

Barbara Niedorys^{1,A-D}, Agnieszka Chrzan - Rodak^{1,B-D}, Adrian Bartoszek^{2,B-C},
Marcin Rząca^{1,A,C,E}, Agnieszka Bartoszek^{1,A,C,E}, Barbara Ślusarska^{1,A,E-F}

ANALIZA WYBRANYCH UWARUNKOWAŃ OBCIĄŻENIA OPIEKUNÓW OPIEKĄ WEDŁUG COPE-INDEX: SKALA NEGATYWNEGO WPŁYWU OPIEKI

**Analysis of selected conditions of caregiver
burden according to COPE-index: Negative Care Impact Scale**

¹Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego,
Polska

²Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Polska

A - Research concept and design, B - Collection and/or assembly of data, C - Data analysis and interpretation, D - Writing the article, E - Critical revision of the article, F - Final approval of article

Barbara Niedorys - ID 0000-0002-6101-783X

Agnieszka Chrzan - Rodak - ID 0000-0001-8786-4079

Adrian Bartoszek - ID 0000-0002-6840-7320

Marcin Rząca - ID 0000-0003-3287-2025

Agnieszka Bartoszek - ID 0000-0003-0974-0761

Barbara Ślusarska - ID 0000-0003-0101-9216

Streszczenie (j. polski):

Cel pracy

Starzenie się społeczeństwa jest zjawiskiem demograficznym obserwowanym w większości krajów wysoko rozwiniętych i rozwijających się, w tym także w Polsce. Ze względu na konsekwencje jakie niesie za sobą starość, osoby te często wymagają opieki, która w różnym stopniu jest przyczyną obciążenia opiekuna nieformalnego. Celem pracy jest ocena obciążeń opiekunów nieformalnych opieką według Skali Negatywnego Wpływu Opieki COPE-index oraz analiza wybranych ich uwarunkowań.

Materiał i metody

Badaniem objęto grupę 120 opiekunów nieformalnych osób starszych oraz grupę 120 podopiecznych zamieszkałych na wsi i w mieście. Do oceny stopnia obciążenia opiekuna opieką zastosowano Skalę Negatywnego Wpływu Opieki wchodzącą w skład kwestionariusza COPE-index. Do oceny sprawności funkcjonalnej podopiecznych zastosowano skale ADL i I-ADL. Materiał zgromadzono za pomocą bezpośrednich

wywiadów wśród opiekunów pełniących opiekę nad seniorami w środowisku domowym.

Wyniki

Wiek badanych opiekunów nieformalnych wahał się od 20 do 87 lat ($M=52,5$; $SD=13,53$). Negatywny wpływ opieki stwierdzono u 23,3% opiekunów i był istotnie wyższy w grupie opiekunów płci męskiej oraz sprawujących opiekę nad osobami z chorobą Alzheimera ($p<0,05$). Większa sprawność podopiecznego skutkowała mniejszym negatywnym wpływem sprawowanej opieki, istotnie w przypadku korelacji skali IADL i kwestionariusza COPE ($p<0,05$).

Wnioski

Sprawowanie opieki nad osobą starszą jest obciążeniem dla nieformalnego opiekuna, obciążenie to jest nasilone wśród opiekunów osób z chorobą Alzheimera, opiekunów płci męskiej oraz u osób opiekujących się seniorem z niższym stopniem wydolności samoobsługowej.

Streszczenie (j. angielski):

Aim

Aging of society is a demographical phenomenon perceivable in the majority of highly developed countries. Due to the consequences of getting older, many elderly people require to be taken care of, which may put a strain on the caretakers to various degrees. The aim of the study is to assess the degree and analyse chosen circumstances of the strain put on caretakers, in accordance with the COPE-scale of the Negative Impact.

Material and methods

The study group holds 120 informal caretakers of the elderly and 120 people who received care, from both urban and rural areas. In order to assess the degree of strain of caretakers, there was used the Negative Impact of Caregiving Scale, as a part of COPE- index questionnaire. In order to look into functional capabilities of care receivers the study employed ADL and I-ADL scales.

Results

The age of informal caretakers varied from 20 to 87 years ($M= 52.5$; $SD=13.53$). Strains were noticed in 23.3% of caretakers, with a particular impact of those who were male and were taking care of people suffering from Alzheimer's disease ($p<0.05$). The more capable the care receiver, the less negative the impact of the care on the caretaker (statistically significant in the case of the correlation of the IADL scale and the COPE questionnaire, $p<0.05$).

Conclusions

Caring for an elderly person is a burden for an informal carer, this burden is intensified among carers of people with Alzheimer's disease, male carers and people caring for the elderly with a lower degree of self-service capacity.

Słowa kluczowe (j. polski):

rodzina, ADL, opiekunowie rodzinni.

Słowa kluczowe (j. angielski):

family, ADL, caregivers.

Praca wpłynęła do Redakcji: 10.03.2020

Poprawiono: 2020-03-17

Zaakceptowano do druku: 19.03.2020

Data ostatniej recenzji: 17.03.2020

Krótki tytuł

Uwarunkowania negatywnego wpływu opieki

Skrócona lista autorów

B. Niedorys et al.

Wstęp

Prognozy Głównego Urzędu Statystycznego na rok 2030 wskazują, iż liczba osób w wieku emerytalnym będzie wynosiła 9,6 milionów [1]. Z kolei na rok 2060 przewiduje się, że w Polsce odsetek osób mających 65 lat i więcej ma osiągnąć w strukturze ludności naszego kraju poziom blisko 35%, a odsetek osób w wieku 80 lat i więcej ma przekroczyć próg 12% [2]. W obliczu tego rosnącego trendu demograficznego nastąpi również wzrost zapotrzebowania na świadczenie opieki seniorom, zarówno poprzez instytucje jak i opiekunów nieformalnych [3]. Osoby starsze często zmagają się z wieloma problemami: wielochorobowością, która jest powodem upośledzenia wydolności funkcjonalnej, zaburzeniami funkcji poznawczych, niepełnosprawnością, czy samotnością prowadzącą do depresji [4]. Generuje to szereg wielowymiarowych problemów niosących za sobą konsekwencje nie tylko zdrowotne, ale również społeczne, ekonomiczne, prawne i polityczne [5]. Stąd też zapewnienie seniorom należytej opieki staje się obecnie sprawą priorytetową [6].

Literatura wskazuje, że najczęściej to opiekunowie nieprofesjonalni, czyli członkowie rodzin, sąsiedzi, znajomi, stanowią kluczową rolę w opiece domowej lub pozainstytucjonalnej nad seniorami. Pomimo coraz bardziej rozbudowanego systemu opieki instytucjonalnej, wciąż przeważa pion domowej opieki nieformalnej. Główne motywy podejmowania opieki przez członków rodziny nad seniorami to: więzi emocjonalne, osobiste poczucie obowiązku, a dla nielicznych brak innej alternatywy [7]. Zwykle opiekunowie nieprofesjonalni są nieprzygotowani do długotrwałej pracy z seniorami i równocześnie często są pozostawieni sami sobie z problemami swoich podopiecznych [8]. Generuje to wiele problemów z jakimi muszą zmierzyć się opiekunowie nieformalni. Wśród zagrożeń zdrowia fizycznego opiekunów osób starszych, wynikających z pełnionej przez nich opieki, na pierwszy plan wysuwają się kontuzje i schorzenia kręgosłupa, a także przewlekłe zmęczenie fizyczne, przepuklina, żylaki, obniżenie narządów rodnych u kobiet [9-11]. Oprócz tego opiekunowie są zagrożeni obniżeniem nastroju, depresją, izolacją społeczną oraz problemami ekonomicznymi [12-14]. Konsekwencją wspomnianych obciążeń, nadmiaru obowiązków i permanentnego zmęczenia jest wystąpienie zespołu stresu opiekuna (CSS – Caregiver Stress Syndrome), którego objawy dotyczą zaburzeń w obszarze fizycznym, psychospołecznym i psychosomatycznym [15] oraz niższym postrzeganiem jakości swojego życia [16].

Poważnym problemem mającym wpływ na stopień obciążenia opieką jest brak kompetencji opiekuńczych u opiekunów. Opiekunowie rodzinni umiejętności niezbędne do sprawowania opieki pozyskują najczęściej poprzez metodę prób i błędów. Najczęściej nie posiadają żadnego wcześniejszego przygotowania do opieki nad osobą chorą [6]. Utrata autonomii pacjenta wpływa również na ograniczenia w funkcjonowaniu opiekuna w rolach społecznych i zawodowych (m.in. na zmniejszenie czasu własnego odpoczynku, rezygnację z pracy zawodowej, przejście na wcześniejszą emeryturę). Utrata więzi społecznych opiekunów jest istotnym czynnikiem wpływającym na wzrost obciążenia [17].

Deficyt odpowiednich rozwiązań instytucjonalnych wspierających opiekunów w pełnionej przez nich funkcji powoduje narastanie poczucia frustracji i może być źródłem zniechęcenia, a nawet doprowadzić do utraty poczucia sensu opieki nad podopiecznym. [18-19]. Z badania wynika, że najczęstszym problemem dla opiekunów jest brak informacji o przysługujących ulgach, funduszach oraz formach wsparcia mogących ułatwić opiekę nad podopiecznym i przyczynić się tym samym do wzrostu jakości opieki oraz uniknięcia problemów finansowych. [6,20].

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. Istnieje zatem wyraźna potrzeba wyposażenia opiekunów rodzinnych w umiejętności bezpiecznego, sprawnego i kompetentnego wykonywania opieki [21].

Cel

Celem badań własnych była ocena obciążenia opiekunów nieformalnych opieką według Skali Negatywnego Wpływu Opieki COPE- index oraz analiza wybranych ich uwarunkowań.

Material i metody

Badania przeprowadzono w okresie od stycznia do czerwca 2018 roku. Przeszkoleni ankieterzy zbierali wywiady bezpośrednio wśród opiekunów pełniących opiekę nad seniorami w środowisku domowym, do analizy włączono 120 kwestionariuszy.

W badaniach wykorzystano Skalę Negatywnego Wpływu Opieki wchodzącą w skład COPE-index do oceny stopnia obciążenia opiekuna opieką [22]. Skala zbudowana jest z 7 pytań, na które opiekun udziela odpowiedzi według czterostopniowej skali Likerta. Uzyskane przez badanego wartości mieszczą się w przedziale 7-28 punktów, a im wyższe uzyskane wartości tym wyższy jest poziom obciążenia opieką. Współczynnik rzetelności alfa Cronbacha dla narzędzia COPE-index wynosi 0,82 [23].

W celu oceny wydolności funkcjonalnej podopiecznego zastosowano Skalę ADL (Activities of Daily Living, skala Katza). Dotyczy ona sześciu czynności życia codziennego tj.: higiena osobista, ubieranie się, korzystanie z toalety, kontrola zwieraczy, spożywanie posiłków i przemieszczanie się. Niemożność samodzielnego zaspokajania tych potrzeb przez osoby starsze wskazuje na znaczny stopień ich niesprawności oraz zapotrzebowanie na stałą opiekę ze strony osób trzecich [24-25]. Skala pozwala zakwalifikować podopiecznego do określonego poziomu sprawności według następującej punktacji: 5-6 pkt. – osoby sprawne; 3-4 pkt. – osoby umiarkowanie niesprawne; ≤ 2 pkt. – osoby znacznie niesprawne. Kolejną skalą, za pomocą której dokonano oceny stanu funkcjonalnego seniorów była skala I-ADL (Instrumental Activities of Daily Living, skala Lawtona). Pozwala ona ocenić czy senior potrafi wykonać złożone czynności instrumentalne takie jak używanie telefonu, robienie zakupów, przygotowywanie posiłków, codzienne porządki, pranie, korzystanie ze środków transportu, przyjmowanie leków i rozporządzanie własnymi pieniędzmi. Punktacja w poszczególnych zakresach zawiera się w przedziale od 3 punktów – bez pomocy, do 1 punktu – zupełnie nie radzi sobie w danym zakresie. Im wyższy wynik w skali IADL, tym osoba jest bardziej sprawna w zakresie złożonych czynności dnia codziennego. Bez względu na liczbę możliwych do uzyskania punktów ma znaczenie tylko w odniesieniu do konkretnego pacjenta, zmniejszenie tej liczby w czasie świadczy o pogarszaniu się stanu ogólnego.

Wszyscy uczestnicy badania zostali zapoznani z warunkami badania i wyrazili świadomą zgodę na udział. Badanie zostało przeprowadzone zgodnie z zasadami etyki i wymaganiami Deklaracji Helsińskiej.

Analiza statystyczna

Dane uzyskane w toku badań zakodowano, a następnie wprowadzono do komputerowej bazy danych. Analizę statystyczną opracowano w pakiecie statystycznym Statistica 10.0. Zmienne zostały podsumowane przy użyciu standardowych statystyk opisowych, takich jak średnia (M), mediana (Me), odchylenia standardowe (SD) i częstotliwości. W celu ustalenia związku pomiędzy zmiennymi zastosowano współczynniki korelacji rho-Spearmana oraz Test Manna-Whitneya-Wilcoxon. Za istotnie statystycznie przyjęto wyniki, których współczynnik „p” był mniejszy niż 0,05.

Wyniki

Zdecydowaną większość opiekunów stanowiły kobiety (82,5%). Wiek badanych opiekunów wahał się od 20 do 87 lat ($M=52,5$; $SD=13,53$), zaś czas sprawowanej opieki nad osobą starszą wynosił średnio $M=7,74$ lat ($SD=9,85$). Szczegółową charakterystykę badanej grupy opiekunów przedstawiono w Tabeli nr 1.

Tab. 1. Charakterystyka badanej grupy opiekunów
Tab. 1. Characteristics of caregivers

Cecha		n	%
Płeć opiekuna	Kobieta	99	82,5%
	Mężczyzna	21	17,5%
Wiek opiekuna	<50 lat	45	37,5%
	51-64 lat	54	45,0%
	>65	21	17,5%
Miejsce zamieszkania opiekuna	Miasto	72	60,0%
	Wieś	48	40,0%
Źródło utrzymania opiekuna	Pracujący w pełnym wymiarze godzin	48	40,0%
	Pracujący w niepełnym wymiarze godzin	20	16,7%
	Emeryt/rencista	34	28,3%
	Bezrobotny	15	12,5%
	Student	3	2,5%
Stopień pokrewieństwa z osobą starszą	Współmałżonek/partner	15	12,5%
	Rodzeństwo	3	2,5%
	Synowa lub zięć	10	8,3%
	Córka lub syn	32	26,6%
	Przyjaciel lub sąsiad	4	3,3%
	Obca osoba	21	17,5%
	Inny członek rodziny	35	29,2%
Miejsce sprawowania opieki	W tym samym mieszkaniu	55	45,8%
	W innym mieszkaniu, ale w tym samym budynku	12	10,0%
	W pobliżu (odległość krótkiego spaceru)	17	14,2%
	Okolo 10-30 minut samochodem/autobusem	31	25,9%
	Okolo 1 godziny samochodem/autobusem	5	4,1%
Długość sprawowania opieki nad podopiecznym	Do 2 lat	28	23,3%
	2 - 5 lat	45	37,5%
	Ponad 5 lat	47	39,2%

Źródło: opracowanie własne

Dokonano również oceny cech społeczno-demograficznych podopiecznego. Średni wiek podopiecznych wynosił $M=80,56$ ($SD=8,81$) i w większości były to kobiety (68,3%). Szczegółową charakterystykę badanej grupy podopiecznych przedstawiono w tabeli nr 2.

Tab. 2. Charakterystyka badanej grupy podopiecznych
Tab. 1. Characteristics of seniors

Cecha		n	%
Płeć podopiecznego	Kobieta	82	68,3%
	Mężczyzna	38	31,7%
Wiek podopiecznego	<75 lat	34	28,3%
	75-85 lat	40	33,3%
	>85 lat	46	38,3%
Miejsce zamieszkania podopiecznego	Miasto	62	51,6%
	Wieś	58	48,4%
Choroby rozpoznane u podopiecznego	Choroba Alzheimera	18	15,0%
	Choroba Parkinsona	9	7,5%
	Choroby układu krążenia (m.in. zawał serca, stan po udarze mózgu, nadciśnienie tętnicze)	82	68,3%
	Choroby narządu ruchu (m.in. RZS, osteoporoza, zwyrodnienia stawów)	61	50,8%
	Cukrzyca	31	25,8%
	Choroba nowotworowa	10	8,3%
	Inne	33	22,2%
<i>*pytanie wielokrotnego wyboru</i>			

Źródło: opracowanie własne

Analiza uzyskanych wyników wykazała, że sprawowanie opieki nad osobą w wieku podeszłym wywiera negatywny wpływ na prawie co czwartego opiekuna (23,3%). Blisko połowa respondentów (49,2%) uważała, że pełnienie opieki wielokrotnie stawia przed nimi zbyt wysokie wymagania. Aż 55,8% respondentów przyznała, że sprawowanie opieki ma czasem niekorzystny wpływ na ich zdrowie fizyczne, z kolei 62,5% opiekunów przyznało, że sprawowanie opieki wywiera czasem niekorzystny wpływ na ich życie emocjonalne. Zdaniem większości opiekunów sprawowanie opieki nie stwarza problemów w stosunkach z przyjaciółmi, rodziną oraz nie powoduje trudności finansowych.

Tab. 3. Odpowiedzi opiekunów na pytania Skali Negatywnego wpływu opieki
Tab. 3. Caregivers' answers to questions on the Negative Care Impact Scale

Skala Negatywnego wpływu opieki		n	%
1. Czy uważasz, że pełnienie opieki stawia przed Tobą zbyt wysokie wymagania?	Zawsze	7	5,8%
	Często	28	23,3%
	Czasami	59	49,2%
	Nigdy	26	21,7%
	Nie dotyczy	0	0,0%
2. Czy sprawowanie opieki stwarza problemy w Twoich stosunkach z przyjaciółmi?	Zawsze	3	2,5%
	Często	13	10,8%
	Czasami	33	27,5%
	Nigdy	53	44,2%
	Nie dotyczy	18	15,0%
3. Czy sprawowanie opieki ma niedobry wpływ na Twoje zdrowie fizyczne?	Zawsze	3	2,5%
	Często	23	19,2%
	Czasami	67	55,8%
	Nigdy	27	22,5%
	Nie dotyczy	0	0,0%
4. Czy sprawowanie opieki stwarza problemy w Twoich stosunkach z rodziną?	Zawsze	1	0,8%
	Często	15	12,5%
	Czasami	37	30,8%
	Nigdy	56	46,7%
	Nie dotyczy	11	9,2%
5. Czy sprawowanie opieki powoduje, że masz trudności finansowe?	Zawsze	2	1,7%
	Często	15	12,5%
	Czasami	46	38,3%
	Nigdy	57	47,5%
	Nie dotyczy	0	0,0%
6. Czy w roli opiekuna czujesz się jak w sytuacji bez wyjścia?	Zawsze	8	6,7%
	Często	13	10,8%
	Czasami	47	39,2%
	Nigdy	52	43,3%
	Nie dotyczy	0	0,0%
7. Czy sprawowanie opieki wywiera niedobry wpływ na Twoje emocjonalne samopoczucie?	Zawsze	5	4,2%
	Często	18	15,0%
	Czasami	75	62,5%
	Nigdy	22	18,3%
	Nie dotyczy	0	0,0%

Źródło: opracowanie własne

W ocenie podopiecznych za pomocą skali ADL znaczną większość (43,3%) stanowili podopieczni o znacznym stopniu niesprawności, podopieczni umiarkowanie niesprawni stanowili 17,5%, zaś pozostałe 39,2% stanowiły osoby sprawne. Według skali IADL średnia wartość uzyskanych punktów przez podopiecznych wyniosła zaledwie M=2,2 punkty (SD=2,6), przy czym maksymalna ilość możliwych punktów do uzyskania wynosi 24 punkty.

Analiza pokazała, że wraz ze wzrostem wieku podopiecznego, wieku opiekuna, czasu sprawowania opieki oraz większej wydolności funkcjonalnej podopiecznego w skali ADL i IADL, zmniejsza się wpływ Negatywnego Wpływu Opieki (korelacja słabo ujemna). W przypadku korelacji skali IADL ze Skalą COPE-Index uzyskano wartość istotną statystycznie ($p < 0,05$).

Tab. 4. Korelacje między wybranymi danymi ilościowymi, a Skalą Negatywnego Wpływu Opieki
Tab. 4. Correlations between selected data and the Negative Care Impact Scale

Zmienne ilościowe	p	R Spearmana
Wiek opiekuna a Negatywny Wpływ Opieki	0,146	-0,13
Wiek podopiecznego a Negatywny Wpływ Opieki	0,341	-0,09
Czas opieki, a Negatywny Wpływ Opieki	0,725	-0,03
Skala ADL, a Negatywny Wpływ Opieki	0,204	-0,12
Skala IADL, a Negatywny Wpływ Opieki	0,016	-0,22

Źródło: Opracowanie własne

Analiza wyników badań własnych wykazała, że Negatywny Wpływ Opieki występuje ponad dwa razy częściej u mężczyzn, niż u kobiet (48% vs 18%) oraz u opiekunów osób chorych na Alzheimera (44,4%). Zależności te były istotne statystycznie ($p < 0,05$). Natomiast miejsce zamieszkania, stopień pokrewieństwa oraz źródło utrzymania opiekuna nie wpływały znacząco na stopień obciążenia opieką.

Tab. 5. Korelacje pomiędzy wybranymi cechami opiekuna a Skalą Negatywnego Wpływu Opieki
Tab. 5. Correlations between selected guardian traits and the Negative Care Impact Scale

Cechy opiekuna	Negatywny Wpływ Opieki		p
	Brak (≤15 pkt. COPE-index)	Występuje (>15 pkt. COPE-index)	
Mężczyźni	n=11	n=10	p=0,004
	52,38%	47,62%	
Kobiety	n=81	n=18	
	81,82%	18,18%	
Opiekunowie osób chorych na Alzheimera	n=10	n=8	p=0,022
	55,56%	44,44%	
Pozostali opiekunowie	n=82	n=20	
	80,39%	19,61%	

Źródło: Opracowanie własne

Dyskusja

Sprawowanie opieki nad podopiecznym w środowisku domowym przez opiekuna nieformalnego jest sytuacją trudną, często będącą źródłem stresu zarówno dla opiekuna jak i podopiecznego [4]. Celem badania była ocena obciążenia opiekuna opieką według Skali Negatywnego Wpływu Opieki COPE-index oraz analiza wybranych ich uwarunkowań. Uzyskane wyniki według Skali Negatywnego Wpływu opieki wskazują, że prawie co czwarty nieformalny opiekun osoby starszej cierpi z powodu negatywnego wpływu opieki. Badania własne wskazują na szczególnie obciążenie fizyczne i emocjonalne opieką. Koresponduje to z wynikami innych autorów, gdzie również w tych obszarach opiekunowie byli najbardziej narażeni na obciążenie [12, 26-29]. Hiel i wsp. w badaniach kohortowych (n=7858) prowadzonych w przeciągu ośmiu lat udowodnili, że nieformalna opieka była istotnie związana ze słabym zdrowiem psychicznym i fizycznym [14].

Podobne badania w Polsce za pomocą narzędzia COPE-indeks przeprowadziła Bartoszek i wsp. [30], gdzie w badaniach wzięło udział 150 opiekunów o zbliżonej średniej wieku (M=57,69; SD=12,9) jak w badaniach własnych. Badania Bartoszek i wsp. wskazują o przeciążeniu opiekunów w związku z opieką, a średnia wartość w obszarze Negatywnego Wpływu Opieki wynosiła 11,80 (SD=3,75), własne wyniki również wskazywały na przeciążenie dostawców opieki (M=12,84; SD=3,82). Wspomniany zespół uzyskał istotnie statystycznie wyniki ($p<0,01$) w zakresie pogorszenia się stanu zdrowia opiekuna, wraz ze wzrostem przeciążenia opieką w zakresie Negatywnego Wpływu Opieki ($R=-0,370$) oraz dłuższym czasem opieki, a większym przeciążeniem opieką w zakresie Negatywnego Wpływu Opieki ($R=0,413$; $p<0,01$). Badania własne jako czynniki warunkujące narażenie na większe przeciążenie opieką wskazują: opiekunów płci męskiej, obciążenie podopiecznego chorobą Alzheimera, opieka nad podopiecznymi z mniejszą wydolnością funkcjonalną.

W większości analizowanych prac autorzy podkreślają dominację kobiet wśród opiekunów osób starszych [23, 30-32]. Wśród kobiet ryzyko wycofania się z płatnej pracy zawodowej, na rzecz opieki nad osobą starszą jest wysokie [33], oprócz tego kobiety pełniące rolę opiekuna wycofują się z życia towarzyskiego [9]. Również w niniejszych badaniach osobami, które najczęściej sprawowały opiekę nad seniorami były kobiety (83%) z czego większość deklarowała się jako członek rodziny osoby starszej. Analogicznie w badaniach Bień przeprowadzonych na 1000 opiekunów rodzinnych, około trzy czwarte respondentów twierdziła, że należy do rodziny podopiecznego oraz była płci żeńskiej [34]. Z kolei u Kachaniuk i wsp. najczęstszymi opiekunami byli współmałżonkowie (43,5%) oraz dzieci (23,2%) [35]. Podkreśla to jak ważną rolę odgrywają opiekunowie rodzinni w opiece nad osobami starszymi w społeczeństwie polskim, którymi najczęściej są kobiety.

Obciążenie opiekunów jest uwarunkowane szeregiem różnych czynników, spośród których jednym z nich jest deficyt sprawności funkcjonalnej. W przedstawionym badaniu analizie poddano między innymi wpływ stopnia samodzielności osób starszych na obciążenie opieką opiekunów. Opierając się o skale ADL i IADL stwierdzono, iż osoby sprawne stanowiły 39% wszystkich podopiecznych, umiarkowaną sprawność prezentowało 17,5% osób w podeszłym wieku, zaś całkowitą niesprawność zaobserwowano wśród 43,5% seniorów. Przeprowadzona analiza wyników badań wskazała, że wraz z pogorszeniem się sprawności funkcjonalnej pacjentów istotnie wzrasta wśród opiekunów negatywny wpływ opieki. Podobne wyniki uzyskano w większości analizowanych prac [8, 36-38]. Inni autorzy zauważali również, że deficyt funkcjonalny podopiecznego ma związek z niższą jakością życia opiekuna [16, 35, 39].

Średni czas sprawowania opieki przez opiekuna w niniejszym badaniu wynosił średnio M=7,74 lat (SD=9,85). Analiza własna wykazała, że ogólny wynik w skali obciążenia nie koreluje istotnie, ani w sposób silny z czasem trwania opieki nad chorym. W badaniach wielu autorów [14, 34, 40] wykazuje się, że im dłuższy czas opieki, tym większy poziom ograniczeń osobistych i zmęczenie opieką oraz niższa

jakość życia opiekuna.

Innym czynnikiem, który wiąże się z negatywnym obciążeniem opiekunów są zaburzenia otępienne podopiecznego w przebiegu choroby Alzheimera [13, 15-17, 41-43]. Zespoły otępienne wśród podopiecznych stanowią dla opiekuna dodatkowe obciążenie ze względu na czas jaki trzeba włożyć w sprawowanie opieki. W badaniach Karczewskiej i wsp. [41] porównano grupę opiekunów osób z otępieniem i niezdolnością do samodzielnego rozporządzania swoimi pieniędzmi lub korzystania z telefonu lub samodzielnego przyjmowania leków bądź z zaburzeniami zachowania (n=311) i grupę opiekunów bez wymienionych zaburzeń wśród podopiecznych (n=689). Średnia liczba godzin opieki i średnia ilość nocy w tygodniu spędzonych na opiece była wyższa w grupie opiekunów osób z otępieniem niż w grupie kontrolnej (65 vs. 36 godzin tygodniowo). Badania te ujawniły, że w skali Negatywnego Wpływu Opieki opiekun osoby starszej z zespołem otępiennym otrzymywał średnio 12 punktów, a opiekun z grupy kontrolnej, średnio o trzy punkty mniej.

Pomimo licznych trudności jakie napotyka opiekun nieformalny, Cohen i wsp. [44] w swoich badaniach (n=289) starali się zidentyfikować pozytywne aspekty opieki. Prawie trzy czwarte opiekunów nieformalnych (73%) twierdziło, że może wymienić przynajmniej jeden pozytywny aspekt opieki, a 6,9% twierdziło, że identyfikuje więcej niż jeden pozytywny aspekt. Wśród pozytywnych aspektów opiekunowie wymieniali: towarzystwo, poczucie satysfakcji lub radości (enjoyment), poczucie zobowiązania, zapewnienie lepszej jakości życia podopiecznemu, poczucie robienia czegoś ważnego.

Polityka rządowa ukierunkowana na potrzeby opiekunów nieformalnych jest przedmiotem dyskusji w wielu państwach, tym bardziej, że opieka nieformalna stanowi główny filar opieki nad osobami starszymi [4]. Dane demograficzne wskazują na potrzebę poszukiwania rozwiązań w celu zapewnienia opieki osobom starszym oraz oceny bezpośredniego i pośredniego wpływu opieki na opiekunów, beneficjentów opieki, członków rodziny, pracodawców i ekonomiczne skutki [45-46]. Rola nieformalnych opiekunów została również uwzględniona w założeniach długoterminowej polityki senioralnej w Polsce na lata 2014–2020. Dokument uznał potrzebę zdiagnozowania potrzeb nieformalnych opiekunów osób starszych w Polsce i wdrożenia systemowych rozwiązań, które umożliwiłyby im wsparcia. Dlatego ważne jest prowadzenie badań w kierunku lepszego poznania problemów opiekunów nieformalnych oraz wprowadzanie rozwiązań instytucjonalnych, które pomogą opiekunom nieformalnym w korzystniejszym sprawowaniu opieki.

Wnioski:

1. Sprawowanie opieki nad osobą starszą ma negatywny wpływ na obciążenie nieformalnego opiekuna, szczególnie w wymiarze fizycznym i emocjonalnym.
2. Najczęściej to kobiety są dostawcami opieki, jednak negatywny wpływ opieki zaznacza się szczególnie wśród opiekunów płci męskiej.
3. Negatywny wpływ opieki jest większy wśród osób opiekujących się pacjentami z niższym stopniem wydolności samoobsługowej oraz obciążonych chorobą Alzheimera.

Piśmiennictwo

1. Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050. Studia i analizy statystyczne. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2014
2. Eurostat News release. Population projections 2010-2060. EU27 population is expected to peak

- by around 2040. One person in eight aged 80 or more in 2060. 2011. Dostępny w Internecie: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/5039334/3-08062011-BP-EN.PDF/fad284a-6-74eb-4eb6-9e6c-f29331b875f0> Dostęp: 18.02.2020.
3. Czekanowski P. The aging process of societies and the family situation of old people. *Sociol. Rev* 2013; 62: 55–78.
 4. Colombo F, Llena-Nozal A, Mercier J, Tjadens F. Help wanted? Providing and paying for long-term care, OECD Health Policy Studies. OECD Publishings; 2011
 5. Marzec A. Organizacja opieki instytucjonalnej nad osobami w podeszłym wieku w Polsce i na świecie. [w:] Kędziora-Kornatowka K., Muszaliak M. (red.) Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2007
 6. Szukalski P. Sytuacja rodzinna i potrzeby opiekuńcze ludzi w podeszłym wieku w Polsce. [w:] Cybulski M, Krajewska-Kułał E. (red.) Opieka nad osobami starszymi. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2016
 7. Eurofamcare. Services for supporting family carers of elderly people in Europe: characteristics, coverage and usage. Summary of main findings from Eurofamcare. Dostępny w Internecie: <https://www.uke.de/extern/eurofamcare/> Dostęp: 06.02.2020.
 8. Musich S, Wang S, Kraemer S, Hawkins K, Wicker E. Caregivers for older adults: Prevalence, characteristics, and health care utilization and expenditures. *Geriatr. Nurs.* 2017; 38: 9-16.
 9. Zysnarska M, Wojnicz-Michera I, Taborowska M, KołECKI P, Maksymiuk T. Kobieta - opiekun osoby przewlekle chorej - determinanty przeciążenia. *Teraz Lek.* 2010; 79: 386–391.
 10. Kosińska M, Kułagowska E, Niebrój L, Stanisławczyk D. Obciążenia opiekunów osób zakwalifikowanych do opieki długoterminowej domowej. *Med. Środow.* 2013; 16: 59-68.
 11. Grochowska J. Poczucie satysfakcji oraz obciążenia obowiązkami nieformalnych opiekunów osób starszych w zależności od poziomu sprawności podopiecznych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2014; 20: 46-50.
 12. Pinquart M, Sörensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychol Aging.* 2003; 18: 250–267.
 13. Grabowska-Fudala B, Jaracz K, Smelkowska A, Pniewska J, Buczkowska M. Obciążenie osób sprawujących opiekę nad osobami z chorobą Alzheimera. Wyniki wstępne. *Now Lek.* 2013; 82: 25–30.
 14. Hiel L. i in. Providing personal informal care to older European adults: Should we care about the caregivers' health? *Preventive Medicine* 2015; 70: 64-8.
 15. Llanque S, Savage L, Rosenburg N, Caserta M. Concept Analysis: Alzheimer's Caregiver Stress. *Nurs. Forum* 2016; 51: 21-31.
 16. Bleijlevens M. i in. Changes in caregiver burden and health-related quality of life of informal caregivers of older people with Dementia: evidence from the European Right Time Place Care prospective cohort study. *J. Adv. Nurs.* 2015; 71: 1378-91.
 17. Rachel W, Datka W, Zyss T, Zięba A. Obciążenie opiekunów pacjentów z otępieniem w chorobie Alzheimera. *Gerontologia Polska* 2014; 22: 14–23.
 18. Fabiś A, Wąsiński A. Opiekun osób starszych. Więcej frustracji niż satysfakcji. [w:] Konieczna-Woźniak Renata (red.) Dorosłość wobec starości. Oczekiwania-Radości-Dylematy. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM; 2008
 19. Beck O, Kędziora-Kornatowska K, Kornatowski M. Long-term homecare in Poland – framework, problems, prospects Opieka długoterminowa domowa w Polsce – ramy, problemy, perspektywy. *Hygeia Public Health* 2014; 49: 192-6.

20. Szlązak M, Piłat A, Sarata J. Opiekunowie rodzinni osób starszych – problemy, potrzeby, wyzwania dla polityki społecznej. Raport z badania. Kraków: Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie; 2015
21. Błędowski P, Pędich W, Bień B, Wojszel ZB, Czekanowski P. Supporting family carers of older people in Europe — The National Background Report for Poland. Lit Verlag; 2006
22. McKee KJ, Philip I, Lamura G i in. 2003. 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 and Mental Health* 2003; 7: 39-52.
23. Balducci C, Mnich E, McKee KJ i in. Negative impact and positive value in caregiving: validation of the COPE index in a six-country sample of carers. *Gerontologist*. 2008; 48: 276–86.
24. Fedyk–Łukasik M. Całościowa Ocena Geriatryczna w codziennej praktyce geriatrycznej i opiekuńczej. *Geriatryka i opieka długoterminowa* 2015; 1: 1-5.
25. Bujnowska–Federak M, Kumięga P, Sapilak B. Assessment of functional capacity of elderly persons in family practise based on selected scale tests. *Family Medicine and Primary Care Review* 2013; 15: 76–79.
26. Vitaliano P, Zhang J, Scanlan JM. Is caregiving hazardous to one’s physical health? A meta-analysis. *Psychol. Bull.* 2003; 1296: 946–72.
27. McCurry SM, Logsdon RG, Teri L, Vitiello MV. Sleep disturbances in caregivers of persons with dementia: contributing factors and treatment implications *Sleep Med. Rev.* 2007; 11: 143-53.
28. Beaudreau SA, Spira AP, Gray HL i in. The relationship between objectively measured sleep disturbance and dementia family caregiver distress and burden *J. Geriatr. Psychiatry Neurol.* 2008; 21: 159-65.
29. Buyck JF, Bonnaud S, Boumendil A i in. Informal caregiving and self-reported mental and physical health: results from the Gazel Cohort Study. *Am J Public Health* 2011; 101: 1971–9.
30. Bartoszek A, Ślusarska B, Deluga A i in. Wybrane uwarunkowania obciążenia opiekunów nieformalnych według COPE-Indeks w opiece domowej nad pacjentami z deficytem sprawności funkcjonalnej. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2019; 2: 164–71.
31. Juntunen K, Nikander R, Törmäkangas T, Tillman P, Salminen A. Reliability and validity of the COPE Index among caregivers of disabled people, *Applied Nursing Research* 2017; 33: 102-7.
32. Quinn C, Nelis SM, Martyr A i in. Caregiver influences on ‘living well’ for people with dementia: Findings from the IDEAL study. *Aging & Mental Health* 2019
33. Kroeger T, Yeandle S. Combining paid work and family care. Policies and experiences in international perspective. Bristol: Policy Press; 2013
34. Bień B, Wojszel Z, Doroszkiewicz H. Poziom niesprawności osób w starszym wieku jako wskazanie do wspierania opiekunów rodzinnych. *Gerontologia Polska* 2018; 16: 25-34.
35. Kachaniuk H, Bartoszek A, Ślusarska B i in. Jakość życia starszych opiekunów nieformalnych osób przewlekle chorych w opiece domowej. *Geriatryka* 2018; 12: 74-83.
36. U.S. Department of Health and Human Services Informal Caregiving for Older Americans. An Analysis of the 2011 National Study of Caregiving (2014) Washington, DC. Dostępny na: <https://aspe.hhs.gov/sites/default/files/pdf/77146/NHATS-IC.pdf> Dostęp: 10.02.2020.
37. Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D i in. Caregiver burden: a clinical review. *JAMA* 2014; 311: 1052-9.
38. Deluga A, Bartoszek A, Ślusarska B i in. Obciążenie opiekunów nieformalnych a sprawność funkcjonalna i umysłowa pacjentów objętych opieką domową. *Pomeranian J Life Sci.* 2018; 64: 79-83.

39. Ślusarska B, Bartoszek A, Kocka K, Deluga A, Chrzan-Rodak A, Nowicki G. Quality of life predictors in informal caregivers of seniors with a functional performance deficit - an example of home care in Poland. *Clin. Interv. Aging*. 2019; 14: 889–903.
40. Szala N, Potemkowski A. Sytuacja polskich opiekunów rodzinnych osób z chorobą Alzheimerą. *Pol. Przegl. Neurol.* 2018; 14: 75-80.
41. Karczewska B, Bień B, Ołdak E, Jamiołkowski J. Opiekunowie rodzinni osób starszych z otępieniem lub zaburzeniami poznawczymi w Polsce — czynniki ryzyka obciążenia opieką. *Gerontologia Polska* 2012; 20: 59-67.
42. Reed C, Belger M, Dell'agnello G i in. Caregiver burden in Alzheimer's disease: differential associations in adult-child and spousal caregivers in the GERAS observational study. *Dement. Geriatr. Cogn. Dis. Extra*. 2014; 4: 51–64.
43. Kowalska J, Gorączko A, Jaworska L, Szczepańska-Gieracha J. An Assessment of the Burden on Polish Caregivers of Patients With Dementia: A Preliminary Study. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias* 2017; 32: 509-15.
44. Cohen C, Colantonio A, Vernich L. Positive aspects of caregiving: rounding out the caregiver experience. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 17: 184-188.
45. Van Houtven CH, Voils CI, Weinberger M. An organizing framework for informal caregiver interventions: detailing caregiving activities and caregiver and care recipient outcomes to optimize evaluation efforts. *BMC Geriatr.* 2011; 11.
46. Kujawska J. Organizacja i zarządzanie opieką nad osobami starszymi. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia* 2015; 74: 709-722.