

Sprawność funkcjonalna osób powyżej 70. roku życia na wsi a zapotrzebowanie na opiekę

Renata Bogusz¹, Marianna Charzyńska-Gula², Marzena Szkuat³, Katarzyna Kocka⁴,
Zdzisława Szadowska-Szlachetka²

¹ Samodzielna Pracownia Socjologii Medycyny Katedry Nauk Humanistycznych WPiNoZ UM w Lublinie

² Zakład Onkologii WPiNoZ UM w Lublinie

³ Studenckie Koło Naukowe Katedry Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej WPiNoZ UM w Lublinie

⁴ Pracownia Pielęgniarstwa Środowiskowego Katedry Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej WPiNoZ UM w Lublinie

Bogusz R, Charzyńska-Gula M, Szkuat M, Kocka K, Szadowska-Szlachetka Z. Sprawność funkcjonalna osób powyżej 70. roku życia na wsi a zapotrzebowanie na opiekę. Med. Og. Nauk Zdr. 2013; 19(4): 517–522.

Streszczenie

Wprowadzenie. Postępujący wiek i towarzyszące mu choroby negatywnie wpływają na kondycję osób starszych. Pogarszająca się sprawność jest powodem dyskomfortu fizycznego, osłabia kondycję psychiczną, a także jest barierą, która uniemożliwia samodzielne wykonywanie podstawowych czynności, uzależnia od pomocy innych, przyczynia się do izolacji społecznej, a w konsekwencji doprowadza do pogorszenia jakości życia.

Cel pracy. Celem pracy było określenie poziomu sprawności funkcjonalnej i zapotrzebowania na opiekę wśród seniorów powyżej 70 roku życia, mieszkających na wsi.

Materiał i metoda. Badania ankietowe przeprowadzono w 2012 roku, w grupie 100 osób powyżej 70 roku życia mieszkających na wsiach w województwie lubelskim. W pracy zastosowano autorski kwestionariusz wywiadu oraz skalę Barthel. Uzyskany materiał poddano analizie statystycznej.

Wyniki. Wśród badanych zdecydowanie dominowały osoby o dużym stopniu sprawności funkcjonalnej (71,0%). W analizie statystycznej stwierdzono związek pomiędzy sprawnością funkcjonalną a wiekiem ($p=,00528$) i stanem cywilnym ($p=,03287$) ankietowanych. Co drugi wśród respondentów deklaruwał chęć uzyskania pomocy: opiekuńczo-pielęgnacyjnej (38,0%) lub opiekuńczo-pielęgnacyjnej i finansowej (12,0%). Takie deklaracje były zależne od płci ($p=,00685$) i wieku ($p=,00020$) badanych.

Wnioski. Na podstawie realizacji badań stwierdzono, że w sytuacji starszych mieszkańców wsi, wraz z wiekiem i zmianą stanu cywilnego (wdowieństwo) zmniejsza się sprawność funkcjonalna, a jednocześnie wzrasta zapotrzebowanie na pomoc w zakresie opieki i pielęgnacji.

Słowa kluczowe

sprawność funkcjonalna, seniorzy, opieka.

WPROWADZENIE

Przemiany cywilizacyjne wraz z postępującym rozwojem medycyny, doprowadziły w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat do znacznego wydłużenia czasu trwania ludzkiego życia [1]. Według danych Narodowego Spisu Powszechnego z 2011 roku, seniorzy (mężczyźni w wieku 65 lat i więcej, kobiety – 60 lat i więcej) stanowią obecnie 16,9% ogółu społeczeństwa polskiego i jest to poziom o 1,9% wyższy w stosunku do 2002 roku [2]. Proces starzenia się w krajach Unii Europejskiej przedstawia się podobnie. Wysoki odsetek osób starszych mają: Włochy – 18,2%, Grecja – 17,2%, Hiszpania – 16,9%. [3, 4]. Prognozy demograficzne jednoznacznie ukazują wzrost procentowego udziału osób starszych w populacji w kolejnych latach. Szacuje się, że w 2035 23% naszego społeczeństwa będą stanowili ludzie w wielu emerytalnym [5]. Na uwagę zasługuje fakt, że prognozowane jest tzw. „podwójne starzenie”, to jest wzrost w ramach populacji seniorów udziału osób najstarszych – powyżej 75 lat i powyżej 90 lat [1, 5].

Wydłużanie się życia, a tym samym znaczne zróżnicowanie wieku i problemów w populacji osób starszych sprawa

wia, że konieczne są w jej obrębie nowe, bardziej szczegółowe kategoryzacje. Osoby w wieku 60–74 lat nazywane są „młodymi-starymi”, następnie wyróżnia się późną starość, która dotyczy „starych-starych” (osoby w wieku 75–89 lat), natomiast ludzie w wieku 90 lat i więcej, nazywani są „długowiecznymi” [5, 6].

Współcześni seniorzy stanowią bardzo zróżnicowaną populację pod względem cech społeczno-demograficznych i kulturowych, a także warunków materialnych i kondycji zdrowotnej. Nie sposób porównać osoby w wieku 75 lat z osobą o dwadzieścia lat starszą. Jednakże, charakteryzując tę grupę społeczną oraz proces starzenia się społeczeństwa, można wskazać na specyficzne „wymiar starości”: demograficzny, ekonomiczny, rodzinny, społeczny psychologiczny i zdrowotny. Wyraźnie ukazują one wzrastające zapotrzebowanie na różnorodne formy wspierania osób starszych, ale także i ich rodzin [7, 8, 9, 10, 11, 12].

Zmiany zachodzące w strukturze i funkcjach rodziny w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat, doprowadziły do znacznego osłabienia wydolności rodziny w zakresie udzielania pomocy seniorom. Dominuje obecnie model rodziny dwupokoleniowej, w którym nie ma miejsca dla osób starszych, zmniejsza się liczba zawieranych małżeństw i dietność rodzin, zwiększa się liczba separacji, rozwodów oraz rodzin zrekonstruowanych, wzrasta mobilność rodzin i ich członków. Przybywa gospodarstw jednoosobowych w młodszych

Adres do korespondencji: Renata Bogusz, Samodzielna Pracownia Socjologii Medycyny Katedry Nauk Humanistycznych WPiNoZ UM w Lublinie.

e-mail: rebo1@op.pl

Marianna Charzyńska-Gula, Zakład Onkologii WPiNoZ UM w Lublinie

e-mail: jaligula@o2.pl

Nadesłano: 30 grudnia 2012 roku; Zaakceptowano do druku: 28 lutego 2014 roku

grupach wiekowych, ale okazuje się, że singularyzacja jest także charakterystyczna dla sytuacji rodzinnej seniorów, którzy pomimo wieku chcą funkcjonować samodzielnie. Ponadto, współczesna rodzina, tak jak cała populacja, starzeje się. Wydłużający się czas trwania życia powoduje, że coraz częściej dziećmi seniorów są osoby w starszym wieku, częściej też opieki i innych form pomocy rodzinnej wymagają jednocześnie dwa pokolenia seniorów: dziadkowie i pradiadkowie [7, 8].

Szczególną cechą charakteryzującą sytuację współczesnych seniorów jest feminizacja. Kobiety, chociaż w porównaniu z mężczyznami częściej doświadczają problemów wynikających z przewlekłej choroby i niepełnosprawności, żyją dłużej, a jest to szczególnie widoczne w starszych grupach wiekowych [8]. Coraz częściej kobiety, które wciąż tradycyjnie postrzegane są jako osoby zabezpieczające potrzeby opiekuńcze rodziny, same potrzebują tego typu pomocy, w sytuacji, gdy z różnych powodów zmniejsza się grono potencjalnych „dawców” opieki [13, 14]. Jest to poważny problem socjomedyczny.

Starzenie się charakteryzuje się stopniowym zmniejszaniem rezerw wydolności czynnościowej organizmu, często z tego względu kojarzone jest z chorobą, ale nie jest z nią tożsame [15, 16]. Jak pokazują najnowsze ogólnopolskie badania realizowane w ramach projektu PolSenior, kondycja osób starszych w Polsce jest lepsza niż była kilkanaście lat temu. Jej poprawa następuje najszybciej w grupie osób między 65-tym a 79-tym rokiem życia. Stan zdrowia i poziom sprawności fizycznej młodszej części badanej populacji jest znacznie lepszy niż osób najstarszych. Natomiast cechą charakterystyczną starzejącej się populacji jest polipatologia. Seniorzy w wieku 70 lat i więcej, jednocześnie doświadczają występowania trzech, czterech chorób przewlekłych. Stan ten w połączeniu z konsekwencjami naturalnego procesu starzenia ogranicza sprawność funkcjonalną, czyli niezależność w zakresie wykonywania codziennych czynności życiowych i prowadzi do niesprawności. Sytuacja taka często wymaga wsparcia ze strony najbliższych i profesjonalnych opiekunów, a w wielu sytuacjach prowadzi do uzależnienia od pomocy innych lub jest powodem konieczności zamieszkania w instytucji opieki długoterminowej [17, 18; 19, 20].

Zapotrzebowanie na relacje społeczne, które bez dwóch zdań oddziałują wspierająco na osobę starszą, może być rozpatrywane w sposób obiektywny lub subiektywny, podobnie jak znaczenie wpływu kontaktów z innymi ludźmi na stan zdrowia seniorów. W badaniach jakości życia ludzi starszych jednoznacznie stwierdzono, że „więzi społeczne, sieć relacji, wsparcie społeczne warunkują nie tylko niższe ryzyko zgonu, ale także lepszą samoocенę stanu zdrowia, lepszy stan funkcjonalny i psychiczne samopoczucie.” [21].

Pierwszym i najważniejszym źródłem wsparcia dla osób starszych są najbliżsi: współmałżonek i dorosłe dzieci, a więc osoby, które z powodu wieku, często także same wymagają pomocy. W związku z tym już dziś pojawia się konieczność przygotowania nowej oferty, która zaspokajałaby specyficzne potrzeby zwiększającej się liczebnie z roku na rok grupy seniorów.

Optymalnym rozwiązaniem jest udzielanie profesjonalnej pomocy człowiekowi starszemu w jego własnym domu i środowisku lokalnym. Tylko w tej sytuacji istnieją pełne możliwości wykorzystania potencjału wsparcia, które może wynikać z aktywizowania i wzmacniania naturalnych zasobów osoby wspieranej, jak również może być konsekwencją

wykorzystania nieformalnych (rodzina, sąsiedzi, znajomi) i formalnych (służba zdrowia, pomoc społeczna, grupy samopomocy) systemów wsparcia. Jest to także sytuacja, w której świadczenie indywidualnej pomocy osobie starszej może być poszerzone na całą rodzinę seniora [14].

CEL PRACY

Celem pracy było określenie poziomu sprawności funkcjonalnej i zapotrzebowania na opiekę wśród seniorów powyżej 70. roku życia, mieszkających na wsi.

MATERIAŁ I METODY

Badania sondażowe przeprowadzono w 2012 roku na terenach wsi należących do Gminy Ostrów Lubelski w województwie lubelskim. W badaniach wzięło udział 100 osób, które przekroczyły 70. rok życia. Średnia wieku respondentów wynosiła 79,5 roku. Wśród ankietowanych dominowały kobiety w przedziale wiekowym 75–84 lata, osoby owdowiałe oraz charakteryzujące się wykształceniem podstawowym (tabela 1). Największą grupę badanych seniorów stanowiły osoby samotnie mieszkające ($p=0,01535$), częściej były to kobiety (tabela 2). Respondenci w sposób charakterystyczny dla osób starszych doświadczali wielochorobowości. Najczęściej zgłaszali występowanie chorób układu krążenia oraz układu mięśniowo-szkieletowego (tabela 3).

Materiał empiryczny zgromadzono w oparciu o kwestionariusz autorski i skalę Barthel, służącą do oceny stopnia sprawności funkcjonalnej osób starszych. Jest to narzędzie standaryzowane, w oparciu o które określa się możliwość

Tabela 1. Cechy społeczno-demograficzne respondentów

| Cechy społeczno-demograficzne | Kobiety | Mężczyźni | Razem | |
|-------------------------------|---------------------|-----------|--------|--------|
| Wiek | 70-74 lat | 13,0% | 14,0% | 27,0% |
| | 75- 84 lat | 38,0% | 16,0% | 54,0% |
| | 85 lat i więcej | 14,0% | 5,0% | 19,0% |
| | RAZEM | 65,0% | 35,0% | 100,0% |
| Stan cywilny | panna/kawaler | 3,0% | 2,0% | 5,0% |
| | zamężna/zonaty | 23,0% | 24,0% | 47,0% |
| | wdowa/wdowiec | 39,0% | 9,0% | 48,0% |
| | RAZEM | 65,0% | 35,0% | 100,0% |
| Wykształcenie | niepełne podstawowe | 26,0% | 8,0% | 34,0% |
| | podstawowe | 30,0% | 17,0% | 47,0% |
| | średnie | 9,0% | 9,0% | 18,0% |
| | wyższe | 0,0% | 1,0% | 1,0% |
| RAZEM | 65,0% | 35,0% | 100,0% | |

Tabela 2. Skład wspólnoty zamieszkania respondenta, według płci

| Osoby mieszkające z respondentem | Mężczyźni | Kobiety | Razem |
|----------------------------------|-----------|---------|--------|
| Współmałżonek | 14,0% | 13,0% | 27,00% |
| Dzieci | 3,0% | 20,0% | 23,0% |
| Dzieci i współmałżonek | 10,0% | 11,0% | 21,0% |
| Nikt/samotne zamieszkiwanie | 8,0% | 21,0% | 29,0% |
| Razem | 35,0% | 65,0% | 100,0% |

Chi²=10,41479 p=0,01535

Tabela 3. Choroby zgłaszane przez respondentów

| | Choroby układu krążenia | Choroby układu moczowego | Choroby układu mięśniowo-szkieletowego | Choroby układu nerwowego | Choroby układu oddechowego | Choroby układu pokarmowego | Choroby wzroku |
|-----------|-------------------------|--------------------------|----------------------------------------|--------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------|
| Mężczyźni | 22,0% | 11,0% | 15,0% | 3,0% | 7,0% | 12,0% | 35,0% |
| Kobiety | 51,0% | 33,0% | 31,0% | 12,0% | 6,0% | 10,0% | 65,0% |
| Razem | 73,0% | 44,0% | 46,0% | 15,0% | 13,0% | 22,0% | 100,0% |

*Suma nie daje 100%, z uwagi na możliwość podania kilku odpowiedzi.

wykonywania czynności codziennych z zakresu samoobsługi. Sprawność seniorów jest oceniana w zależności od liczby uzyskanych punktów w przedziale 0–100. Badani mogą być kwalifikowani do jednej z trzech grup. Osoby dobrze radzące sobie z czynnościami codziennego życia zaliczane są do grupy o dużym stopniu sprawności funkcjonalnej, średni stopień sprawności funkcjonalne określany jest dla częściowo radzących sobie, mały stopień sprawności funkcjonalnej dotyczy tych, którzy nie potrafią wykonać większości czynności samoobsługowych i wymagają w tym zakresie pomocy innych [22].

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej z zastosowaniem testu niezależności χ^2 . Poziom istotności określono na poziomie $p < 0,05$. Do opracowania wyników wykorzystano program STATISTICA PL wersja 5.1.

WYNIKI

Wśród badanych największą grupę stanowiły osoby o dużym stopniu sprawności funkcjonalnej, bardziej samodzielne w zakresie wykonywania czynności codziennego życia były kobiety (tabela 4). Wiek w sposób istotny statystycznie różnicował sprawność respondentów ($p = 0,00528$), wraz ze wzrostem wieku zmniejszała się częstość występowania dużej sprawności (tabela 5). W analizie uwzględniającej stan cywilny badanych stwierdzono, że osoby żyjące w związkach małżeńskich najczęściej deklarowały duży poziom sprawności

Tabela 4. Ocena sprawności funkcjonalnej na podstawie skali Barthel a płeć badanych

| Ocena sprawności funkcjonalnej na podstawie skali Barthel | Mężczyźni | Kobiety | Razem |
|-----------------------------------------------------------|-----------|---------|--------|
| Grupa I – duży stopień sprawności funkcjonalnej | 30,0% | 41,0% | 71,00% |
| Grupa II – średni stopień sprawności funkcjonalnej | 4,0% | 19,0% | 23,00% |
| Grupa III – mały stopień sprawności funkcjonalnej | 1,0% | 5,0% | 6,00% |
| Razem | 35,0% | 65,0% | 100,0% |

$\chi^2 = 5,663188$ $p = 0,05892$

Tabela 5. Ocena sprawności funkcjonalnej na podstawie skali Barthel a wiek badanych

| Ocena sprawności funkcjonalnej na podstawie skali Barthel | 70-74 lat | 75-84 lat | 85 lat i więcej | Razem |
|-----------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------------|--------|
| Grupa I – duży stopień sprawności funkcjonalnej | 26,0% | 36,0% | 9,0% | 71,0% |
| Grupa II – średni stopień sprawności funkcjonalnej | 0,0% | 15,0% | 8,0% | 23,0% |
| Grupa III – mały stopień sprawności funkcjonalnej | 1,0% | 3,0% | 2,0% | 6,0% |
| Razem | 27,0% | 54,0% | 19,0% | 100,0% |

$\chi^2 = 14,73578$ $p = 0,00528$

Tabela 6. Ocena sprawności funkcjonalnej na podstawie skali Barthel a stan cywilny badanych

| Ocena sprawności funkcjonalnej na podstawie skali Barthel | Panna/kawaler | Żonaty/zamężna | Wdowa/wdowiec | Razem |
|-----------------------------------------------------------|---------------|----------------|---------------|--------|
| Grupa I – duży stopień sprawności funkcjonalnej | 5,0% | 39,0% | 27,0% | 71,0% |
| Grupa II – średni stopień sprawności funkcjonalnej | 0,0% | 6,0% | 17,0% | 23,0% |
| Grupa III – mały stopień sprawności funkcjonalnej | 0,0% | 2,0% | 4,0% | 6,0% |
| Razem | 5,0% | 47,0% | 48,0% | 100,0% |

$\chi^2 = 10,49474$ $p = 0,03287$

ści, owdowiali natomiast znacznie częściej średni lub niski ($p = 0,03287$) (tabela 6).

Analizując szczegółowe wyniki dotyczące wybranych czynności samoobsługowych badanych, przy uwzględnieniu ich płci i wieku, stwierdzono wiele istotnych statystycznie zależności. Wraz z postępującym wiekiem osób starszych, zmniejsza się samodzielność w utrzymaniu higieny osobistej, a jednocześnie wzrasta zapotrzebowanie na pomoc udzielaną przez innych ($p = 0,02473$) (tabela 7). Badani w zdecydowanej większości byli samodzielnymi w zakresie mycia i kąpieli całego ciała, jednak ich samodzielność zmniejszała się wraz z wiekiem ($p = 0,00046$), zależna była również od płci ($p = 0,03283$) (tabela 8). Sprawność funkcjonalna w zakresie poruszania się po powierzchniach płaskich była ograniczona w sytuacji $\frac{1}{4}$ badanych. Najczęściej brak samodzielności deklarowali seniorzy w wieku 75–84 lata ($p = 0,00528$) (tabela 9). Tylko co druga osoba wśród badanych samodzielnie potrafiła poruszać się po schodach. Niemalże co dziesiąta nie była w stanie poruszać się po stopniach nawet z pomocą innej osoby. Samodzielność zmniejszała się wraz z wiekiem ($p = 0,00015$), pomocy potrzebowały natomiast częściej kobiety ($p = 0,03543$) (tabela 10). Co czwarty badany stwierdzał,

Tabela 7. Sprawność funkcjonalna respondentów w zakresie utrzymania higieny osobistej w zależności od wieku

| Utrzymanie higieny osobistej: | Wiek | | | Razem |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------------|--------|
| | 70–74 lat | 75–84 lat | 85 lat i więcej | |
| nie jest w stanie wykonywać żadnych czynności higienicznych | 1,0% | 3,0% | 1,0% | 5,0% |
| potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności higienicznych | 0,0% | 11,0% | 7,0% | 18,0% |
| samodzielny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów także z zapewnionymi pomocami | 26,0% | 40,0% | 11,0% | 77,0% |
| Razem | 27,0% | 54,0% | 19,0% | 100,0% |

$\chi^2 = 11,16910$ $p = 0,02473$

Tabela 8. Sprawność funkcjonalna respondentów w zakresie mycia i kąpieli całego ciała w zależności od płci i wieku

| Mycie i kąpiel całego ciała | Płeć | | Razem | Wiek | | | Razem |
|----------------------------------------|-----------|---------|--------|-----------|-----------|-----------------|--------|
| | Mężczyźni | Kobiety | | 70–74 lat | 75–84 lat | 85 lat i więcej | |
| Kąpiel w wannie przy pomocy podnośnika | 1,0% | 4,0% | 5,0% | 1,0% | 3,0% | 1,0% | 5,0% |
| Wymaga pomocy | 5,0% | 24,0% | 29,0% | 0,0% | 18,0% | 11,0% | 29,0% |
| Samodzielny | 29,0% | 37,0% | 66,0% | 26,0% | 33,0% | 7,0% | 66,0% |
| Razem | 35,0% | 65,0% | 100,0% | 27,0% | 54,0% | 19,0% | 100,0% |

$\chi^2 = 6,832937$ $p = 0,03283$ $\chi^2 = 20,17439$ $p = 0,00046$

Tabela 9. Sprawność funkcjonalna respondentów w zakresie poruszania się po powierzchniach płaskich w zależności od wieku

| Poruszanie się po powierzchniach płaskich | Wiek | | | Razem |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------------|--------|
| | 70–74 lat | 75–84 lat | 85 lat i więcej | |
| W ogóle nie porusza się | 1,0% | 3,0% | 2,0% | 6,0% |
| Porusza się na odległość do 50 m za pomocą sprzętu wspomagającego i z pomocą co najmniej jednej osoby | 0,0% | 12,0% | 8,0% | 20,0% |
| Samodzielny, niezależny w poruszaniu się na odległości powyżej 50 m, także z użyciem sprzętu wspomagającego | 26,0% | 39,0% | 9,0% | 74,0% |
| Razem | 27,0% | 54,0% | 19,0% | 100,0% |

Chi² = 14,73719 p=0,00528

Tabela 10. Sprawność funkcjonalna respondentów w zakresie wchodzenia i schodzenia po schodach w zależności od płci i wieku

| Wchodzenie i schodzenie po schodach | Płeć | | Razem | Wiek | | | Razem |
|------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|--------|-----------|-----------|-----------------|--------|
| | M | K | | 70–74 lat | 75–84 lat | 85 lat i więcej | |
| Nie jest w stanie wchodzić i schodzić po schodach nawet z pomocą innej osoby | 2,0% | 6,0% | 8,0% | 1,0% | 5,0% | 2,0% | 8,0% |
| Potrzuje pomocy fizycznej i asekuracji | 9,0% | 32,0% | 41,0% | 2,0% | 27,0% | 12,0% | 41,0% |
| Samodzielny | 24,0% | 27,0% | 51,0% | 24,0% | 22,0% | 19,0% | 51,0% |
| Razem | 35,0% | 65,0% | 100,0% | 27,0% | 54,0% | 19,0% | 100,0% |

Chi² = 6,680120 p=0,03543 Chi² = 22,63947 p=0,00015

że potrzebuje pomocy przy ubieraniu i rozbieraniu się. Najwyższą niezależność w tym zakresie wykazywali seniorzy w wieku 75–84 lata (p= 0,03106) (tabela 11).

Tabela 11. Sprawność funkcjonalna respondentów w zakresie ubierania i rozbierania się w zależności od wieku

| Ubieranie i rozbieranie się | Wiek | | | Razem |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------------|--------|
| | 70–74 lat | 75–84 lat | 85 lat i więcej | |
| Potrzuje kompletnej pomocy innej osoby | 1,0% | 3,0% | 2,0% | 6,0% |
| Potrzuje częściowej pomocy innej osoby | 0,0% | 12,0% | 6,0% | 18,0% |
| Samodzielny, niezależny także w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywaniu sznurowadeł | 26,0% | 39,0% | 11,0% | 76,0% |
| Razem | 27,0% | 54,0% | 19,0% | 100,0% |

Chi² = 10,62934 p=0,03106

W sytuacji pogarszającej się z wiekiem kondycji fizycznej i coraz większych trudności w codziennym funkcjonowaniu, połowa spośród badanych deklaruwała chęć uzyskania pomocy. Oczekiwania respondentów koncentrowały się na pomocy opiekuńczo-pielęgnacyjnej, częściej potrzebowały jej kobiety (p= 0,00685) oraz starsi wśród respondentów (p= 0,0002) (tabela 12). Co piąty badany potwierdzał chęć zamieszkania w przyszłości w domu pomocy społecznej, dominowali w tej grupie seniorzy, u których stwierdzono duży stopień sprawności funkcjonalnej (tabela 13).

Tabela 12. Chęć uzyskania pomocy a płeć i wiek respondentów

| Chęć uzyskania pomocy | Płeć | | Razem | Wiek | | | Razem |
|--------------------------------------|-------|-------|--------|-----------|-----------|-----------------|--------|
| | M | K | | 70–74 lat | 75–84 lat | 85 lat i więcej | |
| Opiekuńczo-pielęgnacyjna | 8,0% | 30,0% | 38,0% | 4,0% | 22,0% | 12,0% | 38,0% |
| Opiekuńczo-pielęgnacyjna i finansowa | 2,0% | 10,0% | 12,0% | 0,0% | 10,0% | 2,0% | 12,0% |
| Nie potrzebuje pomocy | 25,0% | 25,0% | 50,0% | 23,0% | 2,0% | 5,0% | 50,0% |
| Razem | 35,0% | 65,0% | 100,0% | 27,0% | 54,0% | 19,0% | 100,0% |

Chi² = 9,967226 p= 0,00685 Chi² = 22,01997 p=0,0002

Tabela 13. Poziom sprawności funkcjonalnej respondentów a chęć uzyskania przez nich miejsca w DPS

| Ocena sprawności funkcjonalnej na podstawie skali Barthel | Chęć zamieszkania w przyszłości w DPS | | Razem |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------|--------|
| | tak | nie | |
| Grupa I – respondenci o dużym stopniu sprawności funkcjonalnej | 13,0% | 58,0% | 71,0% |
| Grupa II – respondenci o średnim stopniu sprawności funkcjonalnej | 6,0% | 17,0% | 23,0% |
| Grupa III – respondenci o małym stopniu sprawności funkcjonalnej | 0,0% | 6,0% | 6,0% |
| Razem | 19,0% | 81,0% | 100,0% |

Chi² = 2,179981 p= 0,33622

DYSKUSJA

W opinii geriatrów starzenie przebiega etapami, które znacznie różnią się między sobą. Po przekroczeniu 75 lat u ludzi starszych obserwuje się pogorszenie stanu zdrowia. W tej grupie seniorów także szczególnie wzrasta zapotrzebowanie na świadczenia opiekuńcze i medyczne [23].

Wyniki badań własnych, zrealizowanych wśród osób w wieku 70 lat i więcej, mieszkających na wsi, potwierdzają wiele opisanych w literaturze cech charakterystycznych dla populacji seniorów, takich jak: feminizacja, singularyzacja, wielochorobowość czy niepełnosprawność, która częściej jest udziałem kobiet [5, 7, 14, 16, 17]. Najczęściej zgłaszanymi przez respondentów chorobami były schorzenia układu krążenia. Podobne wyniki badań uzyskali Borowiak i Kostka, badając problemy zdrowotne mieszkańców wsi [24].

Wydolność samoobsługowa jest miernikiem zdrowia osób w wieku geriatrycznym [25]. Ocena sprawności funkcjonowania osoby starszej w środowisku domowym jest bardzo ważna, ponieważ stanowi podstawę do określania zapotrzebowania na wsparcie, jakiego potrzebują seniorzy i ich opiekunowie rodzinni [26]. Poziom sprawności decyduje także, w sytuacji osób starszych, o dostępie do usług medycznych i pozamedycznych [16, 27]. W badaniach własnych przeprowadzono ocenę sprawności funkcjonalnej respondentów za pomocą skali Barthel i zaklasyfikowano ich do trzech kategorii. Zdecydowana większość badanych znalazła się w grupie osób o dużym stopniu sprawności, poziom sprawności pozostałych był średni lub mały. Porównywalne wyniki uzyskał Fidecki i wsp., z tą tylko różnicą, że cytowani autorzy w swoich badaniach nie zidentyfikowali osób z trzeciej grupy – najmniej sprawnych funkcjonalnie [28].

U kobiet, podobnie jak w badaniach ogólnopolskich Pol-Senior, stwierdzono częstsze występowanie dużego poziomu sprawności funkcjonalnej, a jednocześnie to właśnie kobiety, liczniej zgłaszały zapotrzebowanie na pomoc w wykonywaniu analizowanych czynności samoobsługowych oraz chęć uzyskania pomocy opiekuńczo-pielęgnacyjnej i finansowej. Sytuacja ta może być warunkowana dłuższym czasem życia kobiet i samotnym zamieszkiwaniem oraz stopniem akceptacji chorobowości przewlekłej, który, zdaniem Niedzielskiego i wsp., jest niższy w sytuacji kobiet [16, 29].

Wyniki badań własnych pokazały, że osoby owdowiałe zdecydowanie częściej uzyskiwały niższą ocenę sprawności funkcjonalnej niż osoby pozostające w związku małżeńskim. Badania Biercewiczka i wsp. [30] oraz Fideckiego i wsp. [28] potwierdzają taką zależność – mniejsza sprawność w wieku geriatrycznym częściej dotyczy osób owdowiałych.

Istotną zależność, w badaniach własnych, stwierdzono pomiędzy wiekiem a sprawnością funkcjonalną respondentów. Wraz ze wzrostem wieku seniorzy byli mniej sprawni w zakresie samodzielności w codziennej aktywności życiowej. Dotyczyło to wszystkich analizowanych zakresów samoobsługi: utrzymania higieny osobistej, mycia i kąpieli całego ciała, poruszania się po powierzchniach płaskich, chodzenia po schodach oraz ubierania i rozbierania się. Wśród najstarszych badanych (85 lat i więcej), tylko w sytuacji co dziesiątego stwierdzono duży stopień sprawności. Podobne rezultaty prezentują badania Fideckiego i wsp. oraz Kuźniczka i wsp. [31]. Natomiast badania zrealizowane wśród stulatki, na podstawie skali ADL, są nieco inne – całkowitą sprawność stwierdzono u 6,5% kobiet i 14,6% mężczyzn [17].

Proporcjonalnie do wzrastającego wieku badanych zwiększało się ich zapotrzebowanie na pomoc pielęgnacyjno-opiekuńczą. Respondenci potrzebujący pomocy pielęgnacyjno-opiekuńczej bądź finansowej stanowili 50% wśród badanych (odpowiednio 20% mężczyzn i 80% kobiet). Badania przeprowadzone przez Klich-Rączkę i Bońkowskiego [32] także wykazały większe wśród kobiet, szczególnie powyżej 80-tego roku życia, zapotrzebowanie na pomoc opiekuńczo-pielęgnacyjną. Można zatem łączyć ten wynik, ze strukturą demograficzną populacji seniorów.

Na uwagę zasługuje niechęć badanych do zamieszkania w DPS w przyszłości. Jak pokazują badania Szwed-Lewandowskiej, w obliczu zwiększającego się zapotrzebowania na miejsca w tego typu placówkach, pozytywnym zmianom ulega ich społeczne postrzeganie. I chociaż osoby w wieku 75 lat i więcej stanowią najliczniejszą grupę pensjonariuszy DPS [33], to jednak nie musi zmieniać podejścia starszych mieszkańców wsi do zamieszkania w tego typu instytucjach.

WNIOSKI

Badania z zastosowaniem skali Barthel są bardzo istotne w sytuacji ludzi doświadczających procesu starzenia się. Jest to socjomedyczne narzędzie, na podstawie którego, jak i innych tego typu, można oszacować poziom sprawności, a jednocześnie zaplanować niezbędną pomoc w odniesieniu do precyzyjnie określonych wymiarów codziennego życia w zakresie samoobsługi.

Na podstawie realizacji badań stwierdzono, że wśród badanych mieszkańców wsi, dominowali seniorzy o dużym stopniu sprawności funkcjonalnej. Jednak wraz z wiekiem

i zmianą stanu cywilnego (wdowieństwo) samodzielność w zakresie samoobsługi badanych zmniejszała się, a jednocześnie wzrastało w ich sytuacji zapotrzebowanie na pomoc opiekuńczą, pielęgnacyjną i finansową.

Im mniejszy był stopień sprawności badanych, tym rzadziej deklarowali oni chęć zamieszkania w przyszłości w DPS. To sugeruje, że najbardziej satysfakcjonuje seniorów możliwość uzyskania pomocy opiekuńczo-pielęgnacyjnej w miejscu ich dotychczasowego zamieszkania.

PIŚMIENNICTWO

1. Szukalski P. Starzenie się ludności – wyzwanie XXI wieku W: Szukalski P (red.). To idzie starość – polityka społeczna a przygotowanie do starzenia się ludności Polski. Warszawa: Instytut Spraw Publicznych; 2008: 7–29.
2. Nowak L (red.) Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011. Raport z wyników. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2012.
3. Mianowany M, Maniecka-Bryla I, Drygas W. Starzenie się populacji jako ważny problem zdrowotny i społeczno-ekonomiczny. Gerontologia Polska 2004; 12 (4): 172–175.
4. Kulik TB, Janiszewska M, Pirog E, Pacian A, Stefanowicz A, Żołnierczuk-Kieliszek D, Pacian J. Sytuacja zdrowotna osób starszych w Polsce i innych krajach europejskich. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2011; 17 (2): 90–95.
5. Błędowski P. Starzenie się jako problem społeczny. Perspektywy demograficznego starzenia się ludności Polski do roku 2035. W: M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne; 2012: 11–23.
6. Zych A. Słownik gerontologii społecznej. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”; 2001.
7. Błędowski P. Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych. Warszawa: SGH; 2002.
8. Szatur-Jaworska B. Ludzie starzy i starość w polityce społecznej. Warszawa: Instytut Polityki Społecznej UW; 2000.
9. Chodorowski Z. Geriatria z podstawami gerontologii. Gdynia: Wydawnictwo GRAFICA; 2008.
10. Wojszel ZB. Services and allowances for the elderly and their carers. W: Bień B (red.). Family caregiving for the elderly in Poland. Białystok: Wydawnictwo Uniwersyteckie Trans Humana; 2006: 126–154.
11. Lamura G, Wojszel B, Mnich E, Krevers B, Mekke K, Mestheneos E. Experiences and preferences of family carers in the use of care and support services. W: The EUROFAMCARE Consortium (red.). Services for supporting family carers of older dependent people in Europe. The Trans-European survey report, Hamburg 2006; 144–182 (http://www.uke.uni-hamburg.de/~extern/eurofamcare/documents/deliverables/teasure_web_060906pdf).
12. Murkowski M. Epidemia starości. Menedżer zdrowia 2011; 8: 50–55.
13. Szatur-Jaworska B. Sytuacja rodzinna i więzi rodzinne ludzi starych i osób na przedpolu starości. W: Mossakowska M, Więcek A, Błędowski P. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne; 2012: 419–448.
14. Kawczyńska-Butrym Z. Wyzwania rodziny: zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość. Lublin: Wydawnictwo Makmed; 2008.
15. Ziarko J, Wybarniec A. Starość jako dar i zadanie. Pielęgniarstwo XXI wieku 2008; 2–3: 28–32.
16. Wizner B, Skalska A, Klich-Rączka A, Piotrowicz K, Grodzicki P. Ocena stanu funkcjonalnego u osób w starszym wieku. W: Mossakowska M, Więcek A, Błędowski P. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne; 2012: 81–94.
17. Mossakowska M, Broczek K, Życzkowska J, Klich-Rączka K. Sprawność funkcjonalna polskich stulatki. W: Kowalski J, Szukalski P (red.). Pomyślne starzenie się w świetle nauk o zachowaniu. Łódź: Zakład Demografii i Gerontologii UŁ; 2008: 164–174.
18. Rutkowska E (red). Rehabilitacja i pielęgnowanie osób niepełnosprawnych. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2002.
19. Zdziebło K. Współczesne zjawiska demograficzne a problemy zdrowotne starzejącego się społeczeństwa. Studia Medyczne 2008; 9: 63–69.
20. Wieczorkowska-Tobis K, Talarska D. Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008.

21. Tobiasz-Adamczyk B. Interakcje społeczne a jakość życia osób w wieku podeszłym. W: Piątkowski W (red.). *Zdrowie, choroba, społeczeństwo*. Lublin: Wydawnictwo UMCS; 2004: 95–103.
22. Mahoney FI, Barthel D. W: *Functional evaluation: The Barthel Index*. Md. State Med. J. 1965; 14: 61–65.
23. Żakowska-Wachelko B. Zadania i perspektywy gerontologii. W: Frąckiewicz L (red.). *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku*. Katowice: Wyd. Śląsk; 2002; 27–43.
24. Borowiak E, Kostka T. Oczekiwania na świadczenia opiekuńcze starszych mieszkańców obszaru miejskiego i wiejskiego oraz instytucji opiekuńczo – pielęgnacyjnych. *Gerontologia Polska* 2010; 18 (4): 207–214.
25. Ślusarska B, Zarzycka D, Sadurska A. Wydolność samoobsługowa miernikiem stanu zdrowia pacjentów w wieku podeszłym. *Nowinki Lekarskie* 2008; 77 (3): 209–213.
26. Bień B, Wojszel Z, Doroszkiewicz H. Poziom niesprawności osób w starszym wieku jako wskazanie do wspierania opiekunów rodzinnych. *Gerontol. Pol.* 2008; 16: 25–34.
27. Bień B., Doroszkiewicz H., Wojszel Z. Poziom niesprawności osób starszych a korzystanie z usług medycznych i pozamedycznych w badaniu EUROFAMCARE. *Gerontol. Pol.* 2008; 16, 2: 101–110.
28. Fidecki W, Wysokiński M, Wrońska I. Ocena wydolności samoobsługowej osób starszych w środowisku domowym. W: Kowalewski T, Szukalski P (red.). *Pomyślne starzenie się w perspektywie nauk o pracy i polityce społecznej*. Łódź: Zakład Demografii i Gerontologii Społecznej UŁ; 2008: 200–208.
29. Niedzielski A, Humeniuk E, Błaziak P, Fedoruk D. Stopień akceptacji choroby w wybranych chorobach przewlekłych. *Wiadomości Lekarskie* 2007; LX: 224–227.
30. Biercewicz M, Kędziora-Kornatowska K, Ślusarz R, Cegła B, Faleńczyk K. Ocena wydolności czynnościowej osób w wieku podeszłym na tle uwarunkowań zdrowotnych i społecznych. *Pielęgniarstwo XXI* 2005; 1–2: 39–45.
31. Kuźmicz I, Brzostek T, Górkiewicz M. Wybrane metody oceny sprawności psychofizycznej pacjentów z zaburzeniami funkcji poznawczych objętych stacjonarną opieką długoterminową w Polsce. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2005; 3(12): 105–110.
32. Bońkowski K, Klich-Rączka A. Ciężka niepełnosprawność czynnościowa osób starszych wyzwaniem dla opieki długoterminowej. *Gerontologia Polska* 2007; 15: 97–103.
33. Szweda-Lewandowska Z. Popyt na miejsca w domach pomocy społecznej wśród seniorów w Polsce w perspektywie 2035 roku. *Acta Universitatis Lodzianis, Folia Oeconomica* 2009; 231: 247–250.

Functional fitness of rural population aged over 70 and demand for care

Abstract

Progressing age and the accompanying diseases have a detrimental impact on the condition of the elderly. Deterioration of one's fitness causes physical discomfort and impairs mental well-being. It also constitutes a barrier which hinders one's ability to perform activities of daily living, makes the person dependent on the help of others, contributes to social isolation, and consequently leads to deterioration in the quality of life.

The aim of the article was to define the level of functional fitness and need for care among seniors aged above 70 living in rural areas.

The survey was carried out in 2012 in a group of 100 people aged over 70 living in villages in the Lublin Region. In the study, both a questionnaire designed by the author and the Barthel scale were applied. The obtained material was subjected to statistical analysis.

The great majority of respondents were on a high functional level of fitness (71.0%). Statistical analysis revealed the relationship between functional fitness and age ($p=0.00528$), as well as the respondents' marital status ($p=0.03287$). Every second respondent declared the wish to receive help: nursing care (38.0%) or nursing care together with financial support (12.0%). Such declarations were dependent on gender ($p=0.00685$) and age ($p=0.00020$).

Based on the presented studies, it was ascertained that the functional fitness of older rural inhabitants decreases together with age and change in marital status (widowhood), which is accompanied by a simultaneous increase in the demand for care and nursing.

Key words

functional fitness, seniors, care