

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Jakość życia pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej „Złota Jesień” w Raciborzu – badania własne**Life quality of residents of the nursing home “Golden Autumn” in Raciborz – based on the author’s own research**IZABELA WRÓBLEWSKA^{P-G}, ANNA IWANECZKO^{A-C}Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
Prorektor ds. Naukowo-Dydaktycznych: dr n. med. Izabela WróblewskaA – Study Design, B – Data Collection, C – Statistical Analysis, D – Data Interpretation, E – Manuscript Preparation,
F – Literature Search, G – Funds Collection

Streszczenie Wstęp. Starość jest naturalnym okresem w życiu każdego człowieka, w którym szczególnie istotna staje się jakość życia. W starszym wieku zależy ona głównie od zdrowia seniora, jego relacji z innymi ludźmi, od tego, jak człowiek przeżywał swoją młodość, jak postrzega siebie obecnie, czy występuje u niego wielochorobowość, czy jest zależny od pomocy osób trzecich i czy jest aktywny fizycznie i psychicznie. Jakość życia osoby starszej będzie wyższa w momencie, gdy senior będzie robił to, co lubi oraz to, co lubił robić w młodości, a na co pozwala mu stan zdrowia oraz gdy zapewni się mu odpowiednią opiekę, możliwie zwiększy samodzielność i będzie dbał o utrzymanie sieci znajomych.

Cel badań. Ocena jakości życia pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej „Złota Jesień” w Raciborzu.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono w listopadzie 2011 r. na grupie 40 osób, w tym 29 kobiet i 11 mężczyzn, w wieku 51–89 lat, przebywających w Domu Pomocy Społecznej „Złota Jesień” w Raciborzu. Wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety.

Wyniki. Ankietowani są zadowoleni z możliwości i częstotliwości kontaktów z rodziną (100%), pracy personelu (92%), relacji z nim (57%) oraz niesionej pomocy (82%), a także z warunków sanitarnych i bytowych (100%), atmosfery panującej w ośrodku (62%), oferowanej opieki zdrowotnej (92%) i dostępności do zabiegów i ćwiczeń rehabilitacyjnych (100%), co powoduje, że swoją jakość życia oceniają na wysokim poziomie (68%).

Wnioski. Większość ankietowanych mieszkańców DPS-u stanowią owdowiałe kobiety utrzymujące się z emerytury, które mimo wielochorobowości i uzależnienia od pomocy osób innych wysoko oceniają swoją jakość życia.

Słowa kluczowe. osoba starsza, opieka, jakość życia.

Summary Background. Old age is a natural period in everyone’s life, in which quality of life becomes particularly significant. Life quality in old age is dependent mainly on senior’s health, relationships with others, how he lived through his youth, how he perceives himself, does he suffer from multiple morbidities, is he independent from the assistance of others and does he remain physically active. Quality of life of an elderly person will improve if the senior is involved in activities that he enjoys and also those that he performed in his youth and which are still feasible for him to enjoy thanks to sufficiently good health, appropriate care, increased independence and sustaining of a network of acquaintances.

Objectives. Evaluation of life quality of residents of the nursery home “Golden Autumn” in Raciborz based on the author’s own research.

Material and methods. The research was conducted in November 2011 on a group of 40 people, i.e. 29 women and 11 men, aged 51–59 and residing in the nursery home “Golden Autumn” in Raciborz. The use was made of a questionnaire created by the authors.

Results. The interviewees are satisfied by the possibility and frequency of their contacts with family (100%), work performance of the personnel (92%), relationship with the personnel (57%), assistance provided (82%) and also sanitary and residential conditions (100%), the atmosphere of the institution (62%), health care given (92%) and availability of rehabilitating treatments and procedures (100%), which altogether results in seniors assessing their life quality as high (68%).

Conclusions. Majority of interviewed residents of the nursing home comprises of widowed women that support themselves through pension and who, despite of multiple morbidities and dependence from others, assess their life quality as being high.

Key words. elderly person, care, quality of life.

Wstęp

Starość jest naturalnym okresem w życiu każdego człowieka, w którym szczególnie istotną staje się jakość życia. W starszym wieku zależy ona głównie od zdrowia seniora i jego relacji z innymi ludźmi, a także od tego, jak człowiek przeżywał swoją młodość, jak postrzega siebie obecnie, czy występuje u niego wielochorobowość, czy jest niezależny od pomocy osób trzecich i czy jest aktywny fizycznie i psychicznie. Jakość życia osoby starszej będzie wyższa w momencie, gdy senior będzie robił to, co lubi oraz to, co lubił robić w młodości, a na co pozwala mu stan zdrowia oraz gdy zapewni się mu odpowiednią opiekę, możliwie zwiększy samodzielność i będzie dbało o utrzymanie sieci znajomych [1, 2].

Przy ocenie jakości życia należy brać pod uwagę nie tylko obiektywną ocenę stanu rzeczy, a więc określenie stosunku potrzeb jednostki do stanu zasobów otoczenia, które pozwalają na ich zaspokojenie, ale przede wszystkim zdanie pacjenta [3]. Istotne w nim stają się stany psychiczne towarzyszące człowiekowi podczas zaspokajania przez niego swoich potrzeb, mające decydujący wpływ na ocenę swojego życia. W okresie starzenia się do typowych odczuć należą lęk, samotność i osamotnienie, których efektem jest niezaspokojenie podstawowych potrzeb, a wśród nich poczucia bezpieczeństwa czy przynależności do grupy. Wiele osób starszych boi się śmierci, odczuwa lęk przed nią, czemu może towarzyszyć szeroka gama uczuć i emocji od neutralnych do negatywnych [4].

Jakość życia charakteryzowana jest również przez daną jednostkę przez wartości, jakie określa ona jako ważne dla niej samej. Ważnym aspektem są więc walory o charakterze społecznym i indywidualnym, kiedy rozwój osobowości człowieka uwarunkowany jest potrzebami skierowanymi do siebie samego. Istotne jest też posiadanie swojego miejsca w życiu, a co jest z tym związane – odpowiedzialność za własny los, pracę zawodową, działalność społeczną oraz uczestnictwo w kulturze i wspólnocie [5].

Jednym z wyznaczników jakości życia są wartości witalne, a więc sprawność i tężyzna fizyczna [5]. Nie bez znaczenia są wartości duchowe, które pozwalają na zachowanie równowagi między stanem fizycznym a duchowym, co w przypadku osób starszych może objawiać się w docenianiu wartości religijnych [1, 5]. Człowiek, jako jednostka społeczna, potrzebuje także kontaktów międzyludzkich, co u seniorów oznacza, że aby jakość życia była wysoka, należy przygotować ich do pełnienia nowej roli społecznej w grupie i jednocześnie należy przygotować do tego jego otoczenie [1].

Wszystkie wymienione czynniki mają istotne znaczenie w codziennym funkcjonowaniu osób starszych i mają decydujący wpływ na ich jakość życia. Niektóre z nich mogą być modyfikowane,

do czego niezbędne jest rozpoznanie problemu. Nie jest to proste w przypadku osób starszych, ponieważ występuje u nich zmienność i wielość badanych cech oraz indywidualnych potrzeb, które dodatkowo mogą być maskowane przez występowanie różnego rodzaju schorzeń. Mimo to badanie jakości życia jest wysoce uzasadnione i ma na celu przybliżenie sytuacji życiowej jednostki, we wszystkich aspektach jej życia oraz obszarach funkcjonowania, do stanu oczekiwanego [1, 6].

Cel badań

Celem badań była ocena jakości życia pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej „Złota Jesień” w Raciborzu.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono w listopadzie 2011 r. Grupę badawczą stanowiło 40 osób, w tym 29 kobiet i 11 mężczyzn przebywających w Domu Pomocy Społecznej „Złota Jesień” w Raciborzu. Do tego celu wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety zawierający pytania zamknięte.

Większość grupy stanowiły osoby powyżej 81. roku życia (50%), następnie w wieku 71–80 lat (25%), 61–70 lat (10%) i 51–60 lat (15%). Ankietowani zanim zostali mieszkańcami DPS-u mieszkali w miastach < 100 tys. mieszkańców (50%), na wsi (33%) lub w miastach > 100 tys. mieszkańców (17%).

Spśród pensjonariuszy największą część stanowiły osoby samotne (65%), dalej rozwiedzione (20%) i na tym samym poziomie zamężne oraz panny i kawalerowie (7,5%). Badani mieli w większości wykształcenie zawodowe (47%), a następnie według kolejności: podstawowe (30%) lub średnie (23%), nie było nikogo z wykształceniem wyższym. Ankietowani utrzymywali się z emerytury (52%) lub renty (46%), jedna osoba pozostawała na utrzymaniu rodziny (2%), nikt nie pracował czynnie zawodowo.

Wyniki

Według respondentów głównymi celami DPS powinno być zapewnienie opieki zdrowotnej, dobrych warunków mieszkalnych i dobrego wyżywienia oraz atrakcyjne zagospodarowanie wolnego czasu (84%). Czterech (10%) badanych podkreślało, że DPS powinien głównie zapewniać opiekę zdrowotną, po 1 osobie (3%) uznało, że celem tym powinno być zapewnienie spokojnej i godnej starości oraz atrakcyjne zagospodarowanie czasu. Ten z kolei badani najchętniej spędzali by z rodziną i znajomymi (24%), a także na oglądaniu telewizji (22%), czytaniu książek (19%), zajęciach grupowych (17%),

sluchaniu radia (13%) oraz pracy w ogrodzie (5%). Większość ankietowanych (87%) jest zadowolona z zagospodarowania swojego wolnego czasu oraz możliwości i częstości kontaktów z rodziną (100%). Czują się też bezpiecznie w opisywanym DPS-e (100%). Są zadowoleni z pracy personelu (92%), relacji z nim (57%) oraz niesionej pomocy (82%), a także z warunków sanitarnych i bytowych (100%), atmosfery panującej w ośrodku (62%), oferowanej opieki zdrowotnej (92%) i dostępności do zabiegów i ćwiczeń rehabilitacyjnych (100%). Nie są zadowoleni z odpłatności za pobyt w ośrodku (57%).

Ankietowani ocenili oferowaną w badanym DPS-e opiekę na poziomie dobrym (tab. 1), a serwowane wyżywienie na poziomie bardzo dobrym (77%).

Tabela 1. Ocena poziomu opieki zapewnianej przez DPS		
Pani/Pana zdaniem opieka, jaką zapewnia DPS jest:		
	<i>n</i>	%
Bardzo dobra	13	33
Dobra	24	59
Dostateczna	3	8
Nieodpowiednia	0	0
Suma	40	100

U ankietowanych występuje wielochorobowość, a najczęściej diagnozowanym schorzeniem jest cukrzyca (tab. 2). Na pytania dotyczące występujących schorzeń ankietowani mieli możliwość udzielenia kilku odpowiedzi.

U 26 ankietowanych (65%) schorzenie zostało zdiagnozowane około 10 lat temu, u 11 osób (27,5%) od roku do trzech lat wstecz, a u trzech (7,5%) – krócej niż pół roku temu. Informacja o chorobie spowodowała u 21 badanych (52,5%) obniżenie nastroju i utratę chęci do życia, dla 13 osób (32,5%) informacja ta była szokiem, powodem zmartwienia i strachu, dla 5 (12,5%) nie miała większego wpływu na ich dotychczasowe życie, a jedna osoba (2,5%) wiadomość o chorobie przyjęła spokojnie.

Jednocześnie 15 (37,5%) osób uważa, iż choroba przeszkadzała im nieco w codziennym życiu, 13 (32,5%) twierdzi, że im je utrudnia, a 12 (30%) ankietowanych nie stwierdziło, by przeszkadzała im na co dzień. Spośród ankietowanych osób 22 (55%) są w pełni samodzielne w wykonywaniu czynności dnia codziennego, 13 (32,5%) jest w stanie wykonać je z pomocą opiekuna, a 5 (12,5%) potrzebuje całkowitej pomocy w funkcjonowaniu.

Większość badanych (57%), mimo że choroba uniemożliwia im wychodzenie z pokoju, nie uważają się za odizolowanych od otoczenia, 14 seniorów (35%) wychodzi z pokoju z czyjąś pomo-

Tabela 2. Najczęstsze schorzenia ankietowanych mieszkańców DP

Jednostka chorobowa	Liczba ankietowanych osób (<i>n</i>)	%
Cukrzyca	34	17
Nadciśnienie	26	13
Choroby kości i stawów	22	11
Choroby serca	20	10
Zaburzenia snu	16	8
Choroby żołądka i jelit	13	7
Migreny, bóle głowy	14	7
Inne	12	6
Choroby płuc	9	5
Choroby wątroby	7	4
Żylaki	7	4
Choroby tarczycy	5	3
Alergie	3	2
Choroby neurologiczne	4	2
Choroby nowotworowe	1	1

cą, natomiast 3 osoby (8%) czują się „uwięzione” w swoich pokojach z powodu choroby.

Nikt z badanych nie ocenił swojego stanu zdrowia jako bardzo dobrego, 18 badanych (45%) oceniło go na poziomie dobrym, 19 (47,5%) na dostatecznym, a 3 (7,5%) stwierdziło, że jest zły.

Dyskusja

Ocena jakości życia i ewentualne jej poprawa staje się we współczesnym świecie jednym z istotniejszych zadań pracowników ochrony zdrowia. Mają oni wpływ na niektóre zmienne czynniki jakości życia, takie jak: stopień akceptacji choroby przez pacjenta, strategie radzenia sobie ze stresem, zachowania zdrowotne czy wzmoczenie wsparcia społecznego [7]. Sytuacja ta ma szczególne znaczenie dla osób starszych, którzy zaczynają być dominującym odbiorcą usług medycznych, a u których podniesienie jakości życia spowoduje nie tylko większą niezależność, ale także może zmniejszyć zapotrzebowanie na oferowaną pomoc [8].

Z przeprowadzonych badań wynika, że jakość życia pensjonariuszy w DPS „Złota Jesień” w Raciborzu znajduje się na wysokim poziomie. Wyniki są szczególnie zadowolające, ponieważ mieszkańcami DPS-u są głównie osoby starsze cierpiące na schorzenia związane z zaawansowanym wiekiem, a jak wykazują badania [4, 9], to głównie problemy ze zdrowiem są

przyczyną obniżenia jakości życia seniorów. Dodatkowo są to osoby samotne, pochodzące z małych miast, które mają wykształcenie zawodowe i utrzymują się głównie z emerytury. Jest to więc populacja, która ze względu na swój zaawansowany wiek, wielochorobowość, a przede wszystkim samotność nie jest w stanie funkcjonować samodzielnie. Sytuacja ta w dużej mierze tłumaczy zadowolenie poddanych badaniom seniorów z okazywanej przez personel ośrodka pomocy oraz zapewnionej opieki medycznej, która w dużej mierze umożliwiała i poprawiała sprawne funkcjonowanie osobom starszym w porównaniu z tym, jakie mieli w miejscu zamieszkania. Okazywane przez personel medyczny i najbliższych wsparcie społeczne ma według badaczy tematu decydujący wpływ na dobre samopoczucie seniorów [4, 6]. Większość ankietowanych była usatysfakcjonowana w tej kwestii. Do ich dobrego samopoczucia przyczyniło się także zadowolenie z oferowanych warunków socjalno-mieszkaniowych, które rekompensowały niedogodności związane z koniecznością zmiany otoczenia i przeprowadzką, a tym samym zmianą nawyków oraz rozkładu dnia, co jest zazwyczaj przyczyną stresu dla osoby w podeszłym wieku [9].

Na podstawie odpowiedzi ankietowanych można stwierdzić, że są oni zadowoleni z pracy personelu ośrodka, który według nich wykonują rzetelnie powierzone zadania, zapewniając tym samym wysoki standard życia jego mieszkańcom.

Opisywany DPS, oprócz zakwaterowania, żywienia i opieki medycznej, oferuje swoim pod-

opiecznym wiele możliwości spędzania wolnego czasu, zarówno indywidualnie, jak i grupowo, które dodatkowo podnoszą standard ośrodka, a przede wszystkim korzystnie wpływają na zadowolenie seniorów. Dzięki wprowadzeniu dodatkowych zajęć seniorzy czują się potrzebni i konsolidują się jako grupa, co wpływa pozytywnie na ich jakość życia [1, 10]. Ponadto DPS stwarza swoim mieszkańcom możliwość czynnego uczestniczenia w praktykach religijnych. Było to bardzo istotne z punktu widzenia ankietowanych, a jest potwierdzeniem, że sfera duchowa człowieka jest równie istotna, jak fizyczna i niezależnie od wieku wymaga ciągłej stymulacji [11].

Wnioski

1. Wykazano, że mieszkańcy poddanego analizie DPS-u są zadowoleni z oferowanych przez ośrodek usług, a w tym z opieki zdrowotnej, pracy personelu, niesionej pomocy, możliwości i częstości kontaktów z rodziną, zagospodarowania wolnego czasu, warunków sanitarnych i bytowych oraz kontaktów z innymi mieszkańcami.
2. Ankietowani oceniają swoje zdrowie na dobrym lub dostatecznym poziomie.
3. Poddani analizie pensjonariusze, mimo występowania wielu schorzeń, oceniają jakość swojego życia na wysokim poziomie.

Piśmiennictwo

1. Zboina B. *Jakość życia osób starszych*. Ostrowiec Świętokrzyski: Stowarzyszenie Nauka Edukacja Rozwój; 2008: 9–17, 24–32, 65–80.
2. Chodorowski Z. *Geriatrya z podstawami gerontologii*. Gdynia: Wydawnictwo Grafica; 2008: 304–306.
3. Derbis R. *Jakość rozwoju a jakość życia*. Częstochowa: WSP; 2000: 11–31.
4. Talarska D., Wieczorkowska-Tobis K., Szałkiewicz E. *Opieka nad osobami przewlekle chorymi, w wieku podeszłym i niesamodzielnymi. Podręcznik dla opiekunów medycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009: 118.
5. Wróblewska I, Steciwko A. Ocena kwestionariusza do badania jakości życia osób w podeszłym wieku przebywających w ośrodkach opieki. *Fam Med Prim Care Rev* 2010; 12(2): 307–309.
6. Mose J.R. *Opieka nad chorym w domu. Jak pomóc w potrzebie i na starość*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza „ABA”; 2007: 15–17, 72.
7. Kurpas D, Czech T, Mroczek B. Jakość życia pacjentów z cukrzycą – jakie znaczenie mają powikłania? *Fam Med Prim Care Rev* 2012; 14(2): 177–181.
8. Żakowska-Wachelko B. *Zarys medycyny geriatrycznej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2000: 14–19.
9. Karasek M. *Aspekty medyczne starzenia się człowieka*. Łódź: Wydawnictwo Łódzkie Towarzystwo Naukowe; 2008: 1–4, 216–226, 247–267.
10. Kowalik S, Ratajska A, Szmaus A. *W poszukiwaniu nowego wymiaru jakości życia związanego ze stanem zdrowia*. W: Wołowicka L, red. *Jakość życia w naukach medycznych*. Poznań: Dział Wydawnictw Uczelnianych AM; 2002: 17–29.
11. Bień B. *Kompleksowa opieka geriatryczna*. W: Grodzicki T, Kocemba J, Skalska A. *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*. Gdańsk: Via Medica; 2007: 90–94.

Adres do korespondencji:
dr n. med. Izabela Wróblewska
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
ul. Katowicka 68
45-060 Opole
Tel.: 601 556-629
E-mail: iz.wroblewska@gmail.com

Praca wpłynęła do Redakcji: 10.08.2012 r.
Po recenzji: 10.09.2012 r.
Zaakceptowano do druku: 10.10.2012 r.