

Uniwersytet Jagielloński
Collegium Medicum
Wydział Lekarski

lek. med. Katarzyna Szczerbińska

**Determinanty zapotrzebowania na świadczenia
medyczne i opiekuńcze osób w wieku podeszłym
Badania populacyjne**

Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych

promotor: prof. dr hab. Beata Tobiasz-Adamczyk

pracę wykonano w Zakładzie Socjologii Medycyny
Katedry Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej
Wydziału Lekarskiego
i w Instytucie Zdrowia Publicznego
Wydziału Ochrony Zdrowia
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

Kraków 2002

Bibl. Medyczna CM UJ



1816033863

Składam serdeczne podziękowania
Pani Profesor Beacie Tobiasz –Adamczyk
oraz wszystkim, którzy okazali mi życzliwość
i pomoc w trakcie powstawania tej pracy.

Spis treści

I. Wstęp	3
1.1. Zmiany demograficzne w Polsce	3
1.2. Wskaźniki stanu zdrowia osób starszych	5
1.3. Korzystanie osób starszych ze świadczeń medycznych i opiekuńczych	9
II. Założenia i cele pracy	18
III. Materiał i metody	20
3.1. Materiał	20
3.1.1. Wybór grup badanych	20
3.1.2. Wielkość próby	21
3.1.3. Przyczyny wyłączenia z badania	22
3.2. Metody	23
3.2.1. Sposób realizacji badania	23
3.2.2. Narzędzia badawcze	24
3.2.3. Analiza wyników - metody statystyczne	33
IV. Wyniki	35
4.1. Opis grupy badanych osób starszych	35
4.1.1. Cechy demograficzne badanych	35
4.1.2. Sytuacja materialna badanych	44
4.1.3. Wsparcie społeczne otrzymywane przez badanych	52
4.1.4. Ocena stanu zdrowia badanych osób starszych	56
4.1.5. Ocena sprawności badanych osób starszych	69
4.2. Korzystanie i zapotrzebowanie osób starszych na świadczenia opiekuńcze i medyczne	73
4.2.1. Świadczenia opiekuńcze	73
4.2.2. Opieka polegająca na stałym nadzorowaniu osoby podopiecznej	82
4.2.3. Pomoc w pracach domowych	90
4.2.4. Pomoc w przygotowywaniu posiłków	98
4.2.5. Pomoc w sprawach administracyjno-prawnych	107

4.2.6. Pomoc w transporcie	114
4.2.7. Porady lekarskie i hospitalizacje	122
4.2.8. Opieka pielęgniarska	131
4.2.9. Rehabilitacja	139
4.2.10. Pomoc społeczna w zakresie informowania i organizowania opieki nad osobami starszymi	152
V. Dyskusja	160
5.1. Opis populacji badanych	160
5.2. Czynniki demograficzne determinujące zapotrzebowanie oraz korzystanie ze świadczeń medycznych i opiekuńczych	163
5.3. Pozademograficzne czynniki determinujące korzystanie ze świadczeń medycznych i opiekuńczych oraz zgłaszanie na nie zapotrzebowania	169
5.4. Zapotrzebowanie a korzystanie z wybranych świadczeń	179
5.5. Rola rodziny w realizacji świadczeń opiekuńczych na rzecz podopiecznego	183
5.6. Praktyczne implikacje wyników badania	187
VI. Wnioski	190
VII. Streszczenie	193
VIII. Załączniki	196
8.1. Skrócony Test Sprawności Umysłowej (AMTS).....	196
8.2. 30-punktowa Geriatryczna Skala Oceny Depresji (GSOD).....	197
IX. Bibliografia	198

I. WSTĘP

1.1. Zmiany demograficzne w Polsce

Starzenie się populacji

Wskutek zmian społeczno-ekonomicznych, poczynwszy od późnych lat osiemdziesiątych dwudziestego stulecia, mamy w Polsce do czynienia z transformacją demograficzną, która charakteryzuje się przede wszystkim:

- zmianą modelu małżeństwa wyrażoną opóźnieniem wieku zawierania małżeństw, osłabieniem ich trwałości, spadkiem częstości ich zawierania, spadkiem dzietności poniżej prostej zastępowalności pokoleń oraz
- obniżeniem umieralności osób w wieku produkcyjnym i niemowląt [Okólski 1988].

W efekcie tych zmian proces starzenia się ludności nabral szczególne przyśpieszenia, a tempo tych przemian w naszym kraju jest znacznie szybsze, niż miało to miejsce w krajach Europy Zachodniej [Nowak 1995, Golinowska i in. 1999:10-11].

W 1986 roku ludzie w wieku co najmniej 65 lat stanowili 9,5% całej populacji polskiej [GUS 1987:542]. W ciągu kolejnych dziesięciu lat ten odsetek zwiększył się do około 11,2% [Bolesławski i Marciniak 1997]. Co więcej, zgodnie z prognozą GUS¹, liczba osób starszych w Polsce nadal będzie rosła, by w 2020 roku osiągnąć 15,7% ludności całego kraju [Bolesławski i Marciniak 1997].

W Krakowie osoby, które ukończyły 65 lat stanowią 13,5% mieszkańców miasta (około 93 000 osób). W tej liczbie znajduje się około 32 000 (tzn. 4,5%) krakowian powyżej 75 roku życia i niewiele ponad 2200 (tzn. 0,3%) osób długowiecznych [Szczurbińska 1998].

¹ GUS – Główny Urząd Statystyczny

W większości krajów rozwiniętych najszybsze tempo zwiększania się liczby ludności dotyczy grupy osób w wieku powyżej 75 lat. W ciągu ostatniego ćwierćwiecza w Polsce liczba osób w wieku co najmniej 80 lat zwiększyła się o 70%. Ta tendencja w największym stopniu dotyczyła osób w przedziale wieku 90-94 lat, których liczba wzrosła o 160% w omawianym okresie czasu [Szukalski 2000]. W nadchodzących latach prognozuje się dalsze postępowanie procesu starzenia się społeczeństwa [Marciniak 1999]. Największy przyrost będzie dotyczył osób powyżej 80 r.ż. [Golinowska i in. 1999:15]. Według Bolesławskiego w Polsce do roku 2020 przyrośnie o 107% mężczyzn i o 65% kobiet w tym wieku w stosunku do ich liczby stwierdzonej w roku 1997 [GUS 1999a]. Przewiduje się również wzrost obciążenia demograficznego. Do 2020 roku odwróci się proporcja - zmaleje obciążenie społeczeństwa dziećmi z 44 do 33 na 100 osób w wieku produkcyjnym i wzrośnie obciążenie osobami starszymi z 24 do 35 na 100 osób w wieku produkcyjnym [GUS 1999a]. Należy spodziewać się, że obserwowane zmiany demograficzne będą wiązać się z koniecznością rozwijania różnych form opieki w ramach systemu ochrony zdrowia.

1.2. Wskaźniki stanu zdrowia osób starszych

Stworzenie ludziom szans na dożycie sędziwego wieku należy traktować w kategoriach sukcesu cywilizacji. Wydłużanie się średniej długości życia jest jednak źródłem wielu problemów. Należą do nich między innymi wielochorobowość, niesprawność fizyczna i pogorszenie sprawności umysłowej osób w wieku podeszłym [Kocemba i Grodzicki 2000].

Porównania stanu zdrowia ludzi starszych w Polsce z rówieśnikami w krajach Europy wypadają niekorzystnie dla naszego kraju [Heikkinen i in. 1983]. Poziom zdrowotności polskiej populacji często jest oceniany jako zły [GUS 1998b]. Jest to wynikiem niższego poziomu życia, pracy w warunkach szkodliwych dla zdrowia, nałogów i niewłaściwego odżywiania się [Bolesławski i Marciniak 1997].

Wielochorobowość

Zjawiskiem, które często towarzyszy starości jest wielochorobowość [Golinowska i in. 1999:18, Życzkowska i Kocemba 2000]. Z dotychczasowych badań wynika, że w Polsce około 41% osób starszych (powyżej 60 lat) choruje na 4 i więcej chorób przewlekłych [Kuchciarska-Ciesielska 1999c:19]. Średnia liczba chorób przewlekłych przypadająca na jedną osobę chorującą w wieku powyżej 60 lat wynosi około 3,8 [Kuciarska-Ciesielska 1999c:19]. Najczęściej osoby starsze cierpią z powodu chorób układu krążenia i kostno-stawowego [Piotrowski 1973:104, GUS 1997a, Woźniak 1997:48, Kuciarska-Ciesielska 1999b, Życzkowska i Kocemba 2000]. Zaledwie 8,8% osób w wieku podeszłym nie zgłasza chorób przewlekłych i tylko 7,8% nie skarży się na żadne dolegliwości [Kuciarska-Ciesielska 1999b:68].

Samoocena stanu zdrowia

W celu oceny stanu zdrowia somatycznego obok wskaźników obiektywnych (takich, jak liczba chorób przewlekłych, ilość hospitalizacji, porad lekarskich, obecność objawów chorobowych) często stosuje się subiektywną miarę

tj. **samoocenę stanu zdrowia** [Tobiasz-Adamczyk 2000:110]. W Polsce wielokrotnie wykazywano, że osoby w starszych grupach wiekowych gorzej oceniają swoje zdrowie [Bień i Pędich 1995, Bień 1996, Woźniak 1997, Kuciarska-Ciesielska 1999b, GUS 2000, Bień 2002a]. Co więcej, w badaniach longitudinalnych zaobserwowano pogarszanie się samooceny stanu zdrowia w miarę starzenia się osób badanych [Bień 1996]. Ludzie w podeszłym wieku najczęściej określają swoje zdrowie jako przeciętne (48,7%) lub złe (34,8%) [Bień, Wojszel i in. 1999b]. Tylko 16,5% z nich ocenia je jako dobre. Przewaga negatywnych ocen jest najczęściej powodowana licznymi dolegliwościami i upośledzeniem sprawności oraz wiąże się z częstszym korzystaniem z porad lekarskich [Bień 2002a].

Niesprawność

Z wiekiem wyraźnie narasta niesprawność prowadząca do ograniczenia samodzielnego poruszania się [Ostrowska 1996, Bień 2000]. Potwierdzają to dotychczasowe badania na przestrzeni lat 1960-2000 [Piotrowski 1973, GUS 1997a,b, GUS 1998a, GUS 1999c]. W badaniach przeprowadzonych przez GUS w 1996 roku ustalono, że w grupie osób w wieku powyżej 60 lat:

- 2,1% stale pozostaje w łóżku;
- 5,8% nie jest w stanie samodzielnie opuszczać mieszkania;
- 17,1% zachowuje mobilność ograniczoną tylko do otoczenia domu;
- kilkanaście procent nie potrafi samodzielnie wykonywać tak podstawowych czynności, jak mycie się, ubieranie, obcinanie paznokci itp.

[Kuciarska-Ciesielska 1999c:21].

Odpowiednio w wieku powyżej 80 lat 8,2% osób stale pozostaje w łóżku, 15,5% porusza się, lecz nie jest w stanie samodzielnie opuszczać mieszkania, a 29,2% ma mobilność ograniczoną do otoczenia. W efekcie sprawność umożliwiającą swobodne poruszanie się zachowuje 74,2% wszystkich osób powyżej 65 r.ż. i tylko 45,4% powyżej lat osiemdziesięciu [Kuciarska-Ciesielska 1999c].

Niepokoi fakt, że na przestrzeni lat 1988 - 1996 zaobserwowano znaczny wzrost liczby starszych osób niepełnosprawnych [Iwanek 1999]. Pogarszanie się

sprawności fizycznej ludzi w podeszłym wieku niesie ze sobą poważne konsekwencje, ponieważ z oczywistych względów osoby te częściej muszą korzystać z różnych form opieki.

Upośledzenie sprawności umysłowej

Z niesprawnością fizyczną często wiąże się występowanie otępienia². Zaburzenia w zakresie funkcji poznawczych upośledzają zdolność do wykonywania złożonych czynności życia codziennego [Beland i Zunzunegui 1999, Bidzan i in. 2000, Pędich i in. 2000, Njegovan i in. 2001, Steen i in. 2001, Mehta i in. 2002]. W stadiach bardziej zaawansowanych pogłębiają także niezdolność do realizacji czynności podstawowych dla codziennego funkcjonowania (tj. ubieranie, mycie się, chodzenie). W konsekwencji w miarę postępu otępienia często występuje konieczność sprawowania ciągłej opieki nad chorym.

Chorobowość w przypadku otępienia rośnie wraz z wiekiem [Krzymiński 1993:124, Melzer i in. 1999, Misztalski 2000]. Na podstawie terenowych badań epidemiologicznych Wender i wsp. określili częstość występowania otępienia w Polsce na 6% w populacji osób, które ukończyły 65 lat, przy czym 2,7% stanowiły osoby z objawami ciężkiej demencji [Krzymiński 1993:125]. Badania epidemiologiczne w innych krajach wskazują, że rozpowszechnienie otępienia waha się od 2,5% do 30% zależnie od wieku osób starszych [Jorm i in. 1987]. Chorobowość różni się w pięcioletnich przedziałach wiekowych i wynosi odpowiednio 1% - w grupie osób w wieku 60-64 lat, 1,4% - 65-69 lat, 4,1% - 70-74 lat, **5,7% - 75-79 lat**, 13% - 80-84 lat, 21,6% - 85-89 lat, **32,2% - 90-94 lat**. [Misztalski 2000].

Wobec powszechnej tendencji starzenia się społeczeństw przypuszcza się, że otępienie będzie stanowić narastający problem zwiększając potrzeby

² Otępienie jest zespołem objawów spowodowanych chorobą mózgu, zwykle o charakterze przewlekłym lub postępującym, w którym zaburzone są takie wyższe funkcje korowe jak: pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność uczenia się, język i ocena. Świadomość nie jest zaburzona. Uszkodzeniu funkcji poznawczych towarzyszy zwykle, a czasami je poprzedza, obniżenie kontroli nad reakcjami emocjonalnymi, społecznymi, zachowaniem i motywacją [Bilikiewicz i Jarema 1998].

w zakresie opieki nad chorymi [Melzer i in. 1999].

Występowanie stanów depresyjnych w wieku podeszłym

Depresja³, obok otępienia, jest uważana za najczęstsze zaburzenie psychiczne podeszłego wieku. Przeprowadzone w ostatnim dziesięcioleciu badania w dużych, reprezentatywnych populacjach zgodnie pokazują, że rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych jest duże [Regier i in. 1993, Kessler i in. 1994, Lepine i in. 1997]. W Polsce roczna chorobowość w populacji osób dorosłych oscyluje w przedziale 6-12%, a wśród osób w wieku podeszłym sięga 15% i więcej [Wasilewski i Pużyński 2001, Wojnar i in. 2001]. Częstość występowania depresji zwiększa się do 8 dekad życia, a potem wyraźnie maleje [Krzymiński 1993:34-36].

Zwraca się uwagę na niską wykrywalność zaburzeń psychicznych. Te schorzenia rozpoznaje się u zaledwie 2,5-4,9% pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej [Siwiak-Kobayashi 1996], podczas gdy występują one u 20-33% wszystkich pacjentów zgłaszających się do lekarzy ogólnych lub rodzinnych [Araszkiewicz 2001]. W konsekwencji niewłaściwej diagnozy chorzy są narażeni na długotrwałe i nieskuteczne leczenie [Araszkiewicz 2001].

Podsumowując, stan zdrowia osób starszych przedstawia się gorzej niż w innych grupach wiekowych i stanowi przyczynę częstszego korzystania przez nich z usług placówek opieki zdrowotnej i pomocy społecznej.

³ Depresja zaliczana jest do grupy chorób afektywnych. Zasadniczo wyróżnia się postać endogenną (tzn. dużą depresję wg kryteriów DSM-IV lub epizod depresyjny o znacznym nasileniu w klasyfikacji ICD-10) i depresję o łagodnym przebiegu często będącą reakcją na sytuację (tj. małą depresję typu melancholijnego wg kryteriów DSM-IV) oraz atypowe zespoły depresyjne (występujące w formie depresji maskowanej) [Pużyński 1998].

1.3. Korzystanie osób starszych ze świadczeń medycznych i opiekuńczych

Korzystanie osób starszych ze świadczeń opieki zdrowotnej jest częstsze niż w grupie młodszych osób dorosłych [Bień 1996, GUS 1998c, Zajenkowska-Kozłowska 1999]. Uważa się, że populacja w wieku poprodukcyjnym kształtuje popyt na usługi medyczne, co uwidacznia się w takich wskaźnikach, jak częstość porad w lecznictwie otwartym, częstość hospitalizacji, liczba procedur diagnostycznych i terapeutycznych [Indulski i Kowalewski 1998]. Przyczyn tego zjawiska upatruje się w złym stanie zdrowia populacji ludzi w wieku podeszłym [Zajenkowska-Kozłowska 1996, 1999].

Hospitalizacje

W wyniku starzenia się populacji zwiększa się zapotrzebowanie na świadczenia medyczne, a w tym na hospitalizacje [Roszkowska i Goryński 2001]. Wraz z wiekiem rośnie:

- przeciętna liczba hospitalizacji w przeliczeniu na osobę i rok [GUS 1999c];
- liczba osób wymagających przynajmniej jednej hospitalizacji w roku [GUS 1998c, Żyra 1999:69, Halik i in. 2000];
- czas trwania hospitalizacji (najczęściej 15-30 dni dla pacjentów powyżej 70 roku życia) [Bień 1996, Maniecka-Bryła i Szpakowska 2000].

W ostatnich latach zaobserwowano narastanie częstości hospitalizacji osób starszych. W 15-letniej obserwacji stwierdzono istotny wzrost odsetka osób w wieku podeszłym hospitalizowanych przynajmniej raz w roku [Bień 1996]. Jak wynika z danych uzyskanych w Ogólnopolskim Badaniu Chorobowości Szpitalnej Ogólnej, w okresie od 1979 do 1996 roku liczba hospitalizowanych osób starszych wzrosła z 15 do 25%, podczas gdy odsetek osób hospitalizowanych w populacji ogólnej utrzymywał się na stałym poziomie 10% [Roszkowska i in. 2000]. Wzrostu częstości hospitalizacji osób starszych nie można wytłumaczyć jedynie zwiększaniem się udziału osób starszych w społeczeństwie, ponieważ jest on bardziej dynamiczny – wyprzedza tendencję starzenia się populacji. Co więcej,

analizując obłożenie oddziałów chorób wewnętrznych stwierdzono, że osoby starsze stanowią ponad połowę pacjentów tych oddziałów [Kardas i Ratajczyk-Pakalska 2001].

Porady lekarskie

Osoby starsze częściej korzystają z konsultacji lekarskich (72,2% osób powyżej 70 lat i 67,9% osób w wieku 60-69 lat w okresie 3 miesięcy) w porównaniu ze wszystkimi osobami dorosłymi (50,3%) [GUS 1998c, Żyra 1999:69]. Podobne obserwacje znajdujemy także w wynikach innych badań [Bień 1996, Bień, Wojszel i in. 1999, Maniecka-Bryła i Szpakowska 2000]. Stwierdzane tam odsetki są wyższe, ponieważ odnoszą się do okresu całego roku. Średnia liczba porad lekarskich waha się w granicach 4-9/na osobę/rok, przyjmując nawet wyższe wartości w niektórych badaniach [Bień 1996, Maniecka-Bryła i Szpakowska 2000].

Starsze kobiety częściej niż mężczyźni zgłaszają się do lekarza w ambulatorium [Zajenkowska-Kozłowska 1999, Bień 2002b:85]. Obserwacja ta powtarza się w wielu badaniach, choć nie zawsze różnice pomiędzy płciami są znamienne [Bień 1996, Maniecka-Bryła i Szpakowska 2000].

Chociaż bezsprzecznie starzenie wiąże się z częstszym korzystaniem z porad lekarskich, to osoby po 80 r.ż. zasięgają ich rzadziej niż ludzie w wieku 70-79 lat [Zajenkowska-Kozłowska 1999]. Wśród przyczyn częstych wizyt u lekarza wymienia się przede wszystkim zły stan zdrowia, niepełnosprawność i występowanie dolegliwości [Zajenkowska-Kozłowska 1999, Maniecka-Bryła i Szpakowska 2000]. W badaniach przeprowadzonych w innych krajach stwierdzono, że obok przeziębienia, bóle układu kostno-stawowego są głównym powodem zgłaszania się po poradę lekarską [HersHKovitz i in. 2001]. Ponadto zaawansowanie chorób przewlekłych może zwiększać częstość korzystania z tych konsultacji [Walter-Ginzburg i in. 2001].

Domowe wizyty lekarskie

Korzystanie z domowych wizyt lekarskich może być sygnałem poważnej niesprawności lub znacznego pogorszenia stanu zdrowia, które to stany

uniemożliwiają pacjentowi udanie się do poradni. W Polsce z domowych wizyt lekarskich w ciągu roku korzysta 10-40% osób starszych [Bień, Wojszel i in. 1999]. W innych badaniach ten odsetek przyjmuje wartość około 20% [Bień 1996, Maniecka-Bryła i Szpakowska 2000]. Starsze kobiety, częściej niż mężczyźni w ich wieku wzywają lekarza do domu [Bień 1996]. W badaniu longitudinalnym przeprowadzonym w latach 1979-94 zaobserwowano wzrost częstotliwości korzystania z porad lekarskich przez ludzi w wieku podeszłym oraz wzrost średniej liczby wizyt domowych od 0,2 do 2/na osobę/rok w grupie osób najstarszych, co może być sygnałem pogarszania się ich kondycji zdrowotnej [Bień 1996].

Należy zauważyć, że częstość korzystania z wizyt pielęgniarek jest niższa w stosunku do porad udzielanych przez lekarzy w domu pacjenta [Bień 1996, Bień 2002b, Marcinowicz i Borzuchowska 2002]. Może to wskazywać na dysfunkcję opieki środowiskowej i niespełnianie w Polsce standardów obowiązujących w tym zakresie w krajach Europy Zachodniej, według których pielęgniarki, częściej niż lekarze, wizytują swoich podopiecznych [Bień, Wojszel i in. 1999].

Zażywanie leków

Ponad 80% osób starszych stale zażywa leki [Zajenkowska-Kozłowska 1999, Bień 2002b:97-98]. Najczęściej przyjmują one 1-4 lekarstw [Bień 2002b]. Leki zwykle są stosowane w wyniku zleceń lekarskich [Zajenkowska-Kozłowska 1999]. Należy jednak pamiętać, że istnieje również duża grupa osób, które leczą się bez konsultacji z lekarzem [Bień 2002b]. We wielu badaniach podkreśla się, że kobiety częściej sięgają po leki i zażywają ich więcej [Bień 1996, Zajenkowska-Kozłowska 1999, Bień 2002b].

Niepokoi fakt, że ilość ludzi starszych wymagających przewlekłego leczenia systematycznie rośnie. W Polsce w latach 1975-94 liczba osób 75 letnich, które zażywały leki zwiększyła się z 63% do 74% w przypadku mężczyzn i z 79% do 92% kobiet [Bień 1996]. Ta obserwacja nie jest odosobniona, ponieważ wzrost konsumpcji leków przez osoby starsze zaobserwowano również w badaniach prowadzonych w innych krajach Europy [Heikkinen i in. 1983].

Zabiegi rehabilitacji

Pomimo częstego występowania chorób i niesprawności u osób starszych większość z nich (73%) nie korzysta z żadnej formy usprawniania. Jedynie 18% niepełnosprawnych osób starszych poddawało się zabiegom rehabilitacji fizycznej w okresie od 1991-1996 roku [Iwanek 1999:114-115]. Podobnie tylko 17% uskarżających się na bóle stawów i kręgosłupa osób starszych podlega tej formie terapii [Bień 2002b:92-93].

Korzystanie osób starszych z zabiegów rehabilitacji jest rzadkie (3,5% -10,5%) i kształtuje się zależnie od wieku i płci [Bień 1996]. Stwierdzono, że częstość poddawania się zabiegom rehabilitacyjnym rośnie wraz z wiekiem i waha się od 6% osób w wieku 60 lat do 10% osób w wieku 65 lat i zmniejsza się do 5% w przypadku osób powyżej 75 r.ż. [Bień 1996:180-181].

Wśród przyczyn rzadkiego korzystania ze świadczeń rehabilitacji wymienia się nieuświadomienie potrzeby takich zabiegów i brak środków finansowych [Iwanek 1999] oraz małą dostępność tego typu świadczeń [Bień 1996:181, Wojszel i in. 1997, Bień, Wojszel i in. 1999].

Korzystanie z pomocy społecznej

Świadczenia pomocy społecznej na rzecz osób starszych mieszkających w środowisku domowym obejmują:

- pomoc usługową;
- pomoc finansową i rzeczową oraz
- poradnictwo.

W Polsce osoby starsze najczęściej korzystają z pomocy usługowej [Czekanowski 2002a]. W dotychczasowych badaniach wykazano, że zapotrzebowanie na świadczenia o charakterze usługowym jest częściej wyrażane przez osoby w starszych grupach wiekowych i wykazujące niższy poziom sprawności. W miarę starzenia się zwiększa się zapotrzebowanie na pomoc w robieniu zakupów, wykonywaniu cięższych prac domowych i przemieszczaniu się poza mieszkanie [Iwanek 1999]. Podobnie upośledzenie funkcji poznawczych wiąże się z częstszym zgłaszaniem potrzeby pomocy

w zakresie czynności życia codziennego [Pędich 2000]. Ponadto ustalono, że bez względu na wiek starsze kobiety częściej niż mężczyźni wykazują niesprawność i potrzebują pomocy w zakresie wymienionych powyżej czynności [Andersen-Ranberg i in. 1999, Iwanek 1999, Melzer i in. 1999].

Pomoc finansowa w postaci zasiłku pielęgnacyjnego przysługuje wszystkim, którzy ukończyli 75 rok życia. Korzystanie starszych ludzi z pozostałych zasiłków jest jednak dość rzadkie. Wynika to z bardzo niskiego progu dochodów uprawniających do starania się o środki pieniężne.

Z badań GUS [1993] wynika, że gorzej oceniają swoją sytuację materialną ludzie starsi:

- o wykształceniu podstawowym lub niepełnym podstawowym
- kobiety oraz
- osoby nie pozostające w związku małżeńskim.

Niestety osoby starsze, posiadające niższe wykształcenie i oceniające swoje zdrowie jako złe, rzadziej podejmują działania w kierunku zmiany ich sytuacji. Rzadziej też zwracają się w tym celu do organizacji pomocy społecznej [Jaworska 2000].

W myśl ustawy o pomocy społecznej zasadniczym zadaniem pracowników służb socjalnych jest praca socjalna zmierzająca w kierunku usamodzielnienia jednostki [Dziennik Ustaw 1998, Nr 64, poz. 414]. Świadczenia usługowo-finansowe mają jedynie okresowo wspierać osiągnięcie tego celu. Tymczasem kontakty osób starszych z pracownikami socjalnymi są sporadyczne. Dotyczą one tylko około 10% ludzi w wieku podeszłym w ciągu roku [Bień 1996] i skupiają się głównie na zbieraniu informacji i przygotowywaniu dokumentów uprawniających do ubiegania się o zasiłki i pomoc usługową. Podkreśla się, że brakuje działań o charakterze poradnictwa [Czekanowski 2002a].

Korzystanie z opieki rodzinnej

W badaniach CBOS⁴ 81% respondentów stwierdziło, że organizacjami, które powinny pomagać emerytom i rencistom jest rząd i pozostałe instytucje rządowe [CBOS 1999, Wnuk-Lipiński i wsp. 1999:53]. W praktyce jednak osoby starsze w małym stopniu korzystają z pomocy instytucji (tylko 12% osób), a pomoc finansową otrzymują głównie od rodziny i krewnych (52% osób) oraz czasami od przyjaciół i sąsiadów (8%) [Wnuk-Lipiński i in. 1999:53]. Rodzina stanowi podstawową instytucję opiekuńczą w stosunku do osób starszych. Jest również bardzo ważnym źródłem wsparcia w chorobie [Tobiasz-Adamczyk 2000].

Zazwyczaj osoby niesamodzielne w zakresie wykonywania czynności życia codziennego deklarują dobre wsparcie rodziny [Bień 1996]. Około 70% osób starszych korzysta z pomocy opiekunów rodzinnych w zakresie prac domowych (71,2%), robienia zakupów (68,1%), gotowania posiłków (72,7%), podawania leków (77,3%), kąpieli (63,6%) [Bień 2000]. Budzi natomiast niepokój bardzo niski udział instytucji publicznych (4,6%) w udzielaniu takiej pomocy. Może to świadczyć o niewydolności sektora pomocy społecznej. Podkreśla się, że ta dysproporcja wymaga dalszych badań w celu wyjaśnienia przyczyn i określenia możliwych skutków w przyszłości [Pędich 2000].

W ostatnich latach w Polsce zmienia się, bowiem struktura rodziny, która z wielopokoleniowej ewoluje w kierunku małych dwu- i jednoosobowych, tak zwanych rodzin nuklearnych [Dyczewski i in. 1999:32, Nowak-Sapota 2000]. Jednocześnie stale powiększa się liczba ludzi w podeszłym wieku mieszkających samotnie. W 1995 roku, spośród blisko 6,5 mln osób w wieku powyżej 60 lat ok. 20% z nich gospodarowało w pełni samodzielnie prowadząc jednoosobowe gospodarstwo domowe [Dyczewski i in. 1999:30-32]. Zdecydowaną większość (85%) tych jednoosobowych gospodarstw tworzyły samotne kobiety w wieku podeszłym [GUS 1996: tab. 9, Nowak-Sapota 2000].

⁴ CBOS – Centrum Badania Opinii Społecznej

W Polsce w latach 2000-2020 ogólna liczba gospodarstw domowych ma wzrosnąć o 19,2%, podczas gdy liczba gospodarstw jednoosobowych zwiększy się o około 51%. Będzie to m. in. wynikiem przyrostu liczby gospodarstw jednoosobowych, zwłaszcza prowadzonych przez osoby starsze [Bolesławski i Marciniak 1997]. Znaczna część społeczeństwa będzie starzeć się w samotności, z dala od rodziny.

W polskich warunkach ten proces jest nieco spowolniony aktualną trudną sytuacją mieszkaniową, która zmusza młode osoby do zamieszkiwania w rodzinach wielopokoleniowych [Nowak-Sapota 2000]. Jednak w miarę poprawy sytuacji materialnej i stworzenia możliwości zaciągania tanich kredytów na zakup mieszkania, powstawanie nowych gospodarstw jednopokoleniowych, a w tym samotnie prowadzonych przez osoby starsze, może ulec przyspieszeniu.

Wobec tak zasadniczych zmian w strukturze rodziny należy zadać sobie pytanie: Kto w przyszłości zajmie się osobami starszymi, gdy wielopokoleniowa rodzina ulegnie rozpadowi?

Wskaźnikiem zdolności społeczeństwa do sprawowania opieki nad osobami starszymi jest jego potencjał pielęgnacyjny (tzn. stosunek liczby kobiet w wieku 45-69 lat do liczby osób w wieku, co najmniej 70 lat). Ten wskaźnik opiera się na założeniu, że usługi pielęgnacyjne i opiekuńcze, zarówno w rodzinie, jak i w instytucjach ochrony zdrowia realizowane są głównie przez kobiety. Tymczasem w społeczeństwach starzejących się maleje liczba kobiet mogących sprawować opiekę nad ludźmi starszymi w rodzinie [Schulte 1996:85]. W Polsce na 100 osób starszych (w wieku 70 lat i więcej) w 1990 roku przypadało 202, a w roku 1999-tym 188 kobiet w wieku 45-69 lat [Wnuk-Lipiński i in. 1999:70]. Wskaźnik ten kształtuje się na korzystniejszym poziomie niż w większości krajów zachodnioeuropejskich. Trzeba jednak przypuszczać, że w niedalekiej przyszłości tendencja obniżania się potencjału pielęgnacyjnego stanie się również problemem w naszym kraju.

Na podstawie powyższych danych można sądzić, że w ciągu nadchodzących 20 lat zmaleje udział rodziny w sprawowaniu opieki nad osobami starszymi, a tym samym wystąpi konieczność objęcia opieką formalną realizowaną

przez placówki opieki zdrowotnej i pomocy społecznej większej niż dotąd liczby osób w wieku podeszłym.

Aspekt ekonomiczny ochrony zdrowia

Wydatki publiczne na ochronę zdrowia stanowią drugą co do wielkości po wydatkach na emerytury, pozycję finansów publicznych. Są one tym wyższe, im większy jest w społeczeństwie udział osób najstarszych w wieku powyżej 80 roku życia [Golinowska i Gałkowski 1999:105]. Wydatki na opiekę zdrowotną nad osobami przekraczającymi 75 lat są w krajach OECD⁵ prawie dwukrotnie wyższe niż w przypadku osób tylko o 10 lat od nich młodszych [OECD 1997:53]. Najdroższy okazuje się ostatni rok życia [Oberender 1996]. Analizując koszt opieki zdrowotnej nad ludźmi w wieku podeszłym najistotniejsze są dwie pozycje: wydatki na leki i opiekę długoterminową. Poważnym problemem jest wysoka konsumpcja leków przez osoby starsze. W Polsce refundacja leków w roku 1998 obejmowała 20-30% publicznych wydatków na zdrowie [Golinowska i Gałkowski 1999]. Kolejną przyczyną wysokich kosztów w opiece zdrowotnej jest przedłużanie okresu hospitalizacji osób starszych. Często jest ono wynikiem braku możliwości zapewnienia odpowiedniej opieki w środowisku domowym. Niedoskonałość organizacji opieki środowiskowej przyczynia się do przyśpieszonej instytucjonalizacji osób starszych. Tymczasem w krajach OECD, w których na opiekę długoterminową przeznaczają się około 1% PKB⁶ stwierdzono, że wydatki na zakłady opiekuńcze są zwykle wyższe od wydatków na opiekę realizowaną w domu pacjenta, chociaż całkowita liczba osób korzystających z długoterminowej opieki środowiskowej jest znacznie większa niż mieszkańców placówek opiekuńczych (np. w Danii nieco ponad 7% osób powyżej 65 lat przebywa w domach opieki, podczas gdy 20% korzysta ze świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych we własnym domu) [Jacobzone 1999].

⁵ OECD – Organizacja Współpracy i Rozwoju Gospodarczego

⁶ PKB – Produkt Krajowy Brutto

W ostatnich latach w krajach Zachodniej Europy obserwuje się intensywny rozwój opieki zdrowotnej i świadczeń opiekuńczych realizowanych w środowisku domowym pacjenta. Ten kierunek podyktowany jest z jednej strony względami ekonomicznymi, z drugiej chęcią poprawy jakości życia osób starszych. W Polsce opieka długoterminowa, zarówno stacjonarna jak i domowa, nie są dostatecznie rozwinięte [Golinowska i Gałkowski 1999:107]. Rosnące zapotrzebowanie osób starszych na świadczenia medyczne i opiekuńcze, związany z tym wzrost wydatków publicznych oraz odczuwana obecnie niewydolność systemu opieki długoterminowej stanowią zatem poważne wyzwanie dla organizatorów opieki zdrowotnej i pomocy społecznej.

II. ZAŁOŻENIA I CELE PRACY

Postawienie problemu

Prognozowany znaczny przyrost populacji osób w wieku powyżej 80 lat oraz samotnie mieszkających osób starszych, zmiana modelu rodziny w kierunku rodziny dwu- i jednopokoleniowej oraz zmniejszanie się liczby kobiet mogących sprawować opiekę nad osobami starszymi w rodzinie skłaniają do przypuszczenia, że w Polsce w ciągu następnych 20 lat opieka nad ludźmi w wieku podeszłym w większym stopniu niż obecnie będzie musiała być realizowana przez placówki opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. Oszacowanie potrzeb ludzi starszych i określenie czynników decydujących o zapotrzebowaniu na określone świadczenia zdrowotne, opiekuńcze i socjalne jest zatem jednym z ważniejszych obecnie zadań polityki zdrowotnej. Co więcej, taka analiza powinna stanowić podstawę do opracowania wytycznych dla organizatorów opieki zdrowotnej i pomocy społecznej odnośnie planowania rozwoju w przyszłości odpowiednich świadczeń dla osób starszych.

Przeprowadzone w Polsce badania stanu zdrowia i stopnia korzystania z opieki zdrowotnej skupiają się głównie na ocenie wskaźników ogólnych (takich jak odsetek osób hospitalizowanych w ciągu roku, przeciętna liczba dni spędzonych w szpitalach, liczba wizyt u lekarza w określonym odstępie czasu, odsetek osób korzystających z zabiegów rehabilitacyjnych i badań diagnostycznych) [GUS 1998c, Żyra 1999, GUS 2000]. Te wskaźniki nie pozwalają jednak na szczegółową analizę potrzeb, zwłaszcza w zakresie świadczeń opiekuńczych.

Analizy dotyczące osób starszych są zwykle prowadzone w grupach wiekowych 60-75 lat oraz powyżej 75 lub 80 lat, traktując tę ostatnią, jakby była grupą jednorodną [GUS 1999b, GUS 2000]. W dotychczasowych polskich badaniach mało miejsca poświęcano długowiecznym. Jak dotąd nie ma opracowań, które pozwoliłyby na precyzyjną ocenę potrzeb w zakresie świadczeń medycznych i opiekuńczych ludzi liczących powyżej 75 lat, a zwłaszcza osób, które ukończyły lat 90. Tymczasem stwierdzono, że potrzeby w tym zakresie

istotnie narastają po 75 roku życia stanowiąc poważny problem właśnie dla osób najstarszych [Żakowska-Wachelko 1992]. Jednocześnie nie dość dobrze poznane są zasoby i granice możliwości opieki sprawowanej przez rodzinę.

W prezentowanym badaniu poddano analizie grupę osób powyżej 75 lat. Jest ona słabo przebadana, zwłaszcza pod względem korzystania i zapotrzebowania na poszczególne świadczenia medyczne i opiekuńcze. Powodem wybrania właśnie tej grupy wiekowej jest również prognoza demograficzna mówiąca, że liczba ludzi powyżej 75 r.ż. będzie przyrastać w naszym kraju stosunkowo najszybciej i populacja ta stanie się największym odbiorcą świadczeń opieki zdrowotnej i pomocy społecznej.

Zebrane w wyniku badania dane dostarczają tym samym informacji, które mogą posłużyć do sformułowania wytycznych dla organizatorów ochrony zdrowia odnośnie kierunku rozwijania świadczeń dla osób starszych.

Cel główny pracy: Określenie czynników demograficzno-społecznych i zdrowotnych, które w istotny sposób kształtują zapotrzebowanie osób starszych na świadczenia medyczne i opiekuńcze.

Hipotezy

Celem pracy było zweryfikowanie następujących hipotez badawczych:

- niesprawność w zakresie czynności życia codziennego i zaawansowany wiek zwiększają istotnie zapotrzebowanie osób starszych na świadczenia medyczne i opiekuńcze;
- udział rodzin w realizacji świadczeń opiekuńczych w stosunku do osób starszych jest istotnie większy niż instytucji pozarodzinnych formalnie do tego powołanych.

III. MATERIAŁ I METODY

3.1. Materiał

3.1.1. Wybór grup badanych

Badanie przeprowadzono na próbie losowej mieszkańców Krakowa w dwóch kohortach wiekowych 75-80 lat i 90-95 lat. Zdecydowano się na wybór takich grup wiekowych w celu dokonania porównań osób długowiecznych (w wieku co najmniej 90 lat) z tymi, którzy znajdują się w początkowym okresie późnej starości (75 lat). Skupiono się na analizie tych dwóch grup wiekowych, ponieważ już wcześniejsze badania [Żakowska-Wachelko 1992] wykazały wyraźny wzrost potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej i pomocy społecznej u osób po 75 roku życia w porównaniu z osobami w wieku 60-74 lat.

W celu zapewnienia reprezentatywności wyników badania przeprowadzono losowanie próby w Ośrodku Informatyki Terenowego Banku Danych Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie (OITBD) na podstawie decyzji o udostępnieniu danych osobowych do celów badania wydanej przez Wydział Spraw Obywatelskich tegoż Urzędu. Próbkę losową wybrano przy pomocy generatora liczb pseudolosowych zgodnie ze standardową procedurą stosowaną w OITBD.

Zastosowano następujące **kryteria włączenia** do badania:

- przynależność do wymienionych kohort wiekowych,
- stałe zameldowanie w Krakowie,
- zamieszkiwanie w środowisku (poza placówkami opiekuńczymi).

Baza adresowa OITBD opiera się tylko na stałym meldunku osób. Nie uwzględnia ona osób mieszkających w Krakowie u rodziny, lecz posiadających stały meldunek poza miastem. Jej wadą jest również niepełna aktualizacja statystyki zgonów i zmian w zameldowaniu, która wynika z organizacyjnych

opóźnień w przesyłaniu danych. W przypadku badań dotyczących osób starszych niedokładność tego rejestru ma szczególne znaczenie. Zdarza się bowiem, że osoby te przenoszą się do rodziny nie zmieniając zameldowania lub informacja o ich śmierci dociera do Ośrodka z dużym opóźnieniem. Pomimo tych nieścisłości jest to najdokładniejszy rejestr danych na temat mieszkańców Krakowa, dlatego zdecydowano się z niego skorzystać.

W badaniu pominięto osoby mieszkające w domach pomocy społecznej z kilku powodów:

- Celem badania było określenie potrzeb osób starszych przebywających w środowisku domowym.
- Dostęp do świadczeń i stan funkcjonalny pacjentów w placówkach opiekuńczych i szpitalach, w których świadczenia medyczne i opiekuńcze zapewniane są w sposób standardowy wyraźnie różnią się od warunków uzyskiwania opieki przez osoby pozostające w środowisku.
- Główne narzędzie badawcze zastosowane w prezentowanej pracy - kwestionariusz OARS⁷ przeznaczone jest do badań środowiskowych.

3.1.2. Wielkość próby

Do badania wylosowano 418 respondentów spośród 18218 osób w wieku 75-80 lat, co stanowiło 2,3% ogólnej liczby osób w tym wieku aktualnie zameldowanych w Krakowie. Ponadto wylosowano 394 respondentów spośród 1691 osób w wieku 90-95 lat, co stanowiło 23,3% ogólnej populacji osób w tym wieku zameldowanych w Krakowie. Liczebności prób wynikały z zastosowanej w OITBD metodyki losowania.

Ostatecznie zbadano 258 osób spośród 418 wylosowanych w wieku 75-80 lat, co stanowiło 61,7% próby losowej (1,4% populacji Krakowa w tym przedziale wieku) oraz 172 z 394 wylosowanych osób w wieku 90-95 lat,

⁷ OARS- Kwestionariusz Wszechstronnej Oceny Czynnościowej opracowany w ramach programu **Older Americans Resources and Services** of Duke University Center for the Study of Aging and Human Development w Durham, North Carolina [Fillenbaum 1988].

co stanowiło 43,65% próby losowej (10,17% populacji Krakowa w tym przedziale wieku).

3.1.3. Przyczyny wyłączenia z badania

Spośród wszystkich wylosowanych osób około 15,3% odmówiło wzięcia udziału w badaniu. Pomimo wielokrotnego powiadomienia o terminie wizyty ankieterzy nie zastali pod podanym adresem 13,5% osób wylosowanych do badania. Przyczyną mogły być: nieobecność w trakcie wizyty ankietera, lęk przed otwarciem drzwi obcej osobie, niechęć do udziału w badaniu, wyjazd czasowy z miejsca stałego zamieszkania lub nie odnotowany w OITBD zgon. Ustalono, że część wylosowanych do badania osób zmarła przed momentem przeprowadzenia wywiadu (9,7% całej próby losowej). Około 4,4% osób zmieniło miejsce zamieszkania i nie udało się ustalić, gdzie przebywali w okresie realizacji badania. Niewielka grupa wylosowanych osób (2,5%) przebywała w szpitalu lub placówce opiekuńczej w trakcie prowadzenia badania, co spowodowało ich wykluczenie z powodów metodologicznych. Ponadto stwierdzono błędy w podanych przez OITBD adresach (1,6%). Należy podkreślić, że badaniu podlegały osoby w bardzo zaawansowanym wieku, co usprawiedliwia wysoki odsetek zgonów i wymienione trudności w dotarciu do nich (tabela 3.1.3.1).

Tabela 3.1.3.1. Udział wylosowanych osób w badaniu i przyczyny nie wzięcia udziału w badaniu.

Udział wylosowanych osób w badaniu	Liczba N	Odsetek %
Wylosowano	812	100,0%
Zbadano	430	53,0%
Odmowy udziału w badaniu	124	15,3%
Nieobecność w trakcie wizyty ankietera	110	13,5%
Zgon	79	9,7%
Zmiana miejsca zamieszkania	36	4,4%
Pobyt w szpitalu lub placówce opiekuńczej	20	2,5%
Błędy w bazie adresowej	13	1,6%

3.2. Metody

3.2.1. Sposób realizacji badania

Badanie wykonano na przełomie lat 2000 i 2001. Miało ono charakter środowiskowy. Prowadzone było w domach badanych osób przy użyciu kwestionariusza wywiadu. Wszystkie wylosowane osoby zostały powiadomione listownie o planowanym badaniu. W zawiadomieniu wyjaśniono cel badania i sposób jego przeprowadzenia oraz zaproponowano termin wizyty ankietera, przy czym stworzono respondentom możliwość telefonicznej jego zmiany.

Ankieterzy rekrutowali się głównie spośród pielęgniarek domów pomocy społecznej i studentów Instytutu Zdrowia Publicznego będących po praktyce studenckiej w domach pomocy społecznej. Zostali oni przeszkoleni i otrzymali jednakową instrukcję zbierania wywiadu przy użyciu standaryzowanego (ustrukturalizowanego) kwestionariusza.

Zastosowany w badaniu kwestionariusz składał się z kilku ogólnie przyjętych skal o uznanej trafności i rzetelności. Czas trwania badania jednej osoby starszej wynosił około 1 godziny. W przypadku, gdy osoba starsza nie była w stanie odpowiadać samodzielnie, jej opiekun mógł udzielić odpowiedzi na część pytań zawartych w kwestionariuszu z wyjątkiem tych, które dotyczyły subiektywnych odczuć lub wchodziły w skład testów oceniających poziom upośledzenia sprawności umysłowej i poczucia depresji osoby badanej.

Badanie osób starszych obejmowało ocenę wybranych wskaźników stanu zdrowia, sprawności, samopoczucia, sytuacji materialnej i wsparcia społecznego. Zbierano dane dotyczące wybranych czynników demograficznych. Pytano osoby starsze o ich korzystanie ze świadczeń medycznych i opiekuńczych oraz zapotrzebowanie na te usługi. Ponadto zbierano informacje pozwalające na ocenę roli rodziny w realizacji poszczególnych świadczeń w ramach opieki nad osobami starszymi.

3.2.2. Narzędzia badawcze

Zasadniczym narzędziem użytym w badaniu był Kwestionariusz Wszechstronnej Oceny Czynnościowej (OARS) -wersja środowiskowa opracowana w 1975 i poprawiona w 1988 roku w ramach programu Program Older Americans Resources and Services of Duke University Center for the Study of Aging and Human Development w Durham, North Carolina [Fillenbaum 1988].

OARS jest jednym z kwestionariuszy, których zadaniem jest wszechstronna, wieloczynnikowa ocena funkcjonowania osoby starszej w aspekcie zdrowia somatycznego i psychicznego oraz warunków życia, sytuacji materialnej i wsparcia ze strony środowiska. Ponadto dane uzyskiwane w wyniku zastosowania kwestionariusza pozwalają na ocenę potrzeb ludzi starszych i stopnia korzystania z opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. Stosowanie tego narzędzia w badaniach populacyjnych pozwala uzyskać informacje, które mogą być wykorzystywane w planowaniu rozwoju odpowiednich świadczeń medycznych i opiekuńczych w szerszej skali.

Decyzja o wyborze kwestionariusza OARS była podyktowana faktem, że najlepiej spośród innych rozważanych narzędzi badawczych (SIP⁶, NHP⁹, SF-36¹⁰, CARE¹¹, MAI¹², Easy-Care¹³) służy on do oceny funkcjonowania osób badanych, jak również stopnia korzystania przez nich ze świadczeń medycznych i opiekuńczych, co było przedmiotem badania [Abelin i in. 1987, Mc Dowell i Newell 1987:299, Fletcher 1994, Bowling 1998a:204]. Przy użyciu OARS możemy

⁶ SIP- Sickness Impact Profile - Profil wpływu choroby - jeden z najlepiej ocenianych testów do wszechstronnego pomiaru zdrowia [Bergner i in. 1981, Bergner 1993, Tobiasz-Adamczyk 2000:97-115].

⁹ NHP - Nottingham Health Profile opracowany w celu oceny samopoczucia osób w różnych stanach chorobowych [Hunt i in. 1986, Mc Dowell i Newell 1987:285].

¹⁰ SF-36 - Short Form General Health Survey najczęściej stosowany test do oceny jakości życia. [Stewart i Ware 1992, Brazier i in. 1992].

¹¹ CARE - Comprehensive Assessment and Referral Evaluation - jedno z narzędzi służące do wieloaspektowej oceny funkcjonowania osób starszych, które w wąskim zakresie zajmuje się także oceną korzystania z opieki zdrowotnej [Gurland i in. 1977, Gurland i Wildler 1984, Bowling 1998a:206].

¹² MAI - Multilevel Assessment Instrument - skupia się głównie na ocenie ogólnego dobrostanu ludzi w wieku podeszłym [Lawton i in. 1982, Mc Dowell i Newell 1987:296].

¹³ Easy-Care – kwestionariusz jakości życia ludzi starszych w wersji polskiej [Bień, Philp i Grupa Programowa EASY-Care 1999, Bień, Wojszel i in.1999a, Bień, Wojszel i in. 1999b].

określić zakres, w jakim osoba starsza jest w stanie samodzielnie funkcjonować i zaspokajać swoje potrzeby zdrowotne oraz oszacować jej zapotrzebowanie na pomoc w zakresie opieki zdrowotnej i pomocy społecznej [Fillenbaum 1987, Paist i Jafri 1997]. Kwestionariusz charakteryzuje się potwierdzoną w wielu badaniach wysoką trafnością, rzetelnością i czułością [Fillenbaum i Smyer 1981, George i Fillenbaum 1985, Bowling 1998b:18, Mc Cusker i in. 1999], które są wyższe w porównaniu z innymi tego typu testami (MAI, CARE) [Mc Dowell i Newell 1987:299, Bowling 1998a:204].

Kwestionariusz składa się z części A, która skupia się na ocenie funkcjonowania osoby badanej i zawiera 5 skal (obejmujących pytania o informacje demograficzne, sytuację materialną, wsparcie społeczne, zdrowie psychiczne, zdrowie fizyczne i sprawność w zakresie ADL) oraz z części B zawierającej pytania na temat korzystania z poszczególnych świadczeń. Informacja jest zbierana od badanego (zawsze w przypadku pytań subiektywnych i testów psychologicznych) lub od opiekuna, gdy osoba starsza nie jest w stanie udzielić odpowiedzi. Każda z części i skal stanowi odrębną całość i może być interpretowana osobno.

Kwestionariusz OARS jest bardzo obszernym narzędziem. Przeprowadzenie badania z zastosowaniem pełnej jego wersji trwa około 2 godzin. Dlatego na użytek omawianego tu badania zdecydowano o wykorzystaniu tylko pewnych grup pytań dotyczących:

- cech demograficznych (wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny, sposób zamieszkiwania);
- wsparcia społecznego (liczba i forma kontaktów, zadowolenie z jakości i liczby kontaktów, dostępność pomocy emocjonalnej i fizycznej);
- wybranych odpowiadających polskim realiom pytań dotyczących sytuacji materialnej (dochód miesięczny netto osoby badanej);
- liczby i rodzaju zgłaszanych schorzeń przewlekłych;
- liczby i rodzaju leków zażywanych w ciągu 4 tygodni poprzedzających moment przeprowadzania wywiadu;
- samooceny stanu zdrowia;

- sprawności w zakresie podstawowych i złożonych czynności życia codziennego oraz
- korzystania z opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i opieki rodzinnej ze zwróceniem uwagi na udział osób starszych w płaceniu za świadczenia.

Ponadto dodano pytania o korzystanie z zasiłków i liczbę hospitalizacji w ciągu 2 ostatnich lat.

Wskaźnik wsparcia społecznego wyliczono przy użyciu algorytmu podanego przez autorów kwestionariusza. W ten sposób uzyskano skalę poziomu wsparcia społecznego z następującymi kategoriami:

- bardzo dobre;
- dobre;
- nieznacznie ograniczone;
- umiarkowanie ograniczone;
- poważnie ograniczone;
- całkowity brak wsparcia.

Ze względu na znaczne różnice w sytuacji materialnej osób mieszkających w Polsce w porównaniu z mieszkańcami USA, gdzie opracowywany był oryginał kwestionariusza nie skorzystano z podobnego algorytmu do oceny sytuacji materialnej badanych. Skupiono się na zebraniu informacji na temat wartości osobistych dochodów miesięcznych netto badanych osób starszych.

Część kwestionariusza dotycząca schorzeń i leków ma charakter listy i odzwierciedla tylko wiedzę osoby badanej na temat swojego stanu zdrowia. Tym samym dostarcza ona tylko subiektywnej informacji na temat zgłaszanych schorzeń i zażywanych leków.

Kwestionariusze wieloaspektowej oceny funkcjonalnej, do których należy OARS, często zawierają pytanie o samoocenę swojego zdrowia. Okazało się, bowiem, że wynik odpowiedzi na to pytanie ma dużą wartość prognostyczną [Tobiasz-Adamczyk 2000:110-115]. Stwierdzono 2-3-krotnie większą umieralność osób, które oceniają swój stan zdrowia jako zły względem tych, które określają go jako nadzwyczaj dobry [Kaplan i Camacho 1983]. Uważa się też, że postrzegany przez badanego stan zdrowia, bardziej niż stwierdzenie występowania

określonych objawów choroby, pozwala przewidzieć konieczność korzystania z opieki zdrowotnej [Goldstein i in. 1984].

W kwestionariuszu OARS na pytanie dotyczące samooceny stanu zdrowia udzielano odpowiedzi w czterech kategoriach (zdrowie: bardzo dobre, dobre, dość dobre i złe).

W celu oceny sprawności warunkującej niezależność osoby starszej w zakresie czynności związanych z codziennym życiem zastosowano pytania pochodzące z **Indeksów ADL**¹⁴ Katz'a i **IADL**¹⁵ Lawton'a, które stanowią część użytego w tym badaniu kwestionariusza OARS [Rubenstein 1999:248-53, Turner 1994]. W procesie testowania wiarygodności kwestionariusza OARS wykazały się one szczególnie wysoką trafnością i rzetelnością, co dało im najwyższe miejsce wśród innych metod pomiaru ADL [Fillenbaum 1985, Mc Cusker i in. 1999]. Analizowano następujące czynności: umiejętność posługiwania się telefonem, korzystania ze środków transportu, robienia zakupów, przygotowywania posiłków, wykonywania cięższych prac domowych (tj. sprzątanie mieszkania), samodzielnego przyjmowania lekarstw, posługiwania się pieniędzmi, spożywania posiłków, ubierania się, dbania o swój wygląd, chodzenia, wstawania z łóżka, mycia całego ciała i kontroli zwieraczy. Pełną sprawność w wykonywaniu poszczególnych czynności oceniano 1 punktem, a niesprawność lub konieczność pomocy przy ich wykonywaniu brakiem punktów. W badaniu skorzystano z zaproponowanego przez autorów sposobu wyliczania poziomu sprawności w zakresie czynności życia codziennego.

¹⁴ Indeks ADL (Activity of Daily Living) został skonstruowany w celu klinicznej oceny stanu sprawności ludzi starszych w zakresie podstawowych czynności życiowych i stopnia ich zależności od innych osób [Katz i in. 1963, 1970, Katz i Akpom 1976, Tobiasz-Adamczyk 2000: 97-115].

¹⁵ Indeks IADL (Instrumental Activity of Daily Living) [Lawton i Brody 1969] określa sprawność osób starszych w zakresie złożonych czynności życia codziennego takich jak: prowadzenie rozmów telefonicznych, samodzielne posługiwanie się pieniędzmi, robienie zakupów, korzystanie z różnych form transportu (w tym publicznego), sprzątanie, przygotowywanie posiłków, przyjmowanie leków.

Uzyskano w ten sposób skalę z następującymi kategoriami sprawności

ADL:

- sprawność pełna;
- nieznacznie upośledzona;
- umiarkowanie upośledzona;
- głębokie upośledzenie sprawności i
- całkowita niesprawność.

W części kwestionariusza poświęconej opiece zdrowotnej i pomocy społecznej pytano osoby starsze o korzystanie z porad lekarskich, hospitalizacji, świadczeń pielęgniarских, zabiegów rehabilitacji, usług opiekuńczych, opieki polegającej na ciągłym nadzorze oraz pomocy w pracach domowych, przygotowywaniu posiłków, załatwianiu spraw administracyjno-prawnych i przemieszczaniu się do innych miejsc. Pytania dotyczyły również korzystania z pomocy społecznej w zakresie informowania osób starszych i opiekunów o dostępnych formach pomocy i organizowania opieki nad nimi. Ze względu na obszerność pracy i w celu zapewnienia logicznego ciągu rozprawy dokładne określenie poszczególnych badanych świadczeń zamieszczono w rozdziale wyników w podrozdziałach poświęconych ich analizie. W badaniu skupiono się na pozyskaniu informacji dotyczącej:

- częstości korzystania ze świadczeń medycznych i opiekuńczych w ciągu 6 miesięcy poprzedzających badanie;
- częstości zgłaszania zapotrzebowania na te świadczenia;
- różnic pomiędzy grupami wiekowymi w częstości korzystania z pomocy rodziny, przyjaciół, pracowników opieki medycznej i pomocy społecznej oraz osób zatrudnionych odpłatnie w realizowaniu określonych świadczeń;
- udziału rodziny w realizacji poszczególnych świadczeń w stosunku do innych wymienionych wyżej źródeł pomocy.

Skrócony Test Sprawności Umysłowej

Część kwestionariusza o stosunkowo niskiej trafności, zawierającą podskalę dotyczącą zdrowia psychicznego zastąpiono innymi narzędziami. W tym celu dokonano szerokiego przeglądu testów psychologicznych stosowanych w rozpoznawaniu otępienia (MSQ¹⁶, SPMSQ¹⁷, MMSE¹⁸, STMS¹⁹, CAPE/CAS²⁰, CCSE²¹, GMS²², 6-punktowy test Katzmana²³). Lekarzom praktykom najbardziej są polecane MMSE, AMTS i CAPE/CAS [Smith i in. 1992, Gilleard 1994].

Ostatecznie w miejsce pytań badających funkcje poznawcze zastosowano Skrócony Test Sprawności Umysłowej (AMTS-Abbreviated Mental Test Score) [Hodkinson 1972, Qureshi i Hodkinson 1974]. AMTS wywodzi się z Testu Roth-Hopkins, który dobrze koreluje ze zmianami patologicznymi w mózgu stwierdzanymi w badaniu pośmiertnym osób z wcześniej zdiagnozowanym otępieniem [Blessed i in. 1968]. Wade [1992] wykazał podobną zależność w przypadku stosowania AMTS, uważając go za test najlepiej oddający obraz neuropatologicznych zmian w mózgu.

Trafność diagnostyczną testu potwierdzono porównując go z kliniczną diagnozą otępienia i wynikami skali Crichton Royal Behaviour Rating Scale [Vardon i Blessed 1986]. Stwierdzono, że wyniki uzyskiwane w AMTS dobrze korelują (0,87-0,96) z wynikami innych dłuższych testów [Qureshi i Hodkinson 1974, Thompson i Blessed 1987]. Wykazano wysoką czułość i swoistość skali AMTS, a dokładność rozpoznania wyrażona proporcją prawidłowo postawionych rozpoznań przy użyciu testu wyniosła 91,1% [Jitapunkul i in. 1991]. Na tej podstawie test ten uważany jest za jeden z najlepszych do stosowania przez

¹⁶ MSQ- Mental Status Questionnaire - Kwestionariusz Stanu Psychicznego [Kahn i in. 1960a,b].

¹⁷ SPMSQ -Short Portable Mental Status Questionnaire [Pfeiffer 1975].

¹⁸ MMSE – Mini-Mental State Examination – Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego [Folstein i in. 1975, Abrams i in. 1999:1224-6, Welsh-Bohmer 2000, Kołapka-Minc 2000].

¹⁹ STMS – Short Test of Mental Status – Krótki Test Stanu Psychicznego [Lemańczyk i Kondracka 1993].

²⁰ CAPE/CAS – Clifton Assessment Procedures for Elderly Cognitive Assessment Scale [Pattie i Gilleard 1979, Pattie 1981, Gilleard 1994].

²¹ CCSE – Cognitive Capacity Screening Examination [Jacobs i in. 1977].

²² GMS – Geriatric Mental State – skala stanowiąca część kwestionariusza CARE [Henderson i in. 1983, Bowling 1998a]

²³ The 6-Item Orientation-Memory-Concentration Test - 6-punktowy test Katzmana [Katzman i in. 1983].

lekarzy praktyków w celu wykrywania upośledzenia sprawności umysłowej osób starszych.

Ostatecznie decyzja o wyborze AMTS była podyktowana następującymi względami:

- jest to test krótki (składa się z 10 pytań);
- prosty i możliwy do przeprowadzenia przez ankietera;
- o wysokiej trafności i rzetelności [Qureshi i Hodkinson 1974, Vardon i Blessed 1986, Little i in. 1987, Thompson i Blessed 1987, Jitapunkul i in. 1991];
- rekomendowany przez Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce i Katedrę Gerontologii i Medycyny Rodzinnej CMUJ [Favier i Boland 1997, Kocemba i Grodzicki 2000];
- intencją jest rozpowszechnienie tego testu do stosowania przez lekarzy rodzinnych.

Pytania zawarte w AMTS badają orientację w czasie, odnośnie miejsca i osób oraz zdolność myślenia abstrakcyjnego (liczenie), pamięć świeżą i funkcję przypominania. Badany za każdą prawidłową odpowiedź otrzymuje 1 punkt. Maksymalny wynik wynosi 10, a punkt odcięcia różni się w wielu badaniach od 6 do 10-ciu [Jitapunkul i in. 1991]. Jitapunkul przeprowadził badanie porównując wyniki AMTS z diagnozą lekarską otępienia stawianą na podstawie kryteriów rozpoznawczych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego zawartych w DSM-III-R (III-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Revised) i stwierdził, że najlepszym punktem odcięcia (tzn. granicą pomiędzy normą i patologią) jest wynik 8 punktów.

W przedstawionym tu badaniu w celu określenia poziomu upośledzenia sprawności umysłowej osób badanych zastosowano następującą interpretację wyników:

- 0-3 poprawnych odpowiedzi - ciężkie upośledzenie sprawności umysłowej;
- 4-6 poprawnych odpowiedzi - umiarkowane upośledzenie sprawności umysłowej;
- 7-8 poprawnych odpowiedzi - łagodne upośledzenie sprawności umysłowej;

9-10 poprawnych odpowiedzi - stan prawidłowy [Jitapunkul i in. 1991].

Geriatryczna Skala Oceny Depresji

W miejsce pytań dotyczących zdrowia psychicznego wprowadzono pełną Geriatryczną Skalę Oceny Depresji [Yesavage i in. 1983]. Decyzja o tym została poprzedzona dokładną analizą własności testów stosowanych w ocenie depresji takich jak: skala Zung'a²⁴, skala Montgomery-Asberg²⁵, skala Hamilton'a²⁶, skala Beck'a²⁷, HAD²⁸, SAD²⁹, GHQ³⁰, GMS³¹ i GSOD³². Spośród wszystkich wymienionych skal depresji GSOD jest najbardziej polecana do przesiewowego badania osób starszych, zwłaszcza w badaniach populacyjnych [Katona 1994].

Zasadnicze badanie trafności skali polegało na porównaniu wyników testu z diagnozą kliniczną postawioną na podstawie Kryteriów Diagnostycznych w Badaniach Depresji (RDC - Research Diagnostic Criteria for Depression) oraz wynikami uzyskanymi w skalach depresji Hamilton'a oraz Zung'a [Spitzer i in. 1978, Yesavage i in. 1983]. Trafność i rzetelność Geriatrycznej Skali Oceny Depresji zostały wielokrotnie potwierdzone także w późniejszych badaniach weryfikując jej wartość między innymi poprzez porównanie wyników różnych jej wersji z klinicznymi kryteriami rozpoznawania depresji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego wg DSM – IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) [Sheikh i Yesavage 1986, Sheikh i in. 1991, Yesavage 1991, Montorio i Izal 1996, Sorensen i in. 1998]. GSOD znalazła zastosowanie

²⁴ Skala depresji Zung'a - Zung Self-Rating Depression Scale-SDS [Zung 1965].

²⁵ Skala depresji Montgomery-Asberg - Montgomery-Asberg Depression Rating Scale [Montgomery i Asberg 1979].

²⁶ Skala depresji Hamilton'a - HDRS-Hamilton Depression Rating Scale [Hamilton 1967, 1976, Blazer 1999].

²⁷ Skala Beck'a - Beck Depression Inventory Scale [Beck i in. 1961, Gallagher i in. 1982].

²⁸ Skala lęku i depresji w szpitalu - Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) [Zigmond i Snaith 1983].

²⁹ Skala objawów lęku i depresji (SAD) [Bedford i in. 1976].

³⁰ Kwestionariusz ogólnego stanu zdrowia Goldberg'a - General Health Questionnaire (GHQ) [Goldberg 1978].

³¹ GMS - Geriatric Mental State - obejmuje ocenę objawów depresji i otępienia osób starszych w ramach obszernego systemu oceny wieloczynnikowej CARE [Bowling 1998a].

³² GSOD - Geriatryczna Skala Oceny Depresji - Geriatric Depression Scale [Yesavage i in. 1983, Blazer 1999, Garbicz i Skalska 1999, 2000].

w wykrywaniu stanów depresyjnych zwłaszcza u ludzi starszych [Yesavage i in. 1983, Katona 1994]. Ponadto wykazano, że wykorzystanie tej skali w podstawowej opiece zdrowotnej poprawia rozpoznawanie depresji przez pracowników medycznych [Shah i De 1998, Falck i in. 1999, Arthur i in. 1999]. Dzięki temu GSOD znalazła akceptację klinicystów jako wartościowe i praktyczne narzędzie w rozpoznawaniu depresji, o czym może świadczyć wprowadzenie jej w Wielkiej Brytanii jako jednego z podstawowych testów przesiewowych do stosowania w opiece zdrowotnej [Fletcher i in. 1992, Shah i in. 1997, Katona 1994, 1997].

Skala GSOD istnieje w kilku wersjach: 30-pytaniowej i skróconej, liczącej 15, 10, 4 lub jedno pytanie. Krótsze wersje składające się z 4 lub z jednego pytania mają jednak ograniczoną wartość kliniczną [Almeida 1999].

Ostatecznie decyzja o wyborze GSOD do badania była podyktowana tym że:

- jest to prosty test, możliwy do przeprowadzenia przez ankietera;
- cechuje się wysoką trafnością, rzetelnością, czułością i swoistością;
- w Polsce skala była wielokrotnie publikowana i jest rekomendowana przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, jak również przez Katedrę Gerontologii i Medycyny Rodzinnej CMUJ i Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce [Kocemba i Grodzicki 2000, Grabiec i Skalska 1999, Abrams i in. 1999, Favier i Boland 1997];
- intencją jest rozpowszechnienie tego testu do stosowania przez lekarzy rodzinnych.

Z badania poczucia depresji skalą GSOD zgodnie z zaleceniem autora wyłączono osoby z ciężkim upośledzeniem sprawności umysłowej (0-3 pkt.) stwierdzonym przy pomocy testu - AMTS. Użyto pełnej 30-punktowej wersji GSOD. Na zawarte w niej pytania pytany miał tylko dwie możliwości odpowiedzi: tak lub nie. Odpowiedzi pozytywne tzn. nie sugerujące depresji otrzymywały 0 punktów. Natomiast te, które były symptomatyczne dla depresji punktowano jednym punktem. W 30-punktowej skali wynik 0-10 punktów odpowiada normie, 11-20 punktów wskazuje na poczucie umiarkowanej depresji, a wynik 21-30 punktów świadczy o samoocenie depresji jako ciężkiej [Kocemba i Grodzicki 2000:142].

Należy zaznaczyć, że GSOD służy do pomiaru subiektywnego poczucia depresji przez badanych, a uzyskany wynik punktowy, podobnie jak w przypadku innych testów psychologicznych, może jedynie wspierać diagnozę lekarską. Dlatego w dalszych rozważaniach w celu interpretacji wyników badania posługiwano się pojęciem poczucia depresji, konsekwentnie unikając stawiania rozpoznania choroby.

3.2.3. Analiza wyników - metody statystyczne

Analizę statystyczną wykonano przy użyciu programu statystycznego SPSS w Zakładzie Socjologii Medycyny Katedry Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej CMUJ.

Ponieważ większość badanych cech miała charakter jakościowy w celu wnioskowania statystycznego zastosowano nieparametryczne testy istotności:

- test χ^2 i dokładny test Fishera w celu ustalenia różnic pomiędzy częstością pojawiania się analizowanych cech w porównywanych subpopulacjach;
- test U Manna-Whitneya w celu ustalenia różnic pomiędzy rozkładami analizowanych cech w badanych subpopulacjach (przy rozpatrywaniu 2 subpopulacji);
- test Kruskala-Wallisa –nieparametryczny odpowiednik analizy wariancji jednoczynnikowej stosowany w celu ustalenia różnic pomiędzy rozkładami analizowanych cech w badanych subpopulacjach (przy rozpatrywaniu więcej niż 2 subpopulacji);
- współczynnik korelacji rang Spearmana (R) w celu ustalenia siły związku pomiędzy analizowanymi zmiennymi porządkowymi [Stanisz 1998].

W oparciu o wcześniejszą analizę związków pomiędzy zmiennymi zbudowano modele regresji logistycznej (dla dwuwartościowych zmiennych zależnych) i wielokrotnej regresji liniowej (dla zmiennych zależnych interwałowych) w celu ustalenia czynników determinujących korzystanie i zapotrzebowanie na poszczególne świadczenia.

Wstępnego doboru zmiennych objaśniających dokonano na podstawie analizy krzyżowych tabeli częstości, wartości testu χ^2 i dokładnego testu Fishera, testów U Manna-Whitneya, Kruskala-Wallisa oraz współczynników korelacji rang Spearmana. Zgodnie z zasadą budowania modeli regresji do modelu wprowadzono zmienne niezależne skorelowane ze zmienną zależną oraz te, które na podstawie analizy literatury tematu mogły wywierać na nią wpływ. Tym samym do modeli regresji logistycznej wprowadzono czynniki istotnie skorelowane z korzystaniem i zapotrzebowaniem na omawiane świadczenia. Dobór zmiennych objaśniających został przeprowadzony w sposób hierarchiczny stopniowo dodając kolejne zmienne w celu otrzymania najlepiej dopasowanego modelu.

We wszystkich przeprowadzonych analizach za istotne statystycznie uznano wartości statystyki dla prawdopodobieństwa popełnienia błędu I-go rodzaju $p < 0,05$.

IV. WYNIKI

4.1. Opis grupy badanych osób starszych

4.1.1. Cechy demograficzne badanych

Wiek badanych

Zbadano 430 osób, w tym 258 w wieku 75-80 lat i 172 w wieku 90-95 lat, dalej nazywanych długowiecznymi.

Rozkład płci w obu kohortach

W grupie 258 osób w wieku 75-80 lat znajdowało się 60,5% kobiet i 39,5% mężczyzn. W grupie 172 osób długowiecznych odsetek kobiet był istotnie wyższy w porównaniu z ich liczbą w młodszej kohorcie i wyniósł 80,2% w stosunku do 19,8% mężczyzn (tabela 4.1.1.1). Obserwacja ta odzwierciedla ogólną tendencję feminizacji populacji osób starszych w społeczeństwach krajów rozwiniętych, polegającą na coraz to większej przewadze kobiet nad mężczyznami w kolejnych 5-letnich przedziałach wieku. Znajduje ona również potwierdzenie w opracowaniach GUS [Frątczak i Sobieszak 1999:18].

Tabela 4.1.1.1. Rozkład płci w rozpatrywanych grupach wiekowych 75-80 i 90-95 lat.

Płeć	Wiek				OGÓŁEM	
	75-80 lat N=258		90-95 lat N=172			
	N	%	N	%	N	%
Kobiety	156	60,5	138	80,2	294	68,4
Mężczyźni	102	39,5	34	19,8	136	31,6
OGÓŁEM	258	100,0	172	100,0	430	100,0
Test Chi²	18,3					
Poziom istotności	p<0,001					

Poziom wykształcenia badanych

Ustalenie poziomu wykształcenia badanych jest istotne dla dalszej analizy zapotrzebowania na świadczenia medyczne i opiekuńcze, ponieważ, jak stwierdzono we wcześniejszych badaniach, wyższe wykształcenie wiąże się z lepszym stanem zdrowia i sprawności [Kinsella i Taeuber 1992].

W przedstawionym badaniu zdecydowana większość zbadanych osób starszych posiadała wykształcenie podstawowe lub średnie. Osoby w wieku 75-80 lat były istotnie częściej lepiej wykształcone niż długowieczni (χ^2 39,9; $p < 0,001$), (tabela 4.1.1.2). Jest to zgodne z powszechną obserwacją, że młodsze generacje charakteryzują się wyższym poziomem wykształcenia w stosunku do pokoleń starszych [Frątczak i Sobieszak 1999:23-25]. Ponad połowa zbadanych osób w wieku 90-95 lat uzyskała wykształcenie tylko podstawowe lub niepełne podstawowe (tabela 4.1.1.2).

Tabela 4.1.1.2. Poziom wykształcenia osób w wieku 75-80 i 90-95 lat.

Wykształcenie	Wiek 75-80 lat N=257		Wiek 90-95 lat N=171		OGÓŁEM N=428	
	N	%	N	%	N	%
0-4 klasy szkoły podstawowej	16	6,2	45	26,3	61	14,3
5-7 klas szkoły podstawowej	79	30,7	47	27,5	126	29,4
Szkoła średnia nieukończona	36	14,0	14	8,2	50	11,7
Szkoła średnia ukończona	74	28,8	36	21,1	110	25,7
Szkoła pomaturalna	2	0,8	5	2,9	7	1,6
Studia nieukończone	5	1,9	3	1,8	8	1,9
Studia ukończone dyplomem	41	16,0	20	11,7	61	14,3
Studia podyplomowe	4	1,6	1	0,6	5	1,2
OGÓŁEM	257	100,0	171	100,0	428	100,0
Test χ^2	39,9					
Poziom istotności	$p < 0,001$					

W obu rozważanych grupach wiekowych wśród osób z pełnym i niepełnym wykształceniem podstawowym dominowały kobiety. Jest to szczególnie wyraźne w grupie osób w wieku 90-95 lat. Prawdopodobnie długowieczne kobiety

zajmowały się w przeszłości głównie prowadzeniem domu i wychowywaniem dzieci, a ich edukacja zwykle kończyła się na kilku klasach szkoły podstawowej.

W grupie ludzi w wieku 75-80 lat obserwowano większą liczbę osób ze średnim wykształceniem. Byli to zarówno mężczyźni, jak i kobiety. Natomiast w obu grupach wiekowych wśród osób wysoko wykształconych zdecydowanie przeważali mężczyźni (tabela 4.1.1.3). Podobne obserwacje dotyczące dysproporcji w zakresie poziomu wykształcenia pomiędzy kobietami i mężczyznami w wieku 75 lat i powyżej prezentowano w opracowaniach GUS [Frątczak i Sobieszak 1999].

Tabela 4.1.1.3. Porównanie poziomu wykształcenia osób w wieku 75-80 i 90-95 lat w zależności od płci.

Wykształcenie	Wiek 75-80 lat N=257				Wiek 90-95 lat N=171			
	Mężczyźni N=102		Kobiety N=155		Mężczyźni N=34		Kobiety N=137	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0-4 klasy szkoły podstawowej	3	2,9	13	8,4	2	5,9	43	31,4
5-7 klas szkoły podstawowej	20	19,6	59	38,1	8	23,5	39	28,5
Szkoła średnia nieukończona	14	13,7	22	14,2	6	17,6	8	5,8
Szkoła średnia ukończona	28	27,5	46	29,7	6	17,6	30	21,9
Szkoła pomaturalna	1	1,0	1	0,6	0	0,0	5	3,6
Studia nieukończone	4	3,9	1	0,6	2	5,9	1	0,7
Studia ukończone dyplomem	29	28,4	12	7,7	10	29,4	10	7,3
Studia podyplomowe	3	2,9	1	0,6	0	0,0	1	0,7
OGÓŁEM	102	100,0	155	100,0	34	100,0	137	100,0
Test Chi ²	31,9				28,6			
Poziom istotności	p<0,001				p<0,001			

Stan cywilny

Stwierdzono istotną różnicę pomiędzy stanem cywilnym osób w wieku 75-80 lat i osób w wieku 90-95 lat (Chi² 54,1; p<0,001). Tylko 11,1% osób długowiecznych pozostawało w związku małżeńskim, natomiast aż 78,9% z nich stanowiły wdowy lub wdowcy. Osoby w wieku 75-80 lat zdecydowanie częściej niż długowieczne pozostawały w związku małżeńskim (42,2%) i rzadziej były

owdowiałe (47,3%) (tabela 4.1.1.4).

Tabela 4.1.1.4. Porównanie stanu cywilnego osób w wieku 75-80 i 90-95 lat.

Wiek	Stan cywilny										Ogółem		Test Chi²	Istotność różnic
	Wolny/a		W związku małżeńskim		Wdowa/wiec		Rozwiedziona/y		W separacji					
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		p
75-80 lat	21	8,1	109	42,2	122	47,3	6	2,3	0	0	258	100,0	54,1	<0,001
90-95 lat	15	8,8	19	11,1	135	78,9	1	0,6	1	0,6	171	100,0		

Przedstawione wyniki są zgodne z danymi GUS dotyczącymi grupy osób powyżej 75 r.ż. [Frątczak i Sobieszak 1999]. W omawianym badaniu na uwagę zasługuje jednak wydzielenie osób długowiecznych z populacji ludzi starszych i osobne przedstawienie danych dotyczących tej grupy.

Kobiety w obu grupach wiekowych zdecydowanie częściej były wdowami, natomiast mężczyźni częściej niż kobiety pozostawali w związku małżeńskim (tabela 4.1.1.5). Grupa osób w wieku 90-95 lat była zdominowana przez wdowy, które stanowiły 69% wszystkich długowiecznych. Grupę osób w wieku 75-80 lat stanowiły przede wszystkim kobiety-wdowy (38%) i żonaci mężczyźni (29%).

Tabela 4.1.1.5. Porównanie stanu cywilnego osób w dwóch badanych kohortach wiekowych w zależności od płci.

Wiek	Płeć	Stan cywilny										Ogółem		Test Chi²	Istotność różnic
		Wolny/a		W związku małżeńskim		Wdowa/wiec		Rozwiedziona/y		W separacji					
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		p
75-80 lat	Mężczyźni	3	2,9	74	72,5	23	22,5	2	2,0	0	0	102	100,0	64,2	<0,001
	Kobiety	18	11,5	35	22,4	99	63,5	4	2,6	0	0	156	100,0		
90-95 lat	Mężczyźni	1	2,9	15	44,1	17	50,0	1	2,9	0	0	34	100,0	51,7	<0,001
	Kobiety	14	10,2	4	2,9	118	86,1	0	0	1	0,7	137	100,0		

Powyżej przedstawione zależne od płci zróżnicowanie w zakresie stanu cywilnego jest wynikiem: norm kulturowych dotyczących wieku osób zawierających związek małżeński (w którym mężczyźni zwyczajowo zwykle są starsi od swych żon), większej skłonności mężczyzn niż kobiet do zawierania małżeństw w starszym wieku oraz (wyższej dla kobiet) przeciętnej długości życia [Frątczak i Sobieszak 1999]. W rezultacie w populacji osób starszych więcej mężczyzn niż kobiet pozostaje w związku małżeńskim i odwrotnie – więcej kobiet niż mężczyzn jest owdowiałych. Rodzi to pewne konsekwencje – korzystny dla zdrowia wpływ małżeństwa [Myers 1994] w większym stopniu obejmuje mężczyzn w omawianych grupach wiekowych.

Struktura zamieszkiwania

Struktura zamieszkiwania istotnie różniła się pomiędzy rozpatrywanymi grupami wiekowymi (tabela 4.1.1.6 i 4.1.1.7). Osoby w wieku 75-80 lat najczęściej mieszkaly ze współmałżonkiem (40,7%), z dziećmi (30,6%), samotnie (27,5%) lub z wnukami (19,8%) (tabela 4.1.1.6). Osoby długowieczne najczęściej zamieszkiwały wspólnie z dziećmi (46,2%), samotnie (28,1%) lub z wnukami (24,0%). Zaledwie 11,1% z nich nadal mieszkalo z małżonkiem. Można wytłumaczyć to tym, że wraz z zaawansowaniem wieku zwiększa się liczba osób, które przenoszą się do rodziny (najczęściej do dzieci lub wnuków). Na uwagę zasługuje podobny w obu grupach wiekowych odsetek osób mieszkających samodzielnie (27,5% i 28,1%) (tabela 4.1.1.6).

Tabela 4.1.1.6. Struktura zamieszkiwania osób w wieku 75-80 i 90-95 lat.

Zamieszkiwanie:	Wiek 75-80 lat N=258		Wiek 90-95 lat N=171		Dokładny test Fishera p
	N	%	N	%	
Samodzielnie	71	27,5	48	28,1	Ns
Ze współmałżonkiem lub partnerem	105	40,7	19	11,1	p<0,001
Z dziećmi, synową lub zięciem	79	30,6	79	46,2	p<0,001
Z wnukami	51	19,8	41	24,0	Ns
Z rodzeństwem	5	1,9	8	4,7	Ns
Z innymi krewnymi	8	3,1	6	3,5	Ns
Z osobami nie spokrewnionymi	1	0,4	0	0,0	Ns
Z obcymi mieszkającymi w zamian za opiekę	0	0,0	7	4,1	p<0,001
Inne	5	1,9	4	2,3	Ns

Uwaga: Badane osoby czasami mieszkały z więcej niż jedną z wymienionych grup, dlatego wartości w kolumnach nie podlegają sumowaniu. Odsetki są liczone względem liczebności grup wiekowych N. Istotność różnic pomiędzy kohortami wieku jest podana osobno dla każdej kategorii współmieszkańców.

Osoby długowieczne, które mieszkały samotnie lub tylko ze współmałżonkiem, jak potem wykazano, charakteryzowały się lepszą sprawnością (patrz rozdział 4.1.5, tabela 4.1.5.2). Dlatego poniżej przedstawiono podział sposobu zamieszkiwania na następujące kategorie: zamieszkiwania samodzielnie, tylko z małżonkiem, z rodziną lub tylko z osobami obcymi. Stwierdzono istotne różnice pomiędzy grupami wiekowymi 75-80 i 90-95 lat w tak przedstawionym sposobie zamieszkiwania (χ^2 36,4; p<0,001). Liczba osób, które mieszkały tylko ze współmałżonkiem była istotnie mniejsza w starszej kohorcie (5,8% długowiecznych w stosunku do 28,3% osób w wieku 75-80 lat), a odsetek osób zamieszkujących z rodziną wyższy (tabela 4.1.1.7).

Tabela 4.1.1.7. Struktura zamieszkiwania osób w wieku 75-80 i 90-95 lat.

Wiek	Zamieszkiwanie:								Ogółem	
	Samodzielnie		Tylko z małżonkiem		Z rodziną		Tylko z obcymi			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
75-80 lat	71	27,5	73	28,3	108	41,9	6	2,3	258	100,0
90-95 lat	48	28,1	10	5,8	105	61,4	8	4,7	171	100,0
Dokładny test Fishera	Ns		p<0,001		p<0,005		Ns			

W obu rozpatrywanych grupach wiekowych stwierdzono istotną różnicę w strukturze zamieszkiwania pomiędzy kobietami i mężczyznami (tabela 4.1.1.8).

Tabela 4.1.1.8. Struktura zamieszkiwania osób w wieku 75-80 i 90-95 lat według płci.

Wiek	Płeć	Zamieszkiwanie:								Ogółem		Test Chi²	Istotność różnic
		Samo-dzielne		Tylko z małżonkiem		Z rodziną		Tylko z obcymi					
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		p
75-80 lat	Mężczyźni	16	15,7	52	51,0	32	31,4	2	2,0	102	100,0	43,8	<0,001
	Kobiety	55	35,3	21	13,5	76	48,7	4	2,6	156	100,0		
90-95 lat	Mężczyźni	10	29,4	7	20,6	17	50,0	0	0	34	100,0	18,7	<0,001
	Kobiety	38	27,9	3	2,2	87	64,0	8	5,9	136	100,0		

Stwierdzono istotnie częstsze samotne zamieszkiwanie kobiet w porównaniu z mężczyznami w wieku 75-80 lat (dokładny test Fishera; p<0,001). Nie ustalono takiej różnicy w grupie osób długowiecznych (tabela 4.1.1.9). W obu kohortach wiekowych mężczyźni istotnie częściej niż kobiety mieszkali tylko ze współmałżonką (tabela 4.1.1.9). Kobiety zaś zwykle mieszkaly z rodziną lub samodzielnie (tabela 4.1.1.8).

Tabela 4.1.1.9. Częstość samodzielnego zamieszkiwania osób starszych według płci.

Wiek	Płeć	Zamieszkiwanie:				Ogółem	
		Samodzielnie		Tylko z małżonkiem			
		N	%	N	%	N	%
75-80 lat	Mężczyźni	16	15,7	52	51,0	102	100,0
	Kobiety	55	35,3	21	13,5	156	100,0
Dokładny test Fishera		p<0,001		p<0,001			
90-95 lat	Mężczyźni	10	29,4	7	20,6	34	100,0
	Kobiety	38	27,9	3	2,2	137	100,0
Dokładny test Fishera		NS		p<0,001			

Według opracowań GUS około 25% gospodarstw domowych z osobą starszą w Polsce stanowią gospodarstwa jednoosobowe. Ponad 80% tych gospodarstw prowadzą samotnie mieszkające kobiety w wieku powyżej 60 lat [Kuciarska- Ciesielska 1999a:50]. Wyniki prezentowanego tu badania są zgodne z tymi obserwacjami. W grupie samotnie mieszkających ludzi starszych należących do obu analizowanych kohort wiekowych zaznacza się wyraźna przewaga kobiet, które stanowią 77,5% tych osób w wieku 75-80 lat i 79,2% samotnie mieszkających długowiecznych.

Podsumowanie

Analizując badaną populację ludzi starszych, stwierdzono co następuje:

1. Populacje osób w wieku 75-80 i 90-95 lat różnią się pod względem demograficznym w zakresie rozkładu płci, poziomu wykształcenia, sposobu zamieszkiwania i stanu cywilnego.
2. Grupa długowiecznych zdominowana jest przez grupę kobiet zwykle owdowiałych, cechujących się niskim poziomem wykształcenia, najczęściej zamieszkujących z rodziną.
3. W obu grupach wiekowych mężczyźni są lepiej wykształceni, częściej pozostają w związku małżeńskim i mieszkają ze współmałżonką.

Przedstawione powyżej cechy demograficzne osób badanych odzwierciedlają obraz populacji i osób starszych w Polsce [Frątczak i Sobieszak 1999]. Na szczególną uwagę zasługuje opis długowiecznych, który przybliża nam obraz tej niewystarczająco przebadanej grupy społecznej.

4.1.2. Sytuacja materialna badanych

W badaniu sytuacja materialna była analizowana na podstawie miesięcznych dochodów netto uzyskiwanych przez badane osoby starsze. Lepszym kryterium oceny sytuacji materialnej jest miesięczny dochód rozporządzalny, czyli średni dochód miesięczny liczony na członka gospodarstwa domowego. Jednak w trakcie prowadzenia badania pojawiły się trudności w pozyskaniu informacji na temat dochodów innych członków rodziny. Tym samym zebrane dane okazały się niekompletne i postanowiono nie wysuwać wniosków na ich podstawie.

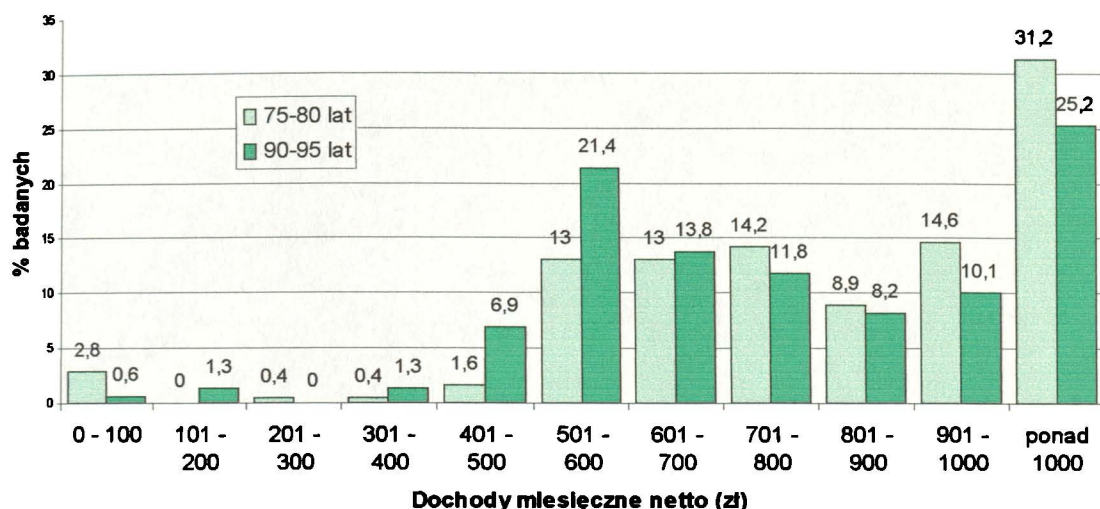
Ze względu na prowadzoną później analizę świadczeń pomocy społecznej przedstawiono korzystanie osób starszych z różnych form zasiłków.

Miesięczne dochody netto

Wiek a dochody

Analiza dochodów miesięcznych netto na osobę wykazała, że w porównaniu z osobami w wieku 75-80 lat osoby długowieczne istotnie częściej uzyskiwały niższe dochody (χ^2 22,1; $p < 0,05$) (rycina 1).

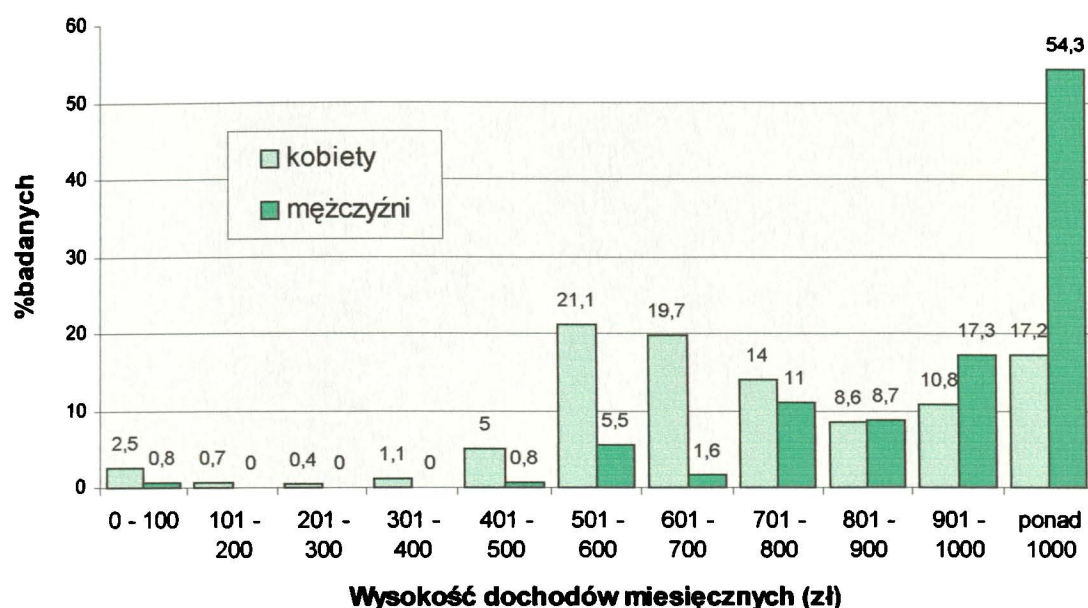
Osoby w wieku 75-80 lat przeciętnie osiągały dochody w zakresie od 801-900zł (mediana). Większość z nich otrzymywała od 601-700zł (1 kwartył) do ponad 1000 zł (3 kwartył). Osoby długowieczne przeciętnie uzyskiwały dochody w zakresie 701-800zł (mediana), przy czym dochody te dla większości zawierały się w przedziale od 501-600zł (1 kwartył) do ponad 1000 zł (3 kwartył). Powyższe wyniki są porównywalne z danymi prezentowanymi w innych publikacjach, które przedstawiają sytuację materialną osób starszych jako dość dobrą względem innych grup społecznych w Polsce [Daszyńska 1999:204-207, Wnuk-Lipiński i in. 1999:59-64].



Rycina 1. Dochody miesięczne netto osób w wieku 75-80 i 90-95 lat
(χ^2 22,1; $p < 0,05$).

Płeć a dochody

Kolejnym spostrzeżeniem jest fakt, że w obu grupach wiekowych mężczyźni istotnie częściej niż kobiety uzyskiwali wyższe dochody (χ^2 85,8; $p < 0,001$) (rycina 2). Trzeba zaznaczyć, że grupa osób otrzymujących dochody poniżej 500 zł składała się głównie z kobiet.



Rycina 2. Porównanie dochodów miesięcznych netto kobiet i mężczyzn w obu grupach wiekowych łącznie (χ^2 85,8; $p < 0,001$).

W grupie osób w wieku 75-80 lat kobiety istotnie częściej uzyskiwały dochody niższe od mężczyzn ($p < 0,001$; χ^2 67,4) (tabela 4.1.2.1). Przeciętne dochody (mediana) kształtowały się na poziomie 701-800zł dla kobiet i ponad 1000zł dla mężczyzn. Podobnie jak w młodszej kohorcie wiekowej, kobiety w wieku 90-95 lat istotnie częściej niż mężczyźni osiągały niższe od nich dochody ($p < 0,05$; χ^2 18,9) (tabela 4.1. 2.1). Przeciętne dochody (mediana) kształtowały się na poziomie 601-700zł dla kobiet i 901-1000zł dla mężczyzn. Długowieczne kobiety najczęściej jednak uzyskiwały 501-600zł miesięcznie, podczas gdy mężczyźni ponad 1000zł (dominanta).

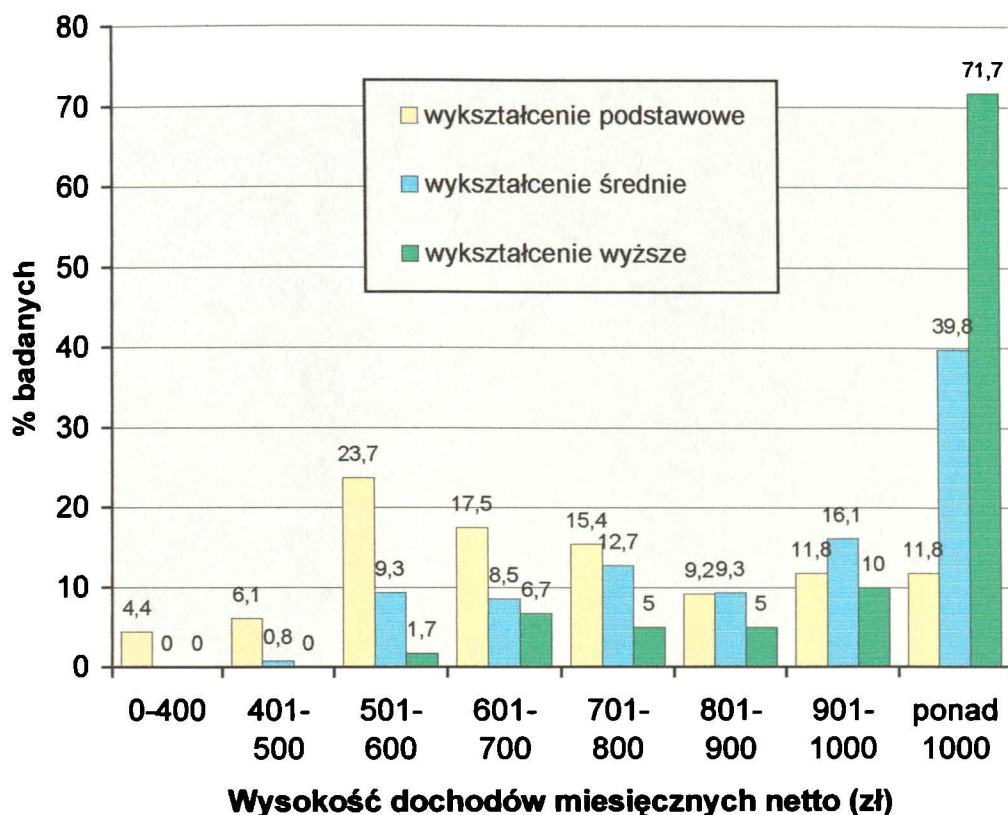
Tabela 4.1.2.1. Porównanie dochodów miesięcznych netto kobiet i mężczyzn w grupach wiekowych 75-80 i 90-95 lat.

Wiek	Płeć	Dochody miesięczne netto								Ogółem		Test Chi²	Istotność różnic
		0 - 400 zł		401 – 700 zł		701 - 1000 zł		> 1000 zł					
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		p
75-80 lat	Mężczyźni	1	1,0	6	6,3	34	35,4	55	57,3	96	100,0	63,3	<0,001
	Kobiety	8	5,3	62	41,1	59	39,1	22	14,6	151	100,0		
	Ogółem	9	3,6	68	27,5	93	37,7	77	31,2	247	100,0		
90-95 lat	Mężczyźni	0	0	4	12,9	13	41,9	14	45,2	31	100,0	17,1	<0,001
	Kobiety	5	3,9	63	49,2	34	26,6	26	20,3	128	100,0		
	Ogółem	5	3,1	67	42,1	47	29,6	40	25,2	159	100,0		

Poziom wykształcenia a dochody

Wysokość uzyskiwanych przez badane osoby starsze dochodów istotnie różniła się w zależności od stopnia wykształcenia (Chi² 114,4; p<0,001; R = 0,5). Różnice obserwowano w obu grupach wiekowych (rycina 3).

Ustalono, że osoby w wieku 75-80 lat z wykształceniem podstawowym przeciętnie (mediana) uzyskiwały dochody na poziomie 701-800zł, z wykształceniem średnim 901-1000zł, a z wyższym ponad 1000zł. Z kolei osoby w wieku 90-95 lat z wykształceniem podstawowym lub niższym przeciętnie (mediana) otrzymywały dochody na poziomie 601-700zł, z wykształceniem średnim 901-1000zł, a wysoko wykształcone ponad 1000zł.



Rycina 3. Wysokość dochodów miesięcznych netto w zależności od poziomu wykształcenia osób starszych (w obu grupach wiekowych łącznie).

Stan cywilny a dochody

Osoby pozostające w związku małżeńskim zwłaszcza w wieku 75-80 lat istotnie częściej zgłaszały wyższe dochody (χ^2 52,1; $p < 0,005$). Z wcześniejszych analiz wynika jednak, że tą grupę stanowili głównie mężczyźni (tabela 4.1.1.5), a ci jako osoby lepiej wykształcone (tabela 4.1.1.3) uzyskiwali wyższe dochody. Stan cywilny nie ma zatem bezpośredniego znaczenia w uzyskiwaniu określonych dochodów.

Podsumowując, stwierdzono, że w badanej grupie wyższe dochody istotnie częściej uzyskiwały:

- osoby w wieku 75-80 lat w stosunku do długowiecznych,
- mężczyźni w stosunku do kobiet,
- osoby wyżej wykształcone w stosunku do tych z wykształceniem

podstawowym lub niższym,

- osoby pozostające w związku małżeńskim w stosunku do będących w innym stanie cywilnym.

Korzystanie z zasiłków

Osoby znajdujące się w trudnej sytuacji materialnej mogą ubiegać się o zasiłki. Pomoc społeczna obok pomocy usługowej i rzeczowej oferuje osobom starszym zasiłki: pielęgnacyjny, stały wyrównawczy (dla osób całkowicie niezdolnych do pracy ze względu na wiek lub inwalidztwo), stały, okresowy, celowy oraz rentę socjalną [Wnuk-Lipiński i in. 1999:59-64]. Warunkiem uzyskania tej pomocy jest złożenie wniosku i dochód miesięczny osoby starającej się poniżej ustalonej kwoty progowej, która przyjmuje wartość poniżej minimalnej emerytury i jest wyższa od minimalnej renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy. Wyjątkiem jest zasiłek pielęgnacyjny, który przysługuje wszystkim osobom po 75 roku życia.

W przedstawionym badaniu analizowano korzystanie z następujących form zasiłków pieniężnych:

- zasiłek pieniężny okresowy,
- zasiłek pieniężny stały,
- zasiłek celowy na ubranie i żywność,
- zasiłek mieszkaniowy,
- zasiłek na zakup sprzętu ortopedycznego i rehabilitacyjnego,
- zasiłek na zakup leków.

Jak już wspomniano o przyznaniu zasiłku pieniężnego mogły starać się jedynie osoby otrzymujące dochody brutto poniżej ustawowo ustalonego progu, który w okresie prowadzenia badania wynosił 401 zł miesięcznie.

W przedstawionym materiale badawczym uderza bardzo mała częstość korzystania z zasiłków przez osoby starsze (tabela 4.1.2.2). Ta obserwacja jest zgodna z wynikami innych badań w Polsce [Szeffler 1999:179, Czekanowski 2002b:168].

Tabela 4.1.2.2. Korzystanie z zasiłków pomocy społecznej przez osoby w wieku 75-80 i 90-95 lat.

Rodzaj zasiłku	Wiek 75-80 lat N=258		Wiek 90-95 lat N=172		OGÓŁEM N=430	
	N	%	N	%	N	%
Zasiłek pieniężny okresowy	2	0,8	2	1,2	4	0,9
Zasiłek pieniężny stały	2	0,8	2	1,2	4	0,9
Zasiłek na ubranie i żywność	2	0,8	1	0,6	3	0,7
Zasiłek mieszkaniowy	5	1,9	3	1,7	8	1,9
Zasiłek na zakup sprzętu ortopedycznego i rehabilitacyjnego	1	0,4	1	0,7	2	0,5
Zasiłek na zakup leków	2	1,3	4	2,9	6	1,4

Uwaga: Badane osoby czasami uzyskiwały kilka zasiłków, dlatego wartości w kolumnach nie podlegają sumowaniu. Odsetki są liczone względem liczebności grup wiekowych N.

W tabeli poniżej wykazano, że w obu grupach wiekowych kobiety zdecydowanie częściej niż mężczyźni korzystały z zasiłków (tabela 4.1.2.3). Nie potwierdzono istotności tych różnic metodą statystyczną z powodu małej liczebności osób korzystających z zasiłków w badanych grupach.

Tabela 4.1.2.3. Korzystanie z zasiłków pomocy społecznej przez osoby w wieku 75-80 i 90-95 lat według płci.

Rodzaj zasiłku	75-80 lat N=258				90-95 lat N=172			
	Mężczyźni N=102		Kobiety N=156		Mężczyźni N=34		Kobiety N=138	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Zasiłek pieniężny okresowy	1	1,0	1	1,0	0	0	2	1,4
Zasiłek pieniężny stały	0	0	2	1,3	0	0	2	1,4
Zasiłek na ubranie i żywność	1	1,0	1	0,6	0	0	1	0,7
Zasiłek mieszkaniowy	1	1,0	4	2,6	0	0	3	2,2
Zasiłek na zakup sprzętu ortopedycznego i rehabilitacyjnego	0	0	1	0,6	0	0	1	0,7
Zasiłek na zakup leków	0	0	2	1,3	0	0	4	2,9

Uwaga: Badane osoby czasami uzyskiwały kilka zasiłków, dlatego wartości w kolumnach nie podlegają sumowaniu. Odsetki są liczone względem liczebności grupy wiekowej N.

Podsumowując, pozornie duży dostęp osób starszych do różnych form pomocy społecznej jest limitowany przede wszystkim poprzez niską wartość progową kwoty dochodów uprawniających do ubiegania się o zasiłki.

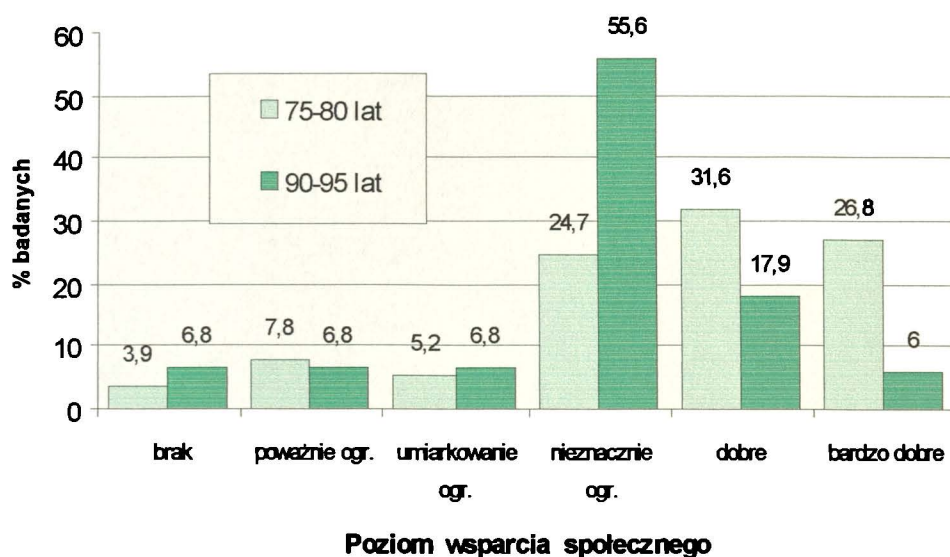
4.1.3. Wsparcie społeczne otrzymywane przez badanych

W celu oceny poziomu wsparcia społecznego w badaniu zastosowano zawartą w kwestionariuszu OARS skalę wsparcia społecznego, która została omówiona z rozdziale III. Materiał i metody.

Wiek a wsparcie społeczne

Przeciętnie osoby w wieku 75-80 lat oceniały wsparcie społeczne jako dobre, osoby długowieczne jako nieznacznie ograniczone (mediany i dominanty). Osoby w wieku 75-80 lat zwykle otrzymywały wsparcie od nieznacznie ograniczonego do bardzo dobrego (kwartyle 1-3), a osoby długowieczne nieznacznie ograniczone (kwartyle 1-3).

Ostatecznie można powiedzieć, że **osoby długowieczne** doznawały istotnie gorszego wsparcia społecznego (χ^2 45,4; $p < 0,001$). Podczas gdy ponad połowa osób w wieku 75-80 lat oceniała wsparcie społeczne jako dobre (31,6% osób) i bardzo dobre (26,6% osób), trzy czwarte osób w wieku 90-95 lat stwierdzało, że jest ono w różnym stopniu ograniczone (76,0% osób długowiecznych) (rycina 4).



Rycina 4. Porównanie poziomu wsparcia społecznego dla osób w wieku 75-80 lat i 90-95 lat ($\chi^2_{45,4}$; $p < 0,001$).

Płeć a wsparcie społeczne

Kobiety doznawały istotnie gorszego wsparcia społecznego niż mężczyźni ($\chi^2_{27,4}$; $p < 0,001$). Wykazano to zwłaszcza w przypadku kobiet należących do młodszej kohorty (w wieku 75-80 lat) ($\chi^2_{11,8}$; $p < 0,05$). Kobiety długowieczne rzadziej niż mężczyźni otrzymywały bardzo dobre i dobre wsparcie społeczne, jednak różnice te nie były istotne statystycznie (tabela 4.1.3.1).

Tabela 4.1.3.1. Wsparcie społeczne dla osób w wieku 75-80 lat i 90-95 lat według płci.

Wiek	Płeć	Wsparcie społeczne														Test Chi ²	Istotność różnic
		Brak		Ograniczone						Dobre		Bardzo dobre		Ogółem			
				Poważnie		Umiarkowanie		Nieznacznie									
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		p
75-80 lat	Mężczyźni	5	5.3	4	4.2	4	4.2	16	16.8	34	35.8	32	33.7	95	100.0	11,8	<0.05
	Kobiety	4	2,9	14	10,3	8	5,9	41	30,1	39	28,7	30	22,1	136	100,0		
	Ogółem	9	3,9	18	7,8	12	5,2	57	24,7	73	31,6	62	26,8	231	100,0		
90-95 lat	Mężczyźni	2	9,1	1	4,5	1	4,5	8	36,4	7	31,8	3	13,6	22	100,0	Ns	Ns
	Kobiety	6	6,3	7	7,4	7	7,4	57	60,0	14	14,7	4	4,2	95	100,0		
	Ogółem	8	6,8	8	6,8	8	6,8	65	55,6	21	18,0	7	6,0	117	100,0		

Przeciętnie zarówno mężczyźni jak i kobiety w wieku 75-80 lat oceniali wsparcie społeczne jako dobre (mediana). Natomiast mężczyźni i kobiety w wieku 90-95 lat przeciętnie oceniali je jako nieznacznie ograniczone (mediana). Różnice pomiędzy płciami dotyczyły przede wszystkim wartości dominanty i zakresu kwartyli dla wskaźnika wsparcia.

Stan cywilny a wsparcie społeczne

Stan cywilny badanych istotnie wpływał na poziom wsparcia społecznego (Chi² 56,4; p<0,001). **Osoby stanu wolnego i owdowiałe w wieku 75-80 lat** otrzymywały wsparcie istotnie gorsze niż osoby pozostające w związku małżeńskim (tabela 4.1.3.2). Dobre wsparcie zgłaszały osoby w wieku 75-80 lat pozostające w związku małżeńskim i rozwiedzione (mediana). Pozostałe osoby w tym wieku zwykle miały wsparcie nieznacznie ograniczone (mediana). Różnice te zacierają się w grupie osób długowiecznych, które zwykle mogły liczyć na wsparcie nieznacznie ograniczone bez względu na stan cywilny.

Tabela 4.1.3.2. Stopień wsparcia społecznego dla osób w wieku 75-80 lat w zależności od stanu cywilnego.

Stan cywilny osób w wieku 75-80 lat	Wsparcie społeczne														Test Chi²	Istot ność różnic
	Brak	Ograniczone						Dobre	Bardzo dobre	Ogółem						
		Poważ- nie		Umiarko- wanie		Nie- znacznie										
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		p
Wolny	1	5,6	3	16,7	2	11,1	4	22,2	5	27,8	3	16,7	18	100,0	26,9	<0.05
W związku małżeń- skim	4	4,1	2	2,1	3	3,1	17	17,5	33	34,0	38	39,2	97	100,0		
Wdowień- stwo	4	3,6	13	11,7	7	6,3	35	31,5	32	28,8	20	18,0	111	100,0		
Rozwód/ separacja	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0	3	60,0	1	20,0	5	100,0		
Ogółem	9	3,9	18	7,8	12	5,2	57	24,7	73	31,6	62	26,8	231	100,0		

Sposób zamieszkiwania a wsparcie społeczne

W obu grupach wiekowych osoby **mieszkające samotnie** doznawały gorszego wsparcia społecznego w stosunku do zamieszkujących z innymi (Chi² 36,4; p<0,005 dla osób w wieku 75-80 lat oraz Chi² 28,8; p<0,05 dla osób w wieku 90-95 lat).

Podsumowując, gorsze wsparcie społeczne otrzymywały:

- osoby w wieku 90-95 lat,
- kobiety w wieku 75-80 lat,
- osoby stanu wolnego i owdowiałe w wieku 75-80 lat oraz
- osoby mieszkające samotnie w obu grupach wiekowych.



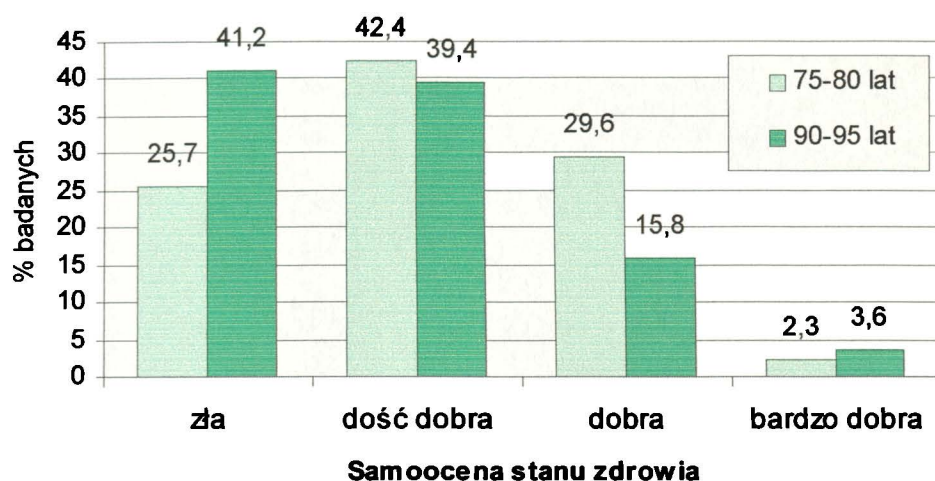
4.1.4. Ocena stanu zdrowia badanych osób starszych

Podstawą określenia stanu zdrowia jest obiektywna ocena medyczna. Stosowanie tego typu oceny w badaniach populacyjnych jest kosztowne i w przypadku dużych grup, zwłaszcza osób starszych, często trudne lub wręcz niemożliwe do zrealizowania. Z drugiej strony obiektywne kryteria stanu zdrowia często nie oddają rzeczywistego obrazu funkcjonowania człowieka starego w środowisku życia. Dlatego w badaniach gerontologicznych nabiera szczególnego znaczenia odwoływanie się do subiektywnych wskaźników oceny stanu zdrowia [Tobiasz-Adamczyk 2000:110-115].

W przedstawionym badaniu skupiono się na subiektywnej samoocenie stanu zdrowia, poczucia depresji i zaburzeń funkcji poznawczych. Ponadto oceniano liczbę zgłaszanych chorób przewlekłych oraz zażywanych rodzajów leków.

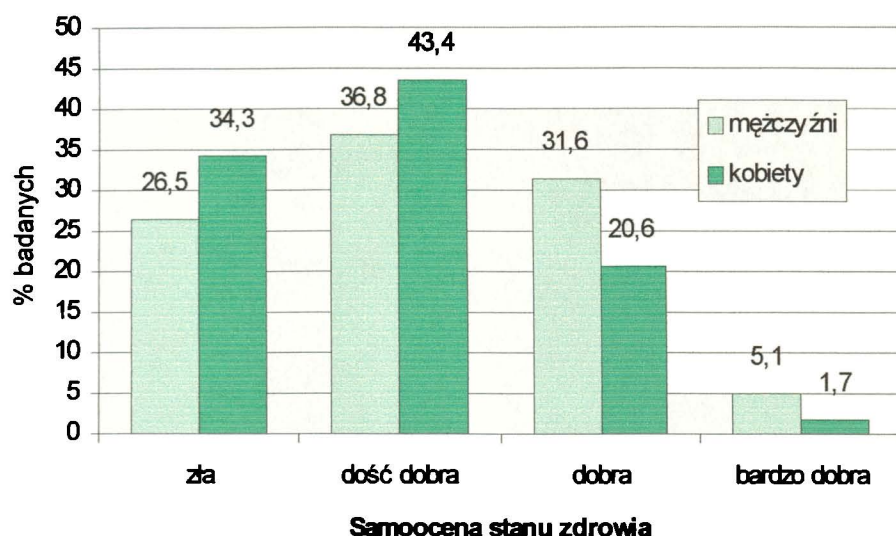
Subiektywna ocena stanu zdrowia

Stwierdzono, że zaledwie 31,9% osób w wieku 75-80 lat i tylko 19,3% osób długowiecznych ocenia swój stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry (χ^2 17,2; $p < 0,001$). Z kolei aż 25,7% osób w wieku 75-80 lat i 41,2% osób długowiecznych ocenia swoje zdrowie jako złe (rycina 5). Jest to zgodne z obserwacjami innych autorów dotyczącymi pogarszania się samooceny stanu zdrowia wraz z wiekiem [Bień 2000] oraz przewagi negatywnych ocen zdrowia prezentowanych przez osoby starsze [Bień i Pędich 1995, Woźniak 1997:41-44, Bień, Wojszel i in. 1999b, Kuciarska-Ciesielska 1999b:59-71].



Rycina 5. Porównanie samooceny stanu zdrowia osób w wieku 75-80 lat i 90-95 lat ($\chi^2 17,2$; $p < 0,001$).

Kobiety w porównaniu z mężczyznami istotnie częściej oceniały swoje zdrowie jako złe (rycina 6). Podobne wyniki wykazywano także w innych pracach [Bień 1996, Kuciarska-Ciesielska 1999b:59-71, GUS 2000:20-22]. W przeprowadzonym badaniu różnice pomiędzy płciami były istotne przede wszystkim w grupie osób długowiecznych ($\chi^2 14,2$; $p < 0,005$).



Rycina 6. Samooceńa stanu zdrowia osób starszych zależnie od płci
($\chi^2_{11,1}$; $p < 0,01$).

Osoby starsze z wykształceniem podstawowym istotnie częściej gorzej oceniały swoje zdrowie w porównaniu z lepiej wykształconymi ($\chi^2_{40,8}$; $p < 0,01$). Dotyczyło to przede wszystkim grupy długowiecznych ($\chi^2_{44,9}$; $p < 0,005$). Nie stwierdzono natomiast wpływu stanu cywilnego i sposobu zamieszkiwania na samooceńę stanu zdrowia badanych osób starszych.

Należy dodać, że badani ludzie starsi określający swoje zdrowie jako złe istotnie częściej prezentowali niższy poziom sprawności w zakresie ADL ($\chi^2_{75,7}$; $p < 0,001$; $R = 0,5$ dla osób w wieku 75-80 lat i $\chi^2_{62,3}$; $p < 0,001$; $R = 0,5$ dla osób długowiecznych), skarżyli się na większą liczbę chorób przewlekłych (test Kruskala-Wallisa; $p < 0,001$) i częściej zgłaszali poczucie depresji ($\chi^2_{87,5}$; $p < 0,001$; $R = -0,5$).

Podsumowując, niższą samoocenę stanu zdrowia istotnie częściej zgłaszały:

- osoby długowieczne, a w tej grupie najczęściej kobiety oraz osoby gorzej wykształcone,
- osoby z gorszą sprawnością,
- większą liczbą chorób przewlekłych oraz
- poczuciem depresji.

Liczba zgłaszanych chorób przewlekłych

Jednym ze wskaźników oceniającym stan zdrowia stosowanym w badaniach epidemiologicznych jest liczba chorób zgłaszanych przez respondentów. W przedstawionym badaniu analizowano liczbę chorób przewlekłych, na które badany chorował w okresie przeprowadzania wywiadu. Należy podkreślić, że zebrane dane opierały się wyłącznie na subiektywnej opinii respondentów (nie były weryfikowane z danymi z kartotek lekarskich).

Cechą charakterystyczną osób w wieku podeszłym jest wielochorobowość i zażywanie wielu leków [Kuciarska-Ciesielska 1999b:59-71, Golinowska i in. 1999, Życzkowska i Kocemba 2000]. Przeprowadzone badanie potwierdza te spostrzeżenia. Połowa badanych zgłaszała 2-5 schorzeń przewlekłych (1-3 kwartył). Najwięcej osób starszych chorowało na 2 choroby przewlekłe (dominanta), chociaż zwykle zgłaszano 4 (mediana) (rycina 7). Analizowane grupy wiekowe nie różniły się istotnie statystycznie pod tym względem.

W wielu opracowaniach podawana jest średnia liczba chorób zgłaszanych przez osoby badane. W przedstawionym badaniu wynosiła ona 3,8 (SD 2,2) dla osób w wieku 75-80 lat oraz 3,5 (SD 2,3) dla długowiecznych i nie różniła się istotnie w obu rozpatrywanych grupach wiekowych. Przedstawione obserwacje są porównywalne z wynikami innych badań [Kuciarska-Ciesielska 1999b].

Należy zaznaczyć, że obok chorujących na wiele chorób osób starszych zdarzały się takie, które nie zgłaszały żadnych chorób (5,0% i 8,7% odpowiednio w grupach 75-80 i 90-95 lat). Z drugiej jednak strony niektórzy z badanych starszych ludzi podawali występowanie nawet 10 lub więcej schorzeń przewlekłych

(0,8% i 0,6% odpowiednio w wieku 75-80 i 90-95 lat). Nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy rozpatrywanymi grupami wiekowymi w częstości zgłaszania określonej liczby chorób przewlekłych (rycina 7).



Rycina 7. Liczba zgłaszanych chorób przewlekłych przez osoby w wieku 75-80 i 90-95 lat (różnice nieistotne statystyczne).

Płeć a liczba zgłaszanych chorób przewlekłych

Nie stwierdzono istotnego związku liczby zgłaszanych chorób przewlekłych z płcią badanych (test U-Manna-Whitney'a niespecyficzny). Przedstawiciele obu płci zgłaszali zwykle 4 choroby (mediana) od 0 do 10 w przypadku mężczyzn i od 0 do 11 schorzeń w przypadku kobiet. Większość z nich twierdziła, że choruje na 1-4 chorób przewlekłych (1-3 kwartył). Średnia liczba zgłaszanych chorób była bliska medianie i wynosiła 3,8 (SD 2,1) dla kobiet i 3,6 (SD 2,4) dla mężczyzn.

Pozostałe opisywane cechy demograficzne jak poziom wykształcenia, stan cywilny, sposób zamieszkiwania (w tym samotne zamieszkiwanie) również nie miały wpływu na liczbę zgłaszanych chorób przewlekłych (test Kruskala-Wallisa).

Podsumowując, liczba zgłaszanych chorób przewlekłych nie pozostawała w relacji z żadnym z czynników demograficznych.

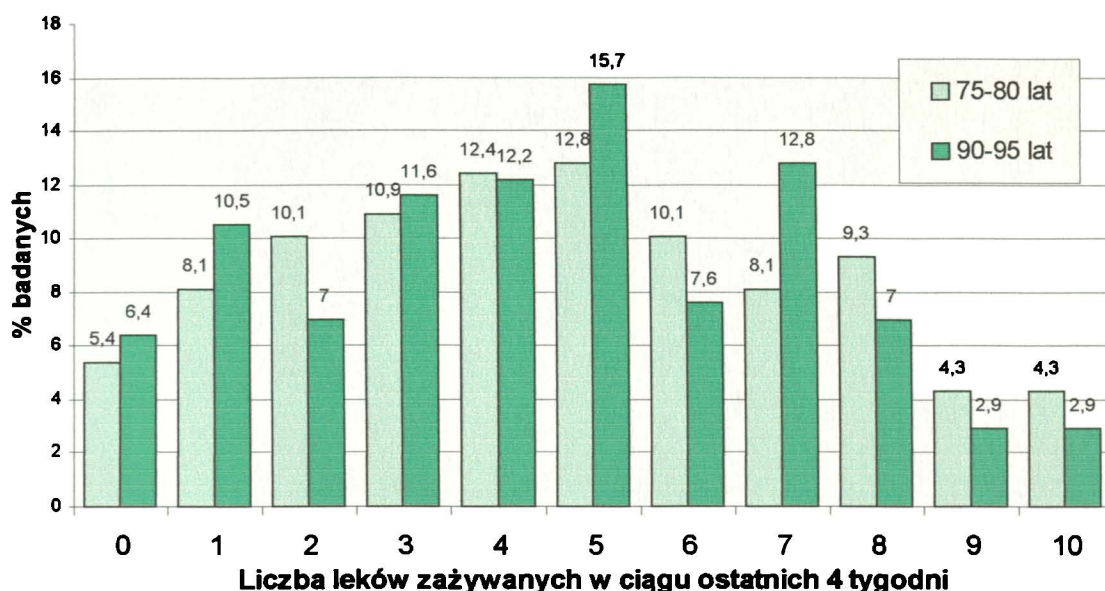
Liczba rodzajów zażywanych leków

Kolejnym wskaźnikiem stanu zdrowia jak i korzystania z opieki zdrowotnej jest liczba zażywanych leków w określonym czasie. W przedstawionym badaniu analizowano zgłaszaną przez respondentów liczbę rodzajów leków, które badany zażywał w ciągu ostatnich 4 tygodni poprzedzających wywiad.

Osoby starsze często zażywają wiele leków jednocześnie. W badanej grupie większość z nich przyjmowała od 3 do 7 (1-3 kwartyli), najczęściej stosując 5 rodzajów leków (dominanta=mediana). Zdarzało się jednak, że osoby te zażywały ich 10 i więcej. Z drugiej strony należy zaznaczyć, że w grupie badanych 5,8% osób zgłosiło, że nie stosowały żadnych lekarstw w sposób przewlekły.

Wiek a zażywanie leków

Nie stwierdzono istotnych różnic w liczbie zażywanych leków przez osoby należące do rozważanych grup wiekowych (test U-Manna-Whitneya niespecyficzny). Średnia liczba zażywanych leków wynosiła 5,0 (SD 3,1) dla osób w wieku 75-80 lat i 4,7 (SD 2,9) w grupie długowiecznych.



Rycina 8. Liczba leków zażywanych przez osoby w wieku 75-80 i 90-95 lat (różnice nieistotne statystycznie).

Płeć a zażywanie leków

Analizując grupę wszystkich 430 osób stwierdzono, że kobiety istotnie częściej niż mężczyźni zażywały większą liczbę leków (test U-Manna-Whitneya; $p < 0,001$). Większość mężczyzn przyjmowała 1 do 4 lekarstw (1-3 kwartył), a kobiet od 2 do 5 (1-3 kwartył), przy czym mężczyźni zwykle stosowali 4, a kobiety 5 leków (mediana). Analiza średnich arytmetycznych wykazała, że mężczyźni średnio zażywali 4,1 (SD 3,0), a kobiety 5,3 leków (SD 2,9).

Z kolei na podstawie analizy w podgrupach wiekowych stwierdzono, że jedynie kobiety w wieku 75-80 lat zażywają istotnie więcej rodzajów leków niż mężczyźni, a różnice pomiędzy płciami w grupie długowiecznych okazały się statystycznie nieistotne (tabela 4.1.4.1).

Tabela 4.1.4.1. Zżywanie leków przez kobiety i mężczyzn w wieku 75-80 i 90-95 lat.

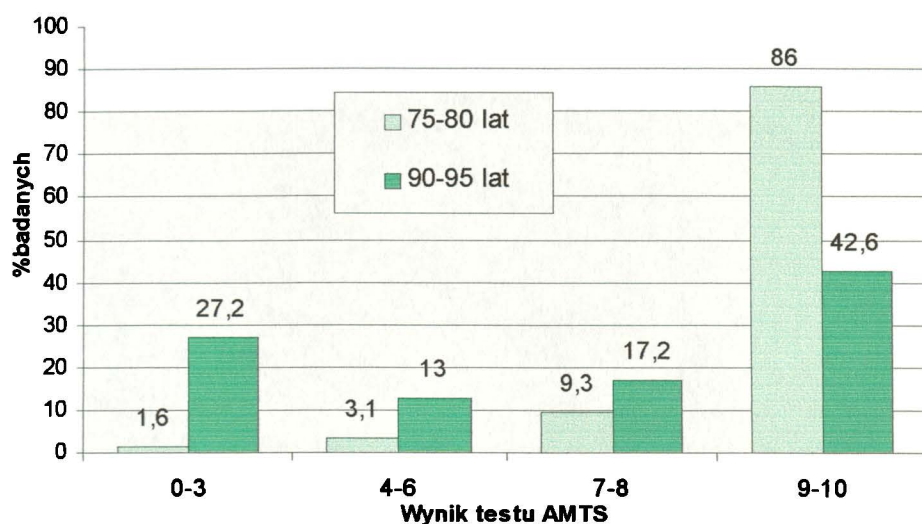
Wiek	Płeć	Liczba leków zażywanych w ciągu ostatnich 4 tygodni								Test Chi ²	Istotność różnic
		0		1 – 5		Powyżej 5		Ogółem			
		N	%	N	%	N	%	N	%		p
75-80 lat	Mężczyźni	9	9,0	62	62,0	29	29,0	100	100,0	8,6	p<0,05
	Kobiety	5	3,3	78	51,6	68	45,0	151	100,0		
	Ogółem	14	5,6	140	55,8	97	38,6	251	100,0		
90-95 lat	Mężczyźni	3	8,8	23	68,0	8	23,5	34	100,0	2,9	Ns
	Kobiety	8	5,9	75	55,1	53	39,0	136	100,0		
	Ogółem	11	6,5	98	57,6	61	35,9	170	100,0		

Ponadto wykazano zależność pomiędzy stanem cywilnym badanych i liczbą zżywanych leków (test Kruskala-Wallisa; p<0,05).

Występowanie zaburzeń funkcji poznawczych w grupie badanych

Wiek a wynik testu AMTS

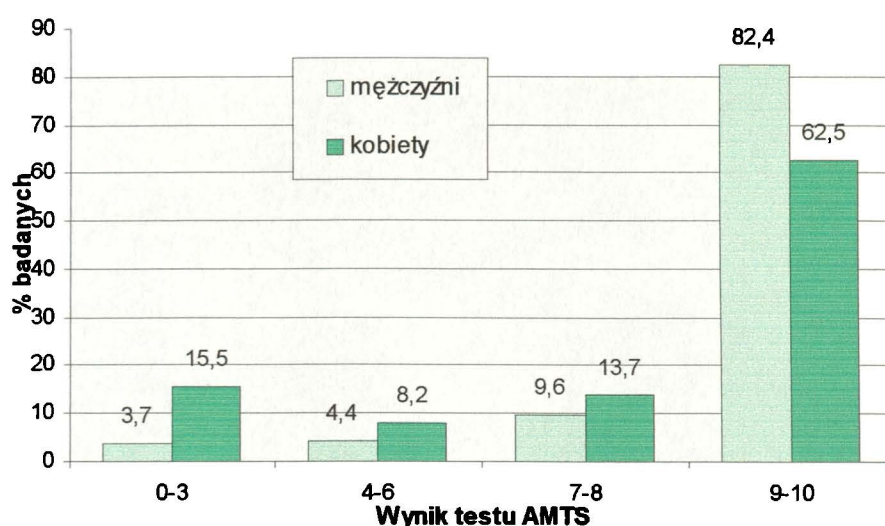
Stwierdzono istotnie częstsze uzyskiwanie niższych wyników w teście AMTS przez osoby w wieku 90-95 w stosunku do osób z młodszej kohorty (Chi² 104,8; p<0,001; rycina 9). Taki rezultat może być wynikiem częstszego w grupie osób długowiecznych występowania otępienia, które leży u podłoża zaburzeń funkcji poznawczych. W wielu badaniach środowiskowych i epidemiologicznych prowadzonych w Polsce i na świecie zaobserwowano narastanie częstości demencji wraz z wiekiem [Busse 1987, Jorm i in. 1987, Krzywiński 1993:122-127, Misztalski 2000].



Rycina 9. Częstość występowania zaburzeń w zakresie funkcji poznawczych stwierdzanych w teście AMTS u osób w wieku 75-80 i 90-95 lat (χ^2 104,8; $p < 0,001$).

Płeć a wynik testu AMTS

W przeprowadzonym badaniu kobiety istotnie częściej niż mężczyźni wykazywały niższy poziom sprawności umysłowej w teście AMTS (χ^2 19,5; $p < 0,001$) (rycina 10). To może być wynikiem częstszego występowania różnych postaci otępienia u starszych kobiet. Podobne wyniki uzyskano w obu analizowanych grupach wiekowych.



Rycina 10. Występowanie zaburzeń w zakresie funkcji poznawczych stwierdzanych w teście AMTS według płci u osób starszych ($\chi^2 19,5$; $p < 0,001$).

Poziom wykształcenia a wynik testu AMTS

Ustalono, że wyniki testu AMTS różnią się zależnie od poziomu wykształcenia badanych osób w obu analizowanych grupach wiekowych. Badane osoby starsze posiadające **wykształcenie podstawowe** lub **niepełne podstawowe** istotnie częściej niż wyżej wykształcone wykazywały niski poziom sprawności umysłowej w teście AMTS (test Kruskala-Wallisa, $p < 0,005$ dla osób w wieku 75-80 lat oraz $p < 0,001$ dla długowiecznych).

Sposób zamieszkiwania a wynik testu AMTS

Osoby **długowieczne mieszkające z rodziną lub z kimś obcym** istotnie częściej uzyskiwały niższe wyniki w teście AMTS ($\chi^2 20,4$; $p < 0,02$) w porównaniu z mieszkającymi samodzielnie lub tylko z małżonkiem. Prawdopodobnie wynika to stąd, że osoby z zaburzeniami funkcji poznawczych nie mogą mieszkać same. Zwykle znajdują się one pod opieką rodziny lub innych osób. W grupie 75-80 lat nie stwierdzono takiej zależności, ponieważ w tej grupie było niewiele (4,7%) osób z ciężkim lub umiarkowanym upośledzeniem sprawności umysłowej (rycina 9).

Występowanie zaburzeń funkcji poznawczych nie miało natomiast istotnego związku ze stanem cywilnym badanych osób starszych.

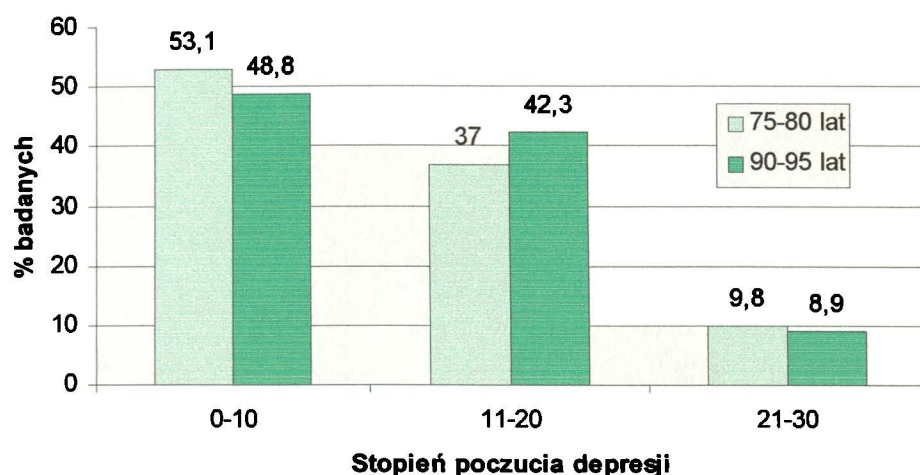
Podsumowując, gorsze wyniki testu AMTS istotnie częściej uzyskiwały:

- osoby w wieku 90-95 lat (w porównaniu z grupą osób w wieku 75-80 lat);
- kobiety w porównaniu z mężczyznami,
- osoby z niższym wykształceniem oraz
- osoby długowieczne mieszkające z rodziną lub z kimś obcym.

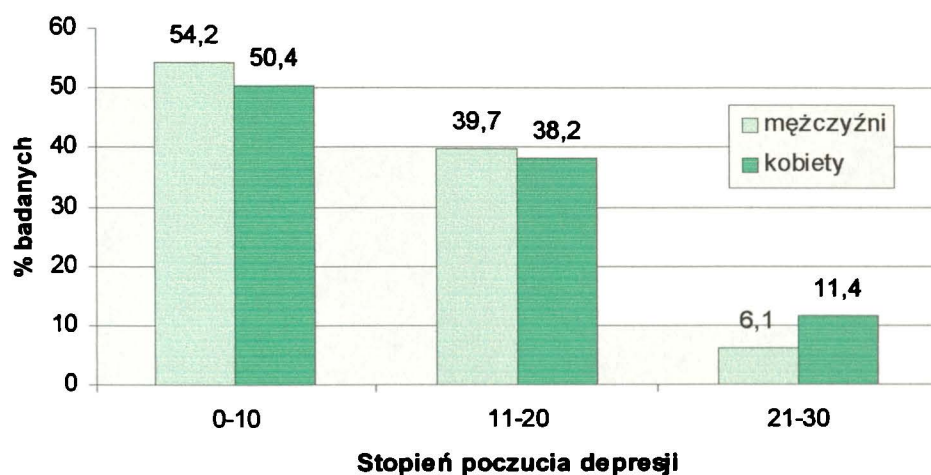
Samoocena poczucia depresji w grupie badanych

Zgodnie z zaleceniem autora skali GSOD z badania poczucia depresji wykluczono osoby z ciężkim upośledzeniem funkcji poznawczych, które uzyskały 3 lub mniej punktów w teście AMTS. Ostatecznie zbadano 377 osób. Jak już wspomniano, wynik 21-30 punktów w skali GSOD wskazuje na poczucie ciężkiej depresji, 11-20 – umiarkowanej depresji, a 0-10 stan prawidłowy, tzn. bez uczucia depresji.

Analiza wyników uzyskiwanych w skali GSOD w obu kohortach wiekowych nie wykazała istotnego związku poziomu poczucia depresji z wiekiem, płcią, stopniem wykształcenia i sposobem zamieszkiwania (rycina 11 i 12). Jedynym czynnikiem demograficznym, który miał wpływ na samoocenę depresji był stan cywilny badanych (tabela 4.1.4.2).



Rycina 11. Częstość występowania poczucia depresji u osób w wieku 75-80 i 90-95 lat (różnice statystycznie nieistotne).



Rycina 12. Częstość występowania poczucia depresji u kobiet i mężczyzn w podeszłym wieku (różnice statystycznie nieistotne).

Ponad połowa (51,9%) osób **owdowiałych** wykonywała test GSOD poniżej normy (tzn. powyżej 10 punktów). Poczucie ciężkiej depresji najczęściej zgłaszały osoby **owdowiałe**. Stanowiły one 72,2% badanych osób z poczuciem ciężkiej depresji oraz 58,9% osób z wynikiem wskazującym na poczucie depresji

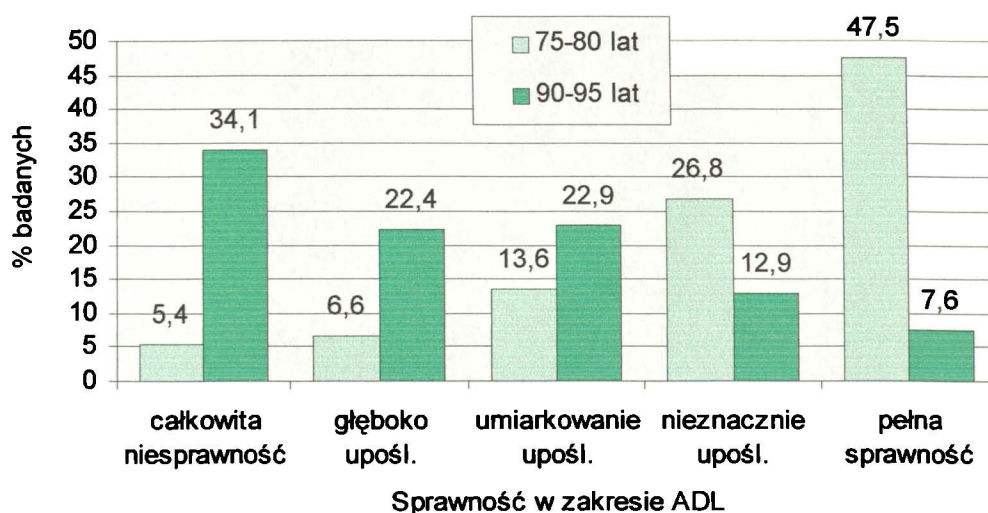
umiarkowanej (11-20 punktów), (χ^2 15,5; $p < 0,05$; tabela 4.1.4.2).

Tabela 4.1.4.2. Wpływ stanu cywilnego osób starszych na samoocenę poczucia depresji.

Stan cywilny	Poczucie depresji w skali GSOD								Test Chi²	Poziom istotności
	0 - 10		11 – 20		21-30		Ogółem			
	N	%	N	%	N	%	N	%		p
Wolny	17	60,7	10	35,7	1	3,6	28	100,0	15,5	p<0,05
Związek małżeński	70	56,0	47	37,6	8	6,4	125	100,0		
Wdowi	104	48,1	86	39,8	26	12,0	216	100,0		
Rozwód	4	57,1	3	42,9	0	0	7	100,0		
Separacja	0	0	0	0	1	100,0	1	100,0		
Ogółem	195	51,7	146	38,7	36	9,5	377	100,0		

4.1.5. Ocena sprawności badanych osób starszych

Niesprawność w zakresie ADL pojawia się istotnie częściej i ma większe nasilenie w grupie **długowiecznych** w porównaniu z osobami w wieku 75-80 lat ($\chi^2 135,3$; $p < 0,001$; $R = -0,56$) (rycina 13).

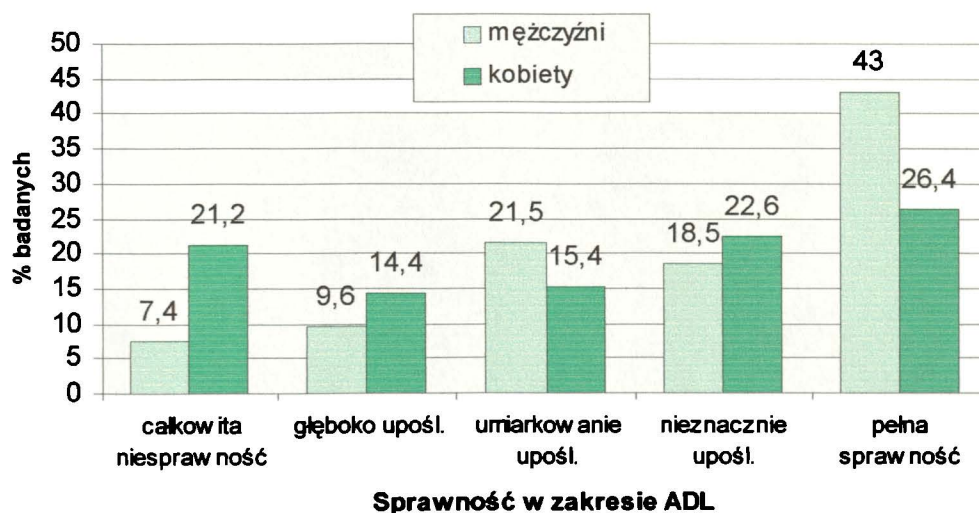


Rycina 13. Stopień sprawności w zakresie czynności życia codziennego ADL osób w wieku 75-80 i 90-95 lat ($\chi^2 135,3$; $p < 0,001$).

W obu grupach wiekowych **kobiety** w porównaniu z mężczyznami istotnie częściej wykazywały głębokie upośledzenie sprawności w zakresie ADL. Różnice w sprawności kobiet i mężczyzn były jednak zdecydowanie większe w grupie długowiecznych (tabela 4.1.5.1). Powyższe obserwacje są zgodne z wynikami innych badań [Tobiasz-Adamczyk i Brzyski 2002].

Tabela 4.1.5.1. Stopień sprawności w zakresie czynności życia codziennego ADL kobiet i mężczyzn w wieku 75-80 i 90-95 lat.

Wiek	Płeć	Sprawność w zakresie ADL												Test Chi ²	Istotność różnic
		niesprawność całkowita	upośledzona						pełna	Ogółem					
			głęboko		umiarkowanie		nieznacznie								
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		p
75-80 lat	Mężczyźni	7	6,9	4	3,9	19	18,6	19	18,6	53	52,0	102	100,0	10,6	<0.05
	Kobiety	7	4,5	13	8,4	16	10,3	50	32,3	69	44,5	155	100,0		
90-95 lat	Mężczyźni	3	9,1	9	27,3	10	30,3	6	18,2	5	15,2	33	100,0	12,8	<0.05
	Kobiety	55	40,1	29	21,2	29	21,2	16	11,7	8	5,8	137	100,0		



Rycina 14. Stopień sprawności w zakresie czynności życia codziennego ADL starszych kobiet i mężczyzn.

Poziom wykształcenia a ADL

Osoby z **wykształceniem podstawowym i niepełnym podstawowym** istotnie częściej prezentowały gorszą sprawność w zakresie ADL, natomiast wyższy poziom wykształcenia był powiązany z lepszą sprawnością. Dotyczyło to

zwłaszcza osób w wieku 75-80 lat ($\chi^2 42,7$; $p < 0,05$). Podobny związek poziomu wykształcenia ze stopniem sprawności w zakresie ADL osób długowiecznych był na granicy znamienności statystycznej ($\chi^2 40,7$; $p = 0,057$).

ADL a sposób zamieszkiwania

Osoby długowieczne o niskiej sprawności w zakresie ADL istotnie częściej mieszkaly z rodziną lub osobami obcymi, które się nimi opiekowały ($\chi^2 27,3$; $p < 0,01$). W grupie osób w wieku 75-80 lat nie stwierdzono takiej zależności. Około 63% osób długowiecznych mieszkających z rodziną i 62% z osobami obcymi wykazywało całkowite lub głębokie upośledzenie sprawności w zakresie ADL (tabela 4.1.5.2).

Osoby mieszkające tylko ze współmałżonkiem prezentowały stosunkowo najlepszą sprawność. Należy podkreślić, że połowa osób mieszkających **samotnie** zgłaszała dużego stopnia niesprawność. Jest to ważne z punktu widzenia planowania opieki, ponieważ te osoby prawdopodobnie częściej będą wymagały świadczeń ze strony instytucji ochrony zdrowia.

Tabela 4.1.5.2. Stopień sprawności w zakresie ADL a sposób zamieszkiwania osób w wieku 90-95 lat.

Zamieszkiwanie osób w wieku 90-95 lat	Sprawność w zakresie ADL												Test Chi ²	Istot ność róż nic
	niespraw- ność całkowita		Upośledzona						pełna		Ogółem			
			głęboko		umiarko- wanie		nieznaczn- ie							
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		p
Samotnie	9	18,7	15	31,2	8	16,7	9	18,8	7	14,6	48	100,0	27,3	<0.01
Tylko z małżonkiem	1	10,0	0	0	5	50,0	2	20,0	2	20,0	10	100,0		
Z rodziną	45	43,3	21	20,2	23	22,1	11	10,6	4	3,8	104	100,0		
Tylko z obcymi	3	37,5	2	25,0	3	37,5	0	0	0	0	8	100,0		
OGÓŁEM	58	34,1	38	22,4	39	22,9	22	13,0	13	7,6	170	100,0		

Ponadto należy zaznaczyć, że w obu grupach wiekowych stwierdzono istotną zależność pomiędzy stopniem sprawności ADL i wynikiem testu AMTS ($\chi^2 79,8$; $p < 0,001$; $R = 0,31$ w grupie osób w wieku 75-80 lat oraz $\chi^2 85,5$; $p < 0,001$;

R = 0,65 dla osób długowiecznych), co jest zgodne z innymi badaniami [Njegovan i in. 2001, Steen i in. 2001, Mehta i in. 2002].

Podsumowując, niższą sprawnością w zakresie ADL charakteryzowały się:

- osoby długowieczne,
- kobiety,
- gorzej wykształcone,
- mieszkające z rodziną lub osobami obcymi oraz
- wykazujące upośledzenie funkcji poznawczych.

4.2. Korzystanie i zapotrzebowanie osób starszych na świadczenia opiekuńcze i medyczne

4.2.1. Świadczenia opiekuńcze

W badaniu świadczenia opiekuńcze zostały zdefiniowane jako wykonywanie lub pomoc w:

- myciu lub kąpaniu,
- korzystaniu z toalety i utrzymywaniu higieny osobistej,
- ubieraniu i
- karmieniu podopiecznego.

Pomoc osobom starszym w zakresie tych czynności często jest realizowana przez rodzinę. Ponadto w Krakowie świadczenia opiekuńcze organizowane są przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, który w drodze przetargu kontraktuje usługi z Polskim Czerwonym Krzyżem (PCK) lub niepublicznymi i samodzielnymi publicznymi zakładami pielęgnacyjno-opiekuńczymi. W ramach tych instytucji świadczenia opiekuńcze zwykle realizowane są przez opiekunki lub pielęgniarzki. Trzeba zaznaczyć, że usługi te są realizowane bezpłatnie tylko w stosunku do ludzi o niskich dochodach (poniżej ustawowo określonego progu).

Wpływ czynników demograficznych na zapotrzebowanie i korzystanie osób starszych ze świadczeń opiekuńczych

Na podstawie przeprowadzonego badania stwierdzono, że korzystanie z tak określonych świadczeń opiekuńczych i zapotrzebowanie na nie jest ponad 4 razy częściej zgłaszane przez **osoby długowieczne** w porównaniu z osobami w wieku 75-80 lat (tabela 4.2.1.1). Ponad połowa osób w wieku 90-95 lat korzystała z tych świadczeń w ciągu ostatnich 6-ciu miesięcy i twierdziła, że potrzebuje pomocy przy kąpieli, ubieraniu, karmieniu, korzystaniu z toalety lub utrzymywaniu higieny osobistej.

Tabela 4.2.1.1. Korzystanie ze świadczeń opiekuńczych i zapotrzebowanie na nie w grupach wiekowych 75-80 lat i 90-95 lat.

Wiek	Świadczenia opiekuńcze – liczba osób, które:							
	korzystały ze świadczeń		Ogółem		zgłaszały zapotrzebowanie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
75-80 lat	32	12,5	256	100,0	33	12,9	256	100,0
90-95 lat	88	51,8	170	100,0	91	53,8	169	100,0
Dokładny test Fishera	p<0,001				p<0,001			

Analizując grupę osób w wieku **75-80 lat** nie stwierdzono istotnego wpływu płci, stanu cywilnego, sposobu zamieszkiwania i poziomu wykształcenia na częstość korzystania ze świadczeń opiekuńczych. Podobnie zgłaszanie zapotrzebowania na omawiane świadczenia nie było zależne od wymienionych czynników demograficznych.

Czynniki te nabierają znaczenia w grupie osób starszych w wieku **90-95 lat**. **Kobiety długowieczne** istotnie częściej niż mężczyźni w tym samym przedziale wieku:

- korzystały (57,4% vs. 29,4%; dokładny test Fishera; p<0,005) i
- zgłaszały potrzebę otrzymywania pomocy w formie świadczeń opiekuńczych (60,0% vs. 29,4%; dokładny test Fishera; p<0,001).

Osoby długowieczne z podstawowym wykształceniem istotnie częściej niż z wykształceniem wyższym:

- korzystały (57,5% vs. 28,6%; χ^2 6,1; p<0,05) i
- zgłaszały zapotrzebowanie na świadczenia opiekuńcze (61,9% vs. 28,6%; χ^2 9,1; p<0,01).

Osoby w wieku 90-95 lat pozostające w związku małżeńskim istotnie rzadziej w stosunku do pozostałych (tzn. **owdowiałych i wolnego stanu**):

- korzystały (21,1% vs. 55,2% i 66,7%; χ^2 11,3; p<0,05) i
- zgłaszały zapotrzebowanie na świadczenia opiekuńcze (21,1% vs. 57,1% i 66,7%; χ^2 11,8; p<0,05).

Podobnie osoby długowieczne mieszkające tylko ze współmałżonkiem istotnie rzadziej niż osoby **mieszkające samotnie lub z innymi członkami rodziny**:

- korzystały ze świadczeń opiekuńczych (0% vs. 58,7% i 41,7%; χ^2 18,8; $p < 0,001$) i
- twierdziły, że ich potrzebują (21,1% vs. 55,2% i 66,7%; χ^2 11,3; $p < 0,05$).

Podsumowując:

1. Na podstawie powyższych wyników stwierdzono, że istotnie częściej z pomocy w zakresie świadczeń opiekuńczych korzystały osoby długowieczne, a w tej grupie zwłaszcza kobiety, osoby gorzej wykształcone, owdowiałe lub stanu wolnego i mieszkające samotnie lub z członkami rodziny innymi niż współmałżonek.
2. Podobnie pomocy w zakresie świadczeń opiekuńczych istotnie częściej domagały się osoby długowieczne (w tej grupie głównie kobiety, osoby gorzej wykształcone, owdowiałe lub stanu wolnego i mieszkające samotnie lub z członkami rodziny innymi niż współmałżonek).
3. Osobami rzadziej korzystającymi, jak i oczekującymi świadczeń opiekuńczych byli mężczyźni, osoby lepiej wykształcone, pozostające w związku małżeńskim i mieszkające tylko ze współmałżonkiem.

Wpływ wybranych czynników pozademograficznych na zapotrzebowanie i korzystanie ze świadczeń opiekuńczych

W wyniku analizy innych czynników stwierdzono, że ze świadczeń opiekuńczych istotnie częściej korzystały osoby:

- z gorszą sprawnością w zakresie ADL (χ^2 206,5; $p < 0,001$);
- z niskim wynikiem testu AMTS (wskazującym na zaburzenia w zakresie funkcji poznawczych) (χ^2 117,8; $p < 0,001$);
- ze złą samooceną stanu zdrowia (χ^2 66,3; $p < 0,001$);
- zgłaszające większą liczbę chorób przewlekłych (test U-Manna-Whitneya; $p < 0,001$);
- zażywające więcej leków (test U-Manna-Whitneya; $p < 0,001$).

Pozostałe zmienne jak wynik w skali GSOD wskazujący poczucie depresji (Chi^2 18,2; $p < 0,001$) i poziom otrzymywanego przez respondentów wsparcia społecznego (Chi^2 35,8; $p < 0,001$) miały zdecydowanie mniejszy wpływ na korzystanie osób starszych ze świadczeń opiekuńczych (słabe korelacje).

Podobnie stwierdzono, że zapotrzebowanie na świadczenia opiekuńcze istotnie częściej zgłaszały osoby wykazujące:

- gorszą sprawność w zakresie ADL (Chi^2 244,5; $p < 0,001$);
- niższy wynik testu AMTS (Chi^2 126,8; $p < 0,001$);
- złą samoocenę stanu zdrowia (Chi^2 79,1; $p < 0,001$);
- większą liczbę chorób przewlekłych (test U Manna-Whitneya; $p < 0,001$) oraz
- zażywanie większej liczby leków (test U Manna-Whitneya; $p < 0,005$).

Poziom wsparcia społecznego (Chi^2 36,9; $p < 0,001$) i wynik testu GSOD (Chi^2 33,3; $p < 0,001$) miały wyraźnie mniejszy wpływ na zgłaszanie przez badane osoby starsze zapotrzebowania na pomoc w zakresie omawianych świadczeń (słabe korelacje).

Wielowymiarowa analiza korzystania ze świadczeń opiekuńczych i zgłaszania zapotrzebowania na te usługi na podstawie modelu regresji logistycznej

W oparciu o przedstawione wyżej wyniki zbudowano modele w celu określenia czynników, które determinują zapotrzebowanie na świadczenia opiekuńcze i korzystanie z nich przez osoby starsze. Do modelu regresji logistycznej wprowadzono czynniki demograficzne, które miały znaczenie zwłaszcza w grupie osób w wieku 90-95 lat oraz zmienne istotnie skorelowane z korzystaniem i zapotrzebowaniem na omawiane świadczenia tj.: poziom sprawności w zakresie ADL, wynik testu AMTS, samoocenę stanu zdrowia, liczbę zgłaszanych chorób przewlekłych.

Tabela 4.2.1.2. Czynniki warunkujące korzystanie osób starszych ze świadczeń opiekuńczych na podstawie modelu regresji logistycznej.

Czynniki:	IS	95% PU	
Płeć: kobiety vs. mężczyźni	1,212	0,483	3,040
Wiek: 90-95 lat vs. 75-80 lat	2,421*	1,131	5,182
Wykształcenie średnie vs. podstawowe	1,747	0,779	3,915
Wykształcenie wyższe vs. podstawowe	1,178	0,391	3,547
Stan cywilny: wolny lub wdowieństwo vs. w związku małżeńskim, po rozwodzie lub w separacji	1,204	0,474	3,058
Mieszka: z rodziną lub osobą obcą vs. sam lub z małżonkiem	1,229	0,604	2,502
Stopień sprawności ADL	0,368***	0,262	0,515
Wynik testu pamięci AMTS	0,783*	0,615	0,996
Liczba chorób przewlekłych	1,144	0,964	1,357
Samooceńca zdrowia jako dość dobre vs. bardzo dobre lub dobre	0,715	0,264	1,937
Samooceńca zdrowia jako złe vs. bardzo dobre lub dobre	2,304	0,826	6,428

Istotność testu Chi² Walda: *p<0,05; **p<0,005; ***p<0,001

IS – iloraz szans; 95% PU – 95% przedział ufności

Powyżej przedstawiony model regresji logistycznej wyjaśnia 53,5% zmienności korzystania ze świadczeń opiekuńczych. Jego analiza wykazała, że korzystanie osób starszych ze świadczeń opiekuńczych istotnie zależy od:

- przynależności do **grupy wiekowej**, co oznacza, że w przypadku osób w wieku 90-95 lat prawdopodobieństwo korzystania ze świadczeń opiekuńczych zwiększa się 2,4 razy w stosunku do osób w wieku 75-80 lat;
- stopnia **sprawności w zakresie ADL**, w ten sposób, że pogorszenie sprawności ADL osób starszych o 1 stopień w stosowanej tu skali zwiększa prawdopodobieństwo ich korzystania ze świadczeń opiekuńczych 2,7 razy;
- **wyniku testu AMTS** wskazującego na stopień upośledzenia funkcji poznawczych, co znaczy, że pogorszenie wyniku o 1 punkt w skali od 0-10 zwiększa prawdopodobieństwo korzystania ze świadczeń opiekuńczych 1,4 razy.

Podobnie zbudowano model w celu ustalenia determinant zapotrzebowania osób starszych na świadczenia opiekuńcze.

Tabela 4.2.1.3. Czynniki warunkujące zapotrzebowanie osób starszych na świadczenia opiekuńcze w oparciu o model regresji logistycznej.

Czynniki:	IS	95% PU	
Płeć: kobiety vs. mężczyźni	1,523	0,609	3,808
Wiek: 90-95 lat vs. 75-80 lat	1,957	0,895	4,276
Wykształcenie średnie vs. podstawowe	0,902	0,393	2,069
Wykształcenie wyższe vs. podstawowe	1,070	0,359	3,186
Stan cywilny: wolny lub wdowieństwo vs. w związku małżeńskim, po rozwodzie lub w separacji	1,028	0,404	2,618
Mieszka: z rodziną lub osobą obcą vs. sam lub z małżonkiem	1,109	0,537	2,288
Stopień sprawności ADL	0,236***	0,161	0,346
Wynik testu pamięci AMTS	0,940	0,805	1,099
Liczba chorób przewlekłych	1,186*	1,009	1,393
Samooceńca zdrowia jako dość dobre vs. bardzo dobre lub dobre	0,604	0,219	1,666
Samooceńca zdrowia jako złe vs. bardzo dobre lub dobre	1,846	0,657	5,185

Istotność testu Chi² Walda: *p<0,05; **p<0,005; ***p<0,001

Powyższy model regresji logistycznej wyjaśnia 69,5% zmienności zgłaszania zapotrzebowania na świadczenia opiekuńcze. Analiza wykazała, że zapotrzebowanie osób starszych na świadczenia opiekuńcze w istotny sposób zależy od:

- stopnia **sprawności ADL**, przy czym pogorszenie sprawności w zakresie ADL o 1 stopień w stosowanej tu skali zwiększa ryzyko zapotrzebowania osób starszych na świadczenia opiekuńcze 4,2 razy;
- **liczby chorób przewlekłych**, tzn. podawanie większej liczby chorób przewlekłych przez osoby starsze łączy się z większym prawdopodobieństwem zgłaszania zapotrzebowania na świadczenia opiekuńcze.

Podsumowując, analiza danych wykazała, że czynnikami warunkującymi korzystanie ze świadczeń opiekuńczych są:

- zaawansowany wiek,
- niesprawność w zakresie ADL i
- poziom upośledzenia funkcji poznawczych w teście AMTS.

Czynnikami, które warunkują zapotrzebowanie na świadczenia opiekuńcze są natomiast:

- niesprawność w zakresie ADL i
- liczba chorób przewlekłych zgłaszanych przez osoby badane.

Udział rodziny w sprawowaniu czynności opiekuńczych na rzecz podopiecznego

Na podstawie zebranych danych starano się ustalić udział rodziny w realizacji poszczególnych świadczeń. W przedstawionym badaniu długowieczni prawie 5 razy częściej niż osoby w wieku 75-80 lat korzystali z pomocy rodzinnej (43,3% vs. 9,3%) i opieki formalnej (tabela 4.2.1.4). Znikoma liczba respondentów w obu grupach wiekowych korzystała z pomocy znajomych, sąsiadów lub przyjaciół.

Tabela 4.2.1.4. Korzystanie osób starszych ze świadczeń opiekuńczych realizowanych przez różne instytucje.

Wiek	Liczba osób, które w ciągu ostatnich 6 miesięcy korzystały ze świadczeń opiekuńczych realizowanych przez:								OGÓŁEM	
	rodzinę bezpłatnie		przyjaciół, sąsiadów bezpłatnie		pracowników op.zdr./ pom. społecznej		osoby zatrudnione odpłatnie			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
75-80 lat	24	9,3	6	2,3	1	0,4	4	1,6	258	100,0
90-95 lat	74	43,3	4	2,3	8	4,7	14	8,2	171	100,0
Dokładny test Fishera	p<0,001		ns		p<0,005		p<0,001			

Uwaga: Badane osoby uzyskiwały pomoc z wielu źródeł, dlatego wartości w wierszach nie podlegają sumowaniu. Odsetki są liczone względem liczebności grup wiekowych N. Istotność różnicy pomiędzy kohortami wieku jest podana dla każdego źródła pomocy osobno.

Analiza danych dotyczących tylko tych starszych ludzi, którzy korzystali ze świadczeń opiekuńczych w ciągu 6 miesięcy poprzedzających badanie wykazała, że zarówno osoby w wieku 75-80 lat jak i długowieczne najczęściej doświadczały opieki ze strony rodziny (**75% i 84%**; dokładny test Fishera; $p < 0,001$) (tabela 4.2.1.5). Osoby młodsze otrzymywały również pomoc przyjaciół, sąsiadów lub znajomych (18,7%). Udział opieki formalnej realizowanej przez instytucje opieki zdrowotnej lub pomocy społecznej bezpłatnie był znikomy w obu grupach wiekowych.

Warto odnotować, że w grupie osób, które korzystały ze świadczeń opiekuńczych około **15,9%** osób w wieku 90-95 lat i **12,5%** osób młodszych (w wieku 75-80 lat) ponosiło wydatki związane z zapewnieniem pomocy przy kąpieli, ubieraniu się, przyjmowaniu posiłków, korzystaniu z ubikacji lub utrzymywaniu higieny osobistej (tabela 4.2.1.5).

Tabela 4.2.1.5. Udział różnych podmiotów w realizacji świadczeń opiekuńczych w stosunku do osób starszych.

Wiek	Liczba osób, które korzystały ze świadczeń opiekuńczych realizowanych przez:									
	rodzinę bezpłatnie		przyjaciół, sąsiadów bezpłatnie		pracowników op.zdr./ pom. społecznej		osoby zatrudnione odpłatnie		OGÓŁEM wszyscy korzystający ze świadczeń	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
75-80 lat	24	75,0	6	18,7	1	3,1	4	12,5	32	100,0
90-95 lat	74	84,0	4	4,5	8	9,1	14	15,9	88	100,0

Uwaga: Badane osoby uzyskiwały pomoc z wielu źródeł, dlatego wartości w wierszach nie podlegają sumowaniu. Odsetki są liczone względem liczebności grup wiekowych N.

Wpływ czynników demograficznych na udział rodziny w realizacji świadczeń opiekuńczych

Analizując dane dotyczące osób w wieku 75-80 lat nie stwierdzono istotnego wpływu płci, stanu cywilnego, sposobu zamieszkiwania oraz ich poziomu wykształcenia na częstość korzystania z pomocy rodzinnej.

Czynniki te nabierają znaczenia w przypadku osób w wieku **90-95 lat**.

Kobiety długowieczne zdecydowanie częściej niż mężczyźni korzystały z pomocy rodziny w zakresie świadczeń opiekuńczych (dokładny test Fishera; $p < 0,05$).

Podobnie rodzina istotnie częściej pomagała osobom długowiecznym posiadającym **wykształcenie podstawowe** lub niższe (χ^2 9,4; $p < 0,01$), podczas gdy osoby z wyższym wykształceniem istotnie częściej korzystały z pomocy odpłatnej (χ^2 9,0; $p < 0,01$). Należy zaznaczyć, że osobami lepiej wykształconymi w grupie długowiecznych byli w głównej mierze mężczyźni, a ci jako sprawniejsi od kobiet w tym wieku rzadziej wymagali świadczeń opiekuńczych. Rodzina częściej pomagała osobom **owdowiałym** (49,3%) niż pozostającym w związku małżeńskim (21,1%) lub stanie wolnym (26,7%) (χ^2 7,0; $p < 0,05$). Podobnie z pomocy rodzinnej częściej korzystały osoby długowieczne **wspólnie z nią zamieszkujące** (56,7%; χ^2 21,5; $p < 0,001$). Pracownicy opieki zdrowotnej i pomocy społecznej częściej pomagali ludziom starszym mieszkającym samotnie lub z osobami obcymi.

Podsumowując:

1. Osoby starsze w obu analizowanych grupach wiekowych najczęściej korzystały z pomocy rodziny w zakresie świadczeń opiekuńczych. Zdecydowanie rzadziej zwracały się o opiekę formalną i odpłatną.
2. Rodzina najczęściej pomagała osobom długowiecznym, a wśród nich kobietom, osobom z wykształceniem podstawowym lub niższym, owdowiałym i wspólnie z nią zamieszkującym.

4.2.2. Opieka polegająca na stałym nadzorowaniu osoby podopiecznej

Pytanie w kwestionariuszu dotyczyło tego, czy w okresie 6 miesięcy stan badanej osoby starszej wymagał przez pewien czas stałego nadzorowania. Stały nadzór zdefiniowano jako konieczność ciągłego przebywania z osobą podopieczną i niemożność pozostawienia jej samej w domu. Poważna niesprawność, głębokie otępienie lub zaawansowana choroba mogą powodować konieczność stałego nadzoru nad osobą starszą, co wynika przede wszystkim z potrzeby zapewnienia podopiecznemu bezpieczeństwa w domu, jak również pomocy w czynnościach higienicznych. Zwykle rodzina otacza opieką taką osobę i nie angażuje w tym celu innych służb. Jednak fakt konieczności sprawowania stałego nadzoru nad osobą jest sygnałem, że rodzina może potrzebować pomocy w organizowaniu opieki domowej lub tego, że osoba podopieczna w niedalekiej przyszłości będzie wymagać umieszczenia w placówce opiekuńczej.

Wpływ czynników demograficznych na zapotrzebowanie i korzystanie z ciągłego nadzorowania osoby podopiecznej

W ciągu 6 miesięcy poprzedzających badanie długowieczni ponad 3,5 razy częściej niż osoby w wieku 75-80 lat korzystali ze stałego nadzoru (tabela 4.2.2.1). Aż 57,7% osób w wieku 90-95 lat zgłosiło, że ich stan wymaga ciągłej obecności kogoś z rodziny lub opiekuna, podczas gdy 3 razy mniej osób w wieku 75-80 lat wyrażało zapotrzebowanie na taką pomoc (tabela 4.2.2.1).

Tabela 4.2.2.1. Korzystanie i zapotrzebowanie osób starszych na opiekę polegającą na stałym nadzorze.

Wiek	Stała obecność i nadzór opiekuna– liczba osób, które:							
	korzystały ze świadczeń		Ogółem		zgłaszały zapotrzebowanie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
75-80 lat	34	13,3	256	100,0	45	17,6	256	100,0
90-95 lat	84	50,0	168	100,0	97	57,7	168	100,0
Dokładny test Fishera	p<0,001				p<0,001			

Analizując grupę osób w wieku 75-80 lat nie stwierdzono istotnego wpływu płci, sposobu zamieszkiwania i stanu cywilnego na ich korzystanie z ciągłego nadzorowania i zgłaszanie potrzeb w tym zakresie. Ustalono natomiast, że osoby w wieku 75-80 lat posiadające **wykształcenie podstawowe lub niższe** istotnie częściej korzystały z ciągłego nadzoru w ciągu 6 miesięcy poprzedzających badanie (χ^2 18,1; $p<0,05$). Jednocześnie nie stwierdzono istotnego wpływu poziomu wykształcenia na wyrażanie potrzeby takiego nadzoru w tej grupie osób.

Wpływ czynników demograficznych na korzystanie i zapotrzebowanie na opiekę polegającą na ciągłym nadzorowaniu osoby podopiecznej nabiera znaczenia w grupie osób w wieku **90-95 lat. Kobiety długowieczne** istotnie częściej niż mężczyźni w tym wieku:

- korzystały z opieki w formie stałego nadzoru (54,5% vs. 32,4%; dokładny test Fishera; $p<0,05$) i
- zgłaszały, że potrzebują ciągłej obecności opiekuna (62,2% vs. 39,4%; dokładny test Fishera; $p<0,05$).

Osoby w wieku 90-95 lat posiadające **niższe wykształcenie** istotnie częściej:

- korzystały z ciągłego nadzoru (χ^2 15,3; $p<0,05$) i
- uważały, że tego rodzaju pomoc jest im potrzebna (65,4% osób długowiecznych z wykształceniem niepełnym podstawowym; χ^2 7,2; $p<0,05$).

Osoby długowieczne **mieszkające z rodziną** istotnie częściej korzystały z ciągłego nadzoru (58,3%; χ^2 12,6; $p<0,01$). Pozostałe analizowane czynniki

demograficzne pozostawały bez wpływu na zapotrzebowanie i korzystanie osób starszych z opieki w formie ciągłego nadzoru.

Podsumowując:

1. Kobiety długowieczne, osoby w wieku 90-95 lat mieszkające z rodziną i osoby gorzej wykształcone w obu grupach wiekowych istotnie częściej korzystały z opieki polegającej na ciągłym nadzorze.
2. Osoby długowieczne, a wśród nich zwłaszcza kobiety i osoby z niższym wykształceniem istotnie częściej zgłaszały zapotrzebowanie na opiekę o charakterze ciągłego nadzoru.

Wpływ wybranych czynników pozademograficznych na zapotrzebowanie i korzystanie z ciągłego nadzorowania

Stwierdzono, że z opieki polegającej na stałej obecności osoby opiekującej się podopiecznym istotnie częściej korzystały osoby:

- z gorszą sprawnością w zakresie ADL (Chi^2 199,8; $p < 0,001$);
- z niskim wynikiem testu AMTS (wskazującym na upośledzenie w zakresie funkcji poznawczych) (Chi^2 111,0; $p < 0,001$);
- ze złą samooceną stanu zdrowia (Chi^2 62,7; $p < 0,001$);
- z wysokim (wskazującym na poczucie depresji) wynikiem w skali GSOD (Chi^2 13,0; $p < 0,001$);
- zgłaszające większą liczbę chorób przewlekłych (test U-Manna-Whitneya; $p < 0,001$) i
- zażywanie większej liczby leków (test U-Manna-Whitneya; $p < 0,05$).

Podobnie zapotrzebowanie na stały nadzór istotnie częściej zgłaszały osoby:

- prezentujące gorszą sprawność w zakresie ADL (Chi^2 205,8; $p < 0,001$);
- niski wynik testu AMTS (wskazujący na upośledzenie w zakresie funkcji poznawczych) (Chi^2 105,1; $p < 0,001$);
- złą samoocenę stanu zdrowia (Chi^2 61,8; $p < 0,001$);
- wysoki (sugerujący poczucie depresji) wynik w skali GSOD (Chi^2 22,8; $p < 0,001$);

- zgłaszające większą liczbę chorób przewlekłych (test U-Manna-Whitneya; $p < 0,05$);
- zgłaszające zażywanie większej liczby leków (test U-Manna-Whitneya; $p < 0,05$) i
- posiadające gorsze wsparcie społeczne (χ^2 33,0; $p < 0,001$).

Wielowymiarowa analiza korzystania z opieki polegającej na stałym nadzorze oraz zapotrzebowania na ten rodzaj pomocy w oparciu o model regresji logistycznej

Modele opracowano według zasad przedstawionych w rozdziale poświęconym analizie statystycznej.

Tabela 4.2.2.2. Czynniki warunkujące korzystanie osób starszych z ciągłego nadzoru na podstawie modelu regresji logistycznej.

Czynniki:	IS	95% PU	
Płeć: kobiety vs. mężczyźni	0,701	0,242	2,027
Wiek: 90-95 lat vs. 75-80 lat	3,372*	1,427	7,970
Wykształcenie średnie vs. podstawowe	1,203	0,508	2,847
Wykształcenie wyższe vs. podstawowe	1,354	0,403	4,544
Stan cywilny: wolny lub wdowieństwo vs. w związku małżeńskim, po rozwodzie lub w separacji	0,856	0,314	2,331
Mieszka sam vs. z innymi	1,130	0,466	2,740
Stopień sprawności ADL	0,417***	0,285	0,610
Wynik testu AMTS	0,913	0,689	1,212
Liczba chorób przewlekłych	1,388***	1,155	1,669
Samooceńca zdrowia jako dość dobre vs. bardzo dobre lub dobre	0,565	0,194	1,646
Samooceńca zdrowia jako złe vs. bardzo dobre lub dobre	1,077	0,322	3,601
Wskaźnik wsparcia społecznego	1,174	0,832	1,655
Wynik testu GSOD	1,015	0,943	1,094
Dochód miesięczny netto	0,883	0,732	1,065

Istotność testu χ^2 Walda: * $p < 0,05$; ** $p < 0,005$; *** $p < 0,001$

Czynniki umieszczone w przedstawionym modelu regresji logistycznej są odpowiedzialne za około 46% zmienności korzystania z ciągłego nadzoru. Analiza tego modelu wykazała, że korzystanie osób starszych z opieki polegającej

na ciągłym nadzorze istotnie zależy od:

- przynależności do grupy **wiekowej**, co znaczy, że osoby w wieku 90-95 lat mają 3,4 razy większe prawdopodobieństwo korzystania z ciągłego nadzoru w porównaniu z osobami w wieku 75-80 lat;
- **stopnia sprawności ADL**, tzn., że pogorszenie sprawności ADL o 1 stopień w zastosowanej tu skali zwiększa ryzyko korzystania z ciągłego nadzoru przez osoby starsze 2,4 razy;
- liczby zgłaszanych **chorób przewlekłych**, co oznacza, że chorowanie na więcej schorzeń łączy się z większym prawdopodobieństwem korzystania z ciągłego nadzoru.

Tabela 4.2.2.3. Czynniki warunkujące zapotrzebowanie osób starszych na opiekę w formie ciągłego nadzoru na podstawie modelu regresji logistycznej.

Czynniki:	IS	95% PU	
Płeć: kobiety vs. mężczyźni	0,556	0,196	1,574
Wiek: 90-95 lat vs. 75-80 lat	2,458*	1,063	5,683
Wykształcenie średnie vs. podstawowe	0,904	0,374	2,184
Wykształcenie wyższe vs. podstawowe	0,467	0,131	1,662
Stan cywilny: wolny, wdowieństwo, separacja vs. w związku małżeńskim i po rozwodzie	0,927	0,336	2,561
Mieszka sam vs. z innymi	0,723	0,280	1,867
Stopień sprawności ADL	0,268***	0,179	0,403
Wynik testu AMTS	0,999	0,743	1,345
Wskaźnik wsparcia społecznego	0,718*	0,517	0,997
Liczba chorób przewlekłych	1,206*	1,006	1,444
Samooceńca zdrowia jako dość dobre vs. bardzo dobre lub dobre	1,882	0,543	6,521
Samooceńca zdrowia jako złe vs. bardzo dobre lub dobre	3,725	0,905	15,328
Wynik testu GSOD	0,979	0,907	1,056

Istotność testu Chi² Walda: *p<0,05; **p<0,005; ***p<0,001

Przedstawiony model regresji logistycznej wyjaśnia 59% zmienności zapotrzebowania na stały nadzór. Analiza modelu wykazała, że zapotrzebowanie

osób starszych na opiekę polegającą na ciągłej obecności opiekuna istotnie zależy od:

- przynależności do **grupy wiekowej**, co znaczy, że osoby w wieku 90-95 lat mają 2,5 razy większe ryzyko zgłaszania zapotrzebowania na opiekę o charakterze ciągłego nadzoru w porównaniu z osobami w wieku 75-80 lat;
- stopnia sprawności w zakresie **ADL** w ten sposób, że pogorszenie sprawności ADL o 1 stopień w zastosowanej tu skali zwiększa prawdopodobieństwo zgłaszania zapotrzebowania na ciągły nadzór przez osoby starsze 3,7 razy;
- liczby zgłaszanych **chorób przewlekłych**, tzn. zgłaszanie wielu chorób zwiększa ryzyko zapotrzebowania na ciągły nadzór;
- wielkości **wsparcia społecznego** w ten sposób, że zmniejszenie wsparcia o jeden stopień w zastosowanej tu skali zwiększa ryzyko zgłaszania zapotrzebowania na świadczenie o charakterze ciągłego nadzoru 1,4 razy.

Podsumowując, analiza wykazała, że czynnikami warunkującymi korzystanie z pomocy polegającej na stałej obecności opiekuna są:

- wiek,
- niesprawność w zakresie ADL i
- liczba chorób przewlekłych.

Natomiast czynnikami, które decydują o zapotrzebowaniu na taką opiekę są:

- wiek,
- niesprawność w zakresie ADL,
- liczba chorób przewlekłych oraz
- poziom wsparcia społecznego udzielanego przez rodzinę i najbliższe otoczenie.

Udział rodziny w sprawowaniu nadzoru nad podopiecznym

Analiza danych wykazała, że osoby w wieku 90-95 lat istotnie częściej niż osoby młodsze (w wieku 75-80 lat) korzystały z nadzoru sprawowanego przez

rodzinę (3,7 razy), jak również pracowników opieki zdrowotnej lub pomocy społecznej oraz osób zatrudnionych w tym celu odpłatnie (tabela 4.2.2.4).

Tabela 4.2.2.4. Korzystanie osób starszych z różnych źródeł pomocy polegającej na ciągłej obecności opiekuna.

Wiek	Liczba osób, które w ciągu ostatnich 6 miesięcy korzystały z pomocy polegającej na ciągłym nadzorowaniu przez:								OGÓŁEM	
	rodzinę bezpłatnie		przyjaciół, sąsiadów bezpłatnie		pracowników pomocy społecznej		osoby zatrudnione odpłatnie			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
75-80 lat	30	11,6	3	1,2	1	0,4	0	0	258	100,0
90-95 lat	73	42,7	6	3,5	5	2,9	11	6,4	171	100,0
Dokładny test Fishera	p<0,001		Ns		p<0,05		p<0,001			

Uwaga: Badane osoby uzyskiwały pomoc z wielu źródeł, dlatego wartości w wierszach nie podlegają sumowaniu. Odsetki są liczone względem liczebności grup wiekowych N. Istotność różnicy pomiędzy kohortami wieku jest podana dla każdego źródła pomocy osobno.

Nadzór nad podopiecznym był sprawowany głównie **przez rodzinę** i dotyczył prawie 90% osób, które korzystały z takiej opieki w ciągu 6 miesięcy poprzedzających badanie (dokładny test Fishera; p<0,001). Udział instytucji formalnych w opiece był znikomy, opierał się głównie na pomocy odpłatnej i dotyczył przede wszystkim osób długowiecznych (tabela 4.2.2.5).

Tabela 4.2.2.5. Udział różnych podmiotów w sprawowaniu stałego nadzoru nad ludźmi w wieku podeszłym.

Wiek	Liczba osób, które korzystały z opieki polegającej na stałym nadzorze:									
	rodziny bezpłatnie		przyjaciół, sąsiadów bezpłatnie		pracowników pomocy społecznej		osób zatrudnionych odpłatnie		OGÓŁEM wszyscy korzystający ze świadczeń	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
75-80 lat	30	88,2	3	8,8	1	2,9	0	0	34	100,0
90-95 lat	73	86,9	6	7,1	5	5,9	11	13,1	84	100,0

Uwaga: Badane osoby uzyskiwały pomoc z wielu źródeł, dlatego wartości w wierszach nie podlegają sumowaniu. Odsetki są liczone względem liczebności grup wiekowych N.

Wpływ czynników demograficznych na udział rodziny w nadzorowaniu podopiecznego.

Ustalono, że z pomocy rodziny w zakresie stałego nadzoru istotnie częściej korzystały osoby:

- **z wykształceniem niepełnym podstawowym** w obu grupach wiekowych (43,8% z nich w wieku 75-80 lat; χ^2 21,3; $p < 0,005$ oraz 66,7% w wieku 90-95 lat; χ^2 23,3; $p < 0,005$);
- **długowieczne kobiety** (46,0% vs. 29,4% mężczyzn; dokładny test Fishera; $p = 0,06$);
- osoby w wieku 90-95 lat **mieszkające z rodziną** (54,8%; χ^2 16,0; $p < 0,001$).

Długowieczni z wyższym wykształceniem (χ^2 19,9; $p < 0,01$) oraz pozostający w wolnym stanie (χ^2 11,2; $p < 0,05$) częściej sięgali po odpłatną pomoc polegającą na ciągłej obecności opiekuna.

Ponadto osoby długowieczne stanu wolnego, podobnie jak osoby (z obu grup wiekowych) mieszkające samotnie lub z osobami obcymi istotnie częściej korzystały z pomocy znajomych i przyjaciół w tym zakresie.

Podsumowując:

1. Opiekę o charakterze ciągłego nadzoru nad osobami starszymi najczęściej sprawowała rodzina.
2. Z opieki rodzinnej istotnie częściej korzystały osoby w wieku 90-95 lat, zwłaszcza kobiety, osoby gorzej wykształcone oraz mieszkające z rodziną.

4.2.3. Pomoc w pracach domowych

Omawiana w badaniu pomoc w pracach domowych polega na sprzątaniu mieszkania, praniu, robieniu zakupów i innych czynnościach związanych z prowadzeniem domu. Wykonywanie tych czynności jest ważne dla ludzi w podeszłym wieku, ponieważ umożliwia im samodzielne funkcjonowanie w środowisku domowym. Możliwość skorzystania ze świadczeń w tym zakresie stwarza szansę wielu osobom starszym na dalsze samodzielne mieszkanie we własnym domu. Pomoc w tym zakresie zwykle jest udzielana przez rodzinę, sąsiadów lub opiekunki społeczne.

Wpływ czynników demograficznych na zapotrzebowanie i korzystanie osób starszych z pomocy w pracach domowych.

W porównaniu z ludźmi w wieku 75-80 lat osoby długowieczne prawie dwa razy częściej korzystały z pomocy w zakresie prac domowych i uważały, że potrzebują takiej pomocy (tabela 4.2.3.1).

Tabela 4.2.3.1. Korzystanie z pomocy w pracach domowych i zapotrzebowanie na nią osób starszych.

Wiek	Pomoc w pracach domowych– liczba osób, które:							
	korzystały ze świadczeń		Ogółem		zgłaszały zapotrzebowanie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
75-80 lat	103	40,2	256	100,0	111	43,4	256	100,0
90-95 lat	134	78,8	170	100,0	133	79,2	168	100,0
Dokładny test Fishera	p<0,001				p<0,001			

Osoby z wykształceniem niepełnym podstawowym (0-4 klas) istotnie częściej (82,0%) korzystały z pomocy w pracach domowych (χ^2 23,4; $p<0,001$). Zdecydowana ich większość (90,7%) zgłaszała również zapotrzebowanie na tego rodzaju pomoc (choć różnice w rozkładzie częstości w teście χ^2 były nieistotne). Pozostałe czynniki demograficzne jak płeć, stan cywilny i sposób

zamieszkiwania nie miały wpływu na częstość korzystania i zgłaszania przez osoby starsze zapotrzebowania na pomoc w pracach domowych.

Wpływ wybranych czynników pozademograficznych na zapotrzebowanie i korzystanie z pomocy w pracach domowych

Stwierdzono, że z pomocy w pracach domowych istotnie częściej korzystały osoby:

- z gorszą sprawnością w zakresie ADL (Chi^2 191,2; $p < 0,001$);
- z niskim wynikiem testu AMTS wskazującym na upośledzenie sprawności w zakresie funkcji poznawczych (Chi^2 47,9; $p < 0,001$);
- ze złą samooceną stanu zdrowia (Chi^2 50,7; $p < 0,001$);
- z wysokim (sugerującym poczucie depresji) wynikiem w skali GSOD (Chi^2 12,5; $p < 0,005$);
- zgłaszające większą liczbę chorób przewlekłych (test U-Manna-Whitneya; $p < 0,001$) oraz
- zgłaszające zażywanie większej liczby leków (test U-Manna-Whitneya; $p < 0,001$).

Podobnie zapotrzebowanie na pomoc w pracach domowych istotnie częściej zgłaszały osoby:

- prezentujące gorszą sprawność w zakresie ADL (Chi^2 175,2; $p < 0,001$);
- z niskim wynikiem testu AMTS wskazującym na upośledzenie sprawności w zakresie funkcji poznawczych (Chi^2 44,1; $p < 0,001$);
- ze złą samooceną stanu zdrowia (Chi^2 57,0; $p < 0,001$);
- z wysokim (sugerującym poczucie depresji) wynikiem w skali GSOD (Chi^2 12,4; $p < 0,005$);
- zgłaszające większą liczbę chorób przewlekłych (test U- Manna-Whitneya; $p < 0,001$) i
- zgłaszające zażywanie większej liczby leków (test U- Manna-Whitneya; $p < 0,001$).

Wielowymiarowa analiza korzystania z pomocy w pracach domowych i zgłaszania na nią zapotrzebowania w oparciu o model regresji logistycznej

Korzystając z powyższych obserwacji zbudowano modele regresji logistycznej w celu określenia czynników warunkujących korzystanie z pomocy domowej i zgłaszanie na nią zapotrzebowania.

Tabela 4.2.3.2. Czynniki warunkujące korzystanie osób starszych z pomocy w pracach domowych na podstawie modelu regresji logistycznej.

Czynniki:	IS	95% PU	
Płeć: kobiety vs. mężczyźni	0,999	0,401	2,492
Wiek: 90-95 lat vs. 75-80 lat	1,457	0,618	3,436
Wykształcenie średnie vs. podstawowe	1,685	0,750	3,788
Wykształcenie wyższe vs. podstawowe	4,533*	1,494	13,751
Stan cywilny: wolny, wdowieństwo lub separacja vs. w związku małżeńskim, po rozwodzie	2,084	0,679	6,401
Mieszka: sam, z rodziną lub z osobą obcą vs. tylko z małżonkiem	0,969	0,314	2,993
Stopień sprawności ADL	0,211***	0,137	0,324
Wynik testu AMTS	0,674*	0,483	0,940
Liczba chorób przewlekłych	1,289**	1,089	1,527
Samooceńca zdrowia jako dość dobre vs. bardzo dobre lub dobre	1,665	0,701	3,958
Samooceńca zdrowia jako złe vs. bardzo dobre lub dobre	2,492	0,781	7,952
Wskaźnik wsparcia społecznego	1,302	0,981	1,728
Dochód miesięczny netto	0,796*	0,667	0,950
Wynik testu GSOD	0,989	0,923	1,060

Istotność testu Chi² Walda: *p<0,05; **p<0,005; ***p<0,001

Przedstawiony model wyjaśnia 62,1% zmienności korzystania z omawianych świadczeń przez osoby starsze. Analiza modelu regresji logistycznej wykazała, że korzystanie z pomocy w pracach domowych przez osoby starsze istotnie zależy od:

- stopnia **sprawności w zakresie ADL** tzn. pogorszenie sprawności o 1 stopień w stosowanej tu skali zwiększa ryzyko korzystania z pomocy domowej 4,7 razy;

- **wyniku testu AMTS** w ten sposób, że pogorszenie wyniku testu o 1 punkt w skali od 0-10 zwiększa 1,5 razy prawdopodobieństwo korzystania z pomocy domowej przez osoby starsze;
liczby zgłaszanych chorób przewlekłych tzn. występowanie wielu chorób przewlekłych zwiększa prawdopodobieństwo korzystania z pomocy domowej przez osoby starsze;
poziomu wykształcenia w ten sposób, że osoby starsze z wykształceniem wyższym mają większe prawdopodobieństwo korzystania z pomocy domowej;
- **wysokości dochodów miesięcznych**, co oznacza, że wzrost miesięcznych dochodów netto o każde 100zł powoduje istotny spadek ryzyka korzystania z pomocy domowej przez osoby starsze.

Tabela 4.2.3.3. Czynniki warunkujące zapotrzebowanie osób starszych na pomoc w pracach domowych w oparciu o model regresji logistycznej.

Czynniki:	IS	95% PU	
Płeć: kobiety vs. mężczyźni	1,067	0,467	2,437
Wiek: 90-95 lat vs. 75-80 lat	1,649	0,733	3,713
Wykształcenie średnie vs. podstawowe	1,723	0,818	3,630
Wykształcenie wyższe vs. podstawowe	3,630*	1,328	9,920
Stan cywilny: wolny, wdowieństwo lub separacja vs. w związku małżeńskim, po rozwodzie	1,248	0,455	3,419
Mieszka: sam, z rodziną lub z osobą obcą vs. tylko z małżonkiem	0,641	0,229	1,791
Stopień sprawności ADL	0,296***	0,206	,424
Wynik testu AMTS	0,950	0,750	1,204
Liczba chorób przewlekłych	1,282**	1,098	1,497
Samooceńca zdrowia jako dość dobre vs. bardzo dobre lub dobre	2,669*	1,248	5,705
Samooceńca zdrowia jako złe vs. bardzo dobre lub dobre	2,557*	1,001	6,537
Dochód miesięczny netto	0,901	0,767	1,059
Wskaźnik wsparcia społecznego	1,126	0,890	1,424

Istotność testu Chi² Walda: *p<0,05; **p<0,005; ***p<0,001

Przedstawiony model wyjaśnia 55,2% zmienności zgłaszania zapotrzebowania na omawiane świadczenia przez osoby starsze. Analiza modelu

regresji logistycznej wykazała, że zapotrzebowanie na świadczenia o charakterze pomocy w pracach domowych istotnie zależy od:

- **stopnia sprawności ADL**, co znaczy, że pogorszenie sprawności w zakresie ADL osób starszych o 1 stopień w zastosowanej tu skali powoduje 3,4 krotny wzrost prawdopodobieństwa zgłaszania zapotrzebowania na pomoc w pracach domowych;
- **liczby zgłaszanych chorób** przewlekłych tzn. zgłaszanie przez osobę starszą wielu schorzeń przewlekłych zwiększa prawdopodobieństwo zwracania się jej o pomoc domową;
- **samooceny stanu zdrowia** w następujący sposób: osoby starsze oceniające swoje zdrowie jako dość dobre lub złe mają o około 2,6 razy większe prawdopodobieństwo zgłaszania zapotrzebowania na pomoc domową w stosunku do osób z dobrą i bardzo dobrą samooceną.
- **poziomu wykształcenia** w ten sposób, że osoby starsze z wykształceniem wyższym mają większe prawdopodobieństwo zgłaszania zapotrzebowania na pomoc domową.

Podsumowując, powyższa analiza wykazała, że czynnikami warunkującymi korzystanie osób starszych z pomocy w pracach domowych są:

- niesprawność w zakresie ADL,
- liczba chorób przewlekłych,
- wynik testu AMTS,
- poziom wykształcenia i
- wysokość dochodów miesięcznych.

Natomiast czynnikami, które decydują o zapotrzebowaniu na taką opiekę są:

- niesprawność w zakresie ADL,
- liczba chorób przewlekłych,
- poziom wykształcenia oraz
- samoocena stanu zdrowia.

Udział pomocy rodziny w pracach domowych realizowanych na rzecz podopiecznych osób starszych

Analiza otrzymanych wyników wykazała, że korzystanie osób starszych z pomocy w pracach domowych i zgłaszanie zapotrzebowania na nie było bardzo częste, przy czym zdecydowanie przeważało w grupie osób długowiecznych (tabela 4.2.3.1). Potrzeby w tym zakresie w dużym stopniu były zapewniane przez rodzinę. Ludzie w wieku 90-95 lat prawie 2 razy częściej niż osoby z młodszej kohorty korzystali z jej pomocy w pracach domowych (tabela 4.2.3.4).

Tabela 4.2.3.4. Korzystanie osób starszych z pomocy w pracach domowych realizowanej przez różne instytucje.

Wiek	Liczba osób, które w ciągu ostatnich 6 miesięcy korzystały z pomocy w pracach domowych realizowanej przez:								OGÓŁEM	
	rodzinę bezpłatnie		przyjaciół, sąsiadów bezpłatnie		pracowników pomocy społecznej		osoby zatrudnione odpłatnie			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
75-80 lat	85	32,9	9	3,5	2	0,8	16	6,2	258	100,0
90-95 lat	107	62,6	11	6,4	6	3,5	28	16,4	171	100,0
Dokładny test Fishera	p<0,001		Ns		p<0,05		p<0,001			

Uwaga: Badane osoby uzyskiwały pomoc z wielu źródeł, dlatego wartości w wierszach nie podlegają sumowaniu. Odsetki są liczone względem liczebności grup wiekowych N. Istotność różnicy pomiędzy kohortami wieku jest podana dla każdego źródła pomocy osobno.

Analiza udziału rodziny w stosunku do innych źródeł pomocy wykazała, że osoby starsze w obu grupach wiekowych zdecydowanie najczęściej korzystały z pomocy rodziny (dokładny test Fishera; $p<0,001$), (tabela 4.2.3.5). Jednocześnie stosunkowo duża liczba korzystających z pomocy w pracach domowych osób (15,5% młodszych i 20,9% starszych) uzyskiwała ją odpłatnie (tabela 4.2.3.5). Należy podkreślić, że udział bezpłatnej pomocy społecznej w zakresie omawianego świadczenia był znikomy (tabele 4.2.3.4 i 4.2.3.5).

Tabela 4.2.3.5. **Udział różnych podmiotów w realizacji pomocy osobom starszym w pracach domowych.**

Wiek	Liczba osób, które korzystały z pomocy w pracach domowych świadczonej przez:									
	rodzinę bezpłatnie		przyjaciół, sąsiadów bezpłatnie		pracowników pomocy społecznej		osoby zatrudnione odpłatnie		OGÓŁEM wszyscy korzystający ze świadczeń	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
75-80 lat	85	82,5	9	8,7	2	1,9	16	15,5	103	100,0
90-95 lat	107	79,8	11	8,2	6	4,5	28	20,9	134	100,0

Uwaga: Badane osoby uzyskiwały pomoc z wielu źródeł, dlatego wartości w wierszach nie podlegają sumowaniu. Odsetki są liczone względem liczebności grup wiekowych N.

Wpływ czynników demograficznych na udział rodziny w realizacji pomocy w pracach domowych

W grupie osób w wieku 75-80 lat analizowane czynniki demograficzne nie miały wpływu na częstość korzystania z pomocy rodzinnej. Stwierdzono, że z pomocy rodziny w wykonywaniu prac domowych istotnie częściej korzystały osoby długowieczne:

- posiadające **wykształcenie podstawowe lub niższe** (73,6% vs. 44,2% osób ze średnim i 47,6% osób z wyższym wykształceniem; χ^2 13,7; $p < 0,001$);
- pozostające w **związku małżeńskim i owdowiałe** (odpowiednio 68,4% i 66,4%; χ^2 11,7; $p < 0,05$);
- **mieszkające z rodziną** lub tylko z **małżonkiem** (odpowiednio 74,0% i 70,0%; χ^2 18,2; $p < 0,001$).

Z pomocy odpłatnej istotnie częściej korzystały osoby:

- długowieczne z wykształceniem średnim lub wyższym (34,9% i 28,6%; χ^2 20,3; $p < 0,001$);
- osoby wolnego stanu (23,8% osób wolnego stanu wieku 75-80 lat; χ^2 14,6; $p < 0,005$ oraz 46,7% w wieku 90-95 lat; χ^2 16,6; $p < 0,005$);
- mieszkające samotnie (16,9% samotnych w wieku 75-80 lat; χ^2 20,1; $p < 0,001$ oraz 29,2% w wieku 90-95 lat; χ^2 12,9; $p < 0,005$) oraz

- długowieczne mieszkające tylko z osobami obcymi (37,5%).

Na pomoc przyjaciół i znajomych częściej mogli liczyć osoby:

- długowieczne pozostające w wolnym stanie (26,7%; Chi^2 11,9; $p < 0,05$) i
- mieszkające samotnie lub z obcymi sobie ludźmi (odpowiednio 8,5% i 16,7% w wieku 75-80 lat ; Chi^2 11,4; $p < 0,01$ oraz 10,4% i 25,0% w wieku 90-95 lat; Chi^2 7,6; $p < 0,054$).

Podsumowując:

1. Udział opieki rodzinnej w zakresie pomocy w pracach domowych zdecydowanie przewyższał inne formy opieki.
2. Z pomocy rodzinnej w zakresie prac domowych istotnie częściej korzystały osoby długowieczne, a w tej grupie gorzej wykształcone, owdowiałe i mieszkające z rodziną. Z wcześniejszej analizy wynika, że najczęściej takimi cechami charakteryzowały się kobiety w wieku 90-95 lat.
3. Ponadto z pomocy rodzinnej w zakresie prac domowych istotnie częściej korzystały osoby długowieczne pozostające w związku małżeńskim i mieszkające tylko z małżonkiem. Tymi osobami najczęściej byli mężczyźni. Można przypuszczać, że głównym źródłem pomocy w ich przypadku były współmałżonki przedstawiane w odpowiedziach jako najbliższa rodzina.

4.2.4. Pomoc w przygotowywaniu posiłków

Umiejętność przygotowania sobie posiłku jest kolejną funkcją, która umożliwia osobie starszej zachowanie samodzielności. Pytanie w kwestionariuszu dotyczyło sprawności w zakresie przyrządzania wszystkich posiłków, w tym także obiadu.

Wpływ czynników demograficznych na zapotrzebowanie i korzystanie osób starszych z pomocy w przygotowywaniu posiłków

Wiele spośród starszych osób nie jest w stanie ugotować sobie obiadu, a nawet przyrządzić prostego dania. W analizowanym badaniu osoby długowieczne ponad 2 razy częściej niż osoby w wieku 75-80 lat korzystały z pomocy w przygotowywaniu posiłków i uważały, że tego typu pomoc jest im potrzebna (tabela 4.2.4.1).

Tabela 4.2.4.1. Korzystanie osób starszych z pomocy w zakresie przygotowywania posiłków.

Pomoc w przygotowywaniu posiłków – liczba osób, które:								
Wiek	korzystały ze świadczeń		Ogółem		zgłaszały zapotrzebowanie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
75-80 lat	87	34,1	255	100,0	77	30,3	254	100,0
90-95 lat	125	73,5	170	100,0	119	70,4	169	100,0
Dokładny test Fishera	p<0,001				p<0,001			

W grupie osób w wieku **75-80 lat**, mężczyźni istotnie częściej niż kobiety:

- korzystali (47,0% vs. 25,8% kobiet) z pomocy w przygotowywaniu posiłków (dokładny test Fishera; $p<0,001$) i
- zgłaszali zapotrzebowanie na taką pomoc (41,0% vs. 23,4% kobiet; dokładny test Fishera; $p<0,005$).

Osoby długowieczne **posiadające wyższe wykształcenie** istotnie częściej korzystały z pomocy w przygotowywaniu posiłków (52,3% vs. 29,6% osób z wykształceniem średnim i 30,8% z podstawowym; χ^2 7,8; $p < 0,05$). Z kolei poziom wykształcenia osób w tym wieku nie miał wpływu na zgłaszanie przez nie zapotrzebowania na tego typu pomoc. Interpretując te wyniki należy pamiętać, że w grupie długowiecznych osobami z wyższym wykształceniem istotnie częściej byli mężczyźni (χ^2 28,6; $p < 0,001$), którzy częściej też korzystali z pomocy w przygotowywaniu posiłków.

Ponadto ustalono, że **osoby długowieczne mieszkające z rodziną i z osobami obcymi** istotnie częściej:

- korzystały z pomocy w przygotowywaniu posiłków (81,7% osób mieszkających z rodziną i 100,0% z osobami obcymi; χ^2 16,7; $p < 0,001$) i
- zgłaszały zapotrzebowanie na tego typu świadczenie (78,6% osób mieszkających z rodziną i 100,0% z osobami obcymi; χ^2 16,4; $p < 0,001$).

Podsumowując, na podstawie powyższych danych ustalono, że:

1. W grupie osób w wieku 75-80 lat mężczyźni częściej korzystali z pomocy w przygotowywaniu posiłków i zgłaszali na nią zapotrzebowanie.
2. W grupie długowiecznych osoby z wyższym wykształceniem oraz mieszkające z rodziną lub osobami obcymi częściej korzystały z pomocy w przygotowywaniu posiłków. Zapotrzebowanie na ten rodzaj pomocy częściej zgłaszały osoby w wieku 90-95 lat mieszkające z rodziną lub tylko z osobami obcymi.

Wpływ wybranych czynników pozademograficznych na zapotrzebowanie i korzystanie z pomocy w przygotowywaniu posiłków

Stwierdzono, że z opieki polegającej na pomocy w zakresie przygotowywania posiłków istotnie częściej korzystały osoby:

- z gorszą sprawnością w zakresie ADL (χ^2 182,7; $p < 0,001$);
- z niskim wynikiem testu AMTS (wskazującym na upośledzenie sprawności w zakresie funkcji poznawczych) (χ^2 77,2; $p < 0,001$);

- z negatywną samooceną stanu zdrowia (χ^2 39,1; $p < 0,001$);
- zgłaszające większą liczbę chorób przewlekłych (test U- Manna-Whitneya; $p < 0,001$);
- zgłaszające zażywanie większej liczby leków (test U- Manna-Whitneya; $p < 0,05$) oraz
- posiadające nieznacznie lub umiarkowanie ograniczone wsparcie społeczne (χ^2 21,7; $p < 0,001$).

Podobnie zapotrzebowanie na pomoc w zakresie przygotowywania posiłków istotnie częściej zgłaszały osoby:

- prezentujące gorszą sprawność w zakresie ADL (χ^2 222,2; $p < 0,001$);
- niski wynik testu AMTS (wskazujący na gorszą sprawność w zakresie funkcji poznawczych; χ^2 86,2; $p < 0,001$);
- negatywną samoocenę stanu zdrowia (χ^2 58,1; $p < 0,001$);
- zgłaszające większą liczbę chorób przewlekłych (test U- Manna-Whitneya; $p < 0,001$) oraz
- zażywające większą liczbę leków (test U- Manna-Whitneya; $p < 0,05$).

Ponadto zapotrzebowanie na omawiane świadczenia istotnie częściej potwierdzały osoby uzyskujące nieznacznie lub umiarkowanie ograniczone wsparcie społeczne (χ^2 30,4; $p < 0,001$) oraz wysoki (sugerujący poczucie depresji) wynik w skali GSOD (χ^2 10,0; $p < 0,01$).

Wielowymiarowa analiza korzystania z pomocy w przygotowywaniu posiłków i zapotrzebowania na nią na podstawie modelu regresji logistycznej

W oparciu o przedstawione powyżej wyniki zbudowano modele regresji logistycznej w celu ustalenia czynników determinujących korzystanie z pomocy w przygotowywaniu posiłków i zapotrzebowanie na nią.

Tabela 4.2.4.2. Czynniki warunkujące korzystanie osób starszych z pomocy w przygotowywaniu posiłków na podstawie modelu regresji logistycznej.

Czynniki:	IS	95% PU	
Płeć: kobiety vs. mężczyźni	0,437*	0,196	0,977
Wiek: 90-95 lat vs. 75-80 lat	1,190	0,523	2,708
Wykształcenie średnie vs. podstawowe	2,128	0,962	4,709
Wykształcenie wyższe vs. podstawowe	4,512**	1,717	11,858
Stan cywilny: wolny, wdowieństwo lub separacja vs. w związku małżeńskim, po rozwodzie	0,660	0,283	1,543
Mieszka: z rodziną lub osobą obcą vs. sam lub tylko z małżonkiem	0,973	0,492	1,924
Stopień sprawności ADL	0,244***	0,163	0,364
Wynik testu AMTS	0,587**	0,417	0,828
Samoocena zdrowia jako dość dobre vs. bardzo dobre lub dobre	2,096	0,887	4,955
Samoocena zdrowia jako złe vs. bardzo dobre lub dobre	3,941*	1,250	12,419
Liczba chorób przewlekłych	1,026	0,866	1,215
Wskaźnik wsparcia społecznego	1,134	0,855	1,504
Wynik testu GSOD	0,940	0,876	1,008

Istotność testu Chi² Walda: *p<0,05; **p<0,005; ***p<0,001

Przedstawiony powyżej model tłumaczy 54,6% zmienności korzystania z pomocy w przygotowywaniu posiłków. Analiza modelu regresji logistycznej wykazała, że korzystanie osób starszych z pomocy w przygotowywaniu posiłków istotnie zależy od:

- **płci**, co oznacza, że mężczyźni odznaczają się 2,3 razy większym prawdopodobieństwem korzystania z pomocy w przygotowywaniu posiłków;
- **stopnia sprawności ADL** w ten sposób, że pogorszenie sprawności ADL osób starszych o 1 stopień w stosowanej tu skali 4 razy zwiększa ryzyko korzystania z pomocy w przygotowywaniu posiłków;
- **poziomu wykształcenia**, przy czym osoby z wykształceniem wyższym mają większe prawdopodobieństwo korzystania z pomocy w zakresie przygotowywania posiłków;
- **wyniku testu AMTS** w ten sposób, że pogorszenie wyniku o 1 punkt w skali od 0-10 zwiększa prawdopodobieństwo korzystania z pomocy w przygotowywaniu posiłków 1,7 razy;

- **samooceny stanu zdrowia w następujący sposób:** osoby starsze oceniające swoje zdrowie jako złe mają 3,9 razy większe ryzyko korzystania z pomocy w przygotowywaniu posiłków względem tych, które oceniają je jako dobre lub bardzo dobre.

Tabela 4.2.4.3. Czynniki warunkujące zgłaszanie zapotrzebowania osób starszych na pomoc w przygotowywaniu posiłków na podstawie modelu regresji logistycznej.

Czynniki:	IS	95% PU	
Płeć: kobiety vs. mężczyźni	0,229***	0,095	0,552
Wiek: 90-95 lat vs. 75-80 lat	0,910	0,411	2,013
Wykształcenie średnie vs. podstawowe	1,809	0,841	3,891
Wykształcenie wyższe vs. podstawowe	2,113	0,780	5,723
Stan cywilny: wolny, wdowieństwo lub separacja vs. w związku małżeńskim, po rozwodzie	1,241	0,534	2,881
Mieszka: z rodziną lub osobą obcą vs. sam lub tylko z małżonkiem	1,013	0,511	2,006
Stopień sprawności ADL	0,218***	0,147	0,324
Wynik testu AMTS	0,711*	0,537	0,942
Samoocena zdrowia jako dość dobre vs. bardzo dobre lub dobre	1,690	0,714	4,002
Samoocena zdrowia jako złe vs. bardzo dobre lub dobre	4,151*	1,359	12,677
Liczba chorób przewlekłych	0,939	0,776	1,136
Wskaźnik wsparcia społecznego	1,095	0,825	1,456
Wynik testu GSOD	0,967	0,903	1,035
Liczba zażywanych leków	1,143	0,996	1,311

Istotność testu Chi² Walda: *p<0,05; **p<0,005; ***p<0,001

Przedstawiony powyżej model regresji logistycznej wyjaśnia 59,1% zmienności zgłaszania zapotrzebowania na pomoc w przygotowywaniu posiłków. Analiza modelu wykazała, że zapotrzebowanie osób starszych na pomoc w zakresie przygotowywania posiłków istotnie zależy od:

- **płci**, tzn. mężczyźni mają 4,4 razy większe prawdopodobieństwo zgłaszania zapotrzebowania na pomoc w zakresie przygotowywania posiłków;
- **stopnia sprawności ADL** w ten sposób, że pogorszenie sprawności ADL osób starszych o 1 stopień w stosowanej tu skali zwiększa około 4,6 razy prawdopodobieństwo zgłaszania przez nie zapotrzebowania na pomoc

w zakresie przygotowywania posiłków;

- **wyniku testu AMTS**, przy czym pogorszenie sprawności umysłowej o 1 punkt w skali od 0-10 zwiększa 1,4 razy ryzyko zgłaszania zapotrzebowania na pomoc w przygotowywaniu posiłków;
- **samooceny stanu zdrowia** w następujący sposób: osoby starsze oceniające swoje zdrowie jako złe zgłaszają zapotrzebowanie na pomoc w przygotowywaniu posiłków z prawdopodobieństwem 4,1 razy większym względem tych, które oceniają stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry.

Podsumowując, powyższa analiza wykazała, że czynnikami warunkującymi korzystanie z pomocy w zakresie przygotowywania posiłków są:

- płeć,
- niesprawność w zakresie ADL,
- poziom wykształcenia,
- poziom upośledzenia funkcji poznawczych mierzony testem AMTS oraz
- samoocena stanu zdrowia.

Z kolei czynnikami, które decydują o zapotrzebowaniu na taką formę pomocy są:

- płeć,
- niesprawność w zakresie ADL,
- poziom upośledzenia funkcji poznawczych mierzony testem AMTS oraz
- samoocena stanu zdrowia.

Udział rodziny w świadczeniu pomocy w zakresie przygotowywania posiłków dla podopiecznego

Przygotowywanie i dostarczanie posiłków osobom starszym zwyczajowo jest realizowane przez rodzinę. W badanej grupie osoby długowieczne istotnie (około 2 razy) częściej niż ludzie w wieku 75-80 lat korzystały z pomocy rodzinnej w tym zakresie (tabela 4.2.4.4). Korzystanie osób starszych z pozostałych źródeł pomocy było zdecydowanie rzadsze. Osoby długowieczne istotnie częściej niż badane z młodszej grupy wiekowej korzystały z pomocy odpłatnej oraz przyjaciół (tabela 4.2.4.4).

Tabela 4.2.4.4. Korzystanie osób starszych z pomocy w przygotowywaniu posiłków realizowanej przez różne instytucje.

Wiek	Liczba osób, które w ciągu ostatnich 6 miesięcy korzystały z pomocy w przygotowywaniu posiłków przez:								OGÓŁEM	
	rodzinę bezpłatnie		przyjaciół, sąsiadów bezpłatnie		pracowników pomocy społecznej		osoby zatrudnione odpłatnie			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
75-80 lat	75	29,1	3	1,2	2	0,8	8	3,1	258	100,0
90-95 lat	104	60,8	9	5,3	4	2,3	16	9,4	171	100,0
Dokładny test Fishera	p<0,001		p<0,02		Ns		p<0,01			

Uwaga: Badane osoby uzyskiwały pomoc z wielu źródeł, dlatego wartości w wierszach nie podlegają sumowaniu. Odsetki są liczone względem liczebności grup wiekowych N. Istotność różnicy pomiędzy kohortami wieku jest podana dla każdego źródła pomocy osobno.

Analiza osób, które w okresie 6 miesięcy poprzedzających badanie korzystały z pomocy w przygotowywaniu posiłków wykazała, że w obu grupach wiekowych rodzina najczęściej pomagała w realizacji rozpatrywanego świadczenia (dokładny test Fishera; $p<0,001$; tabela 4.2.4.5). Osoby starsze zdecydowanie rzadziej korzystały z pomocy odpłatnej w tym zakresie, a tylko sporadycznie sięgały po bezpłatne usługi polegające na przygotowywaniu lub dostarczaniu gotowych posiłków w ramach pomocy społecznej (tabela 4.2.4.5). Mogło być to spowodowane zbyt niską kwotą progową uprawniającą do bezpłatnych świadczeń usługowych realizowanych przez pomoc społeczną.

Tabela 4.2.4.5. Udział różnych podmiotów w realizacji pomocy osobom starszym w zakresie przygotowywania posiłków.

Wiek	Liczba osób, które korzystały z pomocy w zakresie przygotowywania posiłków realizowanej przez:									
	rodzinę bezpłatnie		przyjaciół, sąsiadów bezpłatnie		pracowników pomocy społecznej		osoby zatrudnione odpłatnie		OGÓŁEM wszyscy korzystający ze świadczeń	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
75-80 lat	75	86,2	3	3,4	2	2,3	8	9,2	87	100,0
90-95 lat	104	83,2	9	7,2	4	3,2	16	12,8	125	100,0

Uwaga: Badane osoby uzyskiwały pomoc z wielu źródeł, dlatego wartości w wierszach nie podlegają sumowaniu. Odsetki są liczone względem liczebności grup wiekowych N.

Wpływ czynników demograficznych na korzystanie z pomocy rodzinnej w zakresie przygotowywania posiłków

W grupie osób w wieku **75-80 lat** z pomocy rodziny w zakresie przygotowywania posiłków istotnie częściej korzystali:

- **mężczyźni** (40,2% vs. 21,8% kobiet; dokładny test Fishera; $p < 0,001$);
- osoby pozostające w **związku małżeńskim** (40,4%; Chi^2 12,2; $p < 0,01$);
- **mieszkające z osobami obcymi** (50%; Chi^2 11,6; $p < 0,01$).

W grupie osób **długowiecznych** z pomocy rodziny w omawianym zakresie istotnie częściej korzystały:

- osoby **gorzej wykształcone** (71,7% vs. 41,9% osób z wykształceniem średnim i 47,6% z wyższym; Chi^2 13,3; $p < 0,001$);
- pozostające w **związku małżeńskim** (52,6%) i **owdowiałe** (65,7%; Chi^2 10,5; $p < 0,05$);
- **mieszkające z rodziną** (76,9%; Chi^2 29,2; $p < 0,001$).

Z pomocy odpłatnej istotnie częściej korzystały osoby:

- długowieczne (12,8%; dokładny test Fishera; $p < 0,01$), a wśród nich mieszkające tylko z obcymi (Chi^2 14,0; $p < 0,005$) oraz
- w obu grupach wiekowych z wykształceniem wyższym (w wieku 75-80 lat: Chi^2 6,2; $p < 0,05$ i w wieku 90-95 lat: Chi^2 17,7; $p < 0,001$);
- stanu wolnego (w wieku 75-80 lat: Chi^2 12,8; $p < 0,005$ i w wieku 90-95 lat: Chi^2 27,7; $p < 0,001$) oraz
- mieszkające samotnie (w wieku 75-80 lat: Chi^2 15,0; $p < 0,005$ i w wieku 90-95 lat: Chi^2 14,0; $p < 0,005$).

Udział przyjaciół i znajomych oraz pracowników pomocy społecznej w przygotowywaniu posiłków był szczątkowy. **Z pomocy przyjaciół** w obu grupach wiekowych istotnie częściej korzystały:

- osoby mieszkające samotnie lub tylko z obcymi (75-80 lat: Chi^2 16,4; $p < 0,001$ oraz 90-95 lat: Chi^2 11,6; $p < 0,01$) oraz

- długowieczni mężczyźni (dokładny test Fishera; $p < 0,05$).

Z bezpłatnej opieki realizowanej przez **pracowników pomocy społecznej** istotnie częściej korzystały osoby mieszkające tylko z obcymi sobie ludźmi (25,0%; $\chi^2 19,0$; $p < 0,001$).

Podsumowując:

1. Udział pomocy rodzinnej w przygotowywaniu posiłków był istotnie wyższy w porównaniu z innymi źródłami pomocy.
2. Z pomocy rodziny w zakresie przygotowywania posiłków istotnie częściej korzystały osoby długowieczne, a w ich grupie osoby z wykształceniem podstawowym, owdowiałe i mieszkające z rodziną oraz pozostające w związku małżeńskim.
3. W grupie osób w wieku 75-80 lat z pomocy rodziny w zakresie przygotowywania posiłków istotnie częściej korzystali mężczyźni, osoby pozostające w związku małżeńskim oraz mieszkające z obcymi sobie ludźmi.

4.2.5. Pomoc w sprawach administracyjno-prawnych

Załatwianie spraw urzędowych jest elementem codziennego życia. W miarę starzenia się u osób starszych mogą pojawiać się trudności w wypełnianiu formularzy wynikające z niezrozumienia treści dokumentów i języka urzędowego. Nieprawność fizyczna stanowi poważną barierę w dotarciu do urzędów. Osoby w podeszłym wieku częściej zatem wymagają pomocy w załatwianiu spraw administracyjnych i prawnych. Zwykle w tym pomaga im rodzina. Należy podkreślić, że świadczenie takiej pomocy wchodzi także w zakres zadań pracowników służb socjalnych, którzy zobowiązani są do udzielania jej osobom starszym nie mającym wsparcia w rodzinie.

Pytania w kwestionariuszu dotyczyły pomocy w załatwianiu spraw osobistych w urzędach (polegających np. na wydawaniu dyspozycji majątkowych, wypełnianiu zeznań podatkowych, dokumentów bankowych, sporządzaniu testamentu) oraz w czynnościach związanych z prowadzeniem domu, gospodarowaniem pieniędzmi, realizowaniem bieżących płatności (tzn. rachunków za energię elektryczną, gaz, czynsz).

Wpływ czynników demograficznych na zapotrzebowanie i korzystanie osób starszych z porad administracyjno-prawnych

Spośród analizowanych czynników demograficznych odnotowano jedynie wpływ wieku na korzystanie z pomocy w załatwianiu spraw administracyjno-prawnych i zgłaszanie na nie zapotrzebowania. Osoby długowieczne około 2 razy częściej niż ludzie w wieku 75-80 lat korzystały z pomocy w załatwianiu spraw administracyjno-prawnych oraz zgłaszały zapotrzebowanie na to świadczenie (tabela 4.2.5.1).

Tabela 4.2.5.1. Korzystanie osób starszych z pomocy w załatwianiu spraw administracyjno-prawnych i zapotrzebowanie na nią.

Pomoc w załatwianiu spraw administracyjno-prawnych – liczba osób, które w ciągu ostatnich 6 miesięcy:								
Wiek	korzystały ze świadczeń		Ogółem		zgłaszały zapotrzebowanie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
75-80 lat	89	34,8	256	100,0	81	31,8	255	100,0
90-95 lat	121	71,6	169	100,0	119	70,8	168	100,0
Dokładny test Fishera	p<0,001				p<0,001			

Wpływ wybranych czynników pozademograficznych na zapotrzebowanie i korzystanie z pomocy w załatwianiu spraw administracyjno-prawnych

Stwierdzono, że z opieki polegającej na pomocy w załatwianiu spraw administracyjno-prawnych istotnie częściej korzystały osoby starsze charakteryzujące się:

- gorszą sprawnością w zakresie ADL (χ^2 132,0; $p<0,001$);
- niskim wynikiem testu AMTS (wskazującym na gorszą sprawność w zakresie funkcji poznawczych) (χ^2 39,6; $p<0,001$);
- negatywną samooceną stanu zdrowia (χ^2 18,0; $p<0,001$);
- wysokim (sugerującym poczucie depresji) wynikiem w skali GSOD (χ^2 9,8; $p<0,01$);
- zgłaszające większą liczbę chorób przewlekłych (test U- Manna-Whitneya; $p<0,001$) oraz
- zażywanie większej liczby leków (test U- Manna-Whitneya; $p<0,001$).

Podobnie zapotrzebowanie na pomoc w załatwianiu spraw administracyjno-prawnych istotnie częściej zgłaszały osoby starsze:

- prezentujące gorszą sprawność w zakresie ADL (χ^2 152,3; $p<0,001$);
- złą samooceną stanu zdrowia (χ^2 29,1; $p<0,001$);
- uzyskujące niski wynik testu AMTS (χ^2 45,7; $p<0,001$);
- wysoki wynik w skali GSOD (χ^2 14,4; $p<0,001$);

- zgłaszające większą liczbę chorób przewlekłych (test U- Manna-Whitneya; $p<0,001$) oraz
- zażywanie większej liczby leków (test U- Manna-Whitneya; $p<0,001$).

Wielowymiarowa analiza korzystania z pomocy w załatwianiu spraw administracyjno-prawnych oraz zapotrzebowania na ten rodzaj opieki w oparciu o model regresji logistycznej

W celu ustalenia czynników determinujących korzystanie i zapotrzebowanie na omawiane świadczenie zbudowano modele regresji logistycznej (tabela 4.2.5.2 i 4.2.5.3).

Tabela 4.2.5.2. Czynniki warunkujące korzystanie osób starszych z pomocy w załatwianiu spraw administracyjno-prawnych w oparciu o model regresji logistycznej.

Czynniki:	IS	95% PU	
Płeć: kobiety vs. mężczyźni	1,130	0,569	2,246
Wiek: 90-95 lat vs. 75-80 lat	2,614*	1,278	5,343
Wykształcenie średnie vs. podstawowe	0,825	0,437	1,554
Wykształcenie wyższe vs. podstawowe	0,819	0,356	1,884
Stan cywilny: wolny, owdowiały lub w separacji vs. w związku małżeńskim lub rozwiedziony	0,697	0,276	1,759
Mieszka: z rodziną lub z obcymi lub samotnie vs. tylko ze współmałżonkiem	1,118	0,423	2,959
Stopień sprawności ADL	0,413***	0,304	0,562
Wynik testu AMTS	1,056	0,825	1,352
Liczba chorób przewlekłych	1,299***	1,128	1,497
Samoocena zdrowia jako dość dobre vs. bardzo dobre lub dobre	0,558	0,272	1,146
Samoocena zdrowia jako złe vs. bardzo dobre lub dobre	0,433	0,162	1,160
Wynik testu GSOD	1,054	0,995	1,117
Wskaźnik wsparcia społecznego	1,365	1,068	1,744

Istotność testu Chi² Walda: * $p<0,05$; ** $p<0,005$; *** $p<0,001$

Powyższy model wyjaśnia 41,9% zmienności korzystania osób starszych z pomocy w załatwianiu spraw administracyjno-prawnych. Analiza modelu regresji logistycznej wykazała, że korzystanie to istotnie zależy od:

Determinanty zapotrzebowania na świadczenia medyczne i opiekuńcze osób w wieku podeszłym. Badania populacyjne.

- przynależności do **grupy wiekowej**, co oznacza, że osoby długowieczne w stosunku do osób w wieku 75-80 lat mają 2,6 razy większe ryzyko korzystania z pomocy w zakresie spraw administracyjno-prawnych;
- stopnia **sprawności w zakresie ADL** w ten sposób, że pogorszenie sprawności osób starszych w zakresie ADL o jeden stopień zwiększa 2,4 razy prawdopodobieństwo ich korzystania z pomocy w zakresie spraw administracyjno-prawnych;
- liczby zgłaszanych **chorób przewlekłych**, tzn. osoby starsze, które zgłaszają większą liczbę chorób przewlekłych są zagrożone większym ryzykiem korzystania z pomocy w zakresie spraw administracyjno-prawnych.

Tabela 4.2.5.3. Czynniki warunkujące zapotrzebowanie osób starszych na pomoc w załatwianiu spraw administracyjno-prawnych w oparciu o model regresji logistycznej.

Czynniki:	IS	95% PU	
Płeć: kobiety vs. mężczyźni	1,967	0,914	4,232
Wiek: 90-95 lat vs. 75-80 lat	2,462*	1,148	5,281
Wykształcenie średnie vs. podstawowe	0,988	0,492	1,985
Wykształcenie wyższe vs. podstawowe	0,977	0,389	2,456
Stan cywilny: wolny, owdowiały lub w separacji vs. w związku małżeńskim lub rozwiedziony	0,779	0,284	2,141
Mieszka: z rodziną lub z obcymi lub samotnie vs. tylko ze współmałżonkiem	0,754	0,262	2,164
Stopień sprawności ADL	0,348***	0,248	0,488
Wynik testu AMTS	0,992	0,748	1,315
Liczba chorób przewlekłych	1,277**	1,096	1,487
Samoocena zdrowia jako dość dobre vs. bardzo dobre lub dobre	0,870	0,392	1,934
Samoocena zdrowia jako złe vs. bardzo dobre lub dobre	0,954	0,336	2,710
Wynik testu GSOD	1,036	0,974	1,102
Wskaźnik wsparcia społecznego	1,323	1,017	1,720

Istotność testu Chi² Walda: *p<0,05; **p<0,005; ***p<0,001.

Powyższy model wyjaśnia 48,8% zmienności zgłaszania zapotrzebowania osób starszych na pomoc w załatwianiu spraw administracyjno-prawnych. Analiza

modelu regresji logistycznej wykazała, że zapotrzebowanie na pomoc w tym zakresie istotnie zależy od:

- przynależności do **grupy wiekowej**, tzn. osoby w wieku 90-95 lat w stosunku do osób w wieku 75-80 lat mają 2,5 razy większe prawdopodobieństwo zgłaszania zapotrzebowania na pomoc w załatwianiu spraw administracyjno-prawnych;
- stopnia **sprawności w zakresie ADL**, co oznacza, że pogorszenie sprawności osób starszych w zakresie ADL o jeden stopień, zwiększa prawdopodobieństwo zapotrzebowania na pomoc w zakresie spraw administracyjno-prawnych 2,9 razy;
- liczby zgłaszanych **chorób przewlekłych** w ten sposób, że występowanie większej liczby chorób przewlekłych u osób starszych łączy się z większym prawdopodobieństwem zgłaszania przez nie potrzeb w zakresie pomocy w załatwianiu spraw administracyjno-prawnych.

Podsumowując, zarówno korzystanie osób starszych z pomocy w załatwianiu spraw administracyjno-prawnych, jak i zapotrzebowanie na nią jest uwarunkowane:

- wiekiem,
- sprawnością w zakresie ADL i
- liczbą chorób przewlekłych.

Udział rodziny w realizacji pomocy osobom starszym w załatwianiu spraw administracyjno-prawnych

Osoby w wieku 90-95 lat ponad 2 razy częściej niż osoby młodsze (w wieku 75-80 lat) korzystały z pomocy rodziny w załatwianiu spraw administracyjno-prawnych (tabela 4.2.5.4). Korzystanie z innych źródeł pomocy w tym zakresie było sporadyczne i nie różniło się w obu grupach wiekowych.

Tabela 4.2.5.4. Korzystanie osób starszych z różnych źródeł pomocy w załatwianiu spraw administracyjno-prawnych.

Wiek	Liczba osób, które w ciągu ostatnich 6 miesięcy korzystały z pomocy w załatwianiu spraw administracyjno-prawnych realizowanej przez:								OGÓŁEM	
	rodzinę bezpłatnie		przyjaciół, sąsiadów bezpłatnie		pracowników pomocy społecznej		prawnika lub inne osoby zatrudnione odpłatnie			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
75-80 lat	78	30,2	8	3,1	1	0,4	3	1,2	258	100,0
90-95 lat	112	65,5	7	4,1	2	1,2	4	2,3	171	100,0
Dokładny test Fishera	p<0,001		Ns		Ns		Ns			

Uwaga: Badane osoby uzyskiwały pomoc z wielu źródeł, dlatego wartości w wierszach nie podlegają sumowaniu. Odsetki są liczone względem liczebności grup wiekowych N. Istotność różnicy pomiędzy kohortami wieku jest podana dla każdego źródła pomocy osobno.

Zazwyczaj pomoc osobom starszym w załatwianiu spraw urzędowych świadczy rodzina (dokładny test Fishera; $p<0,001$). Spośród 210 badanych, którzy skorzystali z tego świadczenia aż 92,6% długowiecznych i 87,6% osób w wieku 75-80 lat otrzymywało pomoc rodziny (tabela 4.2.5.5). Zdecydowanie rzadziej pomagali im znajomi, przyjaciele i zatrudnieni w tym celu prawnicy (tabela 4.2.5.5). Tylko sporadycznie takiego świadczenia udzielali pracownicy pomocy społecznej. Na 429 respondentów zaledwie 3 osoby zgłosiły, że uzyskały bezpłatną pomoc służb socjalnych w tym zakresie.

Tabela 4.2.5.5. Udział różnych podmiotów w realizacji pomocy osobom starszym w załatwianiu spraw administracyjno-prawnych.

Wiek	Liczba osób, które korzystały z pomocy w załatwianiu spraw administracyjno-prawnych realizowanej przez:									
	rodzinę bezpłatnie		przyjaciół, sąsiadów bezpłatnie		pracowników pomocy społecznej		prawnika lub inne osoby zatrudnione odpłatnie		OGÓŁEM wszyscy korzystający ze świadczeń	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
75-80 lat	78	87,6	8	9,0	1	1,1	3	3,4	89	100,0
90-95 lat	112	92,6	7	5,8	2	1,6	4	3,3	121	100,0

Uwaga: Badane osoby uzyskiwały pomoc z wielu źródeł, dlatego wartości w wierszach nie podlegają sumowaniu. Odsetki są liczone względem liczebności grup wiekowych N.

Wpływ czynników demograficznych na udział rodziny w realizacji pomocy w załatwianiu spraw administracyjno-prawnych

Ustalono, że **osoby długowieczne mieszkające z rodziną** istotnie częściej korzystały z pomocy rodzinnej w załatwianiu spraw administracyjno-prawnych (75% vs. 54,2% mieszkających samotnie, 50,0% tylko z małżonkiem, 37,5% tylko z obcymi; χ^2 10,8; $p < 0,05$).

Z kolei **samotnie mieszkające osoby w wieku 75-80 lat** częściej korzystały z pomocy odpłatnej w omawianym zakresie (χ^2 8,0; $p < 0,05$).

Z pomocy przyjaciół i znajomych częściej korzystały:

- osoby długowieczne z wyższym wykształceniem (χ^2 13,5; $p < 0,001$) oraz
- osoby w wolnym stanie (χ^2 7,9; $p < 0,05$ w wieku 75-80 lat; χ^2 10,9; $p < 0,05$ w wieku 90-95 lat).

Podsumowując:

1. Udział pomocy rodzinnej w załatwianiu spraw urzędowych i poradnictwie administracyjno-prawnym podopiecznemu był istotnie wyższy w porównaniu z innymi źródłami pomocy.
2. Z pomocy rodzinnej w zakresie poradnictwa administracyjno-prawnego i załatwiania spraw urzędowych najczęściej korzystały osoby długowieczne, zwłaszcza mieszkające z rodziną.

4.2.6. Pomoc w transporcie

Zapewnienie transportu, zwłaszcza niepełnosprawnym osobom starszym pełni ważną funkcję w ich codziennym życiu, ponieważ umożliwia im utrzymywanie kontaktów społecznych oraz dostęp do placówek ochrony zdrowia. W analizie jako kryterium samodzielności w zakresie przemieszczania się poza miejsce zamieszkania zastosowano kategorię:

- przemieszcza się tylko samodzielnie bez pomocy rodziny, przyjaciół, transportu PeFRON-u (Państwowego Funduszu na Rzecz Osób Niepełnosprawnych), sanitarnego lub innego oraz
- samodzielnie korzysta z transportu własnego (tzn. samochodu) lub publicznego (np. tramwaju, autobusu lub taksówki) bez pomocy rodziny lub znajomych.

Osoby, które nie spełniały tych kryteriów zostały określone jako niesamodzielne w zakresie przemieszczania się poza miejsce zamieszkania. W badanym okresie 6 miesięcy korzystały one z przewozu organizowanego przez rodzinę, przyjaciół, PeFRON, kolumnę transportu sanitarnego lub inne osoby.

Wpływ czynników demograficznych na zapotrzebowanie i korzystanie z pomocy w transporcie

Samodzielne poruszanie się po mieście

Poruszanie się po mieście bez pomocy innych osób i zdolność do korzystania ze środków transportu publicznego świadczy o dużej samodzielności osoby starszej. Samodzielność w tym zakresie ulega znacznemu ograniczeniu wraz z wiekiem. W badanej grupie ponad 3,5 razy mniej ludzi długowiecznych w porównaniu z osobami w wieku 75-80 lat potrafiło samodzielnie podróżować np. w celu dokonania zakupów, udania się do poradni lekarskiej lub odwiedzenia znajomych (tabela 4.2.6.1). Należy zaznaczyć, że wśród 211 osób, które zadeklarowały samodzielność w poruszaniu się po mieście 22,3% z nich korzystało jednocześnie z pomocy rodziny, a 0,9% z opieki przyjaciół w tym zakresie.

Tabela 4.2.6.1. Korzystanie z pomocy w transporcie przez osoby starsze.

Wiek	Liczba osób, które w ciągu ostatnich 6 miesięcy korzystały z transportu:						OGÓŁEM	
	samodzielnie		z pomocą rodziny		z pomocą przyjaciół, sąsiadów			
	N	%	N	%	N	%	N	%
75-80 lat	180	69,8	94	36,4	2	0,8	258	100,0
90-95 lat	31	18,0	99	57,6	5	2,9	172	100,0
Dokładny test Fishera	p<0,001		p<0,001		Ns			

Uwaga: Badane osoby uzyskiwały pomoc z wielu źródeł, dlatego wartości w wierszach nie podlegają sumowaniu. Odsetki są liczone względem liczebności grup wiekowych N. Istotność różnicy pomiędzy kohortami wieku jest podana dla każdego źródła pomocy osobno.

Samodzielność w zakresie poruszania się po mieście istotnie częściej zachowali:

- **mężczyźni** (64,0% vs. 42,2% kobiet; dokładny test Fishera; p<0,001);
- osoby lepiej **wykształcone** (63,6% vs. 42,2% z wykształceniem podstawowym; χ^2 11,9; p<0,005).
- pozostające **w związku małżeńskim** (64,8%; χ^2 28,2; p<0,001) oraz
- **mieszkające tylko z małżonkiem lub samotnie** (odpowiednio 69,9% i 58,8%; χ^2 33,5; p<0,001).

Korzystanie z pomocy rodzinnej w przemieszczaniu się poza odległość spaceru

Osoby długowieczne częściej niż ludzie w wieku 75-80 lat korzystały z pomocy rodziny w transportowaniu ich w inne miejsca (tabela 4.2.6.1). Ponadto stwierdzono, że z takiej pomocy istotnie częściej korzystały:

- **starsze kobiety** (48,3% vs. 37,5% mężczyzn; dokładny test Fishera; p<0,05);
- osoby z **wykształceniem podstawowym** (51,9%; χ^2 10,1; p<0,01);
- **mieszkające z rodziną** (57,7% ; χ^2 30,1; p<0,001) i
- **owdowiałe** (53,7% ; χ^2 28,7; p<0,001).

Korzystanie z różnych form transportu

Analizowano korzystanie z następujących form transportu:

- transportu publicznego (takich jak autobus, tramwaj, taksówka);
- samochodu dla niepełnosprawnych z PFRON-u;
- transportu sanitarnego (karetka) oraz
- innych form pomocy w przewozie do innych miejsc (tabela 4.2.6.2).

Stwierdzono, że **osoby długowieczne** istotnie rzadziej korzystały z transportu publicznego, natomiast częściej wymagały przewozu karetką (tabela 4.2.6.2). Z kolei osoby **mieszkające tylko ze współmałżonkiem** (33,7%) lub **samotnie** (38,7%) częściej zachowywały samodzielność w zakresie poruszania się środkami transportu publicznego (χ^2 9,0; $p < 0,05$).

Tabela 4.2.6.2. Korzystanie z różnych form transportu przez osoby starsze.

Wiek	Liczba osób, które w ciągu ostatnich 6 miesięcy korzystały z następujących form transportu:										OGÓŁEM	
	publicznego		PeFRON-u		sanitarnego		innego		nie opu- zczało domu			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
75-80 lat	88	34,1	1	0,4	12	4,7	2	0,8	3	1,2	258	100,0
90-95 lat	40	23,3	0	0	27	15,7	5	2,9	16	9,3	172	100,0
Dokładny test Fishera	p<0,01		Ns		p<0,001		Ns		p<0,001			

Uwaga: Badane osoby uzyskiwały pomoc z wielu źródeł, dlatego wartości w wierszach nie podlegają sumowaniu. Odsetki są liczone względem liczebności grup wiekowych N. Istotność różnicy pomiędzy kohortami wieku jest podana dla każdego źródła pomocy osobno.

Potrzeby osób starszych w zakresie korzystania z transportu

Okolo 13,4% osób w wieku 75-80 lat i 21,6% osób długowiecznych stwierdziło, że częściej potrzebuje korzystać z transportu (np. w celu udania się do przychodni, załatwienia spraw, zrobienia zakupów, odwiedzenia znajomych lub w celach towarzyskich) niż do tej pory było to możliwe. Powyższe odsetki nie są wysokie jednak bezpośrednio wskazują na niedobory w zakresie tego świadczenia. **Osoby długowieczne** istotnie częściej zgłaszały, że dotychczasowa pomoc w transporcie jest niedostateczna, a potrzeby w tym zakresie niezrealizowane (dokładny test Fishera; $p < 0,05$). Podobnie okolo 20,0% osób

z **wyższym** i 19,6% z **podstawowym wykształceniem** zgłaszało zapotrzebowanie na większą niż dotychczas realizowana pomoc w przewozie (χ^2 7,1; $p < 0,05$).

Podsumowując:

1. Osoby w wieku 75-80 lat częściej niż długowieczne samodzielnie poruszały się po mieście i korzystały z transportu publicznego.
2. W obu grupach wiekowych mężczyźni, osoby z wyższym wykształceniem, pozostające w związku małżeńskim lub w wolnym stanie oraz mieszkające tylko z małżonkiem istotnie częściej były całkowicie samodzielne w zakresie poruszania się po mieście.
3. Bez względu na wiek osoby mieszkające tylko z małżonkiem lub samotnie istotnie częściej samodzielnie korzystały z transportu publicznego.
4. Osoby długowieczne istotnie częściej niż ludzie w wieku 75-80 lat korzystały z pomocy rodziny w zakresie przewozu.
5. W obu grupach wiekowych osobami, które istotnie częściej korzystały z pomocy rodzinnej w zakresie transportu były kobiety, osoby gorzej wykształcone, owdowiałe i mieszkające wraz z rodziną.
6. Osoby długowieczne oraz osoby z wykształceniem wyższym i podstawowym częściej zgłaszały zapotrzebowanie na zwiększenie pomocy w przewozie w stosunku do dotychczas realizowanej.

Wpływ wybranych czynników pozademograficznych na zapotrzebowanie i korzystanie z pomocy w przewozie

Korzystanie z pomocy w transportowaniu istotnie częściej było zgłaszane przez osoby:

- prezentujące gorszą sprawność w zakresie ADL (χ^2 152,1; $p < 0,001$);
- niski wynik testu AMTS (χ^2 78,0; $p < 0,001$);
- negatywną samoocenę stanu zdrowia (χ^2 44,0; $p < 0,001$);
- uzyskujące wysoki wynik w skali GSOD (χ^2 6,7; $p < 0,05$);
- zgłaszające większą liczbę chorób przewlekłych (test U- Manna-Whitneya;

$p < 0,001$) oraz

- zażywanie większej liczby leków (test U- Manna-Whitneya; $p < 0,01$).

Podobnie, zapotrzebowanie na zwiększenie pomocy w zakresie transportu istotnie częściej było zgłaszane przez osoby:

- prezentujące gorszą sprawność w zakresie ADL (χ^2 24,3; $p < 0,001$);
- posiadające gorsze wsparcie społeczne (χ^2 21,2; $p < 0,001$);
- negatywną samoocenę stanu zdrowia (χ^2 15,4; $p < 0,001$);
- uzyskujące wysoki wynik w skali GSOD (χ^2 10,5; $p < 0,005$);
- niski wynik testu AMTS (χ^2 10,0; $p < 0,05$) oraz
- zgłaszające większą liczbę chorób przewlekłych (test U- Manna-Whitneya; $p < 0,05$).

Wielowymiarowa analiza korzystania z pomocy w transporcie oraz zapotrzebowania na taką pomoc w oparciu o model regresji logistycznej

Na podstawie analizy przedstawionych powyżej zależności zbudowano modele regresji logistycznej (tabela 4.2.6.3 i 4.2.6.4).

Tabela 4.2.6.3. Czynniki warunkujące korzystanie osób starszych z pomocy w transporcie na podstawie modelu regresji logistycznej.

Czynniki:	IS	95% PU	
Płeć: kobiety vs. mężczyźni	1,176	0,556	2,490
Wiek: 90-95 lat vs. 75-80 lat	1,348	0,626	2,905
Stan cywilny: wdowieństwo vs. inny	2,651*	1,329	5,290
Mieszka: sam lub tylko z małżonkiem vs z rodziną lub z osobą obcą	0,375**	0,190	0,740
Stopień sprawności ADL	0,396***	0,284	0,554
Wynik testu AMTS	0,681*	0,509	0,911
Samoocena zdrowia jako dość dobre vs. bardzo dobre lub dobre	1,420	0,685	2,940
Samoocena zdrowia jako złe vs. bardzo dobre lub dobre	1,924	0,764	4,844
Liczba chorób przewlekłych	1,154	0,999	1,333
Wskaźnik wsparcia społecznego	1,234	0,963	1,582
Dochód miesięczny netto	0,881	0,766	1,014

Istotność testu χ^2 Walda: * $p < 0,05$; ** $p < 0,005$; *** $p < 0,001$

Przedstawiony model wyjaśnia 52,3% zmienności korzystania z omawianego świadczenia przez osoby starsze. Analiza modelu regresji logistycznej wykazała, że korzystanie z pomocy w transporcie przez osoby starsze istotnie zależy od:

- stopnia **sprawności w zakresie ADL**, co znaczy, że pogorszenie sprawności o 1 stopień w stosowanej tu skali zwiększa ryzyko korzystania z pomocy w przewozie 2,5 razy;
- **wyniku testu AMTS**, tzn. pogorszenie wyniku testu o 1 punkt w skali od 0-10 zwiększa 1,5 razy prawdopodobieństwo korzystania z pomocy w transporcie przez osoby starsze;
- **stanu cywilnego**, w ten sposób, że osoby owdowiałe mają 2,6 razy większe ryzyko korzystania z pomocy w transporcie w stosunku do osób innego stanu;
- **sposobu zamieszkiwania**, w ten sposób, że osoby mieszkające z rodziną lub osobami obcymi mają 2,7 razy większe prawdopodobieństwo korzystania z pomocy w transporcie względem tych, które mieszkają same lub tylko z małżonkiem.

Ponadto na granicy znamienności statystycznej ustalono zależność od:

- **liczby chorób przewlekłych** ($p=0,052$), co oznacza, że zgłaszanie kolejnych chorób przez osoby starsze może wiązać się z większym prawdopodobieństwem korzystania przez nich z pomocy w przewozie.

Tabela 4.2.6.4. Czynniki warunkujące zapotrzebowanie osób starszych na zwiększenie pomocy w zakresie przewozu na podstawie modelu regresji logistycznej.

Czynniki:	IS	95% PU	
Płeć: kobiety vs. mężczyźni	0,714	0,297	1,717
Wiek: 90-95 lat vs. 75-80 lat	1,497	0,663	3,378
Wykształcenie średnie vs. inne	0,493	0,208	1,166
Stan cywilny: wdowieństwo, w związku małżeńskim, separacja vs. wolny lub rozwiedziony	2,283	0,469	11,111
Mieszka: z osobą obcą vs. sam lub z innymi	0,884	0,420	1,865
Stopień sprawności ADL	0,702*	0,503	0,980
Wynik testu AMTS	0,841	0,657	1,076
Samoocena zdrowia jako dość dobre vs. bardzo dobre lub dobre	3,664*	1,003	13,384
Samoocena zdrowia jako złe vs. bardzo dobre lub dobre	2,667	0,618	11,515
Liczba chorób przewlekłych	1,136	0,959	1,346
Wskaźnik wsparcia społecznego	0,744*	0,560	0,988
Wynik testu GSOD	1,014	0,945	1,087
Dochód miesięczny netto	0,961	0,818	1,129

Istotność testu Chi² Walda: *p<0,05; **p<0,005; ***p<0,001

Na podstawie przytoczonego modelu wykazano, że zapotrzebowanie osób starszych na zwiększenie pomocy w przewozie istotnie zależy od:

- stopnia **sprawności w zakresie ADL**, tzn. pogorszenie sprawności o 1 stopień w stosowanej tu skali zwiększa 1,4 razy prawdopodobieństwo zgłaszania zapotrzebowania na zwiększenie pomocy w przewozie;
- **samooceny stanu zdrowia** w ten sposób, że osoby starsze oceniające swoje zdrowie jako dość dobre mają 3,7 razy większe ryzyko zgłaszania zapotrzebowania na zwiększenie pomocy w przewozie w stosunku do osób z samooceną zdrowia bardzo dobrą lub dobrą;
- wielkości **wsparcia społecznego** w ten sposób, że wzrost wsparcia o jeden stopień w zaproponowanej tu skali zmniejsza 1,3 razy prawdopodobieństwo zgłaszania zapotrzebowania na zwiększenie pomocy w przewozie przez osoby starsze.

Powyższy model wyjaśnia 25,8% (R² Nagelkerke'a) zmienności zgłaszania zapotrzebowania na zwiększenie pomocy w przewozie do innych miejsc.

Wprowadzanie do modelu schorzeń prowadzących do znacznego pogorszenia sprawności fizycznej jako kolejnych zmiennych objaśniających powodowało dalszą poprawę wiarygodności modelu. Najistotniejszą poprawę modelu ($-2\text{llg}= 190,1$; R^2 Nagelkerke'a = 0,37) uzyskano poprzez wprowadzenie zmiennej „przebyty udar mózgu” ($IS=9,4^{**}$; 95% PU 1,9 - 46,6). To jednak odbywało się kosztem zatarcia znaczenia sprawności w zakresie ADL jako czynnika determinującego zgłaszanie zapotrzebowania na większą pomoc w zakresie przewozu. Tą zmianę można wytłumaczyć wysoką korelacją zaburzeń sprawności w zakresie ADL z występowaniem powikłań udaru.

Stopień sprawności w zakresie ADL jest uniwersalną miarą, którą można stosować w przypadku niesprawności na różnym podłożu. Dlatego ostatecznie zdecydowano o przedstawieniu modelu, w którym zachowuje on znaczenie czynnika warunkującego zgłaszanie zapotrzebowania na większą pomoc w zakresie przewozu.

Podsumowując, korzystanie z pomocy w przewozie jest uwarunkowane:

- stopniem sprawności w zakresie ADL,
- wynikiem testu AMTS,
- liczbą zgłaszanych chorób przewlekłych,
- stanem cywilnym oraz
- sposobem zamieszkiwania.

Czynnikami determinującymi zgłaszanie zapotrzebowania na zwiększenie możliwości transportu są:

- stopień sprawności w zakresie ADL, zwłaszcza będący skutkiem przebytego udaru mózgu,
- samoocena zdrowia i
- poziom wsparcia społecznego.

4.2.7. Porady lekarskie i hospitalizacje

Liczba porad lekarskich

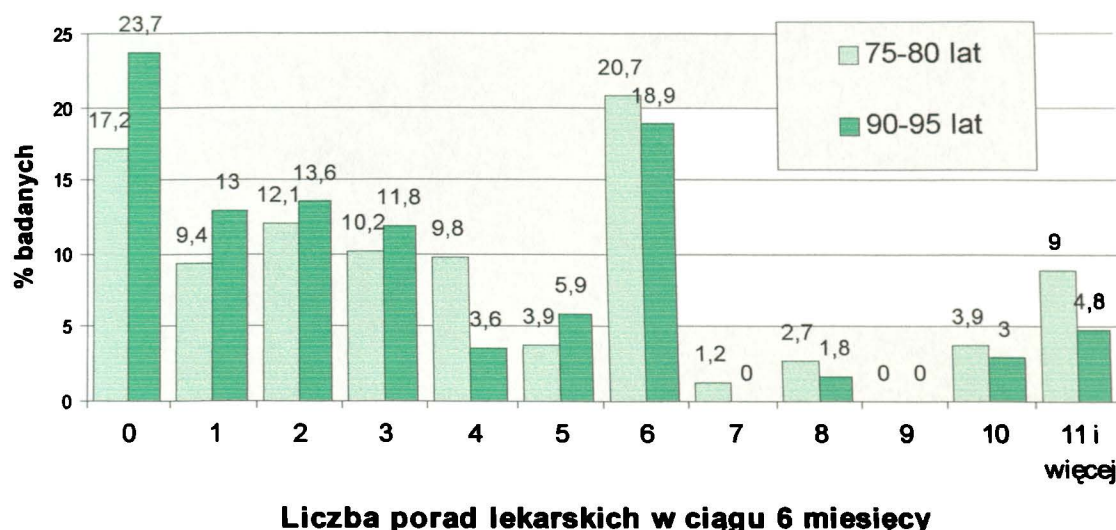
Jednym z mierników korzystania ze świadczeń medycznych jest liczba udzielonych porad lekarskich w określonym odstępie czasu. Na użytek tego badania zgodnie z kwestionariuszem OARS przyjęto okres 6 miesięcy poprzedzających badanie.

Wpływ czynników demograficznych na liczbę porad lekarskich udzielanych osobom starszym

Wpływ wieku

Rozważając średnie stwierdzono, że w porównaniu z osobami w wieku 75-80 lat (5,1; SD 7,1) osoby długowieczne nieco rzadziej (4,0; SD 7,9) korzystały z porad lekarskich. **Wpływ wieku** na liczbę porad potwierdzono testem U-Manna Whitneya ($p < 0,01$).

Wykazano, że w ciągu poprzedzających badanie 6 miesięcy osoby w wieku 75-80 lat zwykle korzystały z 4, a osoby długowieczne z 2 (mediana) porad lekarskich. W przypadku większości badanych osób liczba tych porad wahała się od 1 do 6 w obu grupach wiekowych (kwartyle 1-3). Największa grupa badanych (20,7% w wieku 75-80 lat i 18,9% w wieku 90-95 lat) zasięgnęła 6 porad lekarskich w okresie analizowanego półrocza lub nie korzystała z nich wcale (17,2% osób w wieku 75-80 lat i 23,7% długowiecznych) (rycina 15).



Rycina 15. Korzystanie z określonej liczby porad lekarskich przez osoby starsze.

W obu analizowanych kohortach wiekowych nie odnotowano wpływu płci na liczbę porad lekarskich. Przeciętnie kobiety korzystały z nieco większej liczby porad niż mężczyźni, jednak różnice pomiędzy płciami nie były istotne statystycznie.

Wykazano, że kobiety w wieku 75-80 lat korzystały z 4, a mężczyźni z 3 (mediana) porad lekarskich w ciągu 6 miesięcy. Zwykle liczba tych porad wahała się od 2 do 6 w przypadku kobiet i 1-6 w przypadku mężczyzn w wieku 75-80 lat (kwartyle 1-3). Średnio badane kobiety w wieku 75-80 lat uzyskały 5,6 (SD 7,9), a mężczyźni 4,3 (SD 5,5) porad lekarskich.

W tym samym okresie czasu kobiety w wieku 90-95 lat były u lekarza 3, a mężczyźni 2 razy (mediana). Zwykle liczba porad lekarskich wahała się od 1 do 6 porad w przypadku kobiet i 1-5 porad w przypadku mężczyzn w wieku 90-95 lat (kwartyle 1-3). Średnia liczba porad lekarskich, z których skorzystały osoby w wieku 90-95 lat wyniosła 4,1 (SD 8,4) dla kobiet i 3,6 (SD 5,2) dla mężczyzn.

Wpływ poziomu wykształcenia

Liczba otrzymanych porad lekarskich różniła się zależnie **od poziomu wykształcenia** (test Kruskala-Wallisa, $p < 0,005$), chociaż różnice w rozkładzie częstości korzystania z określonej liczby porad były istotne tylko w grupie osób w wieku 75-80 lat (χ^2 157,9; $p < 0,01$).

Nie wykazano wpływu pozostałych rozpatrywanych czynników demograficznych na liczbę porad lekarskich udzielanych osobom starszym.

Wpływ czynników pozademograficznych na liczbę porad lekarskich udzielanych osobom starszym

Ustalono, że na liczbę porad lekarskich udzielonych osobom starszym ma istotny wpływ ich:

- samoocena stanu zdrowia (test Kruskala-Wallisa, $p < 0,005$);
- zmiana stanu zdrowia w ciągu poprzedzających badanie 5 lat (test Kruskala-Wallisa, $p < 0,01$);
- liczba zażywanych leków (test Kruskala-Wallisa, $p < 0,001$) oraz
- liczba zgłaszanych przez nich schorzeń przewlekłych (test Kruskala-Wallisa, $p < 0,001$).

Pozostałe analizowane czynniki takie jak stopień sprawności w zakresie ADL, wynik testu AMTS, skali GSOD, poziom wsparcia społecznego i dochodów pozostawały bez wpływu na liczbę porad lekarskich udzielonych osobom starszym w okresie 6 miesięcy.

Ponadto ustalono, że z porad lekarskich istotnie częściej korzystały osoby starsze:

- zgłaszające więcej chorób przewlekłych (χ^2 447,7; $p < 0,001$);
- zażywające większą liczbę leków (χ^2 452,4; $p < 0,001$);
- zgłaszające pogorszenie stanu zdrowia w ciągu poprzedzających badanie 5 lat (χ^2 54,1; $p < 0,05$);
- uzyskujące niższe dochody miesięczne (χ^2 252,7; $p < 0,001$).

Pozostałe analizowane czynniki takie jak samoocena stanu zdrowia, stopień sprawności w zakresie ADL, wynik testu AMTS, skali GSOD i poziom wsparcia

społecznego nie miały wpływu na rozkład częstości korzystania z określonej liczby porad lekarskich w ciągu 6 miesięcy.

Podsumowując, na podstawie przedstawionych danych stwierdzono zależność pomiędzy częstością korzystania z porad lekarskich a:

- wiekiem,
- poziomem wykształcenia,
- liczbą zgłaszanych chorób przewlekłych,
- liczbą zażywanych leków,
- samooceną stanu zdrowia,
- zmianą stanu zdrowia w okresie 5 ostatnich lat oraz
- wysokością dochodów.

Model regresji liniowej zbudowany w oparciu o analizowane czynniki tłumaczy niewielki ($R^2=0,20$) obszar zmienności korzystania z porad lekarskich.

Na jego podstawie można sądzić, że:

- pogorszenie stanu zdrowia w okresie 5 lat,
- uzyskiwanie niskich dochodów, a przede wszystkim
- wielochorobowość i rodzaj choroby przewlekłej (tj. choroby serca, dróg moczowych, wątroby, jaskra i udar mózgu) zwiększają ryzyko korzystania z większej liczby porad lekarskich.

Wprowadzenie do modelu innych schorzeń nie poprawiło współczynnika determinacji R^2 .

Powyższe wyniki są zgodne z rezultatami innych badań. Przyczyną zgłaszania się do lekarza jest przede wszystkim występowanie dolegliwości i chorób [Maniecka-Bryła i Szpakowska 2000, Hershkovitz i in. 2001, Walter-Ginzburg i in. 2001]. Inne czynniki wydają się mieć mniejsze znaczenie.

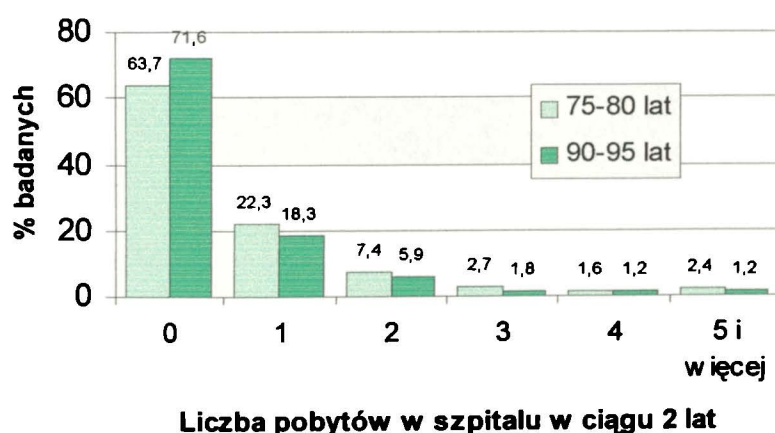
W przedstawionym badaniu wykazano, że wyniki pomiarów przy użyciu skali ADL i testów AMTS i GSOD nie mają znaczenia w prognozowaniu korzystania z porad lekarskich.

Hospitalizacje

Kolejnymi wskaźnikami korzystania ze świadczeń medycznych są: liczba pobyków w szpitalu w określonym odstępie czasu oraz długość hospitalizacji liczona w dniach. W badaniu zgodnie z kwestionariuszem OARS przyjęto kryterium liczby dni leczenia szpitalnego w ciągu 6 miesięcy poprzedzających badanie. Biorąc pod uwagę, że osoby starsze mogą nie pamiętać dokładnej liczby dni dodano pytanie uzupełniające o liczbę pobyków w szpitalu w ciągu ostatnich 2 lat poprzedzających badanie.

Wpływ czynników demograficznych na liczbę epizodów hospitalizacji osób starszych w ciągu 2 lat

Analizując okres 2 lat poprzedzających badanie, stwierdzono, że 36,3% osób w wieku 75-80 lat oraz 28,4% długowiecznych wymagało w tym czasie hospitalizacji, przy czym zbliżony odsetek osób w wieku 75-80 lat (22,3%) jak i długowiecznych (18,3%) przebywał w szpitalu tylko raz i (odpowiednio 14,0% i 10,1%) więcej razy. Nie stwierdzono zatem istotnych różnic pomiędzy grupami wiekowymi w tym zakresie (rycina 16). Osoby starsze w wieku 75-80 i 90-95 lat średnio przebywały w szpitalu odpowiednio 0,76 (SD 2,1) i 0,56 razy (SD 1,8) w ciągu 2 lat poprzedzających badanie.



Rycina 16. Liczba pobyków w szpitalu osób starszych w ciągu 2 lat.

W obu analizowanych kohortach wiekowych płeć nie miała wpływu na liczbę hospitalizacji w ciągu 2 lat poprzedzających badanie. Średnia liczba hospitalizacji w ciągu 2 lat wyniosła około 0,75 dla obu płci osób w wieku 75-80 lat (z odchyleniem SD=1,5 dla mężczyzn i SD=2,5 dla kobiet) oraz 0,68 (SD 1,4) dla długowiecznych mężczyzn i 0,53 (SD 1,9) dla kobiet w wieku 90-95 lat.

Podobnie pozostałe czynniki demograficzne nie miały wpływu na liczbę hospitalizacji osób starszych w okresie 2 lat.

Wpływ czynników pozademograficznych na liczbę hospitalizacji osób starszych w ciągu 2 lat poprzedzających badanie

Ustalono, że istnieje zależność pomiędzy liczbą hospitalizacji osób starszych w okresie 2 lat a:

- samooceną stanu zdrowia (test Kruskala-Wallisa, $p < 0,005$);
- liczbą zażywanych leków (test Kruskala-Wallisa, $p < 0,005$) oraz
- liczbą zgłaszanych schorzeń przewlekłych (test Kruskala-Wallisa, $p < 0,001$).

Pozostałe analizowane czynniki takie, jak zmiana stanu zdrowia w ciągu poprzedzających badanie 5 lat, stopień sprawności w zakresie ADL, wynik testu AMTS, skali GSOD, poziom wsparcia społecznego i dochodów pozostawały bez wpływu na liczbę hospitalizacji osób starszych w ciągu 2 lat poprzedzających badanie.

Próba zbudowania modelu regresji liniowej ($R^2=0,14$) w oparciu o powyższe dane nie doprowadziła do wyjaśnienia przyczyn hospitalizacji osób starszych. Wcześniejsze badania dowodzą wpływu innych, niż tu analizowane, czynników na częstość hospitalizacji osób starszych. Jako najważniejszy powód hospitalizacji podaje się wystąpienie nowo rozpoznanej choroby oraz duże zaawansowanie lub zaostrzenie choroby przewlekłej [Kardas i Ratajczyk-Pakalska 2001:52-58, Walter-Ginzburg i in. 2001]. Należy zaznaczyć, że w opracowanym modelu uwidocznił się wpływ przewlekłej obturacyjnej choroby płuc i choroby nowotworowej na częstość hospitalizacji.

Liczba dni pozostawania w leczeniu w szpitalnym w okresie 6 miesięcy

W okresie 6 miesięcy poprzedzających badanie z leczenia szpitalnego korzystało 16,8% osób w wieku 75-80 lat oraz 16,0% osób długowiecznych. Około 5,1% osób w wieku 75-80 lat i 5,3% długowiecznych leczyło się w szpitalu od 1-7 dni. Pozostali wymagali dłuższej hospitalizacji (tabela 4.2.7.1). W przypadku osób hospitalizowanych ich pobyt w leczeniu szpitalnym trwał średnio 17 dni w ciągu 6 miesięcy (16,1 dni w przypadku osób w wieku 75-80 lat i 18,2, gdy dotyczył długowiecznych).

Tabela 4.2.7.1. Liczba dni hospitalizacji osób starszych w okresie 6 miesięcy (różnice pomiędzy grupami wiekowymi nieistotne).

Wiek	Liczba osób podlegających określonej liczbie dni hospitalizacji w ciągu ostatnich 6 miesięcy:										Ogółem	
	0 dni		1-7 dni		8-14 dni		15-21 dni		>21 dni			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
75-80 lat	213	83,2	13	5,1	12	4,7	8	3,1	10	4,0	256	100,0
90-95 lat	142	84,0	9	5,3	4	2,4	6	3,5	8	4,8	169	100,0
Ogółem	355	83,5	22	5,2	16	3,8	14	3,3	18	4,2	425	100,0

Długość leczenia szpitalnego nie różniła się istotnie statystycznie w rozważanych grupach wiekowych. Średnia liczba dni hospitalizacji wyniosła odpowiednio 2,8/ na 6 miesięcy (SD 8,6) dla osób z młodszej kohorty i 2,9 (SD 9,4) dla długowiecznych.

Podobnie nie stwierdzono wpływu pozostałych czynników demograficznych (tj. stan cywilny, sposób zamieszkiwania i poziom wykształcenia) na liczbę dni hospitalizacji osób starszych w okresie półrocznym.

W obu analizowanych kohortach wiekowych płeć nie miała istotnego wpływu na liczbę dni spędzonych w szpitalu. Jeśli jednak kobiety wymagały leczenia szpitalnego, to zazwyczaj przebywały w nim nieco dłużej niż mężczyźni. Średnia długość hospitalizacji wyniosła 2,9 dnia/ 6 miesięcy (SD 9,8) dla kobiet w wieku 75-80 lat i odpowiednio 3,1 dnia (SD 9,9) dla kobiet ze starszej kohorty. W okresie półrocza mężczyźni w wieku 75-80 lat byli hospitalizowani średnio przez 2,5 dnia

(SD 6,2), natomiast długowieczni przez 2,1 doby (SD 7,2).

Średnia liczba dni hospitalizacji w ciągu 6 miesięcy była zatem trochę wyższa w przypadku **hospitalizowanych** kobiet (18,5) niż mężczyzn (14,5). Także maksymalna liczba dni hospitalizacji wyniosła 75 dni w przypadku kobiet i 30 dni w przypadku mężczyzn.

Wpływ czynników pozademograficznych na liczbę dni spędzonych w szpitalu przez osoby starsze w okresie 6 miesięcy

Stwierdzono, że na liczbę dni hospitalizacji osób starszych w okresie 6 miesięcy poprzedzających badanie miały wpływ:

- samoocena ich zdrowia (test Kruskala-Wallisa, $p < 0,001$);
- liczba zgłaszanych schorzeń przewlekłych (test Kruskala-Wallisa, $p < 0,001$);
- poziom poczucia depresji w skali GSOD (test Kruskala-Wallisa, $p < 0,001$) oraz na granicy istotności:
- liczba zażywanych leków (test Kruskala-Wallisa, $p = 0,08$) i
- stopień sprawności w zakresie ADL (test Kruskala-Wallisa, $p = 0,07$).

Pozostałe analizowane czynniki takie jak zmiana stanu zdrowia w ciągu poprzedzających badanie 5 lat, wynik testu AMTS, poziom wsparcia społecznego i wysokość dochodów pozostawały bez wpływu na długość hospitalizacji ludzi w podeszłym wieku.

Zbudowany w oparciu o analizowane zmienne model regresji liniowej ($R^2 = 0,18$) w małym stopniu wyjaśniał czynniki determinujące długość (liczbę dni) hospitalizacji osób starszych. Według niego prawdopodobieństwo wydłużenia się pobytu w szpitalu jest uwarunkowane liczbą chorób przewlekłych. W miarę wprowadzania do modelu określonych schorzeń okazało się jednak, że większe znaczenie w prognozowaniu długości leczenia szpitalnego ma rodzaj chorób (np. POCHP, choroby serca, choroby nerek, choroby powodujące zaburzenia krążenia obwodowego) niż ich liczba.

Przedstawione wyniki są zgodne z rezultatami innych badań, w których podkreśla się, że korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej zależy przede wszystkim od czynników związanych ze stanem zdrowia, a zaawansowanie chorób

przewlekłych oraz pogłębianie się niesprawności fizycznej na podłożu tych schorzeń wydłużają pobyt w szpitalu i w oddziale intensywnej terapii [Walter-Ginzburg 2001].

Opieka długoterminowa

Badane osoby starsze sporadycznie korzystały z oddziałów opieki długoterminowej. W ciągu ostatnich 6 miesięcy zaledwie 1,6% osób (tzn. 4 osoby w wieku 75-80 lat i 3 w wieku 90-95 lat) korzystało z tej formy opieki. Ich pobyty były z zasady długotrwałe, dlatego też średnia liczba dni spędzonych w zakładach opieki długoterminowej dla wszystkich 425 badanych osób wyniosła 1,44 dnia, a dla osób, które przebywały w tych zakładach aż 87,4 dnia. Ze względu na bardzo małą liczebność grupy szczegółowa analiza nie była możliwa.

Zakłady opiekuńczo-lecznicze, pielęgnacyjno-opiekuńcze, a zwłaszcza szpitalne oddziały dla przewlekle chorych są stosunkowo młodym tworem w polskiej organizacji opieki zdrowotnej. Być może zbyt małe propagowanie tej formy opieki sprawiło, że w latach 2000-2001 osoby starsze nadal leczyły się przede wszystkim w szpitalach.

4.2.8. Opieka pielęgniarska

Czynności pielęgniarskie, o które pytano badanych obejmują podawanie leków np. w formie zastrzyków, wlewów kroplowych, opatrunków i zabiegi pielęgnacyjne przepisane przez lekarza. Zabiegi te wymagają określonych umiejętności, dlatego zwykle wykonywane są przez wykwalifikowanych pracowników opieki zdrowotnej – najczęściej pielęgniarki.

Wpływ czynników demograficznych na zapotrzebowanie i korzystanie osób starszych ze świadczeń pielęgniarskich

Osoby długowieczne 2,5 razy częściej niż ludzie w wieku 75-80 lat korzystały z zabiegów pielęgniarskich w ciągu 6 miesięcy poprzedzających badanie. Podobnie osoby te prawie 4 razy częściej niż badani z młodszej kohorty zgłaszały zapotrzebowanie na omawiane świadczenia (tabela 4.2.8.1).

Tabela 4.2.8.1. Korzystanie i zapotrzebowanie osób starszych na świadczenia pielęgniarskie.

Wiek	Świadczenia pielęgniarskie– liczba osób, które:							
	korzystały ze świadczeń		Ogółem		zgłaszały zapotrzebowanie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
75-80 lat	37	14,5	256	100,0	21	8,2	255	100,0
90-95 lat	62	36,9	168	100,0	54	32,3	167	100,0
Dokładny test Fishera	p<0,001				p<0,001			

Osoby posiadające wykształcenie podstawowe lub niższe istotnie częściej zgłaszały zapotrzebowanie na świadczenia pielęgniarskie w stosunku do ludzi starszych lepiej wykształconych (22,3% vs. 12,9% i 10,6%; χ^2 7,6; $p<0,05$).

W obu grupach wiekowych nie stwierdzono wpływu pozostałych czynników demograficznych zarówno na korzystanie ze świadczeń pielęgniarskich, jak i zgłaszanie na nie zapotrzebowania.

Podsumowując, na podstawie powyższych wyników można stwierdzić, że:

1. Osoby długowieczne istotnie częściej niż ludzie w wieku 75-80 lat korzystały ze świadczeń pielęgniarstwa oraz zgłaszały na nie zapotrzebowanie.
2. Osoby posiadające wykształcenie podstawowe lub niższe częściej zgłaszały zapotrzebowanie na świadczenia pielęgniarstwa w stosunku do osób wyżej wykształconych.

Wpływ wybranych czynników pozademograficznych na zapotrzebowanie i korzystanie ze świadczeń pielęgniarstwa

Stwierdzono, że z zabiegów pielęgniarstwa istotnie częściej korzystały osoby starsze:

- prezentujące gorszą sprawność w zakresie ADL (χ^2 54,5; $p < 0,001$);
- niski wynik testu AMTS, wskazujący na upośledzenie funkcji poznawczych (χ^2 21,4; $p < 0,001$);
- negatywną samoocenę stanu zdrowia (χ^2 16,4; $p < 0,001$);
- otrzymujące gorsze wsparcie społeczne (χ^2 27,4; $p < 0,001$);
- zgłaszające większą liczbę chorób przewlekłych (test U-Manna-Whitneya; $p < 0,001$) oraz
- zażywające większą liczbę leków (test U-Manna-Whitneya; $p < 0,001$).

Podobnie zapotrzebowanie na świadczenia pielęgniarstwa istotnie częściej zgłaszały osoby:

- prezentujące gorszą sprawność w zakresie ADL (χ^2 110,6; $p < 0,001$);
- niski wynik testu AMTS (χ^2 50,5; $p < 0,001$);
- złą samoocenę stanu zdrowia (χ^2 49,3; $p < 0,001$);
- wysoki (wskazujący na poczucie depresji) wynik testu GSOD (χ^2 20,1; $p < 0,001$);
- zgłaszające większą liczbę chorób przewlekłych (test U-Manna-Whitneya; $p < 0,001$);
- zażywające więcej leków (test U-Manna-Whitneya; $p < 0,005$) oraz
- otrzymujące gorsze wsparcie społeczne (χ^2 46,6; $p < 0,001$).

**Wielowymiarowa analiza korzystania z zabiegów pielęgniarstwa
i zapotrzebowania na te usługi na podstawie modelu regresji logistycznej**

Na podstawie powyższych danych zbudowano modele regresji logistycznej w celu ustalenia czynników determinujących korzystanie ze świadczeń pielęgniarstwa oraz zgłaszanie na nie zapotrzebowania.

Tabela 4.2.8.2. Czynniki warunkujące korzystanie ze świadczeń pielęgniarstwa przez osoby starsze na podstawie modelu regresji logistycznej.

Czynniki:	IS	95% PU	
Płeć: kobiety vs. mężczyźni	0,902	0,352	2,312
Wiek: 90-95 lat vs. 75-80 lat	2,878*	1,287	6,437
Wykształcenie średnie vs. podstawowe	0,769	0,360	1,640
Wykształcenie wyższe vs. podstawowe	0,418	0,123	1,425
Stan cywilny: wolny lub wdowieństwo vs. w związku małżeńskim, po rozwodzie, separacja	1,137	0,355	3,638
Mieszka: sam, z rodziną lub z osobą obcą vs. tylko z małżonkiem	0,485	0,137	1,718
Stopień sprawności ADL	0,677*	0,495	,925
Liczba chorób przewlekłych	1,146	0,963	1,365
Liczba zażywanych leków	0,888	0,740	1,066
Wskaźnik wsparcia społecznego	0,825	0,635	1,072
Wynik testu AMTS	1,089	0,922	1,286
Samoocena zdrowia jako dość dobre vs. bardzo dobre lub dobre	0,739	0,308	1,772
Samoocena zdrowia jako złe vs. bardzo dobre lub dobre	0,646	0,234	1,785
Dochód miesięczny netto	0,889	0,755	1,048
Leki przeciwbólowe	2,105	0,983	4,507
Leki moczopędne	4,769***	2,122	10,719
Leki psychotropowe poprawiające koncentrację i pamięć	2,714*	1,289	5,713
Antybiotyki	3,513*	1,210	10,204
Liczba porad lekarskich	1,031	0,987	1,077
Liczba hospitalizacji	1,041	0,911	1,190

Istotność testu Chi² Walda: *p<0,05; **p<0,005; ***p<0,001

W oparciu o przedstawiony model wykazano, że korzystanie ze świadczeń pielęgniarstwa przez osoby starsze istotnie zależy od:

- ich przynależności do **grupy wiekowej**, co oznacza, że osoby długowieczne w stosunku do osób w wieku 75-80 lat mają 2,9 razy większe prawdopodobieństwo korzystania ze świadczeń pielęgniarstwa;
- stopnia **sprawności w zakresie ADL** w ten sposób, że pogorszenie sprawności ADL o 1 stopień w zastosowanej tu skali zwiększa prawdopodobieństwo korzystania ze świadczeń pielęgniarstwa przez osoby starsze 1,5 razy;
- **zazywania określonych leków**, co oznacza, że przyjmowanie antybiotyków, leków moczopędnych i poprawiających funkcjonowanie mózgu oraz leków przeciwbólowych (na granicy istotności $p=0,055$) zwiększa prawdopodobieństwo korzystania osób starszych ze świadczeń pielęgniarstwa.

Powyższy model regresji logistycznej wyjaśnia 34,1% zmienności korzystania ze świadczeń pielęgniarstwa. Wprowadzanie do niego innych leków, schorzeń i rodzajów niesprawności jako kolejnych zmiennych objaśniających nie poprawiło jego wiarygodności.

Tabela 4.2.8.3. Czynniki warunkujące zapotrzebowanie na świadczenia pielęgniarskie zgłaszane przez osoby starsze na podstawie modelu regresji logistycznej.

Czynniki:	IS	95% PU	
Płeć: kobiety vs. mężczyźni	0,504	0,127	1,995
Wiek: 90-95 lat vs. 75-80 lat	3,898*	1,293	11,751
Wykształcenie średnie vs. podstawowe	0,173*	0,047	0,629
Wykształcenie wyższe vs. podstawowe	0,083*	0,010	0,729
Stan cywilny: wolny lub wdowieństwo vs. w związku małżeńskim, po rozwodzie, separacja	1,167	0,187	7,287
Mieszka: sam, z rodziną lub z osobą obcą vs. tylko z małżonkiem	1,170	0,139	9,845
Stopień sprawności ADL	0,354***	0,201	0,622
Liczba chorób przewlekłych	1,303*	1,011	1,680
Wskaźnik wsparcia społecznego	0,372***	0,225	0,616
Wynik testu AMTS	1,057	0,777	1,436
Samooceńca zdrowia jako dość dobre vs. bardzo dobre lub dobre	0,954	0,186	4,884
Samooceńca zdrowia jako złe vs. bardzo dobre lub dobre	1,658	0,284	9,665
Wynik testu GSOD	1,056	0,960	1,161
Choroby skóry	2,705	0,680	10,767
Przebyty udar mózgu	0,042	0,004	0,432
POCHP ³³	2,288	0,652	8,026
Leki przeciwbólowe	1,696	0,628	4,579
Leki psychotropowe poprawiające koncentrację i pamięć	2,549	0,894	7,270
Iniekcje insuliny	6,005	0,882	40,897
Porażenie lub niedowład kończyny vs. pełna sprawność	3,822	0,337	43,367
Amputacja lub zanik funkcji kończyny vs. pełna sprawność	0,472	0,090	2,493
Stan po złamaniu kości vs. pełna sprawność	0,217	0,025	1,919
Niedołęstwo vs. pełna sprawność	0,775	0,144	4,182

Istotność testu Chi² Walda: *p<0,05; **p<0,005; ***p<0,001

Przedstawiony model regresji logistycznej tłumaczy około 57,4% zmienności zgłaszania zapotrzebowania na świadczenia pielęgniarskie przez osoby starsze. Jego analiza wykazała, że zapotrzebowanie na omawiane świadczenia istotnie zależy od:

- przynależności do **grupy wiekowej**, tzn. osoby długowieczne w stosunku do osób w wieku 75-80 lat mają 3,9 razy większe ryzyko zgłaszania zapotrzebowania na świadczenia pielęgniarskie;

³³ POCHP – przewlekła obturacyjna choroba płuc.

- stopnia **sprawności w zakresie ADL**, co oznacza, że pogorszenie sprawności ADL o 1 stopień w stosowanej tu skali zwiększa ryzyko zgłaszania zapotrzebowania na świadczenia pielęgniarstwa przez osoby starsze 2,8 razy;
- **poziomu wykształcenia** w następujący sposób: w stosunku do osób z wykształceniem podstawowym osoby ze średnim wykształceniem mają około 5,8 razy mniejsze, a osoby z wykształceniem wyższym około 12 razy mniejsze prawdopodobieństwo zgłaszania zapotrzebowania na świadczenia pielęgniarstwa;
- stopnia **wsparcia społecznego**, tzn. ograniczenie wsparcia dla osób starszych o jeden stopień w zaproponowanej skali powoduje 2,7 krotny wzrost ryzyka zgłaszania przez nie zapotrzebowania na świadczenia pielęgniarstwa;
- **liczby zgłaszanych chorób przewlekłych** w ten sposób, że występowanie wielu chorób u osób starszych zwiększa prawdopodobieństwo zgłaszania przez nie zapotrzebowania na świadczenia pielęgniarstwa.

Ponadto, zgłaszanie zapotrzebowania na omawiane świadczenia zależy od:

- konieczności przyjmowania **iniekcji insuliny** ($p=0,067$ na granicy istotności).

Podsumowując, korzystanie ze świadczeń pielęgniarstwa jest uwarunkowane:

- wiekiem,
- sprawnością w zakresie ADL i
- zażywaniem leków np. antybiotyków, leków moczopędnych, przeciwbólowych oraz psychotropowych.

Czynnikami determinującymi zapotrzebowanie na świadczenia pielęgniarstwa są:

- wiek,
- poziom wykształcenia,
- sprawność w zakresie ADL,
- liczba chorób przewlekłych,
- przyjmowanie iniekcji insuliny oraz
- poziom wsparcia społecznego.

Udział rodziny i pracowników medycznych w wykonywaniu czynności pielęgniarstkich

Świadczenia pielęgniarstkie są realizowane rzadziej niż omówione wcześniej czynności typowo usługowe. Jest to wynikiem zlecania tych świadczeń przede wszystkim pacjentom, którzy cierpią na poważne schorzenia i wymagają trudniejszych zabiegów pielęgniarstkich np. zastrzyków i opatrunków (tabela 4.2.8.4). Zasadniczo zabiegi te są wykonywane przez pielęgniarki. Niektóre czynności pielęgniarstkie mogą jednak być realizowane także przez rodzinę, przyjaciół lub inne osoby.

Tabela 4.2.8.4. Korzystanie osób starszych z różnych źródeł pomocy w zakresie zabiegów pielęgniarstkich.

Wiek	Liczba osób, które w ciągu ostatnich 6 miesięcy korzystały ze świadczeń pielęgniarstkich realizowanych przez:								OGÓŁEM	
	rodzinę bezpłatnie		przyjaciół, sąsiadów bezpłatnie		pracowników opieki zdrowotnej		pielęgniarki lub inne osoby odpłatnie			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
75-80 lat	8	3,1	3	1,2	24	9,3	6	2,3	258	100,0
90-95 lat	24	14,0	2	1,2	30	17,5	13	7,6	171	100,0
Dokładny test Fishera	p<0,001		Ns		p<0,01		p<0,01			

Uwaga: Badane osoby uzyskiwały pomoc z wielu źródeł, dlatego wartości w wierszach nie podlegają sumowaniu. Odsetki są liczone względem liczebności grup wiekowych N. Istotność różnicy pomiędzy kohortami wieku jest podana dla każdego źródła pomocy osobno.

Osoby długowieczne istotnie częściej niż ludzie w wieku 75-80 lat musiały korzystać z zabiegów wykonywanych przez pielęgniarki lub rodzinę, czasami wydatkując na to pewne środki (tabela 4.2.8.4). Poza wiekiem czynniki demograficzne nie miały wpływu na udział rodziny w realizacji czynności pielęgniarstkich. Ponadto ustalono, że kobiety długowieczne istotnie częściej niż mężczyźni korzystały z pomocy osób zatrudnionych w tym celu odpłatnie (dokładny test Fishera; p<0,05).

Analiza dotycząca osób, które korzystały ze świadczeń pielęgniarstkich w okresie 6 miesięcy poprzedzających badanie wykazała, że zarówno osoby

w wieku 75-80 lat, jak i długowieczne najczęściej korzystały z pielęgnacji realizowanej przez pracowników opieki zdrowotnej (dokładny test Fishera; $p < 0,001$) (tabela 4.2.8.5). Udział rodziny w realizacji tych świadczeń jest odnotowany lecz wyraźnie mniejszy. Na uwagę zasługuje również stosunkowo wysoki odsetek osób korzystających z pielęgnacji wykonywanej odpłatnie (tabela 4.2.8.5).

Tabela 4.2.8.5. Udział różnych podmiotów w realizacji świadczeń pielęgniarskich w stosunku do osób starszych.

Wiek	Liczba osób, które korzystały ze świadczeń pielęgniarskich wykonywanych przez:									
	rodzinę bezpłatnie		przyjaciół, sąsiadów bezpłatnie		pracowników opieki zdrowotnej		pielęgniarki lub inne osoby odpłatnie		OGÓŁEM wszyscy korzystający ze świadczeń	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
75-80 lat	8	21,6	3	8,1	24	64,8	6	16,2	37	100,0
90-95 lat	24	38,7	2	3,2	30	48,3	13	20,9	62	100,0

Uwaga: Badane osoby uzyskiwały pomoc z wielu źródeł, dlatego wartości w wierszach nie podlegają sumowaniu. Odsetki są liczone względem liczebności grup wiekowych N.

Podsumowując:

1. Osoby długowieczne istotnie częściej niż ludzie w wieku 75-80 lat korzystały z opieki pielęgniarskiej realizowanej, zarówno przez pielęgniarki, jak i rodzinę.
2. Udział rodziny w realizacji świadczeń pielęgniarskich jest mniejszy niż opieki formalnej, co prawdopodobnie wiąże się z koniecznością posiadania odpowiednich kwalifikacji umożliwiających wykonywanie większości zabiegów pielęgniarskich.
3. Zdecydowana większość osób starszych, które wymagały zabiegów pielęgniarskich korzystała z instytucji opieki zdrowotnej w tym zakresie, zarówno w formie odpłatnej, jak i bezpłatnej.

4.2.9. Rehabilitacja

W badaniu pytano o świadczenia rehabilitacyjne rozumiane jako zabiegi fizjo- i fizykoterapii realizowane przez kinezyterapeutów, masażyстів, magistrów rehabilitacji, techników fizykoterapii i innych pracowników opieki zdrowotnej prowadzących rehabilitację bezpłatnie lub odpłatnie. Wybrane ćwiczenia (zwłaszcza w ramach ogólnie usprawniającej rehabilitacji przyłóżkowej) mogą być prowadzone także przez pielęgniarki oraz przyuczonych opiekunów rodzinnych, co uwzględniono w pytaniach dotyczących udziału poszczególnych osób w realizacji tych zabiegów.

Wpływ czynników demograficznych na korzystanie i zapotrzebowanie osób starszych na zabiegi rehabilitacji

Z zabiegów rehabilitacji znacząco, bo ponad 4 razy częściej niż długowieczni korzystali **osoby w wieku 75-80 lat** (tabela 4.2.9.1). Ludzie w wieku 90-95 lat istotnie rzadziej niż osoby od nich młodsze uważały, że ich stan zdrowia wymaga poprawy poprzez zastosowanie zabiegów rehabilitacji. Potrzebę korzystania ze świadczeń rehabilitacyjnych wyraziło prawie 2 razy więcej osób w wieku 75-80 lat i prawie 5 razy więcej długowiecznych w porównaniu z liczbą tych, którzy wcześniej już byli poddawani zabiegom rehabilitacji (tabela 4.2.9.1). Świadczy to o wielokrotnie wyższym zapotrzebowaniu na tę formę terapii w stosunku do tego, co jest realizowane.

Tabela 4.2.9.1. Korzystanie z zabiegów rehabilitacji i zapotrzebowanie na nie zgłaszane przez osoby starsze.

Wiek	Zabiegi rehabilitacji – liczba osób, które:							
	korzystali ze świadczeń		Ogółem		zgłaszały zapotrzebowanie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
75-80 lat	44	17,2	256	100,0	81	31,9	254	100,0
90-95 lat	6	3,6	168	100,0	29	17,6	165	100,0
Dokładny test Fishera	p<0,001				p<0,001			

Z zabiegów rehabilitacji istotnie częściej korzystały osoby starsze:

- **z wykształceniem wyższym** (19,7%; χ^2 6,0; $p < 0,05$), a
- w grupie długowiecznych osoby **owdowiałe** i pozostające **w związku małżeńskim** (χ^2 27,9; $p < 0,001$).

Ponadto ustalono, że zapotrzebowanie na rehabilitację najczęściej zgłaszały osoby **owdowiałe** (18,5%; χ^2 11,1; $p < 0,05$).

Wpływ wybranych czynników pozademograficznych na zapotrzebowanie i korzystanie ze świadczeń rehabilitacyjnych

Nie wykazano wpływu: niesprawności w zakresie ADL, upośledzenia funkcji poznawczych (w teście AMTS), poczucia depresji (w skali GSOD), wsparcia społecznego oraz poziomu dochodów na zgłaszanie zapotrzebowania i korzystanie osób starszych ze świadczeń rehabilitacyjnych. Ponadto korzystanie ze świadczeń rehabilitacyjnych nie zależało od samooceny stanu zdrowia i liczby zażywanych leków. Odnotowano jedynie, że osoby skarżące się na więcej chorób przewlekłych rzadziej korzystały z zabiegów rehabilitacji (test U-Manna-Whitneya; $p < 0,05$). Ponadto wykazano zależność pomiędzy zgłaszaniem zapotrzebowania na świadczenia rehabilitacyjne a:

- samooceną stanu zdrowia (χ^2 8,3; $p < 0,05$) oraz
- liczbą zgłaszanych chorób przewlekłych i zażywanych leków (test U-Manna-Whitneya; $p < 0,001$).

Wobec braku lub wykazanych powyżej słabych zależności zdecydowano o rozważeniu wpływu na omawiane świadczenia tych schorzeń i niesprawności, które zwykle są wskazaniem do podjęcia rehabilitacji. Analizowano korzystanie i zapotrzebowanie na zabiegi rehabilitacji osób cierpiących na określone choroby w porównaniu z osobami nie mającymi tych schorzeń. W ten sposób ustalono zależność korzystania z zabiegów rehabilitacji od występowania osteoporozy, zaburzeń krążenia obwodowego w zakresie kończyn oraz chorób zapalno-zwyrodnieniowych stawów i kości (tabela 4.2.9.2). Stwierdzono istotnie częstsze zgłaszanie zapotrzebowania na tego typu terapię przez chorych na osteoporozę, choroby serca, skarżących się na zmiany zapalno-zwyrodnieniowe stawów

i kręgosłupa zaburzenia krążenia obwodowego i powikłania po udarze mózgu (tabela 4.2.9.2). W przypadku pozostałych analizowanych chorób nie stwierdzono takich zależności.

Tabela 4.2.9.2. Relacja pomiędzy występowaniem wybranych schorzeń i korzystaniem z rehabilitacji oraz zgłaszaniem zapotrzebowania na nią przez osoby starsze (dokładny test Fishera).

Schorzenie	Istotność związku z:	
	korzystaniem z rehabilitacji p	zapotrzebowaniem na rehabilitację p
ChZZSK ³⁴	p<0,057	p<0,001
Stan po udarze mózgu	Ns	p<0,05
Osteoporoza	p<0,05	p<0,005
Zaburzenia mowy	Ns	Ns
Parkinsonizm	Ns	Ns
Choroba serca	Ns	p<0,05
POCHP	Ns	Ns
Zaburzenia krążenia obwodowego kończyn	p<0,05	p<0,005
Zaniki mięśniowe	Ns	Ns

Podobnie analizowano powiązanie niesprawności będącej wynikiem porażenia lub niedowładu kończyn, amputacji lub upośledzenia funkcji kończyn, stanu po złamaniu kości i niedołęstwa z korzystaniem z zabiegów rehabilitacyjnych i zapotrzebowaniem na nie.

³⁴ ChZZSK - choroby zapalne i zwyrodnieniowe stawów i kręgosłupa.

Tabela 4.2.9.3. Relacja pomiędzy występowaniem niesprawności i korzystaniem z rehabilitacji oraz zgłaszaniem na nią zapotrzebowania przez osoby starsze (dokładny test Fishera).

Rodzaj niesprawności	Istotność związku z:	
	korzystaniem z rehabilitacji p	zapotrzebowaniem na rehabilitację p
Porażenie kończyn	Ns	Ns
Niedowład kończyn	Ns	p<0,05
Amputacja lub upośledzenie funkcji kończyn	P=0,065	p<0,05
Stan po złamaniu kości	Ns	p<0,005
Niedołęstwo	Ns	Ns

Występowanie niesprawności, jak widać w tabeli 4.2.9.3, nie wpływało na częstsze korzystanie z zabiegów rehabilitacyjnych. Natomiast ludzie z niedowładem lub innym upośledzeniem funkcji kończyn, po ich amputacji lub złamaniu kości istotnie częściej zgłaszali zapotrzebowanie na tą formę leczenia. Należy zaznaczyć, że osoby zniedołężniałe niezwykle rzadko korzystały z rehabilitacji i wyrażały potrzebę poddawania się tego typu zabiegom.

Wielowymiarowa analiza zapotrzebowania osób starszych i korzystania ze świadczeń rehabilitacyjnych w oparciu o model regresji logistycznej

Korzystając z powyższych wyników zbudowano modele regresji logistycznej w celu ustalenia czynników determinujących korzystanie osób starszych z zabiegów rehabilitacji oraz zgłaszanie przez nie zapotrzebowania na te świadczenia (tabele 4.2.9.4 i 4.2.9.5).

Tabela 4.2.9.4. Czynniki warunkujące korzystanie ze świadczeń rehabilitacyjnych przez osoby starsze w oparciu o model regresji logistycznej.

Czynniki:	IS	95% PU	
Płeć: kobiety vs. mężczyźni	1,322	0,556	3,146
Wiek: 90-95 lat vs. 75-80 lat	0,223**	0,081	0,611
Wykształcenie średnie vs. podstawowe	1,424	0,651	3,115
Wykształcenie wyższe vs. podstawowe	2,808*	1,104	7,140
Mieszka: sam vs. z rodziną lub z osobą obcą	1,303	0,551	3,084
Mieszka: tylko z małżonkiem vs. z rodziną lub z osobą obcą	2,567*	1,030	6,402
Stopień sprawności ADL	0,974	0,669	1,419
Samoocena zdrowia jako dość dobre vs. bardzo dobre lub dobre	0,971	0,393	2,400
Samoocena zdrowia jako złe vs. bardzo dobre lub dobre	1,071	0,364	3,150
Porażenie lub niedowład kończyny vs. pełna sprawność	0,243	0,031	1,921
Amputacja lub zanik funkcji kończyny vs. pełna sprawność	1,495	0,406	5,508
Stan po złamaniu kości vs. pełna sprawność	0,802	0,103	6,258
Niedołęstwo vs. pełna sprawność	1,472	0,305	7,090
Przebyty udar mózgu	3,882*	0,990	15,230
Choroba zapalno-zwyrodnieniowa stawów lub kręgosłupa	2,014	0,902	4,497
Osteoporoza	2,358*	1,016	5,470
Zaburzenia krążenia obwodowego	2,153	0,952	4,868
Choroba serca	0,979	0,438	2,191
Liczba chorób przewlekłych	0,878	0,701	1,101
Liczba hospitalizacji	1,131	0,994	1,287
Liczba porad lekarskich	1,053**	1,019	1,089

Istotność testu Chi² Walda: *p<0,05; **p<0,005; ***p<0,001

Na podstawie przedstawionego modelu regresji logistycznej

(R²Nagelkerke'a = 0,23) można stwierdzić, że na korzystanie osób starszych

z zabiegów rehabilitacji mają wpływ:

- przynależność do **grupy wiekowej**, co znaczy, że osoby w wieku 75-80 lat w stosunku do osób długowiecznych mają 4,5 razy większe szanse korzystania ze świadczeń rehabilitacyjnych;
- **stopień wykształcenia**, tzn. osoby z wyższym wykształceniem mają 2,8 razy większe prawdopodobieństwo korzystania z zabiegów rehabilitacji w porównaniu z tymi, którzy posiadają wykształcenie podstawowe;

- **sposób zamieszkiwania** w ten sposób, że osoby mieszkające tylko z małżonkiem mają 2,6 razy większe prawdopodobieństwo korzystania ze świadczeń rehabilitacyjnych w stosunku do mieszkających z rodziną lub z osobami obcymi;
- występowanie **osteoporozy**, co oznacza, że osoby zgłaszające tę chorobę mają 2,4 razy większe prawdopodobieństwo korzystania z zabiegów rehabilitacji niż ludzie starsi bez tego schorzenia;
- przebycie w przeszłości **udar mózgu**, tzn. osoby, które przebyły udar mózgu mają 3,9 razy większe prawdopodobieństwo korzystania z zabiegów rehabilitacji niż ludzie starsi, którzy nie mieli tej choroby;
- **liczba porad lekarskich** w ten sposób, że osoby korzystające z większej liczby porad lekarskich mają większe prawdopodobieństwo uczestniczenia w zajęciach rehabilitacji.

Należy wspomnieć, że odnotowano również wpływ innych czynników będących na granicy istotności statystycznej, tj.:

- liczby epizodów **hospitalizacji** ($p=0,063$), co może znaczyć, że osoby, które wymagały hospitalizacji mają większe ryzyko korzystania z zabiegów rehabilitacyjnych;
- występowania chorób, które powodują **zaburzenia krążenia obwodowego** ($p=0,065$), co znaczy, że osoby zgłaszające te zaburzenia w obrębie kończyn mają większe prawdopodobieństwo korzystania z zabiegów rehabilitacji niż ludzie starsi bez tych problemów zdrowotnych;
- występowania **chorób zapalno-zwyrodnieniowych stawów i kręgosłupa** w ten sposób, że osoby zgłaszające te choroby mają większe ryzyko korzystania z rehabilitacji w porównaniu z ludźmi bez tych chorób ($p=0,088$).

Podobnie opracowano model regresji logistycznej w celu ustalenia czynników warunkujących zgłaszanie zapotrzebowania na świadczenia rehabilitacyjne przez osoby starsze.

Tabela 4.2.9.5. Model regresji logistycznej dla zgłaszania zapotrzebowania na świadczenia rehabilitacyjne przez osoby starsze.

Czynniki:	IS	95% PU	
Płeć: kobiety vs. mężczyźni	1,095	0,501	2,394
Wiek: 90-95 lat vs. 75-80 lat	0,380*	0,171	0,844
Wykształcenie średnie vs. podstawowe	1,148	0,586	2,250
Wykształcenie wyższe vs. podstawowe	1,309	0,543	3,153
Stan cywilny: w związku małżeńskim vs. stan wolny, separacja lub po rozwodzie	1,441	0,683	3,041
Stan cywilny: wdowi vs. stan wolny, separacja lub po rozwodzie	3,079*	1,185	7,999
Stopień sprawności ADL	1,025	0,735	1,427
Liczba chorób przewlekłych	0,809*	0,660	0,991
Samooceńca zdrowia jako dość dobre vs. bardzo dobre lub dobre	1,278	0,608	2,687
Samooceńca zdrowia jako złe vs. bardzo dobre lub dobre	0,823	0,322	2,105
Porażenie lub niedowład kończyny vs. pełna sprawność	2,655	0,436	16,189
Amputacja lub zanik funkcji kończyny vs. pełna sprawność	2,730	0,830	8,982
Stan po złamaniu kości vs. pełna sprawność	20,044**	2,722	147,626
Niedołęstwo vs. pełna sprawność	1,330	0,277	6,387
Choroba zapalno-zwyrodnieniowa stawów lub kręgosłupa	3,834***	1,861	7,899
Przebyty udar mózgu	8,119***	2,245	29,366
Osteoporoza	2,805*	1,285	6,121
Choroba serca	1,752	0,852	3,602
Zaburzenia krążenia obwodowego	2,336*	1,135	4,808

Istotność testu Chi² Walda: *p<0,05; **p<0,005; ***p<0,001

Analiza przedstawionego modelu (R^2 Nagelkerke'a = 0,32) wykazała, że zgłaszanie zapotrzebowania na świadczenia rehabilitacyjne przez osoby starsze zależy od:

- przynależności do **grupy wiekowej**, co oznacza, że osoby w wieku 75-80 lat w stosunku do długowiecznych mają 2,6 razy większe prawdopodobieństwo zgłaszania zapotrzebowania na świadczenia rehabilitacyjne;
- **stanu cywilnego**, przy czym osoby **owdowiałe** mają 3,1 razy większe szanse zgłaszania zapotrzebowania na zabiegi rehabilitacji w porównaniu z osobami w stanie cywilnym wolnym, rozwiedzionymi lub w separacji;

- **liczby chorób przewlekłych** w ten sposób, że występowanie wielu chorób zmniejsza prawdopodobieństwo zgłaszania zapotrzebowania na świadczenia rehabilitacyjne przez osoby starsze;
- **niepełnosprawności** w ten sposób, że osoby, które doznały **złamania kości** mają 20 razy większe prawdopodobieństwo zgłaszania zapotrzebowania na zabiegi rehabilitacji w porównaniu z osobami w pełni sprawnymi;
- występowania **chorób zapalno-zwyrodnieniowych stawów i kręgosłupa**, co znaczy, że osoby zgłaszające te choroby mają 3,8 razy większe prawdopodobieństwo zgłaszania zapotrzebowania na zabiegi rehabilitacji niż ludzie starsi bez takich schorzeń;
- występowania **osteoporozy** tzn. osoby zgłaszające tę chorobę mają 2,8 razy większe prawdopodobieństwo zgłaszania zapotrzebowania na zabiegi rehabilitacji niż ludzie starsi bez tego schorzenia;
- utrzymywania się powikłań **po udarze mózgu**, co oznacza, że osoby, które przebyły udar mają 8,1 razy większe prawdopodobieństwo zgłaszania zapotrzebowania na zabiegi rehabilitacji w stosunku do ludzi bez tego schorzenia;
- występowania chorób, które powodują **zaburzenia krążenia obwodowego**, co znaczy, że osoby stwierdzające te zaburzenia w obrębie kończyn mają 2,3 razy większe prawdopodobieństwo zgłaszania zapotrzebowania na zabiegi rehabilitacji niż ludzie starsi bez takich problemów zdrowotnych.

Przedstawione modele charakteryzują się wysokimi wartościami –2llg, które mogą świadczyć o ich słabym dopasowaniu. Przyczyną są wcześniej wykazywane słabe zależności pomiędzy zmiennymi objaśniającymi, a badanymi zmiennymi zależnymi (korzystaniem i zapotrzebowaniem na świadczenia rehabilitacyjne). Oznacza to, że powodów korzystania z tych usług należy szukać także poza czynnikami ściśle związanymi ze sprawnością i zdrowiem. Pewne przesłanki ku temu znajdujemy również w innych pracach [Iwanek 1999, Golinowska i in. 1999]. Modele te, pomimo tego, że wyjaśniają niewielki obszar zmienności, dostarczają interesującej informacji o tym, jakie czynniki mogą warunkować korzystanie

i zapotrzebowanie osób starszych na zabiegi rehabilitacji. Znaczenie wielu wymienionych determinant (np. wieku, wykształcenia, stanu cywilnego) można wytłumaczyć w oparciu o inne badania [Kinsella i Taeuber 1992, Bień 1996, Woźniak 1997, Iwanek 1999]. Z kolei schorzenia prowadzące do upośledzenia sprawności są wskazaniem do zabiegów rehabilitacji.

Podsumowując, w oparciu o przedstawione modele ustalono, że korzystanie z zabiegów rehabilitacji jest determinowane przez:

- wiek,
- stopień wykształcenia,
- sposób zamieszkiwania,
- występowanie schorzeń upośledzających sprawność ruchową (tj. osteoporozy, stanu po udarze mózgu, zaburzeń krążenia obwodowego kończyn i chorób zapalno-zwyrodnieniowych stawów i kręgosłupa) oraz
- liczbę porad lekarskich i epizodów hospitalizacji.

Zapotrzebowanie osób starszych na zabiegi rehabilitacji jest uwarunkowane:

- wiekiem,
- stanem cywilnym,
- występowaniem niepełnosprawności, zwłaszcza spowodowanej złamaniem kości,
- liczbą chorób przewlekłych i
- występowaniem schorzeń upośledzających sprawność (tj. osteoporozy, chorób zapalno-zwyrodnieniowych stawów i kręgosłupa, stanu po udarze mózgu, zaburzeń krążenia obwodowego kończyn).

Na podstawie uzyskanych wyników w badaniu:

- nasuwa się interesujące spostrzeżenie o nieistotności wartości predykcyjnej sprawności w zakresie ADL w prognozowaniu korzystania i zapotrzebowania na zabiegi rehabilitacji (tabele 4.2.9.4 i 4.2.9.5);
- zastanawia fakt, że osoby długowieczne istotnie rzadziej niż ludzie w wieku 75-80 lat korzystały i zgłaszały zapotrzebowanie na omawiane świadczenia (tabela 4.2.9.1);

- zwracają uwagę dysproporcja pomiędzy korzystaniem i zapotrzebowaniem na świadczenia rehabilitacyjne w przypadku większości analizowanych schorzeń (patrz dalej tabela 4.2.9.6) oraz
- podobne różnice w przypadku osób niepełnosprawnych (tabela 4.2.9.7).

Tabela 4.2.9.6. Porównanie częstości korzystania osób starszych z zabiegów rehabilitacji z zapotrzebowaniem na nie zależnie od występowania różnych schorzeń.

Schorzenia	Liczba osób chorych na poszczególne schorzenia, które:							
	korzystały z zabiegów rehabilitacji		Ogółem chorzy		zgłaszały zapotrzebowanie na rehabilitację		Ogółem chorzy	
	N	%	N	%	N	%	N	%
ChZZSK	33	14,5	227	100,0	80	35,9	223	100,0
Stan po udarze mózgu	6	16,2	37	100,0	16	43,2	37	100,0
Zaburzenia mowy	1	3,8	26	100,0	8	33,3	24	100,0
Osteoporoza	15	21,1	71	100,0	29	41,4	70	100,0
Choroba serca	35	12,9	272	100,0	80	29,9	268	100,0
POCHP	5	12,2	41	100,0	9	22,5	40	100,0
Nadciśnienie tętnicze	28	13,9	202	100,0	58	28,9	201	100,0
Zaburzenia krążenia obwodowego kończyn	25	15,7	159	100,0	54	34,8	155	100,0

Tylko 14,5% osób skarżących się na choroby zapalno-zwyrodnieniowe stawów i kręgosłupa korzystało, podczas gdy ponad 2 razy więcej z nich uważało, że wymaga zabiegów rehabilitacji. Podobne dysproporcje zaobserwowano w przypadku innych chorób wymienionych w tabeli 4.2.9.6. W przypadku niepełnosprawności różnice pomiędzy zapotrzebowaniem i korzystaniem ze świadczeń rehabilitacyjnych były jeszcze bardziej wyraźne (tabela 4.2.9.7), np. około 73% osób po przebytym złamaniu kości uważało, że ich stan wymaga rehabilitacji, podczas gdy tylko jedna czwarta z nich korzystała z tej formy leczenia.

Tabela 4.2.9.7. Porównanie częstości korzystania osób starszych z zabiegów rehabilitacji z zapotrzebowaniem na nie zależnie od występowania różnych form niepełnosprawności.

Przyczyna niepełnosprawności	Liczba osób niepełnosprawnych, które:							
	korzystały z zabiegów rehabilitacji		Ogółem		zgłaszały zapotrzebowanie na rehabilitację		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Całkowite porażenie kończyn	0	0	4	100,0	2	66,6	3	100,0
Częściowy niedowład kończyn	2	10,0	20	100,0	9	45,0	20	100,0
Zanik funkcji kończyn w wyniku amputacji, RZS ³⁵ , ChZZSK, zaników mięśni	6	24,0	25	100,0	11	45,8	24	100,0
Stan po złamaniu kości	2	18,2	11	100,0	8	72,7	11	100,0
Niedołęstwo	3	6,4	47	100,0	8	17,4	46	100,0

Udział rodziny i pracowników medycznych w prowadzeniu rehabilitacji osób starszych

Rodzina w stopniu nieznacznym bierze bezpośredni udział w rehabilitacji podopiecznych osób starszych (tabela 4.2.9.8). Ustalono, że wiek, płeć, poziom wykształcenia, stan cywilny i sposób zamieszkiwania osób starszych nie miały wpływu na korzystanie z zabiegów rehabilitacji ruchowej prowadzonych przez rodzinę.

Rehabilitacja musi być realizowana przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje zawodowe. Dlatego też jest ona prowadzona głównie przez pracowników rehabilitacji bezpłatnie lub odpłatnie (dokładny test Fishera; $p < 0,001$) (tabela 4.2.9.9). Ustalono, że osoby w wieku 75-80 lat istotnie częściej niż długowieczne korzystały z rehabilitacji prowadzonej przez profesjonalistów zarówno bezpłatnie, jak i odpłatnie (tabela 4.2.9.8).

³⁵ RZS – reumatoidalne zapalenie stawów

Tabela 4.2.9.8. Korzystanie ludzi w wieku podeszłym z zabiegów rehabilitacji realizowanych przez różne instytucje lub osoby.

Wiek	Liczba osób, które w ciągu ostatnich 6 miesięcy korzystały ze świadczeń rehabilitacyjnych realizowanych przez:								OGÓŁEM	
	rodzinę bezpłatnie		przyjaciół, sąsiadów bezpłatnie		pracowników rehabilitacji/ op. zdrowotnej		osoby zatrudnione odpłatnie			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
75-80 lat	3	1,2	0	0	31	12,0	14	5,4	258	100,0
90-95 lat	2	1,2	1	0,6	4	2,3	0	0	171	100,0
Dokładny test Fishera	Ns		Ns		p<0,001		p<0,001			

Uwaga: Badane osoby uzyskiwały pomoc z wielu źródeł, dlatego wartości w wierszach nie podlegają sumowaniu. Odsetki są liczone względem liczebności grup wiekowych N. Istotność różnicy pomiędzy kohortami wieku jest podana dla każdego źródła pomocy osobno.

Z rehabilitacji prowadzonej przez pracowników medycznych bezpłatnie najczęściej korzystały osoby starsze:

- z **wykształceniem wyższym** (15,2%; χ^2 na granicy istotności $p<0,07$);
- pozostające w **związku małżeńskim** (14,1%; χ^2 8,9; $p<0,05$);
- **mieszkające tylko z małżonkiem** (19,3%; χ^2 19,0; $p<0,001$).

Z odpłatnych zabiegów rehabilitacji korzystały jedynie osoby w wieku **75-80 lat**, a w tej grupie 2 razy częściej osoby z **wykształceniem wyższym lub średnim**.

Tabela 4.2.9.9. Udział różnych instytucji i osób w realizacji świadczeń rehabilitacyjnych w stosunku do osób starszych.

Wiek	Liczba osób, które korzystały ze świadczeń rehabilitacyjnych wykonywanych przez:									
	rodzinę bezpłatnie		przyjaciół, sąsiadów bezpłatnie		pracowników rehabilitacji/ op. zdrowotnej		osoby zatrudnione odpłatnie		OGÓŁEM wszyscy korzystający ze świadczeń	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
75-80 lat	3	6,8	0	0	31	70,4	14	31,8	44	100,0
90-95 lat	2	33,3	1	16,6	4	66,6	0	0	6	100,0

Uwaga: Badane osoby uzyskiwały pomoc z wielu źródeł, dlatego wartości w wierszach nie podlegają sumowaniu. Odsetki są liczone względem liczebności grup wiekowych N.

Podsumowując:

1. Znikoma liczba osób starszych korzystała z zabiegów rehabilitacji ruchowej realizowanej przez rodzinę.
2. Najczęściej korzystano z rehabilitacji prowadzonej przez pracowników medycznych (rehabilitantów).
3. Z zabiegów rehabilitacji wykonywanych przez profesjonalistów najczęściej korzystały osoby w wieku 75-80 lat posiadające wykształcenie wyższe, pozostające w związku małżeńskim oraz zamieszkujące tylko ze współmałżonkiem.

4.2.10. Pomoc społeczna w zakresie informowania i organizowania opieki nad osobami starszymi

Informowanie na temat możliwych form pomocy społecznej lub opieki zdrowotnej oraz organizowanie opieki nad osobami starszymi należy zasadniczo do zadań pomocy społecznej i jest wspomagane przez pracowników opieki zdrowotnej. Powyżej wykazano mały stopień korzystania z różnego rodzaju świadczeń oferowanych bezpłatnie przez placówki działające w ramach systemu pomocy społecznej. Zasadniczym pytaniem jest, czy osoby starsze są informowane o możliwości skorzystania z tych świadczeń.

Stwierdzono, że w okresie 6 miesięcy poprzedzających badanie zaledwie 29 osób z grupy 423 respondentów uzyskało tego typu informację lub pomoc w zorganizowaniu nad nimi opieki (tabela 4.2.10.1). Prawie 4 razy więcej osób starszych w obu analizowanych grupach wiekowych chciałoby otrzymać pomoc w tej formie. Dowodzi to dużego niezrealizowanego zapotrzebowania na to świadczenie (tabela 4.2.10.1).

Wpływ czynników demograficznych na korzystanie z pomocy społecznej w zakresie informowania i organizowania opieki oraz zapotrzebowanie na nią osób starszych

Osoby długowieczne około 2 razy częściej korzystały i potrzebowały pomocy polegającej na udzielaniu informacji i organizowaniu im opieki (tabela 4.2.10.1).

Tabela 4.2.10.1. Korzystanie osób starszych z pomocy społecznej w zakresie udzielania informacji i organizowania opieki oraz zgłaszanie na nią zapotrzebowania.

Pomoc społeczna w zakresie udzielania informacji i organizowania opieki – liczba osób, które:								
Wiek	korzystały ze świadczeń		Ogółem		zgłaszały zapotrzebowanie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
75-80 lat	12	4,7	256	100,0	49	19,2	255	100,0
90-95 lat	17	10,2	167	100,0	64	38,6	166	100,0
Dokładny test Fishera	p<0,05				p<0,001			

W ciągu 6 miesięcy poprzedzających badanie z pomocy społecznej w omawianym zakresie istotnie częściej korzystały osoby:

- **wolnego stanu** w obu grupach wiekowych (20% w wieku 75-80 lat; χ^2 12,7; $p<0,005$ oraz 35,7% w wieku 90-95 lat; χ^2 11,1; $p<0,05$) i
- w wieku 75-80 lat **mieszkające tylko z osobami obcymi** (16,7%) lub **samotnie** (11,4%; χ^2 12,7; $p<0,005$).

Z kolei zapotrzebowanie na pomoc w zorganizowaniu opieki i informację o dostępnych formach pomocy społecznej istotnie częściej zgłaszały osoby w wieku 75-80 lat z **wykształceniem podstawowym** (24,8%; χ^2 6,1; $p<0,05$).

Pozostałe rozpatrywane czynniki demograficzne nie wywierały istotnego wpływu na częstość korzystania z pomocy społecznej w omawianym zakresie oraz zgłaszania na nią zapotrzebowania.

Wpływ czynników pozademograficznych na korzystanie i zapotrzebowanie na pomoc społeczną w zakresie udzielania informacji i organizowania opieki nad osobami starszymi

Stwierdzono, że z pomocy społecznej w omawianym zakresie istotnie częściej korzystały osoby starsze:

- cechujące się gorszą sprawnością w zakresie ADL (χ^2 21,7; $p<0,001$);
- niskim wynikiem testu AMTS (χ^2 14,1; $p<0,005$) i
- posiadające gorsze wsparcie społeczne (χ^2 24,3; $p<0,001$).

Na korzystanie z omawianego świadczenia nie miały wpływu: samoocena stanu zdrowia, liczba zgłaszanych chorób przewlekłych, liczba zażywanych leków oraz wynik w skali GSOD.

Zapotrzebowanie na opiekę polegającą na udzielaniu informacji o formach pomocy społecznej i organizowaniu opieki istotnie częściej zgłaszały osoby:

- prezentujące gorszą sprawność w zakresie ADL (χ^2 58,8; $p < 0,001$);
- uzyskujące niski wynik testu AMTS (χ^2 29,7; $p < 0,001$);
- wysoki wynik w skali GSOD (χ^2 9,1; $p < 0,05$);
- posiadające złą samoocenę stanu zdrowia (χ^2 27,2; $p < 0,001$);
- gorsze wsparcie społeczne (χ^2 19,2; $p < 0,005$) oraz
- zgłaszające większą liczbę chorób przewlekłych (test U- Manna-Whitneya; $p = 0,053$).

Wielowymiarowa analiza korzystania i zapotrzebowania na pomoc społeczną w zakresie informowania o dostępnych formach pomocy i organizowania opieki na podstawie modelu regresji logistycznej

Tabela 4.2.10.2. Czynniki warunkujące korzystanie osób starszych z pomocy społecznej w zakresie udzielania informacji i organizowania dla nich opieki rozważane w oparciu o model regresji logistycznej.

Czynniki:	IS	95% PU	
Płeć: kobiety vs. mężczyźni	1,149	0,220	6,000
Wiek: 90-95 lat vs. 75-80 lat	0,368	0,089	1,529
Wykształcenie średnie vs. podstawowe	1,315	0,339	5,100
Wykształcenie wyższe vs. podstawowe	2,326	0,439	12,323
Stan cywilny: wolny vs. inny	1,607	0,238	10,858
Mieszka: z rodziną lub tylko z małżonkiem vs. sam lub z osobą obcą	0,272*	0,074	0,996
Stopień sprawności ADL	0,467*	0,259	0,842
Wynik testu AMTS	1,048	0,795	1,380
Wskaźnik wsparcia społecznego	0,998	0,909	1,095
Dochód miesięczny netto	0,798	0,616	1,035
Liczba chorób przewlekłych	0,777	0,578	1,045
Samoocena zdrowia jako dość dobre vs. bardzo dobre lub dobre	0,764	0,152	3,842
Samoocena zdrowia jako złe vs. bardzo dobre lub dobre	1,046	0,177	6,170

Istotność testu χ^2 Walda: * $p < 0,05$; ** $p < 0,005$; *** $p < 0,001$

Przedstawiony model regresji logistycznej tłumaczy 24% zmienności korzystania z pomocy społecznej w omawianym zakresie. Na jego podstawie można sądzić, że korzystanie osób starszych z tego świadczenia zależy od:

- stopnia ich **sprawności w zakresie ADL**, tzn. pogorszenie sprawności o 1 stopień w stosowanej tu skali zwiększa 2,1 razy prawdopodobieństwo korzystania z pomocy społecznej w omawianym zakresie oraz
- **sposobu zamieszkiwania** w ten sposób, że osoby starsze mieszkające samotnie lub z obcymi sobie ludźmi mają 3,7 razy większe prawdopodobieństwo korzystania z pomocy polegającej na informowaniu o formach opieki i organizowaniu jej.

Wprowadzenie do modelu schorzeń i niesprawności jako kolejnych zmiennych objaśniających nie poprawia istotnie jego wiarygodności. Należy zaznaczyć, że w badanej grupie zaledwie 6,9% osób potwierdziło otrzymywanie informacji i pomocy polegającej na organizacji opieki nad osobami starszymi. Uzyskane wyniki należałoby zatem potwierdzić na większej grupie (korzystających z tej formy opieki) w odrębnym badaniu.

Zapotrzebowanie na omawianą pomoc było zgłaszane zdecydowanie częściej (tabela 4.2.10.1). Poniżej przedstawiono model regresji logistycznej zbudowany dla zgłaszania zapotrzebowania przez osoby starsze na pomoc społeczną w omawianym zakresie.



Tabela 4.2.10.3. Czynniki warunkujące zapotrzebowanie osób starszych na pomoc społeczną w zakresie informowania i organizowania dla nich opieki na podstawie modelu regresji logistycznej.

Czynniki:	IS	95% PU	
Płeć: kobiety vs. mężczyźni	0,596	0,244	1,458
Wiek: 90-95 lat vs. 75-80 lat	1,076	0,482	2,404
Wykształcenie wyższe vs. inne	0,806	0,291	2,227
Stan cywilny: wolny vs. w związku małżeńskim	4,054*	1,062	15,469
Stan cywilny: owdowiały, w separacji, po rozwodzie vs. w związku małżeńskim	1,187	0,464	3,034
Mieszka: z rodziną lub tylko z małżonkiem vs. sam lub z osobą obcą	0,754	0,346	1,641
Stopień sprawności ADL	0,648*	0,458	0,919
Wynik testu AMTS	0,999	0,769	1,300
Wskaźnik wsparcia społecznego	1,009	0,958	1,062
Wynik w skali GSOD	1,023	0,958	1,091
Samooceńca zdrowia jako dość dobre vs. bardzo dobre lub dobre	2,484	0,952	6,480
Samooceńca zdrowia jako złe vs. bardzo dobre lub dobre	2,102	0,636	6,947
Dochód miesięczny netto	0,868	0,741	1,015
Liczba chorób przewlekłych	0,974	0,778	1,220
ChZZSK	1,422	0,671	3,011
Choroba nadciśnieniowa	0,535	0,259	1,106
Zaburzenia krążenia obwodowego	1,056	0,487	2,293
Przebyty udar mózgu	1,764	0,404	7,696
Rany skóry	2,959*	0,996	8,791
Zaburzenia mowy	0,995	0,115	8,625
Porażenie lub niedowład kończyn vs. pełna sprawność	0,626	0,091	4,288
Amputacja lub zanik funkcji kończyn vs. pełna sprawność	1,139	0,301	4,305
Stan po złamaniu kości vs. pełna sprawność	1,099	0,210	5,755
Niedołężstwo vs. pełna sprawność	0,365	0,078	1,718

Istotność testu Chi² Walda: *p<0,05; **p<0,005; ***p<0,001

Powyższy model regresji logistycznej wyjaśnia 27,4% zmienności zgłaszania zapotrzebowania na pomoc społeczną w zakresie udzielania informacji o formach pomocy i organizowania opieki nad osobami starszymi. Na jego podstawie można sądzić, że zapotrzebowanie osób starszych na rozważane świadczenia zależy od:

- stopnia **sprawności w zakresie ADL**, tzn. pogorszenie sprawności o 1 stopień w stosowanej tu skali zwiększa prawdopodobieństwo zgłaszania zapotrzebowania na pomoc społeczną w omawianym zakresie 1,5 razy;

- **stanu cywilnego** w ten sposób, że osoby wolnego stanu mają 4,1 razy większe prawdopodobieństwo zgłaszania zapotrzebowania na omawianą pomoc w stosunku do osób będących w związku małżeńskim;
- występowania **ran skóry** (tj. odleżyn, owrzodzeń podudzi i stóp, które wymagają częstych zmian opatrunków), co trzykrotnie zwiększa prawdopodobieństwo zapotrzebowania na pomoc w zakresie organizacji opieki nad osobami starszymi oraz

na granicy istotności:

- od wysokości **dochodów** ($p=0,77$) w ten sposób, że obniżenie dochodów miesięcznych zwiększa prawdopodobieństwo zgłaszania zapotrzebowania na omawianą pomoc i
- **samooceny zdrowia** ($p=0,63$) w ten sposób, że osoby oceniające swoje zdrowie jako dość dobre mają 2,5 raza większe prawdopodobieństwo oczekiwania pomocy w zakresie informowania ich o formach pomocy i organizowania nad nimi opieki w stosunku do osób opisujących zdrowie jako bardzo dobre lub dobre.

Podsumowując, korzystanie z pomocy społecznej polegającej na informowaniu o jej formach i organizowaniu opieki dla osób starszych jest uwarunkowane:

- sprawnością w zakresie ADL i
- samotnym zamieszkiwaniem.

Z kolei zgłaszanie zapotrzebowania na tego typu pomoc jest determinowane przez:

- sprawność w zakresie ADL,
- stan cywilny – wolny,
- występowanie ran skóry,
- gorszą samoocenę zdrowia i
- niskie dochody miesięczne.

Udział rodziny, pracowników socjalnych i medycznych w realizacji opieki polegającej na informowaniu o formach pomocy społecznej i organizowaniu opieki nad osobami w wieku podeszłym

Osoby długowieczne częściej niż badani z młodszej kohorty korzystali z różnych źródeł pomocy w omawianym zakresie. Istotne statystycznie różnice pomiędzy grupami wiekowymi wykazano jednak tylko w przypadku korzystania z pomocy pracowników opieki zdrowotnej. Jest to wynikiem małej liczebności grupy osób (6,9%), które potwierdziły korzystanie z tej formy pomocy w ciągu 6 miesięcy poprzedzających badanie (tabela 4.2.10.4). Na 29 osób korzystających z tej formy opieki 27 (93%) stanowiły kobiety.

Tabela 4.2.10.4. Korzystanie osób starszych z różnych źródeł informacji o formach pomocy społecznej i pomocy w organizowaniu opieki.

Wiek	Liczba osób, które w ciągu ostatnich 6 miesięcy uzyskały informację na temat form opieki lub pomoc w zakresie organizowania opieki od:										OGÓŁEM	
	rodziny bezpłatnie		przyjaciół, sąsiadów bezpłatnie		pracownika opieki zdrowotnej		pracownika socjalnego		opiekunki społecznej			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
75-80 lat	1	0,4	0	0	2	0,8	6	2,3	1	0,4	258	100,0
90-95 lat	2	1,2	0	0	7	4,1	9	5,3	2	1,2	171	100,0
Dokładny test Fishera	Ns		Ns		p<0,05		Ns		Ns			

Uwaga: Badane osoby uzyskiwały pomoc z wielu źródeł, dlatego wartości w wierszach nie podlegają sumowaniu. Odsetki są liczone względem liczebności grup wiekowych N. Istotność różnicy pomiędzy kohortami wieku jest podana dla każdego źródła pomocy osobno.

W przeprowadzonym badaniu źródłem informacji na temat różnych form pomocy społecznej i pomocy w organizacji opieki byli przede wszystkim pracownicy socjalni i medyczni. Rzadziej informowały o tym opiekunki społeczne. Natomiast udział rodziny w zakresie omawianego świadczenia był znikomy (dokładny test Fishera; $p < 0,001$; tabela 4.2.10.5).

Tabela 4.2.10.5. Udział różnych podmiotów w informowaniu osób starszych na temat form pomocy i organizowaniu nad nimi opieki.

Wiek	Liczba osób, które uzyskały informację na temat form opieki lub pomoc w zorganizowaniu nad nimi opieki od:											
	rodziny bezpłatnie		przyjaciół, sąsiadów bezpłatnie		pracownika opieki zdrowotnej		pracownika socjalnego		opiekunki społecznej		OGÓŁEM wszyscy korzystający ze świadczeń	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
75-80 lat	1	8,3	0	0	2	16,6	6	50,0	1	8,3	12	100,0
90-95 lat	2	11,7	0	0	7	41,2	9	52,9	2	11,7	17	100,0

Uwaga: Badane osoby uzyskiwały pomoc z wielu źródeł, dlatego wartości w wierszach nie podlegają sumowaniu. Odsetki są liczone względem liczebności grup wiekowych N.

Z pomocy pracowników socjalnych i opiekunek społecznych istotnie częściej korzystały:

- **kobiety** w obu grupach wiekowych (dokładny test Fishera; $p < 0,05$);
- osoby **w stanie wolnym i owdowiałe** (χ^2 7,7; $p < 0,02$) oraz
- w wieku 75-80 lat **zamieszkujące samotnie** (χ^2 9,8; $p < 0,02$).

Pracownicy opieki zdrowotnej istotnie częściej udzielali informacji i pomagali w organizacji opieki osobom **długowiecznym**, a w przypadku ludzi w wieku 75-80 lat **mieszkającym tylko z osobami obcymi** (16,7% z nich; χ^2 21,5; $p < 0,001$).

Podsumowanie:

1. Pomoc rodzinna w zakresie typowych zadań pomocy społecznej (tzn.: informowania o formach pomocy i organizacji opieki nad osobami starszymi) była znikoma.
2. Głównym źródłem pomocy w tym zakresie byli pracownicy pomocy społecznej i opieki zdrowotnej.
3. Z opieki formalnej w omawianym zakresie korzystały najczęściej kobiety stanu wolnego lub owdowiałe i mieszkające samotnie.

V. DYSKUSJA

5.1. Opis populacji badanych

Na podstawie dotychczas przeprowadzonych w Polsce badań wielokrotnie dokonywano opisu populacji osób starszych [Piotrowski 1973, Bień 1996, Woźniak 1997, GUS 1999b, UNDP 1999, Synak 2002]. Istotnym walorem przedstawionej pracy jest jednak obszerna charakterystyka osób długowiecznych, która uwzględnia demograficzne wyznaczniki ich pozycji społecznej, ocenę jakości życia zależnej od zdrowia oraz potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej i pomocy społecznej.

Na podstawie uzyskanych wyników potwierdzono, że niektóre tendencje obserwowane w całej populacji osób starszych występują również w grupie ludzi długowiecznych. Wraz z zaawansowaniem wieku narasta przewaga kobiet, obniża się poziom wykształcenia, maleje wielkość dochodów, pogarsza się sprawność fizyczna i psychiczna [Woźniak 1997:49-58, Andersen-Ranberg i in. 1999, Frątczak i Sobieszak 1999, Walter-Ginzburg i in. 2001].

Jednocześnie w badaniu wykazano, że pewne tendencje odnoszące się do zjawisk zachodzących w populacji ludzi w podeszłym wieku nie występują w grupie osób długowiecznych. Przykładowo przeciętna liczba chorób przewlekłych oraz liczba zażywanych leków przypadające na jedną osobę nie narastają wraz z wiekiem lecz utrzymują się na tym samym poziomie w obu badanych grupach wiekowych. Z kolei średnia liczba porad lekarskich, z których ludzie w wieku 90-95 lat korzystali w okresie analizowanych 6 miesięcy i liczba osób w tym wieku korzystających z zabiegów rehabilitacji są niższe niż w przypadku badanych w wieku 75-80 lat.

Na zmniejszanie się liczby osób korzystających ze świadczeń rehabilitacyjnych po 75 roku życia wskazywano również w innych opracowaniach [Bień 1996:180, Iwanek 1999:114, Bień 2002b:93]. Jak dotąd nie prezentowano jednak podobnych danych w odniesieniu do osób długowiecznych. Zaawansowanie wieku pomimo pogarszania się stanu zdrowia i sprawności wiąże

się z rzadszym wyrażaniem potrzeb zdrowotnych [Woźniak 1997], co może zmniejszać częstość korzystania seniorów ze świadczeń medycznych.

Na podstawie uzyskanych wyników można scharakteryzować osoby wchodzące w skład kohort wiekowych 75-80 i 90-95 lat.

W przedstawionym badaniu populacja osób długowiecznych była zdominowana przez kobiety (ok. 80%), które w 86% były wdowami, w 64% mieszkaly z rodziną i zwykle posiadały wykształcenie podstawowe lub niepełne podstawowe (w prawie 60%). Osoby te częściej oceniały swoje zdrowie jako złe, wykazywały gorszą sprawność w zakresie ADL i upośledzenie funkcji poznawczych. Woźniak rysuje podobny obraz seniorów poznańskich [1997:33-58]. Potwierdzenie wyników dotyczących niższej sprawności starszych kobiet znajdujemy także w wielu innych pracach [Andersen-Ranberg i in. 1999, Beland i Zunzunegui 1999, Heslin i in. 2001, Walter-Ginzburg i in. 2001].

Ponadto w badaniu wykazano, że długowieczne kobiety częściej niż mężczyźni uzyskiwały niższe dochody i skarżyły się na ograniczone wsparcie ze strony otoczenia. W obu grupach wiekowych kobiety zażywały więcej leków. Ustalono również, że upośledzenie funkcji poznawczych i sprawności w zakresie ADL częściej występowało u osób długowiecznych, które mieszkaly z rodziną lub obcą osobą. Podobne wyniki uzyskał Cafferata [1987] stwierdzając, że ludzie starsi mieszkający z innymi osobami częściej wykazują niesprawność.

Na podstawie powyższego opisu można sądzić, że głównym odbiorcą świadczeń usługowych w grupie osób starszych są długowieczne kobiety, które charakteryzują się niższą sprawnością. Kobiety te, zwłaszcza po owdowieniu, często mieszkają z rodziną i korzystają z jej pomocy.

Potwierdzenie tych przypuszczeń znajdujemy w badaniu EPISOD, w którym wykazano, że kobiety niesprawne w zakresie co najmniej jednej czynności IADL mają większe ryzyko zniedołężnienia, co wiąże się z większą liczbą chorób, głębszym upośledzeniem funkcji poznawczych i gorszą samooceną zdrowia [Nourhashémi i in. 2001]. Tym samym często wymagają one pomocy ze strony innych osób. Z kolei wspólne zamieszkiwanie z krewnymi umożliwia osobom starszym częstsze korzystanie z opieki rodzinnej [Cafferata 1987].

W badaniu stwierdzono, że ludzie w wieku 75-80 lat, posiadający wyższe wykształcenie, pozostający w związku małżeńskim i mieszkający tylko ze współmałżonkiem lub samodzielnie charakteryzowali się względnie wysoką sprawnością i samodzielnością w zakresie wykonywania wielu czynności związanych z codziennym funkcjonowaniem. Ustalono, że tymi osobami częściej byli mężczyźni. Ponadto w obu badanych grupach wiekowych mężczyźni częściej niż kobiety uzyskiwali wyższe dochody i doznawali lepszego wsparcia społecznego. Obserwacje te są zbieżne z innymi badaniami [Frątczak i Sobieszak 1999].

Biorąc pod uwagę, że wyższe wykształcenie wiąże się z lepszym stanem zdrowia i sprawności [Kinsella i Taeuber 1992, Grundy i Glaser 2000, Tobiasz-Adamczyk i Szafraniec 2000, Pędich i in. 2000, Grundy i Holt 2001], a pozostawanie w związku małżeńskim i posiadanie rodziny stwarza szanse na dłuższe życie [Tobiasz-Adamczyk 2000:126-135], można przyjąć, że mężczyźni częściej doświadczają pozytywnych skutków posiadania wyższego wykształcenia i pozostawania w związku małżeńskim. To przekłada się również na lepszą kondycję fizyczną i zdrowotną mężczyzn w wieku 90-95 lat w stosunku do długowiecznych kobiet [Andersen-Ranberg i in. 1999, Melzer i in. 1999, Walter-Ginzburg i in. 2001].

Przedstawiona charakterystyka badanej populacji znacznie ułatwia nam zrozumienie roli czynników demograficznych w kształtowaniu zapotrzebowania i korzystania przez osoby starsze z rozważanych świadczeń medycznych i opiekuńczych.

5.2. Czynniki demograficzne determinujące zapotrzebowanie oraz korzystanie ze świadczeń medycznych i opiekuńczych

Niniejsza praca dostarczyła wielu dowodów świadczących, o tym że wiek osób starszych nie jest jedynym czynnikiem, który decyduje o ich zapotrzebowaniu na analizowane świadczenia medyczne i opiekuńcze. Starzenie się przybiera różne formy i różni się szybkością procesów inwolucji [Kocemba i Grodzicki 2000, Abrams i in. 1999:455-460, Cassel i in. 1997:3-28, 45-53]. Tym samym wiek kalendarzowy, chociaż stanowi kryterium, do którego odnosimy się w opracowaniach statystycznych, często nie odpowiada stanowi biologicznemu osób badanych [Kocemba i Grodzicki 2000, Cassel i in. 1997, Golinowska i in. 1999]. Na pojawianie się potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej i pomocy społecznej oraz korzystanie z określonych świadczeń medycznych i opiekuńczych wpływa także wiele innych czynników związanych ze zdrowiem somatycznym, psychicznym, sprawnością i sytuacją ogólną-bytową osób starszych.

Wiek

Wśród czynników demograficznych wiek okazał się najważniejszym czynnikiem, który determinuje korzystanie osób starszych i zgłaszane przez nie zapotrzebowania na niektóre z rozpatrywanych świadczeń medycznych i opiekuńczych. Tym samym potwierdzono jedną z postawionych w rozprawie hipotez. Znaczenie wieku jako predyktora korzystania z różnych form opieki podkreśla się także w innych pracach [Colvez i Ridez 1996, Boersma i in. 1997, Herlitz 1997].

Na podstawie wyników prezentowanego badania ustalono, że długowieczność zwiększa:

- prawdopodobieństwo korzystania ze świadczeń pielęgniarstwa, opiekuńczych, stałego nadzoru i pomocy w załatwianiu spraw administracyjno-prawnych oraz
- prawdopodobieństwo zgłaszania zapotrzebowania na zabiegi pielęgniarstwa, stały nadzór i pomoc w załatwianiu spraw administracyjno-prawnych.

Te obserwacje można wytłumaczyć narastaniem z wiekiem niesprawności fizycznej [Farquhar i in. 1993b, Ostrowska i Sikorska 1996, Golinowska i in. 1999,

Iwanek 1999, Melzer i in. 1999, Bień 2000, 2002a, Heslin i in. 2001, Pędich i in. 2000] i psychicznej [Busse 1987, Jorm i in. 1987, Krzymiński 1993:122-7, Melzer i in. 1999, Misztalski 2000] oraz pogarszaniem się samooceny stanu zdrowia [Woźniak 1997, Kuciarska-Ciesielska 1999b, Bień 2002a], co wielokrotnie stwierdzano w przeszłości, jak również potwierdzono w przedstawionym badaniu.

Wiadomo, że u osób starszych pojawia się wielochorobowość i związana z tym konieczność zażywania wielu leków [GUS 1997a, Golinowska i in. 1999, Kuciarska-Ciesielska 1999b, Zajenkowska-Kozłowska 1999, Kocemba i Grodzicki 2000]. Należy podkreślić, że w przedstawionym badaniu nie wykazano jednak różnic w liczbie zgłaszanych chorób przewlekłych i przyjmowanych leków pomiędzy osobami długowiecznymi i w wieku 75-80 lat.

W literaturze jest wiele dowodów świadczących o tym, że osoby starsze zwłaszcza po 80 roku życia częściej korzystają ze świadczeń zdrowotnych i opiekuńczych [Bowling i in. 1991, Farquhar i in. 1993a, Krach i in. 1996, Bień, Wojszel i in. 1999b]. Zwykle jednak to niesprawność fizyczna i upośledzenie sprawności umysłowej decydują o zwracaniu się o taką pomoc [Melzer i in. 1999].

Dzięki wynikom przeprowadzonego badania możemy dokładniej poznać wpływ wieku na zapotrzebowanie i korzystanie z poszczególnych usług medycznych i opiekuńczych. W badaniu wykazano bowiem, że ukończenie 90 lat, pomijając wpływ innych czynników, również zwiększa ryzyko korzystania z zabiegów pielęgniarских i świadczeń typowo usługowych oraz warunkuje zgłaszanie na nie zapotrzebowania. Przedstawiona powyżej charakterystyka osób długowiecznych uzasadnia większe prawdopodobieństwo korzystania przez nie z wymienionych świadczeń.

Należy zaznaczyć, że w literaturze znajdujemy podobne wnioski dotyczące determinującego wpływu wieku na korzystanie ze świadczeń usługowych realizowanych w ramach opieki środowiskowej formalnej [Shapiro 1986, Ailinger i Causey 1993, Colvez i Ridez 1996] jak i nieformalnej pełnionej przez krewnych [Herlitz 1997].

W polskich opracowaniach dotyczących populacji dorosłych podkreśla się, że z wiekiem rośnie częstość korzystania z porad lekarskich, przeciętna liczba hospitalizacji i czas trwania leczenia w szpitalu [GUS 1998b, GUS 1999c, Halik

i in. 2000, Marcinowicz i Borzuchowska 2002]. Te zależności przestają występować w przypadku osób w wieku powyżej 75 lub 80 lat [Zajenkowska-Kozłowska 1999:126, Maniecka-Bryła i Szpakowska 2000, Kardas i Ratajczyk-Pakalska 2001, Bień 2002b]. W przeprowadzonym badaniu wykazano, że osoby długowieczne korzystają przeciętnie z mniejszej liczby porad lekarskich w porównaniu z ludźmi w wieku 75-80 lat. Również średnia liczba pobyków w szpitalu nie zwiększa się w ich przypadku w porównaniu z młodszą kohortą. Długowieczność nie ma też wpływu na długość hospitalizacji.

W wyniku badania ustalono ponadto, że długowieczność wiąże się z rzadszym korzystaniem z zabiegów rehabilitacji i zgłaszaniem potrzeb w tym zakresie. Wy tłumaczenia tej obserwacji należy szukać w słabym rozwoju świadczeń w zakresie rehabilitacji domowej [Bień 2002b] i trudnościach w dotarciu do ośrodków rehabilitacyjnych [Iwanek 1999]. Należy jednak pamiętać, że wiele osób starszych nie czuje potrzeby uczestniczenia w zabiegach kinezy- lub fizykoterapii [Iwanek 1999]. Woźniak [1997] oraz Lyons i wsp. [1991] zwracają uwagę, że osoby w bardzo zaawansowanym wieku rzadziej artykułują potrzeby zdrowotne i zgłaszają konieczność korzystania z różnych świadczeń medycznych i opiekuńczych. Być może jest to powodem nie podejmowania przez ludzi starszych nawet prostych ćwiczeń ogólnie usprawniających, które mogłyby poprawić ich codzienne funkcjonowanie.

Poziom wykształcenia

Analizując wyniki przeprowadzonego badania wykazano wpływ poziomu wykształcenia na korzystanie z zabiegów rehabilitacji oraz pomocy w pracach domowych i przygotowywaniu posiłków. Ustalono, że wykształcenie osób starszych ma także znaczenie w prognozowaniu zapotrzebowania na pomoc domową i świadczenia pielęgniarstwa.

Poziom wykształcenia obok dochodów i zawodu jest jednym z wyznaczników statusu społeczno-ekonomicznego, który wywiera wpływ na kondycję zdrowotną człowieka. Wykształcenie łączy się z posiadaniem pełniejszej wiedzy na temat zdrowia, co sprzyja podejmowaniu działań prozdrowotnych [Tobiasz-Adamczyk 2000:118-135]. Osoby lepiej wykształcone inaczej postrzegają

swoje zdrowie i posiadają większą świadomość zagrożeń, których należy unikać [Tobiasz-Adamczyk 2000:118-135]. Co więcej, osoby te częściej aktywnie podejmują działania, których celem jest zapobieganie chorobom, wczesne ich rozpoznawanie i leczenie. Stwierdzone w przedstawionym badaniu większe prawdopodobieństwo korzystania z zabiegów rehabilitacyjnych przez osoby lepiej wykształcone, może być zatem przejawem ich troski o zdrowie.

Osoby z wyższym wykształceniem częściej cechują się wyższą sprawnością i lepszym stanem zdrowia [Kinsella i Taeuber 1992, Frątczak i Sobieszak 1999, Grundy i Glaser 2000, Pędich i in. 2000, Tobiasz-Adamczyk 2000, 2002] oraz dobrą samooceną zdrowia [GUS 2000:20-22, Grundy i Holt 2001]. Stosunkowo dobra kondycja zdrowotna może zatem tłumaczyć mniejsze prawdopodobieństwo zgłaszania zapotrzebowania na zabiegi pielęgniarstwa przez osoby lepiej wykształcone.

W świetle uzyskanych wyników ustalono, że osoby starsze z wyższym wykształceniem mają większe prawdopodobieństwo korzystania z pomocy w pracach domowych i przygotowywaniu posiłków. Może to być wynikiem lepszej sytuacji materialnej (wskutek wyższych dochodów) umożliwiającej im zatrudnienie pomocy odpłatnej. Należy zaznaczyć, że w grupie osób z wyższym wykształceniem przeważali mężczyźni, którzy zwyczajowo rzadziej niż kobiety zajmują się gotowaniem i porządkami domowymi.

W grupie osób z wykształceniem podstawowym dominowały kobiety wykazujące niższą sprawność (40,1% zbadanych kobiet długowiecznych i 4,5% kobiet w wieku 75-80 lat wykazuje całkowitą niesprawność w zakresie wszystkich czynności ADL), mieszkające z rodziną i korzystające głównie z jej pomocy. Dlatego osoby posiadające niższe wykształcenie, podobnie jak ludzie z wykształceniem wyższym, częściej korzystały z pomocy w pracach domowych, chociaż przyczyny tego były inne.

Podobnie należy tłumaczyć wpływ wykształcenia na zgłaszanie przez osoby starsze zapotrzebowania na pomoc w pracach domowych.

Pozostałe analizowane czynniki demograficzne tj. płeć, stan cywilny i sposób zamieszkiwania odgrywają mniejszą rolę w prognozowaniu korzystania i zapotrzebowania na świadczenia medyczne i opiekuńcze.

Płeć

Wpływ płci zaznaczył się jedynie w prognozowaniu korzystania z pomocy w przygotowywaniu posiłków i zgłaszaniu zapotrzebowania na nią. Można to wytłumaczyć kulturowym wzorcem rodziny i roli mężczyzny w małżeństwie, w którym kobieta zwyczajowo zajmuje się prowadzeniem domu i gotowaniem. Należy zatem przypuszczać, że większe prawdopodobieństwo korzystania i zgłaszania przez mężczyzn zapotrzebowania na to świadczenie niekoniecznie jest wynikiem ich niesprawności.

Stan cywilny

W przedstawionym badaniu wykazano, że osoby owdowiałe mają istotnie wyższe prawdopodobieństwo korzystania z pomocy w zakresie transportu niż osoby pozostające w związku małżeńskim. W grupie tej dominują długowieczne kobiety, które charakteryzują się gorszą sprawnością i mieszkając razem z rodziną częściej mogą liczyć na jej pomoc w zakresie przemieszczania się poza domem.

W badaniu ustalono też, że osoby owdowiałe mają wyższe niż osoby w wolnym stanie prawdopodobieństwo zgłaszania zapotrzebowania na zabiegi rehabilitacji. W grupie osób owdowiałych znajduje się więcej kobiet, które częściej niż mężczyźni cierpią na choroby układu kostno-stawowego, co wielokrotnie wykazywano i potwierdzono także w tym badaniu [Kuciarska-Ciesielska 1999b, Bień 2002a]. Tym można tłumaczyć większe zapotrzebowanie tej grupy ludzi na zabiegi rehabilitacji.

Sposób zamieszkiwania

W badaniu wykazano, że ludzie starsi mieszkający wspólnie z rodziną lub z innymi osobami mają większe prawdopodobieństwo uzyskania pomocy polegającej na przewiezieniu ich do przychodni, urzędu lub w inne miejsca niż starsi ludzie mieszkający samotnie. Jedną z przyczyn może być fakt, że osoby

zamieszkujące z krewnymi zazwyczaj charakteryzują się niższym stopniem sprawności, co wykazywano także w innych badaniach [Cafferata 1987]. Jednocześnie mają jednak większy dostęp do pomocy rodzinnej w tym zakresie [Cafferata 1987]. Wg Herlitz'a [1997] wspólne zamieszkiwanie z bliskimi sobie osobami jest jednym z czynników, który determinuje korzystanie z nieformalnej opieki domowej i może zmniejszać częstość korzystania z opieki profesjonalnej [Frederiks i in. 1990].

Z kolei zamieszkiwanie tylko ze współmałżonkiem jest prawdopodobnie uwarunkowane odpowiednio wysoką sprawnością fizyczną i psychiczną małżonków. Można założyć, że stosunkowo dobra kondycja wspólnie mieszkających osób starszych umożliwia im częstsze uczestniczenie w zabiegach realizowanych w ośrodkach rehabilitacji .

Ponadto w badaniu stwierdzono, że starsi ludzie mieszkający samotnie lub z osobami obcymi nie posiadając odpowiedniego wsparcia w rodzinie obarczone są większym ryzykiem szukania informacji na temat przysługujących im form pomocy społecznej i pomocy w organizowaniu nad nimi opieki. Według Johansson'a i wsp. [1992] samodzielnie mieszkające osoby starsze częściej korzystają z opieki formalnej. Herlitz [1997] uważa, że samotne zamieszkiwanie osób starszych może determinować ich korzystanie z całego spektrum świadczeń usługowo-opiekuńczych organizowanych przez instytucje formalne.

5.3. Pozademograficzne czynniki determinujące korzystanie ze świadczeń medycznych i opiekuńczych oraz zgłaszanie na nie zapotrzebowania

Niesprawność w zakresie ADL

Niesprawność w zakresie czynności życia codziennego ADL okazała się zdecydowanie najbardziej istotnym czynnikiem, który powoduje wzrost prawdopodobieństwa zarówno korzystania, jak i zgłaszania zapotrzebowania na większość rozważanych w badaniu świadczeń medycznych i opiekuńczych. Tym samym potwierdzono jedną z hipotez leżącą u podstaw tej rozprawy.

W literaturze światowej znajdujemy liczne dowody na to, że niesprawność fizyczna jest głównym powodem korzystania z różnych świadczeń zasadniczo realizowanych w ramach środowiskowej opieki zdrowotnej i pomocy społecznej [Vetter i in. 1982, Ahroni 1989, Grabbe i in. 1995, Colvez i Ridez 1996, Crets 1996, Pulwitt i Fischer 1996, Boersma i in. 1997]. Różnice metodologiczne przeprowadzonych badań, jak również wynikające ze sposobu zorganizowania ochrony zdrowia w innych krajach, utrudniają jednak porównania z wynikami badań wykonanych w Polsce.

Prace dotychczas opublikowane w naszym kraju dostarczyły ogólnych, opisowych informacji na temat wpływu niesprawności na korzystanie ze świadczeń usługowych [Bień 1996, 2002a, Iwanek 1999, GUS 2000]. Przedstawione w rozprawie badanie wnosi zatem nową wartość poprzez szczegółową analizę wpływu stopnia sprawności w zakresie ADL na korzystanie i wyrażanie zapotrzebowania na poszczególne świadczenia usługowe i medyczne oraz opis uwarunkowań w tym zakresie.

W wyniku badania ustalono, że poziom sprawności osób starszych oceniany skalą ADL determinuje ich korzystanie i zapotrzebowanie na następujące świadczenia:

- opiekuńcze (w zakresie mycia, ubierania, karmienia, korzystania z toalety i poruszania się po mieszkaniu);
- sprawowanie stałego nadzoru nad podopiecznym;

- pomoc w pracach domowych;
- pomoc w przygotowywaniu posiłków;
- pomoc w załatwianiu spraw administracyjno-prawnych oraz
- pomoc w transporcie.

Otrzymane wyniki są spójne z rezultatami innych badań. Według Shapiro [1986] wiek i niesprawność w zakresie IADL najlepiej pozwalają prognozować o korzystaniu ze świadczeń w ramach opieki domowej. Bowling i wsp. [1991] stwierdzili, że zdolność do wykonywania czynności gospodarskich związanych z prowadzeniem domu jest silnym predyktorem korzystania z pomocy domowej i dowozu gotowych posiłków (meals on wheels). Colvez i Ridez [1996] wykazali znaczenie niesprawności (w zakresie IADL i ADL) w zwiększaniu prawdopodobieństwa korzystania osób starszych z opieki domowej organizowanej przez instytucje formalne (Home Help Service). Ahroni [1989] doszedł do podobnych wniosków stwierdzając, że z kolei osoby starsze posiadające wyższą sprawność rzadziej wyrażają potrzebę korzystania ze świadczeń realizowanych w ramach opieki środowiskowej.

W przedstawionym badaniu wykazano również, że pogłębianie się niesprawności w zakresie ADL sprawia, że osoby starsze i ich opiekunowie częściej oczekują udzielenia im informacji o możliwych formach pomocy społecznej i opieki zdrowotnej oraz zorganizowania opieki nad podopiecznym. Podobnie korzystanie z pomocy społecznej w tym zakresie przez osoby starsze jest uwarunkowane poziomem sprawności w zakresie ADL. Znajduje to swój wyraz w ustawie o pomocy społecznej, zgodnie z którą niesprawność stanowi jedną z podstaw ubiegania się o świadczenia finansowe i usługowe [Ustawa o pomocy społecznej].

W badaniu stwierdzono, że niesprawność w zakresie ADL zwiększa także prawdopodobieństwo korzystania osób starszych i zgłaszania przez nich zapotrzebowania na zabiegi pielęgniarские. Podobne wyniki uzyskali Bowling i wsp. [1991], według których stan funkcjonalny jest najsilniejszym predyktorem korzystania ze świadczeń pielęgniarских. U wielu osób starszych pogorszenie sprawności towarzyszy chorobom, które mogą powodować konieczność podawania leków i stosowania zabiegów specjalistycznych [Beland i Zunzunegui

1999]. Tymczasem niesprawność może ograniczać zakres samokontroli leczenia [Sinclar 2000]. Pojawienie się niesprawności powoduje zatem konieczność pomocy pielęgniarstwa w zakresie takich czynności, które wcześniej były wykonywane samodzielnie np. sprawna osoba chora na cukrzycę sama podaje sobie insulinę, ale zniedołężniały chory wymaga pomocy w tym zakresie. Obniżenie aktywności spowodowane niesprawnością usposabia też do rozwoju niektórych stanów chorobowych, które wymagają zabiegów pielęgniarstwa (np. odleżyn) [Bridel 1998]. W ten sposób niesprawność w zakresie ADL warunkuje potrzeby i korzystanie ze świadczeń pielęgniarstwa.

Upośledzenie sprawności w zakresie czynności życia codziennego nie ma natomiast wpływu na korzystanie z pozostałych analizowanych świadczeń medycznych. Można wytłumaczyć to tym, że korzystanie z porad lekarskich i hospitalizacji zależy od czynników ściśle związanych ze stanem zdrowia (np. liczby i charakteru schorzeń, liczby i rodzaju zażywanych leków, występowania dolegliwości, samooceny stanu zdrowia lub pogorszenia stanu zdrowia w określonym odstępie czasu) [Benzeval i Judge 1994, Maniecka-Bryła i Szpakowska 2000].

Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że w świetle wyników badania pogorszenie sprawności w zakresie ADL nie mobilizuje osób starszych do korzystania i zgłaszania zapotrzebowania na zabiegi rehabilitacyjne. Nie wykazano bowiem wpływu niesprawności ocenianej skalą ADL na korzystanie z tych świadczeń, jak również na wyrażanie potrzeb w tym zakresie. Co więcej, w przedstawionym materiale osoby długowieczne rzadziej niż ludzie w wieku 75-80 lat uczestniczą w ćwiczeniach kinezyterapii. Przyczyn tego zjawiska można doszukiwać się w nieuświadomieniu ludziom starszym roli rehabilitacji w poprawianiu ich ogólnego funkcjonowania w codziennym życiu [Iwanek 1999].

Upośledzenie sprawności umysłowej

Zasadniczą cechą otępienia jest stopniowa utrata samodzielności początkowo w zakresie złożonych, a następnie podstawowych czynności życia codziennego [Beland i Zunzunegui 1999, Bidzan 2000, Pędich i in. 2000, Niegovan

i in. 2001, Steen i in. 2001, Mehta i in. 2002]. Tą zależność potwierdzono również w przedstawionym tu badaniu.

Badania przeprowadzone w Wielkiej Brytanii wykazały, że osoby z upośledzeniem funkcji poznawczych stanowią największą grupę wśród ludzi starszych korzystających z opieki środowiskowej [Melzer i in. 1999]. Boersma i wsp. [1997] stwierdzili, że zależnie od stopnia ciężkości, otępienie zwiększa ryzyko korzystania ze świadczeń opiekuńczo-usługowych.

Podobnie w prezentowanej pracy wykazano, że osoby starsze w miarę pogłębiania się upośledzenia sprawności umysłowej częściej musiały korzystać z większości analizowanych świadczeń. Stopień nasilania się tych zaburzeń warunkował korzystanie z pomocy:

- w zakresie świadczeń opiekuńczych,
- w pracach domowych,
- w przygotowywaniu posiłków i
- przemieszczaniu się przy użyciu transportu.

Upośledzenie funkcji poznawczych (stwierdzone testem AMTS) u badanych osób starszych nie zwiększało natomiast prawdopodobieństwa zgłaszania zapotrzebowania na większość omawianych świadczeń (z wyjątkiem pomocy w przygotowywaniu posiłków). Należy zaznaczyć, że osoby starsze, zwłaszcza wykazujące pogorszenie sprawności umysłowej, mają skłonność do niedoszacowywania swoich potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej i pomocy społecznej [Lyons i in. 1991]. Jednym z objawów otępienia jest ograniczenie krytycznej oceny sytuacji [Bilikiewicz i Jarema 1998, Krzymiński 1993]. Być może ta cecha chorych przyczynia się do słabszego wyrażania przez nich swoich potrzeb w zakresie świadczeń o charakterze usługowym.

Liczba i rodzaj zgłaszanych chorób przewlekłych

W wyniku przeprowadzonego badania stwierdzono, że wraz ze wzrostem liczby chorób przewlekłych u danego pacjenta zwiększa się prawdopodobieństwo zgłaszania przez niego zapotrzebowania na świadczenia opiekuńcze, stały nadzór, pomoc w pracach domowych i załatwianiu spraw urzędowych oraz zabiegi

pielęgniarskie. Ponadto współistnienie kilku schorzeń przewlekłych warunkuje korzystanie z opieki polegającej na stałej obecności opiekuna, pomocy w czynnościach porządkowych i załatwianiu spraw administracyjno-prawnych oraz w organizacji przewozu do innych miejsc. Wielochorobowość zmniejsza natomiast prawdopodobieństwo zgłaszania zapotrzebowania na świadczenia rehabilitacji.

Powyższe wyniki można wytłumaczyć specyfiką chorowania osób starszych. W literaturze mamy szereg dowodów świadczących o tym, że choroby przewlekłe są główną przyczyną niepełnosprawności w grupie osób starszych [Kiely i in. 1997, Cho i in. 1998, Iwanek 1999, Steffens i in. 1999]. Wśród przyczyn niepełnosprawności na pierwszym miejscu stawia się schorzenia narządu ruchu (występujące u 51,6% osób w wieku 60 i więcej lat) i układu krążenia (54%) oraz schorzenia neurologiczne (21,5%) i narządu wzroku (20,6%) [Iwanek 1999]. Ponadto trzeba pamiętać, że ludzie w podeszłym wieku często chorują jednocześnie na kilka schorzeń [Piotrowski 1973, Kuciarska-Ciesielska 1999b, Życzkowska i Kocemba, 2000]. Tymczasem wielochorobowość wraz z zaburzeniami funkcji poznawczych i depresją pogłębiają niesprawność w zakresie ADL [Beland i Zunzunegui 1999].

Z doświadczenia wiadomo, że wystąpienie choroby u osoby starszej może powodować znaczne ograniczenie ogólnej wydolności organizmu i skutkować trudnościami w wykonywaniu czynności związanych z codziennym funkcjonowaniem. W przebiegu wielu chorób przewlekłych mogą pojawiać się objawy uniemożliwiające swobodne poruszanie się (np. w wyniku zmian zapalno-zwyrodnieniowych stawów) i podejmowanie wysiłku fizycznego (np. w niewydolności układu krążenia lub oddechowego). Z tego powodu choroby często stanowią poważne fizyczne ograniczenie uniemożliwiające osobom starszym wykonywanie codziennych prac domowych, jak również czynności higienicznych, a czasem także poruszanie się po mieszkaniu.

W przedstawionym badaniu wykazano, że wielochorobowość u osób starszych warunkuje ich zapotrzebowanie i korzystanie ze świadczeń typowo usługowych. Współistnienie wielu schorzeń często stwarza sytuację, w której konieczne staje się zapewnienie stałego nadzoru nad chorym przez opiekunów i pomocy w zakresie czynności związanych z codziennym funkcjonowaniem.

Choroby przewlekłe zwłaszcza w okresach zaostrzeń powodują szereg dolegliwości i wymagają częstszych interwencji medycznych [HersHKovitz i in. 2001]. Tym można wytłumaczyć wpływ liczby i rodzaju podawanych przez osoby starsze schorzeń na częstość korzystania przez nie z porad lekarskich, liczbę pobyków w leczeniu szpitalnym i długość hospitalizacji, jak również wzrost zapotrzebowania na zabiegi pielęgniarские [Walter-Ginzburg i in. 2001].

Warto podkreślić, że badane osoby, które chorowały na więcej schorzeń rzadziej zgłaszały potrzebę rehabilitacji. Można przyjąć, że współistnienie kilku chorób przyczynia się do znacznego pogorszenia stanu zdrowia, które uniemożliwia lub zniechęca do podejmowania wysiłku w postaci ćwiczeń kinezyterapii. Z kolei występowanie schorzeń prowadzących do pogorszenia sprawności (tj. osteoporoza, przebyty udar mózgu, choroba zwyrodnieniowo-zapalna stawów, zaburzenia krążenia w obrębie kończyn dolnych) warunkuje częstsze korzystanie osób starszych ze świadczeń rehabilitacyjnych.

Samoocena stanu zdrowia

Samoocena stanu zdrowia jest tłumaczona w oparciu o teoretyczne modele medyczne i socjokulturowe [Tobiasz-Adamczyk i in. 1999:31-3]. Wg Ware opiera się ona na koncepcji wielowymiarowego ujęcia zdrowia, obejmującego zdrowie fizyczne, psychiczne, funkcjonowanie społeczne, pełnienie ról i percepcję stanu zdrowia [Ware 1987]. Sposób postrzegania własnego zdrowia zależy między innymi od występowania chorób i ograniczeń aktywności życiowej [Tobiasz-Adamczyk i in. 1999:31-3]. Samoocena stanu zdrowia wiąże się zatem z liczbą zgłaszanych chorób przewlekłych [Kuciarska-Ciesielska 1999b], poziomem sprawności [Iwanek 1999, Grundy i Glaser 2000, Valderrama Gama i in. 2000, Jaracz i in. 2001, Bień 2002a, Tobiasz-Adamczyk i Brzyski 2002] i samopoczucia emocjonalnego [Kuciarska-Ciesielska 1999b], co wykazano również w omawianym badaniu.

Uważa się, że subiektywna ocena własnego zdrowia warunkuje mechanizm szukania profesjonalnej pomocy medycznej i jest ważnym wskaźnikiem, od którego zależy korzystanie z usług medycznych [Smith i in. 1994, Tobiasz-Adamczyk

i in.1999:32]. Ta prawidłowość znalazła potwierdzenie w przedstawionym badaniu. Stwierdzono, że osoby negatywnie oceniające swój stan zdrowia częściej korzystały z porad lekarskich, częściej były hospitalizowane i wymagały dłuższego leczenia w szpitalu, co wykazywano także w innych opracowaniach [Zajenkowska-Kozłowska 1999].

Ponadto w wyniku badania ustalono, że na podstawie odpowiedzi na pytanie dotyczące samooceny zdrowia można przewidywać zapotrzebowanie osób starszych na świadczenia usługowe. Zła samoocena stanu zdrowia zwiększa bowiem prawdopodobieństwo zgłaszania zapotrzebowania na :

- pomoc w pracach domowych i przewozie do innych miejsc oraz
- warunkuje zapotrzebowanie i korzystanie z pomocy w przygotowywaniu posiłków.

Pozostałe analizowane czynniki odgrywają mniejszą rolę w prognozowaniu korzystania z rozważanych świadczeń.

Liczba i rodzaj zażywanych leków

W badaniu stwierdzono, że osoby starsze przyjmujące większą liczbę leków częściej korzystają z porad lekarskich i podlegają hospitalizacji. Prawdopodobnie jest to wynikiem wielochorobowości lub znacznego zaawansowania schorzeń u osób wymagających opieki lekarskiej.

W przypadku prognozowania korzystania i zapotrzebowania na zabiegi pielęgniarские ważniejszym od liczby zażywanych leków okazał się rodzaj zastosowanego leczenia. Wykazano, że korzystanie z opieki pielęgniarской było uwarunkowane stosowaniem antybiotyków, leków przeciwbólowych, moczopędnych i psychotropowych. Osoby starsze przyjmujące insulinę miały szczególnie wysokie ryzyko zgłaszania zapotrzebowania na pomoc pielęgniarки.

Stosowanie niektórych lekarstw wymaga przeprowadzenia specjalistycznych zabiegów pielęgnacyjnych (np. podania leków w postaci zastrzyków, wlewów kroplowych, założenia opatrunków przeciwoleżynowych, pielęgnacji stomii), które muszą być wykonane przez pielęgniarkę. Tym można tłumaczyć wpływ rodzaju leczenia na prawdopodobieństwo korzystania z zabiegów pielęgniarских.

Poczucie depresji

Stany depresyjne mogą towarzyszyć wielu chorobom [Moffic i Paykel 1975, Pużyński 1988, 1998, Krzymiński 1993, Shah i in. 1997, Leung i in. 1998, Meara i in. 1999, Wojnar i in. 2001], zwłaszcza tym, którym towarzyszą dolegliwości o charakterze przewlekłym [Patten 2001]. Depresja często współistnieje z niesprawnością [Alexopoulos i in. 1996, Cho i in. 1998, Belland i Zunzunegui 1999, Mast i in. 1999, Steffens i in. 1999, Bidzan i in. 2000, Heslin i in. 2001]. Wzajemne oddziaływanie tych stanów objawia się rozwojem depresji w trakcie narastania niesprawności, jak również pogłębianiem się niesprawności w wyniku utrzymującej się ciężkiej depresji [Kempen i in. 1999, Pennix i in. 2000]. Występowanie stanów depresyjnych wiąże się też z gorszą samooceną zdrowia [Biderman i in. 2002].

Przedstawione zależności potwierdzono w omawianym badaniu. Nie wykazano natomiast determinującego wpływu pocucia depresji na korzystanie i zgłaszanie zapotrzebowania na rozpatrywane świadczenia medyczne i opiekuńcze. Jest to zgodne z innymi obserwacjami [Frederiks i in. 1991].

Uważa się, że około połowa przypadków depresji może być skutecznie leczona przez lekarzy rodzinnych pod warunkiem właściwego zdiagnozowania [Wojnar i in. 2001]. Jednak duża częstość pojawiania się pocucia depresji u osób starszych w przeprowadzonym badaniu wskazuje na małą jej wykrywalność i stawia pod znakiem zapytania skuteczność stosowanego przez lekarzy opieki podstawowej sposobu rozpoznawania i leczenia depresji. Podobne wnioski wysuwano także w innych publikacjach [Araszkiewicz 2001, Wojnar in. 2001].

Na podstawie powyższych wyników można przypuszczać, że wprowadzenie skali GSOD jako badania przesiewowego mogłoby poprawić wykrywalność depresji przez lekarzy rodzinnych. Ta skala jest natomiast nieprzydatna w prognozowaniu zapotrzebowania i korzystania z analizowanych świadczeń medycznych i opiekuńczych.

Wsparcie społeczne

W badaniu wykazano pozytywny wpływ wsparcia społecznego, które zmniejsza prawdopodobieństwo zgłaszania przez osoby starsze zapotrzebowania na:

- opiekę w formie ciągłego nadzoru;
- większą pomoc w przewozie i
- świadczenia pielęgniarские.

Oznacza to, że osoby mające dobre wsparcie w rodzinie i przyjaciółach rzadziej oczekują opieki w formie ciągłego nadzoru i zwiększenia pomocy w transporcie [Cafferata 1987]. Natomiast te, które nie doświadczają wsparcia ze strony otoczenia, częściej akcentują potrzebę organizowania im przewozu do innych miejsc oraz stałej obecności innej osoby w celu udzielania im bieżącej pomocy.

Osoby doznające większego wsparcia rodziny i przyjaciół mogą liczyć na ich pomoc w zakresie prostych zabiegów pielęgnacyjnych, jak podawanie leków doustnych, aplikowanie maści, zmiana zwykłych opatrunków itp.. Świadomość tego powoduje, że potrzeby w tym zakresie są słabiej wyrażane. Z drugiej strony osoby nie mające takiego oparcia w bliskich częściej zgłaszają zapotrzebowanie na świadczenia pielęgniarские. W literaturze podkreśla się, że zwłaszcza osoby samotne, pozbawione wsparcia ze strony najbliższych częściej zwracają się ze swoimi problemami emocjonalnymi do lekarzy i pielęgniarek [Tobiasz-Adamczyk i in. 1999: 68]. Rodzina natomiast poprzez realizację funkcji opiekuńczo-zabezpieczającej w stosunku do osób starszych przyspiesza proces ich rekonwalescencji [Tobiasz-Adamczyk 2000: 173] i zmniejsza korzystanie z opieki profesjonalnej [Frederiks i in. 1990, Johansson i Thorslund 1992].

Dochody miesięczne netto

W świetle dotychczasowych prac niski dochód, jako jeden z wyznaczników statusu społeczno-ekonomicznego człowieka, negatywnie wpływa na jego stan zdrowia [Tobiasz-Adamczyk 2000:129] i sposób funkcjonowania [Abelin i Schlettwein-Gsell 1986].

W omawianym badaniu wykazano, że osoby starsze uzyskujące niższe dochody mają większe prawdopodobieństwo:

- korzystania z pomocy w pracach domowych oraz
- zgłaszania zapotrzebowania na pomoc społeczną.

Podobnie Colvez i Ridez [1996] stwierdzili, że obniżanie się dochodów ludzi starszych zwiększa prawdopodobieństwo korzystania przez nich z formalnej opieki środowiskowej (Home Help Service).

W świetle wyników przedstawionego badania, przyczyną większego prawdopodobieństwa korzystania z pomocy w pracach domowych przez osoby starsze znajdujące się w trudnej sytuacji materialnej może być:

- niższa sprawność w zakresie ADL osób uzyskujących niskie dochody ($\chi^2 63,5$; $p < 0,01$) i
- większy dostęp tych osób do pomocy rodziny w zakresie prac domowych ($\chi^2 18,2$; $p < 0,05$).

Ponadto, w Polsce osoby posiadające bardzo niskie dochody mają większy dostęp do bezpłatnych świadczeń usługowych dzięki uprawnieniom zagwarantowanym ustawą o pomocy społecznej [Dz. U. z 1998 r. nr 64, poz. 414].

W badaniu wykazano również, że zapotrzebowanie na pomoc społeczną jest uwarunkowane wysokością dochodów. Przyczyn tej obserwacji należy upatrywać w treści nowelizacji wspomnianej ustawy, która wprowadziła, co roku ustalone kwotowo, określone kryterium dochodowe uprawniające do ubiegania się o zasiłki. W ten sposób realizację świadczeń finansowych ściśle powiązano ze stopniem ubóstwa osób korzystających z tej formy pomocy.

5.4. Zapotrzebowanie a korzystanie z wybranych świadczeń

Szczegółowego omówienia wymaga korzystanie i zapotrzebowanie na zabiegi rehabilitacji oraz pomoc społeczną.

Rehabilitacja

Rehabilitacja jest formą leczenia, dlatego rosnące z wiekiem chorobowość i niesprawność powinny zwiększać zapotrzebowanie i korzystanie osób starszych z różnych sposobów usprawniania, w tym z zabiegów fizyko- i fizjoterapii. Tymczasem na podstawie przedstawionych wyników stwierdzono, że długowieczność i wielochorobowość mają wręcz odwrotny wpływ, a upośledzenie sprawności w zakresie ADL pozostaje bez znaczenia w przypadku korzystania ze świadczeń rehabilitacyjnych.

Wykazano, że osoby długowieczne pomimo znacznej niesprawności mają zdecydowanie mniejsze niż osoby od nich młodsze prawdopodobieństwo korzystania z zabiegów rehabilitacji, jak również rzadziej wyrażają na nie zapotrzebowanie. Podobnie ludzie starsi chorujący na wiele schorzeń rzadziej zgłaszają chęć uczestniczenia w zabiegach rehabilitacji. Rosnąca liczba chorób zmniejsza zatem prawdopodobieństwo zgłaszania takiej potrzeby przez chorego.

Osoby charakteryzujące się niższym stopniem sprawności w zakresie ADL powinny w większym zakresie korzystać z zabiegów ogólnie usprawniających. Tymczasem w badaniu wykazano, że stopień niesprawności w zakresie ADL nie ma wpływu na korzystanie z zabiegów rehabilitacji, jak i wyrażanie potrzeb w tym zakresie. Również niesprawność wynikająca z ogólnego zniedołężnienia nie jest bodźcem do szukania tej formy pomocy.

Stwierdzono natomiast, że występowanie chorób, zwłaszcza tych, które prowadzą do upośledzenia funkcji kończyn (tj. osteoporozy, złamania kości, udar mózgu, zmiany zwyrodnieniowo-zapalne stawów) wiąże się z częstszym zgłaszaniem zapotrzebowania na zabiegi rehabilitacji. Jednak nawet w przypadku tych schorzeń stosowanie zabiegów rehabilitacyjnych okazało się niewystarczające w stosunku do zgłaszanych potrzeb. Jedynie wystąpienie osteoporozy i udaru mózgu wiązało się z częstszym korzystaniem z tej formy terapii.

Ponadto ustalono, że w przypadku niektórych schorzeń, w przebiegu których rehabilitacja powinna być podejmowana, ta forma leczenia nie jest realizowana (brak związku pomiędzy chorobowością i korzystaniem ze świadczeń). Z kolei brak związku pomiędzy zgłaszanym zapotrzebowaniem i chorobowością może wskazywać na niską świadomość osób starszych odnośnie możliwości i zasadności rehabilitacji w przebiegu tych schorzeń (np. w chorobie i zespole Parkinsona, zaburzeniach mowy, zanikach mięśniowych na różnym tle, przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc).

Należy podkreślić, że w przypadku wymienionych przyczyn niesprawności częstość korzystania osób starszych z zabiegów rehabilitacji jest na dużo niższym poziomie w stosunku do zgłaszanych potrzeb w tym zakresie. Przedstawione wyniki świadczą zatem o dużej dysproporcji pomiędzy zapotrzebowaniem i korzystaniem z zabiegów rehabilitacji. Potwierdzenie obserwacji dotyczących małej liczby osób starszych korzystających ze świadczeń rehabilitacyjnych znajdujemy także w innych badaniach [Iwanek 1999, Bień 1996, 2002b]. Osoby starsze często nie uświadamiają sobie możliwości i zasadności korzystania z zabiegów ogólnie usprawniających, mających zastosowanie w wieku podeszłym [Iwanek 1999]. W przedstawionym badaniu wykazano jednak, że nawet pomimo rzadko wyrażanych potrzeb, korzystanie osób starszych z omawianych świadczeń jest kilka razy rzadziej realizowane w stosunku do zapotrzebowania, co może świadczyć o dysfunkcji organizacji rehabilitacji dla ludzi w wieku podeszłym.

Pomoc społeczna

Korzystanie z pomocy społecznej polegającej na informowaniu o możliwych formach opieki i organizowaniu tej opieki nad osobami starszymi zależy od stopnia ich sprawności w zakresie ADL i zamieszkiwania samotnie, poza środowiskiem rodzinnym. Potrzeby w tym zakresie częściej są wyrażane przez osoby niesprawne i uzyskujące niskie dochody. Jest to zgodne z wynikami innej pracy, gdzie wykazano, że niesprawność w zakresie ADL i IADL najsilniej determinuje konieczność podjęcia interwencji w zakresie pracy socjalnej z osobami starszymi [Berkman 1996].

Ponadto wytlumaczenie znajdujemy w treści ustawy o pomocy społecznej z 29 listopada 1990 roku [Dz. U. z 1998 r. nr 64, poz.414], która nie wymienia starszego wieku jako kryterium uprawniającego do uzyskania świadczeń pomocy społecznej. Według art.3 tej ustawy podstawą do ubiegania się o te świadczenia jest współwystępowanie ubóstwa, niepełnosprawności (inwalidztwa prawnego) i długotrwałej choroby. W przypadku starania się o świadczenia pieniężne klient pomocy społecznej bezwzględnie winien spełniać wymóg ubóstwa.

Zgodnie z Kodeksem Rodzinnym i Opiekuńczym dzieci są zobowiązane do alimentacji rodziców. Pomoc społeczna jest zatem częściej realizowana w stosunku do osób samotnie zamieszkujących, które nie uzyskują wsparcia ze strony rodziny.

W stosunku do liczby osób, które korzystały z pomocy o charakterze poradnictwa i organizacji opieki prawie 4 razy więcej osób długowiecznych i ludzi wieku 75-80 lat uważało, że potrzebuje korzystać z tego typu świadczeń. Uderza zatem znaczna przewaga potrzeb w zakresie pomocy społecznej nad ich realizacją. Do powstania tej sytuacji niewątpliwie przyczyniły się zmiany w ustawodawstwie, które wprowadziły nowe zadania dla pomocy społecznej. Do lat 90-tych głównymi klientami pomocy społecznej byli ubodzy ludzie starsi. Wraz z transformacją ustrojową znacznie poszerzył się obszar działania służb socjalnych obejmując swoją opieką bezrobotnych, niepełnosprawnych, rodziny niepełne, wielodzietne, niewydolne wychowawczo oraz obarczone patologią społeczną. Tym samym realizacja pomocy dla osób starszych jest umieszczona jako jedno z wielu zadań na liście pomocy społecznej.

Równie poważną przyczyną rozbieżności pomiędzy zapotrzebowaniem na pomoc społeczną i realizacją świadczeń w tym zakresie jest kryterium ubóstwa. Wykazana dysproporcja wskazuje dobitnie, że tym, co poważnie limituje dostęp do świadczeń usługowych w ramach pomocy społecznej jest bardzo niskie kryterium dochodu uprawniające do tej formy pomocy.

W myśl ustawy dochód progowy przyjmuje wartości niższe od najniższej emerytury. W rezultacie takiego zapisu poza obszarem pomocy społecznej znalazły się osoby otrzymujące bardzo niskie emerytury i renty [Wnuk-Lipiński i in.

1999, Jaworska 2000, Czekanowski 2002a). Tym też można wytłumaczyć sporadyczne korzystanie osób starszych z zasiłków pomocy społecznej w przedstawionym badaniu. Co prawda, dla osób przekraczających kryteria dochodowe ustawodawca wprowadził „specjalny zasiłek okresowy” oraz „specjalny zasiłek celowy”, których przyznanie uzależnione jest jednak między innymi od możliwości finansowych gminy. Tymczasem obserwuje się lokalne niedobory w tym zakresie [Stępień 1999].

5.5. Rola rodziny w realizacji świadczeń medycznych i opiekuńczych na rzecz osób starszych

Świadczenia usługowe

Na podstawie wyników przeprowadzonego badania stwierdzono, że osoby starsze w obu analizowanych grupach wiekowych zdecydowanie najczęściej korzystały z pomocy rodziny w zakresie świadczeń takich jak:

- opieka w zakresie ubierania, mycia, karmienia i czynności higienicznych,
- pomoc w pracach domowych,
- w przygotowywaniu posiłków,
- w załatwianiu spraw administracyjno-prawnych,
- sprawowanie stałego nadzoru i
- organizacja transportu.

W ten sposób potwierdzono hipotezę mówiącą o dominującym udziale rodziny w realizacji świadczeń typowo usługowych w stosunku do podopiecznych osób starszych. W literaturze podkreśla się, że jedną z podstawowych funkcji rodziny jest funkcja opiekuńcza [Szaturn-Jaworska 2000, Tobiasz-Adamczyk 2000, Czekanowski 2002b:163]. Rodzina stanowi główne źródło wsparcia w przypadku wystąpienia choroby u każdego z jej członków [Tobiasz-Adamczyk 2000:170-4]. W badaniach potwierdzono, że jest ona zasadniczym źródłem pomocy dla osób starszych [Czekanowski 1995, 2002b] zwłaszcza w zakresie czynności życia codziennego [Johansson i Thorslund 1992, Bień i in. 2000].

Sprawowanie nad podopiecznym opieki polegającej na ciągłym przebywaniu z nim w celu dozoru i zapewnienia mu bezpieczeństwa jest zwyczajowo realizowane przez rodzinę i bliskich. To samo dotyczy pomocy w zakresie mycia, ubierania oraz w czynnościach higienicznych, pracach domowych i w przygotowywaniu posiłków [Bień i in. 2000, Bień 2002a]. Pomoc w załatwianiu spraw urzędowych i przewóz do różnych miejsc również są organizowane głównie przez rodzinę. Podkreśla się, że formalna opieka domowa często stanowi jedynie uzupełnienie opieki realizowanej przez krewnych w stosunku do niesprawnych osób starszych [Abelin i Schlettwein-Gsell 1989]. Co więcej, łatwy dostęp do opieki rodzinnej zmniejsza korzystanie z opieki profesjonalnej [Frederiks i in. 1990,

Johansson i Thorslund 1992]. Jedynie osoby znajdujące się w trudnej sytuacji, które nie mają takiego oparcia w środowisku lub te, których rodzina nie jest w stanie podołać opiece zwracają się o pomoc w tym zakresie do instytucji opieki zdrowotnej i pomocy społecznej [Bień 2002b, Czekanowski 2002b].

Czynnikami, które mogą mieć wpływ na duży udział rodziny w realizacji świadczeń usługowych są następujące fakty:

- czynności wchodzące w skład świadczeń typowo usługowych nie wymagają szczególnych kwalifikacji zawodowych, dlatego rodzina jest w stanie je wykonywać;
- zgodnie z ustawą o pomocy społecznej kwalifikację do bezpłatnych świadczeń usługowych otrzymują tylko osoby o bardzo niskich dochodach (poniżej ustawowo ustalonego progu minimalnych dochodów uprawniających do świadczeń bezpłatnych)
- jednocześnie niewielka liczba osób starszych posiada dochody umożliwiające im korzystanie z pomocy odpłatnej.

W badaniu ustalono, że z pomocy rodzinnej w omawianym zakresie częściej korzystają:

- osoby długowieczne,
- kobiety,
- osoby z wykształceniem podstawowym lub niższym,
- owdowiałe i
- mieszkające z rodziną.

Analiza wyników wykazała, że osoby długowieczne istotnie częściej niż ludzie w wieku 75-80 lat wymagają pomocy w czynnościach życia codziennego. W grupie osób długowiecznych dominują kobiety, które po owdowieniu często mieszkają wspólnie z rodziną. Wspólne zamieszkiwanie z krewnymi zapewnia im lepszy dostęp do pomocy rodzinnej w omawianym zakresie [Cafferata 1987]. W ten sposób opieka formalna stanowi tylko dopełnienie pomocy rodzinnej w zakresie świadczeń usługowych [Johansson i Thorslund 1992].

Z kolei ustalono, że opieka odpłatna jest kierowana głównie do osób z wyższym wykształceniem. Można przypuszczać, że wykształcenie poprzez związek z wyższymi dochodami [Frątczak i Sobieszak 1999] i większą dbałością

o zdrowie [Tobiasz-Adamczyk 2000:127-9] skłania do częstszego korzystania z opieki odpłatnej. Z drugiej strony należy pamiętać, że osoby te uzyskują dochody powyżej limitu uprawniającego je do korzystania z bezpłatnej pomocy społecznej. Tym samym nie mają one możliwości skorzystania z wielu świadczeń usługowych wykonywanych bezpłatnie.

W wyniku badania wykazano, że z formalnej opieki realizowanej bezpłatnie najczęściej korzystają osoby w wolnym stanie i mieszkające samotnie. Osoby te nie posiadając wystarczającego wsparcia w rodzinie częściej zwracają się o pomoc do instytucji pomocy społecznej i opieki zdrowotnej. Podobnie Johansson i wsp. [1992] wykazali, że samotne zamieszkiwanie osób starszych wiąże się z częstszym korzystaniem z opieki formalnej.

Opieka pielęgniarstwa

Inaczej niż w przypadku świadczeń typowo usługowych, w badaniu wykazano, że opieka pielęgniarstwa jest realizowana głównie przez pielęgniarki. Udział rodziny jest znacznie mniejszy niż pracowników opieki zdrowotnej.

Czynności pielęgniarstwa można podzielić na:

- proste zabiegi wchodzące w zakres pielęgnacji podstawowej oraz
- skomplikowane wymagające wykwalifikowanej pomocy.

Pierwsze po odpowiednim przyuczeniu mogą być wykonywane przez rodzinę lub innych opiekunów (np. podawanie leków doustnych). Natomiast zabiegi takie jak zastrzyki, opatrunki mogą być realizowane tylko przez lekarzy lub pielęgniarki, ponieważ jedynie oni posiadają wystarczające kwalifikacje, aby je wykonać. Tym można wytłumaczyć większy udział opieki formalnej w zabezpieczeniu potrzeb w tym zakresie.

Świadczenia rehabilitacyjne

Podobnie stwierdzono, że świadczenia rehabilitacyjne są realizowane najczęściej przez pracowników opieki zdrowotnej. Udział rodziny w ich realizacji jest niewielki. Jednocześnie potrzeby osób starszych w tym zakresie są wielokrotnie wyższe niż aktualne organizacyjne możliwości prowadzenia tej formy terapii. Należy tu wspomnieć o słabo rozwiniętej rehabilitacji domowej [Bień 1996].

Mała współpraca rodziny w tym zakresie często wynika z braku przygotowania opiekunów nieformalnych do wykonywania nawet prostych ćwiczeń kinezyterapii u swoich podopiecznych.

Pomoc społeczna

Realizacja opieki polegającej na udzielaniu informacji o formach pomocy społecznej i organizowaniu opieki nad nimi wymaga określonych kwalifikacji zawodowych. W badaniu ustalono, że rodzina często nie potrafi zastąpić pracowników pomocy społecznej i opieki zdrowotnej w tej roli. Tym bardziej uderza dysproporcja pomiędzy korzystaniem i 3-4 razy większym zapotrzebowaniem na tę formę pomocy. Może ona świadczyć o dysfunkcji pomocy społecznej w tym zakresie. Przedstawione wyniki potwierdzają zatem niedostateczny rozwój systemu pomocy ludziom starszym w Polsce stwierdzany także w innych opracowaniach [Błędowski 2002: 300]. Podobne problemy związane z niedoinformowaniem osób starszych o przysługujących im formach pomocy społecznej występują także w innych krajach [Berkman i in. 1996].

Podsumowując, w przeprowadzonym badaniu wykazano, że rodzina realizując kulturowo przypisywaną jej funkcję opiekuńczą wykonuje świadczenia typowo usługowe w stosunku do swoich podopiecznych. Natomiast nie jest w stanie podjąć się zadań należących do pracowników opieki zdrowotnej i pomocy społecznej w zakresie świadczeń wymagających określonych kwalifikacji zawodowych. W sytuacji, gdy formalnie powołane do realizacji tych usług instytucje nie są wydolne, osoby starsze nie mogą otrzymać właściwej pomocy. Wobec ogólnie znanych tendencji starzenia się populacji i zanikania rodzin wielopokoleniowych poprawa systemu organizacji opieki zdrowotnej i pomocy społecznej w celu pełniejszego zabezpieczenia osób starszych w odpowiednie świadczenia opiekuńcze i medyczne staje się poważnym wyzwaniem dla służb formalnie do tego powołanych [Huijsman i Dolmans 1990].

5.6. Praktyczne implikacje wyników badania

Już w latach trzydziestych ubiegłego wieku sir Ferguson Anderson, Marjory Warren i Lionel Cosin zaczęli formułować zasady oceny pacjentów w podeszłym wieku [Warren 1943, 1946]. W latach 70-tych T. Franklin Williams opisał metodę czynnościowej oceny chorych w starszym wieku. Dzięki wysiłkom tych badaczy stworzono podstawy do rozwijanej dzisiaj kompleksowej oceny geriatrycznej³⁶ (k.o.g.) [Paist i Jafri 1997].

Koncepcja wszechstronnej oceny geriatrycznej (k.o.g.) wyrosła na gruncie dopasowania świadczeń medycznych i opiekuńczych do rzeczywistych potrzeb osób starszych [Rubenstein 1997]. Stała się jedną z fundamentalnych zasad w geriatric, która ujednolica proces diagnozowania i kwalifikowania do określonych procedur medycznych i świadczeń, tym samym pozwala na właściwe dostosowanie opieki do stanu pacjenta [Rubenstein i in. 1987, Deyo i in. 1991].

Wśród różnych propozycji system kompleksowej oceny geriatrycznej zwykle zawiera badanie podstawowych i złożonych czynności życia codziennego (najczęściej przy użyciu ADL Katz'a i IADL Lawton'a), stopnia upośledzenia sprawności umysłowej (MMSE, AMTS), poziomu samooceny depresji (GSOD lub skalą Hamiltona) i zagrożenia upadkami (skalą Tinetti) [Rubenstein 1999, Kocemba i Grodzicki 2000].

Kompleksową ocenę geriatryczną traktuje się jako formę technologii medycznej, która może istotnie poprawić wyniki zdrowotne. Jest ona równie ważna jak wprowadzanie nowych sposobów leczenia, czy diagnozowania przy pomocy wysoko specjalistycznej aparatury. W metaanalizie programów zdrowotnych w USA zawierających k.o.g. potwierdzono jej wysoką skuteczność zwłaszcza, gdy jest ona realizowana na oddziałach geriatrycznych w szpitalach, przez zespoły opieki domowej oraz dotyczy osób właściwie zakwalifikowanych [Stuck i in. 1993]. K.o.g. zwiększa precyzję diagnozy, prowadzi do poprawy sprawności fizycznej

³⁶ **Kompleksowa ocena geriatryczna** (comprehensive geriatric assessment- CGA) jest to proces wszechstronnego badania, zazwyczaj prowadzonego przez zespół pracowników medycznych o różnych profesjach, w celu określenia wydolności czynnościowej oraz ustalenia potrzeb zdrowotnych, psycho-społecznych i socjalnych osób w wieku podeszłym oraz opracowania dla nich planu leczenia i dalszych kontroli [Rubenstein 1997, 1999].

i umysłowej pacjentów, zmniejsza ich umieralność, liczbę przyjmowanych leków, epizodów hospitalizacji i przyjąć do stacjonarnych placówek opiekuńczych [Rubin i in. 1993, Stuck i in. 1993,1995]. Prowadzenie k.o.g. przez pielęgniarkę w porozumieniu z lekarzem w trakcie wizyt domowych opóźnia szereg niekorzystnych procesów, w tym postępowanie niesprawności w zakresie ADL [Bula i in. 1999] i związaną z tym konieczność instytucjonalizacji osób starszych [Stuck i in.1995]. Profilaktyczne wizyty pielęgniarek u osób starszych zawierające elementy badania k.o.g. zmniejszają liczbę upadków, poczucie depresji, prowadzą do poprawy samooceny zdrowia [Neubury i in. 2001] i poprawiają sprawność fizyczną przede wszystkim u osób z niewielkim jej upośledzeniem [Stuck i in. 2000].

Na tej podstawie Polscy geriatrzy również propagują ideę wszechstronnego badania osób starszych, podkreślając, że daje ono lekarzowi szansę szerszego spojrzenia na zdrowie pacjenta w wieku podeszłym [Pędich i in. 1991,1997, Wojszel 1996, Wojszel i in.1997]. Zachęcają lekarzy pierwszego kontaktu do pogłębiania swojej wiedzy w tym zakresie i częstszego stosowania bardzo popularnych na świecie skal pozwalających precyzyjniej określić dysfunkcje i potrzeby osób starszych. Podsumowując, skale stosowane w ramach k.o.g. znalazły akceptację środowisk medycznych do stosowania w ocenie klinicznej pacjentów.

Jednym z zamierzeń przeprowadzonego badania było, tym razem, sprawdzenie użyteczności skal oceny funkcjonalnej tj. ADL, IADL, AMTS i GSOD w prognozowaniu zapotrzebowania osób starszych na świadczenia medyczne i opiekuńcze. Wykazano, że zwłaszcza pomiar ADL, IADL oraz AMTS dostarcza cennych informacji, na podstawie których można przewidywać korzystanie i zapotrzebowanie osób starszych na poszczególne usługi realizowane przez instytucje opieki zdrowotnej i pomocy społecznej.

W badaniach zagranicznych podkreśla się wysoką przydatność danych zbieranych przy pomocy kwestionariuszy oceny funkcjonalnej osób starszych w planowaniu i alokacji świadczeń opieki środowiskowej [Frederiks i in.1990]. Zwraca się uwagę na to, że osoby bardzo stare, mieszkające samotnie oraz wykazujące niesprawność fizyczną i psychiczną mają tendencję do zaniżania

swoich potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej i pomocy społecznej [Lyons i in. 1991]. Wprowadzenie obiektywnego pomiaru tych potrzeb przez pracowników medycznych lub socjalnych jest zatem konieczne w celu zapewnienia właściwej opieki ludziom starszym.

Takie podejście, tzn. aspekt wykorzystania skal funkcjonalnych w racjonalnym planowaniu i rozwijaniu opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, po raz pierwszy w Polsce, zaprezentowano w przedstawionej tu pracy.

VI. WNIOSKI

1. Niesprawność w zakresie ADL i wiek okazały się czynnikami, które determinują korzystanie i zapotrzebowanie osób starszych na większość rozważanych świadczeń medycznych i opiekuńczych.
2. Upośledzenie sprawności umysłowej stwierdzone w teście AMTS u ludzi starszych zwiększa prawdopodobieństwo korzystania tych osób ze świadczeń typowo usługowych.
3. Poza wymienionymi stwierdzono również istotny wpływ innych czynników (np. poziomu wykształcenia, liczby zgłaszanych chorób przewlekłych, samooceny stanu zdrowia) na zapotrzebowanie i korzystanie osób starszych ze świadczeń medycznych i opiekuńczych.
4. Ustalono, że rodzina ma dominujący udział w opiece nad ludźmi starszymi w zakresie świadczeń usługowych.
5. Udział rodziny jest istotnie mniejszy w przypadku realizacji świadczeń wymagających kwalifikacji zawodowych (tj. zabiegi pielęgniarские, rehabilitacji i pomoc społeczna).
6. Zapotrzebowanie osób starszych na świadczenia rehabilitacyjne i pomoc społeczną kilkakrotnie przewyższa ich dotychczasową realizację, co może świadczyć o dysfunkcjonalności pomocy społecznej i niedostatecznej organizacji świadczeń rehabilitacji.
7. Jedną z barier ograniczających korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej jest bardzo niski próg dochodów, który limituje dostęp do bezpłatnych świadczeń usługowych i sprawia, że wiele osób wymagających takiej opieki i jednocześnie uzyskujących bardzo niskie dochody znajduje się poza obszarem działania instytucji pomocy społecznej.
8. Wobec tendencji starzenia się i zanikania rodzin wielopokoleniowych w polskim społeczeństwie należy przypuszczać, że w przyszłości instytucje pomocy społecznej i opieki zdrowotnej w większym stopniu będą musiały opiekować się ludźmi w wieku podeszłym. Tym samym poprawa organizacji opieki w celu lepszego zabezpieczenia osób starszych w świadczenia medyczne i opiekuńcze stanowi poważne wyzwanie dla służb formalnie

do tego powołanych.

9. W badaniu dowiedziono, że niektóre skale oceny funkcjonowania osób starszych (np. ADL, AMTS) są przydatne w oszacowaniu potrzeb ludzi w wieku podeszłym w zakresie opieki zdrowotnej i pomocy społecznej oraz mogą pomóc w racjonalnym planowaniu rozwijania odpowiednich świadczeń medycznych i opiekuńczych.
10. Przedstawione wyniki pozwoliły sprecyzować wytyczne dla organizatorów opieki zdrowotnej i pomocy społecznej.

Zalecenia praktyczne

1. W świetle przedstawionych wyników można postulować poprawę organizacji świadczeń poprzez:
 - usprawnienie współpracy pomiędzy pracownikami podstawowej opieki zdrowotnej i służb socjalnych w zakresie opieki nad osobami starszymi;
 - rozwijanie świadczeń rehabilitacyjnych dla osób starszych, a zwłaszcza systemu rehabilitacji domowej [Mayo i in. 2000];
 - pilotażowe uruchomienie prewencyjnych patronaży dla osób starszych powyżej 75 roku życia realizowanych przez pielęgniarki środowiskowe i pracowników socjalnych w celu wychwycenia ludzi starszych z poważną wymagającą pomocy niesprawnością;
 - przygotowanie personelu medycznego do sprawniejszego wykrywania stanów depresyjnych i innych chorób psychicznych;
 - popularyzowanie stosowania kompleksowej oceny geriatrycznej wśród lekarzy rodzinnych.
2. Należy podjąć działania w celu poprawy planowania rozwoju świadczeń przeznaczonych dla osób starszych w ramach systemu opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. W tym celu należy:
 - zbudować system rejestracji danych dotyczących stanu zdrowia osób starszych w oparciu o skale oceny funkcjonalnej;

- prowadzić wielopoziomową analizę danych dotyczących stanu zdrowia populacji osób starszych i tendencji demograficznych;
 - w oparciu o wyniki analizy formułować wnioski dla organizatorów opieki zdrowotnej i pomocy społecznej oraz polityków zdrowotnych na poziomie lokalnym i kraju;
 - przygotować strategię rozwoju świadczeń w ramach systemu ochrony zdrowia dla osób starszych.
3. Na podstawie wyników badania można określić zestaw testów do stosowania w trakcie patronażu:
- zastosowanie skali ADL, AMTS, pytań o samoocenę zdrowia, liczbę chorób przewlekłych i wiek dostarczy informacji na podstawie, której można prognozować zapotrzebowanie na określone świadczenia;
 - zastosowanie skali GSOD zwiększy wykrywalność stanów depresyjnych.
4. W ramach promocji zdrowia należy podejmować działania edukacyjne:
- w zakresie informowania osób starszych i ich opiekunów o dostępnych formach pomocy;
 - w celu propagowania aktywności wśród ludzi starszych i wskazania zastosowań rehabilitacji ruchowej w wieku podeszłym;
 - w celu przygotowania opiekunów rodzinnych do prowadzenia podstawowej pielęgnacji i kinezyterapii u swoich podopiecznych (i tym samym zwiększenia udziału rodziny w zakresie udzielania zabiegów pielęgnacyjnych i rehabilitacji).

VII. STRESZCZENIE

Celem pracy było ustalenie czynników determinujących korzystanie i zapotrzebowanie osób starszych na świadczenia medyczne i opiekuńcze. Badanie przeprowadzono w latach 2000-2001. Objęto nim losowo wybranych mieszkańców Krakowa w wieku 75-80 lat (258 osób) i 90-95 lat (172 osoby). Badanie miało charakter środowiskowy. Zostało zrealizowane przez przeszkolonych ankieterów przy użyciu standaryzowanego kwestionariusza wywiadu OARS (Older Americans Resources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire), przetłumaczonego i zaadaptowanego do warunków polskich. Ponadto w badaniu użyto Skrócony Test Sprawności Umysłowej (AMTS) i Geriatryczną Skalę Oceny Depresji (GSOD). Analizę statystyczną wykonano w programie SPSS stosując testy nieparametryczne i modele regresji logistycznej i liniowej.

Analizowano następujące świadczenia: porady lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, hospitalizacje, zabiegi rehabilitacyjne, pielęgniarские, usługi opiekuńcze, stały nadzór, pomoc w pracach domowych, przygotowywaniu posiłków, załatwianiu spraw administracyjno-prawnych, przewozie do innych miejsc oraz pomoc społeczną w zakresie informowania o formach pomocy i organizowania opieki nad osobami starszymi.

Postawiono i zweryfikowano hipotezy dotyczące: 1) wpływu wieku i niesprawności w zakresie ADL na korzystanie i zgłaszanie zapotrzebowania na określone świadczenia oraz 2) dominującego udziału rodziny w realizacji świadczeń typowo usługowych.

Wykazano, że wiek najczęściej spośród analizowanych czynników demograficznych determinuje korzystanie osób starszych z wielu świadczeń medycznych i opiekuńczych. Ustalono, że długowieczność zwiększa prawdopodobieństwo:

- *korzystania ze świadczeń pielęgniarских, opiekuńczych, stałego nadzoru i pomocy w załatwianiu spraw administracyjno prawnych;*
- *zgłaszania zapotrzebowania na zabiegi pielęgniarские, stały nadzór i pomoc w załatwianiu spraw administracyjno-prawnych oraz*

- zmniejsza prawdopodobieństwo korzystania z zabiegów rehabilitacji i wyrażania na nie zapotrzebowania.

Ponadto osoby długowieczne korzystały z mniejszej liczby porad lekarskich niż osoby w wieku 75-80 lat.

Stwierdzono również wpływ poziomu wykształcenia na kształtowanie się zapotrzebowania na pomoc domową i świadczenia pielęgniarские oraz korzystanie z zabiegów rehabilitacji, pomocy domowej i przy przygotowywaniu posiłków.

Pozostałe czynniki demograficzne tj. płeć, stan cywilny, sposób zamieszkiwania miały mniejsze znaczenie w prognozowaniu potrzeb ludzi starszych w zakresie omawianych świadczeń.

Wśród czynników pozademograficznych czynnikiem, który najczęściej determinuje zapotrzebowanie i korzystanie z większości rozpatrywanych świadczeń jest niesprawność w zakresie ADL. Wykazano, że upośledzenie sprawności zwiększa prawdopodobieństwo zgłaszania zapotrzebowania, jak również korzystania osób starszych ze stałego nadzoru, usług opiekuńczych, zabiegów pielęgniarских, pomocy w pracach domowych, przygotowywaniu posiłków, załatwianiu spraw urzędowych, zapewnieniu transportu oraz pomocy społecznej. Stopień sprawności w zakresie ADL nie wpływa natomiast na korzystanie z zabiegów rehabilitacji, porad lekarskich i hospitalizacji.

Ustalono również, że upośledzenie funkcji poznawczych stwierdzane w teście AMTS zwiększa prawdopodobieństwo korzystania osób starszych z usług opiekuńczych, pomocy w pracach domowych, przygotowywaniu posiłków oraz w przemieszczaniu się przy użyciu transportu.

Ponadto wykazano, że inne czynniki tj. rosnąca liczba chorób przewlekłych, występowanie określonych chorób i negatywna samoocena stanu zdrowia również zwiększają prawdopodobieństwo korzystania osób starszych z opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. Pozostałe analizowane czynniki (tj. liczba zażywanych leków, rodzaj leków, wysokość dochodów, poziom wsparcia społecznego) odgrywają mniejszą rolę w przypadku tylko niektórych z opisanych świadczeń.

Wykazano, że udział rodziny w realizacji świadczeń typowo usługowych jest istotnie wyższy niż instytucji opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. W przypadku świadczeń wymagających określonych kwalifikacji (tj. rehabilitacja, zabiegi

pielęgniarskie, praca socjalna) rodzina nie jest w stanie zastąpić osób zajmujących się tym zawodowo. Wówczas korzystanie z opieki profesjonalnej przeważa nad pomocą rodzinną w tym zakresie.

Ponadto stwierdzono duże rozbieżności pomiędzy zapotrzebowaniem i rzeczywistym korzystaniem ze świadczeń rehabilitacyjnych i pomocy społecznej, które mogą świadczyć o dysfunkcjonalności instytucji odpowiedzialnych za organizację opieki w tym zakresie.

Podsumowując, w wyniku przeprowadzonego badania zweryfikowano postawione hipotezy i osiągnięto założone cele. Praca dostarczyła wielu nowych informacji na temat populacji osób długowiecznych, czynników kształtujących zapotrzebowanie na opiekę zdrowotną i pomoc społeczną oraz roli rodziny w realizacji tych świadczeń. Praktyczną implikacją rozprawy jest stwierdzenie istotnej wartości skal funkcjonalnych tj. ADL i AMTS w prognozowaniu zapotrzebowania osób starszych na świadczenia medyczne i opiekuńcze. Praca kończy się sformułowaniem zaleceń dla organizatorów ochrony zdrowia odnośnie racjonalnego planowania opieki nad osobami starszymi.

VIII. ZAŁĄCZNIKI

Załącznik 8.1.

Skrócony Test Sprawności Umysłowej (AMTS-Abbreviated Mental Test Score) [Hodkinson 1972]

Zadaj kolejno poniższe pytania. Badany otrzymuje 1 punkt za każdą prawidłową odpowiedź lub 0 punktów za brak lub złą odpowiedź. Na koniec testu podlicz punkty.

1. Ile ma Pan / Pani lat?	
2. Która jest godzina ? (podać z dokładnością do 1 godziny)	
3. Proszę powtórzyć podany adres: ulica Gruszkowa 42	XXXX
4. Który mamy rok?	
5. Jaki jest Pana / Pani adres?	
6. Kto to jest Jan Paweł II?	
7. Kiedy się Pan / Pani urodził/a ? (proszę podać pełną datę)	
8. W którym roku rozpoczęła się Druga Wojna Światowa?	
9. Jak nazywa się Prezydent?	
10. Policz wspak od 20 odejmując 1.	
11. Proszę przypomnieć adres, który wcześniej podałam /em.	

RAZEM:

Wynik:

- 0-3 - ciężkie upośledzenie pamięci
- 4-6 - umiarkowane upośledzenie pamięci
- 7-8 - łagodne upośledzenie pamięci
- 9-10 - stan prawidłowy

Załącznik 8.2.

30-punktowa Geriatryczna Skala Oceny Depresji (GSOD) [Yesavage i in.1983]

<i>Proszę ocenić swoje samopoczucie w ciągu ostatnich 2 tygodni, zakreślając symbolem „X” właściwą odpowiedź:</i>	Tak	Nie
1. Myśląc o całym swoim życiu, czy jest Pani (Pan) z niego zadowolony(a)?		
2. Czy zmniejszyła się liczba Pani (Pana) aktywności i zainteresowań?		
3. Czy ma Pani (Pan) uczucie, że życie jest puste?		
4. Czy często czuje się Pani (Pan) znudzona(y)?		
5. Czy myśli Pani (Pan) z nadzieją o przyszłości?		
6. Czy miewa Pani (Pan) natrętne myśli, których nie może się Pani (Pan) pozbyć?		
7. Czy jest Pani (Pan) w dobrym nastroju przez większość czasu?		
8. Czy obawia się Pani (Pan), że może się zdarzyć Pani (Panu) coś złego?		
9. Czy przez większość czasu czuje się Pani (Pan) szczęśliwa(y)?		
10. Czy często czuje się Pani (Pan) bezradna(y)?		
11. Czy często jest Pani (Pan) niespokojna(y)?		
12. Czy zamiast wyjść wieczorem z domu, woli Pani (Pan) w nim pozostać?		
13. Czy często martwi się Pani (Pan) o przyszłość?		
14. Czy czuje Pani (Pan), że ma więcej kłopotów z pamięcią niż inni ludzie?		
15. Czy myśli Pani (Pan), że wspaniale jest żyć?		
16. Czy często czuje się Pani (Pan) przygnębiona(y) i smutna(y)?		
17. Czy obecnie czuje się Pani (Pan) gorsza(y) od innych ludzi?		
18. Czy martwi się Pani (Pan) tym, co zdarzyło się w przeszłości?		
19. Czy uważa Pani (Pan), że życie jest ciekawe?		
20. Czy trudno jest Pani (Panu) realizować nowe pomysły?		
21. Czy czuje się Pani (Pan) pełna(y) energii?		
22. Czy uważa Pani (Pan), że sytuacja jest beznadziejna?		
23. Czy myśli Pani (Pan), że ludzie są lepsi niż Pani (Pan)?		
24. Czy drobne rzeczy często wyprowadzają Panią (Pana) z równowagi?		
25. Czy często chce się Pani (Panu) płakać?		
26. Czy ma Pani (Pan) kłopoty z koncentracją uwagi?		
27. Czy rano budzi się Pani (Pan) w dobrym nastroju?		
28. Czy ostatnio unika Pani (Pan) spotkań towarzyskich?		
29. Czy łatwo podejmuje Pani (Pan) decyzje?		
30. Czy zdolność Pani (Pana) myślenia jest taka sama, jak dawniej?		

Wynik: 21-30 - ciężka depresja
 11-20 - umiarkowana depresja
 0-10 - stan prawidłowy

XI. BIBLIOGRAFIA

1. Abelin T., Brzeziński Z.J., Carstairs V.D.L. (1987), *Measurement in health promotion and protection*, WHO Reg. Office for Europe, WHO Regional Publications, European Series, No.22.
2. Abelin T., Schlettwein-Gsell D. (1986), Handicaps and needs of the elderly. A multifactor epidemiologic study under urban conditions. *Schweizerische Medicinische Wochenschrift*, **116**, 1524-42.
3. Abelin T., Schlettwein-Gsell D. (1989), The family and the help needs of disabled elderly in two Swiss cities. *Comprehensive Gerontology, Section A, Clinical and Laboratory Sciences*, **3** (suppl), 51-6.
4. Abrams W.B., Beers, M.H., Berkow, R. (red) (K. Galus, J. Kocemba red. wydania polskiego) (1999), *MSD Podręcznik geriatrii*, Urban & Partner, Wrocław.
5. Ahroni J.H. (1989), A description of the health needs of elderly home care patients with chronic illness. *Home Health Care Services Quality*, **10**, 77-92.
6. Ailinger R.L., Causey M.R. (1993), Home health service utilization by Hispanic elderly immigrants: a longitudinal study. *Home Health Care Services Quality*, **14**, 85-96.
7. Alexopoulos GS, Vrontou C, Kakuma T, Meyers BS, Young RC, Klausner E, Clarkin J. (1996), Disability in geriatric depression. *American Journal of Psychiatry*, **153**, 877-85.
8. Almeida O.P., Almeida S.A. (1999), Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **14**, 858-65.
9. Andersen-Ranberg K., Christensen K., Jeune B., Skytthe A., Vasegaard L. and Vaupel J.W. (1999), Declining physical abilities with age: a cross-sectional study of older twins and centenarians in Denmark. *Age and Ageing*, **28**, 373-77.
10. Araszkievicz A. (2001), Zaburzenia depresyjne i lękowe w podstawowej opiece zdrowotnej- rozpowszechnienie i diagnostyka. *Psychiatria w praktyce ogólnolekarskiej*, **1**, 1-10.
11. Arthur A., Jagger C., Lindesay J., Graham C., Clarke M. (1999), Using an annual over-75 health check to screen for depression: validation of the short Geriatric Depression Scale (GDS15) within general practice. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **14**, 431-9.
12. Beck A.T., Mendelson M., Mock J. (1961), Inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, **4**, 561-71.
13. Bedford A., Foulds G.A., Sheffield B.F. (1976), A new personal disturbance scale (DSSI/SAD). *British Journal of Social and Clinical Psychology*, **15**, 387-94.
14. Beland F., Zunzunegui M.V. (1999), Predictors of functional status in older people living at home. *Age and Ageing*, **28**, 153-9.
15. Benzeval M., Judge K. (1994), The determinants of hospital utilisation: implications for resource allocation in England. *Health Economics*, **3**, 105-16.
16. Bergner M. (1993), Development, testing and use of the Sickness Impact Profile. W: S.R.Walker, R.M. Rosser (red.), *Quality of Life Assessment: Key Issues in the 1990s* (2-gie wyd.), Kluwer Academic, Dordrecht.

17. Bergner M., Bobbit R.A., Carter W.B., Gilson B.S. (1981), The Sickness Impact Profile: development and final reversion of a health status measure. *Medical Care*, **19**, 787-805.
18. Berkman B., Shearer S., Simmons W.J., White M., Robinson M., Sampson S., Holmes W., Allison D., Thomson J.A. (1996), Ambulatory elderly patients of primary care physicians: functional, psychosocial and environmental predictors of need for social work care management. *Social Work and Health Care*, **22**, 1-20.
19. Biderman A., Cwikel J., Fried A.V., Galinsky D. (2002), Depression and falls among community dwelling elderly people: a search for common risk factors. *Journal of Epidemiology and Community Health*, **56**, 631-6.
20. Bidzan L., Łapin J., Sołtys K., Turczyński J. (2000), Wpływ poziomu funkcji poznawczych i depresji na aktywność złożoną u osób w wieku podeszłym. *Gerontologia Polska*, **8**(1), 9-14.
21. Bień B. (1996), *Wpływ pozaontogenetycznych uwarunkowań starzenia się na zdrowotną i psycho-socjalną sytuację ludzi starszych: 15-letnie przekrojowo-sekwencyjne badania ludzi starych w Białymstoku. Praca Habilitacyjna*. Academica Medica Białostocensis, Białystok.
22. Bień B. (2000), Miejsce człowieka starszego w systemie opieki zdrowotnej i społecznej w Polsce. W: *Sytuacja zdrowotna osób w starszym wieku w Polsce. Aspekt medyczny i społeczno-demograficzny*. Ogólnopolskie Seminarium Naukowe, Łódź, 26-27.06.2000, 31-40.
23. Bień B. (2002a), Stan zdrowia i sprawności ludzi starszych. W: B. Synak (red.) *Polska starość*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk, 35-77.
24. Bień B. (2002b), Opieka zdrowotna i pomoc w chorobie. W: B. Synak (red.) *Polska starość*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk, 78-100.
25. Bień B., Pędich W. (1995), Wpływ transformacji społeczno-politycznej w Polsce na jakość życia ludzi starych. *Gerontologia Polska*, **3**, 21-32.
26. Bień B., Philp I. i Grupa Programowa EASY-Care (1999), *EASY-care. Tworzenie europejskiego standardu do oceny potrzeb ludzi starych. System Oceny Ludzi Starych. Wersja polska 1999-2002*. Sheffield Institute for Studies on Ageing. The University of Sheffield, UK, 1997-9.
27. Bień B., Wojszel B.Z., Polityńska B., Wilmańska J. (1999), Opieka zdrowotna i społeczna nad ludźmi starszymi w Polsce w okresie reform systemowych. *Gerontologia Polska*, **7**(3-4), 29-44.
28. Bień B., Wojszel Z.B., Wilmańska J. (2000), Opiekunowie niedołącznych osób starszych w badaniu populacyjnym. *Polski Merkuriusz Lekarski*, **9**, 775-8.
29. Bień B., Wojszel Z.B., Wilmańska J., Polityńska B. (1999a), Kwestionariusz EASY-Care: założenia i metodologia badań. Kwestionariusz EASY-Care jako system oceny ludzi starszych w praktyce leczenia podstawowego (część 1.). *Gerontologia Polska*, **7**(2), 37-41.
30. Bień B., Wojszel Z.B., Wilmańska J., Polityńska B. (1999b), Epidemiologiczna ocena rozpowszechnienia niesprawności funkcjonalnej u osób w późnej starości a świadczenie opieki. Kwestionariusz EASY-Care jako system oceny ludzi starszych w praktyce leczenia podstawowego (część 2.). *Gerontologia Polska*, **7**(2), 42-47.
31. Bilikiewicz A., Jarema M. (1998), Zaburzenia psychiczne na tle organicznym. W: A. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria*, PZWL, Warszawa, 162-73.

32. Blazer D.G. (1999), Depresja. W: W.B. Abrams, M.H. Beers, R. Berkow (red.), (K. Galus, J. Kocemba red. wydania polskiego), *MSD Podręcznik geriatry*, Wrocław, 1319-24.
33. Blessed G., Tomlinson B.E., Roth M. (1968), The association between quantitative measures of dementia and senile change in the cerebral gray matter of elderly subjects. *British Journal of Psychiatry*, **114**, 797.
34. Błędowski P. (2002), Ludzie starzy a polityka społeczna. W: B. Synak (red.), *Polska starość*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk, 286-305.
35. Boersma F., Eefsting J.A., van den Brink W., van Tilburg W. (1997), Care services for dementia patients: predictors for service utilization. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **12**, 1119-26.
36. Bolesławski L., Marciniak G. (1997), *Prognoza ludności Polski według województw na lata 1996-2020*, GUS, Warszawa.
37. Bowling A. (1998a), *Measuring Disease. A review of disease-specific quality of life measurement scales*, Open University Press, Philadelphia.
38. Bowling A. (1998b), *Measuring Health. A review of quality of life measurement scales*, Open University Press, Philadelphia.
39. Bowling A., Farquhar M., Browne P. (1991), Use of services in old age: data from three surveys of elderly people. *Social Science and Medicine*, **33**, 689-700.
40. Brazier J.E., Harper R., Jones N.M.B., O'Cathain A., Thomas K.J., Usherwood T., Westlake L. (1992), Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *British Medical Journal*, **305**, 160-4.
41. Bridel J. (1998), Epidemiologia odleżyn. W: Zapobieganie odleżynom jako problem zapewnienia jakości, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków, 55-63.
42. Bula C.J., Berod A.C., Stuck A.E., Alessi C.A., Aronow H.U., Santos-Eggimann B., Rubenstein L.Z., Beck J.C. (1999), Effectiveness of preventive in-home geriatric assessment in well functioning, community-dwelling older people: secondary analysis of a randomized trial. *Journal of the American Geriatric Society*, **47**, 389-95.
43. Busse E.W. (1987), Dementia in late life. W: M.E.C. Smith, *Living with medicine: a family guide*. American Psychiatric Association Auxiliary, Washington DC, 237.
44. Cafferata GL. (1987), Marital status, living arrangements, and the use of health services by elderly persons. *Journal of Gerontology*, **42**, 613-8.
45. Cassel Ch.K., Cohen H.J., Larson E.B., Meier D.E., Resnick N.M., Rubenstein L.Z., Sorensen L.B. (red.) (1997), *Geriatric Medicine*, Springer-Verlag Inc. New York, Berlin, Heidelberg.
46. CBOS (1999), *Polacy o starości. Komunikat z badań*, Warszawa.
47. Cho C.Y., Alessi C.A., Cho M., Aronow H.U., Stuck A.E., Rubenstein L.Z., Beck J.C. (1998), The association between chronic illness and functional change among participants in a comprehensive geriatric assessment program. *Journal of the American Geriatric Society*, **46**, 677-82.
48. Colvez A., Ridez S. (1996), Objective and subjective determinants in the benefits of home help services for the elderly. *Revue d'Epidemiologie et de Sante Publique*, **44**, 163-72.

49. Crets S. (1996), Determinants of the use of ambulant social care by the elderly. *Social Science and Medicine*, **43**, 1709-20.
50. Czekanowski P. (1995), Pomoc rodzinna i pozarodzinna w życiu osoby starszej. *Gerontologia Polska*, **3**, 20-25.
51. Czekanowski P. (2002a), Sytuacja materialna. W: B. Synak (red.), *Polska starość*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk, 109-14.
52. Czekanowski P. (2002b), Rodzina w życiu osób starszych i osoby starsze w rodzinie. W: B. Synak (red.), *Polska starość*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk, 140-72.
53. Daszyńska M. (1999), Sytuacja bytowa gospodarstw domowych z osobą starszą. W: GUS, *Seniorzy w polskim społeczeństwie*, Warszawa, 203-225.
54. Deyo R., Applegate W.B., Kramer A. (1991), The future of geriatric assessment. *Journal of the American Geriatric Society*, **39** (suppl), 1S-59S.
55. Dyczewski L., Adamczuk L., Szatur-Jaworska B., Pałaszewska-Reindl T., Ozimek I., Niepokulczycka M., Halicka M., Halicki J. (1999), Potrzeby ludzi starszych: uniwersalne i specyficzne. W: St. Golinowska (red.), *Raport o rozwoju społecznym Polska 1999. Ku godnej aktywnej starości*, UNDP i CASE, Warszawa, 27-46.
56. Falck R.P., Pot A.M., Braam A.W., Hanewald G.J., Ribbe M.W. (1999), Prevalence and diagnosis of depression in frail nursing home patients; a pilot study. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, **30**, 193-9.
57. Farquhar M., Bowling A., Grundy E., Formby J. (1993a), Elderly people's use of services: a survey. *Nursing Standard*, **7**(47), 31-6.
58. Farquhar M., Bowling A., Grundy E., Formby J. (1993b), Functional ability of very elderly people. *Nursing Standard*, **7**(51), 31-6.
59. Favier M., Boland M. (1997), *Program poprawy jakości. Opieka nad ludźmi starszymi*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków, 10, 21.
60. Fillenbaum G.G. (1985), Screening the elderly. A brief instrumental activities of daily living measure. *Journal of the American Geriatric Society*, **33**, 698-706.
61. Fillenbaum G.G. (1987), Measures of well-being in the elderly. W: T. Abelin, Z.J. Brzeziński, V.D.L. Carstairs (red.), *Measurement in health promotion and protection*, WHO Reg. Office for Europe, WHO Regional Publications, European Series; No.22., 159-170.
62. Fillenbaum G.G. (1988), *Multidimensional functional assessment of older adults. The Duke Older American Resources and Services Procedures*, Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, New Jersey and Hove/ London.
63. Fillenbaum G.G., Smyer M.A. (1981), The development, validity and reliability of the OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire. *Journal of Gerontology*, **36**, 428-34.
64. Fletcher A. (1994), Multidimensional assessment instruments. W: I. Philp (red.), *Assessing Elderly People in Hospital and Community Care*, Farrand Press, London, 36-42.
65. Fletcher A.E., Dickinson E., Philp I. (1992), Review. Audit Measures - quality of life instruments for everyday use with elderly patients. *Age and Ageing*, **21**, 142-50.
66. Folstein M.F., Folstein S.E., Mc Hugh P.R. (1975), „Mini-Mental State”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, **12**, 189-98.

67. Frątczak E., Sobieszak A. (1999), Sytuacja demograficzna osób starszych. W: *Seniorzy w polskim społeczeństwie*, GUS, Warszawa, 13-25.
68. Frederiks C.M., te Wierik M.J., van Rossum H.J. (1991), Factors associated with differential utilization of professional care among elderly people: residents of old people's homes compared to elderly people living at home. *Acta Hospitalia*, **31**, 33-45.
69. Frederiks C.M., te Wierik M.J., Visser A.P., Sturmans F. (1990), The functional status and utilization of care of elderly people living at home. *Journal of Community Health*, **15**, 307-17.
70. Gallagher D., Nies G., Thompson L.W. (1982), Reliability of the Beck Depression Inventory with older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **50**, 152-3.
71. George L.K., Fillenbaum G.G. (1985), OARS methodology: A decade of experience in geriatric assessment. *Journal of the American Geriatric Society*, **33**, 607-15.
72. Gillear C.J. (1994), Cognition and behaviour. W: I. Philp (red.), *Assessing Elderly People in Hospital and Community Care*, Farrand Press, London, 51-8.
73. Goldberg D.P. (1978), *Manual of the General Health Questionnaire*. NFER-NELSON, Windsor.
74. Goldstein M.S., Siegel J.M., Boyer R. (1984), Predicting changes in perceived health status. *American Journal of Public Health*, **74**, 611-15.
75. Golinowska St., Gałkowski A.E. (1999), Wpływ starzenia się społeczeństwa na rozwój; nowe wyzwania, problemy i szanse. W: St. Golinowska (red.), *Raport o rozwoju społecznym Polska 1999. Ku godnej aktywnej starości*, UNDP i CASE, Warszawa, 97-108.
76. Golinowska St., Holzer J., Szwarc H., Pędich W. (1999), Starzenie się i starość; pojęcia, tendencje, cechy i struktury. W: St. Golinowska (red.), *Raport o rozwoju społecznym Polska 1999. Ku godnej aktywnej starości*, UNDP i CASE, Warszawa, 7-25.
77. Grabbe L., Demi A.S., Whittington F., Jones J.M., Branch L.G., Lambert R. (1995), Functional status and the use of formal home care in the year before death. *Journal of Aging and Health*, **7**, 339-64.
78. Grabiec U., Skalska A. (1999), Depresja w starszym wieku – podstawy rozpoznawania. *Gerontologia Polska*, **7**(1), 14-8.
79. Grabiec U., Skalska A. (2000), Zespoły psycho-geriatryczne. W: J. Kocemba, T. Grodzicki (red.), *Zarys Gerontologii Klinicznej*, MCKP UJ, Kraków, 84-101.
80. Grundy E., Glaser K. (2000), Socio-demographic differences in the onset and progression of disability in early old age: a longitudinal study. *Age and Ageing*, **29**, 149-57.
81. Grundy E., Holt G. (2001), The socioeconomic status of older adults: How should we measure it in studies of health inequalities?. *Journal of Epidemiology and Community Health*, **55**, 895-904.
82. Gurland B.J., Kuriansky J., Sharpe L., Simon P., Birkett P. (1977), The Comprehensive Assessment and Referral Evaluation (CARE) – rationale, development and reliability. *International Journal of Aging and Human Development*, **8**, 9-42.
83. Gurland B.J., Wilder D.E. (1984), The CARE interview revisited: development of an efficient, systematic clinical assessment. *Journal of Gerontology*, **39**, 129-37.

84. GUS (1987), *Rocznik Statystyczny*, Warszawa.
85. GUS (1993), *Pomoc społeczna w Polsce 1993. Raport z badań*, Warszawa.
86. GUS (1996), *Gospodarstwa domowe i rodziny. Spis ludności i mieszkań metodą reprezentacyjną 1995*, Warszawa.
87. GUS (1997a), *Stan zdrowia ludności w 1996 r.*, Warszawa.
88. GUS (1997b), *Stan zdrowia i potrzeby osób niepełnosprawnych w Polsce w 1996r.*, Warszawa.
89. GUS (1998a), *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 1998 roku*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa.
90. GUS (1998b), *Porównanie sytuacji zdrowotnej ludności Polski i wybranych krajów europejskich w 1996 r.*, Informacje i opracowania statystyczne, Warszawa.
91. GUS (1998c), *Zróżnicowanie warunków życia ludności w Polsce w 1997 r.*, Studia i Analizy Statystyczne, Warszawa.
92. GUS (1999a), *Rocznik Demograficzny*, Warszawa.
93. GUS (1999b), *Seniorzy w polskim społeczeństwie*, Warszawa.
94. GUS (1999c), *Stan zdrowia ludności Polski w przekroju regionalnym w 1996 r.*, „Informacje i Opracowania Statystyczne”, Warszawa.
95. GUS (2000), *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 1999r.*, Warszawa.
96. Halik J., Borkowska-Kalwas T., Pączkowska M. (2000), *Starzenie się społeczeństwa polskiego i konsekwencje tego procesu dla polityki społecznej i zdrowotnej. Raport z badań*, Warszawa.
97. Hamilton M. (1967), Development of rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 278-96.
98. Hamilton M. (1976), Clinical evaluation of depression: clinical criteria and rating scales, including a Guttman Scale. W: M. Gallant, G.M. Simpson (red.), *Depression: Behavioral, Biochemical Diagnostic and Treatment Concepts*, Spectrum Publications, New York.
99. Heikkinen E., Waters W.E., Brzeziński Z.J. (red.) (1983), *The elderly in eleven countries. A sociomedical survey*, WHO Regional Office for Europe. Public Health in Europe No 21, Copenhagen.
100. Henderson A.A., Duncan-Jones P., Finlay-Jones R.A. (1983), The reliability of Geriatric Mental State Examination. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 281-9.
101. Herlitz C. (1997), Distribution of informal and formal home help for elderly people in Sweden. *Gerontologist*, 37, 117-24.
102. Hershkovitz A., Rothschild B.M., Rose J.H., Hornick T., O'Toolc E.E. (2001), Medical care perceptions in elderly patients with musculoskeletal complaints. *The Israel Medical Association Journal*, 3, 822-7.
103. Heslin J.M., Soveri P.J., Winoy J.B., Lyons R.A., Buttanshaw A.C., Kovacic L., Daley J.A., Gonzalo E. (2001), Health status and service utilisation of older people in different European countries. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 19, 218-22.
104. Hodkinson H.M. (1972), Evaluation of mental score for assessment of mental impairment in the elderly. *Age and Ageing*, 1, 223-8.
105. Huijsman R., Dolmans E.L. (1990), The elderly and the use of home care. Past, present and future. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 21, 17-25.

106. Hunt S.M., McEwen J., McKenna S.P. (1986), *Measuring Health Status*, Croom Helm, London.
107. Indulski J., Kowalewski J. (1998), Proces starzenia się populacji jako determinanta sytuacji zdrowotnej oraz popytu na usługi w ochronie zdrowia. W: *Sytuacja zdrowotna osób w starszym wieku w Polsce. Aspekt medyczny i społeczno-demograficzny*. Materiały na seminarium naukowe, Łódź, 65-71.
108. Iwanek A. (1999), Niepełnosprawność osób starszych. W: *Seniorzy w polskim społeczeństwie*, GUS, Warszawa, 100-122.
109. Jacobs J. W., Bernhard M.R., Delgado A., Strain J.J. (1977), Screening for organic mental syndromes in the medically ill. *Annals of Internal Medicine*, **86**, 40-6.
110. Jacobzone S. (1999), *Ageing and care for frail elderly persons: An overview of international perspectives*, Labour Market and Social Policy, "Occasional Papers" No 38, Paris.
111. Jaracz K., Wołowicka L., Bączyk G. (2001), Sytuacja życiowa i sprawność funkcjonalna osób w starszym wieku z zaburzeniami sprawności lokomocyjnej. *Gerontologia Polska*, **9**(1), 26-30.
112. Jaworska M. (2000), Człowiek stary jako beneficjent pomocy społecznej. W: B. Synak (red.), *Ludzie starzy w warunkach transformacji ustrojowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk, 109-117.
113. Jitapunkul S., Pillay I., Ebrahim S. (1991), The Abbreviated Mental Test: its use and validity. *Age and Ageing*, **20**, 332-6.
114. Johansson L., Thorslund M. (1992), Care needs and sources of support in a nationwide sample of elderly in Sweden. *Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie*, **25**, 57-62.
115. Jorm A.F., Korten A.E., Henderson A.S. (1987), The prevalence of dementia: a quantitative integration of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **76**, 465-479.
116. Kahn R.L., Goldfarb A.I., Pollack M. (1960a), The relationship of mental and physical status in institutionalized aged persons. *American Journal of Psychiatry*, **117**, 120-4.
117. Kahn R.L., Goldfarb A.I., Pollack M., Peck A. (1960b), Brief objective measures for determination of mental status in the aged. *American Journal of Psychiatry*, **117**, 326-8.
118. Kaplan G.A., Camacho T. (1983), Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of Human Population Laboratory Cohort. *American Journal of Epidemiology*, **117**, 292-8.
119. Kardas P., Ratajczyk-Pakalska E. (2001), *Hospitalizacje starszych mieszkańców Łodzi. Częstość, przyczyny, możliwości zapobiegania*, Instytut Postępowania Twórczego, Łódź, 52-58.
120. Katona C. (1994), The detection of depression in old age. W: I. Philp (red.), *Assessing Elderly People in Hospital and Community Care*, Farrand Press, London, 59-64.
121. Katona C.L., Katona P.M. (1997), Geriatric depression scale can be used in older people in primary care. *British Medical Journal*, **315**, 1236.
122. Katz S., Akpom C.A. (1976), Index of ADL. *Medical Care Supplement*, **14**, 116-118.
123. Katz S., Downs T.D., Cash H.R., Grotz R.C. (1970), Progress in the development of the index of ADL. *Gerontologist*, **10**, 20-30.

124. Katz S., Ford A.B., Moskowitz R.W., Jackson B.A., Jaffe M.W. (1963), Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*, **185**, 914-9.
125. Katzman R., Brown T., Fuld P., Peck A., Schechter R., Schimmel H. (1983), Validation of a short Orientation-Memory-Concentration Test of cognitive impairment. *American Journal of Psychiatry*, **140**, 734-9.
126. Kempen G.I., Sullivan M., van Sonderen E., Ormel J. (1999), Performance-based and self-reported physical functioning in low-functioning older persons: congruence of change and the impact of depressive symptoms. *Journals of Gerontology, Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, **54**, 380-6.
127. Kessler R.C., Gonagle K.A., Zhao S., Nelson C.B., Hughes M., Eshleman S., Wittchen H.U., Kendler K.S. (1994), Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, **51**, 8-19.
128. Kiely D.K., Morris J.N., Morris S.A., Cupples L.A., Ooi W.L., Sherwood S. (1997), The Effect of specific medical conditions on functional decline. *Journal of the American Geriatric Society*, **45**, 1459-63.
129. Kinsella K., Taeuber C.M. (1992), *An Aging World II. International Population Reports*, P95/92-3 US Department of Commerce Economics and Statistics Administration, US Bureau of the Census, Washington.
130. Kocemba J., Grodzicki T. (red.) (2000), *Zarys Gerontologii Klinicznej*, MCKP UJ, Kraków.
131. Kołapka-Minc S. (2000), Komentarz do: Welsh-Bohmer K.A., Morgenlander J.C. (2000), Poszukiwanie przyczyny upośledzenia pamięci u osób w podeszłym wieku. Od testów ambulatoryjnych po skierowanie do neuropsychologa. *Medycyna po Dyplomie*, **9**(8), 42-54.
132. Krach P., DeVaney S., DeTurk C., Zink M.H. (1996), Functional status of the oldest-old in a home setting. *Journal of Advanced Nursing*, **24**, 456-64.
133. Krzyżniński S. (1993), *Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego*, PZWL, Warszawa.
134. Kuciarska-Ciesielska M. (1997), W: GUS, *Stan zdrowia ludności w 1996 r.*, Warszawa.
135. Kuciarska-Ciesielska M. (1999a), Gospodarstwa domowe i rodziny z osobami starszymi. W: *Seniorzy w polskim społeczeństwie*, GUS, Warszawa, 44, 50.
136. Kuciarska-Ciesielska M. (1999b), Stan zdrowia somatycznego i psychicznego osób starszych oraz jego uwarunkowania. W: *Seniorzy w polskim społeczeństwie*, GUS, Warszawa, 59-99.
137. Kuciarska-Ciesielska M. (1999c), Starzenie się i starość; pojęcia, tendencje, cechy i struktury. W: St. Golinowska (red.), *Raport o rozwoju społecznym Polska 1999. Ku godnej aktywnej starości*, UNDP i CASE, Warszawa, 18-21.
138. Lawton M.P., Brody E.M. (1969), Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, **9**, 179-186.
139. Lawton M.P., Moss M., Fulcomer M., Kleban M.H. (1982), A research and service oriented Multilevel Assessment Instrument. *Journal of Gerontology*, **37**, 91-9.
140. Lepine J.P., Gatspar M., Mendlewicz J., Tylee A. (1997), Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society), *International Clinical Psychopharmacology*, **12**, 19-29.

141. Lemańczyk W., Kondracka M. (1993), Proste metody rozpoznawania otępienia. W: S. Krzymiński (red.), *Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego*, PZWL, Warszawa, 238-48.
142. Leung K.K., Lue B.H., Lee M.B., Tang L.Y. (1998), Screening of depression in patients with chronic medical diseases in primary care settings. *Family Practice*, **15**, 67-75.
143. Little A., Hemsley D., Bergmann K., Volans J., Levy R. (1987), Comparison of the sensitivity of three instruments for the detection of cognitive decline in elderly living at home. *British Journal of Psychiatry*, **150**, 808-14.
144. Lyons R.A., McCarthy R., O'Connor A. (1991), Community health service utilization and needs in an elderly population. *Irish Journal of Medical Science*, **160**, 307-9.
145. Maniecka-Bryła I., Szpakowska M. (2000), Korzystanie z opieki medycznej przez ludność w wieku poprodukcyjnym – wybrane wyniki badania reprezentacyjnego. W: *Sytuacja zdrowotna osób w starszym wieku w Polsce. Aspekt medyczny i społeczno-demograficzny*. Ogólnopolskie Seminarium Naukowe, Łódź, 26-27.06.2000, 115-24.
146. Marciniak G. (1999), Prognoza ludności w wieku 60 lat i więcej. W: *Seniorzy w polskim społeczeństwie*, GUS, Warszawa 1999, 28-37.
147. Marcinowicz L., Borzuchowska A. (2002), Świadczenia lekarzy i pielęgniarek rodzinnych w ocenie starszych podopiecznych. *Gerontologia Polska*, **10**, 42-8.
148. Mast B.T., MacNeill S.E., Lichtenberg P.A. (1999), Geropsychological problems in medical rehabilitation: dementia and depression among stroke and lower extremity fracture patients. *Journals of Gerontology, Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, **54**, M 607-12.
149. Mayo N.E., Wood-Dauphinee S., Côté R., Gayton D., Carlton J., Buttery J., Tamblyn R. (2000), There's no place like home : an Evaluation of Early Supported Discharge for Stroke. *Stroke*, **31**, 1016-23.
150. McCusker J., Bellavance F., Cardin S., Belzile E. (1999), Validity of an activities of daily living questionnaire among older patients in the emergency department. *Journal of Clinical Epidemiology*, **52**, 1023-30.
151. McDowell I., Newell C. (1987), *Measuring health. Guide to Rating Scales and Questionnaires*. Oxford University Press, New York, Oxford.
152. Meara J., Mitchelmore E., Hobson P. (1999), Use of the GDS-15 geriatric depression scale as a screening instrument for depressive symptomatology in patients with Parkinson's disease and their carers in the community. *Age and Ageing*, **28**, 35-8.
153. Mehta K.M., Yaffe K., Covinsky K.E. (2002), Cognitive impairment, depressive symptoms, and functional decline in older people. *Journal of the American Geriatric Society*, **50**, 1045-50.
154. Melzer D., McWilliams B., Brayne C., Johnson T., Bond J. (1999), Profile of disability in elderly people: estimates from a longitudinal population study. *British Medical Journal*, **318**, 1108-11.
155. Misztalski T. (2000), Próba oceny współzależności między depresją, otępieniem a chorobą somatyczną u chorych w podeszłym wieku. *Gerontologia Polska*, **8**(1), 22- 9.
156. Moffic H.S., Paykel E.S. (1975), Depression in medical in-patient. *British Journal of Psychiatry*, **126**, 346-53.

157. Montgomery S.A., Asberg M. (1979), A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, **134**, 382-9.
158. Montorio I., Izal M. (1996), The Geriatric Depression Scale: a review of its development and utility. *International Psychogeriatrics*, **8**, 103-12.
159. Myers G.C. (1994), Marital-Status Dynamics at Older Ages. W: *Aging and the Family Proceedings of the United Nations International Conference on Aging Populations in the Context of the Family*, Kitakyushu (Japan), 15-19 Oct 1990, UN, New York, 12.
160. Newbury J.W., Marley J.E., Beilby J.J. (2001), A randomised controlled trial of the outcome of health assessment of people aged 75 years and over. *The Medical Journal of Australia*, **175**, 104-7.
161. Njegovan V., Hing M.M., Mitchell S.L., Molnar F.J. (2001), The hierarchy of functional loss associated with cognitive decline in older persons. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, **56**, M 638-43.
162. Nourhashémi F., Andrieu S., Gillette-Guyonnet S., Vellas B., Albarède J.L., Grandjean H. (2001), Instrumental Activities of Daily Living as a Potential Marker of Frailty. A Study of 7364 Community-Dwelling Elderly Women (the EPIDOS Study). *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, M 448-53.
163. Nowak L. (1995), Sytuacja demograficzna ludzi starszych w Polsce w perspektywie do 2010 roku. *Gerontologia Polska*, **3**(3/4), 4-15.
164. Nowak-Sapota W. (2000), Gospodarstwa domowe osób w starszym wieku - aspekt demograficzny. W: *Sytuacja zdrowotna osób w starszym wieku w Polsce. Aspekt medyczny i społeczno-demograficzny*. Ogólnopolskie Seminarium Naukowe, Łódź, 26-27.06. 2000, 141-146.
165. Oberender P. (red.) (1996), *Alter und Gesundheit*, Nomos Verlag, Baden-Baden.
166. OECD (1997), *Ageing in OECD Countries. A Critical Policy Challenge*, Social Policy Studies, No 20, Paris.
167. Okólski M. (1988), *Reprodukcja ludności a modernizacja społeczeństwa. Polski syndrom*, Książka i Wiedza, Warszawa.
168. Ostrowska A., Sikorska J. (1996), *Syndrom niepełnosprawności w Polsce. Bariery integracji*, IFiS PAN, Warszawa.
169. Paist S.S. III, Jafri A.J. (1997), Ocena czynnościowa pacjentów w starszym wieku. Sposób na poprawę jakości życia. *Medycyna po Dyplomie*, **6** (1), 33-40.
170. Patten S.B. (2001), Long-term medical conditions and major depression in a Canadian population study at waves 1 and 2. *Journal of Affective Disorders*, **63**, 35-41.
171. Pattie A.H. (1981), A survey version of the Clifton Assessment Procedures for the Elderly (CAPE). *British Journal of Clinical Psychology*, **20**, 173-8.
172. Pattie A.H., Gilleard C.J. (1979), *Manual of Clifton Assessment Procedures for the Elderly (CAPE)*, Hodder and Stoughton Educational, Sevenoaks, Kent.
173. Penninx B.W., Deeg D.J., van Eijk J.T., Beekman A.T., Guralnik J.M. (2000), Changes in depression and physical decline in older adults: a longitudinal perspective. *Journal of Affective Disorders*, **61**, 1-12.

174. Pędich M., Wilmańska J., Bień B., Górská M. (2000), Niesprawność fizyczna, poznawcza i emocjonalna w populacji osób starszych a świadczenie opieki. W: *Sytuacja zdrowotna osób w starszym wieku w Polsce. Aspekt medyczny i społeczno-demograficzny. Ogólnopolskie Seminarium Naukowe, Łódź, 26-27.06. 2000*, 149-155.
175. Pędich W. (1997), Komentarz do artykułu: Paist S.S. III, Jafri A.J. (1997), Ocena czynnościowa pacjentów w starszym wieku. Sposób na poprawę jakości życia. *Medycyna po Dyplomie*, 6 (1), 33-40, 40-41.
176. Pędich W., Bień B., Halicka M., Tarasiuk W. (1991), Application of the geriatric assessment card (g.a.c.) the monitoring of socio-medical status of the elderly. *Materia Medica Polona*, 1 (77), 47-50.
177. Pfeiffer E. (1975), A Short Portable Mental Status Questionnaire for assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatric Society*, 23, 433.
178. Piotrowski J. (1973), Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie, PWN, Warszawa.
179. Pullwitt D.H., Fischer G.C. (1996), Why do elderly couples use ambulatory nursing care? *Gesundheitswesen*, 58, 277-82.
180. Pużyński St. (1988), *Depresje*, PZWL, Warszawa.
181. Pużyński St. (1998), Choroby afektywne. W: A. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria*, PZWL, Warszawa, 267-282.
182. Qureshi K.N., Hodkinson H.M. (1974). Evaluation of a 10 question mental test in the institutionalized elderly. *Age and Ageing*, 3, 152-7.
183. Regier D., Narrow W., Rea D.S., Manderscheid R.W., Locke B.Z., Goodwin F.K. (1993), The de facto U.S. mental and addictive disorders service system: epidemiological catchment prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Archives of General Psychiatry*, 53, 85-94.
184. Roszkowska H., Goryński P. (2001), Hospitalizacja starszych mieszkańców miast i wsi w Polsce w latach 1979-1996. *Gerontologia Polska*, 9(2), 21-27.
185. Roszkowska H., Goryński P., Seroka W. (2000), Hospitalizacja osób starszych w Polsce w latach 1979-1996. *Gerontologia Polska*, 8(1), 39-45.
186. Rubenstein L.Z. (1997), Contexts of Care. W: Ch.K. Cassel, H.J. Cohen, E.B. Larson, D.E. Meier, N.M. Resnick, L.Z. Rubenstein, L.B. Sorenson (red.), *Geriatric Medicine*, Springer, New York Inc., 77-80.
187. Rubenstein L.Z. (1999), Kompleksowa ocena geriatryczna. W: W.B. Abrams, M.H. Beers, R. Berkow (red.), (K. Galus, J. Kocemba red. wydania polskiego), *MSD Podręcznik geriatrii*, Urban & Partner, Wrocław.
188. Rubenstein L.Z., Campbell L.J., Kane R.L. (1987), *Geriatric Assessment*. Philadelphia, W.B. Saunders.
189. Rubin CD, Sizemore MT, Loftis PA, de Mola NL. (1993), A randomized, controlled trial of outpatient geriatric evaluation and management in a large public hospital. *Journal of the American Geriatric Society*, 41, 1023-8.
190. Schulte B. (1996), *Altenhilfe in Europa. Rechtliche, institutionelle und infrastrukturelle Bedingungen*, BMf-FSfJ, Kohlhammer Verlag, Stuttgart, Berlin, Köln.

191. Shah A., De T. (1998), Documented evidence of depression in medical and nursing case-notes and its implications in acutely ill geriatric inpatients. *International Psychogeriatrics*, **10**, 163-72.
192. Shah A., Herbert R., Lewis S., Mahendran R., Platt J., Bhattacharyya B. (1997), Screening for depression among acutely ill geriatric inpatients with a short Geriatric Depression Scale. *Age and Ageing*, **26**, 217-21.
193. Shapiro E. (1986), Patterns and predictors of home care use by the elderly when need is the sole basis for admission. *Home Health Care Services Quality*, **7**, 29-44.
194. Sheikh J.I., Yesavage J.A. (1986), Geriatric Depression Scale (GDS): recent findings and development of a shorter version. W: T.L. Brink (red.), *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*, Haworth Press, New York, 165-73.
195. Sheikh J.I., Yesavage J.A., Brooks J.O. 3d., Friedman L., Gratzinger P., Hill R.D., Zadeik A., Crook T. (1991), Proposed factor structure of the Geriatric Depression Scale. *International Psychogeriatrics*, **3**, 23-8.
196. Sinclair A.J., Girling A.J., Bayer A.J. (2000), Cognitive dysfunction in older subjects with diabetes mellitus: impact on diabetes self-management and use of care services. All Wales Research into Elderly (AWARE) Study. *Diabetes Research and Clinical Practice*, **50**, 203-12.
197. Siwiak-Kobayashi M. (1996), Zaburzenia psychiczne niepsychotyczne w podstawowej opiece zdrowotnej. W: S. Leder, C. Brykczyńska (red.), *Psychiatria konsultacyjna, „Liason”*, Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków, 7-16.
198. Smith A.M., Sherley J.M., Dennerstein L. (1994), Self-related health: biological continuum or social discontinuity? *Social Science and Medicine*, **39**, 77-83.
199. Smith C.W., Byrne E.J., Arie T.H.D., Lelley J.M. (1992), Diagnosis of dementia II. Diagnostic methods: A survey of current consultant practice and review of the literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **7**, 323-30.
200. Sorensen L., Foldspang A., Gulmann N.C., Juul-Nielsen S., Mehlsen M., Munk-Jorgensen P. (1998), Concurrent validity of the GMS-AGECAT (A3) package in a Danish nursing home population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **13**, 336-42.
201. Spitzer R., Endicott J., Robins E. (1978), Research Diagnostic Criteria. *Archives of General Psychiatry*, **35**, 773-782.
202. Stanisław A. (1998), *Przystępny kurs statystyki*, StatSoft Polska, Kraków.
203. Steen G., Sonn U., Hanson A.B., Steen B. (2001), Cognitive function and functional ability. A cross-sectional and longitudinal study at ages 85 and 95 in a non-demented population. *Aging (Milano)*, **13**, 68-77.
204. Steffens D.C., O'Connor C.M., Jiang W.J., Pieper C.F., Kuchibhatla M.N., Arias R.M., Look A., Davenport C., Gonzalez M.B., Krishnan K.R. (1999), The effect of major depression on functional status in patients with coronary artery disease. *Journal of the American Geriatric Society*, **47**, 319-22.
205. Stewart A.L., Ware J.E. (red.) (1992), *Measuring functioning and well being. W: The Medical Outcomes Study Approach*, Duke University Press, Durham i London.
206. Stępień B. (1999), Pomoc społeczna wobec ubóstwa na przykładzie województwa katowickiego. W: *Ubóstwo i marginalizacja. Materiały na konferencję Chorzów, 13.05.1999*.

207. Stuck A.E., Aronow H.U., Steiner A., Alessi C.A., Bula C.J., Gold M.N., Yuhas K.E., Nisenbaum R., Rubenstein L.Z., Beck J.C. (1995), A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessments for elderly people living in the community. *The New England Journal of Medicine*, **333**, 1184-9.
208. Stuck A.E., Minder C.E., Peter-Wuest I., Gillmann G., Egli C., Kesselring A., Leu R.E., Beck J.C. (2000), A randomized trial of in-home visits for disability prevention in community-dwelling older people at low and high risk for nursing home admission. *Archives of Internal Medicine*, **160**, 977-86.
209. Stuck A.E., Siu A.L., Wieland G.D., Adams J., Rubenstein L.Z. (1993), Comprehensive geriatric assessment: meta-analysis of controlled trials. *Lancet*, **342**, 1032-1036.
210. Synak B. (red.) (2002), *Polska starość*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
211. Szaturn-Jaworska B. (2000), *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*, ASPRA, Warszawa.
212. Szczecińska K. (1998), Sytuacja zdrowotna ludzi w starszym wieku w Gminie Kraków. W: *Raport o zdrowiu mieszkańców Krakowa 1998*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków, 45-6.
213. Szeffler S. (1999), Źródła utrzymania osób i gospodarstw domowych z osobami starszymi. W: *Seniorzy w polskim społeczeństwie*, GUS, Warszawa, 175-185.
214. Szukalski P. (2000), Najstarsi Polacy: szkic demograficzny. *Gerontologia Polska*, **8**(4), 3-8.
215. Thompson P., Blessed G. (1987), Correlation between the 37-item Mental Test Score and Abbreviated 10-item Mental Test Score by psychogeriatric day patients. *British Journal of Psychiatry*, **151**, 206-9.
216. Tobiasz-Adamczyk B. (2000), *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Wydawnictwo UJ, Kraków.
217. Tobiasz-Adamczyk B., Brzyski P. (2002), Czynniki warunkujące zmiany w stanie funkcjonalnym w wieku starszym na podstawie 12-letniej obserwacji. *Gerontologia Polska*, **10**(1), 23-9.
218. Tobiasz-Adamczyk B., Szafraniec K. (2000), Socjomedyczne czynniki warunkujące długość życia osób starszych wiekiem. W: *Sytuacja zdrowotna osób w starszym wieku w Polsce. Aspekt medyczny i społeczno-demograficzny*. Ogólnopolskie Seminarium Naukowe, Łódź, 26-27.06. 2000, 53-65.
219. Tobiasz-Adamczyk B., Szafraniec K., Bajka J. (1999), *Zachowania w chorobie*, Collegium Medicum UJ, Kraków.
220. Turner G. (1994), Activities of daily living. W: *Assessing Elderly People in Hospital and Community Care*, I. Philp (red.), Farrand Press, London, 41-50.
221. UNDP i CASE (1999), *Raport o rozwoju społecznym Polska 1999. Ku godnej aktywnej starości*, Warszawa.
222. *Ustawa o pomocy społecznej. Tekst jednolity*. (1998), Dziennik Ustaw z 1998r., nr 64, poz. 414 z późn. zm..
223. Valderrama Gama E., Damian J., Perez del Molino J., Lopez M., Perez M., Iglesias F. (2000), Short report. Association of individual activities of daily living with self-rated health in older people. *Age and Ageing*, **29**, 267-70.

224. Vardon V.M., Blessed G. (1986), Confusion ratings and abbreviated mental test performance: A comparison. *Age and Ageing*, 15, 139-44.
225. Vetter N.J., Jones D.A., Victor C.R. (1982), The importance of mental disabilities for the use of services by the elderly. *Journal of Psychosomatic Research*, 26, 607-12.
226. Wade D.T. (1992), *Measurement in Neurological Rehabilitation*. Oxford: Oxford University Press, Oxford, New York, Tokyo.
227. Walter-Ginzburg A., Guralnik J.M., Blumstein T., Gindin J., Modan B. (2001), Assistance with personal care activities among the old-old in Israel: a national epidemiological study. *Journal of the American Geriatric Society*, 49, 1176-84.
228. Ware J.E.Jr. (1987), Standards for validating health measures: Definition and content. *Journal of Chronic Diseases*, 40, 473-80.
229. Warren M.W. (1943), Care of Chronic Sick. A case for treating chronic sick in blocks in general hospital. *British Medical Journal*, 11, 822-823.
230. Warren M.W. (1946), Care of Chronic Aged Sick. *Lancet*, 1, 841-823.
231. Wasilewski D., Puzyński St. (2001), Ogólnopolska kampania informacyjna „Depresja jest chorobą. Leczyć depresję „, *Psychiatria w praktyce ogólnolekarskiej*, 1, 19-24.
232. Welsh-Bohmer K.A., Morgenlander J.C. (2000), Poszukiwanie przyczyny upośledzenia pamięci u osób w podeszłym wieku. Od testów ambulatoryjnych po skierowanie do neuropsychologa. *Medycyna po Dyplomie*, 9(8), 42-54.
233. Wender M. (1990), *Epidemiologia otępienia starczego typu Alzheimerera*. XIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, Warszawa 4-6 kwietnia 1990.
234. Wnuk-Lipiński E., Golinowska St., Topińska I., Błędowski P., Włodarczyk C. (1999), Społeczeństwo i państwo wobec ludzi starszych. W: St. Golinowska (red.), *Raport o rozwoju społecznym Polska 1999. Ku godnej aktywnej starości*, UNDP i CASE, Warszawa, 47-74.
235. Wojnar M., Araszkiewicz A., Latkowski B., Nawacka-Pawlaczyk D., Urbański R. (2001), Badanie rozpowszechnienia zaburzeń depresyjnych wśród pacjentów zgłaszających się do lekarzy rodzinnych – doniesienie wstępne. *Lęk i Depresja*, 6, 23-36.
236. Wojszel Z.B. (1996), Uwarunkowania zdrowotne jakości życia oraz ocena stanu zdrowia ludzi starych. *Gerontologia Polska*, 4(3), 28-34.
237. Wojszel Z.B. (1997), Instrumenty pełnej oceny geriatrycznej – zastosowanie w praktyce lekarza rodzinnego. *Gerontologia Polska*, 5(1), 48-56.
238. Wojszel Z.B., Halicka M., Bień B. (1997), Sytuacja zdrowotna ludzi starszych dzielnicy Białystok-Antobiuk i zapotrzebowanie na świadczenia medyczne. *Zdrowie Publiczne*, 107, 32-35.
239. Woźniak Z. (1997), *Najstarsi z poznańskich seniorów. Jesień życia w perspektywie gerontologicznej*, Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych. Urz. Miasta Poznań.
240. Yesavage J.A. (1991), Geriatric depression scale: consistency of depressive symptoms over time. *Perceptual and Motor Skills*, 73(3 Pt 1), 1032.
241. Yesavage J.A., Brink T.L., Rose T.L., Lum O., Huang V., Aday M., Leirer V.O. (1983), Development and evaluation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.

242. Zajenkowska-Kozłowska A. (1996), *Zdrowie w rodzinie i wydatki na ochronę zdrowia w 1994 r. Raport z badania modułowego przeprowadzonego w IV kwartale 1994 roku w ramach Badania Budżetów Gospodarstw Domowych*, GUS, Departament Środowiska i Usług Społecznych, Warszawa.
243. Zajenkowska-Kozłowska A. (1999), Korzystanie z usług medycznych przez osoby starsze. W: *Seniorzy w polskim społeczeństwie*, GUS, Warszawa, 122-31.
244. Zigmond A.S., Snaith R.P. (1983), The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-70.
245. Zung W.W.K. (1965), A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.
246. Żakowska-Wachelko B. (1992), Zasady racjonalnej opieki nad człowiekiem starym. *Zeszyty Problemowe P.T.G.*, (2), Białystok, 5-22.
247. Życzkowska J., Kocemba J. (2000), Osobnicze i populacyjne starzenie się człowieka. W: J. Kocemba, T. Grodzicki (red.), *Zarys Gerontologii Klinicznej*, MCKP UJ, Kraków, 7-25.
248. Żyra M. (1999), Korzystanie z usług opieki zdrowotnej przez osoby starsze. W: St. Golinowska (red.), *Raport o rozwoju społecznym Polska 1999. Ku godnej aktywnej starości*, UNDP i CASE, Warszawa, 69.

