

**MAŁGORZATA DOMAGAŁA-DOBRZYCKA**

Zakład Higieny i Epidemiologii PAM w Szczecinie

**HALINA PILAWSKA**

Zakład Higieny i Epidemiologii PAM w Szczecinie

**JOLANTA WASIK**

Oddział Oświaty Zdrowotnej WSSE w Szczecinie

## **OCENA SYTUACJI ZDROWOTNEJ, SPOŁECZNEJ I EKONOMICZNEJ MIESZKAŃCÓW SZCZECINA W WIEKU 90 LAT I WIĘCEJ**

### **WPROWADZENIE**

W ostatniej dekadzie mijającego wieku na plan pierwszy wysuwa się problem schorzeń, towarzyszących starzeniu się ludności. Jak dalece proces ten nabiera dynamiki, mogą świadczyć o tym liczne analizy i prognozy demograficzne [Błędowski, 1999; Jabłoński, 1997]. Potwierdzeniem tezy o starzeniu się ludności Polski jest fakt, że w latach 1950–1997 r. liczba ludności w wieku 60 lat i więcej potroiła się, natomiast udział tej subpopulacji w ogólnej strukturze ludności kraju wzrósł w omawianym okresie z 8,3% do 16,2%. Mianem podwójnego starzenia się określa się wzrost udziału ludności w wieku 75 lat i więcej, czyli grupy osób sędziwych w ogólnej liczbie ludności starszej. Grupa ta w Polsce w 1950 r. stanowiła 19,8% ogółu ludności starszej. Odpowiedni odsetek w 1997 r. wynosił w skali kraju 24,5%, przy czym więcej, bo aż 26,7% wśród ludności wiejskiej [GUS, 1999].

Rok 1999 Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła rokiem SENIORA, skupiając uwagę licznych ośrodków naukowo-badawczych i instytucji zajmujących się polityką społeczną na problemach dotyczących ludzi w tzw. trzecim wieku. Podjęta ocena efektywności opieki środowiskowej nad ludźmi w wieku 90 lat i więcej była podyktowana założeniem, że ta grupa wiekowa j właśnie opieki najbardziej potrzebuje [Pilawska, 1999]. Celem niniejszego opracowania jest ocena sytuacji zdrowotnej, społecznej i ekonomicznej mieszkańców Szczecina w wieku 90 lat i więcej.

### **MATERIAŁ I METODA**

W okresie od czerwca 1999 r. do miesiąca lutego 2000 r. poddano badaniom kwestionariuszowym 81 osób w wieku 90 i więcej lat, co stanowiło około 12% żyjącej w Szczecinie populacji w tym wieku. Adresy badanych osób uzyskano z rejestrów lekarzy rodzinnych, a także z działu opiekunek społecznych PCK oraz z ewidencji dwóch Domów Kombatanta, znajdujących się w Szczecinie. Kwestionariusz, którym posłużono się częściowo wzorowany był na kwestionariuszu Easy-Care [Bień, 1999; Błędowski 1999] i obejmował takie dane, jak: wiek, płeć, miejsce urodzenia, wykształcenie, zawód, stan cywilny, liczbę dzieci, wnuków, prawnuków, rodzeństwa, wiek rodziców, warunki mieszkaniowe, preferencje żywieniowe, nałogi, używki, formy aktywności fizycznej i psychicznej, stopień sprawności i samoobsługi, rodzaj opieki, z której respondenci korzystają i stopień zadowolenia z niej, samoocenę własnego zdrowia i własnej sytuacji materialnej, popartej informacją o wysokości renty lub

emerytury, oceną funkcjonowania narządów zmysłu. Ponadto pytania dotyczyły opisu sytuacji kryzysowych w życiu badanych a także opinii o czynnikach wpływających na ich stan zdrowia. W ramach badania oceniającego sprawność psychiczną proszono respondentów o podanie daty w dniu spotkania i liczenie od stu wstecz, a także pytano o tytuł ostatnio przeczytanej książki. U osób, u których było to możliwe przeprowadzono także test Jerome'a Yesavana i wsp., dotyczący skróconej skali oceny depresji. W teście tym badany odpowiedzieć musiał na 15 pytań związanych z własnym samopoczuciem i relacjami z innymi ludźmi [Grabiec, 1999].

## WYNIKI BADAŃ I OMÓWIENIE

Na podstawie danych uzyskanych z Wojewódzkiego Urzędu Statystycznego stwierdzono, że w roku 1998 w Szczecinie liczącym 418 985 mieszkańców żyły 694 osoby w wieku 90 lat i więcej, a najstarsza badana przez nas osoba miała 102 lata. Odpowiednie zestawienie podano w tabeli 1.

**Tabela 1.** Liczby osób w wieku 90 i więcej lat z podziałem na grupy wiekowe w mieście Szczecinie w 1998 r.

Grupy wiekowe (lata)	Liczba ludności			Liczba zbadanych
	ogółem	mężczyźni	kobiety	
90-94	542	133	409	70
95-99	113	10	103	10
100+	39	13	26	1

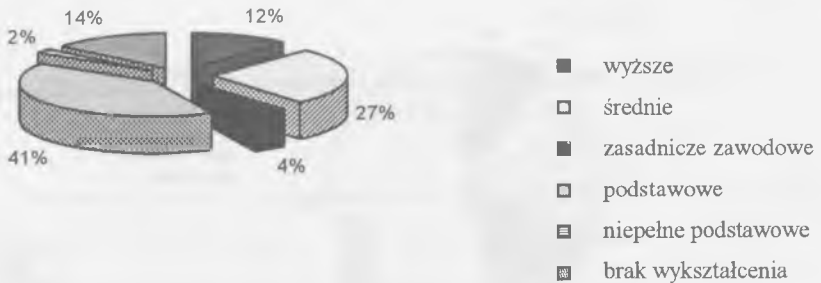
Na długowieczność mogą mieć wpływ czynniki genetyczne. Warto podkreślić, że 59% badanych osób pochodzi z tzw. rodzin długowiecznych (długowieczni rodzice, rodzeństwo). O długości życia może decydować także styl życia, w tym palenie tytoniu. Ryzyko zachorowania na choroby układu krążenia, w tym zawał serca, udar mózgu zwiększa się wraz z ilością wypalonych papierosów w ciągu życia [Karski, 1999]. Spośród badanych osób 75% nie paliło tytoniu.

W grupie badanej znalazło się zgodnie z proporcją ogólną (podaną w tabeli 1) 61 kobiet i 20 mężczyzn, wśród których 75% to wdowy i wdowcy (64 osoby). Wśród 10 osób żyjących w związkach małżeńskich połowę stanowili mężczyźni. Biorąc pod uwagę, że w grupie badanej było ich tylko 20, można wysunąć hipotezę, że żonaci żyją dłużej. Stanu wolnego były na ogół kobiety – 9 panien i rozwiedziony mężczyzna. Miejsce urodzenia, a także najczęściej spędzonego dzieciństwa, w połowie (41 osoby) stanowiła wieś zwykle we wschodnich regionach kraju.

Rycina 1 zawiera informacje nt. poziomu wykształcenia badanej grupy osób.

Poziom wykształcenia może być wykorzystywany jako jednym ze wskaźników ekonomicznego i zdrowotnego statusu ludności, w tym osób starszych [Kinsella, Taeuber, 1992]. Według wymienionych autorów wyższy poziom wykształcenia stwarza młodej generacji większą szansę życiową zarówno w zakresie aktywności zawodowej, racjonalnych zachowań zdrowotnych, lepszego przygotowania się na starość a także lepszego porozumienia się z młodszym pokoleniem. W naszym zestawieniu najliczniejszą grupę, bo 43% badanych stanowiły osoby z wykształceniem podstawowym. Jest to zgodne z danymi GUS, wg których wśród ludności starszej w Polsce w 1995 r. ta grupa stanowiła 50,9% ogółu. Charakterystyczna także dla pokolenia urodzonego przed 1910 r. jest grupa osób, które w ogóle nie uczęszczały do żadnych szkół, a takich osób w grupie badanej było 11, a 2 były analfabetami.

Z poziomem wykształcenia wiąże się zawód, bądź zawody, uprawiane w ciągu długiego życia. Wśród badanych osób najczęściej podawanym zajęciem była praca fizyczna (26 osób), przy czym w 25% przypadków było to praca w rolnictwie. Umysłowo pracowało 26 osób, w tej grupie znalazły się nauczycielki, księgowe, bibliotekarki itp. Rzemiosło uprawiało 14 osób, w tym: ślusarze, hydraulicy, krawcowe, kucharki. Trzech mężczyzn uprawiało wolny zawód: lekarza, adwokata i muzyka. W grupie bez zawodu znalazło się 10 osób i najczęściej były to kobiety, które prowadziły gospodarstwo domowe przy mężu. Podobne proporcje liczbowe podają Miller, Gębska-Kuczerowska [1998] w ocenie stanu zdrowia ludzi w starszym wieku w Polsce.



Ryc. 1. Odsetki osób w wieku 90 lat i więcej w zależności od poziomu wykształcenia

Na obecną sytuację społeczną badanych osób rzutowały w dużej mierze kontakty z rodziną i możliwości opieki z jej strony. W tradycji polskiej rodzina spełnia podstawowe funkcje opiekuńcze w stosunku do swoich nesterów [Bień, 1999]. Wśród badanych większość, gdyż 60 osób posiadało dzieci, a także potomstwo tych dzieci. W tabeli 2 przedstawiono aktualną sytuację rodzinną 60 badanych, mających potomstwo. Jak z niej wynika najczęstszym typem rodziny naszych badanych była rodzina z jednym lub dwojgiem dzieci. Z ogólnej liczby 171 dzieci zmarło, tj. około 1/3. Na pewno było to ciężką stratą dla żyjących nadal rodziców.

Tabela 2. Liczba potomstwa wśród 60 badanych rodziców w poszczególnych kategoriach dzietności rodzin

Wyszczególnienie	Rodzice wg liczby posiadanych dzieci, wnuków i prawnuków				Ogółem	Nadal żyjące
	1-2	3-4	5-6	10-12		
Liczba rodziców	34	18	5	3	60	
Liczba dzieci	171	118				118
Łączna liczba wnuków	59	57	63	50	229	219
Łączna liczba prawnuków	43	52	36	31	162	154

Fakt posiadania tak liczego, żyjącego potomstwa (w sumie 491 osób) nie stanowi jednak gwarancji (dla 60 żyjących rodziców, dziadków, pradiadków) zabezpieczenia właściwej opieki na co dzień [Błędowski, 1999]. Korzystało z pomocy rodziny z racji wspólnego zamieszkania lub też w formie codziennej obecności kogoś z rodziny w przypadku samodzielnego mieszkania – 49 osób, tj. ponad połowa badanych. W Polsce w ciągu ostatnich

20 lat obserwuje się zmniejszenie odsetka osób 75-letnich mieszkających w rodzinie wielopokoleniowej, szczególnie w dużych miastach, co można uznać za proces stopniowego rozpadu rodziny wielopokoleniowej [Bień, 1999].

Rycina 2 prezentuje odsetki badanych osób w zależności od rodzaju sprawowanej nad nimi opieki. Wynika z tej ryciny, że ponad połowę osób w wieku 90 i więcej lat opiekowała się rodzina, głównie zamieszkała we wspólnym mieszkaniu. W 6% dodatkowo wspierała rodzinę dochodząca na 2 lub 3 godz. dziennie siostra PCK lub opiekunka z Ośrodka Pomocy Rodzinie (OPR) [Naworska, 1997]. Wyłącznie siostry PCK lub opiekunki z OPR opiekowały się 15% badanych osób. W pełni samodzielne i niewymagające pomocy były 3 osoby mieszkające samodzielnie.

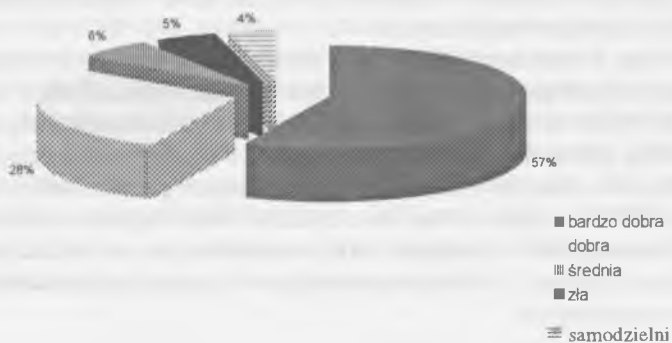


Ryc. 2. Odsetki osób w wieku 90 i więcej lat w zależności od rodzaju sprawowanej opieki

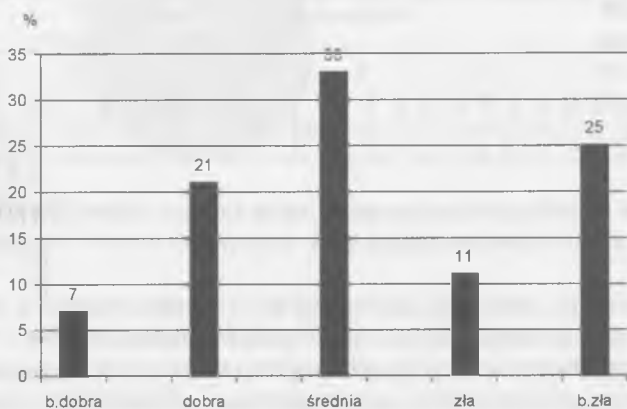
W przeprowadzonej subiektywnej ocenie satysfakcji z opieki (ryc. 3) znakomita większość badanych oceniła ją pozytywnie. Jedynie 5% oceniło opiekę jako złą, co dotyczyło głównie pracy opiekunek kierowanych z OPR, tj. podobnie jak w pracach innych autorów [Abramczyk, 1998; Gosk, 1997]. Według raportu potrzeba opieki i pomocy narasta wraz z wiekiem i w grupie osób powyżej 80 lat, której raport dalej nie różnicuje potrzeba pomocy dotyczyła 88,6%, a stałej opieki 61% osób najstarszych. Nasze badanie wykazuje, że w grupie osób w wieku 90 i więcej lat jedynie 4% jest w stanie funkcjonować zupełnie samodzielnie, co w dużej mierze wiąże się ze stanem zdrowia i stopniem mobilności.

Rycina 4 ilustruje rozkład subiektywnej oceny stanu własnego zdrowia badanych osób wg pięciostopniowej skali, przy czym 5 – jest oceną bardzo dobrą, 1 – bardzo złą. Największa liczba osób (33%) oceniła swój stan zdrowia jako średni, natomiast 25% badanej grupy uznało swój stan zdrowia za bardzo zły. Dominujące, najczęściej powtarzające się dolegliwości dotyczyły: układu krążenia, układu ruchu, układu pokarmowego i narządów zmysłu w tym głównie wzroku.

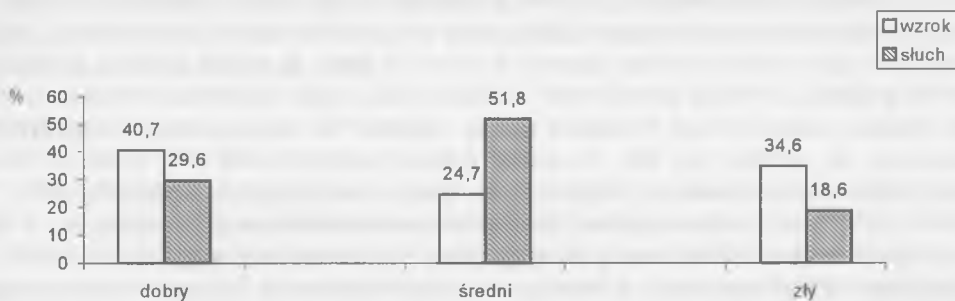
Jak wynika z ryciny 5, na której zamieszczono odsetki osób ocenionych pod względem funkcjonowania narządów zmysłu wzroku i słuchu (w trójstopniowej skali), 34,6% badanych miało zaburzenia widzenia, co utrudniało im czytanie i pisanie, a nie dawało się skorygować okularami. Biorąc pod uwagę, że osoby te najczęściej były samotne i nawet wówczas, gdy opiekowała się nimi rodzina przez większość czasu pozostawione były same sobie, to pewnym urozmaiceniem obok radia mógłby być ułatwiony dostęp do kasetowych nagrań literatury, o czym winna pomyśleć opiekująca się osoba [Whiltlen, 1998]. Należy podkreślić, że u ponad połowy badanych stwierdzono średniego stopnia niedosłuch utrudniający słuchanie radia, czy



Ryc. 3. Subiektywna ocena opieki z której korzystają osoby w wieku 90 i więcej lat w pięciostopniowej skali



Ryc. 4. Odsetki osób w wieku 90 i więcej lat, które subiektywnie oceniły swój stan zdrowia w pięciostopniowej skali



Ryc. 5. Ocena sprawności narządów zmysłów badanych osób w trójstopniowej skali

telewizji, natomiast 18,6% z trudem rozumiała mowę, gdy tylko w pojedynczych przypadkach osoby te korzystały z aparatów słuchowych.

Nasilające się z wiekiem dolegliwości artretyczne i zmiany w układzie kostnym, głównie w obrębie kręgosłupa ograniczają w dużym stopniu mobilność osób starszych [Bień, 1999; O'Reilly, 1999]. W naszym badaniu do oceny użyto sześciopunktowej skali, a odsłuki osób badanych, które zakwalifikowano do poszczególnych grup zestawione zostały w tabeli 3. Z tabeli tej wynika, że najczęściej osób, gdyż 28% badanych poruszało się z trudnością i to jedynie w domu, a 10% w ogóle nie wstawało z łóżka. Osoby, będące w stanie samodzielnie wyjść z domu, stanowiły 27% badanych. Aktywność fizyczna w wieku podeszłym, jak potwierdzają badania [Fransje, 1999] ma istotny wpływ na zmniejszoną umieralność z powodu chorób sercowo-naczyniowych.

**Tabela 3.** Zestawienie procentowe osób w wieku 90 i więcej lat zakwalifikowanych do poszczególnych kategorii sprawności fizycznej

Liczba badanych ogółem		Kategorie sprawności fizycznej											
		a		b		c		d		e		f	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
81	100	22	27	13	16	23	28	14	17	1	1	8	10

a-swobodnie porusza się wychodzi na dwór, b - porusza się jedynie w domu, c - porusza się z trudnością, d - porusza się tylko przy pomocy balkoniku, laski lub kul, e - porusza się na wózku, f - nie wstaje z łóżka.

Wyniki naszych badań są porównywalne z uzyskiwanymi w badaniach GUS, w których stwierdzono, że powyżej 80 lat  $\frac{3}{4}$  osób była niesprawna ruchowo.

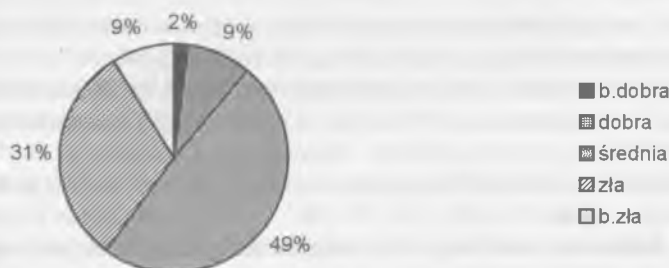
Sprawność psychiczną badanych osób oceniono dwoma testami, pytając o datę w dniu badania i polecając liczyć od stu wstecz, a także prosząc o podanie tytułu ostatnio przeczytanej książki. Poprawnie odpowiedziało na dwa pytania testowe 46 osób, a więc nieco więcej niż połowa badanych, 10 osób zdołało podać jedynie datę. Znacznie słabiej wypadło pytanie o przeczytaną książkę, jedynie 8 osób zdołało przypomnieć sobie tytuł, 6 osób stwierdziło, że była to książka religijna albo czyta jedynie gazety.

Skróconą skalą depresji wg Jerome'a Yesavana i wsp. udało się nam się przebadać 55 osób. Pozostałe bądź nie rozumiały pytań, bądź nie potrafiły na nie odpowiedzieć. Wśród zbadanych osób wysoki poziom depresji dotyczył 38 osób, tj. ponad połowy. Bilikiewicz [1999] stwierdza, że wśród osób powyżej 65 roku życia zespoły depresyjne występują u 30%. Jak wynika z naszych badań z wiekiem narasta skłonność do nastroju depresyjnego. Nie bez znaczenia, jak sądzimy jest fakt, że niemal połowa badanych osób (39), miała w swoich życiorysach ciężkie przeżycia wojenne, jak: obozy koncentracyjne, więzienie, pobyt na Syberii, głód i inne przeżycia wojenne, do których w samotności wracają pamięcią.

Rycina 6 jest ilustracją oceny własnej sytuacji materialnej badanych, z której wynika, że niemal połowa (49%) uznała ją za średnią, za bardzo dobrą jedynie 9%, natomiast złą i bardzo złą 11%. Ta subiektywna ocena nie zawsze korelowała z wysokością emerytury, gdyż przy takim samym poziomie dochodu jedni oceniali swoją sytuację jako dobrą, inni jako złą.

W uzupełnieniu oceny sytuacji materialnej podajemy wysokości emerytur wg uzyskanych informacji od 58 osób: wśród 18 emerytura nie przekraczała 500 zł. Najwięcej badanych, bo 30 osób uzyskiwało emeryturę w granicach od 501-1000 zł i 10 osób powyżej

1000 zł. Najwyższa wynosiła 2000 zł. Na tle badań GUS opisywana grupa osób sędziwych wypadła nieco korzystniej pod względem sytuacji materialnej. Według GUS około 61% emerytów i 70% rencistów, inwalidów pobierało świadczenia niższe od przeciętnej emerytury i renty, która stanowiła 70% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce narodowej, a w badaniu ankietowym dotyczącym pomocy społecznej 54% osób starszych określiło swoją sytuację materialną jako złą. W uzupełnieniu oceny sytuacji materialnej badanych uwzględniono także ocenę warunków mieszkaniowych w skali od 1–5. Warunki dobre i bardzo dobre dotyczyły 66% badanych, 26% mieszkało w warunkach średnich, 5% złych i 3% bardzo złych tj. w mieszkaniach wymagających remontu z awariami ogrzewania i przewodów kanalizacyjnych, brudnych i zdewastowanych.



Ryc. 6. Subiektywna ocena sytuacji materialnej badanych osób w wieku 90 i więcej lat w pięciostopniowej skali

Obecnie co szósty człowiek w Polsce jest w wieku emerytalnym, za lat 20 będzie to już co piąty. W nowej ustawie o pomocy społecznej nie wyodrębniono pomocy dla osób starych, zawarte są w niej jedynie kryteria upoważniające do korzystania z pomocy ze strony państwa, takie jak zubożenie, bezdomność, narkomania i alkoholizm [Bień, 1999].

Wydłuża się także, aktualnie już do 1/3 długości całego życia okres spędzony na emeryturze. Pytanie, jakie będzie to życie, czy aktywne, bezpieczne i godne, czy stanowić będzie tylko uciążliwą dla otoczenia wegetację – spędza sen z powiek wielu ludziom w przededniu starości [Kabacińska, 1999]. Chcąc odpowiedzieć na to pytanie, należy stworzyć jak najszybciej sprawnie funkcjonujący system usług i opieki pielęgnacyjnej, w którym zostaną uwzględnione nie tylko potrzeby osób w wieku podeszłym, a ponadto uwrażliwić na te potrzeby społeczeństwo [Kalisz, 1998].

## WNIOSKI

1. Wydłużające się przeciętne trwanie życia człowieka powoduje zwiększenie ilości osób w wieku sędziwym, niezdolnych do samodzielnego funkcjonowania.

2. Zła sytuacja materialna tej grupy wskazuje na konieczność zwiększenia środków finansowych przeznaczonych na pomoc społeczną dla osób w wieku podeszłym, a zwłaszcza samotnych

3. Obecnie funkcjonująca opieka środowiskowa pełniona przez pielęgniarki i pracowników socjalnych nie zabezpiecza istniejących potrzeb osób w wieku podeszłym w zadowalającym stopniu.

4. Wraz z wiekiem zwiększa się skłonność do nastroju depresyjnego spowodowanego samotnością i niedołęstwem, czemu może zapobiec większa niż dotąd integracja międzypokoleniowa.

5. Tworzenie nowych domów opiekuńczo-pielęgnacyjnych dla osób chorych obłóżnie umożliwiałoby rodzinom opiekującym się nimi okresowy odpoczynek.

## PIŚMIENNICTWO

1. Abramczyk A.: Trudności pielęgniarki środowiskowej. Opieka terminalna w środowisku domowym. *Piel Położ.* 1998, 6, 4–6.
2. Bień B. i in.: Kwestionariusz EASY-Care: założenia i metodologia badań. *Geront Pol* 1999, 7, 37–41.
3. Bień B. i in.: Epidemiologiczna ocena rozpowszechnienia niesprawności funkcjonalnej u osób w późnej starości a świadczenia opieki. *Geront Pol* 1999, 7, 42–47.
4. Bilikiewicz A.: Przyszłość przed psychogeriatricą. *Mag Med Rodz* 1999, 1, 18–19.
5. Błędowski P.: Samodzielność osób starszych jako zadania polityczno-społeczne. *Geront Pol* 1999, 6 (3–4), 49–54.
6. Fransje C.H. i in.: Aktywność fizyczna i umiarkowanie w okresie 10 lat z powodu chorób sercowo-naczyniowych. *JAMA-PL* 1999, 1 (4), 251–258.
7. Gosk D.: Stan zdrowia osób po 80 r. ż. zamieszkałych w dzielnicy Szczecina-Gołęcina i Żelechowa. *Probl Med Społ* 1997, 179–182.
8. Grabiec U., Skalska A.: Depresja w starszym wieku – podstawy rozpoznania. *Geront Pol* 1999, 7, 14–18.
9. Jabłoński L., Jabłońska-Chmielewska A., Skawiński D.: Przemiany demograficzne ludności w Polsce a problemy gerontologiczne. *Probl Med Społ* 1997, 7–16.
10. Kabacińska B.: Jakość życia rodzin opiekujących się chorymi w stanach wegetatywnych. *Pielęgn Pol* 1999, 8, 53–62.
11. Kalisz J.: Przygotowanie pielęgniarek środowiskowych do pracy w zespole lekarza rodzinnego. *Pielęgniarstwo* 2000, 1998, 6 (41).
12. Karski J.: Promocja zdrowia. *IGNIS*, Warszawa 1999, 96–107.
13. Kinsella K., Taeuber C.M.: An aging world II. *International Population Reports*, P 95/92-3US Department of Commerce Economics and Statistics Administration, US Bureau of the Census, Washington 1992.
14. Miller M., Gębska-Kuczerowska K.: Ocena stanu zdrowia ludzi w starszym wieku w Polsce. *Geront Pol* 1998, 6, 18–23.
15. Naworska B., Franek G., Dubowska A.: Opieka nad ludźmi starszymi w opinii pielęgniarek. *Piel Poł* 1997, 4, 18–20.
16. O'Reilly S.C., Muir K.R., Doberty M.: Effectiveness of home exercise on pain and disability from osteoarthritis of the knee: a randomised controlled trial. *Clin Rheum Dis* 1999, 58, 15–19.
17. Piławska H.: Krajobraz po bitwie – czyli stan opieki środowiskowej nad człowiekiem w wieku podeszłym w dobie reformy systemu ochrony zdrowia (wysłano do druku).
18. Seniorzy w polskim społeczeństwie. *GUS*, Warszawa 1999.
19. Whilten P., Collins B., Mair F.: Nurse and patient reactions to a developmental home telecare system. *J Telemed Telecare* 1998, 4, 152–160.