PIELĘGNIARKI I PIELĘGNIARZE OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ DOMOWEJ

HOME LONGTERM CARE MALE AND FEMALE NURSES

Zofia Nowak-Kapusta¹, Tomasz Irzyniec^{1,2}, Grażyna Franek¹, Beata Drzazga

¹ Zakład Promocji Zdrowia i Pielęgniarstwa Środowiskowego
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

² Oddział Nefrologii ze Stacją Dializ
Szpital MSWiA w Katowicach

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2017.54>

STRESZCZENIE

Wstęp. Osoby należące do personelu pielęgniarskiego mają możliwość uczestniczenia w diagnozowaniu problemów ludzi, które wynikają zarówno z indywidualnych potrzeb danej osoby, jak i życia w społeczności. Wychodząc naprzeciw rosnącym potrzebom społeczeństwa, powołano do życia różne formy opieki skierowane dla osób starszych, przewlekle chorych, niepełnosprawnych i dzieci. Jedną z takich form opieki jest opieka długoterminowa sprawowana przez pielęgniarki i pielęgniarzy w środowisku zamieszkania podopiecznego.

Cel. Celem badań była charakterystyka pielęgniarek/pięgniarzy zatrudnionych w opiece długoterminowej domowej.

Materiał i metody. W badaniu wzięło udział 296 pielęgniarek/pięgniarzy (98,99% kobiet i 1,01% mężczyzn). Średnia wieku ankietowanych to $47,2 \pm 7,6$ roku. Większość ankietowanych ukończyła liceum medyczne – 133 (44,93%) – i studia licencjackie na kierunku pielęgniarstwo – 109 (36,82%). Najlicniejsza grupa to ankietowani ze stażem pracy w przedziale 21–30 lat – 132 (44,59%). Średni staż pracy w opiece długoterminowej to 4 lata.

Wyniki. Najczęściej dla ankietowanych jest to dodatkowa praca i mają pod opieką 3 pacjentów – 121 (40,88%). Ankietowani określili procentowo ilość czasu poświęcanego na poszczególne świadczenia w ciągu miesiąca u podopiecznych i przedstawiało się to następująco: świadczenia pielęgnacyjne Me = 40, Q1 = 30, Q3 = 50, świadczenia lecznicze Me = 20, Q1 = 10, Q3 = 20, świadczenia rehabilitacyjne Me = 20, Q1 = 18, Q3 = 25, świadczenia związane z promocją zdrowia i profilaktyką Me = 20, Q1 = 10, Q3 = 23,75.

Wnioski. Pielęgniarki i pielęgniarze województwa śląskiego sprawujący opiekę w środowisku domowym nie różnią się wiekiem i wykształceniem od ogólnej populacji pielęgniarek. Praca w środowisku domowym najczęściej jest ich dodatkowym zatrudnieniem. Osoby należące do personelu pielęgniarskiego posiadające specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa w opiece nad pacjentem w środowisku domowym, w porównaniu z pozostałymi, więcej czasu poświęcają promocji zdrowia i profilaktyce.

SŁOWA KLUCZOWE: pielęgniarka, opieka długoterminowa domowa.

ABSTRACT

Introduction. Nursing staff can participate in diagnosis of people's problems that are caused both by individual needs and social life. To meet the increasing needs of the society various forms of care dedicated to the elderly, chronically ill, disabled and children have been established. One of the above forms is the longterm care exercised by nurses in the residential environment of the patient.

Aim. The aim of the study was to characterize male and female nurses employed in home longterm care.

Material and methods. 296 male and female nurses participated in the research (98.99% of female and 1.01% of male). Medium age of the respondents was 47.2 ± 7.6 years. Most of the respondents graduated from medical secondary school – 133 (44.92%) and possessed a Bachelor Degree of Nursing – 109 (36.82%). The biggest group of the respondents have been working for 21–30 years (44.59%). Medium tenure in longterm care was 4 years.

Results. The most often it is additional work for the respondents and they take care of 3 patients – 121 (40.88%). Most of the respondents – 224 (75.68%) think that work with a chronically ill patient requires specific qualifications and it is not suitable for everyone. The respondents expressed as a percentage the amount of time dedicated to individual services for the patient during a month. The results are as follows: care/nursing service Me = 40, Q1 = 30, Q3 = 50, health service Me = 20, Q1 = 10, Q3 = 20, rehabilitation service Me = 20, Q1 = 18, Q3 = 25, health promotion and prevention service Me = 20, Q1 = 10, Q3 = 23.75.

Conclusions. Nurses in Silesia district who take care of patients at their homes do not differ from general population of nurses in the field of age and education. Their work at patients' homes is the most often an additional occupation. In comparison with the others, the nursing staff with specialisation in care of patients in the domestic environment devote more time for health promotion and prevention.

KEYWORDS: nurse, home longterm care.

Wstęp

Pielęgniarstwo jest zawodem, którego charakter ulegał zmianom od czasów starożytnych po współczesność. Istnieją informacje przynajmniej o trzystu modelach pie-

lęgniarstwa i pielęgowania, które i tak ciągle ewoluują [1]. Należy podkreślić, że współczesne pielęgniarstwo, opierając się na założeniach teoretycznych i rozwiązaniach praktycznych, mając podbudowę naukową, przy

zachowaniu pełnej autonomii, jest przede wszystkim dyscypliną praktyczną. Pielęgnowanie ma charakter zindywidualizowany ukierunkowany na człowieka, wykorzystuje potencjał podopiecznego, aby wzmacniać lub przywracać mu zdrowie, a w ostatnich chwilach jego życia zapewnić komfort odchodzenia. Istotne jest współdziałanie z rodziną/opiekunami, środowiskiem i grupą interdyscyplinarną [1].

W celu przygotowania pielęgniarek do świadczenia profesjonalnych usług konieczne jest śledzenie trendów epidemiologicznych. Starzenie się społeczeństw, choroby cywilizacyjne, skutkujące wzrostem częstości chorób przewlekłych, wyznaczają kierunki polityki społecznej i ochrony zdrowia. W celu sprostania wyzwaniom Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) zaproponowała szereg inicjatyw dostosowawczych w programowaniu kierunków kształcenia mających na celu przede wszystkim poprawę jakości życia podopiecznych [2].

Do czynników, które przyczyniają się do wydłużenia życia, należy zaliczyć: postępy medycyny, rozpowszechnianie zdrowego stylu życia i promowanie aktywnego wypoczynku, odpowiednie warunki pracy i inne. W 2000 roku przeciętna długość życia w skali światowej wynosiła 67,7 roku (kobiet 69,9 i mężczyzn 65,6 roku). W naszym kraju 73,7 roku (kobiety 78, mężczyźni 69,7 roku). W 2013 roku przeciętna długość życia na świecie wynosiła 70,9 roku (u kobiet do 73, mężczyzn 68,9 roku), a w Polsce do 77 lat (kobiety 81,1, mężczyźni 73,1 roku) [3].

Wg prognozy Głównego Urzędu Statystycznego do 2050 roku zwiększy się liczba i udział osób starszych w populacji Polski. Zwiększy się również odsetek osób w starości późnej. W roku 2035 niemal co czwarty mieszkaniec naszego kraju przekroczy 65., a co czternasty – 80. rok życia. Osoby co najmniej 80-letnie będą w 2050 roku stanowiły 10,4% populacji kraju (w 2013 roku było to 3,9%) [4].

Wraz z upływem czasu zmniejsza się samodzielność osób. Ryzyko niesamodzielności wzrasta w starości późnej. Wśród 90-latków i starszych ponad połowę stanowią osoby niesamodzielne. Spowoduje to wzrost popytu na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze [5].

W Polsce trwanie życia w zdrowiu wyniosło dla mężczyzn ponad 80%, a dla kobiet ponad 77% przewidywanego trwania życia. Oznacza to, że urodzeni w 2012 roku mężczyźni pierwsze 59 lat, a kobiety 63 lata nie doświadczą ograniczeń spowodowanych niepełnosprawnością (np. przewlekłymi chorobami). Wraz z wiekiem wskaźniki te ulegają obniżeniu i tak wskaźnik ten dla mężczyzn w wieku 65 lat wynosi już tylko 48%, a dla kobiet – niespełna 40% [4].

W drugim rankingu *Global Age Watch Index 2015*, brytyjskiej organizacji Help Age International działającej na rzecz poprawy jakości życia osób starszych, opar-

tym na danych z 96 państw, oceniano sytuację osób starszych po 60. roku życia w czterech domenach, tj.: bezpieczeństwa dochodów (*income security*), sytuacji zdrowotnej (*health status*), zdolności do zatrudnienia i edukacji (*capability*) oraz sprzyjającego otoczenia (*enabling environment*). Domeny te określało 13 wskaźników uzyskanych między innymi z Banku Światowego, Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), Międzynarodowej Organizacji Pracy (ILO) czy Barro and Lee i Gallup. W rankingu tym Polska zajmuje 32. miejsce. Średnia wartość wszystkich domen wynosiła 57,4. Lokalizuje to nasz kraj w pobliżu Gruzji (29. miejsce), Argentyny (31.), Meksyku (33.), Litwy (35.). W rankingu tym pierwsze 5 miejsc zajmują: Szwajcaria, Norwegia, Szwecja, Niemcy, Kanada, natomiast ostatnie 3 miejsca to: 94. Mozambik, 95. Malawi oraz 96. Afganistan. Ranking pokazuje, że największym problemem dla starszych osób w Polsce nie jest bezpieczeństwo dochodów (pod tym względem Polska zajęła 26. miejsce), ale sytuacja zdrowotna – dopiero 48. miejsce – oraz zatrudnienie i edukacja – 52. miejsce [6].

W celu sprostania rosnącemu zapotrzebowaniu na opiekę proponuje się podjęcie ponadnarodowych działań modernizacyjnych opartych na trzech celach długoterminowych:

- zapewnienia dobrego dostępu do usług opieki zdrowotnej i usług socjalnych,
- polepszenia jakości opieki długoterminowej,
- zapewnienia ciągłości finansowania [2].

W Polsce długoterminowa opieka pielęgnarska jest dyscypliną stosunkowo młodą i rozwijającą się. W 1999 roku pojawiły się stacjonarne zakłady opieki zdrowotnej, tj. zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy i zakład leczniczo-opiekuńczy dla osób przewlekle chorych i niesamodzielnich. W 2004 roku rozpoczęto kontraktowanie świadczeń zdrowotnych realizowanych w domach pod nazwą pielęgnarska opieka długoterminowa.

Obecnie głównymi rozporządzeniami związanymi z opieką długoterminową domową są: *Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej* (Dz.U. poz. 1658) oraz *Zarządzenie Nr 60/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej*. Opieka długoterminowa przeznaczona jest dla osób obłożnie i przewlekle chorych niewymagających hospitalizacji, u których występują istotne deficyty w samoopiece oraz które wymagają całodobowej, profesjonalnej, intensywnej opieki,

pielęgnacji i kontynuacji leczenia. Pielęgniarską opieką długoterminową domową może być objęty chory, który w ocenie skalą Barthel otrzyma 40 punktów lub mniej. Świadczenia gwarantowane obejmują: świadczenia udzielane przez pielęgniarkę, przygotowanie chorego i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji (w tym nauka radzenia sobie z niesprawnością), świadczenia pielęgnacyjne, zgodnie z procesem pielęgnowania, edukację zdrowotną chorego oraz członków jego rodziny, pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym, pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji chorego w domu. Świadczenia są udzielane od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00 – 20:00, a w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy – w medycznie uzasadnionych przypadkach [7].

W Polsce zarówno rozmieszczenie stacjonarnych zakładów opieki długoterminowej, jak i lokalne zapotrzebowanie na ten rodzaj usług jest zróżnicowane w zależności od regionu kraju, gęstości zaludnienia, odległości od placówki ochrony zdrowia, a także tradycji rodzinnych. Zróżnicowana zatem może być populacja chorych niepełnosprawnych. W związku z tym zapotrzebowanie na konkretne usługi może być różne w różnych regionach naszego kraju. Odmienne mogą być zatem motywy inspirowane pielęgniarki do poświęcenia swojej kariery zawodowej dyscyplinie, którą jest domowa opieka długoterminowa. Wiele pielęgniarek z terenu województwa śląskiego pracuje w opiece długoterminowej domowej.

Cel

Celem pracy była charakterystyka pielęgniarek/pielęgniarzy zatrudnionych w opiece długoterminowej domowej na terenie województwa górnośląskiego; uwzględniono czas poświęcony na realizację poszczególnych świadczeń.

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono za pomocą sondażu diagnostycznego, przy użyciu autorskiego kwestionariusza ankiety. Sformułowano pytania umożliwiające uzyskanie danych socjodemograficznych (płeć, wiek, typ ukończonej szkoły, staż pracy, ukończone kursy, specjalizacje) oraz danych odnośnie sprawności funkcjonalnej podopiecznych. Przebadano pielęgniarki i pielęgniarzy pracujących w opiece długoterminowej domowej w 2015 roku na terenie województwa śląskiego.

Charakterystyka badanej grupy

W badaniu wzięto udział 296 pielęgniarek/pielęgniarzy (293 kobiety – 99% i 3 mężczyźni – 1%), w wieku 47,2 ± 7,6 (24–65 lat). Wartości średnie ± odchylenie stan-

dardowe. Większość ankietowanych (44,9%) stanowiły absolwentki liceum medycznego. Wykształcenie wyższe licencjackie posiadało 36,8%, a 7,1% uzyskało tytuł magistra. Staż pracy ankietowanych ilustruje **rycina 1**. Najliczniejszą grupę (44,60%) stanowiły osoby ze stażem pracy w przedziale 21–30 lat, a prawie jedną czwartą – pracujące powyżej 30 lat.

Rycina 1. Staż pracy ankietowanych

Figure 1. Interviewees' job seniority

Źródło: badania własne

Source: author's own materials

Czas pracy (jako osoby należące do personelu pielęgniarskiego rodzinnego lub obecnie – pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej) w środowisku domowym pacjenta wynosił średnio 4 lata (Me = 4, Q1 = 2, Q3 = 6) (1–27 lat). Zdecydowana większość (78,7%) w środowisku domowym pacjenta pracowała nie więcej niż 6 lat. Dla większości ankietowanych była to dodatkowa praca polegająca na sprawowaniu opieki u średnio trzech pacjentów (Me = 3, Q1 = 2, Q3 = 3).

Rycina 2 ilustruje liczbę podopiecznych przypadających na pielęgniarkę/pielęgniarza. W badanej grupie 1 pacjentem opiekowało się 15,5% ankietowanych, 2 pacjentami – 21,3%, a 3 – 40,9%.

Rycina 2. Liczba pacjentów objętych opieką przez ankietowanych

Figure 2. Number of patients cared about by the interviewees

Źródło: badania własne

Source: author's own materials

Ankietowane osoby pogłębiały swoje kwalifikacje poprzez uczestnictwo w kursach kwalifikacyjnych: dwie trzecie z nich (66,5%) ukończyło kurs kwalifikacyjny z pielęgniarstwa rodzinnego, prawie połowa (45,6%) odbyła kurs kwalifikacyjny – pielęgniarstwo opieki długoterminowej domowej, a co dziesiąta (9,7%) ukończyła inne kursy kwalifikacyjne, m.in.: pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej terapii, pielęgniarstwo opieki paliatywnej, ochronę zdrowia pracujących.

Wśród ankietowanych 19,3% badanych posiadało tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa. Ankietowane osoby miały następujące specjalizacje: pielęgniarstwo geriatryczne (2,7%), pielęgniarstwo rodzinne (2,7%), zarządzanie i organizacja (2,7%). Inne ukończone specjalizacje to m.in.: pielęgniarstwo zachowawcze, pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki, pielęgniarstwo pediatriczne, pielęgniarstwo psychiatryczne.

Analiza danych wskazuje, że długoterminową opiekę domową sprawują doświadczone osoby z personelu pielęgniarskiego, o długim stażu pracy, posiadające średnie i wyższe wykształcenie oraz niezbędne kwalifikacje, opiekujące się najczęściej kilkoma osobami, wykonujące tę pracę jako dodatkowe zatrudnienie.

Charakterystyka podopiecznych ankietowanych osób

Aby zobrazować trudności w opiece nad pacjentem w warunkach domowych, poniżej przedstawionych zostanie kilka cech tych podopiecznych w starszym wieku. Pielęgniarki i pielęgniarze najczęściej opiekowali się pacjentami z przedziału wiekowego 76–90 lat (59,5% podopiecznych) i 65–75 lat (26,3%), pozostali to osoby powyżej 90. roku życia (14,2%). Przyczynami niesprawności i w następstwie objęcia opieką pacjentów były: w 35,2% udar mózgu, 33,5% otępienie, 31,3% inne schorzenia (tj. choroba Parkinsona, SM, cukrzyca). Wyniki skali Barthel podopiecznych ankietowanych osób przedstawiały się następująco: 0 punktów uzyskało 21,3% podopiecznych, 5–35 punktów – 74,7%, a 40 punktów – 4% badanych chorych – Me = 10 (Q1 = 3, Q3 = 25). Osoby ze znaczną niesprawnością według tej skali uzyskują mniej niż 20 punktów. Odsetek kobiet i mężczyzn, którzy uzyskali wynik mniejszy od 20 punktów, wynosił odpowiednio 81% dla kobiet i 67,9% dla mężczyzn ($p = 0,0116$).

Większość ankietowanych (75,7%) uważa, że praca w środowisku domowym z pacjentem przewlekle chorym wymaga szczególnych predyspozycji i nie każdy się do niej nadaje. Tylko 15,2% pielęgniarek/pielęgniarzy uważało, że każda pielęgniarka może nauczyć się pracy o takim charakterze. Spośród ankietowanych co dziesiąta osoba (9%) nie zgodziła się na określenie pracy

w środowisku domowym z pacjentem przewlekle chorym jako standardowa praca pielęgniarska.

Ankietowani wymienili kilkanaście tematycznych szkoleń, które byłyby przydatne w ich pracy zawodowej, np.: szkolenie z zakresu psychologii (64,5%), geriatric (55,7%), rehabilitacji (38,2%), opatrywania ran (15,8%), podstaw prawnych (13,2%).

Respondentów poproszono o odsetkowe określenie w skali miesiąca czasu przeznaczonego na działania pielęgnacyjne, świadczenia lecznicze, rehabilitacyjne oraz promocję zdrowia i profilaktykę. Analiza tych wyników przedstawiała się następująco: najwięcej czasu pielęgniarki/pielęgniarze opieki długoterminowej poświęcają na świadczenia pielęgnacyjne (Me = 40, Q1 = 30, Q3 = 50%), rehabilitacyjne (Me = 20, Q1 = 18, Q3 = 25%), lecznicze (Me = 20, Q1 = 10, Q3 = 20%) i promocję zdrowia z profilaktyką (Me = 20, Q1 = 10, Q3 = 24%). Osoby z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa zamiennie częściej i więcej od pozostałych poświęcają czasu na promocję zdrowia i profilaktykę ($p = 0,018$).

Spośród problemów podopiecznych respondenci najczęściej wymieniali: 49,7% samotność, 20,9% trudności z komunikacją, 11,5% umówienie wizyty lekarskiej.

Dyskusja

Zmiany demograficzne w naszym kraju, a szczególnie starzenie się społeczeństwa wpłynęły na tworzenie nowych form świadczeń udzielanych przez system ochrony zdrowia. Do takich form możemy zaliczyć m.in. opiekę długoterminową w środowisku domowym. Według Błędowskiego i Maciejasz polityka Unii Europejskiej ukierunkowana jest przede wszystkim na rozwój lokalnych sieci wsparcia, udzielanie pomocy w miejscu zamieszkania, a jeżeli brak takich możliwości – dopiero udzielanie pomocy instytucjonalnej [8]. Opracowania ekonomiczne wskazują, że około 80% całkowitych kosztów świadczeń zdrowotnych ponoszonych przez NFZ stanowią koszty leczenia szpitalnego, refundacji leków, podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Udział opieki długoterminowej wynosi około 2%, przy czym zwiększył się od 2004 roku z 1,53% do 2,04% w 2010 roku. Jak wynika z opracowania, wydatkowanie środków na opiekę długoterminową nie jest uzależnione od struktury wiekowej poszczególnych populacji w niektórych regionach Polski. Najwyższy udział wydatków na opiekę długoterminową odnotowuje się województwach: śląskim, małopolskim i podkarpackim, w których udział osób starszych w populacji nie należał do najwyższych na tle pozostałych. Co więcej, w województwach, w których zanotowano największy odsetek osób w wieku poprodukcyjnym (łódzkie, świętokrzyskie), udział w wy-

datkach na opiekę długoterminową był niemal najniższy w kraju [9].

Opieka długoterminowa stanowi bardzo ważne ogniwo w opiece nad osobami przewlekle chorymi i starymi. Współczesny model opieki pielęgniarstwa opiera się na indywidualnym podejściu do potrzeb podopiecznego i kompleksowości usług. Takie zadania ma przed sobą pielęgniarka i pielęgniarz opieki długoterminowej pracujący w środowisku pacjenta, którzy na podstawie analizy stanu zdrowia, sytuacji materialnej, warunków mieszkaniowych oraz sytuacji rodzinnej powinni określić indywidualne potrzeby swojego podopiecznego, jego rodziny/opiekunów oraz współpracować z zespołem interdyscyplinarnym w celu kompleksowego zabezpieczenia tych potrzeb [8].

Pomimo istotnej roli sektora opieki długoterminowej w środowisku pacjenta niewielu badaczy podejmuje ten temat w swoich opracowaniach naukowych. Wg Ziembickiej i wsp. w latach 2004–2015 temat ten podejmowano w 26 publikacjach, z czego tylko 1 dotyczyła pielęgniarek opieki długoterminowej [10].

W badaniach Studnik i wsp. 70% ankietowanych pielęgniarek z opieki długoterminowej było w wieku poniżej 50 lat, a najliczniejsza grupa to pielęgniarki z przedziału wiekowego 41–50 lat – 42% [11]. W badaniach własnych najmłodsza osoba miała 24 lata, najstarsza – 65 lat. Średnia wieku to $47,2 \pm 7,6$. Wyniki te wskazują, że pielęgniarki pracujące w opiece długoterminowej należą do osób w średnim wieku. Wyniki te są porównywalne do wyników z Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych, z którego wynika, że od 2009 roku wzrasta średnia wieku pielęgniarek. W roku 2014 wynosił on 48,43 roku, co oznacza, że pielęgniarki są „starą demograficznie grupą zawodową” [12].

Z analizy badania na terenie Dolnego Śląska wynika, że 84% pielęgniarek pracujących w opiece długoterminowej wykonuje swój zawód dłużej niż 15 lat [11], natomiast w badaniach własnych najliczniejsza grupa to osoby ze stażem pracy od 20 do 30 lat – 44,6%, oraz powyżej 30 lat – 22,6% ankietowanych.

W badaniach Studnik i wsp. 88% ankietowanych pracowało w opiece długoterminowej do 10 lat (w tym od roku do 5 lat – 58%) [11]. W przypadku badań własnych do 6 lat w środowisku domowym pacjenta pracowało 78,7% respondentów ($Me = 4$, $Q1 = 2$, $Q3 = 6$).

W badaniach z Dolnego Śląska zdecydowana większość pielęgniarek z opieki długoterminowej miała wykształcenie średnie – 72%, natomiast 4% ankietowanych posiadało wyższe magisterskie, a 24% – wyższe licencjackie [11]. W badaniach własnych pielęgniarki i pielęgniarze z opieki długoterminowej domowej z terenu Górnego Śląska posiadają częściej wykształcenie wyższe zawodowe, gdyż 36,8% ankietowanych było

absolwentami licencjackich studiów pielęgniarstwa, a 7,1% – absolwentami magisterskich studiów pielęgniarstwa.

W naszym kraju brak precyzyjnych określeń, kto jest odpowiedzialny za opiekę nad osobami starszymi i na kim spoczywa ta odpowiedzialność. W Austrii, Wielkiej Brytanii i Stanach Zjednoczonych w zapisach dotyczących standardów opieki nad osobą starszą jest zaznaczone, że wszystkie strony muszą brać udział w opiece. W Chinach władze postanowiły karać członków rodzin za nieodwiedzanie starszych ludzi [13]. Z licznych publikacji badających sytuację opiekunów osób przewlekle chorych i starszych wynika, że jest to sytuacja bardzo trudna, która obciąża fizycznie i psychicznie. W przypadku osób z otępieniem ich opiekunami najczęściej są współmałżonkowie, dzieci, krewni. W naszych badaniach podopiecznymi pielęgniarek i pielęgniarzy opieki długoterminowej w 33% byli również podopieczni dotknięci tym zaburzeniem. Według Krawczyk-Wasilewskiej i wsp. u 44% współmałżonków, którzy byli opiekunami, 29% dzieci będących opiekunami i 27% innych opiekunów osób z otępieniem rozwinęła się depresja [14]. Podobne wyniki możemy zaobserwować w pracy Kosińskiej i wsp. – badane osoby opiekowały się chorymi najczęściej ze względu na wspólne zamieszkanie, fakt, że nikt nie mógł się opiekować oraz że wspierali również finansowo swoich podopiecznych. W grupie tych opiekunów 81% stwierdza, że ich stan zdrowia pogorszył się w porównaniu z okresem, kiedy nie opiekowali się chorym. Najczęściej dokuczały im bóle kręgosłupa, objawy nerwicowe, nadciśnienie, depresja [15].

To obciążenie opiekunów wpływa na poszukiwanie pomocy i wsparcia w opiece środowiskowej i opiece długoterminowej. Z opracowania dotyczącego pracy pielęgniarek środowiskowych w ramach POZ wynika, iż pielęgniarki oceniają swoją pracę w środowisku jako ciężką (48%), a czynnikami obciążającymi pielęgniarki/pielęgniarzy są m.in.: zbyt duże oczekiwania ze strony środowiska (87%), niedostateczna liczba zatrudnienia (85%) oraz obciążenia związane z dotarciem do podopiecznego (84%) [16].

Średnia wieku badanej grupy to 48 lat, a jak wynika z publikacji Wyderki i Niedzielskiej wydolność fizyczna rośnie do 20. r.ż. i na stałym poziomie utrzymuje się około 5 lat, a następnie stopniowo maleje. W wieku 40 lat jest już niższa o 10%, a w 60. r.ż. – o 30–40% w stosunku do wartości najwyższej. Wydolność fizyczna kobiet jest 20–30% niższa w porównaniu do wydolności mężczyzn [17].

Z analizowanych wyników badań wynika, że pielęgniarki opieki długoterminowej opiekowały się bardzo ciężko chorymi pacjentami, gdyż byli to m.in. chorzy

po udarze mózgu (35,2%) oraz z otępieniem (33,5%). Wśród podopiecznych 21,3% uzyskało w skali Barthel 0 punktów, 74,7% – liczbę punktów między 5 a 35, a tylko 4% podopiecznych – 40 punktów. Wyniki te świadczą o znacznym upośledzeniu czynnościowym tej grupy podopiecznych [18].

Stan zdrowia podopiecznych ulegający w trakcie opieki zmianie zarówno w pielęgniarstwie długoterminowym, jak i środowiskowej opiece domowej (46,5% było umiarkowanie niesprawnych, 18,8% było znacznie niesprawnych) [19] determinuje obciążenie fizyczne pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w domu pacjenta. Dodatkowo sytuacja ta jest obciążona jeszcze rozlokowaniem środowisk w terenie, które wymaga dojazdu środkiem transportu lub dotarcia pieszo. Bardzo często pielęgniarka lub pielęgniarz musi pokonać również kilka pięter klatki schodowej, niosąc neseser pielęgniarstwa. Duży wpływ na realizację świadczeń mają warunki mieszkaniowe i sprzęt dostępny w środowisku domowym, a także to, czy rodzina lub opiekunowie chętni są do współpracy i pomocy. O ciężkości wykonywanej pracy w środowisku domowym decyduje w głównej mierze obciążenie fizyczne w czasie wykonywania czynności higienicznych, przenoszenia, podnoszenia, zmiany bielizny. Zarówno w badaniach własnych (świadczenia pielęgnacyjne – Me = 40, Q1 = 30, Q3 = 50), jak i w badaniach Studnik i wsp. pielęgniarki opieki długoterminowej wskazały, że te czynności zajmują im najwięcej czasu w trakcie wizyty w środowisku pacjenta [11]. Należy pamiętać, że pielęgniarka bardzo często wykonuje te czynności samodzielnie bez pomocy innych osób, co z pewnością przekracza dozwolone wartości masy podnoszonych i przenoszonych przez kobiety ciężarów [7, 11, 17].

Większość ankietowanych w badaniach własnych (75,7%) stwierdza, że praca w środowisku domowym z pacjentem przewlekle chorym wymaga szczególnych predyspozycji i nie każdy się do niej nadaje, tylko 15,2% pielęgniarek/pielęgniarzy uważało, że każda pielęgniarka może nauczyć się pracy o takim charakterze.

W opiece środowiskowej pielęgniarki obciążone są również psychiczne – na takie obciążenie wskazało aż 83% pielęgniarek w badaniu zespołu Czarneckiej i wsp. – oraz pielęgniarki opieki długoterminowej w opracowaniu Kułagowskiej i wsp., według którego obciążenie psychiczne wynika z zaangażowania w sytuację rodzinną i życiową pacjentów, ale również wynika z utrudnionej komunikacji [7, 16].

W przypadku badań własnych respondenci zgłaszali problemy z komunikacją, gdyż 35,2% podopiecznych było po udarze, a 33,5% – z otępieniem. Osoby ankietowane twierdziły również, że jednym z najczęściej po-

jawiających się problemów u osób będących pod ich opieką była samotność (47%).

Pielęgniarki/pielęgniarze opieki długoterminowej pragną wykonywać swoją pracę jak najbardziej profesjonalnie, przy czym mają świadomość, że ich doświadczenie powinno być na bieżąco podpierane wiedzą i analizą publikowanych badań. Wszystkie ankietowane osoby uczestniczyły w różnych kursach kwalifikacyjnych – 66,5% ukończyło kurs kwalifikacyjny z pielęgniarstwa rodzinnego, 45,6% – kurs kwalifikacyjny – pielęgniarstwo opieki długoterminowej domowej, a 9,7% – inne kursy kwalifikacyjne, m.in.: pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej terapii, pielęgniarstwo opieki paliatywnej, ochronę zdrowia pracujących. Należy podkreślić, że co piąta ankietowana osoba (19,3%) posiadała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa. Respondenci mieli następujące specjalizacje: pielęgniarstwo geriatryczne (2,7%), pielęgniarstwo rodzinne (2,7%), zarządzanie i organizacja (2,7%); inne ukończone specjalizacje to m.in.: pielęgniarstwo zachowawcze, pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki, pielęgniarstwo pediatryczne, pielęgniarstwo psychiatryczne.

Przysnane dodatkowo kompetencje od stycznia 2016 roku pielęgniarkom związane z wypisywaniem recept i skierowań na badania pomogą pielęgniarkom/pielęgniarzom opieki długoterminowej w ich pracy, ale należy podkreślić, że wiąże się to również z koniecznością przejścia szkoleń i zdobycia fachowej wiedzy i umiejętności [20].

Wnioski

Wyniki badań pozwalają na wyciągnięcie następujących wniosków:

- pielęgniarki i pielęgniarze województwa śląskiego sprawujący opiekę w środowisku domowym charakteryzują się długim stażem zawodowym, posiadaniem niezbędnych kwalifikacji do sprawowania opieki nad obłożnie chorym i nie różnią się wiekiem i wykształceniem od ogólnej populacji pielęgniarek;
- praca w środowisku domowym najczęściej jest ich dodatkowym zatrudnieniem;
- osoby należące do personelu pielęgniarstwa najczęściej czasu przeznaczają na świadczenia pielęgnacyjne, a posiadające specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa w opiece nad pacjentem w środowisku domowym, w porównaniu z pozostałymi, więcej czasu poświęcają promocji zdrowia i profilaktyce.

Piśmiennictwo

1. Dobińska Z. Opieka pielęgniarstwa – wybrane zagadnienia teoretyczne. *Pol Prz Nauk Zdr.* 2014; 1(38): 59–63.

2. Kilańska D. Pielęgniarki liderkami opieki długoterminowej. *Probl Piel.* 2010; 18(1): 72–78.
3. Trwanie życia w 2015 r. Warszawa: GUS; 2016, [www.http://stat.gov.pl](http://stat.gov.pl) (data dostępu: 20.10.2015).
4. Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014–2050. Warszawa: GUS; 2014, [www.http://stat.gov.pl](http://stat.gov.pl) (data dostępu: 10.02.2016).
5. Augustyn M, Będowski P, Wyrwicka K, Łukasik J, Witkowska B, Wilmowska-Pietruszyńska A, Czepulis-Rutkowska Z. Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje. Warszawa; 2010.
6. Global Age Watch Index 2015, www.helpage.org (data dostępu: 10.02.2016).
7. Kułagowska E, Kosińska M. Opieka długoterminowa w Polsce. Potrzeby, organizacja, bezpieczeństwo, jakość. Sosnowiec: Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego; 2014.
8. Będowski P, Maciejasz M. Rozwój opieki długoterminowej w Polsce – stan i rekomendacje. *Now Lek.* 2013; 82(1): 61–69.
9. Wilk K, Sowada Ch, Kruk W. Starzenie się społeczeństwa polskiego a wydatki na NFZ na opiekę długoterminową w latach 2004–2010 – zróżnicowanie regionalne. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie.* 2013; 3: 279–287.
10. Ziembicka D, Marcinowicz L. Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa – stan polskich badań naukowych. *Fam Med Primary Care Rev.* 2015; 17, 3: 232–236.
11. Studnik A, Pierchała A, Wójta-Kempa M. Porównanie wybranych elementów pracy i sytuacji zawodowej pielęgniarek opieki długoterminowej i pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych. *Piel Zdr Publ.* 2013; 3, 2: 143–153.
12. Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczeniu pielęgniarek i położnych. Raport. Warszawa: Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych; 2015. 37–40.
13. Kowalik G. Problemy starości w aspekcie zadań opiekunów. *Stud Med.* 2014; 30(1): 61–68.
14. Krawczyk-Wasilewska A, Mojs E, Skorupska E et al. Psychodemograficzny profil opiekunów sprawujących pieczę nad chorymi z demencją w Polsce. *Piel Pol.* 2016; 1(59): 13–17.
15. Kosińska M, Kułagowska E, Niebrój L, Stanisławczyk D. Obciążenia opiekunów osób zakwalifikowanych do opieki długoterminowej domowej. *Med Środow.* 2013; 16, 2: 59–68.
16. Czarnecka J, Sienkiewicz Z, Kobos E, Wójcik G, Krupniak A. Zagrożenia wynikające z pracy pielęgniarek/pielęgniarzy środowiskowych. *Piel Pol.* 2014; 4(54): 296–301.
17. Wyderka M, Niedzielska T. Ergonomia w pracy pielęgniarki. *Piel Pol.* 2016; 2(60): 165–169.
18. Irzyniec T, Nowak-Kapusta Z, Franek G, Drzazga B. Osoby starsze objęte pielęgniarską domową opieką długoterminową. *Gerontol Pol.* 2016; 24(3): 207–214.
19. Ślusarska B, Nowicki G, Bartoszek A, Wittwer S et al. Problemy zdrowotne i pielęgnacyjne osób starszych w wieku 65–75 lat objętych opieką pielęgniarki środowiskowej. *Gerontol Pol.* 2016; 24(1): 17–25.
20. Zarzeka A, Panczyk M, Belowska J. Prawo w pielęgniarstwie – przegląd aktualnego dostępnego polskiego piśmiennictwa naukowego z zakresu pielęgniarstwa. *Piel Pol.* 2016; 2(60): 247–255.

Artykuł przyjęty do redakcji: 15.09.2016

Artykuł przyjęty do publikacji: 07.03.2017

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Zofia Nowak-Kapusta

ul. Medyków 12

40-752 Katowice

tel.: 32 2088 635

e-mail: znkapusta@sum.edu.pl

Zakład Promocji Zdrowia i Pielęgniarstwa Środowiskowego

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach