

Rozdział 23

Charakterystyka zmęczenia życiem codziennym opiekunów osób z paraplegią ze względu na zmienne społeczno-demograficzne i bytowe

Wprowadzenie

Jednym z najważniejszych problemów współczesnej cywilizacji jest wzrost liczby wypadków, a w tym przede wszystkim urazów rdzenia kręgowego (URK). W konsekwencji chorzy często doznają wielu powikłań, w tym szczególnie poprzecznego porażenia kończyn dolnych, tzw. paraplegii, a w jej następstwie są uzależnieni od pomocy i opieki innych osób.

Sprawowanie opieki nad osobą z paraplegią może przyczyniać się do zwiększonego zmęczenia życiem codziennym jej opiekunów. Jak wynika z badań, wśród predyktorów zmęczenia najistotniejsze znaczenie mają czynniki socjodemograficzne i indywidualne zasoby, które jednostka wykorzystuje w codziennym zmaganiu się z sytuacjami trudnymi (Sęk, Pasikowski, 2001). Wydaje się zasadne sprawdzenie, jakie jest ich znaczenia dla poziomu zmęczenia życiem codziennym w grupie opiekunów osób z paraplegią.

Zmęczenie życiem codziennym

Zjawisko zmęczenia życiem codziennym ma związek z wydłużeniem wieku życia ludzi, czego konsekwencją jest wzrost liczby osób starszych cierpiących na zaburzenia zdrowia (Schwid

i in., 2002), częstsze występowanie chorób przewlekłych, a co za tym idzie – większa zależność od osób trzecich i potrzeba opieki (Chojnacka-Szawłowska, 2009).

Zmęczenie należy do zjawisk będących przedmiotem poznania wielu dziedzin naukowych, definiowanych na różnych poziomach ogólności i z kilku perspektyw badawczych (Jethon, 1977). Wielowymiarowa natura zmęczenia, przez integralne powiązanie w tym zjawisku procesów somatycznych i psychicznych, umożliwia jednak wyróżnienie dwóch głównych i jakże odmiennych sposobów jego definiowania: fizjologicznego i psychologicznego (Chojnacka-Szawłowska, 2009).

Zgodnie z nurtem fizjologicznym, zmęczenie definiowane jest w kategoriach obiektywnych, jako stan wyczerpania organizmu lub przejściowego zmniejszenia zdolności do aktywności jednostki na skutek podjętego przez nią wysiłku fizycznego bądź też psychicznego (Jethon, 1977), określonego obciążenia organizmu (pracą, działaniem, zadaniami) (Marek, 2000), a także w wyniku różnych zmian natury biologicznej zachodzących w organizmie, np. niedotlenienia tkanek lub wyczerpania się rezerw energetycznych (Dec, Gieremek, 1990). Psychologiczne definicje zmęczenia zakładają z kolei, że jest to zjawisko subiektywne. Zmęczenie w nurcie psychologicznym jest uznawane za poczucie dyskomfortu połączone z obniżeniem dobrostanu jednostki, pojawiające się w wyniku aktywności poznawczo-emocjonalnej oraz różnych okoliczności zewnętrznych (Chabowski, 2005). Podejście to nie wyklucza także udziału wysiłku fizycznego bądź długotrwałej beczynności w doprowadzeniu do wystąpienia w świadomości jednostki stanu zmęczenia, który negatywnie wpływa na jej dalszą pracę zarówno umysłową, jak i fizyczną (Eliasz, 1981; Martynowicz, 2004; Wojdyło, 2004).

Zatem **zmęczenie życiem codziennym** to zjawisko psychologiczne, definiowane jako subiektywny stan ogólnego zmęczenia człowieka, przejawiający się w niechęci do wszelkiej aktywności dnia codziennego (bez względu na jej rodzaj), pojawiający się na skutek niedopasowania wymagań codziennego życia do psychofizycznych możliwości jednostki (Urbańska, 2010).

Należy zwrócić uwagę, iż zmęczenie życiem codziennym może być przejawem prawidłowego reagowania, gdyż jako naturalny, pożyteczny i możliwy do zredukowania stan pełni funkcję regulacyjną w sytuacji niedopasowania wymagań życia codziennego do możliwości człowieka (Urbańska, 2010).

Paraplegia

Paraplegia, czyli poprzeczne porażenia kończyn dolnych, występuje na skutek uszkodzenia rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym. Chorzy mają zachowane pełne działanie rąk i palców (Królikowska, Ślusarz, 2010).

Jak zauważa Kiwerski (2001), urazy rdzenia kręgowego, ze względu na łączące się z nimi zaburzenia neurologiczne, powinny być traktowane jako nierozzerwalna całość problemów diagnostycznych i leczniczych. Każda osoba z paraplegią jest bowiem narażona na stałe problemy i liczne powikłania.

W Polsce liczbę uszkodzeń kręgosłupa z urazem rdzenia kręgowego szacuje się na ok. 600–800 rocznie. Uszkodzeniom tym 6-krotnie częściej ulegają mężczyźni niż kobiety, co

wynika z ich większej aktywności fizycznej i zawodowej, jak również większej skłonności do podejmowania ryzyka (Kiwerski, 1997).

W następstwie porażenia choroby wykazują brak samodzielności w chodzeniu oraz wykonywaniu wielu czynności życia codziennego, przez co są uzależnieni od pomocy i opieki innych osób. Sprawowanie opieki nad chorym z paraplegią może przyczyniać się do zwiększonego zmęczenia życiem codziennym ich opiekunów.

Sytuacja psychospołeczna opiekunów osób z paraplegią

Opiekę nad chorymi najczęściej pełnią kobiety. Grupę tę stanowią z reguły żony, matki, córki oraz synowe. Każdy opiekun musi zabezpieczać wiele potrzeb fizycznych i fizjologicznych osoby niesprawnej, a także zapewnić jej odpowiednie wsparcie psychiczne. Psychospołeczne przystosowanie jednostki do życia ze swoją niepełnosprawnością zależy bowiem od stopnia akceptacji zaistniałych trudnień przez rodzinę i społeczność, w której żyje (Larkowa, 1986). Choroba jest stawianym przed rodziną wyzwaniem, mobilizującym do realizacji wielu zmian i zadań adaptacyjnych (Bishop, 2000), których zakres zależy od miejsca osoby chorej zarówno w strukturze rodziny, jak też w realizacji czynności życia codziennego (Kawczyńska-Butrym, 1987).

Długi okres rehabilitacji i usamodzielniania się przy braku rokowań na całkowite ustąpienie niedowładu, niosący ze sobą niepewność i nieokreśloną przyszłość, pozwala na spostrzeganie paraplegii jako schorzenia przewlekłego.

Czynniki ochronne opiekunów osób chorych przewlekle

Adaptacja jako sposób przystosowania się do nowej sytuacji, w tym przypadku choroby przewlekłej, wymaga odpowiednich zachowań zarówno ze strony chorego, jak i jego opiekunów (Łoboda, 2010). Skuteczne zapobieganie występującym problemom, zredukowanie ujemnego wpływu choroby oraz przywrócenie poczucia normalności i równowagi dokonuje się dzięki zasobom, którymi dysponuje rodzina. To, w jaki sposób rodzina zdoła sobie poradzić i zrealizować wyznaczone cele, w dużej mierze uzależnione jest również od jej opiekuńczej wydolności. Cechy mające znaczenie dla realizacji opieki mogą jednak ułatwiać bądź znacznie ograniczać możliwości rodziny w pełnieniu roli opiekuńczej (Kawczyńska-Butrym, 2008). Do cech tych należą: 1) Struktura rodziny: pełność/niepełność, wielkość, liczba pokoleń; pozycja w rodzinie osoby uzyskującej pomoc oraz pozycja osoby realizującej opiekę. 2) Wiek: ludzie starsi są obiektywnie w nieco gorszej sytuacji od ludzi młodych. Ich stan zdrowia na ogół już nie jest taki dobry, a po przejściu na emeryturę mają często niższe dochody. Osoby starsze cechują niższe aspiracje oraz dużo mniejsza rozbieżność między celami a osiągnięciami. Niewielu spośród nich pozostaje także w związku małżeńskim. 3) Stan zdrowia i sprawność osoby sprawującej opiekę oraz pozostałych członków rodziny. 4) Dysponowanie czasem na opiekę, role domowe i pozadomowe członków rodziny. 5) Motywacja do opieki oraz stopień akceptacji często wieloletniej roli opiekuna. 6) Małżeństwo. Stwierdza się, że małżeństwo jest jednym z najsilniejszych korelatów adaptacji. Ludzie żyjący w związku małżeńskim bądź

w konkubinacie odznaczają się bowiem lepszym zdrowiem psychicznym i fizycznym niż osoby, które żyją samotnie. 7) Wykształcenie jest ściśle związane z dochodem, pozycją zawodową i społeczną. 8) Praca wpływa z kolei na poczucie własnej wartości i przydatności. 9) Sytuacja materialna rodziny. Wyższy dochód wiąże się z lepszym poziomem i jakością życia, posiadanymi dobrami materialnymi oraz lepszym dostępem do usług medycznych. Wpływa także na 10) warunki mieszkaniowe, obejmujące: standard techniczny, metraż na osobę, wyposażenie mieszkania, w tym udogodnienia i sprzęt wspierający rehabilitację. 11) Czas wolny, który sprzyja regeneracji psychofizycznej, rozwijaniu swoich zainteresowań oraz spotkaniom towarzyskim. 12) Wiedza i umiejętności sprawowania opieki, wykonywania zaleceń lekarzy i rehabilitantów; umiejętność zastosowania innych, sprawdzonych i wypracowanych przez siebie sposobów usprawniania, uaktywnianie chorego oraz wykonywanie poszczególnych czynności w opiece nad nim (Czapiński, 2001, 2004; Kawczyńska-Butrym, 2008). A także 13) religijność, gdyż wiara w Boga pomaga osobie odnaleźć sens i nadanie znaczenia wydarzeniu, jakim jest choroba. Dzięki przekonaniu, że Bóg wspiera wierzącego w jego własnych wysiłkach i zmaganiu się z problemami opiekun odzyskuje poczucie przewidywalności, kontroli i własnej wartości. Religijność ułatwia również dostępność wsparcia społecznego pochodzącego od pozostałych członków wspólnoty religijnej (Janowski, 2006).

Podsumowując, osobą najmniej narażoną na przeciążenie jest osoba młoda, zdrowa, dobrze wykształcona, dobrze zarabiająca, ekstrawertywna, optymistyczna, beztraska, religijna, zamężna/żonata, o wysokiej samoocenie, etyce zawodowej, umiarkowanych aspiracjach i wszechstronnej inteligencji (Wilson, 1967).

Metoda badawcza

Cel badań

Głównym celem badań było:

określenie stopnia zmęczenia życiem codziennym w grupie opiekunów osób z paraplegią oraz czynników go różnicujących przy uwzględnieniu miejsca rezydowania podopiecznych (dom/szpital).

Cele szczegółowe:

- analiza stopnia zmęczenia życiem codziennym w grupie opiekunów osób z paraplegią przy uwzględnieniu miejsca rezydowania osób z paraplegią objętych opieką (dom/szpital).
- określenie związku wieku z poziomem zmęczenia w grupie opiekunów osób z paraplegią.
- zbadanie, czy zmienne socjodemograficzne, takie jak: płeć, wykształcenie, stan cywilny oraz sytuacja materialna, różnicują poziom zmęczeniu u opiekunów osób z paraplegią przy uwzględnieniu miejsca rezydowania podopiecznych (dom/szpital).
- sprawdzenie, czy stan zdrowia badanych wyrażony przez subiektywną ocenę własnego stanu zdrowia różnicuje nasilenie zmęczenia opiekunów osób z paraplegią przy uwzględnieniu miejsca rezydowania podopiecznych (dom/szpital).
- zweryfikowanie, czy ocena uzyskiwanej pomocy w opiece nad chorym różnicuje poziom zmęczenia opiekunów osób z paraplegią przy uwzględnieniu miejsca rezydowania podopiecznych (dom/szpital).

Narzędzia

Zastosowano następujące narzędzia badawcze:

1. Kwestionariusz Zmęczenia Życiem Codziennym (KZZC). KZZC składa się z trzech podskal: skali fizycznego zmęczenia (SFZ), skali psychicznego zmęczenia (SPZ) oraz skali społecznego zmęczenia (SSZ). Na każdą skalę przypada 8 stwierdzeń, na które osoba badana odpowiada „Tak” na stwierdzenie jej dotyczące lub „Nie” w przypadku stwierdzenia jej niedotyczącego. Na wynik ogólnego zmęczenia życiem codziennym składa się suma wyników uzyskanych we wszystkich 24 pozycjach trzech podskalach, która mieści się w granicach 0–24 punktów. Wysoki poziom zmęczenia życiem codziennym stwierdza się u osób, które uzyskały wysokie wyniki, natomiast niski poziom zmęczenia życiem codziennym u tych z niskim wynikiem.

Współczynnik rzetelności alfa Cronbacha dla całej skali wynosi 0,89, a w odniesieniu do prezentowanych badań – 0,88. Na podstawie wartości psychometrycznych można uznać, iż KZZC jest narzędziem rzetelnym, a wyniki w poszczególnych skalach korelują na wysokim poziomie z wynikiem ogólnym (Urbańska, 2010).

2. Ankieta osobowa. Zastosowana celem zgromadzenia danych socjodemograficznych oraz informacji na temat sprawowania opieki nad chorym.

Grupa badana

Grupa badana liczyła 60 opiekunów osób z paraplegią, w tym 25 kobiet i 5 mężczyzn sprawowało opiekę nad swoimi bliskimi (rodzic, współmałżonek, dziecko, rodzeństwo) z paraplegią, przebywającymi na oddziale rehabilitacji w szpitalu oraz 25 kobiet i 5 mężczyzn sprawujących opiekę nad osobami przebywającymi w domu.

Średnia wieku w badanej grupie opiekunów osób przebywających w szpitalu ($N = 30$) wynosiła $45,07 \text{ lat} \pm 12,35$, najniższy wiek to 21 lat a najwyższy – 64. W grupie opiekunów osób przebywających w domu ($N = 30$) średnia wieku to $50,30 \pm 15,74$, najmłodsza osoba liczyła 24 lata, a najstarsza – 78. W przypadku wszystkich opiekunów osób z paraplegią średnia wieku wynosiła $47,68 \pm 14,27$, najmłodsza osoba miała 21 lat, a najstarsza – 78.

Ze względu na wykształcenie w grupie opiekunów osób przebywających w szpitalu większość badanych prezentowała wykształcenie wyższe, a najmniej – wykształcenie zawodowe. W grupie opiekunów osób przebywających w domu najwięcej było jednostek z wykształceniem średnim, a najmniej z wykształceniem podstawowym. W grupie wszystkich opiekunów osób z paraplegią ($N = 60$) przeważa wykształcenie wyższe, a mniejszość stanowi wykształcenie zawodowe.

Analizując stan cywilny opiekunów osób z paraplegią w całej grupie jak i przy uwzględnieniu miejsca sprawowania opieki, większość badanych pozostawało w związku małżeńskim, a najmniej osób było w związku nieformalnym.

Wyniki

Średnie wyniki Kwestionariusza Zmęczenia Życiem Codziennym (KZZC) opiekunów osób z paraplegią

W grupie opiekunów osób przebywających w szpitalu ($N = 30$) średnia arytmetyczna (M) zmęczenia życiem codziennym wynosiła 7,333 ($SD = 5,797$). W grupie opiekunów osób przebywających w domu ($N = 30$) średnia arytmetyczna (M) była nieco niższa i wynosiła

6,933 (SD = 5,112). W przypadku wszystkich badanych opiekunów osób z paraplegią (N = 60) średnia arytmetyczna (M) zmęczenia życiem codziennym wynosiła 7,133, (SD = 5,423). Nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic w poziomie nasilenia zmęczenia życiem codziennym między opiekunami osób przebywających w szpitalu a opiekunami osób przebywających w domu ($z = -0,185$; $p = 0,853$). Miejsce pobytu podopiecznego nie było zatem zmienną różnicującą nasilenie zmęczenia życiem codziennym w badanej grupie opiekunów.

Wśród badanych najwyższy poziom zmęczenia życiem codziennym deklarowali mężczyźni opiekujący się osobami z paraplegią przebywającymi w domu (M = 9,600; SD = 3,286), a najniższy kobiety opiekujące się osobami chorymi przebywającymi w domu (M = 6,400; SD = 5,291). Porównując natomiast poziom zmęczenia wszystkich badanych kobiet (N = 50) z poziomem zmęczenia wszystkich badanych mężczyzn (N = 10), kobiety wykazały niższy poziom zmęczenia życiem codziennym (M = 6,860; SD = 5,474) niż mężczyźni (M = 8,500; SD = 5,212), jednak nie była to różnica istotna statystycznie ($p = 0,387$).

Biorąc pod uwagę wyniki w poszczególnych wymiarach zmęczenia życiem codziennym w grupie wszystkich badanych opiekunów osób z paraplegią (N = 60) najwyższą średnią arytmetyczną (M = 2,800, SD = 2,349) uzyskano w wymiarze zmęczenia fizycznego. Najniższą średnią (M = 2,050, SD = 2,037) otrzymano zaś w wymiarze zmęczenia psychicznego (tabela 1).

Tabela 1. Średnie wyniki w poszczególnych skalach KZZC w grupie opiekunów osób z paraplegią (M = średnia; SD = odchylenie standardowe)

KZZC	N	M	SD	Minimum	Maksimum
Skala Fizycznego Zmęczenia (SFZ)	60	2,800	2,349	0,000	8,000
Skala Psychicznego Zmęczenia (SPZ)	60	2,050	2,037	0,000	8,000
Skala Społecznego Zmęczenia (SSZ)	60	2,283	1,887	0,000	6,000

Źródło: Opracowanie własne.

Zróznicowanie nasilenia zmęczenia życiem codziennym opiekunów osób z paraplegią przy uwzględnieniu zmiennych socjodemograficznych.

Zbadano związek nasilenia zmęczenia życiem codziennym z wiekiem w grupie opiekunów osób z paraplegią przy zastosowaniu współczynnika korelacji R-Spearmana.

Tabela 2. Współczynnik korelacji R-Spearmana między zmęczeniem życiem codziennym a wiekiem opiekunów osób z paraplegią

Pary zmiennych	Opiekunowie osób przebywających w szpitalu (N=30)		Opiekunowie osób przebywających w domu (N=30)		Razem (N=60)	
	R	P	R	P	R	p
Wiek a KZZC	0,342	0,054	0,099	0,601	0,186	0,155

Źródło: Opracowanie własne.

Zmęczenie życiem codziennym nie ujawniło istotnego statystycznie związku z wiekiem zarówno w grupie opiekunów osób przebywających w szpitalu, z wiekiem opiekunów osób przebywających w domu, jak również z wiekiem wszystkich opiekunów osób z paraplegią (tabela 2).

Zbadano istotność różnic w nasileniu zmęczenia życiem codziennym ze względu na czynniki socjodemograficzne, tj. płeć, wykształcenie, stan cywilny i sytuację materialną opiekunów osób z paraplegią. W tym celu zastosowano dwuczynnikową analizę wariancji z interakcją pierwszego stopnia. W modelu opisującym zmienność KZZC uwzględniano zawsze wpływ miejsca opieki oraz jednego z pozostałych czynników, a także interakcję między tymi dwoma czynnikami.

Tabela 3. Istotność różnicy między czynnikami socjodemograficznymi a zmęczeniem życiem codziennym oraz ich interakcji z miejscem opieki

Czynnik I	F/p	Z*	M**	MZ***
Płeć	F	0,743	0,672	0,080
	P	0,393	0,416	0,780
Wykształcenie	F	3,100	3,932	0,094
	P	0,050	0,026	0,760
Stan cywilny	F	0,400	0,368	0,079
	P	0,530	0,546	0,780
Sytuacja materialna	F	4,606	0,209	0,084
	P	0,036	0,649	0,773

*Z = prawdopodobieństwo związku między pierwszym czynnikiem (Czynnik I) włączonym do modelu analizy wariancji a poziomem nasilenia zmęczenia;

**M = prawdopodobieństwo interakcji pierwszego czynnika w modelu i miejsca sprawowania opieki nad chorym;

***MZ = prawdopodobieństwo związku pomiędzy miejscem opieki (drugą zmienną włączoną do modelu analizy wariancji) a zmęczeniem życiem codziennym.

Źródło: Opracowanie własne.

W wyniku przeprowadzonej dwuczynnikowej analizy wariancji stwierdzono występowanie istotnych statystycznie różnic pomiędzy poziomem wykształcenia i sytuacją materialną a zmęczeniem życiem codziennym. Stwierdzono również istotną interakcję stopnia wykształcenia i miejsca sprawowania opieki nad chorym. Można zatem wnioskować, że wyższy poziom wykształcenia i lepsza sytuacja materialna opiekunów osób z paraplegią sprzyjają mniejszemu nasileniu zmęczenia życiem codziennym (tabela 3). Istotność różnicy między nasileniem zmęczenia w poszczególnych stopniach wykształcenia i rodzajem sytuacji materialnej zbadano za pomocą testu Duncana (tabela 4).

Tabela 4. Istotność różnicy między nasileniem zmęczenia życiem codziennym w poszczególnych poziomach wykształcenia ($p \leq 0,05$)

Wykształcenie		Miejsce pobytu podopiecznego		Wszyscy opiekunowie (N=60)
		Dom (N=30)	Szpital (N=30)	
Podstawowe i zawodowe	N	5	4	9
	M	5,40	14,75	9,56
	SD	3,36	5,38	6,39
Średnie	N	13	10	23
	M	8,31	8,10	8,22
	SD	5,28	5,11	5,09
Wyższe	N	12	16	28
	M	6,08	5,00	5,46
	SD	5,50	4,76	5,02

Źródło: Opracowanie własne.

Przeprowadzony test Duncana wykazał, że opiekunowie z podstawowym i zawodowym wykształceniem charakteryzują się największym nasileniem zmęczenia i różnią się istotnie od opiekunów z wyższym wykształceniem, których cechuje najmniejsze nasilenie zmęczenia (tabela 4).

Większym nasileniem zmęczenia życiem codziennym charakteryzowały się osoby określające swoją sytuację jako dostateczną, różniąc się tym samym istotnie statystycznie od osób określających swoją sytuację materialną jako dobrą i odczuwających mniejsze zmęczenie (tabela 5).

Tabela 5. Istotność różnicy między nasileniem zmęczenia życiem codziennym w poszczególnych rodzajach sytuacji materialnych ($p \leq 0,05$)

Sytuacja materialna		Miejsce pobytu podopiecznego		Wszyscy opiekunowie (N=60)
		Dom (N=30)	Szpital (N=30)	
Dostateczna	N	12	16	28
	M	8,25	9,06	8,71
	SD	4,56	5,73	5,18
Dobra	N	18	14	32
	M	6,06	5,36	5,75
	SD	5,40	5,40	5,32

Źródło: Opracowanie własne.

Przeprowadzono również analizy określające różnice w nasileniu zmęczenia w odniesieniu do płci i stanu cywilnego. Nie zauważono istotnych różnic w nasileniu zmęczenia między kobietami i mężczyznami oraz między osobami będącymi w związku a osobami wolnymi.

Stan zdrowia opiekunów osób z paraplegią a nasilenie zmęczenia życiem codziennym

Aby zweryfikować istotność różnic między średnimi w poziomach nasilenia zmęczenia w poszczególnych kategoriach subiektywnego stanu zdrowia, przeprowadzono analizę wariancji, która wykazała występowanie istotnych statystycznie różnic w zmęczeniu życiem codziennym ze względu na subiektywną ocenę własnego stanu zdrowia (ANOVA $F = 6,526$; $p = 0,001$). Dalsze analizy za pomocą testu Duncana pozwoliły na stwierdzenie występowania ogólnej tendencji polegającej na spadku zmęczenia opiekunów wraz z wyższą, a zarazem lepszą oceną swojego zdrowia. Osoby oceniające swój stan zdrowia jako zły różniły się wysoko istotnie od osób, które oceniły swój stan zdrowia jako dostateczny, dobry i bardzo dobry. Analizy wykazały również, że opiekunowie oceniający swój stan zdrowia jako dostateczny różnili się istotnie z opiekunami oceniającymi swój stan zdrowia jako dobry i bardzo dobry (tabela 6).

Tabela 6. Istotność różnicy między nasileniem zmęczenia życiem codziennym w poszczególnych kategoriach subiektywnej oceny własnego stanu zdrowia

Subiektywny stan zdrowia		Miejsce pobytu podopiecznego		Wszyscy opiekunowie (N=60)
		Dom (N=30)	Szpital (N=30)	
Zły	N	6	3	9
	M	11,33	13,67	12,11*
	SD	5,92	9,45	6,75
Dostateczny	N	6	10	16
	M	7,33	10,20	9,13**
	SD	5,35	5,37	5,38
Dobry	N	9	11	20
	M	5,11	5,27	5,20**
	SD	3,72	3,88	3,71
Bardzo dobry	N	9	6	15
	M	5,56	3,17	4,60**
	SD	4,53	2,56	3,94

* $p \leq 0,01$ (wynik wysoko istotny statystycznie)

** $p \leq 0,05$ (wynik istotny statystycznie)

Źródło: Opracowanie własne.

Ocena możliwości uzyskania pomocy ze strony innych przy sprawowaniu opieki nad chorym a nasilenie zmęczenia życiem codziennym opiekunów osób z paraplegią

W wyniku przeprowadzonej analizy wariancji stwierdzono występowanie statystycznie istotnych różnic pomiędzy oceną pomocy a zmęczeniem życiem codziennym (ANOVA $F = 4,188$; $p = 0,045$). Stwierdzono również istotną interakcję oceny pomocy i miejsca sprawowania opieki nad chorym ($F = 6,650$; $p = 0,013$) oraz wysoko istotną interakcję czasu opieki nad chorym wyrażonym w latach i miesiącach z miejscem sprawowanej opieki ($F = 7,050$; $p = 0,001$). Zastosowany w dalszym etapie analiz test Duncana wykazał, że opiekunowie, mogący tylko czasami liczyć na pomoc innych w opiece nad swoim podopiecznym, charakteryzowali się wyższym nasileniem zmęczenia i różnili się istotnie od opiekunów mogących często liczyć na pomoc innych, których cechowało najmniejsze nasilenie zmęczenia (tabela 7).

Tabela 7. Istotność różnicy w nasileniu zmęczenia życiem codziennym ze względu na ocenę uzyskiwanej pomocy ($p \leq 0,05$)

Ocena pomocy		Miejsce pobytu podopiecznego		Wszyscy opiekunowie (N=60)
		Dom (N=30)	Szpital (N=30)	
czasami mogę liczyć na pomoc innych	N	5	9	14
	M	5,40	11,89	9,57
	SD	5,68	6,29	6,69
często mogę liczyć na pomoc innych	N	25	21	46
	M	7,24	5,38	6,39
	SD	5,06	4,42	4,48

Źródło: Opracowanie własne.

Wnioski

Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że:

1. Nie ma związku pomiędzy zmęczeniem życiem codziennym a wiekiem opiekunów osób z paraplegią.
2. Stwierdzono istotne różnice w poziomie nasilenia zmęczenia życiem codziennym pomiędzy opiekunami z różnym stopniem wykształcenia. Opiekunowie z wyższym wykształceniem cechują się mniejszym nasileniem zmęczenia niż opiekunowie z wykształceniem podstawowym i zawodowym.

3. Stwierdzono różnice w poziomie nasilenia zmęczenia życiem codziennym pomiędzy opiekunami deklarującymi różną sytuację materialną. Osoby, określające swoją sytuację jako dobrą, odczuwają mniejsze zmęczenie niż osoby określające swoją sytuację materialną jako dostateczną.
4. Zmienne socjodemograficzne, takie jak: płeć i stan cywilny, nie różnicują poziomu zmęczenia opiekunów osób z paraplegią.
5. Stwierdzono wysoko istotne różnice między zmęczeniem życiem codziennym a subiektywną oceną własnego stanu zdrowia. Osoby oceniające wyżej, a tym samym lepiej swój stan zdrowia charakteryzują się mniejszym nasileniem zmęczenia niż osoby oceniające swój stan zdrowia niżej.
6. Stwierdzono istotne różnice pomiędzy poziomem nasilenia zmęczenia życiem codziennym a oceną pomocy innych ludzi w opiece nad chorym. Opiekunowie, mogący często liczyć na pomoc innych, cechują się mniejszym nasileniem zmęczenia niż opiekunowie mogący tylko czasami liczyć na pomoc innych.

Dyskusja wyników

Przeprowadzone analizy statystyczne wykazały zależności pomiędzy zmęczeniem życiem codziennym a poziomem wykształcenia, postrzeganiem przez osoby badane swojej sytuacji materialnej, własnego stanu zdrowia i oceną uzyskiwanej pomocy w opiece nad chorym. Oznacza to zatem, że wyższy poziom tych właściwości może pełnić funkcję ochronną przed nasileniem zmęczenia życiem codziennym w grupie opiekunów osób z paraplegią.

Z racji, iż pojęcie zmęczenia życiem codziennym zostało wprowadzone stosunkowo niedawno i w Polsce do tej pory nie prowadzono badań poświęconych problematyce zmęczenia życiem codziennym opiekunów sprawujących opiekę nad osobami z paraplegią, otrzymane wyniki zostaną odniesione do zbliżonych grup badawczych. Generalnie konsekwencją sprawowania opieki nad chorym przewlekle jest zwiększone obciążenie rozumiane jako negatywne konsekwencje sprawowania opieki przez rodzinę chorego (Grad, Sainsbury, 1966) lub napięcie, powstałe w wyniku reakcji opiekuna na uporczywe problemy w trakcie sprawowania opieki (Pearlin, Schooler, 1978), przekładające się na stan zdrowia, finanse, życie towarzyskie, pogorszenie dobrostanu psychicznego i odczuwanie zmęczenia (Zarit, Reeve, 1980). Istotny zatem wydaje się rezultat otrzymany w prezentowanych badaniach, wskazujący, iż opiekunowie, mogący liczyć na otrzymanie pomocy ze strony innych w opiece nad chorym z paraplegią, cechują się niższym poziomem zmęczenia życiem codziennym. W Badaniach Grabowskiej-Fudali, Jaracz, Górnej (2009) wsparcie społeczne uznano za jeden z predyktorów obciążenia rodzin sprawujących opiekę nad chorym przewlekle. Możliwość uzyskania pomocy ze strony innych członków rodziny w opiece nad chorym możemy uznać za jeden z elementów wsparcia społecznego. Pomoc osób z najbliższego otoczenia okazała się czynnikiem chroniącym przed nadmiernym zmęczeniem matki dzieci z ADHD (Basińska, Kielnik, Grzankowska, w druku). Co więcej, w całej grupie rodziców oraz w grupie matek dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym stwierdzono negatywny związek istotny statystycznie między zmęczeniem życiem codziennym a satysfakcją z życia (Basińska, Wędzińska, w druku). Wyniki uzyskane we wszystkich trzech wcześniej przywołanych grupach pozwalają wnioskować, iż pomoc uzyskiwana

w opiece nad chorym jest uniwersalnym czynnikiem chroniącym przed nadmiernym zmęczeniem opiekunów.

Ponadto w badaniach Grabowskiej-Fudali, Jaracz, Górnej (2009) nad obciążeniem rodzin sprawujących opiekę nad chorym przewlekle, wśród predyktorów obciążenia jako najistotniejsze czynniki uznano stan zdrowia, czas przeznaczany na opiekę i stan emocjonalny (Grabowska-Fudala, Jaracz, Górna, 2009). Co stanowi potwierdzenie dla uzyskanego w prezentowanych analizach rezultatu mówiącego, iż osoby oceniające swój stan zdrowia jako lepszy cechuje niższe nasilenie zmęczenia życiem codziennym. Do stanu zdrowia nawiązuje także Świderska (1999), która podaje, że dla bilansu życia i samopoczucia istotne znaczenie odgrywa aktualna sytuacja życiowa. Według autorki czynniki, które warunkują pozytywny bilans życia i dobre samopoczucie, to: brak poważniejszych problemów zdrowotnych, dobra sytuacja materialna i stopień wykształcenia. Poza tym otrzymane w prezentowanych badaniach wyniki dotyczące sytuacji materialnej i stopnia wykształcenia stanowią potwierdzenie tych rezultatów.

Prezentowane badania dowodzą istotności roli czynników socjodemograficznych, stanu zdrowia a także możliwego wsparcia ze strony innych osób w opiece nad chorym jako funkcji ochronnej przed stanem nadmiernego zmęczenia życiem codziennym w zaistniałej trudnej sytuacji, jaką jest choroba bliskiej osoby, a w konsekwencji konieczność sprawowania nad nią opieki.

Bibliografia

- Basińska M.A., Kielnik J., Grzankowska I., *Wybrane wyznaczniki zmęczenia chronicznego u matek dzieci chorych na ADHD*, „Pediatria Polska” (w druku).
- Basińska M.A., Wędzińska M., *Zmęczenie życiem codziennym a satysfakcja z życia rodziców dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym* (w druku).
- Bishop G.D. (2000), *Jak radzić sobie z chorobą przewlekłą i upośledzeniem*, w: *Psychologia zdrowia*, G.D. Bishop (red.), Wydawnictwo ASTRUM, Wrocław, s. 322–353.
- Chabowski M. (2005), *Zmęczenie jako kategoria definicyjna w badaniach psychologicznych*, w: *Zmęczenie – psychospołeczny punkt widzenia*, R. Koc, Ł. Mazur (red.), Wydawnictwo Studenckiego Koła Naukowego Psychologii Społecznej, Instytut Psychologii UKW, Bydgoszcz, s. 5–11.
- Chojnacka-Szawłowska G. (2009), *Psychologiczne aspekty zmęczenia*, w: *Zmęczenie a zdrowie i choroba*, G. Chojnacka-Szawłowska, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, s. 63–76.
- Czapiński J. (2001), *Szczęście – złudzenie czy konieczność? Cebulowa teoria szczęścia w świetle nowych danych empirycznych*, w: *Złudzenia, które pozwalają żyć*, M. Kofta, T. Szustrowa (red.), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 266–306.
- Czapiński J. (red.) (2004), *Psychologia pozytywna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Dec L., Gieremek K. (1990), *Problematyka odnowy biologicznej w sporcie*, Akademia Wychowania Fizycznego, Katowice.
- Elias A. (1981), *Temperament a system regulacji stymulacji*, PWN, Warszawa.
- Grabowska-Fudala B., Jaracz K., Górna K. (2009), *Obciążenie rodzin sprawujących opiekę nad chorymi po udarze mózgu w świetle badań empirycznych*, w: *Człowiek chory. Aspekty biopsychospołeczne*, K. Janowski, A. Cudo (red.), Wydawnictwo Drukarnia BEST PRINT, Lublin, s. 297–313.

- Grad J., Sainsbury P., *Problems of caring for the mentally ill at home*, „Proceedings of The Royal Society of Medicine” 1966, Vol. 59 (1), s. 20–23.
- Janowski K. (2006), *Stres i radzenie sobie ze stresem choroby – teoretyczne podstawy badań*, w: *Osobowościowe uwarunkowania radzenia sobie ze stresem łuszczycy*, K. Janowski (red.), Wydawnictwo POLIHYMNIA, Lublin, s. 13–59.
- Jethon Z. (1977), *Podstawy klasyfikacji zmęczenia*, w: *Zmęczenie jako problem współczesnej cywilizacji*, Z. Jethon (red.), PWN, Warszawa, s. 46–59.
- Kawczyńska-Butrym Z. (1987), *Funkcjonowanie rodziny a choroba*, Zakład Małej Poligrafii KUL, Lublin.
- Larkowa H. (1986), *Człowiek niepełnosprawny. Problemy psychologiczne*, Fundacja Pomoc Rodzinie, Warszawa.
- Kawczyńska-Butrym Z. (2008), *Wyzwania rodziny: zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość*, Wydawnictwo Makmed, Lublin.
- Kiwski J., Kowalski M., Krakuski M. (1997), *Schorzenia i urazy kręgosłupa*, PZWL, Warszawa.
- Kiwski J. (2001), *Leczenie i rehabilitacja osób z uszkodzeniami rdzenia kręgowego*, w: *Rehabilitacja medyczna*, W. Dega, K. Milanowska (red.), PZWL, Warszawa, s. 333–371.
- Krolikowska A., Ślusarz R. (2010), *Opieka nad chorymi po urazach rdzenia kręgowego*, w: *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej*, K. Kędzióra-Kornatowska, M. Muszaliak, E. Skolmowska (red.), PZWL, Warszawa, s. 84–93.
- Łoboda K., *Choroba przewlekła w życiu dziecka i jego rodziny*, „Klinika Pediatryczna” 2010, nr 18 (3), s. 368–371.
- Marek T., *Stres i zmęczenie psychiczne w procesie pracy*, „Czasopismo Psychologiczne” 2000, nr 6 (1–2), s. 35–40.
- Martynowicz E. (red.) (2004), *Motywy, cele, wartości*, Impuls, Uniwersytet Gdański, Kraków–Gdańsk.
- Pearlin L.I., Schooler C., *The structure of coping*, „Journal Of Health And Social Behavior” 1978, Vol. 19 (1), s. 2–21.
- Schwid S.R., Covington M., Segal B.M., & Goodman A.D., *Fatigue in multiple sclerosis: Current understanding and future directions*, „Journal of Rehabilitation Research and Development” 2002, Vol. 39 (2), s. 211–224.
- Sęk H. (2001), *Salutogeneza i funkcjonalne właściwości poczucia koherencji*, w: *Zdrowie – stres – zasoby*, H. Sęk, T. Pasikowski (red.), Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań, s. 23–43.
- Urbańska J. (2010), *Środowiskowe i zdrowotne uwarunkowania zmęczeniem życiem codziennym i możliwości jego redukcji w trakcie pobytu w sanatorium*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- Walden-Gałuszko K. de (2000), *Problemy psychoonkologiczne rodziny*, w: K. de Walden-Gałuszko (red.), *Psychoonkologia*, Komitet Redakcyjno-Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Kraków, s. 83–99.
- Wilson W., *Correlates of avowed happiness*, „Psychological Bulletin” 1967, Vol. 67, s. 294–306.
- Wojdyło K., *Pracoholizm – rozważania nad osobowościowymi wyznacznikami obsesji pracy*, „Nowiny Psychologiczne” 2004, nr 2, s. 55–75
- Zarit S.H., Reever, K.E., Bach-Petersen J., *Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden*, „The Gerontologist” 1980, Vol. 20, s. 649–654.