

Klinika Geriatrii Akademii Medycznej w Białymstoku  
Department of Geriatrics Medical Academy of Białystok

HALINA DOROSZKIEWICZ, BARBARA BIEŃ

***Family care for the ADL - dependent elderly and requirement for the  
community nurse services.***

---

**Opieka rodzinna nad człowiekiem starszym niesprawnym  
a zapotrzebowanie na środowiskowe świadczenia pielęgniarские\***

Pogarszanie się zdrowia i sprawności w procesie starzenia prowadzi do zjawiska uzależnienia osób starszych od pomocy opiekunów rodzinnych i wzrostu zapotrzebowania na środowiskową opiekę pielęgniarскую [2]. Celem badań było określenie potencjalnego zapotrzebowania na usługi opiekuńcze rodziny i domowe świadczenia pielęgniarکی środowiskowej wśród niesprawnych ruchowo osób w późnej starości.

**MATERIAŁ I METODY**

Kryterium doboru próby (N=90) była niepełnosprawność ruchowa wg J. Piotrowskiego [5] wśród osób w wieku 77 lat i starszych zamieszkujących zdefiniowany obszar najstarszej demograficznie śródmiejskiej dzielnicy Białegostoku. Badanie przeprowadzono w 2002 roku wśród reprezentacji osób w zaawansowanej starości, wyłonionej w 2000 roku drogą losowania systematycznego [1], które przeżyły owe dwa lata. Wskaźnik odpowiedzi wyniósł 66,1%, głównie z powodu zgonów – 75,6%, odmowy udziału w badaniu – 14,1% lub niedostępności pod wskazanym adresem – 10,3 %. W próbie znalazły się osoby spełniające jeden z wymienionych kryteriów niesprawności ruchowej: grupa II - osoby sprawnie poruszające się po domu, ale z trudnością poza domem, grupa III - osoby z trudnością poruszające się po domu, ale niezdolne do samodzielnego chodzenia poza domem, grupa IV - osoby stale pozostające w łóżku, bądź fotelu. Zastosowanie przedstawionego doboru próby badawczej miało na celu dotarcie do grupy pacjentów o potencjalnie największym zapotrzebowaniu na świadczenia opiekuńcze – pielęgnacyjne. Narzędziem badawczym był standaryzowany kwestionariusz EASY-Care v1999-2002, który zawiera 100 punktową skalę czynności życiowych ADL (Activities of Daily Living), skalę oceny funkcji poznawczych wg Katzmana [3] oraz Geriatryczną Skalę Depresji [6]. Za osoby niesprawne uważano takie, które nie były zdolne do samodzielnego wykonania określonych czynności życia codziennego, bądź plasowały się w patologicznym zakresie skal oceniających funkcje emocjonalne lub poznawcze. Dodatkowo, podawano kwestionariusz uzupełniający własnej konstrukcji. Analizę statystyczną przeprowadzono przy pomocy programu Statistica 6.0. Za poziom istotności przyjęto  $p < 0,05$ .

---

\* Praca zrealizowana w ramach projektu badawczego AMB nr 4-01597P/2004

## WYNIKI

### 1. CHARAKTERYSTYKA DEMOGRAFICZNA I SPOŁECZNO – EKONOMICZNA OSÓB BADANYCH

Szczególne zbiorowość, jaką stanowią niepełnosprawne ruchowo osoby w późnej starości, to w 71% kobiety, a tylko w 29% mężczyźni. Najstarsza badana osoba miała 92 lata, najmłodsza - 77 lat. Średni wiek był porównywalny dla obu płci i wynosił odpowiednio dla mężczyzn – 81,2 lata, zaś dla kobiet – 81,6 lat. Zdecydowaną większość, bo niemal dwie trzecie (64%) niesprawnych ruchowo osób starszych pozostawało w stanie wdowieństwa, a dodatkowo 7% w stanie bezżenności. Aż 80% kobiet było owdowiałych, a 8% niezamężnych. Wśród mężczyzn w analogicznej sytuacji pozostawało jedynie 27% wdowców i 4% kawalerów – pozostali mężczyźni pozostawali nadal w 69% w związku małżeńskim. Różnice pomiędzy grupami płci a stanem cywilnym badanych były wysoce znamienne statystycznie.

Analiza sposobu zamieszkiwania osób starszych pozwoliła ustalić, że w znacznie gorszej sytuacji pozostają kobiety - samotnie mieszkała co druga z nich (52%) i jedynie co piątą mężczyznę (19%). Zdecydowana większość osób starszych oceniła swoje warunki mieszkaniowe jako dobre - 69% lub bardzo dobre - 9%, zaś 19% jako przeciętne, a jedynie 3% jako złe. Warunki materialne 63% badanych oceniła jako zadawalające, 20% jako dobre, zaś 17% jako złe. Gorszą sytuację materialną znamienne częściej deklarowały kobiety w porównaniu do mężczyzn (20% versus 8%), co można wyjaśnić ich niższym statusem wykształcenia i wyższą częstością wdowieństwa.

### 2. STRUKTURA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LOKOMOCYJNEJ BADANEJ ZBIOROWOŚCI

Niemal połowa (46,7%) niesprawnych ruchowo osób w późnej starości odznaczała się umiarkowanym stopniem tej niepełnosprawności, tj. z łatwością poruszało się po własnym mieszkaniu, ale miało trudności w samodzielnym chodzeniu poza nim. Pozostałe osoby można zaliczyć do grupy o poważnym stopniu upośledzenia sprawności lokomocyjnej, ponieważ nie były w stanie samodzielnie wychodzić ze swego domu (46,7%) lub przykute były do łóżka lub fotela (6,6%). Klasyfikacja badanych do grupy o umiarkowanym (II grupa wg Piotrowskiego) lub poważnym (III i IV grupa wg Piotrowskiego) stopniu niesprawności lokomocyjnej, określanej zamiennie niesprawnością ruchową, posłużyła w dalszych analizach jako zmienna zależna wobec kolejnych analizowanych parametrów (zmienne niezależne).

### 3. STAN ZDROWIA NIESPRAWNYCH RUCHOWO OSÓB STARSZYCH W OCENIE SUBIEKTYWNEJ

Żadna z badanych osób starszych nie oceniła swojego zdrowia jako bardzo dobre, a tylko, co dziesiąta jako dobre, natomiast niemal wszystkie pozostałe osoby oceniły je jako przeciętne lub złe (90%). Samoocena stanu zdrowia w wysokim stopniu związana była z lokomocją badanych. Znamienne gorzej stan swojego zdrowia oceniały osoby z poważnym upośledzeniem sprawności ruchowej.

### 4. ZABURZENIA EMOCJONALNE I POZNAWCZE WŚRÓD OSÓB NIESPRAWNYCH RUCHOWO

U ponad połowy osób starszych stwierdzono nieprawidłowy wynik Geriatrycznej Skali Depresji. Częściej depresję można było podejrzewać u kobiet (60% w stosunku do 50% mężczyzn), przy czym różnice między grupami płci nie były istotne statystycznie (tabela 1). Wysoce znamienne częściej deficytem emocjonalnym dotknięte były osoby poważnie upo-

śledzone ruchowo. Nieprawidłowy wynik Testu Upośledzenia Funkcji Poznawczych stwierdzono u blisko 30% badanych osób (23% mężczyzn i 31% kobiet).

Tabela 1. Zaburzenia emocjonalne i poznawcze wśród osób starszych niesprawnych ruchowo (w %)

	Niesprawność ruchowa						Razem N=90
	Umiarkowana [n=42]			Poważna [n=48]			
	M	K	Ogółem	M	K	Ogółem	
<b>Geriatryczna Skala Depresji*[p&lt;0,05]</b>							
Wynik prawidłowy	68,8	53,9	59,5	20,0	31,6	29,2	43,3
Zaburzenia emocjonalne	31,2	46,1	40,5	80,0	68,4	70,8	56,7
Razem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Test Upośledzenia Funkcji Poznawczych*[p&lt;0,001]</b>							
Wynik prawidłowy	93,8	92,3	92,9	50,0	52,6	52,1	71,1
Zaburzenia poznawcze	6,2	7,7	7,1	50,0	47,4	47,9	28,9
Razem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

\*wartość p dla różnic między umiarkowaną a poważną niesprawnością lokomocyjną

## 5. UZALEŻNIENIE W CZYNNOŚCIACH ŻYCIA CODZIENNEGO (ADL) A ZAPOTRZEBOWANIE NA OPIEKĘ

Tabela 2. przedstawia rozpowszechnienie występowania niesprawności w zakresie 17 czynności ADL w objętej badaniem zbiorowości. Jako osoby niesprawne uważano takie, które niezdolne były do samodzielnego wykonania danej czynności. Kwestionariusz umożliwiał w takim przypadku identyfikację osoby - opiekuna, który pomagał lub wyręczał osobę badaną w danej czynności. Wymienione w kwestionariuszu EASY – Care czynności życia codziennego uporządkowano zgodnie ze stopniem rozpowszechnienia niesprawności. U ponad trzech czwartych badanych osób starszych w późnej starości niesprawnych ruchowo stwierdzano utratę możliwości samodzielnego „wykonywania ciężkich prac domowych”. Dwie trzecie badanych utraciło zdolność samodzielnego chodzenia poza domem, po schodach, robienia zakupów oraz rozporządzania pieniędzmi. Ponad połowa osób badanych nie radziła sobie z kąpielą, a niemal, co druga osoba – nie była w stanie samodzielnie przygotować posiłku. Co czwarta osoba starsza niesprawna ruchowo utraciła zdolność samodzielnego przyjmowania leków. Nieco mniejszy odsetek osób miał trudności w samodzielnym poruszaniu się po mieszkaniu oraz w korzystaniu z telefonu. Wśród czynności o typie podstawowym, aż co trzecia osoba starsza podawała utratę kontroli nad sprawnym trzymaniem moczu, co dziesiąta trudności w czynnościach samoobsługowych, takich jak ubieranie się, przemieszczanie się z łóżka na fotel, dbanie o wygląd zewnętrzny. Około 7% osób badanych było niezdolnych do wykonywania czynności samoobsługowych takich jak, korzystanie z WC, spożywanie posiłków czy sprawne trzymanie moczu.

Tabela 2. Częstość występowania uzależnienia w zakresie ADL ze wskazaniem opiekuna a zapotrzebowanie na domowe wizyty pielęgniarki środowiskowej (w %).

Funkcje ADL	Częstość występowania uzależnienia N=90 (w %)	Zapotrzeb.na domową wizytę pielęg. (w %)	Kto pomaga? [% uzależnionych w zakresie czynności ADL]						
			Małżonek	Członkowie rodziny	Przyjaciel sąsiad	Oplacana pomoc	Publiczna pomoc	Brak dostępnej pomocy	Razem
Instrumentalne									
Prace domowe	78,9	50,7	50,0	38,9	-	-	11,1	-	100,0
Chodzenie poza domem	68,9	58,1	66,7	33,3	-	-	-	-	100,0
Zakupy	66,7	60,0	61,5	23,1	-	-	15,4	-	100,0
Przygotowanie posiłków	45,6	58,5	57,1	21,4	-	7,2	14,3	-	100,0
Chodzenie po schodach	62,2	64,3	61,5	30,8	-	-	-	7,7	100,0
Rozporządzanie pieniędzmi	62,2	55,4	50,0	35,7	-	-	14,3	-	100,0
Przyjmowanie leków	23,3	62,3	83,3	-	-	-	16,7	-	100,0
Korzystanie z telefonu	17,8	75,0	100,0	-	-	-	-	-	100,0
Poruszanie się po mieszkaniu	16,7	73,3	25,0	25,0	-	-	25,0	25,0	100,0
Podstawowe									
Korzystanie z wanny/prysznic	56,7	60,8	58,3	33,3	-	-	8,4	-	100,0
Nietrzymanie moczu	36,7	57,6	33,3	-	-	-	33,3	33,4	100,0
Ubieranie się	12,2	90,9	50,0	-	-	-	50,0	-	100,0
Przemieszczanie	11,1	80,0	33,3	33,3	-	-	33,4	-	100,0
Dbanie o wygląd zewnętrzny	11,1	80,0	50,0	-	-	-	50,0	-	100,0
Korzystanie z WC	6,7	83,3	33,3	66,7	-	-	-	-	100,0
Nietrzymanie stolca	6,7	83,3	50,0	-	-	-	50,0	-	100,0
Spożywanie posiłków	5,6	80,0	40,0	40,0	20,0	-	-	-	100,0

Drugim zagadnieniem, na którym koncentruje się tabela jest identyfikacja osoby zaangażowanej w pomoc usługową. Wyniki wskazują, iż najczęściej pomocą służy współmałżonek, którego, a raczej której, udział waha się od 25 do 100%. Nieco rzadziej pomocy w zakresie poszczególnych funkcji ADL udzielają inni członkowie rodziny (21 – 67%). Marginalny odsetek stanowi pomoc przyjaciela, sąsiada oraz prywatnie opłacana.

Pomoc publiczna we wszystkich przypadkach niesprawności była udziałem sióstr PCK, zaś w żadnym pielęgniarki środowiskowej. Na szczególną uwagę zasługuje kategoria osób pozostających bez dostępnej pomocy i wsparcia, pozbawionych możliwości wychodzenia z domu. Z jednej strony nieobecność pielęgniarki środowiskowej wśród bezpośrednich usługodawców ocenianych deficytów funkcji ADL jest w pełni zrozumiała – celowi temu winien służyć personel pomocniczy, w tym siostry PCK, z drugiej jednak strony interesującym jest poznanie roli eksperta problemów środowiskowych, czyli pielęgniarki środowiskowej. Jak wynika z badań ponad trzy czwarte (78%) niesprawnych ruchowo osób w zaawansowanej starości nie doświadczyło ani jednej wizyty pielęgniarki środowiskowej w swoim domu w okresie ostatniego roku. Kontakt taki podawała jedynie, co piąta osoba (20 osób, co sta-

nowi 22%). Biorąc pod uwagę specyfikę badanej zbiorowości w zasadzie wszyscy podopieczni powinni doświadczyć przynajmniej jednego kontaktu z pielęgniarką środowiskową w celu rozpoznania, porady, czy pomocy w organizowaniu usług.

Blisko połowa badanych osób starszych (47%) postulowała o domową wizytę pielęgniarki środowiskowej. Zapotrzebowanie na domowe wizyty pielęgniarskie wśród osób niesprawnych ruchowo jest niemal powszechne (od 50 do 91%), tak jak powszechne jest uzależnienie od pomocy opiekuna w zakresie funkcji fizycznych (tabela 2).

Znamiennie częściej uzyskaniem wizyty zainteresowane były osoby o poważnym upośledzeniu ruchowym w stosunku do osób umiarkowanie niesprawnych, jak również osoby z niesprawnością w zakresie funkcji poznawczych i emocjonalnych. Nie obserwowano podobnych zależności między zapotrzebowaniem na domowe wizyty pielęgniarki a płcią, stanem cywilnym, sposobem zamieszkiwania.

Tabela 3. Zapotrzebowanie a świadczenie domowych wizyt pielęgniarki środowiskowej

Zapotrzebowanie na domową wizytę pielęgniarki środowiskowej			
	Tak	Nie	Razem (N=90)
%	46,7	53,3	100,0
Czy w okresie ostatnich 12 - miesięcy odwiedziła Pana/ią w domu pielęgniarka środowiskowa? [p=0,05]			
Tak	35,0	65,0	100,0
Nie	58,6	41,4	100,0

Analiza zapotrzebowania na domowe wizyty pielęgniarskie w zestawieniu z zaistniałymi kontaktami z pielęgniarką w okresie ostatniego roku, pozwoliła stwierdzić, iż znamiennie częściej zapotrzebowanie wyrażały osoby, które nie doświadczyły ani jednej wizyty pielęgniarki środowiskowej w swoim domu w tym okresie (tabela 3). Osoby takie oczekiwały od pielęgniarki głównie wsparcia duchowego, pocieszenia, otuchy.

## OMÓWIENIE

Przedstawione wyniki wskazują przede wszystkim na bardzo wysokie rozpowszechnienie niepełności fizycznej i psychicznej osób niesprawnych ruchowo w zaawansowanej starości. Złożony charakter różnego typu dysfunkcji prowadzi do konieczności angażowania najbliższej rodziny do pomocy w codziennych czynnościach życiowych [1]. Udział profesjonalistów w zakresie usług pomocowych jest marginalny, mimo potencjalnie ogromnego zapotrzebowania możliwego do oszacowania standaryzowanymi skalami. Jednoznacznie dowodzą tego uzyskane wyniki. Świadczenie opieki nad człowiekiem starszym zazwyczaj wszędzie pozostaje domeną rodziny [4], jednak wykazany w badaniu deficyt pielęgniarskiego wsparcia środowiskowego jest rzeczą wysoce niepokojącą. Uzasadnia to celowość prowadzenia regularnych profilaktycznych wizyt domowych wśród osób najstarszych, zwłaszcza niesprawnych ruchowo w celu trafnego adresowania pomocy i świadczenia opieki zgodnej z zapotrzebowaniem.

## WNIOSKI

1. Świadczenie opieki nad człowiekiem starszym niesprawnym pozostaje domeną rodziny przy marginalnym udziale pomocy publicznej.
2. Zapotrzebowanie na domowe świadczenia pielęgniarskie wśród osób niesprawnych ruchowo w zaawansowanej starości jest niemal powszechne, tak jak powszechne jest

uzależnienie od pomocy opiekuna w zakresie funkcji fizycznych i psychicznych. Brak profilaktycznych wizyt pielęgniarskich stanowi istotne ograniczenie w diagnozowaniu i możliwości interwencji problemów środowiskowych osób starszych niesprawnych.

### PIŚMIENNICTWO

1. Bień B. i wsp.: Starość pod ochroną. Opiekunowie rodzinni niesprawnych osób starych w Polsce. Porównawcze Studium Środowiska Miejskiego i Wiejskiego. Oficyna Wydawnicza TEXT, Kraków 2001.
2. Doroszkiewicz H., Bień B.: Środowiskowa opieka pielęgniarska nad osobami w późnej starości. *Gerontologia Polska* 2003, 11 (1):22-26.
3. Katzman R., Aronson M., Fuld P.: Development of dementing illness in 80 – year – old volunteer cohort. *Ann. Neurol.* 1989, 25, 317-324.
4. Philp I. (Ed.): *Family Care of Older People in Europe*. Biomedical and Health Research. IOS Press Ohmsa, Amsterdam, Berlin, Oxford, Tokyo, Washington 2001.
5. Piotrowski J.: *Miejsce człowieka starego w rodzinie i w społeczeństwie*. PWN, Warszawa 1973.
6. Yesavage J. A.: Geriatric Depression Scale. *Psychopharmacol. Bull.* 1988, 24, 709-710.

### STRESZCZENIE

Celem pracy jest określenie zapotrzebowania na usługową pomoc rodziny oraz pielęgniarki środowiskowej wśród osób w późnej starości niesprawnych ruchowo. Narzędziem badawczym był standaryzowany kwestionariusz EASY –Care oraz dodatkowo kwestionariusz własnej konstrukcji. Badania przeprowadzono wśród 90 osób w późnej starości niesprawnych ruchowo zamieszkujących śródmieście Białegostoku. Wyniki badań wskazują, iż blisko 80% osób starszych niesprawnych ruchowo nie było zdolnych do samodzielnego wykonywania prac domowych, nieco mniejszy odsetek 69% - chodzenia poza domem. Pomoc osobom starszym niesprawnym najczęściej świadczą członkowie rodziny, a zapotrzebowanie na środowiskowe świadczenia pielęgniarskie jest niemal powszechne przy niedostatecznej podaży takich usług. Brak profilaktycznych wizyt pielęgniarskich stanowi istotne ograniczenie w diagnozowaniu i możliwości interwencji problemów środowiskowych osób starych niesprawnych.

### SUMMARY

The aim of the paper is description of the requirement for the family support as well as for community nurse services for the ADL-dependent older persons with locomotive disability. The questionnaire study was carried out among 90 persons in advance old age living in down town of Białystok. The results have shown that nearly 80% of studied persons were ADL-dependent and 69% were unable to go out-side of their home. Family members are the most prevalent group of caregivers as well as high are the requirements for the services of the community nurse. The delivery of the latter one is insufficient. Lack of the regular nursing screening in older population could be responsible for insufficient delivery of the public support for the disabled elderly living in the community.