie: W dzisiejszych czasach jakość życia jest jednym z najpopularniejszych zagadnień. W ujęciu medycznym badanie jakości życia skupia się na subiektywnych odczuciach pacjenta, szczególnie chorego geriatrycznego, dotyczących jego stanu zdrowia, stopnia akceptacji swojej choroby, otrzymywanej opieki, możliwościach i ograniczeniach w funkcjonowaniu. Ważne jest także poznanie sfery psychicznej pacjenta.

Celem pracy jest ocena wybranych aspektów jakości życia podopiecznych stacjonarnej opieki długoterminowej, dokonanej przez chorych objętych opieką w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej, Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym w Ustrzeszy, woj. lubelskie

Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, jako narzędzia użyto kwestionariusza ankiety. Zastosowano także Skalę Oceny Czynności Dnia Codziennego (ADL), Skalę Akceptacji Choroby (AIS) oraz Geriatryczną Skalę Depresji (GDS).

Słowa kluczowe: jakość życia, opieka długoterminowa

Wstęp

Wydłużanie się średniej długości życia, niski odsetek urodzeń powoduje wzrost starzenia się społeczeństwa. Rozwój medycyny i zwiększenie skuteczności prowadzonej terapii przyczynia się również do wydłużenia życia populacji. Obserwuje się wzrost liczby osób niepełnosprawnych i przewlekle chorych, które nie są zdolne do samodzielnej egzystencji. Rodziny z różnych przyczyn często nie są w stanie zapewnić im należytej opieki. Coraz więcej osób szuka pomocy w stacjonarnych placówkach opieki długoterminowej. W dzisiejszych czasach jakość życia jest jednym z najpopularniejszych zagadnień. Interesują się nią przedstawiciele wielu dyscyplin naukowych takich jak medycyna, filozofia, ekonomia, socjologia, pedagogika, psychologia. Pozwala to na całościową i interdyscyplinarną ocenę życiowej satysfakcji ludzi. W ujęciu medycznym badanie jakości życia skupia się na subiektywnych odczuciach pacjenta dotyczących stanu zdrowia, stopnia akceptacji swojej choroby, otrzymywanej opieki, możliwościach i ograniczeniach w funkcjonowaniu. Ważne jest także poznanie sfery psychicznej pacjenta. Pogorszenie stanu zdrowia i wynikające z niego problemy mogą przyczyniać się do

obniżenia samooceny oraz poczucia osamotnienia, co może wiązać się z wystąpieniem objawów depresyjnych.

Zainteresowanie pojęciem jakości życia sięgało już czasów starożytnych. Literatura przedmiotu podaje wiele definicji tego zagadnienia. Wg WHO jakość życia (QL-Quality of Life) jest postrzeganiem przez zainteresowane osoby ich pozycji w życiu, w kontekście norm kulturowych i układów, w których oni żyją i w stosunku do celów życiowych, oczekiwań, standardów.

Termin jakości życia we współczesnym rozumieniu po raz pierwszy pojawił się po II wojnie światowej w Stanach Zjednoczonych. Początkowo dobre życie rozumiane było jako posiadanie dóbr użytkowych, następnie rozszerzano je na obszary „być” zamiast „mieć”. Wprowadzono kryteria wolności, szczęścia, edukacji i zdrowia. Zauważono, że wysoki poziom dobrobytu materialnego oraz zaspokojenie podstawowych potrzeb nie powoduje wzrostu pomyślności. Pierwsze badania nad problematyką jakości życia przeprowadził Campbell oceniając zadowolenie z życia mieszkańców USA przy użyciu prostej skali analizującej 15 sfer życia (Trojanowska, 2011). Pojęcie jakości życia to stopień satysfakcji z życia rodzinnego, zawodowego, stosunków międzysąsiedzkich, relacji towarzyskich, stanu zdrowia, sposobów spędzania czasu wolnego, zdobytego wykształcenia, wykonywanej profesji czy ogólnych standardów wpływających na jakość życia w obrębie danej wspólnoty lokalnej (Trzebiatowski, 2011).

W psychologii jakość życia to szeroko rozumiane poczucie zadowolenia (dobrostanu) i szczęście jednostki osobowej. Andragogika jakość życia odnosi do hierarchii wartości i celów, aspiracji życiowych człowieka lub grup społecznych. W socjologii jakość życia rozpatruje się przez pryzmat wskaźników, takich jak: normy społeczne wyznaczające jego jakość, system wartości i zasady życia społecznego. Ekonomia jakość życia widzi przez pryzmat wymiernych indeksów cech i wskaźników jakości życia, przyjmując za punkt odniesienia tak zwany koszt dóbr i usług, minimum socjalne, poziom konsumpcji, zakres podstawowych potrzeb czy też świadczenia socjalne (Bauman, 2006). Taka koncentracja na różnych aspektach jakości życia przyczynia się do trudności w zdefiniowaniu i uzgodnieniu wspólnego stanowiska odnośnie tego pojęcia (Wnuk, Marcinkowski, 2012).

Pojęcie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (HRQOL-Health-Related Quality of Life) zostało wprowadzone w 1990 r. przez Schipperę, który jakość życia zdefiniował jako funkcjonalny efekt choroby i leczenia subiektywnie lub obiektywnie odbierany przez pacjenta. Pomimo trwającej polemiki w ustaleniu jednoznacznej definicji jakości życia jej badacze zgadzają się, że jest to pojęcie wielowymiarowe, a jego oceny można dokonywać obiektywnie, czyli przez osoby postronne z uwzględnieniem sytuacji życiowej jednostki lub subiektywnie. Ocena subiektywna zaś jest najbardziej miarodajną, ponieważ dokonana bezpośrednio przez badanego jest uwarunkowana jego przeżyciami i poglądami (Stanisławek i wsp. 2009).

Pojmowanie jakości życia związanej ze zdrowiem ma charakter holistyczny. Skupia się nie tylko na cierpieniu i chorobie człowieka ale także na całokształcie jego egzystencji. Interdyscyplinarne zainteresowanie problematyką jakości życia jest przejawem dążenia do poprawy dobrostanu psychicznego człowieka we współczesnym świecie (Daszkowska, 2006). Opieka długoterminowa skierowana jest do osób, u których zakończony został proces diagnostyki i leczenia w oddziale szpitalnym, a w dalszym ciągu wymagają profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji z uwzględnieniem leczenia farmakologicznego i dietetycznego. Może być realizowana instytucjonalnie lub w domu chorego. Jest procesem długookresowym i ciągłym. Obecnie w Polsce istnieje wiele form opieki długoterminowej instytucjonalnej i domowej (Budzyńska-Kapczuk i wsp. 2005).

Cel pracy

Celem pracy była ocena wybranych aspektów jakości życia podopiecznych stacjonarnej opieki długoterminowej takich jak: subiektywna ocena odczuć pacjentów dotyczących stanu ich zdrowia, opinii respondentów dot. obaw i problemów utrudniających im codzienne funkcjonowanie, oraz działań mających na celu poprawę komfortu ich życia.

Materiał i metody badań

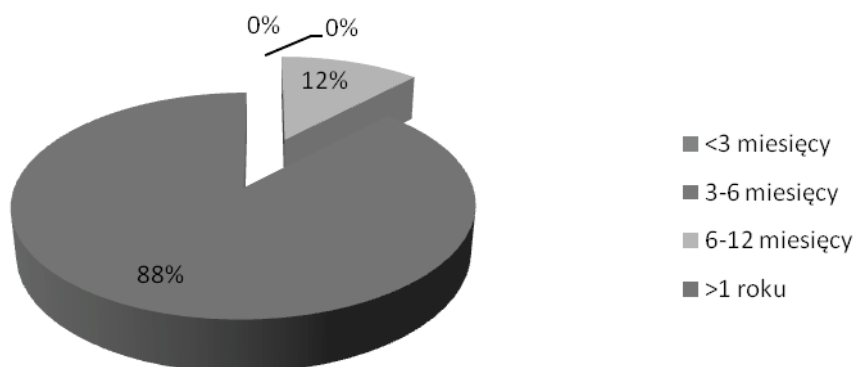
Badaniu poddano 25 pacjentów Niepublicznego Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Ustrzeszy. Do badania przystąpiło 19 kobiet co stanowi 76% ogółu leczonych i 6 mężczyzn (24% ogółu leczonych). Największy odsetek badanych stanowią pacjenci powyżej 71 roku życia (76,0%).

Do badania wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, jako narzędzia użyto kwestionariusza ankiety. Ankieta składała się z trzech części:

Część I ogólna w której znalazły się pytania ogólne dotyczące wieku, stanu cywilnego, miejsca zamieszkania, poziomu wykształcenia, warunków socjalno-bytowych, itp.. W części II Skala ADL (Activities of Daily Living), zwana też skalą Katza do oceny podstawowych czynności w życiu codziennym. W części III Skala AIS (Skala Akceptacji Choroby) skonstruowana przez B. J. Felton, T. A. Revenson i G. A. Hinrichsen (1984) z Center for Community Research and Action, Departament of Psychology, New York University, do polskich warunków zaadaptowaną przez prof. Zygryda Juczyńskiego. Skala zawiera osiem stwierdzeń, które dotyczą negatywnych konsekwencji złego stanu zdrowia. W części IV Skala GDS (Geriatryczna Skala Depresji) służy do wyłonienia objawów mogących wskazywać na depresję. Osoby badane zostały uprzednio poinformowane o celu oraz sposobie przeprowadzania sondażu. Wszyscy wyrazili zgodę na udział w badaniu.

Wyniki badań

Na rycinie 1. Przedstawiono długość okresu pobytu respondentów w NZOL w Ustrzeszy.



Rycina 1. Długość okresu pobytu respondentów w NZOL w Ustrzeszy.

Z uzyskanych danych wynika, że 88% badanych przebywała w NZOL w Ustrzeszy powyżej 1 roku, 12 % osób była objętych opieką od 6 do 12 miesięcy.

Przyczyna ubiegania się o pobyt w ZOL zazwyczaj była złożona, zdecydowanie stawiano na niepełnosprawność (68%) i brak możliwości sprawowania opieki przez rodzinę (52%). Podczas pobytu w ZOL zostały zachowane wzajemne relacje rodzinne (68%), dla części osób (12%) wyraźnie poprawiły się. Pacjenci oceniają także prawidłowo atmosferę i relacje między pacjentami (92%). Obawy pacjentów stanowią także złożoność tego problemu. Duży niepokój wzbudzało w nich trwałe unieruchomienie w łóżku (64%), pogorszenie stanu zdrowia (44%) oraz zależność od innych osób (36%). Największe problemy sprawiały zaburzone funkcje zwieraczy i związane z tym nietrzymanie moczu (80%) oraz stolca (64%). Dla 60% osób problem stanowiła konieczność trwałego pozostawania w łóżku, a także zaparcia (68%) oraz zaburzenia pamięci (40%).

Określenie stopnia samodzielności wg skali ADL pozwoliło stwierdzić że, zdecydowana większość (84%) to osoby o znacznym stopniu niesprawności, niektóre (16%) wymagały jedynie pomocy w zaspokajaniu swoich potrzeb, żadna z badanych osób nie była całkowicie sprawna. Najwięcej problemów ankietowani mieli z ubieraniem i rozbieraniem się (84%), z samodzielnym wstawaniem i przemieszczaniem się z łóżka nie radziło sobie 72%, karmienia wymagała niemal połowa (48%). Całkowitą niesamodzielność w kąpielach, korzystaniu z toalety oraz brak kontroli w wydalaniu moczu i stolca stwierdzono u wszystkich respondentów.

Zestawienie problemów sprawiających trudności w codziennym funkcjonowaniu badanych przedstawiono na rycinie 2.

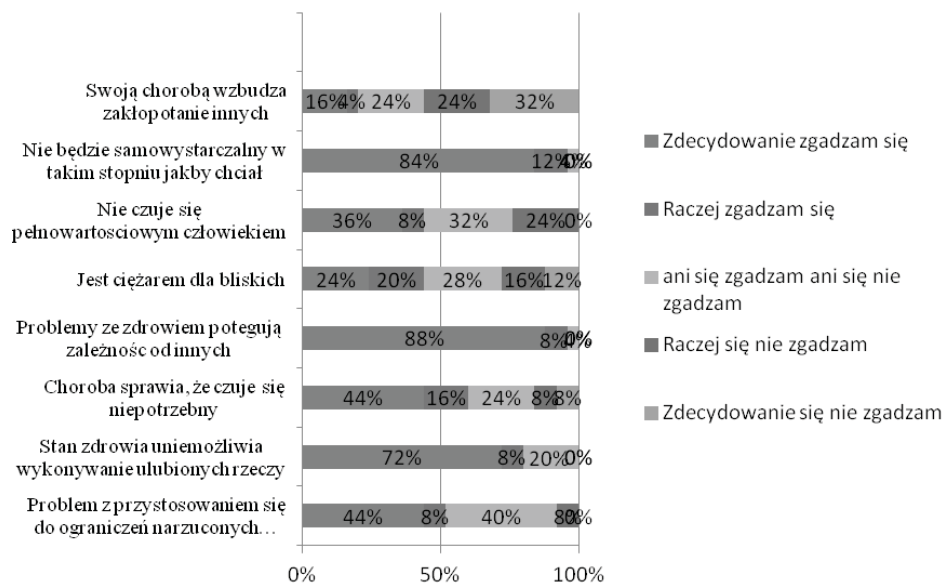


Rycina 2. Zestawienie problemów sprawiających trudności w codziennym funkcjonowaniu badanych

Trwałe unieruchomienie w łóżku stwierdzono u 64% badanych, pogorszenie stanu zdrowia u 44%, zależność od innych osób u 36%, nietrzymanie moczu u 80%, nietrzymanie stolca u 64%, konieczność trwałego pozostawania w łóżku u 60%, zaburzenia pamięci u 40% a zaparcia stolca u 68% ankietowanych.

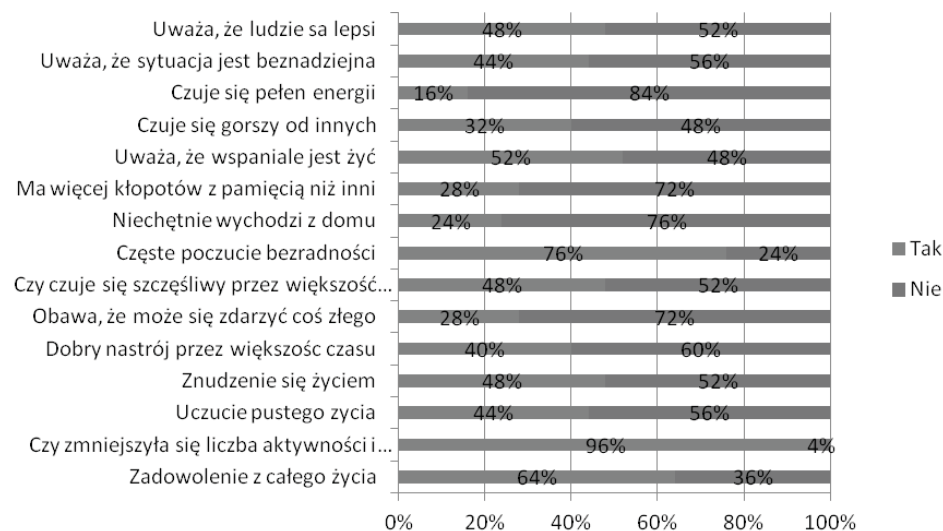
Odpowiedzi badanych w Skali Akceptacji Choroby (ALS) przedstawiono na rycinie 3.

Zastosowanie skali ALS pozwoliło stwierdzić brak akceptacji choroby u 68% pacjentów, 36% zaakceptowało ją na poziomie średnim. Pacjenci uważali, że problemy zdrowotne potęgują zależność od innych osób (88%), nie są samowystarczalni w takim stopniu jakby chcieli (84%), a stan ich zdrowia uniemożliwia wykonywanie ulubionych rzeczy (72%). Taka sama grupa osób (44%) przyznaje, że mają problem z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę i czują się niepotrzebni.



Rycina 3. Struktura badanej grupy według uzyskanych odpowiedzi w Skali Akceptacji Choroby (ALS)

Rycina 4. Przedstawia odpowiedzi badanych w Geriatrycznej Skali Oceny Depresji (GDS).



Rycina 4. Struktura badanej grupy według odpowiedzi uzyskanych w Geriatrycznej Skali Oceny Depresji (GDS)

Dzięki skali GDS objawy sugerujące ciężką depresję wykazano u 36% badanych. Taki sam odsetek nie posiadał nieprawidłowości w tej sferze, symptomy depresji umiarkowanej miało 28%. Prawie wszyscy badani (96%) zauważyli zmniejszenie liczby swoich aktywności i zainteresowań. Znużonych życiem było 48%, niewiele mniej (44%) podało, że ich życie jest puste. Poczucie bezradności miało 76% ankietowanych, 44% widziało beznadzieję swojej sytuacji.

Dyskusja

Każdy człowiek niezależnie od wieku zasługuje na zainteresowanie. Tym bardziej dotyczy to osób, których przeciwność losu zmusiła do opuszczenia swoich domów i spędzania życia z dala od rodziny i znajomych. Osób, które w wyniku swojej ograniczonej czy też całkowitej niesprawności nie mogą robić tego co lubili, realizować swoich planów i zamierzeń. Dlatego w obliczu tego co zgotowało im życie należy pomóc im przejść przez trudny dla nich okres i podnieść jakość ich obecnego funkcjonowania.

Z przeprowadzonych badań wynika, podobnie jak z badań przeprowadzonych w USA, że do placówek opieki długoterminowej są przyjmowane przeważnie osoby powyżej 65 roku życia (The World Health Organization Quality of Life Assessment, WHOQOL, 1998). Utrata samodzielności i uzależnienie od innych osób w podeszłym wieku uzyskane w naszym badaniu i potwierdzone w piśmiennictwie jest najczęściej wynikiem współistnienia wielu chorób, wśród nich wiodącą rolę odgrywa miażdżyca i jej następstwa: przewlekłe niedokrwienie ośrodkowego układu nerwowego, serca, kończyn dolnych, a także nerek, jelit, narządu wzroku. Na ogół obciążeni niedokrwieniem narządowym ludzie starzy mają za sobą udary mózgu i zawały serca, a zmianom somatycznym towarzyszy obniżenie nastroju i sprawności intelektualnej. Schorzenia te prowadzą do występowania u osoby w podeszłym wieku tzw. wielkich problemów geriatrycznych. Osoby starsze częściej są pacjentami placówek ochrony zdrowia i pomocy społecznej (Zakowska – Wachelko, 2000). Depresja uchodzi za jeden z najważniejszych problemów geriatrycznych. U osób starszych depresyjne zaburzenia nastroju oraz zaburzenia świadomości w postaci stanów delirycznych stanowią częsty i poważny problem kliniczny. Depresja jest rozpowszechniona, częstość występowania ocenia się na 4-15-20% w populacji osób w wieku ponad 65 lat. Natomiast częstość głębokich stanów depresyjnych w tej grupie wiekowej wynosi 2 – 4% i jest często nie rozpoznawana. Obraz zaciemniają objawy somatyczno - wegetatywne. Depresyjne obniżenie sprawności intelektualnej (pseudodemencja) bywa rozpoznawane jako otępienie (Grodzicki i wsp. 2007). W naszym badaniu objawy sugerujące ciężką depresję wykazano u 36% badanych, symptomy depresji umiarkowanej miało 28%.

Wyniki badań jakości życia podopiecznych stacjonarnej opieki długoterminowej, dostarczają szeregu danych o poziomie dobrostanu tej grupy społecznej. Oso-

by w podeszłym wieku poddani opiece instytucjonalnej zwykle gorzej oceniają swoją sytuację życiową, traktując pobyt w zakładzie jako zło konieczne, wynikające z utraty samodzielności, niewydolności opiekuńczej rodziny lub wręcz braku środków do życia. Niekiedy bardzo krytycznie oceniają swoje aktualne miejsce i pozycję życiową (Stanisławek i wsp. 2009). Badanie przeprowadzone w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym w Ustrzeszy, są zbieżne z cytowanymi opiniami innych autorów. Zdaniem Trafiałek optymistyczne deklaracje najstarszych respondentów często nie korelują z faktycznym stanem ich zdrowia i są raczej wyrazem pewnej tendencji do zawyżania samooceny wraz z upływem lat, pomimo istniejących obiektywnych problemów zdrowotnych (Trafiałek, 1998).

Wnioski

Przeprowadzone badanie pozwoliło na wyciągnięcie następujących wniosków:

1. Głównymi motywatorami, które skłaniały podopiecznych do podjęcia decyzji o złożeniu wniosku o pobyt w ZOL była niepełnosprawność i brak możliwości sprawowania opieki przez rodzinę, ważnym czynnikiem była także możliwość uzyskania profesjonalnej opieki.
2. Większość pacjentów niekorzystnie oceniała swój stan zdrowia oraz nie akceptowała swojej choroby. Problemy zdrowotne potęgują zależność od innych osób, ograniczają samowystarczalność i uniemożliwiają wykonywanie ulubionych rzeczy.
3. Największe obawy pacjentów wzbudzało pogorszenie stanu zdrowia, możliwość trwałego unieruchomienia w łóżku oraz utrata funkcji poznawczych. Najwięcej trudności w codziennym funkcjonowaniu sprawiało nietrzymanie moczu i stolca oraz zaparcia.
4. Do czynników podnoszących komfort życia pacjentów należy zaliczyć wnikliwą obserwację i zapewnienie spokoju.

Bibliografia

1. Bauman K. (2006) Jakość życia w okresie późnej dorosłości – dyskurs teoretyczny. *Gerontologia Polska*, Tom 14, nr 4, str. 168
2. Budzyńska - Kapczuk A., Wdowiak L., Siwińska V. (2005) Rozwój instytucjonalnej opieki długoterminowej jako element strategii zmian w ochronie zdrowia. *Zdrowie Publiczne* 2005;115(1) str. 83
3. Daszkowska J. (2006) Jakość życia w koncepcjach związanych ze zdrowiem. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego* 2006;2 str. 126
4. Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (2007) *Geriatry z elementami gerontologii ogólnej*. VIA MEDICA. Gdańsk

5. Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M., Skolmowska E. (2010) Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej. Podręcznik dla studiów medycznych. Opieka długoterminowa w Polsce. Kamila Faleńczyk (red.) PZWL Warszawa, str.5
6. Siwińska V., Wdowiak L., Włoch K., Budzyńska-Kapczuk A., Majcher P. (2006) Finansowanie świadczeń w jednostkach organizacyjnych opieki długoterminowej na terenie województwa lubelskiego. Zdrowie Publiczne 116(4) str. 653
7. Stanisławek A., Wdowiak L., Stanisławek D. (2009) Jakość życia w stacjonarnej opiece długoterminowej. Medycyna Rodzinna 4/2009 str.49
8. The World Health Organization Quality of Life Assessment WHOQOL (1998) Development and general psychometric properties. Social Science and Medicine 46(12);1569-1585
9. Trafiałek E. (1998) Człowiek stary w Polsce w latach 1994-1997. Wydawnictwo Śląsk, Katowice
10. Trojanowska A. (2011) Znaczenie badań nad jakością życia w medycynie. Zdrowie Publiczne;121(1) str. 100.
11. Trzebiatowski J. (2011) Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych. Hygeia Public Health;46(1) str. 25
12. Wnuk M., Marcinkowski J. (2012) Jakość życia jako pojęcie pluralistyczne o charakterze interdyscyplinarnym. Problemy Higieny i Epidemiologii;93(1) str. 21
13. Żakowska – Wachelko B. (2000) Zarys medycyny geriatrycznej. PZWL, Warszawa

Liczba znaków ze spacjami: 18 301 + 5025 (grafika)