

Barbara Bień, Zyta Beata Wojszel, Halina Doroszkiewicz w imieniu grupy EUROFAMCARE*
Klinika Geriatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Poziom niesprawności osób w starszym wieku jako wskazanie do wspierania opiekunów rodzinnych**

Level of disability of older persons as indication for supporting of family caregivers

Abstract

Background. Aim of the study, carried-out within EUROFAMCARE project, was a comparison of the caring situations and requirements for needs between Polish and European samples, within categories of disability.

Material and methods. The cross-national study included 5684 family carers living in six European countries, 995 in Poland, and 4689 in Germany, Greece, Italy, Sweden and UK, in total. A person who provided care to their relative, aged 65 or more, for at least four hour per week was considered as a carer. The questionnaire as Common Assessment Tool was developed in cooperation with other countries. The interviews were collected face-to-face by trained interviewers. According to the distribution of the Barthel scale, three categories of disabilities were defined: "severely by disable" (scores 0–75, below median), "moderately by disable" (scores 80–95) and "slightly disable" (score 100), independently on numbers of I-ADL dysfunctions.

Results. Stratification of samples according to the defined categories shows many similarities in caring situations between the Polish and European samples. The profile of chronic conditions as well as needs for support was similar, especially in severe disable group of cared-for persons. This category of older persons depends on family caregivers' help in almost all instrumental activities due to co-occurrence of many geriatric problems. Over 90% of the cared-for persons require a support in almost all areas of needs, namely health, personal help, mobility, housework, management of finances, etc.

Conclusions. Severely disable older persons (75 or less in Barthel scale) as well as their family carers are recommended to be supported with network of services in order of priority.

Gerontol. Pol. 2008; 16: 25–34

key words: disability, older people, supporting family caregivers

Wstęp

Wraz z zaawansowaniem wieku starszego zwiększa się korzystanie ze świadczeń zdrowotnych, pielęgnacyjno-opiekuńczych i socjalnych [1]. Wynika to przede wszystkim z rosnącej z wiekiem częstości chorób przewlekłych oraz niepełnosprawności fizycznej i psychicznej. Profil chorobowości osób w starszym wieku wymusza długoterminowy charakter świadczenia opieki. Naturalnym oparciem dla nie-

sprawnych osób starszych jest opiekun rodzinny, który zazwyczaj przez wiele lat pełni równoległe kilka funkcji. Przede wszystkim ponosi bezpośredni ciężar opieki w sferze emocjonalnej i wysiłku fizycznego, organizuje bądź nadzoruje opiekę, a często również pośredniczy między świadczeniodawcami usług formalnych a starszym krewnym [2, 3].

Mimo że opiekunowie rodzinni stanowią główny, chociaż nieformalny filar systemu opiekuńczego państwa, to ich sytuacja życiowa i potrzeby wynikające ze zobowiązań opiekuńczych nie są powszechnie uświadamiane, doceniane ani realizowane [4]. Celem europejskiego projektu EUROFAMCARE, prze-

Adres do korespondencji:
prof. dr hab. med. Barbara Bień
Klinika Geriatrii UMB
ul. Fabryczna 27, 15–471 Białystok
tel./faks: (085) 869 49 74
e-mail: b.bien@zozmswia.bialystok.pl

prowadzonego w 6 krajach (Grecja, Niemcy, Szwecja, Wielka Brytania, Włochy oraz Polska) było rozpoznanie sytuacji, potrzeb i zakresu wsparcia otrzymywanego przez opiekunów rodzinnych osób w podeszłym wieku [5, 6]. Wstępne wyniki zestawiają dane narodowe, niezależnie od stopnia niepełnosprawności podopiecznych, co ogranicza nie tylko porównywalność między krajami, ale także interpretację wyników w obrębie poszczególnych krajów [5, 7]. Niewiele zatem wiadomo o specyfice sytuacji opiekuńczej rodzin, typowej dla poziomu niesprawności podopiecznego. Dodatkowym argumentem do podjęcia próby lepszego poznania sytuacji opiekuńczych, w zależności od niesprawności podopiecznego, jest trwająca dyskusja na temat planów wprowadzenia powszechnego ubezpieczenia pielęgnacyjnego w Polsce. Kryteria kwalifikacyjne do otrzymywania usług pielęgnacyjnych przez niesprawne osoby starsze w Polsce będą wpływać na skalę i zakres świadczeń, a zatem również koszty przyszłej ustawy. Określony stopień niepełnosprawności podopiecznego wydaje się oczywistym kryterium upoważniającym do tego typu świadczeń, jednak nie mniej ważnym kryterium wydaje się wydolność opiekuńcza rodziny.

Celem niniejszej pracy jest opisanie specyfiki sytuacji opiekuńczych w zależności od stopnia niepełnosprawności podopiecznego w starszym wieku i próba zalecenia kryteriów włączających do objęcia ubezpieczeniem pielęgnacyjnym. Dodatkowym celem pracy jest odniesienie wyników polskich (PL) do analogicznych, uśrednionych rezultatów z 5 krajów europejskich (EU) (Grecja, Niemcy, Szwecja, Wielka Brytania, Włochy), będących realizatorami projektu EUROFAMCARE.

Materiał i metody

Badaniem objęto 5923 opiekunów rodzinnych, po około 1000 osób w każdym z 6 krajów uczestniczących w projekcie EUROFAMCARE (Grecja, Niemcy, Polska, Szwecja, Wielka Brytania i Włochy) [5]. Za opiekuna rodzinnego uważano osobę, która świadczyła opiekę i pomoc swojemu krewnemu w wieku 65 lat lub starszemu przez przynajmniej 4 godziny w tygodniu, niezależnie od poziomu niesprawności (psychicznej i/lub fizycznej) podopiecznego. Ze względu na brak pełnych rejestrów opiekunów rodzinnych w krajach uczestniczących, przy doborze próby wykorzystano dane demograficzne populacji osób w starszym wieku, regionalne wskaźniki społeczno-ekonomiczne, uwzględniając różni-

ce kulturowe. W wytypowanych w ten sposób obszarach zastosowano metodę saturacji poprzez równoległe stosowanie różnych sposobów rekrutacji opiekunów (dane od lekarzy rodzinnych, pracowników socjalnych, sąsiadów osób niesprawnych, związków wyznaniowych, organizacji pozarządowych, listy wyborcze i wykazy mieszkańców, metoda „od drzwi do drzwi”). Miało to umożliwić dotarcie do możliwie wszystkich rodzajów problemów opiekuńczych w wytypowanych obszarach, a przez to w jak największym stopniu zapewnić reprezentatywność wyników dla danego kraju i ich porównywalność między krajami.

Jako narzędzie badawcze zastosowano opracowany we współpracy międzynarodowej kwestionariusz *Common Assessment Tool* (CAT). Przeszkoleni ankieterzy zbierali wywiady bezpośrednio od opiekunów rodzinnych. Projekt otrzymał zgodę Komisji Bioetycznej przy Akademii Medycznej w Białymstoku. Szczegóły metodologiczne odnoszące się do protokołu badania i narzędzia badawczego zawarto w odrębnej publikacji [7].

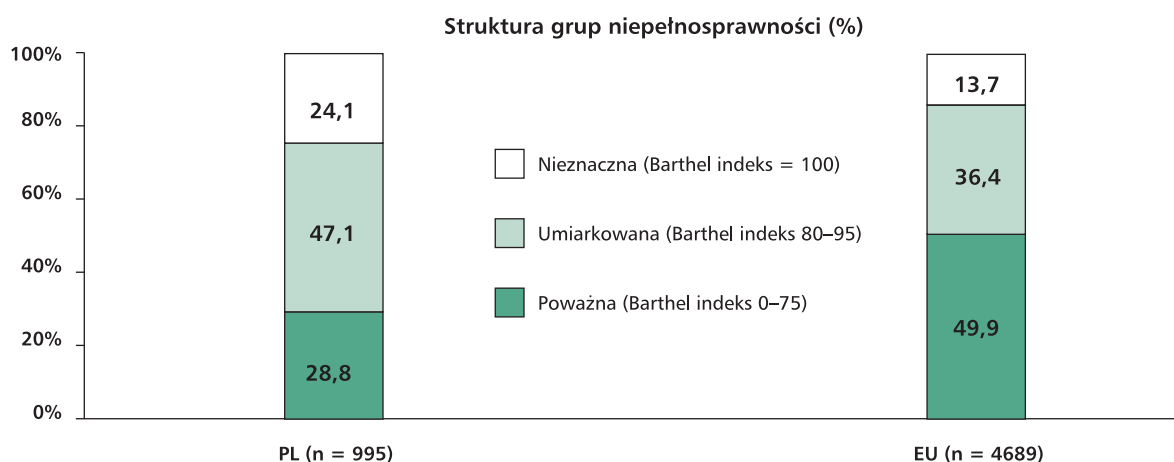
Przyjęte definicje poziomu niesprawności

Sprawność życiową osób w starszym wieku oceniano w projekcie na podstawie skali *Activities of Daily Living* (ADL): Skali Barthel [8] dla czynności samoobsługowych oraz skali I-ADL Duke OARS (*Instrumental Activities of Daily Living Duke Older Americans Resources and Services*) [9] dla czynności instrumentalnych. Kategoryzacji poziomu niesprawności osób starszych dla celów tej pracy dokonano na podstawie rozkładu punktów skali Barthel względem mediany w całej próbie europejskiej, a mianowicie: „poważnie niesprawny” (0–75 punktów, a więc poniżej mediany); „umiarkowanie niesprawny” (80–95 punktów); „nieznacznie niesprawny” (100 punktów), czyli w pełni sprawny w skali Barthel, niezależnie od liczby dysfunkcji w skali I-ADL. Ze względu na braki odpowiedzi w niektórych pytaniach skali Barthel, do analizy włączono 5684 spośród 5923 opiekunów rodzinnych, w tym 995 w Polsce i 4689 w pozostałych krajach europejskich (próba odniesienia).

Każdą ze zdefiniowanych kategorii sprawności scharakteryzowano za pomocą zmiennych odnoszących się do osoby starszej (OS) oraz opiekuna rodzinnego (OR).

Zmienne opisujące sytuację osoby starszej

W charakterystyce sytuacji podopiecznego, oprócz danych demograficznych, zastosowano 6-punktową skalę oceny instrumentalnej sprawności życia codziennego (jak wyżej, uwzględniając wykonywanie prac



Rycina 1. Struktura kategorii sprawności w porównywanych próbach (PL — Polska vs. EU — Grecja, Niemcy, Szwecja, Wielka Brytania i Włochy — ogółem)

Figure 1. The structure of ADL disability in compared samples (PL — Poland vs. EU- Greece, Germany, Sweden, Great Britain, Ital — in total)

domowych, przygotowanie sobie posiłku, chodzenie po zakupy, rozporządzanie swoimi pieniędzmi, korzystanie z telefonu, przyjmowanie lekarstw), ocenę mobilności (poruszanie się poza domem), pytanie o problemy z pamięcią, które analizowano wraz ze skróconą, 3-punktową skalą zaburzeń zachowania *Behavioural and Instrumental Stressors In Dementia* (BISID) [10]. Osoby starsze, które nie były zdolne do samodzielnego wykonywania poszczególnych czynności (całkowicie niezdolne lub zdolne tylko z pewną pomocą), traktowano jako niesprawne w tym zakresie. Osoby, które miały problemy z pamięcią i/lub przejawiały przynajmniej jedno zaburzenie zachowania w skali BISID, przypisano do kategorii z zaburzeniami pamięci i/lub zachowania.

Dodatkowym parametrem opisującym stan podopiecznego była wyrażana przez opiekuna opinia o występującym u osoby starszej zapotrzebowaniu na pomoc w sferze ośmiu obszarów, takich jak:

- potrzeby zdrowotne (pomoc przy przyjmowaniu leków, rehabilitacji, terapii itp.);
- potrzeby fizyczne/osobiste/samoobsługowe (np. mycie, ubieranie, jedzenie lub chodzenie do toalety);
- potrzeby dotyczące lokomocji (np. potrzeba pomocy przy poruszaniu się w domu i poza domem, transport);
- potrzeby emocjonalne/psychologiczne/towarzyskie (np. dotrzymywanie towarzystwa, pocieszanie);
- potrzeby w zakresie czynności gospodarskich (np. prace domowe);
- pomoc przy prowadzeniu finansów (np. opłacanie rachunków podopiecznego z jego własnych pieniędzy);

- wsparcie finansowe;
- organizowanie i zarządzanie procesem opieki i wsparcia.

W każdym z wymienionych obszarów zadawano opiekunowi również pytanie: „Czy chciałby Pan/i, aby osoba starsza otrzymywała większą pomoc, by zaspokoić te potrzeby?“, które określało lukę opiekuńczą w każdej ze sfer potrzeb.

Zmienne opisujące sytuację opiekuna rodzinnego

Sytuację opiekuna charakteryzowano na podstawie zmiennych demograficznych, między innymi zatrudnienia, czasu opieki nad osobą starszą wyrażonego w godzinach na tydzień, skali jakości życia [11] (gorsza jakość — powyżej mediany rozkładu punktów skali) oraz 7-punktowej skali negatywnego wpływu opieki (część skali COPE-Indeks [12]). Opiekunów, którzy uzyskali 11 lub więcej punktów (powyżej mediany), traktowano jako odczuwających wyższy negatywny wpływ opieki (przeciążeni opieką).

Metody statystyczne

Analizę statystyczną przeprowadzono w pakiecie statystycznym STATISTICA PL 7.1 na pełnej bazie danych z 6 krajów, po ich transformacji z pakietu SPSS. W każdej grupie sprawności podopiecznych dane polskie zestawiano z uśrednionymi danymi z Grecji, Niemiec, Szwecji, Wielkiej Brytanii i Włoch, traktowanymi jako całość. W celu porównania rozkładu zmiennych między krajami w każdej kategorii sprawności zastosowano test χ^2 Pearsona, którego wartość p poniżej 0,05 traktowano jako istotną statystycznie.

Wyniki

Struktura niesprawności w próbach badawczych

Struktura kategorii sprawności w próbie polskiej różni się istotnie od europejskiej (ryc. 1). W próbie polskiej stwierdza się przewagę kategorii osób mniej niesprawnych, w porównaniu z innymi krajami europejskimi, w których dominuje kategoria osób poważnie niesprawnych.

Charakterystyka podopiecznych

Charakterystyka podopiecznych potwierdza tezę, że pogorszenie sprawności wiąże się z zaawansowaniem wieku oraz niesprawnością w zakresie podstawowych i złożonych czynności życia codziennego. Podobne powiązania zauważa się między wzrostem stopnia niesprawności i zaburzeń poznawczych (tab. 1).

W Polsce, w porównaniu z innymi krajami Europy, niesprawne osoby starsze częściej zamieszkują z opiekunem we wspólnym gospodarstwie domowym (tab. 1). W innych krajach zachodzi korelacja między wyższym stopniem niesprawności podopiecznego a częstszym zamieszkiwaniem we wspólnym gospodarstwie z opiekunem, przy spadkowym udziale osób starszych mieszkających samotnie, natomiast w Polsce nie stwierdza się takiej zależności — zarówno zamieszkiwanie z opiekunem, jak i samotne uwidacznia się podobnie często w grupach najbardziej i najmniej sprawnej.

Godzinowy wymiar opieki realizowanej przez opiekuna w ciągu tygodnia, mimo że jest wyższy w Polsce we wszystkich kategoriach sprawności w porównaniu z innymi krajami uczestniczącymi w projekcie, w obu przypadkach koreluje ze stopniem niepełnosprawności podopiecznego (tab. 1). Między polską i europejską próbą nie stwierdzono istotnych różnic w zakresie parametrów opisujących uwarunkowania psychofizyczne w każdej z kategorii sprawności, poza znamienne gorszą sprawnością lokomocyjną starszych Polaków, będących podopiecznymi badanych opiekunów. Wyższe odsetki osób niezdolnych do korzystania z telefonu w Polsce można wyjaśnić zaszłością i w zakresie dostępności do telefonu i wspólnym mieszkaniem z innymi członkami rodziny, którym w pierwszej kolejności służy ten środek komunikacji.

Kategoria poważnie niesprawnych podopiecznych

Niezależnie od tego, czy należą do próby polskiej, czy europejskiej, grupę osób „poważnie niesprawnych” (≤ 75 punktów w skali Barthel) cechuje niemal

całkowite uzależnienie od opiekuna w zakresie złożonych czynności życia codziennego (I-ADL). Blisko 100% podopiecznych nie jest zdolnych do prac domowych i/lub zakupów, 96% — do przygotowania sobie posiłku, 87% w próbie europejskiej, a 83% w próbie polskiej — do rozporządzania swymi pieniędzmi, 85% — do przyjmowania swoich leków. Ponadto osoby z tej grupy są uzależnione od pomocy opiekuna w ponad 7 spośród 10 czynności podstawowych P-ADL (*Physical Activities of Daily Living*). Niemal wszyscy są niezdolni do opuszczania domu, u 2/3 występuje nietrzymanie moczu, a u 3/4 — zaburzenia poznawcze. Wymagają oni niemal 70 godzin opieki na tydzień w Polsce, a w innych krajach europejskich — około 10 godzin mniej (tab. 1).

Ponad 90% osób z tej kategorii, niezależnie od kraju pochodzenia, potrzebuje pomocy w zakresie wszystkich ocenianych obszarów, czyli: zdrowia (np. pomoc w przyjmowaniu leków, leczeniu, rehabilitacji, terapii), samoobsługi (mycie, ubieranie, jedzenie, chodzenie do WC), lokomocji (poruszanie się po domu, poza domem, transport), w sferze emocjonalno-towarzyskiej (pocieszanie, dotrzymywanie towarzystwa), pracy domowej, pomocy przy prowadzeniu finansów, organizowania i zarządzania procesem opieki. Polskę wyróżnia znamienne większe zapotrzebowanie na pomoc w sferze potrzeb zdrowotnych, prac domowych, w prowadzeniu finansów. Niemal co drugi opiekun osób poważnie niesprawnych uważa, że jego podopieczny wymaga więcej pomocy, niż obecnie otrzymuje od samego opiekuna i/lub innych podmiotów opieki formalnej oraz nieformalnej (tab. 2).

Kategoria umiarkowanie niesprawnych podopiecznych

Grupa „umiarkowanie niesprawnych”, czyli osób, które mieszczą się w zakresie 80–95 punktów w skali Barthel, wymaga pomocy i wsparcia opiekuna w niemal 2-krotnie niższym wymiarze czasu, w porównaniu z grupą poważnie niesprawnych (37 godzin/tydzień w Polsce i 35 odpowiednio w krajach europejskich). Osoby takie są uzależnione od opiekuna średnio w dwóch czynnościach samoobsługowych ADL i czterech I-ADL. Co 2. z nich wykazuje zaburzenia pamięci lub zachowania, a niemal co 3. ma problemy z nietrzymaniem moczu.

Ta grupa osób w Polsce różni się nieco od analogicznej w porównywanych krajach europejskich — jest znamienne sprawniejsza w zakresie przygotowania sobie posiłku (56% vs. 64%), zakupów (87% vs. 91%), zaś bardziej niesprawna w zakre-

Tabela 1. Porównanie charakterystyki starszych podopiecznych między Polską (PL) a innymi krajami Europy (EU) w podgrupach sprawności**Table 1.** Characteristics of older cared-for people in compared samples (PL — Poland, EU — Europe) by disability levels

Zmienne	Niesprawność					
	Poważna		Umiarkowana		Nieznaczna	
	PL (n = 287)	EU (n = 2342)	PL (n = 468)	EU (n = 1705)	PL (n = 240)	EU (n = 642)
Średni wiek (lata)	81,2	81,4	78,9	79,6	74,9***	77
Mieszkający w jednym domu z opiekunem (%)	73,5***	52,1	64,5***	38,2	70,4***	25,9
Średnia liczba godzin opieki otrzymywanej od opiekuna w tygodniu	69,3	59,5	37,4	35,1	29,5	22,4
Mieszkający samotnie (%)	15,7	22,0	23,7***	43,6	17,5***	49,8
Niezdolni do samodzielnego wykonania czynności I-ADL:						
1. prac domowych	100,0	99,3	93,4*	90,3	77,9*	70,3
2. przygotowania posiłku	95,8	95,4	56,8	64,1	38,3	35,4
3. zakupów	99,7	99,4	85,6*	91	60*	68,9
4. rozporządzania pieniędzmi	82,9**	87,3	41,9*	54,3	17,5**	30,3
5. korzystania z telefonu	74,7	69,9	38,6***	22,6	21,3**	11,8
6. przyjmowania leków	85,7	85,2	53,2*	47,1	32,5	25,9
Średnia liczba czynności I-ADL, w których OS wymaga całkowitej lub częściowej pomocy opiekuna (0–6)	5,4	5,4	3,7	3,7	2,5	2,4
Średnia liczba czynności P-ADL, w których OS wymaga całkowitej lub częściowej pomocy opiekuna (0–10)	7,1	7,4	1,9	2,1	0	0
Niezdolni do poruszania się poza domem bez pomocy (%)	99,3**	95,6	79,9***	68,3	42,9***	26,1
Osoby z nietrzymaniem moczu (%)	69	70,1	32,3*	26,6	0	0
Osoby z zaburzeniami pamięci i/lub zachowania (%)	79	74,6	55,1	54,7	39,2	30,6

*Wartość $p < 0,05$; **wartość $p < 0,02$; ***wartość $p < 0,001$ dla porównań między PL a EU w każdej kategorii sprawności

sie prac domowych (93% vs. 90%), korzystania z telefonu (39% vs. 23%), przyjmowania leków (53% vs. 47%). Deficyt w zakresie otrzymywanej pomocy lub wsparcia — mierzony odsetkiem opiekunów, którzy zgłaszają potrzebę otrzymywania

większej pomocy — jest około 2-krotnie rzadszy w porównaniu z kategorią osób poważnie niesprawnych, z wyjątkiem obszaru potrzeb emocjonalno-towarzyskich, w zakresie których jest podobnie wysoki we wszystkich grupach sprawności.

Tabela 2. Struktura obszarów zapotrzebowania osób starszych na pomoc i deficytu pomocy w tych sferach w Polsce (PL) i krajach europejskich (EU)**Table 2.** Areas of needs for supporting older people and requirement for more help by disability levels

Zmienne	Niesprawność					
	Poważna		Umiarkowana		Nieznaczna	
	PL (n = 287)	EU (n = 2308)	PL (n = 468)	EU (n = 1705)	PL (n = 240)	EU (n = 640)
Potrzeby zdrowotne	96,2 *	93	71,4	71,3	45,0**	56,1
Potrzeba większej pomocy	41,5	40,1	22,4***	34,5	18,7*	30,9
Samoobsługa (mycie, ubieranie, toaleta)	94,1	94,8	37,6***	56,4	5,4***	18,2
Potrzeba większej pomocy	34,2 *	41,7	17,1***	30,0	7,7	30,6
Lokomocja	96,9	96,2	85,3***	76,2	50,4	52,5
Potrzeba większej pomocy	39,6	43,5	24,4***	35,9	20,0*	31,7
Potrzeby emocjonalne/towarzyskie	92	93,8	87,0	85,3	87,1	86,7
Potrzeba większej pomocy	39,3**	49,1	33,3***	46,7	22,3***	40,8
Prace domowe	99,7**	97	95,3*	91,2	80,4	76,3
Potrzeba większej pomocy	38,4	39,2	22,0***	35,4	18,3***	36,9
Prowadzenie finansów	95,5 *	92,2	80,1*	74,9	52,1	53,1
Potrzeba większej pomocy	17,0	20,8	11,8*	16,8	9,4*	20,2
Organizacja opieki	89,2	91,0	77,1	72,0	55,4	60,2
Potrzeba większej pomocy	32,2	37,3	18,9***	33,5	15,2***	33,0

*Wartość $p < 0,05$; **wartość $p < 0,001$ *** $p < 0,0001$ dla porównań między PL a EU w każdej kategorii sprawności

Kategoria nieznacznie niesprawnych podopiecznych

Kategoria „nieznacznie niesprawnych” radzi sobie z wszystkimi podstawowymi czynnościami życia codziennego (w skali Barthel 100 punktów), zaś wymaga pomocy opiekuna średnio w dwóch czynnościach instrumentalnych — najczęściej w zakresie prac domowych i w robieniu zakupów. Co 3. osoba w tej grupie zdradza zaburzenia pamięci lub zachowania i prawdopodobnie z tego powodu podobna proporcja osób jest niezdolnych do samodzielnego przyjmowania leków. Do najczęściej podawanych obszarów, w zakresie których istnieje potrzeba pomocy, należy sfera potrzeb towarzysko-emocjonalnych (87%) i prac domowych (80% w Polsce i 76% w krajach europejskich), zaś najrzadziej — sfera samoobsługi (odpowiednio: 5% i 18%) (tab. 2).

Charakterystyka opiekunów w zależności od sprawności podopiecznego

Zarówno w próbie polskiej, jak i europejskiej średni wiek opiekunów rodzinnych rośnie wraz z wiekiem podopiecznych i wzrostem ich niesprawności. Opiekunowie polscy są o kilka lat młodszy w każdej z kategorii sprawności od opiekunów europejskich. Wraz ze wzrostem niesprawności podopiecznego wzrasta udział opiekunów w wieku 65 lat lub starszych — od 18% w grupie o nieznacznej niesprawności do 27% w grupie poważnie niesprawnych w Polsce i odpowiednio 16–33% w krajach odniesienia, zaś zmniejsza się udział najmłodszych opiekunów (tab. 3).

Wraz z zaawansowaniem niesprawności zmniejsza się udział współmałżonków jako opiekunów, chociaż w grupie osób poważnie niesprawnych stanowią oni 18% w Polsce, a aż 27% w krajach europejskich.

szych. W Polsce dzieci nieco częściej podejmują się tego obowiązku (od 54% w grupie poważnie niesprawnych do 44% w najmniej niesprawnej), w porównaniu z krajami odniesienia (odpowiednio 49–52%). Odsetek opiekunów czynnych zawodowo spada wraz z poziomem niesprawności podopiecznego, chociaż nawet w grupie najpoważniej niesprawnych podopiecznych utrzymuje się na poziomie 34%. Odsetek bezrobotnych opiekunów jest znacznie wyższy w Polsce niż w krajach zachodnich.

O ile satysfakcja z opieki nie zmienia się zależnie od poziomu niesprawności podopiecznego w całej próbie badawczej, to obciążenie związane z wykonywaniem czynności opiekuńczych istotnie wzrasta wraz z pogorszeniem się stanu zdrowia i sprawności podopiecznego. Jest ono wyższe w krajach europejskich niż w Polsce, mimo że wymiar opieki mierzony średnią liczbą nocy poświęconych na opiekę w typowym tygodniu jej sprawowania jest niemal jednakowy w Polsce i pozostałych państwach w porównywanych obszarach, podobnie jak jakość życia opiekunów, chociaż zmniejsza się ona wraz z obiektywnym obciążeniem opieką.

Dyskusja

Zaskakujące różnice między Polską a krajami Europy Zachodniej w zakresie struktury kategorii sprawności — mimo takich samych zasad rekrutacji — można wyjaśnić przyjętym w projekcie kryterium włączania opiekunów rodzinnych do badania, które oparto na limicie przynajmniej 4 godzin opieki na tydzień. Założenie to preferowało włączanie opiekunów mieszkających wspólnie z podopiecznym, ponieważ w tych warunkach łatwiej wypełnić minimalny limit opieki. W Polsce kategoria podopiecznych zamieszkujących z opiekunem należała do najczęstszych i podobnie wyższa była liczba członków gospodarstwa domowego w mieszkaniu podopiecznego lub opiekuna w zestawieniu z innymi krajami [5]. Z tego powodu wymiar opieki, wyrażony liczbą jej godzin, nie jest w pełni adekwatnym wykładnikiem intensywności procesu pielęgnacyjnego czy zapotrzebowania na opiekę, zwłaszcza w Polsce.

Oparta na zobiektywizowanej skali Barthel stratyfikacja poziomu niepełnosprawności podopiecznego (jak uczyniono w artykule) może stanowić rodzaj standaryzacji sytuacji opiekuńczych, a przez to umożliwić porównania w poszczególnych krajach i między nimi. Opracowana na bazie wielu charakterystyk opiekunów i podopiecznych typologia sytuacji opiekuńczych oparta na wynikach badań EUROFAMCARE [13, 14] miała ułatwić rozpoznanie tych najbardziej typowych

i wskazać na zagrożenia. Posługiwanie się nią w codziennej praktyce nie byłoby jednak proste. Kategoryzacja sytuacji opiekuńczych odnoszących się do starszych osób niesprawnych nie należy jednak do łatwych. Trudności wynikają ze złożoności wielu rozmaitych uwarunkowań na poziomie makro-, mezo- i mikrospołecznym, zależnych zarówno od podopiecznego, jak i od opiekuna, począwszy od organizacji systemów opiekuńczych w poszczególnych krajach, zamożności krajów oraz tradycji i kultur narodowych, a kończąc na wielu subiektywnych aspektach opieki. Żadnego kraju nie stać i prawdopodobnie nigdy nie będzie stać na zastąpienie rodziny w jej obowiązkach opiekuńczych. Dlatego należy definiować kryteria, które upoważniałyby do opiekunów do otrzymywania wsparcia, a usługi właściwie dopasowywać do stanu zdrowia, deficytów sprawności oraz rodzaju potrzeb podopiecznych i ich opiekunów.

Wyniki niniejszej pracy wydają się jednoznacznie wskazywać, że opiekunowie osób starszych poważnie niesprawnych, to jest takich, które uzyskały poniżej 80 punktów w skali Bartel, stanowią grupę wysokiego ryzyka utraty kontroli nad procesem opiekuńczym. Jak wskazują wcześniejsze analizy, to właśnie niesprawność podopiecznego jest najważniejszym czynnikiem determinującym poczucie obciążenia opiekuna [15]. Powstaje przy tym pytanie: jak wielka — w liczbach bezwzględnych — rzesza podopiecznych w Polsce mogłaby być beneficjentem ustawy pielęgnacyjnej (ubezpieczyciela), państwa, wolontariatu i tym podobnych podmiotów.

Zakładając, że 46% osób w wieku 65 lat lub starszych w Polsce wymaga pomocy opiekuna w zakresie przynajmniej jednej czynności I-ADL [16], a takie osoby w przybliżeniu objęto niniejszym badaniem, na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) można oszacować [17], że stanowią one około 2,3 miliona osób. Przyjmując, że 28,8% z nich to osoby poważnie niesprawne, można stwierdzić, iż około 0,7 miliona osób starszych w Polsce (ok. 13%) wykazuje poważny poziom niesprawności oraz powinno otrzymywać wsparcie i pomoc w pierwszej kolejności. Biorąc pod uwagę prognozy GUS [17], należy się spodziewać podwojenia liczby takich osób do 2025 roku. Osoby poważnie niesprawne to najczęściej ludzie w okresie zaawansowanej starości, wymagający niemal 10 godzin opieki dziennie, a często — czuwania całodobowego. Więcej niż co 2. opiekun rodzinny tej kategorii osób w Polsce, a 3 na 4 w innych krajach europejskich, wykazuje oznaki przeciążenia opieką ocenione za pomocą skali COPE-Indeks. Różnicę tę można tłumaczyć starszym wiekiem przeciętnego pod-

Tabela 3. Porównanie opiekunów rodzinnych (OR) między Polską (PL) a innymi krajami Europy (EU) w podgrupach sprawności ich podopiecznych**Table 3.** Characteristics of family caregivers (OR) in compared samples (PL — Poland, EU — Europe) by disability levels of cared for persons

Zmienne	Niesprawność					
	Poważna		Umiarkowana		Nieznaczną	
	PL (n = 287)	EU (n = 2308)	PL (n = 468)	EU (n = 1705)	PL (n = 240)	EU (n = 640)
Średni wiek OR	54,7	57,9	50,3	54,9	47,9	49,2
OR w wieku 25 lat lub młodszy (%)	2,1*	1,3	5,8**	2,2	10,8**	3,9
OR w wieku 65 lat lub starszy (%)	26,8**	33,3	17,3**	26,6	17,9	15,6
Kobiety (%)	78,8	77,8	76,7	75,6	71,7	74,5
Dzieci jako opiekunowie (%)	53,9	48,7	53,0	47,6	44,2	51,5
Małżonkowie jako opiekunowie (%)	17,8*	27,4	15,8	20,6	23,8	12,5
Odsetek zatrudnionych (%)	34,5	34,0	41,2	45,1	42,9*	56,7
Odsetek bezrobotnych (%)	15,1**	6,9	16,1**	9,9	10,2	8,7
Odsetek emerytów/rencistów	73,1*	61,0	57,7	60,3	56,9*	46,2
OR z wyższym obciążeniem opieką według COPE-Indeksu (%)	57,4**	72,3	22,7**	50,2	11,8**	33,0
Obciążenie opieką według COPE-Indeksu (w skali 7–28)	12,3	13,7	9,2	11,3	8,4	9,8
Satysfakcja z opieki według COPE-Indeksu (w skali 4–16)	13,8	13,1	13,9	13,4	14	13,8
Jakość życia (w skali 0–25)	12	12,6	14,7	14,9	15,5	15,7
Średnia liczba nocy/na opiekę nad osobą starszą/typowy tydzień	2,4	2,1	0,9	0,9	0,6	0,4

*Wartość $p < 0,02$; ** $p < 0,001$ dla porównań między PL a EU w każdej kategorii sprawności

opiecznego i jego opiekuna na Zachodzie w porównaniu z Polską oraz większymi zasobami opiekuńczymi polskich rodzin wobec większej liczby domowników w przeciętnym gospodarstwie rodzinnym [5].

Niemal wszystkie osoby należące do tej kategorii wykazują zapotrzebowanie na pomoc jednocześnie w kilku obszarach — zdrowia, pielęgnacji, usług socjalnych, a zwłaszcza rehabilitacji ruchowej. Polskich podopiecznych wyróżnia na tle innych krajów Europy znacznie większe upośledzenie lokomocji. Niemal 3/4 podopiecznych tej kategorii wykazuje zaburzenia pamięci i/lub funkcji poznawczych, a 2/3 ma problemy z trzymaniem moczu. Rozmiary i złożo-

ność patologii z następową niesprawnością u najstarszych osób wymuszają kompleksowe podejście do rozpoznawania i zaspokajania potrzeb takich osób przez lekarzy rodzinnych. Takie podejście stanowi podstawowy standard geriatric — specjalności, która powinna być intensywnie rozwijana wobec istniejącego i prognozowanego starzenia polskiej populacji.

Wnioski

1. Opiekunowie rodzinni niesprawnych osób starszych pełnią rolę podstawowej „instytucji” opiekuńczej w Europie. O stopniu ich obciążenia można pośrednio wnioskować na podsta-

- wie skali Barthel podopiecznego (wymiar obiektywny) oraz skali przeciążenia opiekuna COPE-Indeks (wymiar subiektywny).
- Opiekunowie rodzinni osób starszych poważnie niesprawnych są sprzymierzeńcem systemu opiekuńczego państwa — wypełniają ogromny deficyt funkcji starszych podopiecznych oraz ponoszą główny ciężar

opieki w wymiarze obiektywnym i subiektywnym. Ich potrzeby powinny być rozpoznawane w systemowy sposób, a problemy — rozwiązywane w pierwszej kolejności.

- Kategoria poważnie niesprawnych osób starszych, określona zakresem punktów w skali Barthel 0–75, może być rekomendowana jako potencjalny beneficjent usług wspierających.

Przypisy

* Projekt EUROFAMCARE, na bazie którego przeprowadzono analizy, był finansowany w ramach 5. Programu Ramowego Unii Europejskiej, *Key Action 6: The Ageing Population and Disabilities*, 6.5: *Health and Social Care Services to older People* (contract n. QLK6-CT-2002-02647; <http://www.uke.uni-hamburg.de/extern/eurofamcare/>). Praca przygotowana w imieniu grupy badawczej EUROFAMCARE: Niemcy: Döhner H (koordynator), Kofahl C., Lüdecke D., Mnich E., (Hamburg), Rothgang H.,

Becker R., Timm A. (Bremen); Grecja: Mestheneos E., Triantafillou J., Prouskas C., Kontouka S., Goltzi V., Loukissis A., Mestheneos K.; Włochy: Lamura G., Balducci C., Melchiorre M.G., Polverini F., Principi A., Quattrini S., Polska: Bień B., Wojszel B., Synak B., Czekanowski P., Bledowski P., Pedich W., Rybaczuk M.; Szwecja: Öberg B., Krevers B., Johansson S.L., Davidson T.; Wielka Brytania: McKee K., Nolan M., Barber L., Brown J.; AGE-Platform (Bruksela): Parent A.-S., Patel J., Dauréle C.

Streszczenie

Wstęp. Celem pracy jest porównanie sytuacji i potrzeb opiekuńczych w obrębie grup niesprawności starszych podopiecznych opiekunów rodzinnych w Polsce i krajach europejskich w ramach projektu EUROFAMCARE.

Materiał i metody. Badaniami objęto 5684 opiekunów w 6 krajach Europy, 995 w Polsce i 4689 w Grecji, Niemczech, Szwecji, Wielkiej Brytanii i Włoszech, łącznie. Za opiekuna rodzinnego uważano krewnego, który świadczył opiekę na rzecz osoby w wieku co najmniej 65 lat przez przynajmniej 4 godziny w tygodniu. Narzędziem badawczym był kwestionariusz CAT. Wywiady zbierali osobiście przeszkoleni ankieterzy. Kategoryzacji poziomu niesprawności osób starszych dokonano na podstawie rozkładu punktów skali Barthel względem mediany w całej próbie europejskiej: „poważnie niesprawny” (0–75 punktów); „umiarkowanie niesprawny” (80–95 punktów); „nieznacznie niesprawny” (100 punktów), niezależnie od liczby dysfunkcji w skali instrumentalnej ADL (I-ADL).

Wyniki. Stratyfikacja osób starszych oparta na poziomie niesprawności według skali Barthel pozwoliła dostrzec podobieństwa i różnice w obrębie zdefiniowanych kategorii niesprawności między próbą polską i europejską. Wykazano zbliżony profil problemów oraz potrzeb opiekuńczych w próbie polskiej i europejskiej w obrębie kategorii sprawności osób starszych. Grupę „poważnie niesprawnych” podopiecznych, niezależnie od kraju pochodzenia, cechuje niemal całkowite uzależnienie od opiekuna w zakresie złożonych czynności życia codziennego (I-ADL) oraz podobnie częste współwystępowanie geriatrycznych zespołów niesprawności. Ponad 90% osób starszych z tej kategorii potrzebuje pomocy we wszystkich obszarach, to jest: zdrowia, samoobsługi, lokomocji, w sferze emocjonalno-towarzyskiej, prac domowych, przy prowadzeniu finansów, organizowaniu i zarządzaniu procesem opieki.

Wnioski. Poważnie niesprawne osoby starsze (≤ 75 punktów w skali Barthel) i ich opiekunowie mogą być szczególnie rekomendowani jako beneficjenci usług wspierających.

Gerontol. Pol. 2008; 16: 25–34

słowa kluczowe: niesprawność, osoby w starszym wieku, wspieranie opiekunów rodzinnych

PIŚMIENNICTWO

- Bień B.: *Opieka zdrowotna i pomoc w chorobie*. W: Synak B. (red.). *Polska starość*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002; 78–100.
- Bień B., Wojszel Z.B., Wilmańska J., Sienkiewicz J.: *Starość pod ochroną. Opiekunowie niesprawnych osób starych w Polsce. Porównawcze studium środowiska miejskiego i wiejskiego*. Oficyna Wydawnicza TEXT, Kraków 2001.
- Philp I. (red.): *Family care of older people in Europe*. Biomedical and Health Research. T. 46. IOS Press, Ohmsha 2001.
- Bledowski P., Pedich W., Bień B., Wojszel Z.B., Czekanowski P.: *Supporting family carers of older people in Europe — The National Background Report for Poland*. LIT VERLAG, Hamburg 2006.
- EUROFAMCARE Consortium (red.): *Supporting services for family carers of older people in Europe: characteristics, coverage and usage. Trans-European report of the 6-country EUROFAMCARE survey*. Medical University Hamburg-Eppendorf, Hamburg 2006 <http://www.uke.uni-hamburg.de/extern/eurofamcare/publikationen>.
- Mestheneos L., Triantafillou J.: *Supporting family carers of older people in Europe. The Pan-European Background Report*. LIT-Verlag Münster 2006 (<http://www.uke.uni-hamburg.de/extern/eurofamcare/publikationen>).
- Bień B. (red.): *Family caregiving for the elderly in Poland*. Wydawnictwo Uniwersyteckie Trans Humana, Białystok 2006.
- Mahoney F.I., Barthel D.W.: *Functional evaluation: The Barthel Index*. *Md. State Med. J.*, 1965; 14: 61–65.

9. Fillenbaum G.G., Smyeare M.A.: *The development, validity and reliability of the OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire*. J. Gerontol. 1981; 36: 428–434.
10. Keady J., Nolan M.: *Behavioural and Instrumental Stressors In Dementia (BISID): refocusing the assessment of caregiver need in dementia*. J. Psychiatr. Ment. Health Nurs. 1996; 3: 163–172.
11. WHO: *mastering depression in primary care*. WHO Info Package (Version 2.2), Genewa 1998.
12. McKee K.J., Philp I., Lamura G. i wsp.: *The COPE Index — a first stage assessment of negative impact, positive value and quality of support of caregiving in informal carers of older people*. Aging Mental Health 2003; 7: 39–52.
13. Mnich E., Balducci C., Krevers B., McKee K., Prouskas C., Wojszel Z.B.: *Typology of caregiving situations in Europe: a cluster analysis approach*. W: EUROFAMCARE Consortium (red.): *Supporting services for family carers of older people in Europe: Characteristics, coverage and usage. Trans-European report of the 6-country EUROFAMCARE survey*. Medical University Hamburg-Eppendorf, Hamburg 2006; 127–143 (<http://www.uke.uni-hamburg.de/extern/eurofamcare/publikationen>).
14. Wojszel Z.B.: *Typology of caregiving situations in Poland*. W: Bień B. (red.): *Family caregiving for the elderly in Poland*. Wydawnictwo Uniwersyteckie Trans Humana, Białystok 2006; 112–125.
15. Wojszel Z.B., Bień B.: *Czynniki determinujące obciążenie opiekuna rodzinnego osoby starszej w Polsce*. W: Halicka M., Halicki J. (red.): *Zostawić ślad na ziemi. Księga pamiątkowa dedykowana Profesorowi Wojciechowi Pędichowi w 80. rocznicę urodzin i 55. rocznicę pracy naukowej*. Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2006; 338–350.
16. Bień B.: *Stan zdrowia i sprawność ludzi starszych*. W: Synak B. (red.): *Polska starość*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002; 35–77.
17. GUS: *rocznik demograficzny 2006*. Warszawa 2006.