

**Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego  
w Poznaniu**

Zakład Higieny Katedry Medycyny Społecznej

Irena Galewska

**WYBRANE ASPEKTY MEDYCZNE,  
PSYCHOLOGICZNE, SOCJOLOGICZNE  
I EKONOMICZNE MIESZKAŃCÓW  
KALISZA W WIEKU SĘDZIwym**

**Rozprawa doktorska**

Promotor: prof. UM dr hab. Jerzy T. Marcinkowski

**Poznań 2011**

*Serdeczne podziękowania składam  
prof. UM dr hab. Jerzemu T. Marcinkowskiemu  
za pomoc i cenne wskazówki, które pomogły mi  
w napisaniu niniejszej pracy.*

# SPIS TREŚCI

<b>WYBRANE ASPEKTY MEDYCZNE, PSYCHOLOGICZNE, SOCJOLOGICZNE I EKONOMICZNE MIESZKAŃCÓW KALISZA W WIEKU SĘDZIwym</b>	<b>1</b>
<b>WSTĘP</b>	<b>6</b>
<b>1. WYZNACZANIE OBSZARU BADAŃ</b>	<b>7</b>
1.1. Aspekty medyczne	7
1.2. Aspekty psychologiczne	11
1.3. Aspekty socjologiczne	16
1.4. Aspekty ekonomiczne	18
<b>2. ZAŁOŻENIA PRACY, CEL PRACY I HIPOTEZY BADAWCZE</b>	<b>19</b>
2.1. Założenia pracy	19
2.2. Cel pracy	19
2.3. Hipotezy badawcze	19
<b>3. MATERIAŁ BADAWCZY I METODY BADAŃ</b>	<b>21</b>
<b>3.1. Materiał</b>	<b>21</b>
3.1.1. Osoby objęte badaniami	21
3.1.2. Teren badań i czasokres badań	21
<b>3.2. Metody badawcze</b>	<b>21</b>
3.2.1. Badania z użyciem kwestionariusza ankiety	21
3.2.2. Analiza statystyczna	22
3.2.2.1. Zasady weryfikacji prawidłowości postawionej hipotezy	22
3.2.2.2. Analiza kontyngencji	23
3.2.2.3. Statystyki zawarte w tablicy kontyngencji	24
3.2.2.4. Analiza logistyczna	26
<b>4. WYNIKI BADAŃ I ICH OMÓWIENIE</b>	<b>31</b>
4.1. Charakterystyka badanych	31

<b>4.2. Wybrane aspekty medyczne</b>	<b>32</b>
4.2.1. Wzrok	32
4.2.2. Słuch	33
4.2.2.1. Ocena słuchu w 3-stopniowej skali	33
4.2.2.2. Posiadanie i używanie aparatu słuchowego	34
4.2.3. Choroby przewlekłe	35
4.2.3.1. Liczba chorób przewlekłych	37
4.2.4. Stan psychiczny	38
4.2.4.1. Ocena orientacji w czasie i miejscu	38
4.2.4.2. Badanie z użyciem „Geriatrycznej skali oceny depresji”	39
<b>4.3. Ocena podstawowych czynności życia codziennego (skala Katza)</b>	<b>41</b>
<b>4.4. Ocena złożonych czynności życia codziennego (skala Lawtona - IADL)</b>	<b>42</b>
<b>4.5. Samoocena stanu zdrowia</b>	<b>43</b>
<b>4.6. Przewlekłe dolegliwości bólowe</b>	<b>44</b>
4.6.1. Odczuwanie bólu przewlekłego i jego lokalizacja	45
4.6.1.1. Najczęstsza lokalizacja bólu przewlekłego	46
<b>4.7. Odczuwanie bólu w skali od „0” do „10”</b>	<b>46</b>
<b>4.8. Tryb życia osób sędziwych</b>	<b>47</b>
<b>4.9. Wybrane aspekty socjologiczne</b>	<b>48</b>
4.9.1. Opiekunowie osób objętych badaniami	48
4.9.2. Samotność	58
4.9.3. Dostępność lekarza	59
4.9.4. Opieka medyczna	60
4.9.5. Dochody	61
4.9.6. Sytuacja finansowa	62
Podobnie jak w przypadku pytania o wysokość dochodów daje się zauważyć, że mężczyźni generalnie lepiej oceniają swoją sytuację materialną.	62
<b>4.10. Opis zmiennych diagnostycznych</b>	<b>63</b>
<b>4.11. Weryfikacja hipotez badawczych</b>	<b>70</b>
<b>5. DYSKUSJA</b>	<b>72</b>
<b>5.1. Czy dożycie do wieku sędziwego oznacza szczęście?</b>	<b>72</b>
<b>5.2. Konieczność prowadzenia badań także poza Kaliszem</b>	<b>72</b>
<b>5.3. Przewaga liczbowa kobiet</b>	<b>72</b>
<b>5.4. Uwagi do metodologii badań</b>	<b>73</b>
<b>5.5. Niska jakość życia</b>	<b>73</b>

<b>5.6. Ocena stanu psychicznego</b>	<b>74</b>
<b>5.7. Wzrok</b>	<b>75</b>
<b>5.8. Słuch</b>	<b>76</b>
<b>5.9. Wywiady chorobowe w odniesieniu do chorób przewlekłych</b>	<b>76</b>
<b>5.10. Możliwości optymalizacji jakości życia</b>	<b>77</b>
<b>5.11. Skala Katza</b>	<b>78</b>
<b>5.12. Skala Lawtona</b>	<b>78</b>
<b>5.13. Jakość opieki medycznej (geriatrycznej)</b>	<b>78</b>
<b>5.14. Samotność</b>	<b>81</b>
<b>5.15. Sytuacja mieszkaniowa</b>	<b>82</b>
<b>5.16. Stan mieszkań</b>	<b>83</b>
<b>5.17. Oczekiwanie na wsparcie w sferze ekonomicznej</b>	<b>83</b>
<b>5.18. Zakończenie</b>	<b>83</b>
<b>6. WNIOSKI</b>	<b>86</b>
<b>7. STRESZCZENIE</b>	<b>87</b>
<b>8. SUMMARY</b>	<b>88</b>
<b>9. PIŚMIENNICTWO</b>	<b>89</b>
<b>10. SPIS TABEL</b>	<b>95</b>
<b>11. SPIS RYCIN</b>	<b>96</b>
<b>12. ANEKS</b>	<b>98</b>

---

# WSTĘP

---

---

Wiadomo, że obecnie wielkim wyzwaniem dla krajów wysokorozwiniętych staje się fakt, iż ich populacja wyraźnie się starzeje. I dlatego osoby w wieku sędziwym (a więc liczące sobie 90 lat i więcej) pojawiają się w tych populacjach coraz częściej. Jest to zupełnie nowa sytuacja, bo przecież w nieodległej przeszłości mało kto do tego wieku dożywał. Aby ją właściwie i dogłębnie rozpoznać potrzeba jak najszerszego spojrzenia, a więc jak najbardziej całościowego, holistycznego. Wtedy jednak takie zamierzenie staje się niezwykle wielkim, wymagającym zaangażowania w tego rodzaju projekt badawczy – o ile został by on podjęty – dużej liczby badaczy. Dlatego w niniejszej pracy możliwe było przedstawienie zaledwie wybranych aspektów medycznych, psychologicznych, socjologicznych i ekonomicznych osób w wieku sędziwym.

Wielość czynników mających wpływ na jakość życia człowieka zmusza nas najpierw do ich rozeznania i stratyfikacji (pod kątem rozpoznania tych najistotniejszych) a następnie do konsekwentnych działań w kierunku wdrożenia w życie tych najważniejszych. Do tych działań należałoby zachęcać, wdrażać osoby młode. O osobach młodych mówimy, że są przyszłością ojczyzny, Europy, świata. Tak było od zarania dziejów i nikt temu nie może zaprzeczyć. Jest to obowiązek i odpowiedzialność za tworzenie teraźniejszości i przyszłości nie tylko własnej. Mądrość i odpowiedzialność osób sędziwych była wzorem dla młodych, aby nie musieli się uczyć się na własnych błędach. Potrzebny jest obustronny kontakt, bycie z sędziwymi ludźmi. Zachowanie nieustannego dialogu otworzy przestrzeń wzajemnego szacunku i pomocy.

Od pierwszego do ostatniego oddechu człowiek posiada niezbywalną godność oraz nie przestaje być istotą bio-psycho-społeczną. Zatem podejmowane wszelkie działania muszą zawierać troskę o zachowanie godności osoby ludzkiej i mieć na uwadze optymalizację jakości życia. Zaspokojenie potrzeb zgodnie z ich hierarchią jest warunkiem jego prawidłowego funkcjonowania [1, 2].

# 1. WYZNACZANIE OBSZARU BADAŃ

---

Jak już wspomniano we „Wstępie” obszar badań nad osobami w wieku sędziwym, jeśli mają one mieć charakter holistyczny, jest niezwykle szeroki. Można go poklasyfikować w następujące obszary tematyczne: 1) medyczne, 2) psychologiczne, 3) socjologiczne, 4) ekonomiczne.

## 1.1. Aspekty medyczne

---

Wiek sędziwy – według definicji WHO – to osoby liczące 90 i więcej lat. Dla tego wieku charakterystyczna jest wielochorobowość, z czym wiążą się głównie ograniczenia sprawności poszczególnych układów, w tym – co jest szczególnie dotkliwe – narządów ruchu i narządów zmysłów [3, 4]. W Polsce osoby sędziewe stają się przedmiotem wyraźniejszego zainteresowania, jednak działania na ich rzecz niwelowane są przez inne priorytety. Dotychczasowe opracowania dotyczące problemów starości, poszukiwania czynników „pomyślnego starzenia” powinny być wzbogacane systematycznymi badaniami. Obecnie zaobserwowano nieznaczny spadek wydawanych publikacji polskojęzycznych o tej tematyce co może mieć związek z umiędzynarodowieniem problemu. Tematy starzenia się społeczeństw i związanych z tym problemów podejmowane są coraz częściej na polu międzynarodowym [5, 6].

Uzyskane wyniki badań nad jakością życia osób w wieku sędziwym powinny wskazać obszary zaniedbań wymagające podjęcia działań, wdrożenia holistycznej opieki nad najstarszymi oraz pobudzić do działań edukacyjno-prozdrowotnych i konsekwentnej realizacji szerokich programów zdrowotnych [7]. Postęp w medycynie pozwala na coraz to nowsze metody leczenia, operacji i protezowania. Czy jednak korzystają z tych osiągnięć i technik osoby sędziewe? Pytania te i inne przymuszają do poszukiwania odpowiedzi.

### Rosnąca liczba osób sędziwych

Wraz ze wzrostem liczby osób sędziwych rośnie zapotrzebowanie na opiekę medyczną, głównie geriatryczną. Przed 100 laty średnia długość życia była niższa o 25 lat [8, 9, 10]. GUS oblicza średnią długość życia w Polsce od pięćdziesięciu lat. Z analizy danych GUS za 2009 r. wynika, że średnia długość życia mężczyzn wyniosła 71,5 roku, a dla kobiet 80 lat [11]. Mimo wyraźnego wydłużania życia w Polsce, żyjemy krócej od czołówki europejskiej (Niemcy, Francja, Wielka Brytania, Szwecja). Mężczyźni w Polsce żyją o osiem lat krócej a kobiety o cztery do pięciu [12].

Uwzględniając te różnice przewiduje się, że do roku 2060 w krajach Unii Europejskiej (UE) liczba osób w wieku ponad 65 lat wzrośnie o 70%, a osób powyżej 80 roku życia – o ok. 170%. Pozwala to na założenie wzrostu liczby osób długowiecznych. Szczególnie wyraźny wzrost przewiduje się w Polsce (ok. 4,5-krotny), dla Niemiec - 3,7-krotny, a dla Szwecji - 2,9-krotny [13, 6, 14]. Można zatem oczekiwać spłylenia różnic średniej długości życia w tych krajach. Dlatego też w XXI wieku, aby sprostać większemu zapotrzebowaniu na

opiekę zdrowotną, należy dostosować systemy opieki zdrowotnej do potrzeb starzejącego się społeczeństwa, zagwarantować specjalistyczną kadrę medyczną oraz równoważącą siłę roboczą, aby mogły one funkcjonować na właściwym, tj. optymalnym poziomie [15].

Do niedawna na studiach lekarskich nie było przedmiotu „geriatria”; obecnie jest ten przedmiot, ale w ograniczonym zakresie. Również możliwość specjalizacji w geriatricznym zakresie realizacji wymogów UEMS (*European Union of Medical Specialists*) i niewielkiej liczby miejsc w akredytowanych ośrodkach uniemożliwia ekspresję zasobów kadry geriatricznej, a zatem i infrastruktury [15]. Obszar ten wymaga restrukturyzacji, przyjęcia i realizacji nowych standardów opieki geriatricznej - tak wyraźnie różniące się od opieki w takich krajach, jak: Wielka Brytania, Szwecja, Niemcy, Belgia czy Austria. Wieloletnie zaniedbania resortu zdrowia w tym zakresie uwidaczniają również polskie wskaźniki opieki geriatricznej różniące się od obowiązujących w UE [16, 17]. To właśnie przed tą opieką stawiane będą coraz to większe zadania, a to ze względu na starzenie się populacji polskiej.

Optymistycznym wydaje się być przedstawiony projekt Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego na oksfordzkiej debacie pod hasłem „Priorytety w ochronie zdrowia 2011”. Jednym ze sposobów podniesienia poziomu jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych jest wykorzystanie wiedzy wynikającej z badań naukowych.

Każdy człowiek oczekuje szczęścia i radości, którego dopełnieniem jest zachowanie fizycznej i psychicznej formy [18, 19, 20]. Kult młodości wyzwała lęk przed jego utratą, a wobec starości niechęć przejawiającą się pomijaniem i marginalizacją starych osób i pozostawianiem ich z wielością problemów [21].

Postęp medycyny i opieki społecznej zmniejsza umieralność, wydłuża średnią długość życia. Przy braku działań profilaktycznych i jednoczesnej ignorancji potrzeb zdrowotnych lawinowo narasta liczba osób przewlekle chorych, którzy wymagają kompleksowej opieki lekarskiej i pielęgnarskiej. Zapewnienie wysokiej jakości opieki wymaga podjęcia właściwych działań, w tym zabezpieczenia zasobów personalnych zaopatrzonych w wiedzę w tym zakresie [15,22]. Wieloletnie zaniedbania w wyżej przedstawionych aspektach są znaczne, ale możliwe do zniwelowania. Realizacja programu dla osób długowiecznych, uwzględniającego holistyczne podejście wobec ich złożonych potrzeb, może stanowić profilaktykę starczego niedołęstwa. Starość nadal jest postrzegana w Polsce jako stan fizycznego zniedołężnienia i umysłowego skąrowania. Wobec „drapieżnej” cywilizacji życia, koniecznym staje się spojrzenie na człowieka obok, by nie został sam. Samotność jest najczęstszą przyczyną cierpienia człowieka, a w szczególności sędziwego. Obecnie zachwiana, a niegdyś silnie osadzona religijna solidarność, powinna być realizowana bez względu na światopogląd. Ten etyczno-moralny przymus dotyczy każdego człowieka. Przykładem wzajemnej troski i odpowiedzialności powinna być rodzina, której struktury znacznie odbiegają od dawnych, wielopokoleniowych rodzin z silnymi więzami emocjonalno-moralnymi i swoistą niezależnością ekonomiczną.

Obecna rodzina, najczęściej jednopokoleniowa, jest kolejnym obszarem zainteresowania gerontologów społecznych [23, 24].



## Jakość życia w badaniach naukowych

Określenie „jakość” zajmuje we wszystkich dziedzinach wysokie miejsce. Nie jest pozbawiona tej weryfikacji opieka medyczna. Również podjęta próba określenia *jakości życia*, ujęcia go pewnych ramach, napotyka szereg trudności z uwagi na wielość czynników na nią wpływających.

Łac. *qualitis* (jakość życia) zostało już zdefiniowane przez *Platona*, który jakość życia uznał za „pewien stopień doskonałości”.

*Kolman* uznał, że jakość życia równoważy się ze stopniem zaspokojenia potrzeb życiowych człowieka (materialnych i duchowych), bądź zakres spełnienia wymagań w zakresie materialnego i duchowego bytu jednostki, czy społeczeństwa [25].

*Kowalik* ujmuje jakość życia jako sumę przeżyć odczuwanych w życiu, doświadczanych w świadomości, a nie na zewnątrz, w otaczającym jednostkę świecie. To zbiór swoistych subiektywnych stanów charakteryzujący życie psychiczne jednostki [26].

W swojej pierwszej opublikowanej pracy *R.M. Rosser* nadała kierunek dalszych prac nad jakością życia pacjentów [27].

Wiodącą rolę w wykorzystaniu skal do pomiaru jakości życia związanego z aktywnością ruchową odegrali: *Karnofsky, Burchenal, Katz* [28].

Według *Tobiasz-Adamczyk*, kliniczna koncepcja choroby jako bezpośrednia przyczyna obniżenia się jakości życia, przyczyniła się bezpośrednio do zakwestionowania tradycyjnych metod oceny stanu zdrowia i do przeniesienia tego pojęcia z nauk społecznych do medycznych [29].

Poszerzające się zainteresowanie aspektami jakości życia na polu nauk medycznych w efekcie przynagła do traktowania pacjenta podmiotowo w działaniach leczniczo terapeutycznych.

Według założenia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) koncepcja jakości życia, uwarunkowana stanem zdrowia (*Health Related Quality of Live - HRQOL*) obejmuje jednostkę w obszarze fizycznym, psychicznym i społecznym. Każdy z tych obszarów w szacowaniu jakości życia wymaga rozwagi - ze względu na ich wzajemną zależność [30]. W słowniku amerykańskim „quality of life” pojawiło się tuż po II wojnie światowej. W latach sześćdziesiątych XX w. w USA dociera do powszechnej świadomości, a jego znaczenie nadal próbuje się uściślić [31]. Pierwsze publikacje medyczne z zakresu „jakości życia” ukazały się w latach sześćdziesiątych XX w.

Z większym rozmachem pojawiły się dwadzieścia lat później. W bazie piśmiennictwa medycznego *Medline* wyrażenie jakość życia pojawiło się w 1975 r. jako hasło komputerowe [32]. Jako potwierdzenie ważności zagadnienia „quality of life” zostało ujęte w *Index Medicus* w 1977 r.

O dużym znaczeniu tego zagadnienia świadczy wcześniejsze zainteresowanie naukowców, co potwierdza powstałe 1944 r. Międzynarodowe Towarzystwo Badań nad Jakością Życia Uwarunkowaną Stanem Zdrowia (*The International Society for Health-Related Quality of Life Research*) [33].

Autorzy *Powers* i *Ferans* ujmują jakość życia jako poczucie dobrostanu, wyznaczanego przez posiadanie lub brak satysfakcji z indywidualnie ważnych dziedzin życia [34].

W ujęciu medycznym jakość życia jest kształtowana przez chorobę, wpływającą na ważne dla pacjenta aspekty życia w odczuciu obiektywnym, subiektywnym zawierającym ocenę otoczenia i samoocenę [35].

Termin „jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia” (*Health Related Quality of Live* - HRQOL) - to odczuwany przez pacjenta stan wywołany przez chorobę i efekt jej leczenia, który wprowadzony został dopiero w 1990 r. przez *Schippera* [30]. Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia, wyznaczana jest poprzez stan fizyczny, sprawność ruchową, psychiczną, doznania dolegliwości oraz sytuację społeczną, ekonomiczną. Autorzy tej koncepcji kierują uwagę aby rozpatrywać tę jakość życia jako wielopoziomową, nacechowaną efektem działania czynników fizjologicznych, psychologicznych i społecznych. Koncepcja ta została rozwinięta przez *Rylandera*, który zwraca uwagę na konieczność oddzielenia i rozróżnienia stanu zdrowia określanego na podstawie subiektywnych doznań pacjenta od stanu zdrowia określonego obiektywnymi objawami [36]. Ocena jakości życia warunkowanej stanem zdrowia umożliwi wgląd na nasilające się objawy choroby lub ich ustępowanie. Według *Hunt* i *Mc Kenra* jakość życia pozostaje w ścisłym związku z możliwościami i zdolnościami człowieka do zaspokojenia potrzeb. To nie tylko subiektywne samopoczucie badanego, ale możliwość i umiejętność funkcjonowania w wielu dziedzinach uwzględniając jego zasoby [26]. Rozwój wiedzy dotyczącej jakości życia i nieustanne dążenie do poprawy jakości życia, pobudzał do jej uporządkowania, co - zdaniem *Jaracz* - wyczerpująco przedstawiła *Farguhar* [37]. W ostatnich latach uwagę wielu badaczy koncentruje subiektywne poczucie jakości życia, które może mieć znaczący wpływ na leczenie, rehabilitację oraz funkcjonowanie. Na znaczenie subiektywizmu i wielowymiarowość jakości życia wyraźnie wskazuje definicja WHO.

Nauka przede wszystkim wychodzi naprzeciw potrzebom, przedstawiając standardy w opiece, leczeniu, nowoczesne metody pracy, oraz nowatorskie rozwiązania w zakresie sposobów leczenia i profilaktyki chorób i urazów. Niezmiernie istotnym elementem działalności naukowej jest wzbogacanie posiadanych zasobów i udostępnianie ich osobom bezpośrednio zainteresowanym w celu praktycznego zastosowania.

W ostatnich latach intensywnie rozwija się pojęcie jakości życia, koncentrując się na szeroko pojmowanym pojęciu zdrowia i z nierozzerwalnie mu towarzyszącym naukom społeczno- ekonomicznym, biologiczno-chemicznym, humanistycznym i innym. Wielość problemów towarzyszących życiu powoduje konieczność holistycznego spojrzenia na człowieka jako istotę bio-psycho-społeczną [38, 39].

Jakość życia wymaga planowania, kontrolowania, oceniania i nieustannego podnoszenia do najbardziej optymalnych kryteriów.

## 1.2. Aspekty psychologiczne

---

### Człowiek istota bio-psycho-społeczna

Narodziny dziecka to nie tylko wielkie wydarzenie rodzinne i społeczne, ale jedno z największych wyzwań dla rodziców, w którym dziecko uruchamia samodzielne mechanizmy: oddychanie, krążenie, wydalanie, trawienie - przystosowując się do nowej rzeczywistości. Pierwszy oddech, pierwszy krzyk, po raz pierwszy wypełnione naczynia płucne krwią zaopatrzoną w tlen. To okres zupełnej zależności. Od tej chwili, aby prawidłowo mógł się noworodek rozwijać, potrzebuje jednak drugiego człowieka, który zrealizuje wszystkie potrzeby. Okres noworodkowy to czas bardzo intensywnych przemian [40].

Okres niemowlęcy zachwyca rozwojem i wzrostem. Aby rozwój mógł być prawidłowy, niezbędna jest właściwa pielęgnacja i żywienie. Najwłaściwszym dla niemowlęcia jest pokarm matki. Karmienie piersią, oprócz podstawowej funkcji, stwarza możliwość rozwoju bezpośredniego kontaktu dziecka z matką. Intensywny rozwój psychomotoryczny, pionizacja i poznawanie otaczającego świata. Pojawiają się reakcje emocjonalne na obecność bliskich, a przede wszystkim matkę. Jest to okres kształtowania mowy i uczuć. Sygnalizowanie potrzeb fizjologicznych jest coraz bardziej spektakularne. To czas niezwykle ważny, wymagający bliskości i wiele troski rodziców [41].

Okres poniemowlęcy (2-3 rok życia) - to nadal czas intensywnych zmian psychomotorycznych, przy nieco zwolnionym rozwoju somatycznym. Dziecko staje się bardziej niezależne, poznaje otoczenie zadając pytania. Potrafi kontrolować wydalanie. Pełne mleczne uzębienie pozwala na przyjmowanie pokarmów bardziej urozmaiconych, stałych. Po tym okresie dziecko wchodzi w okres przedszkolny (3-7 rok życia), szkolny (7-12 rok życia), okres dojrzewania płciowego (10-12, 12-14, 14-16, 16-18, 18-19, 21-23 rok życia). To okresy nadal bardzo burzliwego rozwoju i usprawniania funkcji wszystkich układów. Ma miejsce dynamika rozwoju fizycznego, przy jednoczesnym rozwoju psychicznym w sferze emocjonalnej i poznawczej. Dzieci poznają możliwości opanowania reakcji emocjonalnych i współdziałania. Wdrażane są różne zakazy oraz zasady przestrzegania norm moralno-społecznych. Kształtowana jest umiejętność podporządkowania się normom moralno-społecznym. Jednak najistotniejszy rozwój somatyczny, psychiczny i społeczny przypada na rok kończący okres szkolny, tj. 12 rok życia. Z wyraźnym zaznaczeniem różnic według płci, dojrzałość szkolna charakteryzuje się intensywnym poszerzaniem wiedzy o otaczającym świecie, potrafi je usystematyzować i stosownie odnieść do życiowych sytuacji [42]. Na szczególną uwagę u dzieci w wieku szkolnym zasługuje aktywność społeczna, umiejętność współżycia zespołowego oraz ogromne poczucie sprawiedliwości. Pomimo nasilonej potrzeby obcowania z rodzicami dominują wzory rówieśników [43].

Okres dojrzewania płciowego - to okres przeobrażania dziecka w człowieka dorosłego. Dojrzałość emocjonalna przepełnia się krytycyzmem. Dążenie do swobody i niezależności, myślenie o charakterze formalnym, abstrakcyjnym, logicznym, hipotetyczno-dedukcyjnym. Okres buntu przekory i krnąbrności wobec dorosłych ustępuje po zakończeniu okresu

dojrzewania na rzecz wykształconych uczuć wyższych: społecznych, moralnych, etycznych [42].

Okres młodości - to okres stabilizacji, przy jednoczesnym dalszym dojrzywaniu fizycznym i psychicznym. Wzrastanie człowieka poprzez w/w okresy prowadzi do zmiany wielkości organizmu, doskonalenia struktury komórek, tkanek, układów i ich wzajemnej zależności. Psychika istoty biologiczno-społecznej formuje układ zależnych wzajemnych czynników: informacja genetyczna, socjalizacja oraz własna aktywność [42, 44].

Okres dorosłości - to czas stabilizacji i intensywnego działania, progresywnej ekspansji przedsięwzięć i perspektywicznego patrzenia. Czas samorealizacji i spełnienia powołania. Czas przygotowujący do okresu starzenia, zatrzymania się i spojrzenia wstecz [45].

Proces starzenia się jednostki jest zależny od wielu warunków, ale ściśle łączy się z poprzednimi okresami. Istotny wpływ na starzenie mają podstawowe czynniki, takie jak: stan zdrowia, prowadzony styl życia, zdolność przewidywania i myślenia perspektywicznego oraz środowisko w którym żyje człowiek [46].

Psychologia społeczna zajmuje się głównie tym, w jaki sposób ludzie wpływają na postawy i zachowania innych. Na podstawie badań psychologicznych można przewidywać i wyciągając wnioski, kierować ludzkimi zachowaniami. Nurty psychologii społecznej ujmowane są między innymi jako: 1) perspektywa społeczno-kulturowa 2) społecznego uczenia się, 3) biologiczna, 4) fenomenologiczna, 5) społeczno poznawcza [47, 48].

Człowiek od chwili urodzenia manifestuje swoją obecność, nawiązuje dialog z matką, otwiera pierwszą strefę społeczną - 45 cm – 3 m<sup>1</sup>. Od momentu urodzenia jest jednak całkowicie zależny od osób które są w stanie zaspokoić jego podstawowe potrzeby biologiczne. W wyniku nieustannego procesu wzajemnych oddziaływań rozwija się, kształtuje przekonania, zdobywa umiejętności aktywnego życia jako jednostka społeczna [49]. Człowiek jako istota biologiczna, poddany socjalizacji w określonym środowisku, staje się takim jakim oczekuje otoczenie [50]. Człowiek zdobywa kulturę określonego środowiska. W wyniku socjalizacji jednostka zobligowana jest do zachowania, przestrzegania i utrwalania porządku społecznego [51]. To czas społecznego uczenia się. Czas socjalizacji - to zdobywanie znaczeń konstruowanych systemów społecznych, znaków oraz symboli i posługiwanie się nimi. To czas przyswajania norm i wzorów zachowań akceptowanych kulturowo i społecznie, służących do zaspokajania potrzeb. Umiejętności te zdobywane są na drodze naśladowania i utwierdzania. Utwierdzenie zachowań właściwych następuje, gdy są one akceptowane, uznawane i nagradzane. Kolejnym mechanizmem kształtującym umiejętności jest naśladowanie. Inną formą, również kształtująca zachowania człowieka, jest przekaz słowny. Socjalizacja więc jest procesem nieustannym przez całe życie człowieka [52]. Zdobywanie umiejętności podstawowych, niemniej jednak niezbędnych do pełnienia ról społecznych, przypada na okres dzieciństwa. Dorośli podlegają socjalizacji wtórnej, która pozwala na przystosowanie do nowych ról zawodowych, rodzinnych, społecznych [53, 54].

---

<sup>1</sup> Edward Hall (1966).

Perspektywa biologiczna, psychologii społecznej, sięga socjobiologii. *Kenrick, Cialdini* doszukiwali się właśnie w socjobiologii tendencyjnie-genetycznych zachowań kobiet i mężczyzn, zdobywanie doświadczeń, zmiana przekonań i odbiór przekazywanych treści. Przedstawiane formy socjalizacji mają znaczący wpływ na późniejsze zachowania. Od chwili narodzin kształtuje się podstawa ufności do otoczenia. Dziecko przytulane przez matkę uspokaja się, rodzi się zaufanie. Nadzieja na przyszłość kształtuje się właśnie poprzez te relacje. W przypadku odrzucenia dziecka przez rodziców, braku ich ciepła, bliskości i miłości - u dziecka pojawia się stan określony jako choroba sieroca. Dziecko nie rozumie relacji ja/ty/my. Zaburzone relacje rodzic-dziecko lub ich brak komplikuje kolejną fazę socjalizacji jakim jest kształcenie początkowe. Dzieci szybko się uczą a niewłaściwe nawyki, narosłe deficyty utrudniają proces socjalizacji. Są niezrozumiałe, zbyt skomplikowane, obce, budzą przerażenie. Proces modelowania naśladowania oraz przekazu przynosi oczekiwane efekty, jednak wcześniejsze negatywne doświadczenia generują sprzyjające okoliczności, a wpojone z opóźnieniem zasady postępowania i współżycia społecznego mogą być zepchnięte na drugi plan. Wówczas trudno będzie oczekiwać od zranionej osobowości dziecka troski i czułości wobec np. rodziców, a szczególnie wtedy, gdy zapewnienie opieki będzie wymagało dużego zaangażowania. Wszystkie te aspekty muszą ściśle do siebie przylegać, tworzyć całość warunkującą zdrowie. Według WHO zdrowie, to dobrostan psychiczny, fizyczny i społeczny oraz umiejętność adaptacji do zmieniającego się środowiska społecznego i naturalnego oraz radzenia sobie z tymi zmianami w różnych warunkach [55]. Zdrowie jest podstawą aktywności w życiu osobistym i społecznym. Uważa się, że zdrowy i emocjonalnie dojrzały człowiek jest też dobrze przystosowany społecznie i odpowiedzialny [56].

Dowartościowywanie jednostki otwiera przestrzeń fenomenologii. Indywidualny, subiektywny stosunek do starości i problemów ludzi starszych był na przestrzeni dziejów warunkowany religią, kulturą osobistą, doświadczeniem życia, społecznością w której żył człowiek, istniejącymi warunkami gospodarczymi i politycznymi.

W aksjologii polityki społecznej - w bezpiecznej i dostatniej starości, znaczącą odpowiedzialność przypisuje się jednostce a nie zbiorowości oraz to, że starość - obok praw - powinna mieć obowiązki, zgodnie z możliwościami warunkowanymi zdrowiem fizycznym i psychicznym [56]. Negatywne postrzeganie starości utwierdza osoby starsze, że są nieużyteczne, niepotrzebne, przez co stopniowo wycofują się z życia społecznego [57]. Tak działające stereotypy określa *R. Butler* jako złośliwe. Łagodne - to takie, które wywołują w naszej świadomości i podświadomości lęk i obawy przed starością. Stereotypizacja może zatem mieć wpływ ujemny i pozytywny w zależności od lansowanej teorii. Za społecznie pozytywne stereotypy wobec starzenia uznawane są - wyróżnione przez *E. Palmore*: uprzejmość, pogoda ducha, mądrość, zaufanie, szersza swoboda niż w młodości [58]. Tak postrzegane osoby starsze będą zmieniały również obraz starości, a wydłużone życie w dobrym zdrowiu uczyni lepszą jakość, niezależność oraz możliwość włączania się w życie społeczne [59]. Starzejące się społeczeństwo, w dobrej kondycji przechodzących na emeryturę, w mniejszym stopniu obciąża system opieki zdrowotnej i z pewnością nie utrudnia rozwoju gospodarczego danego kraju. Przeciwdziałanie gospodarczym, budżetowym

i społecznym konsekwencjom postępującego starzenia się społeczeństw, powinno być połączone z działaniami zapewniającymi wysoką jakość opieki zdrowotnej dla wszystkich. Inicjatywy te powinny obejmować dzieci, młodzież, starszych oraz osoby aktywne zawodowo. U podstaw wszelkich działań systemu opieki zdrowotnej jest szeroko pojęta profilaktyka, edukacja prozdrowotna, kultura życia rodzinnego, społecznego, itp. Do realizacji tych celów motywują priorytety oraz niezwykle bogate programy narodowe i międzynarodowe przepełnione troską o zdrowie [61, 56]. Paradygmatem obecnym w WHO jest model socjo-ekologiczny<sup>2</sup>, w którym lekarz nie tylko zajmuje się stanem ciała ale jest w pewnym stopniu psychologiem spotykającym się z człowiekiem, który stanowi łączność pomiędzy: stanem zdrowia, życiem wewnętrznym oraz środowiskiem w którym żyje.

### Człowiek sędziwy na tle działań międzynarodowych

Starość jest z reguły postrzegana jako czas udręki, zmagania się z tym, co „los” przyniesie. Czy tak być powinno? Czy tak być musi? Można zauważyć pojawienie się swoistego „relatywizmu kulturowego”, który pojawia się wszędzie tam, gdzie jest brak dialogu, powodując izolację grup społecznych. Prowadzenie dialogu międzypokoleniowego rozpoznawanie potrzeb osób sędziwych i ich realizacja to podstawowe zadania. Osoby pełniące różnorodne funkcje społeczne, polityczne powinny być obligowane do realnych działań prowadzących do wzajemnego zrozumienia i dialogu społecznego, szczególnie na rzecz tego powszechnie nieakceptowanego etapu życia, jakim jest starość - tak aby w Polsce człowiek był chroniony prawem [60]. Rok 1973 - to początek tworzenia uniwersytetów trzeciego wieku (UTW) na świecie - Tuluza – Francja, którego twórcą był *Pierre Vellas*. Zaledwie dwa lata później prof. *Halina Szwarc* zakłada pierwszy UTW w Warszawie. Obecnie jest ich w Polsce około 300, a na świecie tysiące. Nadrzędnym celem działania tych uniwersytetów była i jest popularyzacja nauki, uzupełnienie przerwanej edukacji z powodu wojny, maksymalne wydłużenie aktywności umysłowej oraz podnoszenie świadomości na rzecz prozdrowotnych postaw osób starszych. Niezwykle istotnym celem rad naukowych UTW jest progresja badań dotyczących życia ludzi starszych i ich publikacja. Wymaga on jednak większego zrozumienia i intensyfikacji [61, 62]. W latach 80-tych XX w. podjęto plan działania określający kierunki skutecznego reagowania na zjawisko starzenia się społeczeństw. Pierwszy Międzynarodowy Plan Działania w tej kwestii był podjęty w Wiedniu w 1982 r. i zawierał 62 zalecenia dotyczące: działań badań naukowych, ochrony rodziny, osób w podeszłym wieku, opieki społecznej, zabezpieczenie dochodów, edukacji. Między innymi priorytetami ówczesnego planu były:

- ciągła poprawa poziomu życia całej ludności;
- proces rozwoju musi zawsze promować ludzką godność. Każda jednostka, powinna brać aktywny udział w życiu społecznym zgodnie ze swoimi możliwościami;
- dostosowanie polityki gospodarczej, do zmian struktury wiekowej populacji (popyt na dobra i usługi);
- osoby starsze powinny być traktowane jako „wartościowe zasoby narodowe”;
- integracja wszystkich grup wiekowych podstawą rozwoju społeczno-ekonomicznego [63].

---

<sup>2</sup> WHO do lat 70-tych XX w. preferowała model socjomedyczny patrzenia na człowieka.

Realizacja tego planu została podsumowana w przededniu II Światowego Zgromadzenia na Temat Starości. Ówczesny Sekretarz Generalny ONZ *Kofi Annan* stwierdził, iż został osiągnięty duży postęp w dziedzinie: opieki zdrowotnej, mieszkalnictwa, zabezpieczenia dochodów i podwyższenia mobilności ludzi starszych oraz uznania seniorów jako byłych „udziałowców” w tworzeniu dóbr społecznych i dochodów. Ten sam raport wskazuje również, że postęp w implementacji Planu z 1982 r. był zróżnicowany, a w krajach rozwijających się, oraz w okresie transformacji ustrojowej, szcątkowy. Przyczyną opornego realizowania tak potrzebnych zmian i działań jest często brak poparcia rządów oraz ekonomiczno-społeczne trudności, ograniczające pełniejszą pomoc osobom starszym [64].

Drugie Światowe Zgromadzenie ONZ na temat starzenia się społeczeństw (Madryt, Hiszpania, 8-12 kwietnia 2002 r.) podniosło między innymi następujące kwestie:

**1. Utrzymanie ciągłości rozwoju w starzejącym się świecie.**

1. *Ograniczanie rozmiarów ubóstwa. Produktywne starzenie się;*
2. *Piśmienność i edukacja;*
3. *Umocnienie międzypokoleniowych więzi;*
4. *Prawa człowieka a rozwój [65].*

**2. Dobre zdrowie i samopoczucie w okresie starości.**

1. *Dostęp do opieki zdrowotnej i usunięcie nierówności;*
2. *Podstawowa opieka zdrowotna;*
3. *Szkolenie personelu medycznego;*
4. *Promocja zdrowia i rozwój w ciągu całego życia;*
5. *Samodoskonalenie się i samorealizacja [65].*

**3. Stworzenie korzystnych i sprzyjających warunków życia dla osób w każdym wieku.**

1. *Wsparcie materialne i ochrona socjalna;*
2. *Mieszkania i warunki bytowe;*
3. *Opieka;*
4. *Ochrona przed naruszaniem praw i przemocą;*
5. *Międzypokoleniowa solidarność w rodzinie i lokalnej społeczności;*
6. *Promocja pozytywnego wizerunku osób starszych;*
7. *Osoby starsze w sytuacjach nadzwyczajnych [65].*

Wobec międzynarodowych wytycznych do działań na rzecz poprawy jakości życia, większość krajów rozwijających się i przechodzących transformację ustrojową powinna także przystosować się do rozwiązywania nowych problemów związanych z narastającym starzeniem się społeczeństw. Zjawisko starzenia społeczeństw występuje szczególnie w krajach wysoko rozwiniętych. Realne spojrzenie w przyszłość wymusza szeroką edukację, odbudowę rodzinnej więzi międzypokoleniowej, redukcję ubóstwa starych sędziwych osób, respektowanie praw każdego człowieka. Pozwoli to na złagodzenie problemów związanych z zapewnieniem właściwej opieki medycznej, zgodnej z aktualną wiedzą medyczną, umożliwiającej czy ułatwiającej funkcjonowanie sędziwych osób. Te grupy społeczne wymagają intensywnych szeroko zakrojonych badań poddanych analizie. Realizacja założeń Drugiego Światowego Zgromadzenia ONZ jest właściwą drogą do poprawy jakości życia osób sędziwych.

## 1.3. Aspekty socjologiczne

---

### Feminizacja

Wśród badanych osób sędziwych dominują kobiety. Zjawisko feminizacji, w tym wymiarze, ukazuje również w swoich badaniach *Szukalski*. Na terenie miasta Kalisza w latach 2008/2009 zamieszkiwało 492 osoby, które ukończyły 90-104 rok życia, co stanowiło około 2% ludności miasta. Polskiej demografii, podobnie jak w wielu innych krajach, towarzyszą prognozy zwiększania liczby osób sędziwych i zmian w wachlarzu społecznym. W latach 50-tych XX w. obserwowano niezwykle zjawisko przetasowania i wzrost liczby ludności miejskiej o 50%, natomiast ludność wiejska odnotowała zaledwie 1,8% wzrost. Lata 1990-1999 przyniosły równowagę przyrostu ludności w obu środowiskach na poziomie 1,2% [66]. Obecnie sytuacja starzenia się społeczeństw, kieruje uwagę wielu badaczy na przyczyny tego zjawiska. Przedstawienie istniejących parametrów jakości życia osób sędziwych, pozwoli na podjęcie działań, o których nie można zapomnieć ani ich pominąć. Ujemny bilans imigracji do emigracji pogarsza trudną sytuację społeczno-ekonomiczną naszego kraju. Fakt większej atrakcyjności ekonomicznej dla młodych Polek i Polaków w starzejących się krajach, takich jak: Niemcy, Austria, Szwecja, pogarsza trudną sytuację społeczno-ekonomiczną. W badaniu osób sędziwych pojawił się również problem pozostawionych rodziców przez dzieci mieszkające poza granicami kraju i związany z tą sytuacją problem braku opieki [67].

Przyczyny obniżenia przyrostu naturalnego w ostatnim 20-leciu możemy doszukiwać się również w obniżeniu liczby urodzeń, przy jednoczesnym spadku podstawowego wskaźnika zgonów. Dzietność polskich kobiet obecnie wynosi 1,4 żywego urodzenia. W krajach UE w obecnym 50-leciu spodziewany jest 3-4-krotny wzrost najstarszej populacji. *V. Konnisto* (1994: s. 80-83) mówi o obniżeniu wskaźnika zgonu mężczyzn o 35%, dla kobiet 45% (Japonia, Szwajcaria). W latach 2040-2050 najstarsze osoby będą stanowiły około 10% ludności. Obecnie stanowią 1,5-2% ogółu. Pomimo obniżenia wskaźnika zgonów, wobec rozlicznych chorób przewlekłych na jakie człowiek cierpi, osiągnięcie 90-ciu lat można uznać za „dotyk szczęścia”. Przeprowadzone badania pozwoliły na ocenę jakości życia tychże osób w wybranych aspektach medycznych, psychologicznych, socjologicznych i ekonomicznych. Pozyskane dane poddano również weryfikacji statystycznej. Wielość czynników wpływających na jakość życia zmusza do ich wstecznej selekcji i przedstawienie najistotniejszych danych. Strukturami społeczności i procesami w nich zachodzącymi zajmują się socjologowie i psycholodzy. Aby jednak analizować zjawiska społeczne, konieczne jest wszechstronne rozpoznanie sytuacji. Wielość zjawisk społecznych, także niepożądanych, wymaga czujności i właściwego działania. Troska o człowieka - od urodzenia poprzez wszystkie fazy życia - powinna zapewnić mu dostojną starość pod warunkiem, że powyższe fakty będą miały kluczowe znaczenie dla każdego i przez całe życie. Nieustanne dążenie do poprawy jakości życia powinno stać się ważnym celem w życiu człowieka, a relacje międzyludzkie z poszanowaniem godności każdego człowieka i należnych mu praw. Każdy człowiek posiada osobistą godność, dzięki której człowiek przewyższa świat materialny. U podstaw wszelkich działań należy postawić znak równości pomiędzy człowiekiem a godnością. Nie pozwala ona na jakąkolwiek dyskryminację; społeczną, ekonomiczną, kulturową, polityczną. Każda dyskryminacja jest niedopuszczalną niesprawiedliwością [68].



## Godność człowieka

*„Człowiek to rzecz święta, której krzywdzić nikomu nie wolno.”*

*S. Żeromski*

Pojęcie godności osoby ludzkiej wypływa z chrześcijańskiego personalizmu, który twierdzi, że w świecie rzeczy stworzonych człowiek jest wartością nadrzędną, a czyn – który nie tylko pochodzi od osoby ludzkiej, ale również za swego „adresata” ma osobę (niekiedy własną osobę podmiotu działającego) – jest moralnie dobry właśnie przez to, że stanowi akt afirmacji osoby dla niej samej, czyli że ma na względzie przede wszystkim dobro osoby [69].

Każdy człowiek posiada zatem niezbywalną, osobistą godność, dzięki której przewyższa świat materialny - i dlatego osoby ludzkiej nigdy nie można „używać”, jak używa się innych pozaosobowych bytów. Powód jej wyróżnienia leży właśnie w tym, że jest osobą, czyli rozumnym i wolnym podmiotem, zdolnym do kształtowania siebie, a zwłaszcza do miłowania. W tym osoba ludzka jest „bogatsza bytowo” od innych istot żywych i przez to cenniejsza. Z tego też wynika, że prawa i obowiązki osoby ludzkiej są nienaruszalne i powszechne [70].

Wskutek tego u podstaw wszelkich działań ludzkich należy postawić znak równości pomiędzy człowiekiem, a godnością. A ta z kolei nie pozwala na jakąkolwiek dyskryminację: społeczną, ekonomiczną, kulturową, czy polityczną. Każda dyskryminacja jest niedopuszczalną i haniebną niesprawiedliwością [68]. Z dyskryminacją zaś mamy do czynienia wówczas, gdy osoba traktowana jest inaczej ze względu na swój wiek, niepełnosprawność, czy pochodzenie.

Mając to na uwadze oraz fakt postępującego procesu starzenia się całych społeczeństw należy dzisiaj zwracać uwagę na problem dyskryminacji osób długowiecznych. Mówi o tym adhortacja apostołska „Christifideles laici”, kiedy zwraca uwagę, że powszechne programy, takie jak: prawo do opieki lekarskiej, do kultury, do opieki społecznej, pomimo że słuszne, są złudne i nie będą realizowane bez wcześniejszych działań edukacyjnych w zakresie poszanowania prawa do życia, jako pierwszego i podstawowego prawa człowieka warunkującego inne prawa [72]. Zatem jednostronny obraz, przedstawiający starość jako czas niedomagań i zależności jaki dzisiaj często obowiązuje w powszechnym mniemaniu, powinien ulec zmianie. Warto w tym miejscu przywołać słowa Jana Pawła II, który mówił: „Mimo ograniczeń mego wieku bardzo wysoko cenię sobie życie i umiem się nim cieszyć...” [73]. Na innym miejscu Jan Paweł II wypowiadał się o starości jako dopełnieniu miary ludzkiego życia, który sprawia, że człowiek może poznać sens życia i posiadać „mądrość serca” [74].

Pojawiające się problemy starzenia, są dotkliwie odczuwane i wymagają zaangażowania porównywalnego z ich wielkością. Tego zaangażowania nie może brakować w obliczu deficytów składających się na jakość życia, a szczególnie w marginalizacji potrzeb osób sędziwych. Jest rzeczą ze wszech miar słuszną, aby każdy był otoczony troskliwą miłością i czuł się potrzebny na wszystkich etapach życia. Szczególnie starość nie powinna być wypełniona stagnacją i oczekiwaniem na śmierć, ale czasem w którym człowiek nadal

jest w swojej społeczności, wzbogaca swoją osobowość i innych, nadając sens dalszej egzystencji [73]. W obliczu wielu dywagacji, pojawia się myśl: czy nie jest błędem nazywanie starości najgorszym etapem życia człowieka? Czy starość nie jest godna przyjęcia imienia: Najpiękniejszy, najspokojniejszy, wypełniony miłością otaczającego świata czas, w którym człowiek sędziwy jest jak czcigodny gość, ostatni raz udzielający nam swojej gościny, wolny od tanatofobii.

W skali globalnej, wydłużanie się życia ludzkiego jest dobrym zjawiskiem, świadczącym o wzroście jakości życia społeczeństw, choć wymagającym wsparcia. Do godnej i pogodnej starości muszą przygotowywać się wszyscy, aby osoby starsze nie pozostawały na uboczu życia politycznego, społecznego a - co najgorsze – rodzinnego. Przygotowanie to powinno obejmować wiele aspektów, mających wpływ bezpośredni i pośredni na jakość życia.

Rzetelna analiza potrzeb osób sędziwych, z uwzględnieniem ich potrzeb zdrowotnych, powinna prowokować do efektywnych działań w sferze polityki społecznej i ochrony zdrowia. Wiodącą rolę w tym zakresie pełni szeroko pojęta działalność naukowa. Do rozwiązania tego problemu potrzebne jest bowiem rozpoznanie i jego analiza, czyli szereg badań, które pomogą podjąć najwłaściwsze działania. Wiadomo zaś, że nieustannie poszerzany dostęp do opieki medycznej nie musi być równoznaczny z możliwością korzystania z niej. Natomiast starość powinna być czasem, w którym każda osoba bez przeszkód będzie korzystała z wszelkiej pomocy ułatwiającej życie. Działania te powinny również zmierzać do wydłużenia samodzielności osób starszych. Międzynarodowe zróżnicowanie pod tym względem jest tak dalekie, że skłania nas do poszukiwania czynników pomyślnego starzenia również w Polsce. Nieustanne dążenie do długiego życia, z zachowaną sprawnością fizyczną i umysłową wymusza na nas dostarczenia aktualnej wiedzy na ten temat i podjęcia obligatoryjnych, interdyscyplinarnych działań, mających spełnić te oczekiwania.

## **1.4. Aspekty ekonomiczne**

---

Wielkim problemem dla osób w wieku sędziwym jest bardzo częsta ich pauperyzacja. Osiągnięcie sędziwego wieku nie zawsze daje poczucie szczęścia. Wraz z wiekiem spada możliwość realizacji potrzeb na wszystkich jego szczeblach. Seniorzy polscy najczęściej żyją w rodzinach swoich dzieci. Do momentu zachowania sprawności pełnią funkcje opiekuna dla dzieci, co obniża koszty wychowywania dzieci. Problemy zaczynają się wtedy, gdy starszy człowiek staje się niesprawny [75]. Ze względu na to, iż w Polsce rodzina nie ma wsparcia instytucjonalnego w sprawowaniu opieki i pielęgnacji nad niepełnosprawnym starszym człowiekiem, umieszcza się te osoby w zorganizowanych jednostkach. Jednak z uwagi na powszechny brak miejsc i odległe terminy przyjęcia, osoby stare żyją w rodzinach, w których często spotykają się z lekceważeniem, niechęcią, w poczuciu marginalizacji ich osoby a tym samym potrzeb. Jedynym pozytywnym okazuje się ich emerytura - zazwyczaj „zabierana” - dzięki czemu pozwala się im funkcjonować w danej rodzinie. Jest to jednak często skrzętnie ukrywane i izolowane. Zjawisko to ma duże rozmiary w Polsce i stanowi pewnego rodzaju dysfunkcję społeczną. Polskie rodziny coraz bardziej ubożeją i niejednokrotnie emerytura jest jedynym źródłem utrzymania dla pozostałych członków rodziny.

## **2. ZAŁOŻENIA PRACY, CEL PRACY I HIPOTEZY BADAWCZE**

---

### **2.1. Założenia pracy**

---

Zakłada się – po przeanalizowaniu piśmiennictwa, w szczególności z ostatniego okresu [76-87] – że mimo szeregu opracowań aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne osób długowiecznych nie są dostatecznie rozpoznane, dlatego funkcjonowanie opieki nad tymi osobami nie może być optymalne. Z szeregu prac wynika, że sytuacja osób w wieku sędziwym jest w Polsce bardzo trudna, a przy tym niedostatecznie rozpoznana (np. stan zabezpieczenia opieki medycznej w odniesieniu do pogłębionej diagnostyki przy podejrzeniu zespołu otępiennego, stan faktyczny odnoszący się do możliwości korzystania z protez, funkcjonowanie rodzin z osobami sędziwymi z chorobami przewlekłymi, jakość życia w rodzinach z osobami w wieku sędziwym, stereotypy wobec osób sędziwych, możliwości poprawy w obszarze kultury wypoczynku, który - na tle porównań z krajami wysoko rozwiniętymi, jak np. Niemcy, Szwecja – wypada w Polsce niekorzystnie). Lepsze rozpoznanie w tych obszarach pozwoli na optymalizację działań na rzecz poprawy jakości życia, co przyczyni się także do podniesienia godności człowieka sędziwego.

### **2.2. Cel pracy**

---

W nawiązaniu do powyższych założeń pracy przyjęto następujący cel pracy:

Ocena holistyczna (biopsychospołeczna) osób w wieku sędziwym - uwzględniająca ich jakość życia wraz z sytuacją ekonomiczną i funkcjonowaniem w środowisku rodzinnym i społecznym oraz z możliwościami optymalizacji opieki nad nimi.

### **2.3. Hipotezy badawcze**

---

W nawiązaniu do powyższych założeń pracy i celu pracy przyjęto następujące hipotezy badawcze:

#### ***Hipoteza 1***

Sytuacja osób w wieku sędziwym w obszarach zdrowotnym, mieszkaniowym i ekonomicznym jest trudna.

#### ***Hipoteza 2***

Istniejące w polskim prawodawstwie normy prawne odnoszące się do zapewnienia właściwej jakości życia osób w wieku sędziwym nie zawsze są realizowane w pełni.

### ***Hipoteza 3***

Normy prawne w polskim prawodawstwie odnoszące się do zapewnienia właściwej opieki nad osobami w wieku sędziwym przez zakłady opieki zdrowotnej i opiekę społeczną nie są realizowane na właściwym poziomie.

### ***Hipoteza 4***

Dysfunkcje narządu wzroku, narządu słuchu i narządu ruchu są słabo rozpoznane w odniesieniu do populacji osób długowiecznych.

### ***Hipoteza 5***

Pielęgniarki środowiskowo-rodzinne mają ograniczone rozeznanie co do rzeczywistych potrzeb osób długowiecznych. Optymalizacja opieki nad osobami długowiecznymi przez te pielęgniarki wymaga jej standaryzacji i indywidualizacji.

# **3. MATERIAŁ BADAWCZY I METODY BADAŃ**

---

## **3.1. Materiał**

---

### **3.1.1. Osoby objęte badaniami**

---

Z danych GUS i Urzędu Stanu Cywilnego w Kaliszu (mieście zajmującym powierzchnię 69,42 km<sup>2</sup>) wynika, że w dniu 01.01.2008 r. zamieszkiwało w tym mieście ogółem 106.829 osób, w tym 492 osoby w wieku sędziwym (tj. 90 lat i powyżej), spośród których badaniami objęto 100 osób w wieku 90, 95 i 100 lat..

### **3.1.2. Teren badań i czasokres badań**

---

Badania prowadzono w okresie od 01.01.2008 r. do 31.12.2009 r. W tym czasie spośród wspomnianych wyżej 100 osób, zmarło 5, a 3 nie wyraziły zgody na udział w badaniu.

## **3.2. Metody badawcze**

---

### **3.2.1. Badania z użyciem kwestionariusza ankiety**

---

Badania z użyciem kwestionariusza ankiety przeprowadzono w okresie od 01 stycznia 2008 r. do 31 grudnia 2009 r. Ankietowano osoby zamieszkałe na terenie miasta Kalisza, w ich miejscu zamieszkania.

Badanie przeprowadzono w ramach projektu zamawianego przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego - program badawczy Nr PBZ-MEIN-9/2/2006 „POLSENIOR” pt. „Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce”. Została opracowana bardzo obszerna ankieta „Pol-Senior” (pod patronatem Instytutu Biologii Molekularnej i Komórkowej w Warszawie. Uzyskano zgodę na wykorzystanie tego narzędzia). Ankieta zawiera ogółem aż około 300 pytań i zadań. Przy tym wiele z tych pytań jest bardzo szczegółowych. Powodowało to oczywiste zniecierpliwienie badanych, albowiem aby uzyskać od nich odpowiedzi na wszystkie pytania i aby wykonali oni wszystkie zadania potrzeba było około 1,5 godziny na etap pierwszy i około 1,5 godziny na etap drugi, łącznie około 3 godzin. Dlatego - z uwagi na obserwowany duży stopień trudności prowadzonych badań dla osób w wieku sędziwym - pominięto pytania bardzo szczegółowe dotyczące ich aktywności fizycznej i pracy zawodowej, a wywiad ograniczono

do ogólnych pytań. W części I respondent odpowiadał na pytania dotyczące jego stanu zdrowia, a w części II na pytania dotyczące jego sytuacji społeczno-ekonomicznej. Ankieterem była autorka niniejszej pracy. Respondenci byli wizytowani 2-krotnie. Zdarzały się sytuacje takie, że badanie przeprowadzono podczas jednej wizyty na życzenie badanego. Respondenci wymagali bardzo umiejętnego podejścia ankietera podczas prowadzenia badania, szczególnie przy wykonywaniu zadań dotyczących sfery poznawczej, która często u tych osób jest zaburzona. Niechęć do udziału w tego typu badaniach wynikała u nich ze starań ukrycia tychże braków i zażenowania w przypadku nieumiejętności wykonania stawianych im zadań. Odpowiedzi badanych ze znacznie upośledzonym słuchem i nie mających aparatu słuchowego (słyszający zaledwie pojedyncze słowa wypowiedane bardzo głośno) były ujmowane w punkcie kwestionariusza ankiety „niemożliwe do wykonania”. Podobnie postępowano w odniesieniu do osób nie mających okularów, bądź posiadających okulary źle dobrane, albo też niedowidzącymi z innych przyczyn - przy wykonywaniu zadań typu: przeczytaj, napisz, narysuj.

## **3.2.2. Analiza statystyczna**

---

### **3.2.2.1. Zasady weryfikacji prawidłowości postawionej hipotezy**

---

Analiza statystyczna pozwala na dokonanie weryfikacji prawidłowości postawionej hipotezy na podstawie pozyskanych danych statystycznych. Proces analizy statystycznej można podzielić na kilka etapów:

1. Postawienie hipotezy badawczej.
2. Zebranie danych statystycznych.
3. Weryfikacja hipotezy badawczej.

Przez hipotezę badawczą należy rozumieć dowolne przypuszczenie dotyczące pewnej zbiorowości ogólnej, podjęte bez przeprowadzania badania obejmującego wszystkich członków tej grupy.

Hipotezy badawcze dotyczą następujących obszarów weryfikacyjnych:

- wartości badanych zmiennych; do tej grupy należą następujące przypuszczenia:
  - większość osób w starszym wieku nie używa aparatu słuchowego,
- zależności między badanymi zmiennymi; chodzi tutaj o następujące zjawiska
  - mężczyźni w starszym wieku używają aparat słuchowy częściej niż kobiety,
- charakterystyki rozkładu zmiennych; czyli:
  - rozkład numerów wierszy przeczytanych z tablicy do badania wzroku nie jest rozkładem normalnym Gaussa.

Zebranie danych statystycznych polega na przeprowadzeniu badania, w którym analizuje się jedynie pewien podzbiór badanej grupy, np. w formie ankiety lub wielokrotnie powtarzanych pomiarów doświadczalnych.

Weryfikacja hipotezy badawczej polega na sformułowaniu hipotezy zerowej  $H_0$ . Hipoteza zerowa jest bezpośrednim pytaniem, na które odpowiada rezultat obranego testu statystycznego. Rodzaj wybranego testu wyznacza postać hipotezy zerowej, np. w testach

o charakterze porównawczym zwykle za hipotezę  $H_0$  przyjmuje się brak znaczącej różnicy (np. w wartości średniej) pomiędzy dwoma badanymi próbkami. Oprócz hipotezy zerowej wyznacza się też przeciwną do niej tzw. hipotezę konkurencyjną  $H_1$  (zwaną też alternatywną).

Do weryfikacji hipotezy badawczej stosuje się **test statystyczny**, który ma zadanie odpowiedzieć na pytanie, czy badana hipoteza jest prawdziwa.

Minimalna (*Minimum*) i maksymalna (*Maximum*) wartości dla każdej cechy, liczba obserwacji ogółem (*N*), liczba obserwacji brakujących (*NMiss*) oraz dla każdej zmiennej z osobna tablica z następującymi informacjami:

- *Wartości zmiennej*;
- *Frequency* – częstość (liczba obserwacji danej wartości);
- *Percent* – odsetek danej obserwacji (częstość w%);
- *Cumulative Frequency* – częstość skumulowana (sumy liczb obserwacji nie przekraczającej danej);
- *Cumulative Percent* – częstość skumulowana w%.

### 3.2.2.2. Analiza kontyngencji

---

Przeprowadzono analizę porównawczą zmiennych *Płeć*, *Grupa wieku*, *Stan rodzinny*, *Zbiorowe*, *Potrzeba działań* z wybranymi zmiennymi, a dodatkowo następujące pary: *Logiczność vs. Zaburzenia świadomości*, *Logiczność vs. Samopoczucie*, *Logiczność vs. Stan zdrowia*, *Zaburzenia świadomości vs. Samopoczucie*, *Zaburzenia świadomości vs. Stan zdrowia*, *Pomoc vs. Rodzina*, *Pomoc vs. Logiczność*, *Pomoc vs. Stan zdrowia*, *Odmowa vs. Dostępność lekarza*, *Opieka medyczna vs. Stan zdrowia*.

W komórkach każdej tablicy porównawczej znajdują się następujące statystyki:

- *Frequency* – częstość;
- *Cell Chi-Square* – udział komórki w teście chi kwadrat;
- *Percent* – odsetek obserwacji w stosunku do ogólnej ich liczby;
- *Row Pct* – odsetek obserwacji w stosunku do ogółem w wierszu;
- *Col Pct* – odsetek obserwacji w stosunku do ogółem w kolumnie;
- *Cumulative Col%* – skumulowane odsetki w kolumnach.

Tablica umieszczona poniżej każdej tablicy porównawczej zawiera wyniki testów i wartości współczynników. Nazwy kolumn oznaczają:

- *Statistic* – nazwa statystyki,
- *DF* – stopnie swobody (ang. *degrees of freedom*),
- *Value* – wartość statystyki,

- *Prob* –poziom istotności ex post dla danego testu, tzn. minimalny poziom istotności na którym następuje odrzucenie hipotezy zerowej przy uzyskanej wartości statystyki testowej, np. jeśli w tej kolumnie dla tablicy *Płeć vs. Grupa wieku* i testu chi–kwadrat  $Prob=0,7110$ , to na rozsądnym poziomie istotności *ex ante* (tj. ustalonym arbitralnie np. jako 0,02 lub 0,05) nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy o niezależności tych dwóch zmiennych, bo  $0,02 < 0,7110$  oraz  $0,05 < 0,7110$ .

Są to klasyczne pojęcia statystyczne, które można znaleźć np. w książce A. Luszczewicza i T. Słaby (2003) [88] lub W. Ignaczyk i M. Chromińskiej (2004) [89].

### 3.2.2.3. Statystyki zawarte w tablicy kontyngencji

---

Poniżej przedstawiono statystyki zawarte w tablicy kontyngencji.

#### 1. **Ch–Square** – test Chi-Square Pearsona dla tablic dwuwymiarowych.

Bada różnice pomiędzy częstościami obserwowanymi a oczekiwanymi, przy czym częstości oczekiwane wyznaczone są przy założeniu prawdziwości hipotezy zerowej o niezależności obu zmiennych. Statystyka chi–kwadrat Pearsona ma postać:

$$Q_P = \sum_i \sum_j \frac{(n_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}}$$

gdzie  $n_{ij}$  to obserwowana częstość w komórce  $(i, j)$  zaś  $e_{ij}$  jest częstością oczekiwaną dla komórki  $(i, j)$ . Częstość oczekiwana jest obliczana przy założeniu prawdziwości hipotezy zerowej o niezależności zmiennych.

$$e_{ij} = \frac{n_i \cdot n_j}{n}, \quad i = 1, 2, \dots, r, \quad j = 1, 2, \dots, c.$$

Gdy zmienne są niezależne, statystyka  $Q_P$  ma asymptotyczny rozkład chi–kwadrat z  $(r-1)(c-1)$  stopniami swobody (gdzie  $r$ –liczba wierszy,  $c$ –liczba kolumn). Problemy pojawiają się, gdy oczekiwana częstość jest zbyt mała (na ogół, gdy ponad 10% oczekiwanych częstości dla komórek jest mniejsze od 5) lub gdy liczba obserwacji ogółem jest mniejsza od 50. W pierwszym przypadku zaleca się stosowanie raczej testu ilorazu wiarygodności chi–kwadrat (o którym niżej), w drugim – wprowadzenie poprawki Yates’a (redukcja różnicy pomiędzy częstością obserwowaną a oczekiwaną o 0,5 przed podniesieniem do kwadratu), co automatycznie uwzględniają pakiety statystyczne, sygnalizując też występowanie tego rodzaju sytuacji stosowną informacją na dole tablicy.

#### 2. **Likelihood–Ratio Chi-Square** – test ilorazu wiarygodności chi–kwadrat.

Oparty on jest na stosunku częstości obserwowanych do oczekiwanych. Statystyka testowa ma postać (oznaczenia jak wyżej):



$$G^2 = 2 \sum_i \sum_j n_{ij} \ln \left( \frac{n_{ij}}{e_{ij}} \right).$$

Gdy zmienne w wierszach i kolumnach są niezależne, statystyka  $G^2$  ma asymptotyczny rozkład chi–kwadrat z  $(r-1)(c-1)$  stopniami swobody.

### 3. Mantel-Haenszel Chi-Square – test chi–kwadrat Mantela–Haenschela.

Testuje on alternatywną hipotezę, że pomiędzy zmienna w wierszu a zmienną w kolumnie zachodzi zależność liniowa. Obie zmienne muszą być ujęte na skali porządkowej (w naszym przypadku w większości zmiennych tak jest). Statystyka testowa ma postać:

$$Q_{MH} = (n - 1)r^2,$$

gdzie  $r^2$  to współczynnik korelacji liniowej Pearsona pomiędzy obiema zmiennymi. Jeśli hipoteza zerowa o braku liniowej zależności jest prawdziwa, to statystyka  $Q_{MH}$  ma asymptotyczny rozkład chi–kwadrat z jednym stopniem swobody.

### 4. Phi Coefficient – współczynnik $\varphi$ .

Jest to miara powiązania wywodząca się ze statystyki chi–kwadrat Pearsona. Dla tablic rozmiaru  $2 \times 2$ , współczynnik przyjmuje wartości od  $-1$  do  $1$ , zaś dla większych mamy  $0 \leq \varphi \leq \min(\sqrt{r-1}, \sqrt{c-1})$ . Współczynnik oblicza się jako:

$$\varphi = \begin{cases} (n_{11}n_{22} - n_{12}n_{21})/n_1 \cdot n_2 \cdot n_{.1} \cdot n_{.2} & \text{dla tablic rozmiaru } 2 \times 2 \\ \sqrt{Q_P/n}, & \text{dla pozostałych.} \end{cases}$$

Im wyższa wartość współczynnika, tym powiązanie silniejsze.

### 5. Contingency Coefficient – współczynnik kontyngencji.

Jest to miara  $P$  siły związku pomiędzy zmiennymi wywodząca się z testu chi–kwadrat Pearsona. Zakres wartości współczynnika to przedział  $[0, \sqrt{(m-1)/m}]$ , gdzie  $m = \min(r, c)$ . Oblicza się go za pomocą następującego wzoru:

$$P = \sqrt{Q_P / (Q_P + n)}.$$

Wyższa wartość współczynnika wskazuje na silniejsze powiązanie zmiennych.

### 6. Cramer's V – współczynnik V Cramera.

Współczynnik  $V$  Cramera stanowi także miarę siły związku pomiędzy zmiennymi wywodząca się z testu chi–kwadrat Pearsona. Górna granica zakresu jego wartości zawsze wynosi  $1$ . Ponadto  $-1 \leq V \leq 1$  dla tablic rozmiaru  $2 \times 2$ , zaś dla większych  $0 \leq V \leq 1$ . Wzór na obliczanie tego współczynnika jest następujący:

$$V = \begin{cases} \varphi & \text{dla tablic rozmiaru } 2 \times 2 \\ \sqrt{\frac{Q_P/n}{\min(r-1, c-1)}}, & \text{dla pozostałych.} \end{cases}$$

Im wyższa wartość współczynnika, tym powiązanie silniejsze. Więcej szczegółów np. G. W. Snedecor i W. G. Cochran (1980) [90] lub A. Agresti (2007) [91].

### 3.2.2.4. Analiza logistyczna

---

W celu zbadania wpływu poszczególnych schorzeń na ogólną samoocenę stanu zdrowia dokonano analizy modelu regresji logistycznej zmiennej objaśnianej (regresanta) Stan zdrowia względem zmiennych objaśniających (regresorów): *Wzrok, Słuch, Logiczność, Pogorszenie pamięci, Zaburzenia świadomości, Samopoczucie, Nadciśnienie, Arytmia, Migotanie przedsionków, Udar mózgu, Choroba Parkinsona, Epilepsja, Nowotwór, Choroby płuc, Choroba wrzodowa, Kamica nerkowa, Zakażenia moczowe, Niewydolność nerek, Cukrzyca, Tarczycyca, Stożąc, Osteoporoza, Złamanie biodra, Proteza biodra, Protezy zębowe, Zęby, Przepuklina, WZW, Depresja oraz Choroba psychiczna*. Jest to szczególny typ regresji, w którym zmienna objaśniana ma charakter polichotomiczny, czyli jej realizacje mogą mieć skończoną liczbę wariantów (tutaj 0, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8). Ponieważ dla żadnej z badanych osób nie osiągnięto wartości poziomu 1, podczas obliczeń pominięto tę opcję. Celem lepszego zoptymalizowania modelu przeprowadzono regresję krokową z wsteczną eliminacją regresorów (*backward*). Oznacza to tyle, iż dokonano iteracyjnej eliminacji kolejnych zmiennych o największej wartości poziomu istotności *ex post* dla testu chi–kwadrat Walda w odpowiednich submodelach regresji logistycznej. Procedurę zakończono w momencie, w którym ów wspomniany wyżej poziom spadł poniżej 0,05. W efekcie, po 23 krokach otrzymaliśmy model składający się z siedmiu zmiennych objaśniających: *Słuch, Logiczność, Zaburzenia świadomości, Choroby płuc, Kamica nerkowa, Przepuklina oraz Depresja*.

Ujmując rzecz od strony teoretycznej (zob. np. D. Collet (2003) [92]), mamy tutaj do czynienia z dość specyficznym modelem, dlatego też pokrótce go omówimy. Niech  $\mathbf{X}$  będzie macierzą danych zmiennych objaśniających rozmiaru  $n \times m$  (gdzie  $n, m \in \mathbb{N}$  oznaczają odpowiednio liczbę obserwacji i regresorów). Załóżmy, że zmienna objaśniana  $\mathbf{Y}$  może przyjmować  $k$  ( $k \in \mathbb{N}$ ) parami różnych wartości rzeczywistych  $\omega_1, \omega_2, \dots, \omega_k$  (przy czym  $\omega_1 < \omega_2 < \dots < \omega_k$ ). W modelu regresji logistycznej poszukuje się optymalnych współczynników regresji  $\boldsymbol{\beta}_h = (\beta_{h1}, \beta_{h2}, \dots, \beta_{hm})$  dla zmiennych objaśniających,  $h = 1, 2, \dots, k$  oraz wyrazów wolnych przyporządkowanych poszczególnym wariantom wartości  $\mathbf{Y}$ , tj.  $\alpha_1, \alpha_2, \dots, \alpha_k$ . Równanie regresji ma postać:

$$\log \left( \frac{P\{\mathbf{Y} = \omega_h | \mathbf{X}\}}{P\{\mathbf{Y} = \omega_k | \mathbf{X}\}} \right) = \mathbf{X}\boldsymbol{\beta}_h + \alpha_h \quad (1)$$

dla każdego  $h = 1, 2, \dots, k - 1$ . Funkcja występująca po lewej stronie równości (1) to funkcja logitowa log–odds dla  $\mathbf{X}$ . Parametry estymuje się poprzez optymalizację (maksymalizację logarytmu naturalnego) funkcji wiarygodności postaci:

$$L(\boldsymbol{\Theta}) = \prod_{i=1}^n \prod_{j=1}^k (\pi_{hi}(\boldsymbol{\Theta}))^{\delta_i} \quad (2)$$

gdzie  $\delta_i = 1$  gdy  $y_i = \omega_h$  oraz  $\delta_i = 0$  w przeciwnym razie,  $y_i$  oznacza realizację zmiennej objaśnianej dla  $i$ -tej obserwacji,  $i = 1, 2, \dots, n$ ,  $\Theta = (\theta_1, \theta_2, \dots, \theta_k)$ , przy czym  $\theta_h = (\alpha_h, \beta_{h1}, \beta_{h2}, \dots, \beta_{hm})$ ,  $h = 1, 2, \dots, k$ ;  $\pi_{hi}(\Theta)$  jest natomiast regresyjnym prawdopodobieństwem przyjęcia przez zmienną  $Y$  wartości  $\omega_h$ , tzn.

$$\pi_{hi}(\Theta) = \begin{cases} \frac{\exp(\sum_{j=1}^m (\beta_{hj} + \alpha_h))}{1 + \sum_{r=1}^k \exp(\sum_{j=1}^m (\beta_{rj} + \alpha_h))}, & h = 1, 2, \dots, k-1, \\ \frac{1}{1 + \sum_{r=1}^k \exp(\sum_{j=1}^m (\beta_{rj} + \alpha_h))}, & h = k, \end{cases}$$

dla  $i = 1, 2, \dots, n$ ,  $h = 1, 2, \dots, k$ .

Wyznaczanie oszacowań parametrów regresji odbywa się poprzez maksymalizację logarytmu naturalnego z funkcji wiarygodności na drodze iteracyjnego algorytmu Fishera przy założeniu, że poszczególne warianty odpowiedzi są równoprawne, dla każdego regresora, tzn., że  $\beta_{1j} = \beta_{2j} = \dots = \beta_{kj} = \beta_j$  dla każdego  $j = 1, 2, \dots, m$ .

Na każdym etapie iteracji mamy do czynienia z pięcioma zasadniczymi tablicami. W pierwszej z nich (*Score Test for the Proportional Odds Assumption*) uwidoczniono wartości testu chi-kwadrat dla założenia występowania linii równoległych. Funkcja ogólna:  $g(\Pr(Y \leq h | \mathbf{X})) = (1, \mathbf{X}^T) \theta_h$ , gdzie  $\theta_h = (\alpha_h, \beta_{h1}, \beta_{h2}, \dots, \beta_{hm})$ ,  $\alpha_i$  – wyraz wolny,  $\beta_{i1}, \beta_{i2}, \dots, \beta_{im}$  – nieznanne współczynniki regresji,  $h = 1, 2, \dots, k$ . Testuje się hipotezę  $\beta_{1j} = \beta_{2j} = \dots = \beta_{kj}$ ,  $j = 1, 2, \dots, m$ , a używa się testu  $\mathbf{G}^T(\theta_0) \mathbf{H}^{-1}(\theta_0) \mathbf{G}(\theta_0)$ , gdzie  $\theta_0 = (\hat{\theta}_1, \hat{\theta}_2, \dots, \hat{\theta}_n)$  – estymator MLE (największej wiarygodności – ang. *Maximum Likelihood Estimator*) parametrów modelu  $\hat{\theta}_h = (\hat{\alpha}_h, \hat{\beta}_{h1}, \hat{\beta}_{h2}, \dots, \hat{\beta}_{hm})$ ,  $h = 1, 2, \dots, k$ ,  $i = 1, 2, \dots, n$  zaś  $\mathbf{G}$  – gradient funkcji wiarygodności, zaś  $\mathbf{H}$  – jej hesjan (lub jego wartość oczekiwana) z wartościami przeciwnymi. Statystyka testowa ma asymptotyczny rozkład chi-kwadrat z  $m(k-1)$  stopniami swobody. W przypadku etapu ze wszystkimi wyjściowymi regresorami, wysoki poziom istotności *ex post* (0,4818) wskazuje, iż nie ma podstaw do odrzucenia tej wygodnej hipotezy, a więc dalsza analiza ma mocne fundamenty. Podobnie jest zresztą na pozostałych etapach.

Druga tablica (*Model Fit Statistics*) zawiera wartości statystyk dopasowania modelu dla wariantu jedynie z wyrazami wolnymi (*Intercept Only*) oraz z regresorami (*Intercept and Covariates*). Są to trzy kryteria informacyjne:

- kryterium  $-2\log L$ :  $-2\log L(\hat{\Theta})$ , gdzie  $\hat{\Theta} = (\hat{\theta}_1, \hat{\theta}_2, \dots, \hat{\theta}_k)$ , przy czym  $\hat{\theta}_h = (\hat{\alpha}_h, \hat{\beta}_1, \hat{\beta}_2, \dots, \hat{\beta}_m)$ ,  $h = 1, 2, \dots, k$
- Kryterium Informacyjne Akaike:  $AIC = -2\log L(\hat{\Theta}) + u$ , gdzie  $u$  – liczba parametrów w modelu.
- Kryterium Schwarza (zwane także Bayesowskim Kryterium Informacyjnym BIC):  $SC = -2\log L(\hat{\Theta}) + u \log(n)$ .

Im mniejsza wielkość kryterium informacyjnego, tym wartość poznawcza danego modelu logistycznego jest lepsza. BIC nieco rośnie w miarę iteracji, pozostałe kryteria się obniżają, polepszając w ten sposób wartość informacyjną modelu.

W trzeciej części umieszczono współczynnik determinacji modelu (*R-Square*) obliczany tutaj według wzoru  $R^2 = 1 - \left(\frac{L(\hat{\Theta}^*)}{L(\hat{\Theta})}\right)^{\frac{2}{n}}$ , gdzie  $L(\hat{\Theta}^*)$  – funkcja wiarygodności dla modelu tylko z wyrazem wolnym,  $L(\hat{\Theta})$  – funkcja wiarygodności dla modelu z wszystkimi regresorami oraz jego skalowaną wersję. Dla pełnego zestawu regresorów osiągnął on wartość 77,66%, by w miarę iteracji spaść do 69,22%, co jest wielkością w miarę zadowalającą. A zatem dopasowanie modelu okazuje się dość dobre.

Czwarta tablica (*Testing Global Null Hypothesis: BETA=0*) prezentuje wyniki (wartość, stopnie swobody–*DF* oraz poziom istotności *ex post*–  $Pr > ChiSq$ ) trzech testów hipotezy

o całkowitej nieistotności zmiennych objaśniających (co oznacza, że  $\beta_1 = \beta_2 = \dots = \beta_m = 0$ ). Każdy z tychże testów charakteryzuje się asymptotycznym rozkładem chi–kwadrat z  $m$  stopniami swobody. Są to:

a) test ilorazu wiarygodności (ang. *likelihood ratio*):  $\chi_{LR}^2 = 2(l(\hat{\beta}) - l(\mathbf{0}))$ , gdzie  $l(\hat{\beta}) = \log L(\hat{\beta})$ , zaś  $L$  to funkcja wiarygodności dla modelu dana wzorem (2),  $\hat{\beta} = (\hat{\beta}_1, \hat{\beta}_2, \dots, \hat{\beta}_m)$  to wektor oszacowań parametrów.  $L$  jest tutaj traktowana jako funkcja  $\hat{\beta}$  przy ustalonych optymalnych wartościach wyrazów wolnych  $\hat{\alpha}_1, \hat{\alpha}_2, \dots, \hat{\alpha}_k$ .

b) test Walda:  $\chi_W^2 = \hat{\beta}^T (\hat{V}(\hat{\beta}))^{-1} \hat{\beta}$ , przy czym  $\hat{V}(\hat{\beta}) = -\left(\frac{\partial^2 l(\hat{\beta})}{\partial \beta^2}\right)^{-1}$

c) test wyników (ang. *score*):  $\chi_S^2 = \left(\frac{\partial l(\mathbf{0})}{\partial \beta}\right)^T \mathfrak{I}^{-1}(\mathbf{0}) \left(\frac{\partial l(\mathbf{0})}{\partial \beta}\right)$ , gdzie  $\mathfrak{I}(\mathbf{0}) = -\frac{\partial^2 l(\mathbf{0})}{\partial \beta^2}$ .

Na wszystkich krokach iteracji bardzo niskie poziomy istotności *ex post* skłaniają do zdecydowanego odrzucenia takiej hipotezy. A więc modele mają głęboki sens badawczy.

Na zakończenie mamy *Residual Chi-Square Test* – resztowy test chi–kwadrat weryfikujący hipotezę, że  $\beta_{hj} = \beta_{h(j+1)} = \dots = \beta_{hm} = 0$  dla  $j < m, h = 1, 2, \dots, k$ . Statystyka testowa ma podobną postać jak w przypadku *Score Test for the Proportional Odds Assumption*, przy czym  $\hat{\theta}_h = (\hat{\alpha}_h, \hat{\beta}_{h1}, \hat{\beta}_{h2}, \dots, \hat{\beta}_{hj}, 0, \dots, 0)$ ,  $h = 1, 2, \dots, k, i = 1, 2, \dots, n, j < m$ . Wysokie poziomy istotności *ex post* (ponad 0,9), obniżające się – co zrozumiałe – pod koniec iteracji do ok. 0,50 świadczą o braku podstaw do odrzucenia hipotezy. A zatem w każdym z modeli zmienne pozostające poza nim mają niewielkie znaczenie.

Po zakończeniu iteracji otrzymaliśmy podsumowanie eliminacji<sup>3</sup> (*Summary of Backward Elimination*) zawierające: numer kroku (*Step*) nazwę usuniętej zmiennej (*Effect Removed*), stopnie swobody (*DF*), liczbę zmiennych pozostałych w modelu (*Number In*), wartości testu chi–kwadrat Walda (*Wald Chi-Square*, tj. kwadratu ilorazu wartości

<sup>3</sup> Ze względu na to, że tylko  $k-1$  spośród  $k$  potencjalnych wartości zmiennej objaśnianej jest swobodnych (tzn.  $k$ -ta wartość jest jednoznacznie wyznaczona nieprzyjmowaniem żadnej z pozostałych), w tablicach prezentuje się wyrazy wolne dla pierwszych  $k-1$  opcji wartości zmiennej  $Y$ .

oszacowanego współczynnika i odpowiadającego mu błędu standardowego), weryfikującego hipotezę o braku istotności danej zmiennej objaśniającej w odpowiednim submodelu (a więc tego, że przy założeniu równoprawności odpowiedzi dla regresanta –  $\beta_j = 0$  dla  $j \in \{1, 2, \dots, m\}$ ) oraz poziom istotności *ex post* dla tego testu ( $Pr > ChiSq$ ). Widzimy więc, że eliminacja przebiegła prawidłowo, usunięto te zmienne dla których ów poziom był większy niż 0,05. Tablica *Analysis of Maximum Likelihood Estimates* (analiza oszacowań największej wiarygodności) to podsumowanie finalnie uzyskanego modelu, a więc oszacowania parametrów dla pozostawionych w modelu zmiennych (*Estimate*), ich błąd standardowy, wartości testu chi–kwadrat Walda oraz poziom istotności *ex post* dla tego testu. Nigdzie nie przekracza on 0,05, a więc wszystkie regresy są istotne, podobnie jak wyrazy wolne.

*Association of Predicted Probabilities and Observed Responses* to rezultaty analizy porównawczej oszacowanych modelem i zaobserwowanych prawdopodobieństw realizacji zmiennej objaśnianej. Opiera się ona na klasyfikacji par obserwacji. Parę obserwacji z różnymi obserwowanymi nazywamy *zgodną*, jeśli obserwacji w takiej parze z niżej sklasyfikowaną wartością odpowiedzi w stosunku do wartości drugiej obserwacji odpowiada także niższe jej oszacowanie. Jeśli obserwacji z niższym poziomem odpowiedzi odpowiada szacunek wyższy aniżeli dla jej towarzyszkii w parze, to mówimy, że para jest *niezgodna*. Parę, która nie jest ani zgodna ani niezgodna zwiemy *remisową*. Niech  $t$  będzie liczbą par różnych odpowiedzi. Jest ona podana w rubryce *Pairs*. Załóżmy, że mamy  $n_c$  par zgodnych, oraz  $n_d$  par niezgodnych, a zatem  $t - n_c - n_d$  par remisowych. Liczby te podają (w% liczby  $t$ ) odpowiednio rubryki *Percent Concordant*, *Percent Discordant*, *Percent Tied*. Kolejne rubryki zawierają wyniki obliczeń współczynników porównawczych par zgodnych i niezgodnych. A są to:

- współczynnik D Sommersa (*Sommers' D*, zwany też współczynnikiem Giniego):  $(n_c - n_d)/t$
- współczynnik Gamma Goodmana–Kruskala (Gamma):  $(n_c - n_d)/(n_c + n_d)$
- współczynnik  $\tau$ -a Kendalla (*Tau-a*):  $(n_c - n_d)/(0,5n(n - 1))$
- współczynnik c ( $c$ ):  $(n_c + 0,5(t - n_c - n_d))/t$ .

W naszym przypadku wszystkie wskaźniki pokazują znaczną przewagę liczby par zgodnych w stosunku do pozostałych. Jest to bardzo korzystne, świadczy bowiem o wysokiej efektywności oszacowań zmiennej objaśnianej.

Kolejna tablica (*Profile Likelihood Confidence Interval for Parameters*) dostarcza granice przedziałów ufności dla modelu wiarygodności (są one postaci ) na poziomie ufności 0,95.  $2 \left( \log \left( L(\hat{\theta}) \right) - \log \left( L(\hat{\theta}_j | \hat{\theta}) \right) \right) \leq \chi_{1,(1-\gamma)}^2$ , gdzie  $\hat{\theta}_j$  to estymator  $\hat{\theta}$  z usuniętą  $j$ -tą składową  $j = 1, 2, \dots, m$ , zaś  $\chi_{1,(1-\gamma)}^2$  oznacza kwantyl rzędu  $1 - \gamma$  z rozkładu chi–kwadrat o jednym stopniu swobody. W rozpatrywanym modelu na ogół są one dość szerokie ((poza *Logicznością*)). Następnie (*Wald Confidence Interval for Parameters*) mamy przedziały ufności Walda postaci  $\hat{\beta}_j \mp z_{\frac{1-\gamma}{2}} \hat{\sigma}_j$ , gdzie  $z_{\frac{1-\gamma}{2}}$  to kwantyl rzędu  $\frac{1-\gamma}{2}$  ze standaryzowanego rozkładu normalnego  $\hat{\beta}_j$  – estymator największej wiarygodności parametru  $\beta_j$ , zaś  $\hat{\sigma}_j$  to oszacowanie standardowego błędu estymacji tego współczynnika,  $j = 1, 2, \dots, m$ . Przedziały

te ustalono na poziomie ufności  $1 - \gamma = 0,95$ . Tutaj sytuacja jest lepsza – okazują się one znacznie węższe. Podobnie jest w przypadku przedziałów ufności dla ilorazów odds (funkcji logistycznej) – w tablicach *Profile Likelihood Confidence Interval for Adjusted Odds Ratios* oraz *Wald Confidence Interval for Adjusted Odds Ratios*.

Prezentację kończą oszacowane modele macierzy kowariancji o korelacji dla zmiennych objaśniających i wyrazów wolnych (*Estimated Covariance Matrix* oraz *Estimated Correlation Matrix*). Korelacja między regresorami okazuje się niezbyt duża, a więc każda z nich wnosi swój niepowtarzalny ładunek informacyjny, co jest w regresji bardzo pożądane.

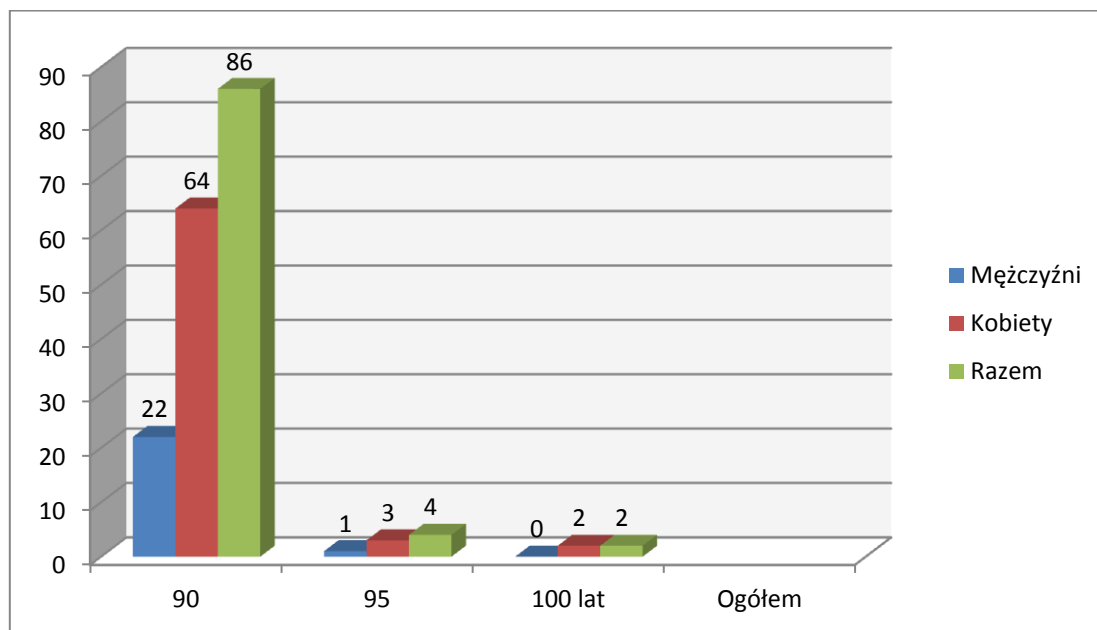
Analizując wyniki zaprezentowane w tablicy finalnej możemy zauważyć, iż ostateczny model jest ze wszech miar wartościowy. Zawiera stosunkowo niewiele – ale bardzo istotnych – zmiennych objaśniających, które są niezbyt (czasem nawet bardzo nisko) skorelowane. Dopasowanie modelu jest zadowalające. A zatem można powiedzieć, że o samoocenie stanu zdrowia decydują w dużej mierze schorzenia przewlekłe, a do tego bolesne (fizycznie lub psychicznie) i uciążliwe z punktu widzenia codziennego życia.

## 4. WYNIKI BADAŃ I ICH OMÓWIENIE

### 4.1. Charakterystyka badanych

Badaniami objęto ogółem 100 osób; były to wszystkie żyjące w tym okresie osoby w wieku 90, 95 i 100 lat. Liczba mężczyzn stanowiła 25% ogółu badanych, a kobiet – 75%.

Wynika to z faktu, że generalnie kobiety żyją dłużej od mężczyzn, a w grupie osób powyżej 90 lat tendencja ta jest widoczna bardzo wyraźnie.

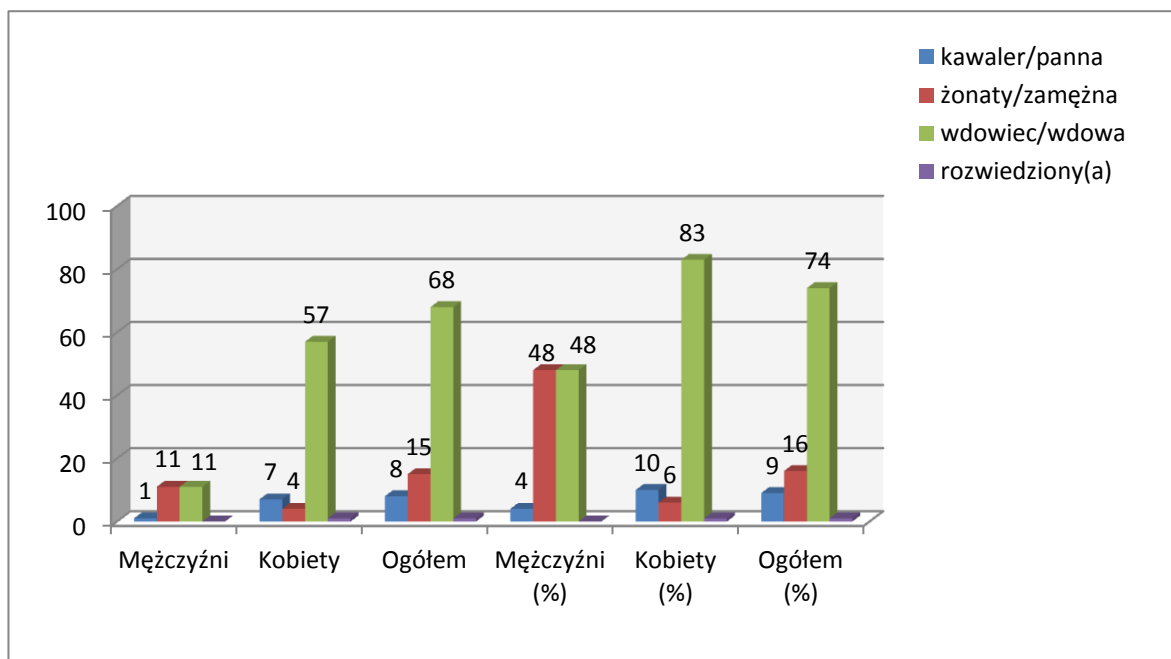


Ryc. 1. Objęci badaniami w wieku 90, 95 i 100 lat – wg płci.

Po przeanalizowaniu struktury wiekowej przedstawionej na ryc. 1 postanowiono do badań właściwych zakwalifikować wszystkie. Ostatecznie zbadano 92, ponieważ 5 osób zmarło a 3 nie wyraziły zgody na udział w badaniu.

Zdecydowana większość ankietowanych to osoby pozostające w związku małżeńskim oraz wdowcy i wdowy (ryc. 2). Zaledwie 10% z nich to osoby wolne lub rozwiedzione. Stan cywilny ankietowanych rozkłada się inaczej u mężczyzn a inaczej u kobiet. Wśród mężczyzn nie było osób rozwiedzionych, był jeden kawaler oraz 11 żonatych i 11 wdowców. Natomiast większość kobiet to wdowy – spośród 69 ankietowanych kobiet 57 było wdowami. Stanowi to aż 87% badanych kobiet. Tylko 7 kobiet było pannami, a 4 zamężne.

Można przypuszczać, że odmienny rozkład wynika z tego, iż najprawdopodobniej mężczyźni częściej żenią się z młodszymi kobietami oraz z tego, że generalnie kobiety żyją dłużej. Dlatego prawie połowa ankietowanych mężczyzn było żonatych, ale tylko 6% kobiet.



Ryc. 2. Ankietowani pod względem stanu cywilnego i płci.

## 4.2. Wybrane aspekty medyczne

### 4.2.1. Wzrok

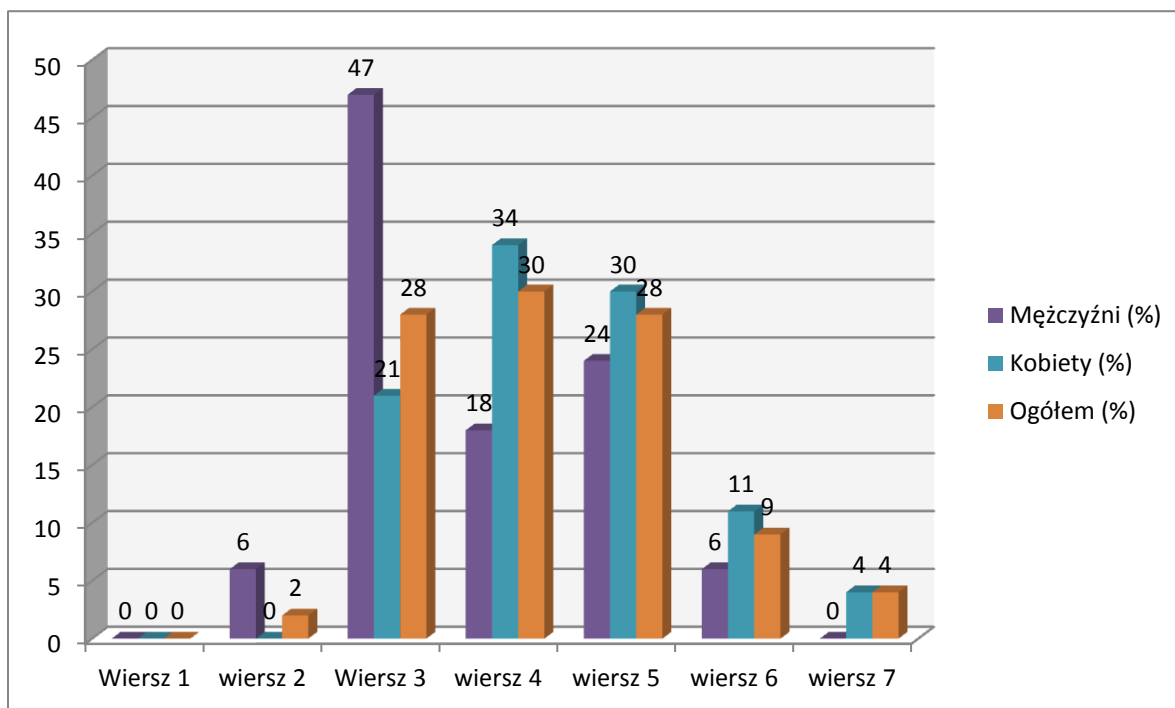
Jako miarę oceny wzroku przyjęto:

- odczytywanie liter na tablicy okulistycznej (Snellena)<sup>4</sup>, przy czym odnotowywano wiersz na tejże tablicy, który bez trudności został prawidłowo odczytany;
- czytanie tekstu z gazety.

Autorka objęła tymi badaniami wszystkie 92 osoby. Okazało się jednak, że tylko 64 osoby były w stanie dojrzeć tablicę okulistyczną bądź tekst w gazecie. Z pozostałych 28 osób 50% nie posiadało okularów, bądź też mimo posiadania okularów nie było w stanie przeczytać tekstu z gazety bądź odczytać litery na tablicy okulistycznej (Snellena).

<sup>4</sup> Tablica okulistyczna Snellena – nazwa pochodzi od holenderskiego okulisty, Hermana Snellena, który opracował ją w 1862 roku; służy do badania ostrości wzroku. Przeczytany najmniejszy rząd wskazuje na ostrość wzroku, [http://pl.wikipedia.org/wiki/tablica\\_snellena](http://pl.wikipedia.org/wiki/tablica_snellena)





Ryc. 3. Wyniki badania 64 osób, które były w stanie dojrzeć tablicę okulistyczną i przeczytać tekst w gazecie. Osoby podczas badania posługiwały się posiadanymi okularami.

Większość badanych potrafiła przeczytać tylko kilka początkowych wierszy oraz potrafiła odczytać tekst z trzeciego, czwartego lub piątego wiersza, tylko mniej niż 15% potrafiło odczytać tekst z wiersza szóstego lub dalszych.

Średnia wartość numeru przeczytanego wiersza wyniosła 3,76 u mężczyzn i 4,45 u kobiet. Ponad połowa mężczyzn mogła odczytać tekst z co najwyżej trzeciego wiersza, podczas gdy takich kobiet było tylko 21%, a kolejne 34% mogło odczytać tekst z czwartego wiersza. Siódmego wiersza lub dalszego nie odczytał już żaden mężczyzna, ale odczytały 4 kobiety.

Okazało się, że płeć nie wpływała w sposób istotny na odczytywanie poszczególnych wierszy na tablicy Snellena ( $p=0,2793$ ).

## 4.2.2. Słuch

### 4.2.2.1. Ocena słuchu w 3-stopniowej skali

U 77 badanych możliwa była do przeprowadzenia ocena słuchu. Słuch<sup>5</sup> został oceniony w 3-stopniowej skali:

1. respondent słyszy mowę normalnej głośności (szept z odległości 3 m);
2. respondent słyszy tylko głośną mowę;

<sup>5</sup> Słuch, zmysł słuchu – to zdolność odbierania fal dźwiękowych.

3. respondent słyszy tylko pojedyncze słowa wypowiedziane bardzo głośno.

Tab. 1. Trzystopniowa ocena słuchu po uprzednim założeniu posiadanego aparatu słuchowego według płci.

Badane zmienne	Mężczyźni		Kobiety		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Stan pacjenta uniemożliwia wykonanie zadania	4	17,4	11	15,9	15	16,3
Respondent słyszy słowa wypowiedziane bardzo głośno	2	8,7	6	8,7	8	8,7
Respondent słyszy tylko głośną mowę	11	47,8	36	52,2	47	51,1
Respondent słyszy mowę normalnej głośności (szepc z odległości 3 m)	6	26,1	16	23,2	22	23,9
Razem	23	100	69	100	92	100,0

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	3	0.1467	0.9857

Rozkład oceny słuchu był podobny u mężczyzn i kobiet. Około 30% ankietowanych słyszy mowę normalnej głośności, około 60% – tylko głośną mowę, około 10% słyszy tylko pojedyncze słowa wypowiedziane bardzo głośno (tab.1).

#### 4.2.2.2. Posiadanie i używanie aparatu słuchowego

Podczas przeprowadzania badań sprawdzono, czy badany: 1) wymagał posiadania aparatu słuchowego, 2) jeśli wymagał posiadania aparatu słuchowego, to czy go założył lub czy posiadał przy sobie aparat słuchowy<sup>6</sup>. Tego rodzaju sprawdzenie zostało wykonane u 77 ankietowanych. U pozostałych osób takiego badania nie można było przeprowadzić z uwagi na brak z nimi kontaktu słownego.

Tab. 2. Używanie aparatu słuchowego wśród kobiet i mężczyzn

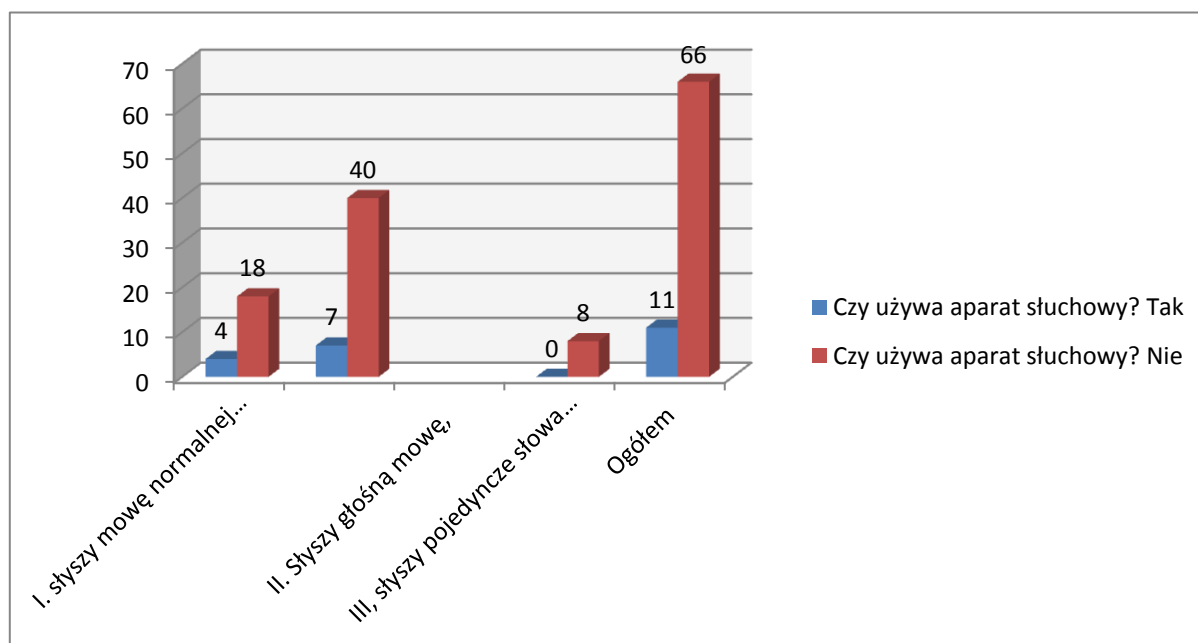
Badane zmienne	Mężczyźni		Kobiety		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Brak aparatu słuchowego	4	17,4	18	26,0	22	23,9
Używa aparatu słuchowego	6	26,1	5	7,3	11	12,0
Nie używa aparatu słuchowego	13	56,5	46	66,7	59	64,1
Razem	23	100,0	69	100,0	92	100,0

<sup>6</sup> Aparat słuchowy: elektroakustyczne urządzenie podnoszące zdolność słyszenia u osób z niedosłuchem.

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	2	5.9435	0.0512

Zastosowanie testu  $\chi^2$  wykazało istnienie zależności między płcią badanych a używaniem przez nich aparatu słuchowego ( $p=0,0512$ ).

Tylko sześciu mężczyzn i pięć kobiet używało aparatu słuchowego, co stanowi 14% ogółu badanych. Wśród ankietowanych, pomimo wyraźnej potrzeby, aż 68% mężczyzn i 91% kobiet nie używało aparatu słuchowego.



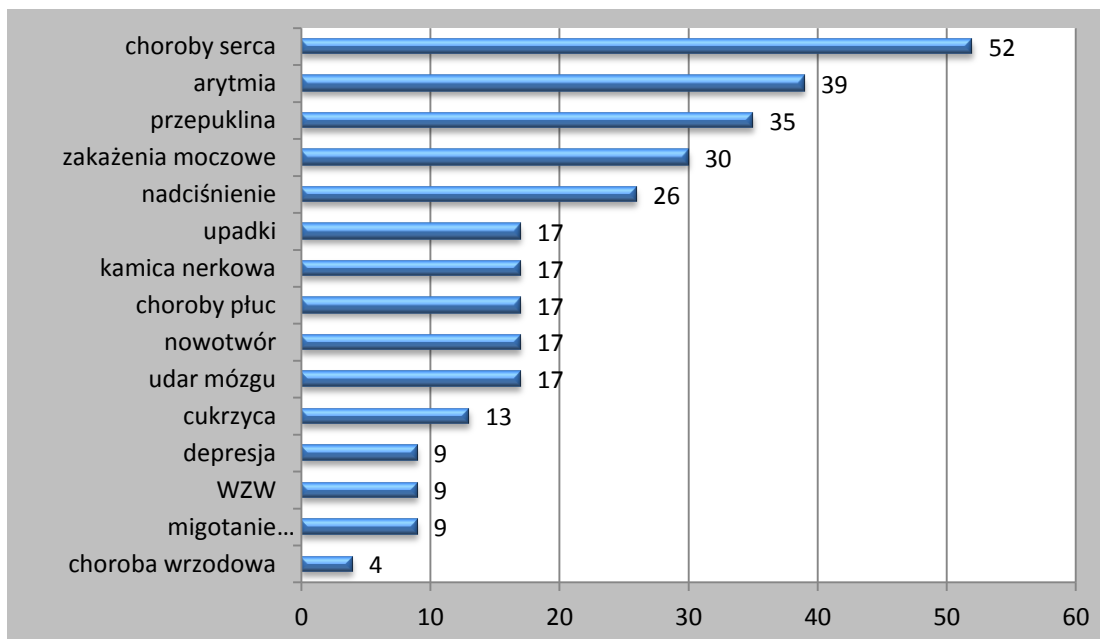
Ryc. 4. Związek pomiędzy stopniem niedosłuchu badanych, wynikającego z wcześniej przeprowadzonej oceny słuchu a używaniem przez nich aparatu słuchowego.

Wśród ankietowanych, którzy używają aparat słuchowy, ocena słuchu jest znacznie lepsza niż u tych, którzy nie używają. Niestety, większość ankietowanych nie używała aparatu słuchowego, mimo ewidentnego niedosłuchu. Wśród ankietowanych z najniższą oceną słuchu nikt nie używał aparatu słuchowego. Podczas prowadzenia badań zauważono również, że niektóre osoby posiadały aparat słuchowy, ale mimo to nie używały go, skarżąc się na jego złą jakość, bądź też nie wiedziały gdzie jest ich aparat słuchowy.

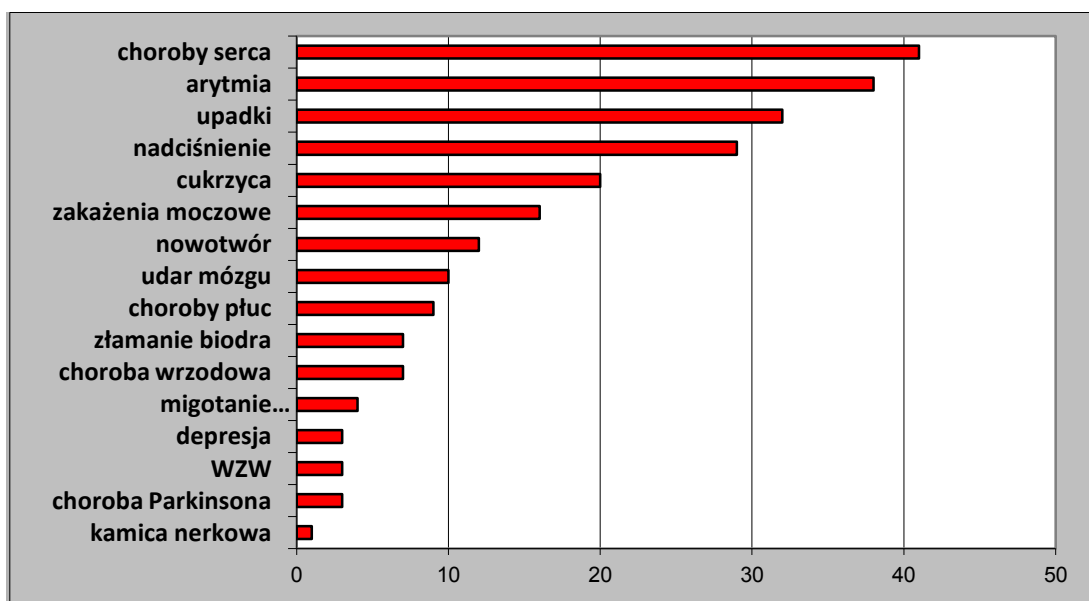
### 4.2.3. Choroby przewlekłe

Ankietowanym zadano pytania odnośnie występujących u nich chorób i urazów - obecnie lub w przeszłości. Na pytanie o konkretną chorobę ankietowani mogli odpowiadać:

„tak”, „nie” lub „nie wiem/nie pamiętam/trudno powiedzieć”. Na podstawie udzielonych odpowiedzi „tak” wyznaczona została lista najczęściej występujących schorzeń. Odpowiedzi „nie wiem/nie pamiętam/trudno powiedzieć” stanowią około 1/3 odpowiedzi, a zatem w rzeczywistości schorzenia mogą występować nieco częściej, niż to widoczne na wykresie. Większość schorzeń występuje w podobnych proporcjach u mężczyzn i u kobiet, jednak pewne schorzenia dotyczą w większym stopniu mężczyzn lub w większym stopniu kobiet. Są to następujące schorzenia: przepuklina (35% mężczyzn, 0% kobiet), kamica nerkowa (17% mężczyzn, 1% kobiet), zakażenia moczowe (30% mężczyzn, 16% kobiet), choroby płuc (17% mężczyzn, 9% kobiet), upadki (32% kobiet, 17% mężczyzn), złamanie biodra (7% kobiet, 0% mężczyzn).



Ryc. 6. Najczęściej wskazywane choroby i urazy (w %) wśród badanych mężczyzn .



Ryc. 7. Najczęściej wskazywane choroby i urazy (w %) wśród badanych kobiet.

#### 4.2.3.1. Liczba chorób przewlekłych

---

O jakości życia decydują nie tylko schorzenia, ale także liczba różnych schorzeń. U osób starszych często występuje kilka schorzeń równocześnie, często nazywane wielochorobowością, co ma negatywny wpływ na stan ich zdrowia oraz samopoczucie.

Na podstawie analizy dokumentacji medycznej badanych oraz udzielonych przez nich odpowiedzi „tak” na pytania o konkretne choroby aktualne bądź przebyte opracowano tabelę 3 z listą najczęściej wskazanych chorób.

Pytano o następujące schorzenia:

- ☒ Migotanie przedsionków: zaburzenia rytmu serca ( istniejące zagrożenie życia), arytmie jako - zaburzenie rytmu serca, objaw wielu innych chorób;
- ☒ Udar mózgu: nagłe miejscowe zaburzenie krążenia krwi w mózgu przebiegające zwykle z utratą przytomności i innymi zaburzeniami;
- ☒ Choroba Parkinsona: choroba OUN (Ośrodkowego Układu Nerwowego) polegająca na niedoborze dopaminy wynikającym z powolnego zaniku neuronów;
- ☒ Epilepsja: choroba OUN (Ośrodkowego Układu Nerwowego), w której występują napadowe zaburzenia czynności mózgu;
- ☒ Nowotwór: chorobowo narastająca tkanka niepodporządkowana prawidłowym czynnościom organizmu;
- ☒ Choroba Alzheimera: rozlane zwyrodnienie i zanik kory mózgowej;
- ☒ Choroba wrzodowa: przewlekłe schorzenie, w którym na ścianach żołądka tworzą się nisze wrzodowe drążące ściany żołądka lub dwunastnicy;
- ☒ Kamica nerkowa: choroba polegająca na odkładaniu się w organizmie między innymi złogów soli mineralnych, cholesterolu. Piasek moczowy: złoże soli kwasu moczowego szczawowego i fosforowego powstające głównie w kielichach miedniczek nerkowych;
- ☒ Niewydolność nerek: stan chorobowy narządu lub układu powodujący makro ograniczenie jego czynności;
- ☒ Cukrzyca: zaburzenie przemiany węglowodanowej wskutek upośledzenia czynności wydzielniczej wysp trzustkowych wytwarzających insulinę;
- ☒ Tarczyca: gruczoł wydzielania wewnętrznego. Wytwarza trójiodotyronina (T3) i tetrajodotyronina (T4). Nadmierne wydzielanie hormonów to nadczynność, natomiast niedostateczna ilość hormonów to niedoczynność tarczycy;
- ☒ Przepuklina: wrodzone lub nabyte przemieszczanie się trzewi z uchyłkiem otrzewnej ściennej np. pod skórę lub do sąsiednich jam ciała np. brzuszna, mosznowa, pachwinowa, przeponowa;
- ☒ WZW: choroby zakaźne w których występuje uszkodzenie komórek wątroby wywołane przez wtargnięcie i namnażanie się w nich wirusów między innymi typu A (nagminny), B (wszczepienny), C, D, E [122].

Tab. 3. Rodzaje występujących chorób wśród badanych mężczyzn i kobiet (warianty odpowiedzi 0-tak, 1-nie wiem, 2-nie).

Badana zmienna	Mężczyźni						Kobiety						Razem						Analiza statystyczna
	0		1		2		0		1		2		0		1		2		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Nadciśnienie	6	26.1	4	17.4	13	56.5	20	29.0	23	33.3	26	66.7	26	28.3	27	29.4	39	42.3	P=0.2243
Arytmia	9	39.1	9	39.1	5	21.7	26	37.7	35	50.7	8	11.6	35	38.4	44	47.8	13	14.2	P=0.4167
Migotanie przedsionków	2	8.7	13	56.5	8	34.8	3	4.4	50	72.5	16	23.1	5	5.4	63	68.5	24	26.0	P=0.3449
Udar mózgu	4	17.4	3	13.0	16	69.6	7	10.1	8	11.6	54	78.3	11	12.0	11	12.0	70	76.0	P=0.6190
Choroba Parkinsona	0	0.0	13	56.5	10	43.5	2	2.9	58	84.1	9	13.1	2	2.2	71	79.4	19	18.4	P=0.0064
Nowotwory	4	17.4	5	21.7	14	60.9	8	11.6	15	21.7	46	66.7	12	13.0	20	21.7	60	5.2	P=0.7659
Choroby płuc	4	17.4	2	8.7	17	73.9	6	8.7	9	13.0	54	78.3	10	10.9	11	12.0	71	77.1	P=0.4688
Niewydolność nerek	0	0.0	8	34.8	15	65.2	0	0.0	17	24.6	52	75.4	0	0.0	25	27.2	67	72.8	P=0.3436
Cukrzyca	3	13.0	2	8.7	18	78.3	14	20.3	10	14.5	45	65.2	17	18.5	12	13.0	63	68.5	P=0.5058
Osteoporoza	0	0.0	17	73.9	6	26.1	0	0.0	64	92.8	5	7.2	0	0.0	81	88.0	11	12.0	P=0.0159
Depresja	2	8.7	4	17.4	17	73.9	2	2.9	11	15.9	56	81.2	4	4.4	15	16.3	73	79.3	P=0.4796
Choroby psychiczne	0	0.0	3	13.0	20	87.0	0	0.0	11	15.9	58	84.1	0	0.0	14	15.2	78	84.8	P=0.7375

Rozkład liczby chorób był inny u mężczyzn a inny u kobiet. Połowa badanych mężczyzn była dotkniętych 4 lub 3 chorobami. Wyniki przedstawione w tabeli 3 wykazały istotne różnicowanie względem płci. Średnia liczba chorób u mężczyzn wynosiła 3,8, a u kobiet 3,0.

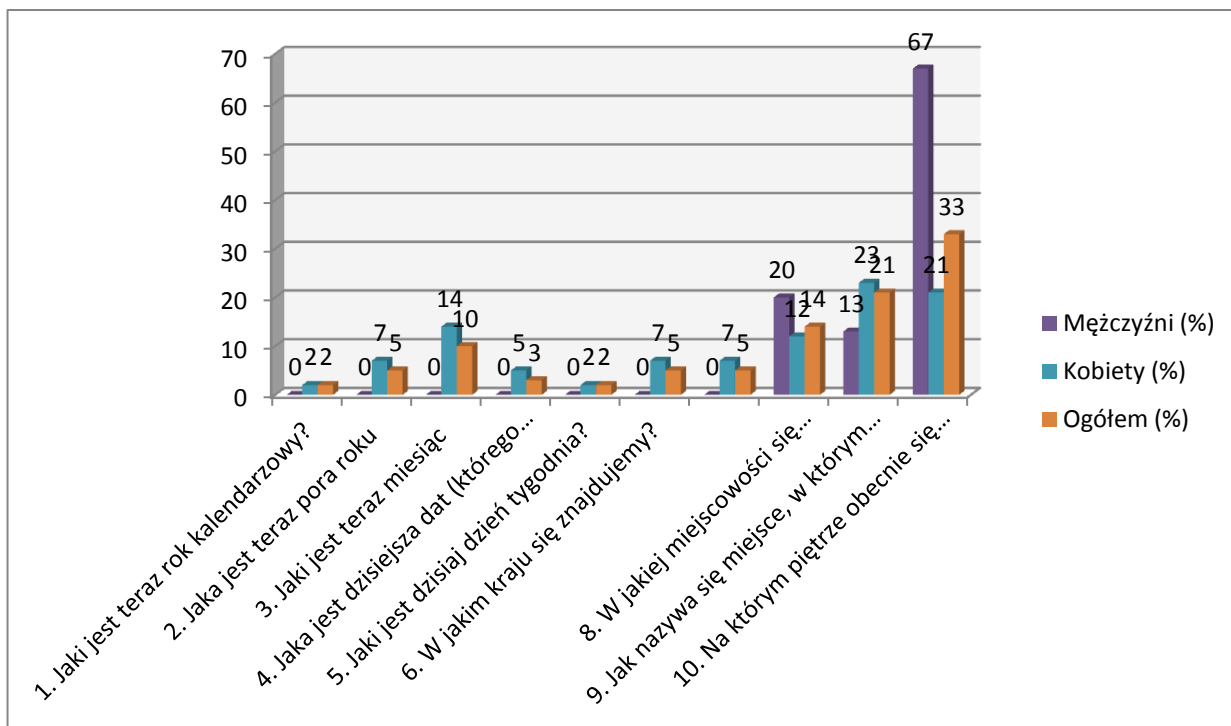
#### 4.2.4. Stan psychiczny

##### 4.2.4.1. Ocena orientacji w czasie i miejscu

Badanie zostało przeprowadzone u 67 osób. W pozostałych przypadkach stan pacjenta uniemożliwiał wykonanie badania. Jako miarę logiczności<sup>7</sup> odpowiedzi przyjęto liczbę poprawnych odpowiedzi. Ankietowanym zadano 10 pytań:

1. Jaki jest teraz rok kalendarzowy?
2. Jaka jest teraz pora roku?
3. Jaki jest teraz miesiąc?
4. Jaka jest dzisiejsza data (którego dzisiaj mamy)?
5. Jaki jest dzisiaj dzień tygodnia?
6. W jakim kraju się znajdujemy?
7. W jakim województwie się znajdujemy?
8. W jakiej miejscowości się znajdujemy?
9. Jak nazywa się miejsce, w którym się teraz znajdujemy?
10. Na którym piętrze obecnie się znajdujemy?

<sup>7</sup> Logiczność: dotyczy poprawności myślenia i odpowiedzi (zdolność zapamiętywania ma przewagę nad prostymi pytaniami o otaczającą rzeczywistość, nad wszystkim zaś góruje inteligencja badana poprzez sprawdzanie umiejętności rachunkowej).



Ryc. 8. Logiczność określana na podstawie liczby poprawnych odpowiedzi na zadane pytania. Jako kryterium przyjęto liczbę poprawnych odpowiedzi na 10 powyżej przedstawionych pytań.

Najmniej problemów sprawiły ankietowanym pytania nr 2, 8, 9 i 10 – na te pytania potrafiło odpowiedzieć prawidłowo około 50 osób. Najtrudniejszym okazało się pytanie nr 4, na które prawidłowo odpowiedziały tylko 23 osoby. Nie powinno to dziwić, gdyż pytanie o aktualną datę często sprawia kłopoty także osobom młodym o pełnej jasności umysłu.

Większość badanych poprawnie odpowiadało na zadane pytania. Na wszystkie pytania prawidłowo odpowiedziało 33 procent ankietowanych, 21% zrobiło jeden błąd, a 14% procent – 2 błędy. Tak więc ponad 2/3 badanych odpowiedziało poprawnie przynajmniej na 8 z 10 zadanych pytań.

Wśród badanych osób większą logiczność odpowiedzi przedstawiali mężczyźni niż kobiety. Zdecydowana większość mężczyzn, bo aż 67%, nie popełniła żadnego błędu, pozostali zaliczyli 1 lub 2 błędne odpowiedzi. Żaden z mężczyzn nie popełnił więcej niż 2 błędów, natomiast wśród kobiet aż 44% udzieliło więcej niż 2 błędnych odpowiedzi.

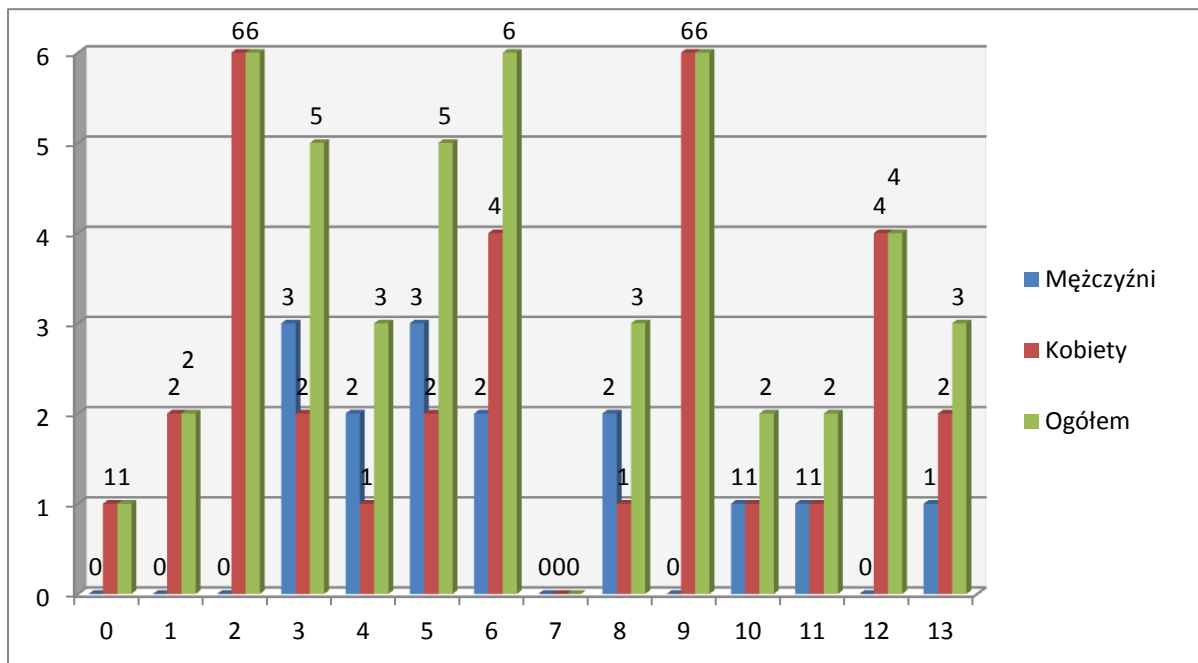
#### 4.2.4.2. Badanie z użyciem „Geriatrycznej skali oceny depresji”

Badanie z użyciem GDS (Geriatric Depression Scale<sup>8</sup>) zostało przeprowadzone u 48 ankietowanych, którzy spełniali kryteria, to znaczy uzyskali właściwą liczbę punktów w skróconym Teście Oceny Stanu Umysłowego (Mini Mental State Examination (MMSE)).

Ankietowanym zadano 15 pytań:

<sup>8</sup> Geriatryczna Skala Depresji (Geriatric Depression Scale, GDS występuje 3 punktowa, 15 punktowa i 30.

1. *Myśląc o całym swoim życiu, czy jest Pan(i) z niego zadowolony(a)?*
2. *Czy ostatnio zmniejszyła się liczba Pana(i) aktywności i zainteresowań?*
3. *Czy ma Pan(i) uczucie, że życie jest puste?*
4. *Czy często czuje się Pan(i) znudzony(a)?*
5. *Czy jest Pan(i) w dobrym nastroju przez większość czasu?*
6. *Czy obawia się Pan(i), że może się zdarzyć Panu(i) coś złego?*
7. *Czy przez większość czasu czuje się Pan(i) szczęśliwy(a)?*
8. *Czy często czuje się Pan(i) bezradny(a)?*
9. *Czy zamiast spotkać się z przyjaciółmi, woli Pan(i) być sam(a)?*
10. *Czy czuje Pan(i), że ma więcej kłopotów z pamięcią niż inni ludzie?*
11. *Czy myśli Pan(i), że wspaniale jest żyć?*
12. *Czy obecnie czuje się Pan(i) gorszy(a) od innych ludzi?*
13. *Czy czuje się Pan(i) pełny(a) energii?*
14. *Czy uważa Pan(i), że sytuacja jest beznadziejna?*
15. *Czy myśli Pan(i), że inni ludzie są lepsi niż Pan(i)?*

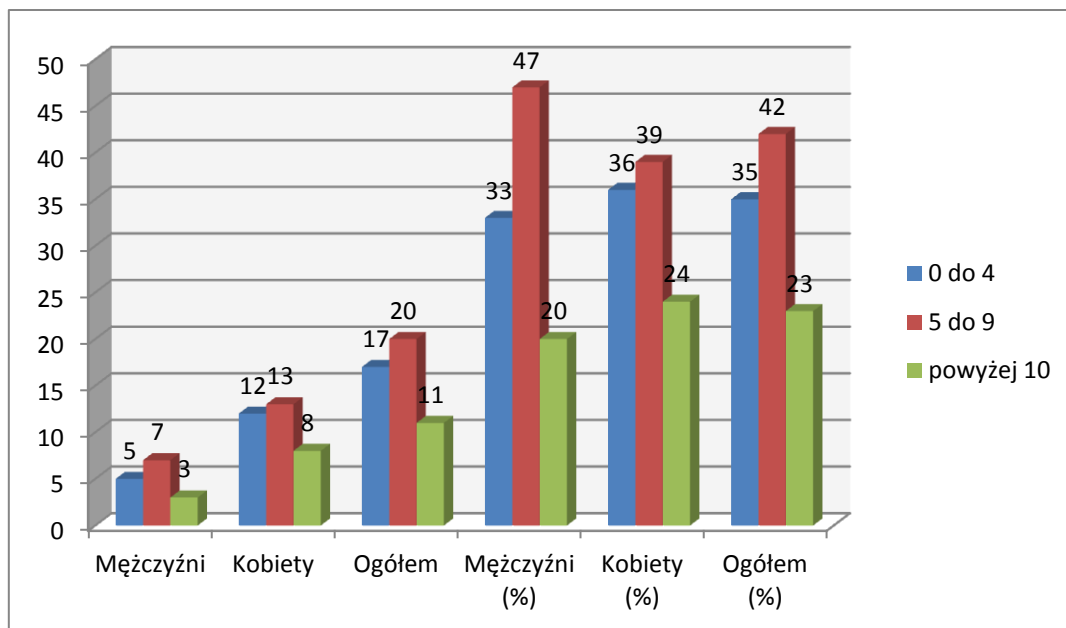


Ryc. 9. Odpowiedzi wg 15 punktowej Geriatrycznej Skali Depresji (GDS) według płci. Jako miarę oceny przyjęto liczbę odpowiedzi „pozytywnych” (tzn. „tak” na pytania 1, 5, 7, 11 i 13 oraz „nie” na pozostałe pytania).

Poniżej przedstawiono wyniki. Przyjęto następujące kryteria do dalszej analizy:

- samopoczucie niskie (liczba „pozytywnych” odpowiedzi od 0 do 4)
  - samopoczucie średnie (od 5 do 9)
  - samopoczucie dobre (co najmniej 10)
- grupowania:





Ryc. 10. Samopoczucie według pogrupowanych odpowiedzi (0-4: samopoczucie niskie, 5-9: samopoczucie średnie, powyżej 10: samopoczucie dobre) według płci.

W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej danych stwierdzono, że większość ankietowanych ma samopoczucie niskie lub średnie, tylko co czwarty z nich ma dobre samopoczucie. Rozkład samopoczucia jest podobny u mężczyzn jak i kobiet.

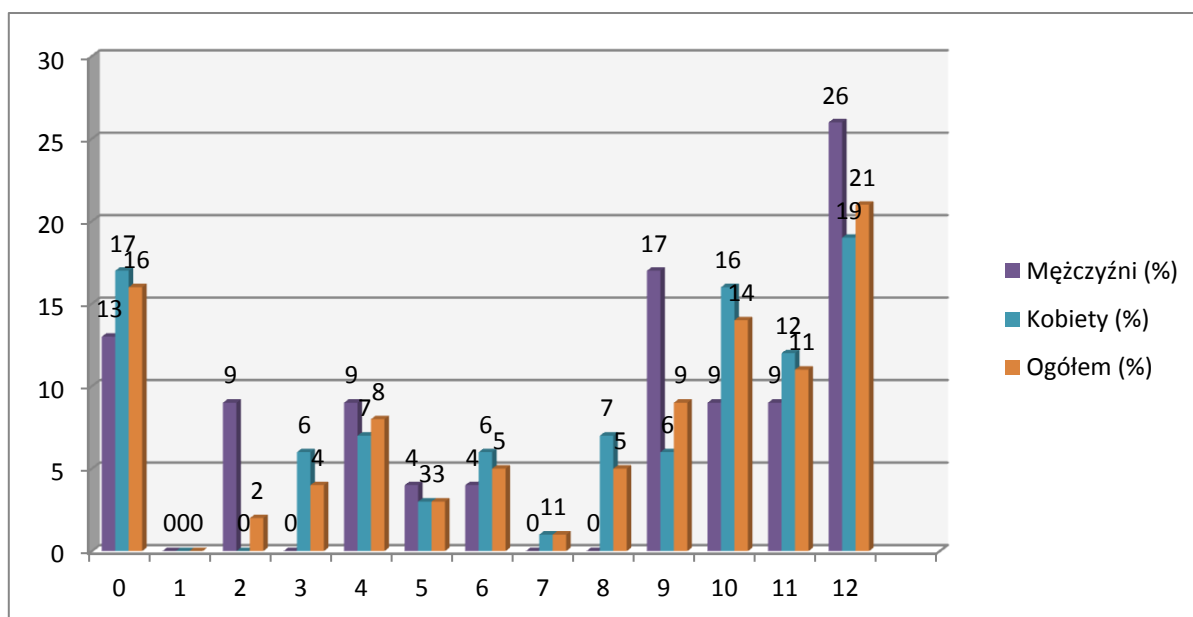
### 4.3. Ocena podstawowych czynności życia codziennego (skala Katza)

Skala Katza<sup>9</sup> służy do oceny podstawowych czynności życia codziennego. Ustala się ją na podstawie następujących czynności:

1. Mycie całego ciała.
2. Ubieranie się.
3. Korzystanie z toalety.
4. Poruszanie się.
5. Kontrolowane wydalanie moczu i stolca.
6. Jedzenie.

Jeżeli badany nie wymaga pomocy przy wykonywaniu określonej czynności, przyznaje się 2 punkty, jeśli wymaga częściowo pomocy (np. pomoc potrzebna jest tylko przy myciu jednej części ciała typu plecy, nogi) przyznaje się 1 punkt, a jeżeli jest uzależniony od pomocy innych osób przyznaje się 0 punktów. W ten sposób otrzymuje się miarę, która określa stopień samodzielności badanej osoby w skali od 0 do 12.

<sup>9</sup> **Skala Katza:** Skala Podstawowych Czynności Życia Codziennego (Activities of Daily Living, ADL, umożliwia ocenę samodzielności dotyczącej: jedzenie, ubieranie się, korzystanie z toalety, mycie się, kontrola zwieraczy).



Ryc. 11. Stan zależności od innych osób w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego oceniany według skali Katza – ADL – kobiet i mężczyzn.

Spośród 92 badanych osób wg oceny w skali Katza 16 % to osoby zależne od innych, 14% wymaga częściowej pomocy. Osoby sprawne stanowią 46% ogółu badanych a 11% to osoby umiarkowanie sprawne. Na przyjętym poziomie istotności ( $\alpha=0,05$ ) płeć nie miała wpływu na stopień samodzielności badanych osób według oceny w skali Katza ( $p=0,2980$ ).

#### 4.4. Ocena złożonych czynności życia codziennego (skala Lawtona - IADL)

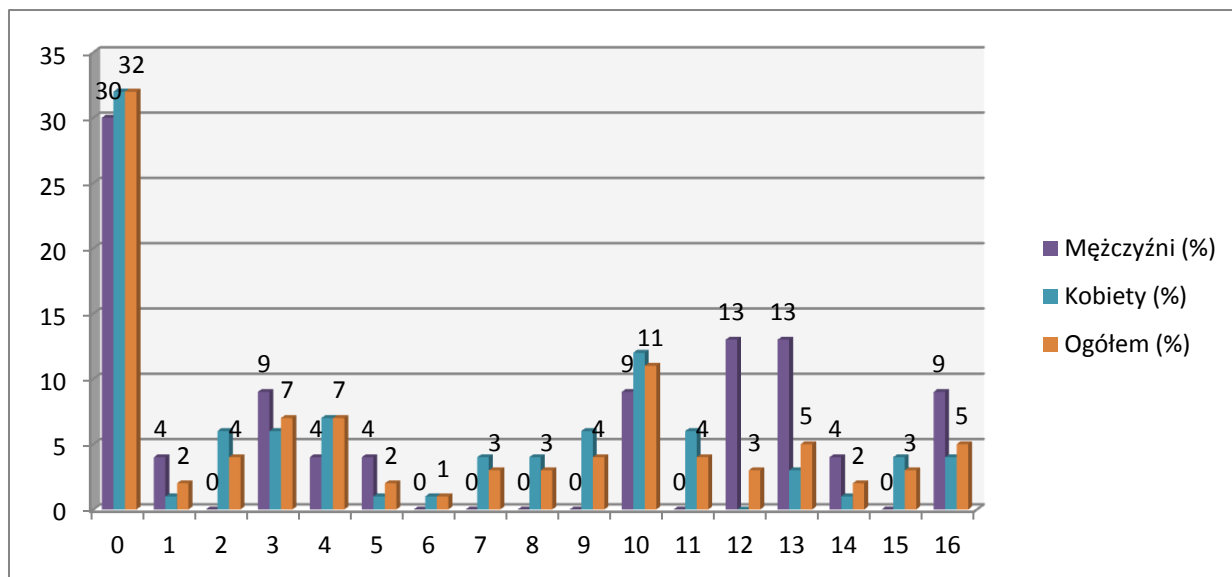
Skala Lawtona<sup>10</sup> służy do oceny złożonych czynności życia codziennego. Ustala się ją na podstawie następujących pytań:

1. Czy potrafi Pan(i) korzystać z telefonu?
2. Czy jest Pan(i) w stanie dotrzeć do miejsc poza odległością spaceru (tzn. dotrzeć gdzieś korzystając z komunikacji miejskiej lub taksówki)?
3. Czy wychodzi Pan(i) na zakupy po artykuły spożywcze?
4. Czy jest Pan(i) w stanie sam(a) przygotować sobie posiłki?
5. Czy jest Pan(i) w stanie sam(a) wykonać prace domowe (np. sprzątanie lub dokonywanie drobnych napraw w domu, majsterkowanie)?
6. Czy jest Pan(i) w stanie sam(a) wyprać swoje rzeczy?
7. Czy sam(a) przyjmuje Pan(i) lub był(a)by w stanie sam(a) przyjmować leki?
8. Czy potrafi Pan(i) sam(a) gospodarować pieniędzmi?

Na każde z tych pytań ankietowany może udzielić odpowiedzi: „bez pomocy”, „z niewielką pomocą” lub „nie”. Odpowiedzi te punktowane są odpowiednio: 2 punkty,

<sup>10</sup> **Skala Lawtona:** Skala Złożonych Czynności Życia Codziennego (Instrumental Activities of Daily Living, IADL, Skala ta ocenia samodzielność w zakresie: przygotowanie posiłków, prace domowe, korzystanie z telefonu, przyjmowanie leków, korzystanie ze środków transportu, robienie zakupów).

1 punkt, 0 punktów. W ten sposób otrzymuje się miarę, która określa stopień samodzielności badanej osoby w skali od 0 do 16.



Ryc.12. Stopień samodzielności oceniany według Skali Złożonych Czynności Życia Codziennego (Instrumental Activities of Daily Living (IADL)) według płci.

Analiza uzyskanych wyników wykazała że, maksymalną liczbę punktów uzyskało 9 mężczyzn i 4 kobiety co stanowiło 5% ogółu badanych, natomiast aż 32% badanych nie uzyskało ani 1 punktu. Połowę czynności złożonych wykonywało 11% respondentów. Zastosowany test  $\chi^2$  nie wykazuje istotnych różnic w ocenie zdolności do wykonywania poszczególnych zadań tego testu pomiędzy mężczyznami a kobietami ( $p=0,1195$ ).

## 4.5. Samoocena stanu zdrowia

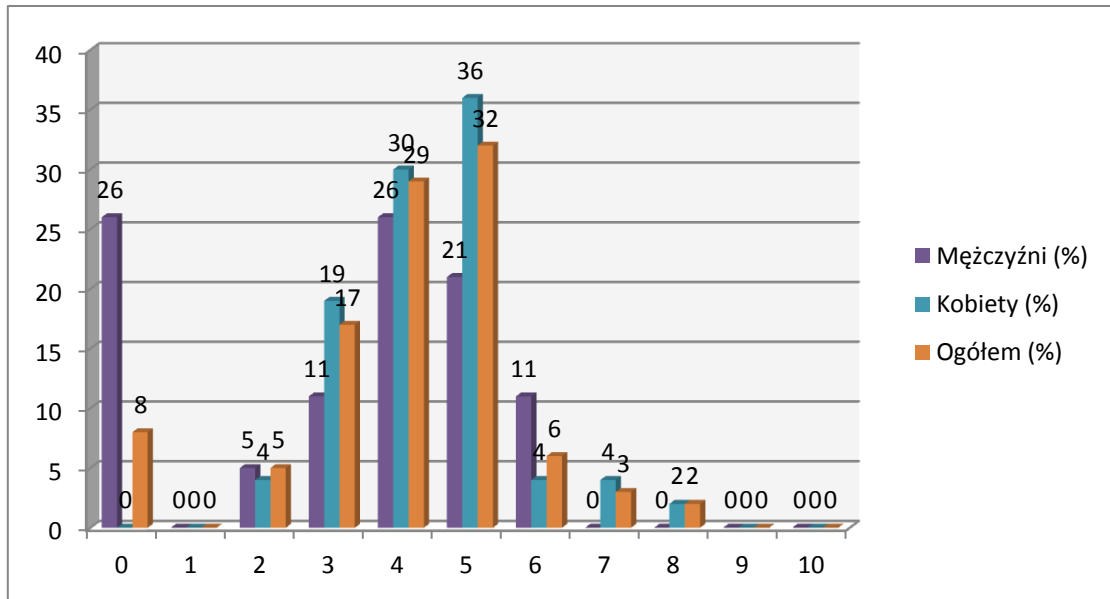
Dolegające schorzenia ani ich liczba nie zawsze stanowią miarę odczucia badanych osób co do ich stanu zdrowia. Schorzenia mogą być bardziej lub mniej dolegliwe, mogą mieć różne nasilenie, mogą też być różnie odbierane przez poszczególne osoby. Dlatego zadano badanym również pytanie o samoocenę ich stanu zdrowia. Pytanie brzmiało:

*Proszę wskazać, jak ocenia Pan(i) swój obecny stan zdrowia (w skali od 0 do 10), przy założeniu, że 0 to najgorszy stan zdrowia, jaki można sobie wyobrazić, natomiast 10 to najlepszy stan zdrowia.*

Ocena ta została podana przez 66 spośród 92 badanych osób.

Samoocena stanu zdrowia jest wyraźnie niższa u mężczyzn niż u kobiet. Aż 26% mężczyzn oceniło swój stan zdrowia jako najgorszy z możliwych, takiej oceny nie wystawiła natomiast żadna kobieta.

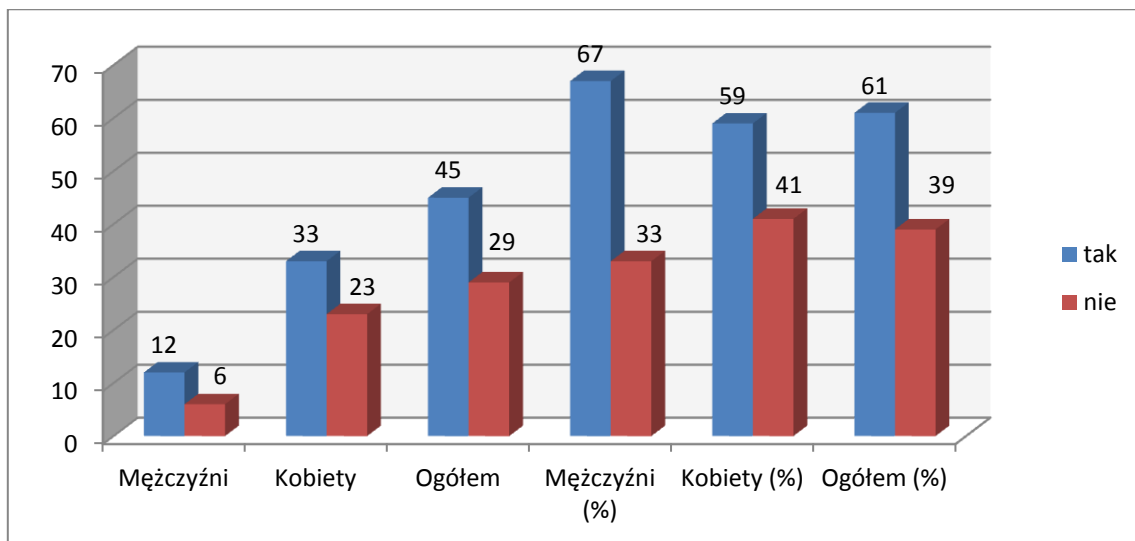
Osoby starsze nie oceniają swojego stanu zdrowia dobrze, zdecydowana większość ankietowanych oceniła swój stan zdrowia na 3, 4 lub 5. Tylko pojedyncze osoby wystawiły wyższą ocenę.



Ryc.13. Ocena obecnego stanu zdrowia (w skali od 0 do 10 według odczucia 66 respondentów spośród ogółu, przy założeniu, że 0 to najgorszy stan zdrowia, jaki można sobie wyobrazić, natomiast 10 to najlepszy stan zdrowia) spośród 92 badanych osób.

## 4.6. Przewlekłe dolegliwości bólowe

Ankietowanym zadano pytanie: „Czy odczuwa Pan(i) dokuczliwy ból<sup>11</sup> dłużej niż od 3 miesięcy?”. Na pytanie odpowiedziały 74 osoby.

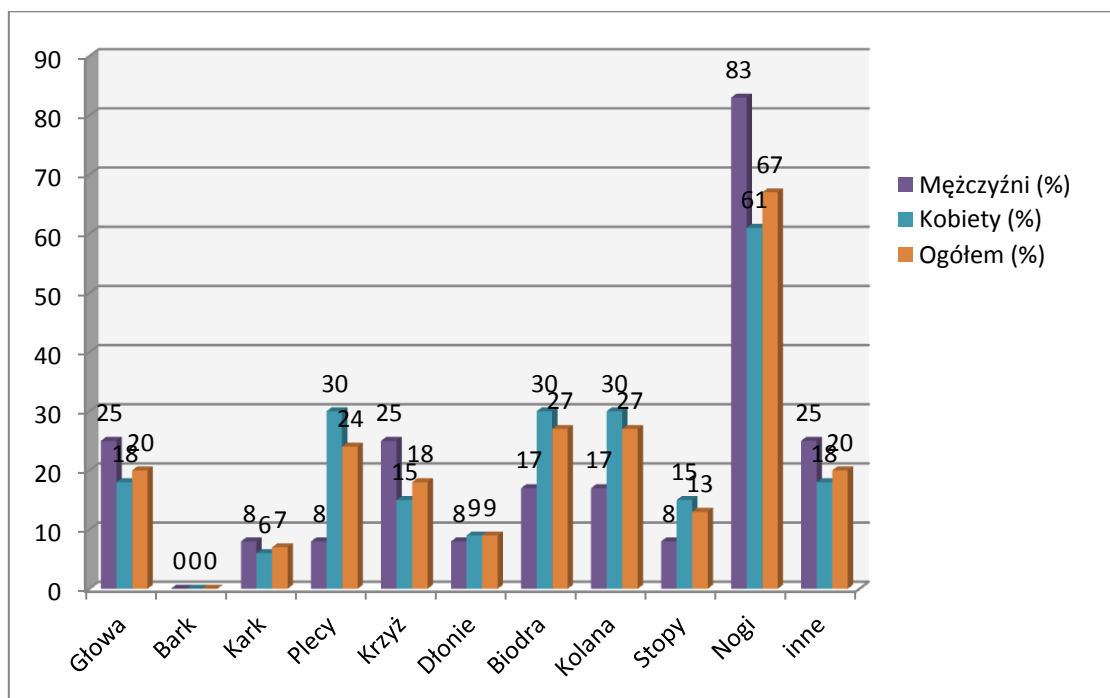


Ryc.14. Ilość osób deklarujących odczuwanie „dokuczliwego bólu utrzymującego się powyżej 3 miesięcy” wśród 74 osób według płci.

<sup>11</sup> Ból: przykre doznanie czuciowe i emocjonalne związane z rzeczywistym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek. Receptory bólowe występują w skórze, błonach śluzowych w okostnej, torebkach stawowych, mięśniach, trzewiach ( ma duże znaczenie diagnostyczne ) Próg bólu najmniejsza siła bodźca przy której powstaje znaczenie bólu określonego organu.

#### 4.6.1. Odczuwanie bólu przewlekłego i jego lokalizacja

Spośród ankietowanych osób 74 osoby udzieliły odpowiedzi na pytanie czy odczuwa ból, z tego 45 osób odpowiedziało że tak, w tym 12 mężczyzn i 33 kobiety. Te 45 osób zostało poproszonych o wskazanie w którym miejscu odczuwają ból. Można było wskazać więcej niż 1 odpowiedź.



Ryc.15. Odpowiedzi na zadane pytania dotyczące istnienia jakiegokolwiek bólu i jego lokalizacji 74 osób sędziwych według płci.

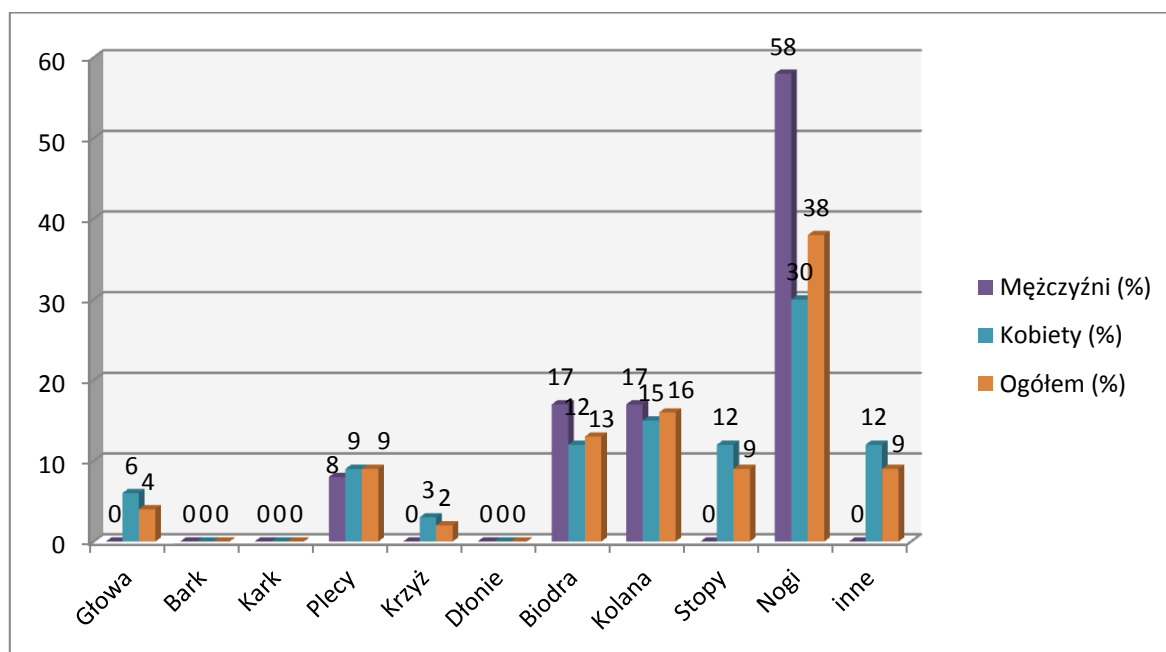
Dolegliwością bólową, którą ankietowani wymieniali najczęściej, był ból nóg – wskazało go aż 83% mężczyzn i 61% kobiet. Często ankietowani odczuwają także ból w różnych częściach nóg: biodrach i kolanach (po 27% odpowiedzi) oraz stopach (13%). Duży procent osób odczuwa też bóle kręgosłupa. Na odcinek piersiowy kręgosłupa (plecy) skarży się 25% badanych, a na odcinek lędźwiowy (krzyż) – 18%. Około 20% badanych osób skarży się natomiast na bóle głowy. Inne części ciała bolą ankietowanych znacznie rzadziej.

Umiejscowienie dolegliwości bólowych było podobne u mężczyzn jak i u kobiet, jednak można było zauważyć 2 drobne różnice:

- Mężczyźni nieco rzadziej od kobiet skarżą się na ból bioder, kolan i stóp, ale częściej ogólnie na ból nóg.
- Ból kręgosłupa dotyczy w nieco większym stopniu kobiet niż mężczyzn, przy czym kobiety znacznie częściej skarżą się na ból w odcinku piersiowym, a mężczyźni – w odcinku lędźwiowym.

#### 4.6.1.1. Najczęstsza lokalizacja bólu przewlekłego

Spośród ankietowanych osób 74 osoby udzieliły odpowiedzi na pytanie czy odczuwa przewlekły ból, z tego 45 osób odpowiedziało że tak, w tym 12 mężczyzn i 33 kobiety. Te 45 osób zostało poproszonych o wskazanie w którym miejscu odczuwają ból w sposób najbardziej dokuczliwy. Tym razem można było wskazać tylko jedną odpowiedź (w poprzednim pytaniu ankietowani mogli wskazać więcej niż jedną odpowiedź).



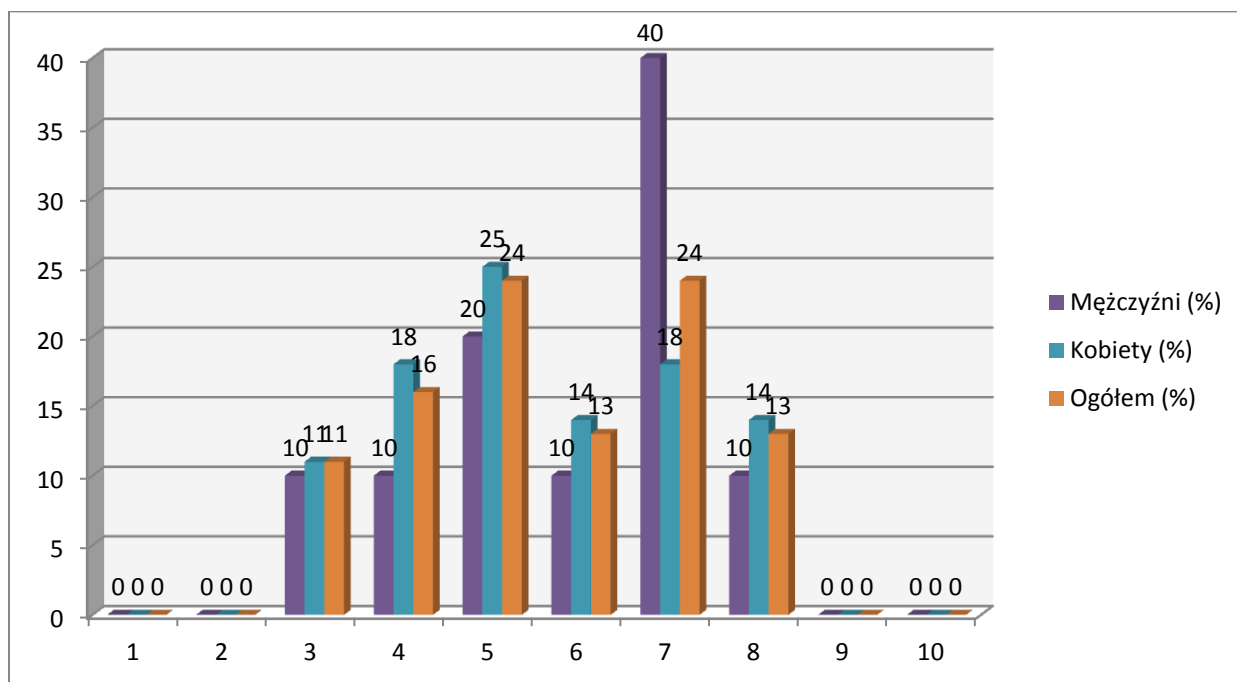
Ryc. 16. Odpowiedzi 74 osób według płci na zadane pytanie dotyczące najbardziej dokuczliwego, przewlekłego bólu ze wskazaniem lokalizacji. Respondenci mogli wskazać tylko jedną odpowiedź.

Podobnie jak w poprzednim pytaniu, dolegliwością bólową, którą ankietowani wymieniali najczęściej, był ból nóg – wskazało go aż 58% mężczyzn i 30% kobiet. Na kolejnych miejscach, podobnie jak w poprzednim pytaniu, ankietowani wskazywali kolana, biodra i stopy (odpowiednio 16%, 13% i 9%). Kolejna najczęstsza odpowiedź to ból piersiowego odcinka kręgosłupa (plecy) – jako najbardziej bolesne miejsce wymieniło je 9% badanych.

#### 4.7. Odczuwanie bólu w skali od „0” do „10”

Spośród ankietowanych osób 74 osoby udzieliły odpowiedzi na pytanie czy odczuwa ból, z tego 45 osób odpowiedziało że tak. Ankietowanym, którzy udzielili odpowiedzi pozytywnej, zadano pytanie: „Proszę ocenić natężenie bólu, który Pan(i) odczuwa (w skali od 0 do 10) przy założeniu, że 0 to brak bólu, zaś 10 to największy ból. Swoją ocenę proszę odnieść do aktualnie najbardziej bolesnego miejsca”. Niektórzy pytani odpowiadali, że

trudno jest im odpowiedzieć, natomiast 38 osób (w tym 10 mężczyzn i 28 kobiet) udzieliło odpowiedzi, których rozkład przedstawiono na ryc. 15.



Ryc. 17. Natężenie bólu odczuwanego (w skali od 0 do 10) przy założeniu, że 0 to brak bólu, zaś 10 to największy ból. Ocena odniesiona do aktualnie najbardziej bolesnego miejsca.

Ankietowani oceniali siłę dokuczającego im bólu na 3 do 8 punktów w 10-punktowej skali. Średnia wartość wyniosła 5.6 i była tylko minimalnie większa u mężczyzn (5.9) niż u kobiet (5.6). Również rozkład odpowiedzi był bardzo podobny w obu grupach, więc nie można powiedzieć, że jedna z tych grup odczuwa dolegliwości bólowe w sposób silniejszy niż druga. Co prawda na wykresie daje się zauważyć jeden wysoki słupek w grupie mężczyzn – ocenę „7” wskazało aż 40% mężczyzn, ale jest to tylko wynikiem bardzo małej liczby badanych osób w grupie mężczyzn (10 osób). Te 40% odpowiedzi dotyczy zaledwie 4 osób, jest to więc wynik, który można przyjąć jedynie za statystyczny błąd pomiaru. Warto tu również zaznaczyć, że oceny podawane przez badanych nie są miarą obiektywną, a jedynie ich subiektywnym odczuciem.

## 4.8. Tryb życia osób sędziwych

W ocenie trybu życia posłużono się następującymi kryteriami: 1) chodzący, 2) siedząco-chodzący, 3) siedzący, 4) leżąco-siedzący i 5) leżący.

Prawie połowa ankietowanych (42%) prowadzi tryb życia chodzący. Spora grupa badanych prowadzi tryb życia siedząco-chodzący (24%). Te 2 grupy stanowią w sumie 2/3

badanych. Pozostałe 1/3 nie jest już w pełni sił fizycznych i prowadzi mniej aktywny tryb życia.

Rozkład odpowiedzi jest minimalnie inny u mężczyzn i kobiet. W obu tych grupach podobny jest rozkład liczby osób prowadzących tryb życia chodzący (po około 40%) i leżący (po około 20%), ale w pozostałych przypadkach rozkład jest inny – u mężczyzn najczęściej był to tryb życia siedzący, natomiast u kobiet siedzący tryb życia występował najrzadziej; w tych pozostałych przypadkach najczęściej występował u kobiet tryb życia siedząco-chodzący.

W przypadku kobiet wyraźnie daje się zauważyć, że ich tryb życia jest bardziej aktywny niż u mężczyzn. Aż 68% kobiet prowadzi najbardziej aktywne tryby życia – chodzący lub siedząco-chodzący, natomiast u mężczyzn odsetek ten wynosi tylko 56%. Jednak z drugiej strony, w przypadku kobiet, które nie prowadzą tak aktywnego trybu życia, większość prowadzi tryb życia leżący. Bardzo mało jest kobiet, które prowadzą tryb życia siedzący. W przypadku mężczyzn rozkład poszczególnych wariantów jest bardziej równomierny.

Tab. 4. Tryb życia osób badanych a płeć.

Badane zmienne	Mężczyźni		Kobiety		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Chodzący	5	21,7	10	14,5	15	16,3
Siedząco-chodzący	1	4,4	8	11,6	9	9,8
Siedzący	4	17,4	3	4,4	7	7,6
Leżąco-siedzący	3	13,0	19	27,5	22	24,0
Leżący	10	43,5	29	42,0	39	42,3

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	4	6.8623	0.1433

Brak istotnej zależności pomiędzy badanymi zmiennymi ( $p=0,1433$ ).

## 4.9. Wybrane aspekty socjologiczne

### 4.9.1. Opiekunowie osób objętych badaniami

Spośród 92 ankietowanych osób 60 osób miało opiekuna. Najczęściej opiekunami starszych osób są ich własne dzieci. Duża grupa osób wśród opiekunów to także członkowie najbliższej rodziny (współmałżonkowie, synowa/zięć, brat/siostra lub inny krewny) oraz opiekun lub pielęgniarka opłacani przez respondenta lub jego rodzinę. U niewielkiej liczby ankietowanych opiekunem jest opiekun społeczny, przyjaciel, znajomy lub sąsiad. Opiekunowie badanych 92 osób sędziwych z uwzględnieniem udzielanej doraźnej pomocy

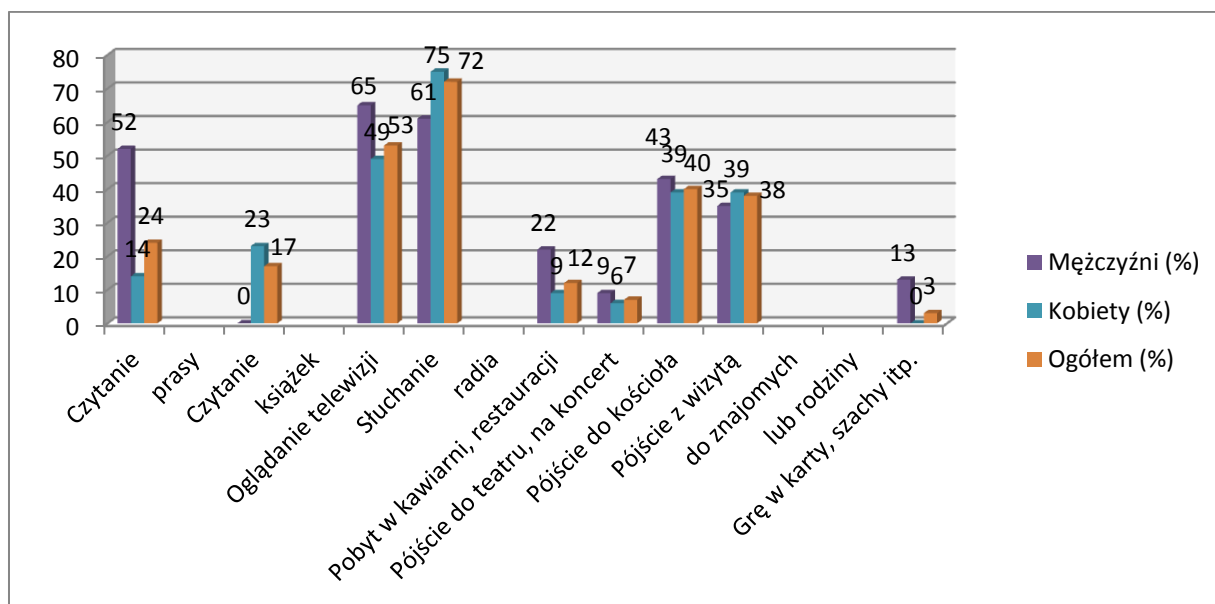


jakiej oczekiwali respondenci spośród rodziny, znajomych, pracowników socjalnych, medycznych.

### Formy aktywności, spędzanie czasu „wolnego”

Ankietowanym zadano pytanie zamknięte: „Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przeznaczał(a) Pan(i) swój, „wolny” czas na następujące czynności?”, z możliwością następujących odpowiedzi:

1. Czytanie prasy,
2. Czytanie książek,
3. Oglądanie telewizji,
4. Słuchanie radia,
5. Pobyt w kawiarni, restauracji,
6. Pójście do teatru, na koncert,
7. Pójście do kościoła,
8. Pójście z wizytą do znajomych lub rodziny
9. Gra w karty, szachy itp.



Ryc. 18. Odpowiedzi na pytanie: „Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przeznaczał(a) Pan(i) swój „wolny” czas na następujące czynności?”, z możliwością następujących odpowiedzi: czytanie, słuchanie, gry, oglądanie, wyjście do kawiarni, teatru, kościoła, znajomych, według płci.

Zdecydowanie najpopularniejszym sposobem spędzania „wolnego czasu” było słuchanie radia i oglądanie telewizji (odpowiednio 72% i 53% ankietowanych). Na kolejnych miejscach znalazły się: pójście do kościoła (40%) oraz pójście z wizytą do znajomych lub rodziny (38%). Pozostałe sposoby spędzania czasu były wskazywane przez respondentów zdecydowanie rzadziej: czytanie prasy – 24%, czytanie książek – 17%, pobyt w kawiarni, restauracji – 12%, pójście do teatru, na koncert – 7%, grę w karty, szachy itp. – 3%.

Rozkład sposobu spędzania wolnego czasu u mężczyzn i kobiet jest generalnie bardzo podobny, ale występuje kilka różnic:

- Mężczyźni chętniej oglądają telewizję niż słuchają radia, natomiast kobiety – odwrotnie. Nie są to jednak duże różnice.
- Mężczyźni bardzo chętnie czytają prasę (52%), natomiast w ogóle nie wskazali odpowiedzi „czytanie książek”. Kobiety czytają natomiast zarówno prasę jak i książki (odpowiednio 14% i 23%), ale w ogólności czytanie jako sposób spędzania czasu wskazywały rzadziej od mężczyzn.
- Mężczyźni wskazywali jako sposób spędzania wolnego czasu aktywne gry umysłowe takie jak grę w karty czy szachy – ten sposób aktywności wskazało 13% mężczyzn, ale żadna kobieta.

Ciekawym wydaje się porównanie dla każdego z przedstawionych sposobów spędzania wolnego czasu, jak często ankietowani, którzy odpowiedzieli pozytywnie na zadane pytanie, spędzają czas na danej aktywności – czy jest to sporadycznie (np. kilka razy w roku) czy często (np. kilka razy w tygodniu). Dlatego dla każdego sposobu spędzania czasu zadano ankietowanym następujące pytanie:

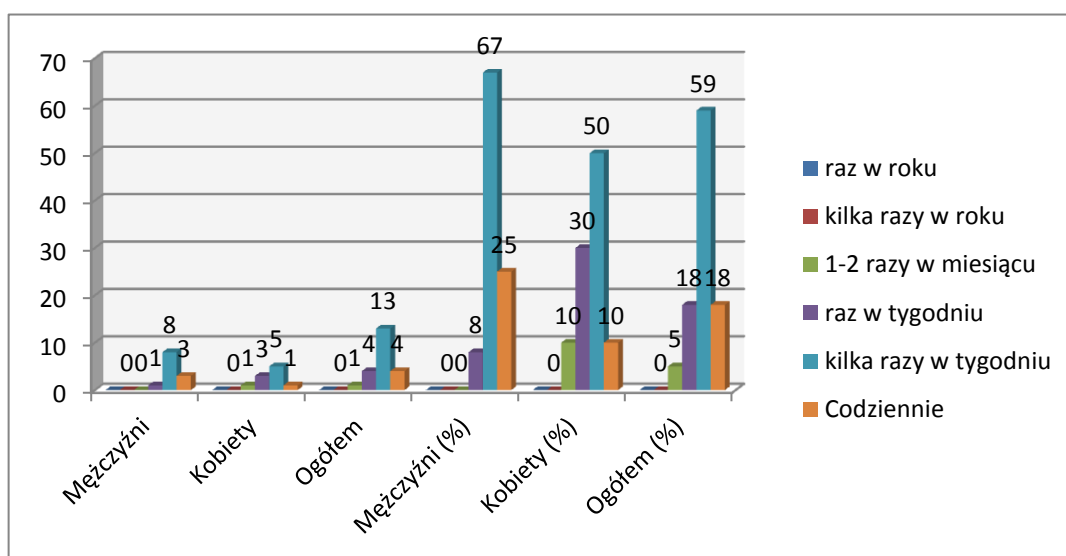
*Jak często spędzał(a) Pani czas w ten sposób? Proszę uwzględnić okres ostatnich 12 miesięcy.* Szczegółowe wyniki analizy przedstawione zostały poniżej.

### Czytanie prasy

Czytanie prasy jako sposób spędzania wolnego czasu wskazało 22 ankietowanych (w tym 12 mężczyzn i 10 kobiet). Stanowi to 24% badanych osób (w tym 52% mężczyzn i 14% kobiet).

Ankietowanym, którzy spędzają czas w powyższy sposób, zadano kolejne pytanie:

*Jak często spędzał(a) Pani czas w ten sposób? Proszę uwzględnić okres ostatnich 12 miesięcy.*



Ryc.19. Częstość spędzania podanej formy wypoczynku (ad ryc.18), deklarowana według płci.

Czytanie prasy znacznie częściej wybierają mężczyźni, niż kobiety – tę odpowiedź wskazało ponad połowa mężczyzn i tylko co siódma kobieta. Osoby, które deklarują czytanie

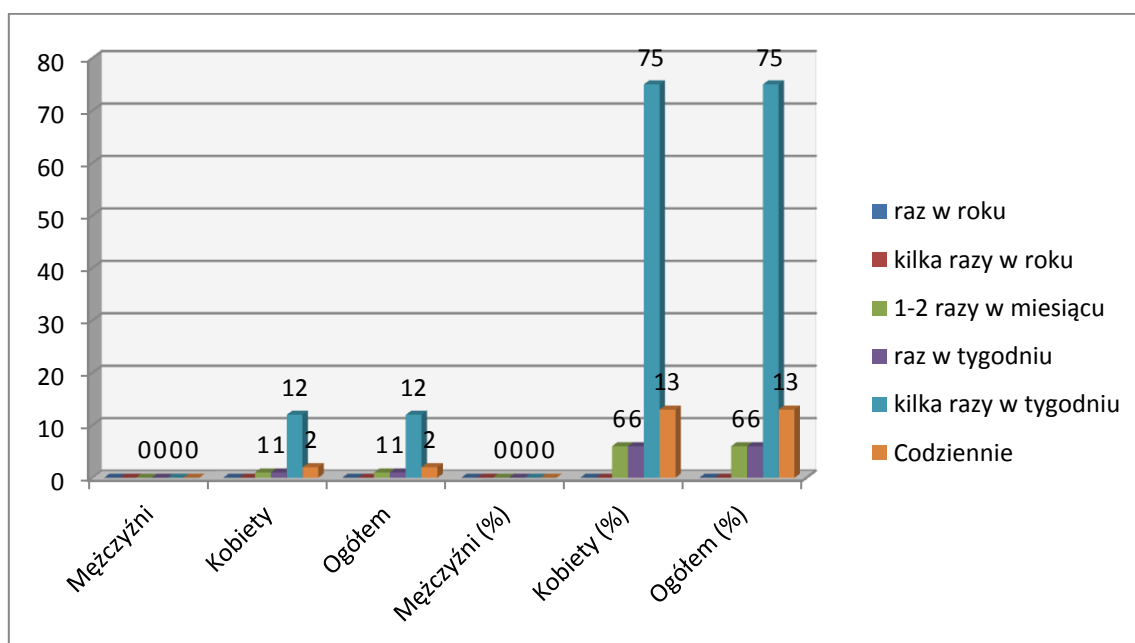
prasy, w większości czynią to bardzo często – przynajmniej kilka razy w tygodniu. Mężczyźni nie tylko częściej niż kobiety wskazali czytanie prasy jako sposób spędzania wolnego czasu, ale również spędzają w ten sposób więcej czasu – odpowiedź „kilka razy w tygodniu” lub częściej wskazało 92% mężczyzn i 60% kobiet.

### Czytanie książek

Czytanie książek jako sposób spędzania wolnego czasu wskazało 16 ankietowanych, przy czym były to wyłącznie kobiety. Żaden z mężczyzn nie wskazał tej odpowiedzi! Odsetek osób czytających książki wynosi więc 0% u mężczyzn i 23% u kobiet.

Ankietowanym, którzy spędzają czas w powyższy sposób, zadano kolejne pytanie:

*Jak często spędzał(a) Pani czas w ten sposób? Proszę uwzględnić okres ostatnich 12 miesięcy.*



Ryc.20. Częstość czytania książek – 23% ogółu ankietowanych kobiet deklarujących tę formę spędzania czasu. Mężczyźni nie deklarowali tej formy wypoczynku.

Czytanie prasy jako sposób spędzania wolnego czasu wskazywali znacznie częściej mężczyźni niż kobiety. Co ciekawe jednak, żaden mężczyzna nie wskazał czytania książek! Wynika stąd prosty wniosek, iż mężczyźni preferują czytanie gazet lub czasopism, a kobiety – książek.

Kobiety, które czytają książki, robią to bardzo często – aż 75% z nich kilka razy w tygodniu, a kolejne 13% - codziennie. Pozostałe ankietowane odpowiedziały, że czytają raz w tygodniu lub 1-2 razy w miesiącu.

Podsumowując zatem – osoby, które czytają prasę lub książki, oddają się tej czynności bardzo często, przynajmniej kilka razy w tygodniu, przy czym mężczyźni wybierają tylko

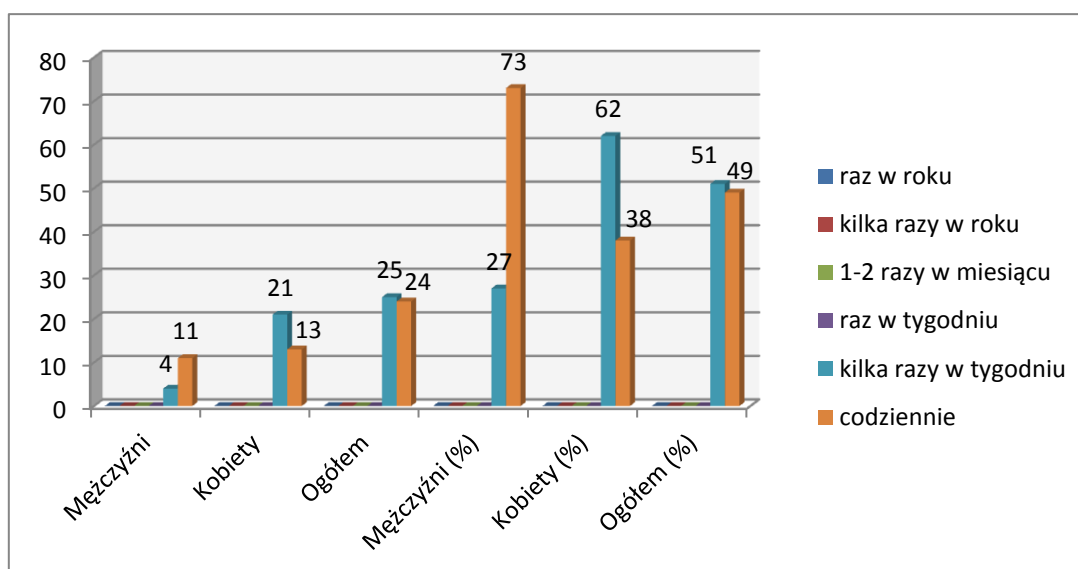
prasę, a kobiety – zarówno prasę jak i książki. Jednak czytanie jako sposób aktywności częściej wybierają mężczyźni, niż kobiety (prasę czyta 52% mężczyzn i 14% kobiet, a książki – 0% mężczyzn i 23% kobiet). Również sama częstość czytania wśród osób, które deklarują taki sposób spędzania czasu, jest wyższa u mężczyzn, którzy częściej niż kobiety wskazywali odpowiedź „codziennie”.

## Oglądanie telewizji

Oglądanie telewizji jako sposób spędzania wolnego czasu wskazało 49 ankietowanych (w tym 15 mężczyzn i 34 kobiety). Stanowi to 53% badanych osób (w tym 65% mężczyzn i 49% kobiet).

Ankietowanym, którzy spędzają czas w powyższy sposób, zadano kolejne pytanie:

*Jak często spędzał(a) Pani czas w ten sposób? Proszę uwzględnić okres ostatnich 12 miesięcy.*



Ryc. 21. Oglądanie telewizji jako sposób spędzania wolnego czasu wskazana przez 49 ankietowanych (w tym 15 mężczyzn i 34 kobiety). Stanowi to 53% badanych osób (w tym 65% mężczyzn i 49% kobiet) oraz częstość oglądania telewizji przez badanych w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

Oglądanie telewizji to druga (po słuchaniu radia) najczęściej wskazywana odpowiedź na pytanie o sposób spędzania czasu, a w przypadku mężczyzn ta aktywność była wskazywana nawet częściej niż słuchanie radia. Nie powinno to dziwić, gdyż radio i telewizor są w większości domów i nie wymagają dużego zaangażowania. Taki sposób spędzania czasu jest dostępny przy tym również dla osób prowadzących siedzący lub leżący tryb życia, a główną przeszkodą mogą być jedynie problemy ze wzrokiem lub słuchem.

Oglądanie telewizji zostało wskazane bardzo często zarówno w grupie mężczyzn, jak i kobiet – 65% mężczyzn i 49% kobiet ogląda telewizję i każdy z nich robi to codziennie lub kilka razy w tygodniu. Daje się zauważyć, że większy odsetek mężczyzn niż kobiet ogląda

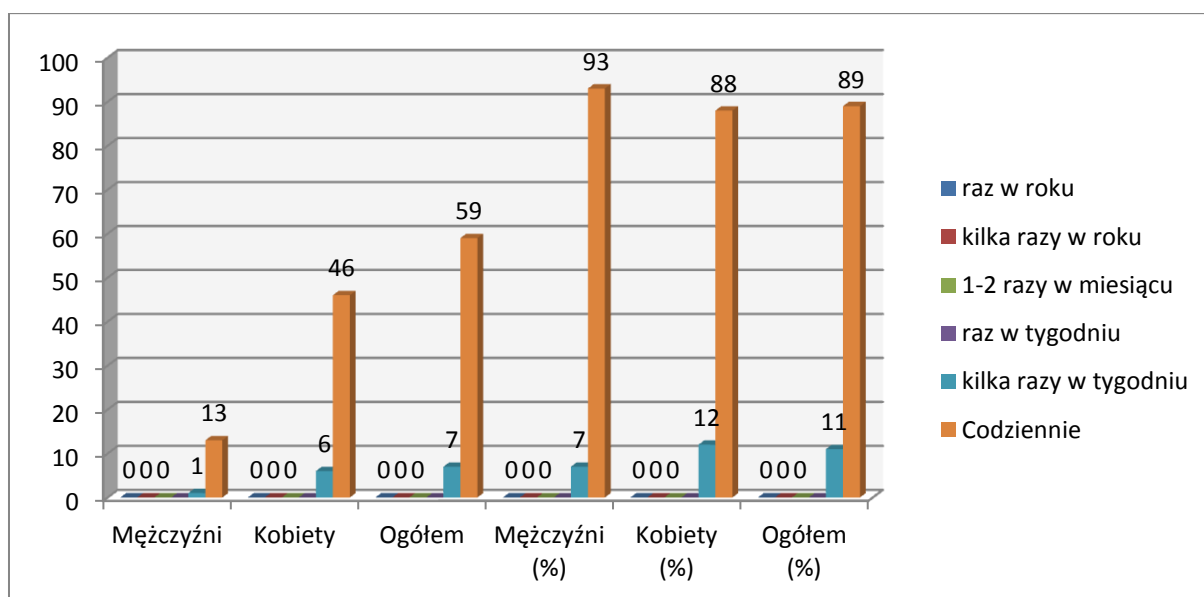
telewizję oraz że robią to częściej niż kobiety – codzienne oglądanie telewizji zadeklarowało 73% mężczyzn i 38% kobiet.

### Słuchanie radia

Słuchanie radia jako sposób spędzania wolnego czasu wskazało 66 ankietowanych (w tym 14 mężczyzn i 52 kobiety). Stanowi to 72% badanych osób (w tym 61% mężczyzn i 75% kobiet).

Ankietowanym, którzy spędzają czas w powyższy sposób, zadano kolejne pytanie:

*Jak często spędzał(a) Pani czas w ten sposób? Proszę uwzględnić okres ostatnich 12 miesięcy.*



Ryc. 22. Słuchanie radia, jako sposób spędzania wolnego czasu wskazanego przez 66 ankietowanych (72% - w tym 14 mężczyzn (61%) i 52 kobiety (75%). Stanowi to 72% badanych osób) oraz częstość w okresie ostatnich 12 miesięcy.

Słuchanie radia to najczęściej wskazywana odpowiedź na pytanie o sposób spędzania czasu. Ta odpowiedź była wskazywana na pierwszym miejscu wśród kobiet, a w przypadku mężczyzn tylko nieznacznie ustępowała oglądaniu telewizji.

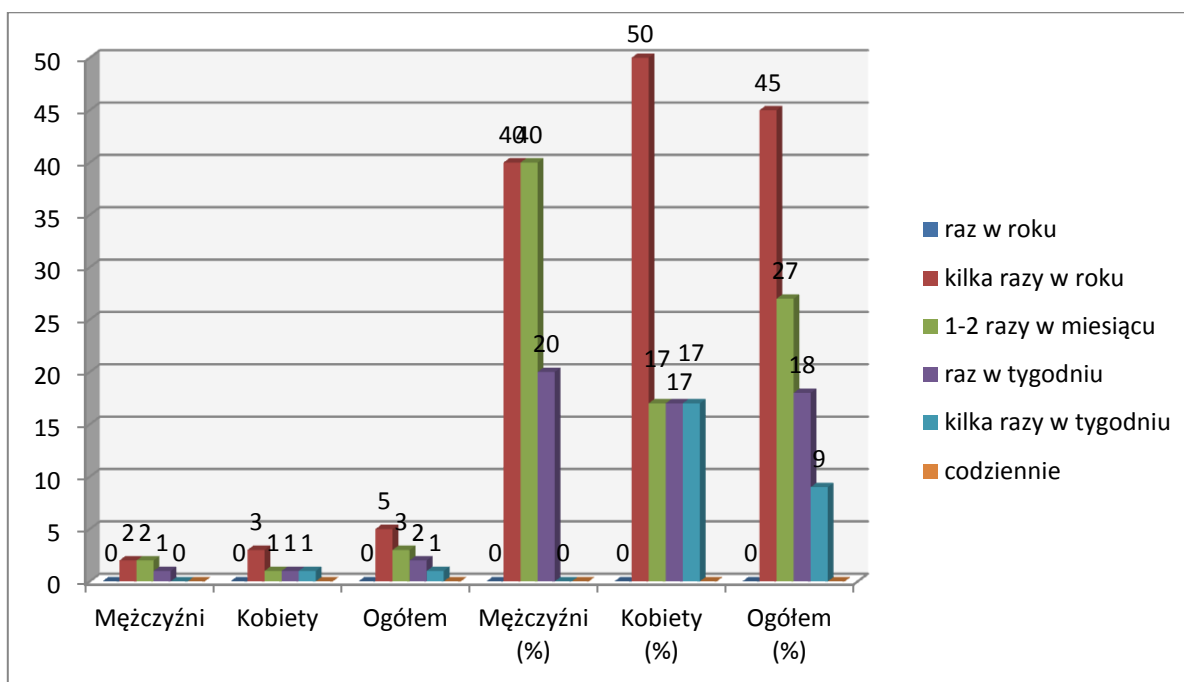
Słuchanie radia to nie tylko najczęściej wskazywana odpowiedź – to również sposób spędzania czasu, który ci, którzy ją zadeklarowali, robią codziennie – aż 89% ankietowanych (93% mężczyzn i 88% kobiet) słucha radia codziennie, a pozostali – przynajmniej kilka razy w tygodniu.

### Pobyt w kawiarni, restauracji

Ten sposób spędzania wolnego czasu wskazało 11 ankietowanych (w tym 5 mężczyzn i 6 kobiet). Stanowi to 12% badanych osób (w tym 22% mężczyzn i 9% kobiet).

Ankietowanym, którzy spędzają czas w powyższy sposób, zadano kolejne pytanie:

*Jak często spędzał(a) Pani czas w ten sposób? Proszę uwzględnić okres ostatnich 12 miesięcy.*



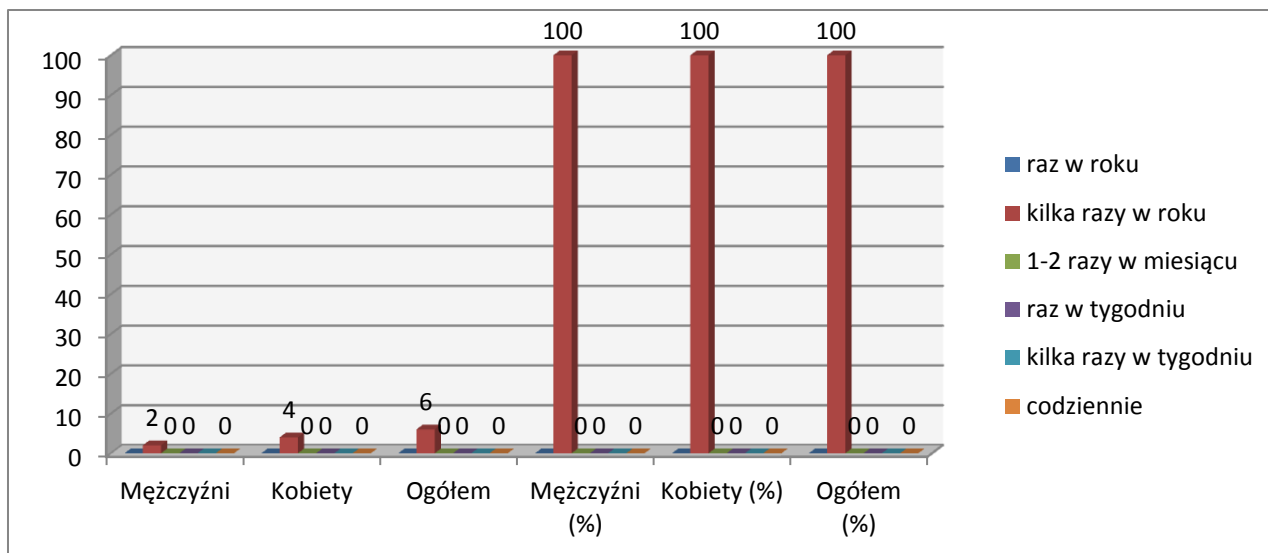
Ryc.23. Częstość bywania w kawiarni w ostatnich 12 miesiącach, jako podawany sposób spędzania wolnego czasu według płci.

Wizyta w kawiarni lub restauracji to bardzo rzadko wskazywany sposób spędzania czasu, a osoby, które się już decydują na taką wizytę, najczęściej robią to tylko kilka razy w roku. Nie powinno to dziwić, gdyż z taką wizytą wiążą się pewne koszty, na które osoby starsze – zazwyczaj o niskich dochodach – nie mogą sobie pozwolić zbyt często. Kolejną przeszkodą w takim sposobie spędzania czasu jest fakt, iż wiąże się on z wyjściem z domu, czasami na dużą odległość, co może stanowić pewien problem dla osób po 90 roku życia. Wreszcie kolejny aspekt – osoby starsze to zazwyczaj osoby samotne, a taki sposób spędzania czasu wiąże się raczej ze spotkaniem z innymi osobami, np. przyjaciółmi, rodziną lub znajomymi. Osoby samotne nie wybierają więc wizyty w kawiarni/restauracji czasami dlatego, że nie mają się z kim wybrać na taką wizytę.

### **Pójście do teatru lub na koncert**

Pójście do teatru lub na koncert jako sposób spędzania wolnego czasu wskazało zaledwie 6 ankietowanych (w tym 2 mężczyzn i 4 kobiety). Stanowi to 7% badanych osób (w tym 9% mężczyzn i 6% kobiet).

Ankietowanym, którzy spędzają czas w powyższy sposób, zadano kolejne pytanie: Jak często spędzał(a) Pani czas w ten sposób? Proszę uwzględnić okres ostatnich 12 miesięcy.



Ryc. 24. Pójście do teatru jako forma sposób spędzania czasu, w ostatnich 12 miesiącach, deklarowana według wieku i płci z ogółu respondentów.

Pójście do teatru lub na koncert to zdecydowanie najrzadziej wybierany sposób spędzania czasu. Zaledwie pojedyncze osoby wskazały tę odpowiedź i wszystkie z nich zadeklarowały, że robią to tylko kilka razy w roku. Przyczyny tego stanu są identyczne, jak w przypadku wyjścia do kawiarni lub restauracji (przyczyny ekonomiczne, konieczność przemieszczenia się na dużą odległość, samotność), tylko występują w jeszcze większym zakresie.

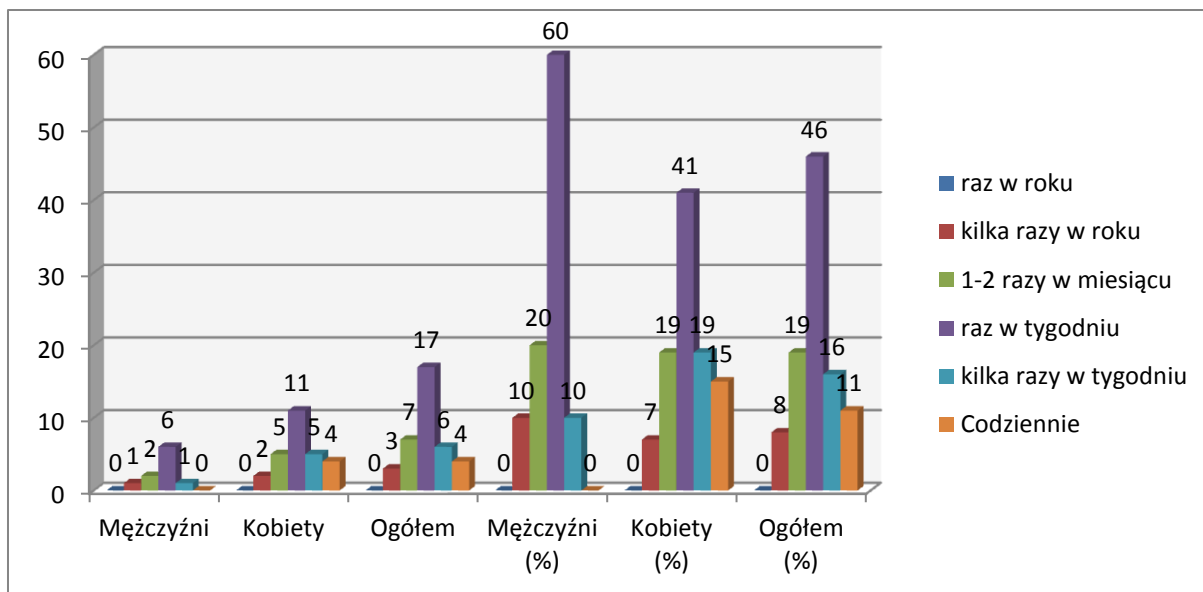
Ponadto wyjście do teatru lub na koncert stawia przed osobami starszymi znacznie większe wyzwania, niż np. wizyta w kawiarni – jest tutaj potrzebna lepsza kondycja fizyczna, konieczny jest także brak problemów ze wzrokiem czy słuchem.

### Pójście do kościoła

Uczęszczanie do kościoła wskazało 37 ankietowanych (w tym 10 mężczyzn i 27 kobiet). Stanowi to 40% badanych osób (w tym 43% mężczyzn i 39% kobiet).

Ankietowanym, którzy spędzają czas w powyższy sposób, zadano kolejne pytanie:

*Jak często spędzał(a) Pani czas w ten sposób? Proszę uwzględnić okres ostatnich 12 miesięcy.*



Ryc.25. Deklarowana częstość uczęszczania do kościoła w ostatnich 12 miesiącach, według płci.

Pójście do kościoła to jedna z najczęściej wskazywanych aktywności u osób po 90 roku życia. Decyzja o wyjściu ma jednak w tym przypadku w większym stopniu znaczenie religijne i związane jest bardziej nie tyle z chęcią danej osoby do wizyty w kościele, ile z fizyczną możliwością uczęszczania w praktykach religijnych. Warto zauważyć, że odsetek osób, które uczęszczają do kościoła (40%) pokrywa się w znacznym stopniu z odsetkiem osób, które prowadzą chodzący tryb życia (43%).

Osoby starsze to zazwyczaj osoby bardzo religijne, które starają się praktykować w sposób czynny. Dlatego nie powinien dziwić fakt, że zdecydowana większość osób (70% mężczyzn i 75% kobiet) chodzi do kościoła przynajmniej raz w tygodniu. Można też zauważyć, że kobiety przejawiają trochę większą częstość chodzenia do kościoła – o ile mężczyźni wskazują głównie odpowiedź „raz w tygodniu” (a więc prawdopodobnie na niedzielną mszę), o tyle kobiety często wskazują również odpowiedzi „kilka razy w tygodniu” lub „codziennie”.

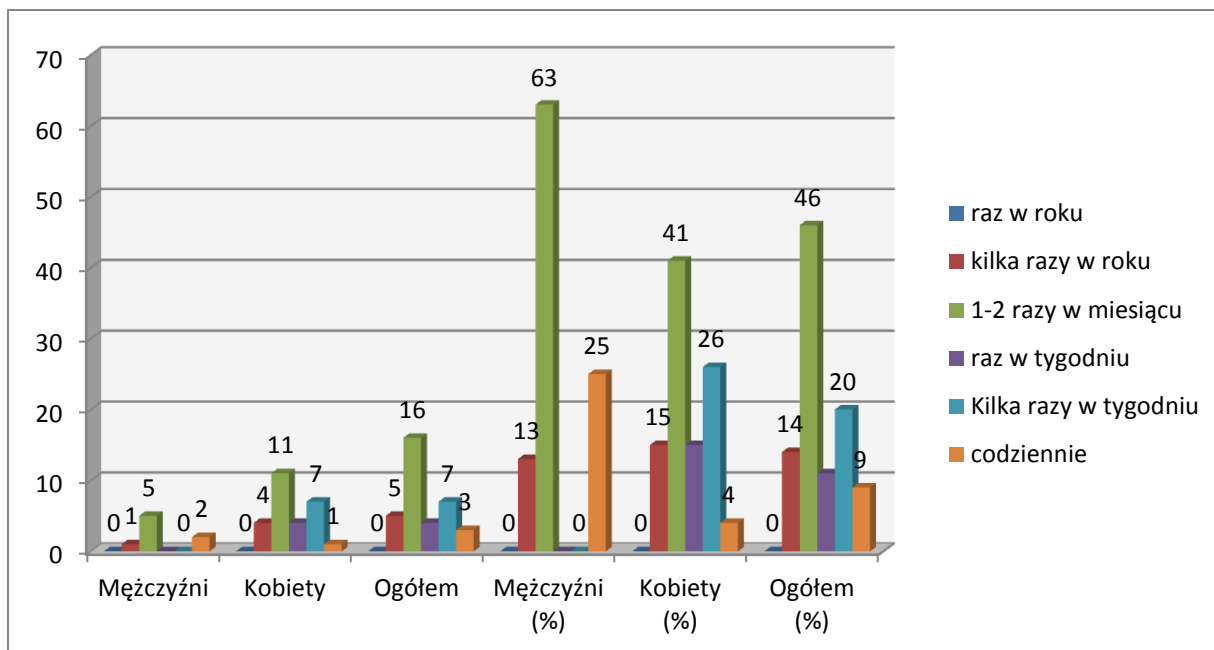
### Pójście z wizytą do znajomych lub rodziny

Pójście z wizytą do znajomych lub rodziny jako sposób spędzania wolnego czasu wskazało 35 ankietowanych (w tym 8 mężczyzn i 27 kobiet). Stanowi to 38% badanych osób (w tym 35% mężczyzn i 39% kobiet).

Ankietowanym, którzy spędzają czas w powyższy sposób, zadano kolejne pytanie:

*Jak często spędzał(a) Pani czas w ten sposób? Proszę uwzględnić okres ostatnich 12 miesięcy.*





Ryc. 26. Pójście z wizytą do znajomych lub rodziny jako sposób spędzania wolnego wśród 38% ogółu oraz częstość w ostatnich 12 miesiącach badanych kobiet i mężczyzn.

Wizyta u znajomych lub u rodziny to jeden z częściej wskazywanych sposobów spędzania czasu. Odsetek osób, które wybrały tę odpowiedź wynosi 38%. Biorąc pod uwagę fakt, że odsetek ten jest niewiele niższy, niż odsetek osób prowadzących chodzący tryb życia (43%) oraz że ten sposób spędzania czasu wiąże się z koniecznością wyjścia z domu, można uznać wizytę u znajomych lub rodziny za bardzo popularny sposób spędzania czasu.

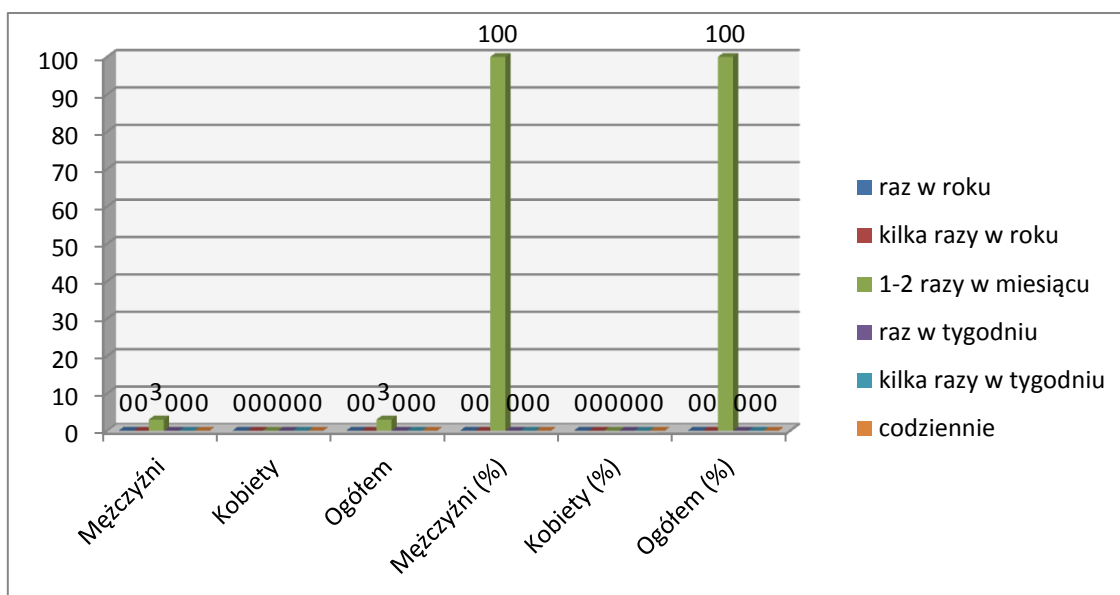
Rozkład częstości wizyt jest bardzo zróżnicowany. Wśród ankietowanych były zarówno osoby, które na takie wizyty wybierają się tylko kilka razy w roku, jak i osoby odwiedzające znajomych codziennie. Zróżnicowanie widać nawet pomiędzy grupą mężczyzn a kobiet, choć trudno jednoznacznie wskazać, w której z tych grup częstość wizyt jest większa. Mężczyźni wskazali głównie odpowiedź „1-2 razy w miesiącu”, a w ogóle nie wskazali „raz w tygodniu” ani „kilka razy w tygodniu”, natomiast kobiety najczęściej wskazały odpowiedź „1-2 razy w miesiącu”, ale ponadto wskazywały często odpowiedzi „raz w tygodniu” i „kilka razy w tygodniu”. Jednak odpowiedź „codziennie” wskazało aż 25% mężczyzn i tylko 4% kobiet.

#### Gra w karty, szachy itp.

Grę w karty, szachy itp. jako sposób spędzania wolnego czasu wskazało zaledwie 3 ankietowanych (wszyscy z nich to mężczyźni). Stanowi to 3% badanych osób (13% badanych mężczyzn).

Ankietowanym, którzy spędzają czas w powyższy sposób, zadano kolejne pytanie:

*Jak często spędzał(a) Pani czas w ten sposób? Proszę uwzględnić okres ostatnich 12 miesięcy.*



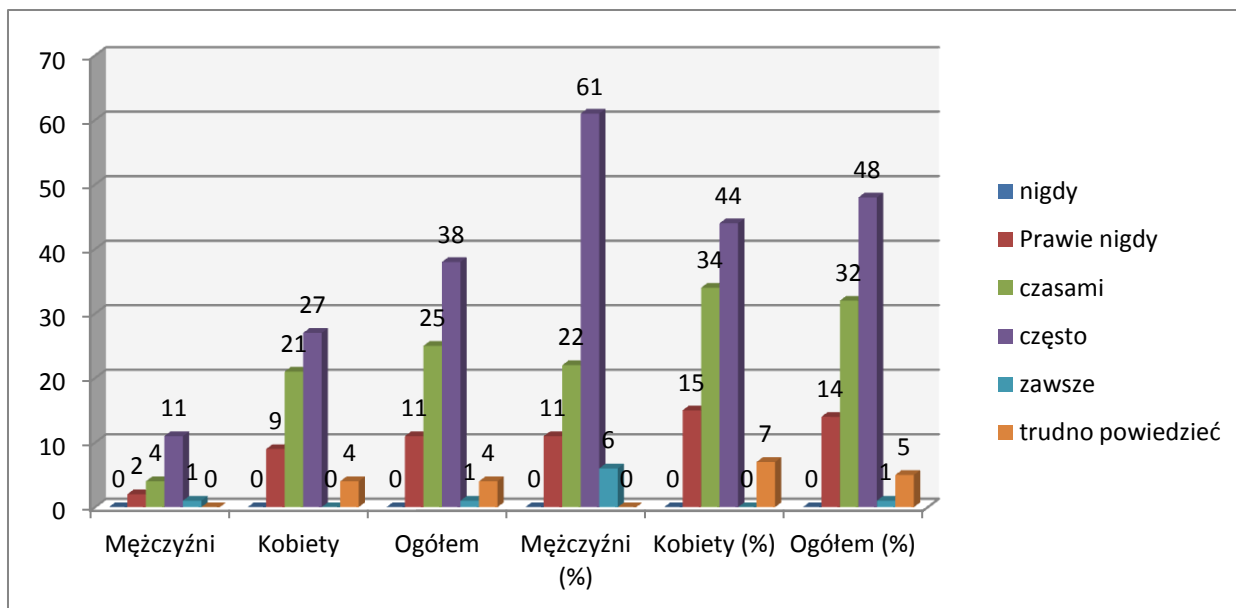
Ryc.27. Deklarowane gry w karty, szachy oraz częstość podanej formy w ostatnich 12 miesiącach wg płci.

Aktywne gry umysłowe – takie jak grę w karty lub szachy – wskazało niewielu ankietowanych, jest to zatem raczej mało popularny sposób spędzania wolnego czasu. Również częstość spędzania czasu w ten sposób jest niewielka – wszyscy ankietowani, którzy grają w karty lub szachy odpowiedzieli, że robią to 1-2 razy w miesiącu.

Tego typu spędzanie czasu wymaga od graczy pewnego wysiłku intelektualnego, co w przypadku osób powyżej 90 roku życia może stanowić pewien problem. Z tego też powodu trudno się dziwić, że tak mało osób było zainteresowanych takim sposobem aktywności.

#### 4.9.2. Samotność

Ankietowanym zadano pytanie: „*Jak często czuje się Pan(i) osamotniony(a)?*” Odpowiedzi udzieliło 79 osób.

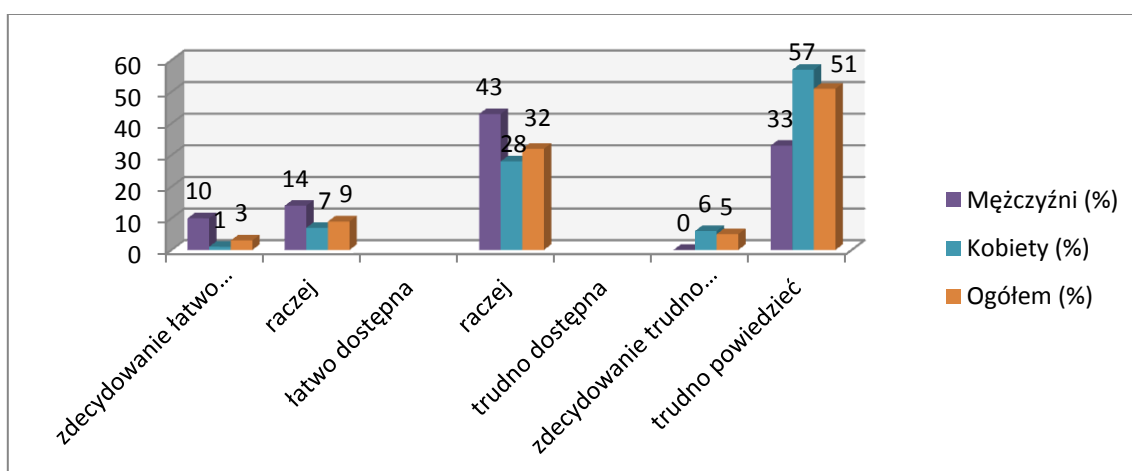


Ryc. 28. Odpowiedzi na zadane pytanie: „Jak często czuje się Pan(i) osamotniony(a)?” według płci.

Z przeprowadzonych badań wynika, że osoby starsze czują się samotne. Najczęściej występującą odpowiedzią było „często” (48% ankietowanych) oraz „czasami” (32%). Żadna z ankietowanych osób nie odpowiedziała natomiast, że nigdy nie czuje się samotna. Mężczyźni czują się bardziej samotni niż kobiety – 61% mężczyzn odpowiedziało, że często czują się samotni, a 22% że czasami. Wśród kobiet było to odpowiednio 44% i 34%.

### 4.9.3. Dostępność lekarza

Ankietowanym zadano pytanie: „Jak Pan(i) ocenia dostępność do bezpłatnej specjalistycznej opieki lekarskiej?” Odpowiedzi udzieliło 88 osób.



Ryc.29. Odpowiedzi respondentów i opiekunów pytanie: „Jak Pan(i) ocenia dostępność do bezpłatnej specjalistycznej opieki lekarskiej?” Odpowiedzi udzieliło 88 osób.

Większość ankietowanych (51%) nie miała zdania w tej sprawie – odpowiedziała, że trudno powiedzieć. Wśród pozostałych ankietowanych najczęstszą odpowiedzią było „*raczej trudno dostępna*” – takiej odpowiedzi udzieliło 32% ankietowanych, w tym 43% mężczyzn i 28% kobiet.

Rozkład odpowiedzi sugeruje, że ankietowani mają raczej złe wyobrażenie o dostępności do opieki medycznej, choć nie zupełnie złe – wybierając najczęściej odpowiedź „*raczej trudno dostępna*”, ale prawie nie wskazując odpowiedzi „*zdecydowanie trudno dostępna*”

#### 4.9.4. Opieka medyczna

---

Ankietowanym zadano pytanie: „*Czy jest Pan(i) zadowolony(a) z opieki medycznej, którą Pan(i) otrzymał(a) w ciągu ostatnich 12 miesięcy?*”. Odpowiedzi udzieliło 86 osób.

Zdecydowana większość ankietowanych, bo aż 56% (w tym 60% mężczyzn i 55% kobiet) odpowiedziała, że jest raczej zadowolona z opieki medycznej. Pozostałe odpowiedzi były wybierane dużo rzadziej.

Co ciekawe, odpowiedzi udzielane przez ankietowanych na to pytanie dość mocno kontrastują z odpowiedziami na poprzednie pytanie – o dostępność do opieki lekarskiej. Mimo, iż ankietowani uważają, że opieka lekarska jest raczej trudno dostępna, to są jednak z tej opieki raczej zadowoleni!

Tab. 5. Poziom zadowolenia z opieki medycznej a płeć badanych.

Warianty odpowiedzi	Mężczyźni		Kobiety		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Zdecydowanie zadowolony(a)	1	4,3	10	14,5	11	11,9
Raczej zadowolony(a)	12	52,2	36	52,2	48	52,2
Trudno powiedzieć	8	34,8	17	24,6	25	27,2
Raczej niezadowolony	2	8,7	5	7,2	7	7,6
Zdecydowanie niezadowolony	0	0,0	1	1,5	1	1,1

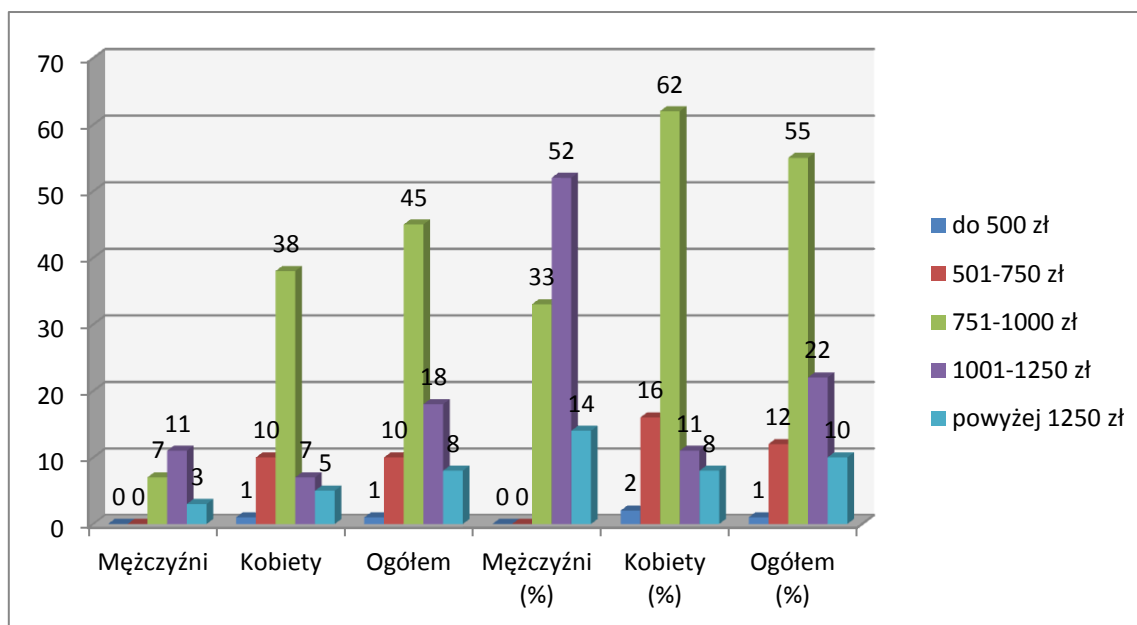
Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	4	2.5191	0.6412

Ocena sytuacji finansowej przez samych badanych wypada różnie. Jak wynika z tabeli nr 5 większość ankietowanych uważa, że ich dochody nie są wysokie, ale żyje oszczędnie i pozwala to na zaspokojenie wszystkich ich potrzeb materialnych. Kolejnym wskazaniem było, że pieniędzy wystarcza ale tylko na najtańsze ubranie i jedzenie.

W wyniku przeprowadzonej statystycznej analizy danych stwierdzono, że płeć badanych nie miała wpływu na ocenę sytuacji finansowej ( $p=0,6412$ ).

#### 4.9.5. Dochody

Ankietowanym zadano pytanie o wysokość ich dochodów. Odpowiedzi udzieliły 82 osoby. Pozostałe osoby nie potrafiły określić swoich dochodów lub odmówiły odpowiedzi.



Ryc.30. Deklarowane wysokość rent i emerytur przez respondentów bądź opiekunów. Odpowiedzi udzieliły 82 osoby.

Z przedstawionych odpowiedzi wynika, że generalnie rzecz biorąc osoby starsze są osobami o niskich dochodach. Tylko 10% z nich miało dochody powyżej 1250 zł, a tylko 22% dochody w przedziale od 1001 do 1250 zł. Największa grupa ankietowanych (55%) to osoby z dochodem w przedziale od 751 do 1000 zł. Natomiast dochody poniżej 750 zł wskazało tylko 13% badanych.

Wśród dochodów mężczyzn i kobiet daje się wyraźnie zauważyć bardzo istotne różnice – dochody mężczyzn są większe ( $p=0,0023$ ). Wśród mężczyzn przeważają osoby z dochodem w przedziale od 1001 do 1250 zł, a wśród kobiet – w przedziale od 751 do 1000 zł. W obu przypadkach te przedziały są wskazywane przez ponad połowę ankietowanych mężczyzn lub kobiet (odpowiednio 52% mężczyzn i 62% kobiet).

Te dysproporcje wynikają z wielu czynników. Mężczyźni posiadają zazwyczaj lepiej płatną pracę, pracują dłużej, później przechodzą na emeryturę. To wszystko sprawia, że ich średni dochód jest trochę wyższy od średniego dochodu kobiet.

#### 4.9.6. Sytuacja finansowa

Wysokość osiąganego dochodu nie zawsze ma bezpośredni wpływ na odczucia ankietowanych co do ich sytuacji materialnej. Wiele tutaj zależy od poziomu życia w przeszłości, od aktualnych potrzeb i aktualnych możliwości. Osoby starsze to często osoby schorowane, który duży procent swojego budżetu muszą przeznaczać na leki. Z drugiej strony – takie osoby raczej w małym stopniu uczestniczą w życiu społecznym, często nie są już w stanie opuszczać domu, więc nie ponoszą dużych wydatków np. na rozrywki. Ich potrzeby finansowe w głównej mierze sprowadzają się do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych – są to głównie wydatki na jedzenie, ubranie, leki, opłaty za czynsz, prąd, gaz czy telefon.

Ankietowanym zadano pytanie, w jaki sposób oceniają swoją sytuację finansową – czy wystarcza im pieniędzy na wszystko bez oszczędzania, czy muszą się ograniczać, czy może nie starcza im pieniędzy nawet na najtańsze jedzenie i ubranie. Odpowiedzi udzieliło 86 osób. Rozkład odpowiedzi przedstawiono w tab. nr 6.

Tab. 6 Samoocena sytuacji finansowej a płeć badanych.

Warianty odpowiedzi	Mężczyźni		Kobiety		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Wystarcza na wszystko bez specjalnego oszczędzania	3	13,0	3	4,4	6	6,5
Żyjemy oszczędnie i wystarcza na wszystko	13	56,5	29	42,0	42	45,7
Żyjemy bardzo oszczędnie aby odłożyć na poważniejsze zakupy	0	0,0	2	2,9	2	2,2
Pieniądzy wystarcza na najtańsze jedzenie i ubranie	3	13,0	21	30,4	24	26,1
Pieniądzy wystarcza tylko na najtańsze jedzenie nie wystarcza na ubranie	0	0,0	2	2,9	2	2,2
Pieniądzy nie wystarcza nawet na najtańsze jedzenie i ubranie	4	17,5	12	17,4	16	17,3

Jak widać, większość ankietowanych uważa, że ich dochody nie są wysokie, ale żyje oszczędnie i pozwala to na zaspokojenie wszystkich ich potrzeb materialnych. Taką odpowiedź wskazało 49% ankietowanych, w tym 62% mężczyzn i 45% kobiet. Kolejną najczęściej wskazywaną odpowiedzią było, że pieniędzy wystarcza, ale tylko na najtańsze jedzenie i ubranie. Taką odpowiedź podało 14% mężczyzn i 32% kobiet.

Podobnie jak w przypadku pytania o wysokość dochodów daje się zauważyć, że mężczyźni generalnie lepiej oceniają swoją sytuację materialną.

Tab. 7. Wyniki regresji logistycznej.

Rezultaty regresji logistycznej						
Analiza estymacji największej wiarygodności						
Parametr		DF	Wartość oszacowana	Błąd standardowy	Test Chi-Kwadrat Walda	Poziom istotności testu
Wyraz wolny	0	1	8.7827	2.0784	17.8563	<0.001

Wyraz wolny	2	1	9.3925	2.1301	19.4421	<0.001
Wyraz wolny	3	1	10.5630	2.2221	22.5962	<0.001
Wyraz wolny	4	1	12.2822	2.3070	28.3438	<0.001
Wyraz wolny	5	1	14.7933	2.4383	36.8083	<0.001
Wyraz wolny	6	1	15.9562	2.5037	40.6145	<0.001
Wyraz wolny	7	1	17.2465	2.6531	42.2563	<0.001
Słuch		1	-1.7483	0.4407	15.7387	<0.001
Logiczność		1	-0.1070	0.0310	11.8953	0.0006
Zaburzenia świadomości		1	-0.3782	0.1379	7.5280	0.0061
Choroby płuc		1	-1.6516	0.5181	10.1640	0.0014
Kamica nerkowa		1	2.6032	0.6773	14.7716	0.0001
Przepuklina		1	-1.0909	0.4098	7.0857	0.0078
Depresja		1	-1.3253	0.6653	3.9678	0.0464

Iloraz odds			
Czynnik	Wartość oszacowana	95% limit pewności Walda	
Słuch	0.174	0.073	0.413
Logiczność	0.899	0.846	0.955
Zaburzenia świadomości	0.685	0.523	0.898
Choroby płuc	0.192	0.069	0.529
Kamica nerkowa	13.508	3.581	50.947
Przepuklina	0.336	0.150	0.750
Depresja	0.226	0.072	0.979

1. Badano regresję logistyczną stanu zdrowia względem następujących zmiennych objaśniających: *Wzrok, Słuch, Logiczność, Pogorszenie pamięci, Zaburzenia świadomości, Samopoczucie, Nadciśnienie, Arytmia, Migotanie przedsionków, Udar mózgu, Choroba Parkinsona, Epilepsja, Nowotwór, Choroby płuc, Choroba wrzodowa, Kamica nerkowa, Zakażenia moczowe, Niewydolność nerek, Cukrzyca, Tarczyca, Osteoporoza, Złamanie biodra, Proteza biodra, Protezy zębowe, Zęby Przepuklina, WZW, Depresja, Choroba psychiczna.*

2. W celu uzyskania najlepszego zestawienia zmiennych objaśniających przeprowadzono procedurę ich wstecznej eliminacji. W wyniku tego jedynymi istotnymi zmiennymi objaśniającymi okazały się: *słuch, logiczność, zaburzenie świadomości, choroby płuc, kamica nerkowa, przepuklina i depresja.* Z analizy ilorazu odds wynika, że największy wpływ na samoocenę stanu zdrowia ma kamica nerkowa. Współczynnik determinacji ostatecznie otrzymanego modelu wyniósł 69,22% a model okazał się statystycznie istotny. Ogólnie na wartość zmiennej objaśnianej w tym modelu miały wpływ zmienne: *słuch, logiczność, i choroby płuc.*

## 4.10. Opis zmiennych diagnostycznych

### I wizyta:

- ☒ **Płeć:** oparte na I.1, warianty odpowiedzi: 1–kobieta, 0–mężczyzna;
- ☒ **Grupa wiekowa:** oparte na II, warianty odpowiedzi: 1–90–letnie, 2–95–letnie, 3–100 lat i powyżej;
- ☒ **Wzrok:** oparte na III.A1.2, numery przeczytanych wierszy na tablicy;

- ☒ **Aparat słuchowy:** oparte na III.A1.4, warianty odpowiedzi: 1–tak, 2–nie, 0–brak (stan pacjenta uniemożliwia wykonanie badania);
- ☒ **Słuch:** oparte na III.A2.1, warianty odpowiedzi: 3–respondent słyszy mowę normalnej głośności (szept z odległości 3 m), 2–respondent słyszy tylko głośną mowę, 1–respondent słyszy tylko pojedyncze słowa wypowiedzane bardzo głośno, 0–stan pacjenta uniemożliwia wykonanie badania;
- ☒ **Logiczność:** oparte na III.B – suma sum poprawnych odpowiedzi na pytania z bloków B1, B2, B3 i B4, przy czym odpowiedzi na III.B3 są w tym sumowaniu ważone (tj. pomnożone) wagą 3, zaś B4– wagą 2 (zdolność zapamiętywania ma przewagę nad prostymi pytaniami o otaczającą rzeczywistość, nad wszystkim zaś góruje inteligencja badana tutaj poprzez sprawdzanie umiejętności rachunkowej);
- ☒ **Pogorszenie pamięci:** oparte na III.C2 warianty odpowiedzi: 0–tak, 2–nie, 1–trudno (trudno powiedzieć) lub brak (brak możliwości udzielenia odpowiedzi przez opiekuna – według pyt. III.C1);
- ☒ **Zaburzenia świadomości:** oparte na III.C8, warianty odpowiedzi: 0–cały czas, 1–codziennie lub prawie codziennie, 2–2–3 razy w tygodniu, 3–kilka razy w miesiącu, 4–sporadycznie, rzadziej niż raz miesiącu, 5–trudno powiedzieć, 6– brak zaburzeń (według pyt. III.C7);
- ☒ **Samopoczucie:** oparte na III.D1 - liczba odpowiedzi o pozytywnej konotacji, tzn. „tak” na pytania III.D1.1, III.D1.5, III.D1.7, III.D1.11, III.D1.13 oraz „nie” na pozostałe pytania z tego działu
- ☒ **Mierzenie ciśnienia:** oparte na IV.A1, warianty odpowiedzi: 6–w ciągu ostatniego miesiąca, 5–w ciągu ostatnich 6 miesięcy, 4–w ciągu minionego roku, 3–w ciągu minionych 2 lat, 2–dawniej niż dwa lata temu, 1–nie wiem, nie pamiętam, 0–nigdy;
- ☒ **Nadciśnienie:** oparte na IV.A2, warianty odpowiedzi: 0–tak, 2–nie, 1–nie wiem, nie pamiętam;
- ☒ **Arytmia:** oparte na IV.A6, warianty odpowiedzi: 0–tak, 2–nie, 1–trudno powiedzieć, nie pamiętam;
- ☒ **Migotanie przedsionków:** oparte na IV.A7, warianty odpowiedzi: 0–tak, 2–nie, 1–trudno powiedzieć, nie pamiętam;
- ☒ **Udar mózgu:** oparte na IV.B1, warianty odpowiedzi: 0–tak, 2–nie, 1–trudno powiedzieć, nie pamiętam;
- ☒ **Choroba Parkinsona:** oparte na IV.B5, warianty odpowiedzi: 0–tak, 2–nie, 1–trudno powiedzieć, nie wiem;
- ☒ **Epilepsja:** oparte na IV.B6, warianty odpowiedzi: 0–tak, 2–nie, 1–nie wiem;
- ☒ **Nowotwór:** oparte na IV.C1, warianty odpowiedzi: 0–tak, 2–nie, 1–nie wiem, nie pamiętam;
- ☒ **Choroby płuc:** oparte na IV.D1, warianty odpowiedzi: 0–tak, 2–nie, 1–nie wiem, nie pamiętam;
- ☒ **Choroba wrzodowa:** oparte na IV.E1, warianty odpowiedzi: 0–tak, 2–nie, 1–nie wiem;
- ☒ **Kamica nerkowa:** oparte na IV.F1, warianty odpowiedzi: 0–tak, 2–nie, 1–nie wiem, nie pamiętam;
- ☒ **Zakażenia moczowe:** oparte na IV.F3, warianty odpowiedzi: 0–tak, 2–nie, 1–nie wiem, nie pamiętam;



- ☒ **Niewydolność nerek:** oparte na IV.F6, warianty odpowiedzi: 0–tak, 2–nie, 1–nie wiem, nie pamiętam;
- ☒ **Cukrzyca:** oparte na IV.G1, warianty odpowiedzi: 0–tak, 2–nie, 1–nie wiem, nie pamiętam;
- ☒ **Tarczycza:** oparte na IV.G5, warianty odpowiedzi: 0–tak, 2–nie, 1–nie wiem, nie pamiętam;
- ☒ **Stojąc:** oparte na IV.H1, warianty odpowiedzi: 3–pewnie, 1–niepewnie, 2–trudno powiedzieć, 0–nie dotyczy. Respondent w ogóle nie chodzi (nie opuszcza łóżka, korzysta z wózka);
- ☒ **Osteoporoza:** oparte na IV.I1, warianty odpowiedzi: 0–tak, 2–nie, 1–nie wiem, nie pamiętam;
- ☒ **Złamanie biodra:** oparte na IV.I2, warianty odpowiedzi: 3–nie 0–tak, złamanie to było leczone operacyjnie, 2–tak, ale złamanie to nie było leczone operacyjnie, 1–nie wiem, nie pamiętam;
- ☒ **Proteza biodra:** oparte na IV.I3, warianty odpowiedzi: 0–tak, 2–nie, 1–nie wiem, nie pamiętam;
- ☒ **Protezy zębowe:** oparte na IV.I5, warianty odpowiedzi: 0–tak, 3–nie używam, nie posiadam protezy, 2–nie używam, mimo, że posiadam protezę, 1–odmowa;
- ☒ **Zęby:** oparte na IV.I6, liczba, nie wiem nie pamiętam;
- ☒ **Przepuklina:** oparte na IV.I7, 0–tak, 3–nie i nigdy nie miałem(–am), 2–miałem(–am), ale zostałem(–am) zoperowany(–a), 1–trudno powiedzieć;
- ☒ **WZW:** oparte na IV.I8, warianty odpowiedzi: 0–tak, 2–nie, 1–nie wiem, nie pamiętam;
- ☒ **Depresja:** oparte na IV.I9, warianty odpowiedzi: 0–tak, 2–nie, 1–nie wiem, nie pamiętam;
- ☒ **Choroba psychiczna:** oparte na IV.I10, warianty odpowiedzi: 0–tak, 2–nie, 1–nie wiem, nie pamiętam;
- ☒ **Ciśnienie skurczowe:** oparte na V, wartość;
- ☒ **Ciśnienie rozkurczowe:** oparte na V, wartość;
- ☒ **Tętno:** oparte na V, wartość;
- ☒ **Stan zdrowia:** oparte na VI.A1, według skali, przy czym odpowiedzi „stan pacjenta uniemożliwia przeprowadzenie badania” przyporządkowywano 0 ;
- ☒ **Stan przed 10 laty:** oparte na VI.A2, według skali, przy czym odpowiedzi „stan pacjenta uniemożliwia przeprowadzenie badania” przyporządkowywano 0;
- ☒ **Ból:** oparte na VI.B1, warianty odpowiedzi: 0–tak, 2–nie, 1–trudno powiedzieć;
- ☒ **Tytoń:** oparte na VII.A1, warianty odpowiedzi: 0–tak, 2–nie, 1–trudno powiedzieć;
- ☒ **Skala Katza:** oparte na VIII.A (w zakresie pytań od A1 do A6) - indeks agregacyjny: liczba odpowiedzi „tak” z wagą 2 + liczba odpowiedzi „częściowo” z wagą 1;
- ☒ **Skala Lawtona:** oparte na VIII.B (w zakresie pytań od B1 do B8) - indeks agregacyjny: liczba odpowiedzi „bez pomocy” z wagą 2 + liczba odpowiedzi „z niewielką pomocą” z wagą 1;
- ☒ **Tryb życia:** oparte na VIII.B9, warianty odpowiedzi: 4–chodzący, 3–chodząco–siedzący, 2–siedzący, 1–leżąco–siedzący, 0–leżący (nie opuszcza łóżka);
- ☒ **Pokarmy:** oparte na IX.A1, warianty odpowiedzi: 0–tak, w dużym stopniu, 2–tak, w umiarkowanym stopniu, 3–nie, nic takiego nie miało miejsca, 1–nie wiem, trudno powiedzieć;

- ☒ **Dieta:** oparte na IX.A2, warianty odpowiedzi: 0–tak, w umiarkowanym stopniu, 2–nie, nic takiego nie miało miejsca, 1–trudno powiedzieć.

## II wizyta:

- ☒ **Czas wolny:** oparte na A2.1 - A2.9, - indeks agregacyjny: liczba odpowiedzi „raz w roku” z wagą 2 + liczba odpowiedzi „kilka razy w roku” z wagą 3 + liczba odpowiedzi „1–2 razy w miesiącu” z wagą 4+ liczba odpowiedzi „raz w tygodniu” z wagą 5+ liczba odpowiedzi „kilka razy w tygodniu” z wagą 6+ liczba odpowiedzi „codziennie” z wagą 7 +liczba odpowiedzi „trudno powiedzieć” z wagą 1. Jeśli ankietowany w ogóle nie spędzał czasu w ten sposób, otrzymamy 0;
- ☒ **Stan rodzinny:** oparte na B1, numer podpytania, na które respondent udzielił odpowiedzi „tak”;
- ☒ **Dzieci:** oparte na B2, warianty odpowiedzi: 1–tak, 0–nie;
- ☒ **Zbiorowe:** oparte na B3, warianty odpowiedzi: 0–tak, 1–nie;
- ☒ **Rodzina:** oparte na B6, warianty odpowiedzi: 0–bardzo złe, 1–złe, 2–trudno powiedzieć, 3–różnie bywa – ani dobre ani złe, 4–dobre, 5–bardzo dobre;
- ☒ **Pomoc:** oparte na B7, liczba odpowiedzi „żona/mąż”, „dzieci, synowie, zięciowie”, „wnuki, prawnuki”, „rodzeństwo” z wagą 4 + liczba odpowiedzi „opiekunka, pracownik socjalny” z wagą 3 + liczba odpowiedzi „sąsiedzi, znajomi, dalsza rodzina, przyjaciele” z wagą 2+liczba odpowiedzi „inni” z wagą 1. Jeśli indeks przyjmuje wartość 0, to znaczy, że respondent nie liczy na niczyją pomoc;
- ☒ **Samotność:** oparte na B9, warianty odpowiedzi: 5–nigdy, 4–prawie nigdy, 3–czasami, 1–często, 0 –zawsze, 2–trudno powiedzieć;
- ☒ **Odmowa:** oparte na B9, warianty odpowiedzi: 3–nie spotkałem się z taką sytuacją, 0–tak, wiele razy, 2–tak, choć były to pojedyncze przypadki, 1–trudno powiedzieć;
- ☒ **Dostępność lekarza:** oparte na C3, warianty odpowiedzi : 4–zdecydowanie łatwo dostępna, 3–raczej łatwo dostępna, 1–raczej trudno dostępna, 0 –zdecydowanie trudno dostępna, 2–trudno powiedzieć;
- ☒ **Opieka medyczna:** oparte na C4, warianty odpowiedzi : 4–zdecydowanie zadowolony(–a), 3–raczej zadowolony(–a), 1–raczej niezadowolony(–a), 0 –zdecydowanie niezadowolony(–a), 2–trudno powiedzieć;
- ☒ **Dochody:** oparte na D2, warianty odpowiedzi : 1–do 500 zł, 2–501–750 zł (oraz „trudno powiedzieć” i „odmowa”), 3–751–1000 zł, 4–1001–1500 zł, 5–1251–1500 zł i więcej;
- ☒ **Sytuacja finansowa:** oparte na D3, warianty odpowiedzi: 5–wystarcza na wszystko bez specjalnego oszczędzania, 4–żyję (żywemy) oszczędnie i wystarcza na wszystko, 3–żyję (żywemy) bardzo oszczędnie, aby odłożyć na poważniejsze zakupy, 2–pieniędzy wystarcza tylko na najtańsze jedzenie i ubranie, 1–pieniędzy wystarcza tylko na najtańsze jedzenie, nie wystarcza na ubranie, 0–pieniędzy nie wystarcza nawet na najtańsze jedzenie i ubranie;
- ☒ **Wyposażenie:** oparte na D5, liczba odpowiedzi „tak” podzielona przez 9 ( $\times 100$ );
- ☒ **Świadczenia:** oparte na D6, warianty odpowiedzi: 1–tak, 0–nie;
- ☒ **Udogodnienia:** oparte na E2 – indeks agregatowy z wagami adekwatnymi do stopnia użyteczności dla osoby w starszym wieku: dla swobodnej możliwości dostania się osoby

na wózku inwalidzkim – 4, windą – 2, możliwości otwierania drzwi – 1, żadne z powyższych – 0; suma odpowiedzi;

- ☒ **Instalacje:** oparte na E6 – indeks agregatowy z wagami adekwatnymi do stopnia użyteczności dla osoby w starszym wieku: żadna z powyższych – 0, piec węglowy – 1, bieżąca zimna woda – 2, spłukiwany WC – 4, bieżąca ciepła woda – 8, wanna – 16, kabina prysznicowa – 32, własne c.o. – 64, instalacja gazowa – 128, domofon – 256, podłoga antypoślizgowa – 512, poręcze, uchwyty w łazience – 1024, poręcze, uchwyty w przedpokoju – 2048; urządzenia służące do ćwiczeń – 4096; suma odpowiedzi;
- ☒ **Stan budynku:** oparte na F1, warianty odpowiedzi: 3–bardzo dobrze, 2–dobrze, 1–raczej źle, 0–bardzo źle;
- ☒ **Czystość:** oparte na F3, warianty odpowiedzi: 5–bardzo czysto, 4–czysto, 3–raczej czysto, 2–raczej brudno, 1 –brudno, 2–bardzo brudno;
- ☒ **Adaptacja:** oparte na F4, warianty odpowiedzi: 0–tak, istnieje taka pilna potrzeba, 1–tak, warto byłoby wprowadzić kilka zmian, 2–nie, obecnie nie ma pilnej potrzeby wprowadzania takich zmian;
- ☒ **Higiena:** oparte na F6, warianty odpowiedzi: 4–bardzo dobrze, respondent jest bardzo zadbany, 3– dobrze, respondent jest zadbany, 1–źle, respondent jest raczej zaniedbany, 0–bardzo źle, respondent jest bardzo zaniedbany, 2–trudno powiedzieć;
- ☒ **Potrzeba działań:** oparte na F7, warianty odpowiedzi: 3–nie, respondent jest w pełni samodzielny lub ma wystarczającą opiekę, 2–tak, potrzebna jest pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego, 1–tak, potrzebna jest pomoc w postaci świadczeń pielęgnacyjnych, 0–tak, potrzebne są obie formy pomocy.

## Słownik kluczowych pojęć i skrótów

- ☒ **Grupa wiekowa:** określona liczba osób wyodrębniona według kryterium wiekowego.
- ☒ **Wzrok:** umożliwia człowiekowi doznanie bodźców świetlnych dostrzeganie i rozróżnianie przedmiotów ich kształt, wielkość czy ruch. Narządem zmysłu wzroku jest oko.
- ☒ **Płeć:** podstawowy wymiar w znaczeniu dla ludzi dotyczy mężczyzny lub kobiety.
- ☒ **Aparat słuchowy:** elektroakustyczne urządzenie podnoszące zdolność słyszenia osób z niedosłuchem.
- ☒ **Słuch:** zdolność odbierania fal dźwiękowych. Narządem słuchu jest ucho.
- ☒ **Ucho:** narząd zmysłu słuchu i równowagi. Składa się z ucha zewnętrznego (małżowina uszna i przewód słuchowy), ucha środkowego (jama bębniowa z kosteczkami słuchowymi i trąbka słuchowa), ucha wewnętrznego (błędnik zawierający receptory zmysłu równowagi i zmysłu słuchu).
- ☒ **Głuchota:** upośledzenie lub utrata zdolności słyszenia i rozróżniania dźwięków.
- ☒ **Logiczność:** dotyczy poprawności myślenia i odpowiedzi (zdolność zapamiętywania ma przewagę nad prostymi pytaniami o otaczającą rzeczywistość, nad wszystkim zaś góruje inteligencja badana tutaj poprzez sprawdzanie umiejętności rachunkowej).
- ☒ **Pogorszenie pamięci:** obniżenie posiadanej zdolności układu nerwowego do przechowywania wzorców uprzedniego doświadczenia i wykorzystania ich w nowej sytuacji.

- ☒ **Zaburzenia świadomości:** najwyższy poziom regulacji zachowania człowieka; specyficzna wewnętrzna zdolność bezpośredniego poznania otoczenia własnej osoby i relacji z otoczeniem przebiegająca na trzech poziomach: percepcyjnym pojęciowo-werbalnym i samo świadomościowym.
- ☒ **Samopoczucie:** subiektywna ocena ogólnego stanu zdrowia, posiadanych zasobów, relacji międzyludzkich.
- ☒ **Mierzenie ciśnienia:** kontrola parametrów ciśnienia tętniczego krwi (skurczowego i rozkurczowego (140/90).
- ☒ **Arytmia:** zaburzenie rytmu serca.
- ☒ **Migotanie przedsionków:** zaburzenia rytmu serca ( istnieje zagrożenie życia).
- ☒ **Udar mózgu:** nagle miejscowe zaburzenie krążenia krwi w mózgu przebiegające zwykle z utratą przytomności i innymi zaburzeniami.
- ☒ **Choroba Parkinsona:** choroba OUN (Ośrodkowego Układu Nerwowego) polegająca na niedoborze dopaminy wynikającym z powolnego zaniku neuronów.
- ☒ **Epilepsja:** choroba OUN (Ośrodkowego Układu Nerwowego), w której występują napadowe zaburzenia czynności mózgu.
- ☒ **Nowotwór:** chorobowo narastająca tkanka niepodporządkowana prawidłowym czynnościom organizmu.
- ☒ **Antyonkogeny:** geny których produkty białkowe nie umożliwiają bądź hamują powstawanie niektórych nowotworów.
- ☒ **Choroba:** dynamiczna reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego.
- ☒ **Choroba Alzheimera:** rozlane zwyrodnienie i zanik kory mózgowej.
- ☒ **Choroba wrzodowa:** przewlekłe schorzenie w którym na ścianach żołądka tworzą się nisze wrzodowe drążące ściany żołądka lub dwunastnicy.
- ☒ **Kamica nerkowa:** choroba polegająca na odkładaniu się w organizmie między innymi złogów soli mineralnych, cholesterolu. Piasek moczowy: złogi soli kwasu moczowego szczawowego i fosforowego powstające głównie w kielichach miedniczek nerkowych.
- ☒ **Niewydolność nerek:** stan chorobowy narządu lub układu powodujący makro ograniczenie jego czynności.
- ☒ **Cukrzyca:** zaburzenie przemiany węglowodanowej wskutek upośledzenia czynności wydzielniczej wysp trzustkowych wytwarzających insulinę.
- ☒ **Tarczycza:** gruczoł wydzielania wewnętrznego. Wytwarza trójdotyronina (T3) i tetrajodotyronina (T4). Nadmierne wydzielanie hormonów to nadczynność, natomiast niedostateczne wytwarzana ilość hormonów to niedoczynność tarczycy.
- ☒ **Przepuklina:** wrodzone lub nabyte przemieszczanie się trzewi z uchyłkiem otrzewnej ściennej np. pod skórę lub do sąsiednich jam ciała np. brzuszna, mosznowa, pachwinowa, przeponowa.
- ☒ **WZW:** choroby zakaźne w których występuje uszkodzenie komórek wątroby wywołane przez wtargnięcie i namnażanie się w nich wirusów między innymi typu A (nagminny), B (wszczepienny), C, D, E.
- ☒ **Depresja:** zespół zaburzeń psychicznych na które składają się: depresyjny nastrój różnie nasilone zahamowania, niepokój psychiczny, długotrwały lęk; występuje najczęściej w przebiegu chorób afektywnych, niektórych psychoz.

- ☒ **Choroba psychiczna:** wszelkie zaburzenia psychiczne pod postacią: psychoz, nerwic, psychopatii, niedorozwoju umysłowego.
- ☒ **Tętno:** rytmiczne rozciąganie ścian naczyń krwionośnych wskutek zmian ciśnienia krwi spowodowanych skurczami i rozkurczami komór serca. U ludzi dorosłych prawidłowe tętno jest w granicach 60-80 uderzeń na minutę (parametr ważny w diagnostyce).
- ☒ **Ból:** przykre doznanie czuciowe i emocjonalne związane z rzeczywistym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek. Receptory bólowe występują w skórze, błonach śluzowych w okostnej, torebkach stawowych, mięśniach, trzewiach (ma duże znaczenie diagnostyczne).
- ☒ **Próg bólu:** najmniejsza siła bodźca przy której powstaje znaczenie bólu określonego organu.
- ☒ **Skala Katza:** Skala Podstawowych Czynności Życia Codziennego (Activities of Daily Living, ADL, umożliwia ocenę samodzielności dotyczącej: jedzenie, ubieranie się, korzystanie z toalety, mycie się, kontrola zwieraczy).
- ☒ **Skala Lawtona:** Skala Złożonych Czynności Życia Codziennego (Instrumental Activities of Daily Living, IADL, Skala ta ocenia samodzielność w zakresie: przygotowanie posiłków, prace domowe, korzystanie z telefonu, przyjmowanie leków, korzystanie ze środków transportu, robienie zakupów).
- ☒ **Geriatryczna Skala Depresji** (Geriatric Depression Scale, GDS występuje 3 punktowa, 15 punktowa i 30 punktowa. W badaniach tej pracy posłużono się 15 punktową).
- ☒ **Krótki Test Oceny Stanu Umysłowego** (Mini Mental State Examination, MMSE zwany teste Folsteina) – służy do przesiewowych badań funkcji poznawczych. Ocenia orientację w miejscu i czasie, pamięć, myślenie, zdolność do koncentracji uwagi, koordynację wzrokowo – przestrzenną. Jeżeli wynik testu wskazuje na zaburzenia funkcji poznawczych, niezbędne dla dalszego diagnozowania jest przeprowadzenie dalszych badań.
- ☒ **Rodzina:** grupa osób złożona z małżeństwa i dzieci oraz ogółu krewnych (powinowatych). Pełni ważne funkcje: prokreacja, socjalizacja, funkcje ekonomiczne, funkcje opiekuńcze i kulturalno-wychowawcze
- ☒ **Grupa społeczna:** zbiorowość ludzi zespolonych więzią społeczną przejawiającą się w poczuciu łączności, przynależności grupowej i działaniu na rzecz realizacji wspólnych celów.
- ☒ **Małżeństwo:** kulturowo akceptowany związek między osobami płci przeciwnej z którym jest związane oczekiwanie że narodzą się w nim dzieci.
- ☒ **Pomoc społeczna:** działalność potrzeb mająca na celu wspomaganie osób i rodzin w przewyciężaniu trudnych sytuacji życiowych. Jest udzielana w sytuacjach ubóstwa, sieroctwa, bezdomności, macierzyństwa, bezrobocia, niepełnosprawności, klęsk żywiołowych.
- ☒ **Profilaktyka społeczna:** Zapobieganie sytuacjom, które powodują inicjowanie potrzeb z zakresu pomocy społecznej. Właściwie realizowana profilaktyka społeczna powinna uprzedzać stany zagrożenia moralnego, zdrowotnego, kulturalnego, społecznego, aby uchronić jednostki i grupy danej populacji przed patologią.

- ☒ **Profilaktyka zdrowotna:** działania mające na celu zapobieganie chorobom poprzez promowanie zdrowego stylu życia, kontrolowanie czynników ryzyka zachorowań, wczesne wykrywanie, leczenie chorób i zapobieganie ich nawrotom.
- ☒ **Promocja zdrowia:** Z uwagi na brak polskiego odpowiednika oddającego pełne znaczenie tego hasła używa się najczęściej idiomu w formie „promowanie”. Karta Ottawska definiuje jako proces umożliwiający każdemu człowiekowi zwiększenie oddziaływania na własne zdrowie w sensie jego poprawy i utrzymania.
- ☒ **Adaptacja:** optymalne dostosowanie.
- ☒ **Potrzeba:** odczuwany przez jednostkę stan braku czegoś.
- ☒ **Słabo-wzroczność, słabo-widzący:** Do celów rehabilitacyjnych przyjmuje się definicję osoby słabo-widzącej: to osoba, która pomimo noszenia okularów korekcyjnych ma trudności z czytaniem, odtwarzaniem obrazu a mogłaby poprawić zdolność wykonywania tych czynności przez wykorzystanie metod kompensacyjnych oraz dostosowanie środowiska fizycznego.
- ☒ **ONZ:** Organizacja Narodów Zjednoczonych (ang. *United Nations*, UN).
- ☒ **OECD:** Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (ang. *Organization for Economic Cooperation Development* - OECD).
- ☒ **WHO:** Światowa Organizacja Zdrowia (ang. *World Health Organization*). Do WHO należą 193 kraje).
- ☒ **Rada Europy:** ang. Council of Europe [121, 122].

## 4.11. Weryfikacja hipotez badawczych

---

Przyjęto za kryterium weryfikacji hipotez badawczych stwierdzenie określonego stanu rzeczy w badanej populacji z częstością przewyższającą 50%. Przy takim kryterium weryfikacja hipotez badawczych przedstawiała się następująco:

**HIPOTEZA 1:** „Sytuacja osób długowiecznych jest w Kaliszu bardzo trudna” okazała się prawdziwa, albowiem aż 80% respondentów żyje w poczuciu osamotnienia. Mieszkania, w których żyją, są nieprzystosowane do ich niepełnosprawności, którą stwierdza się u 90% badanych.

**HIPOTEZA 2:** „Zalecenia wynikające z obowiązujących norm prawnych nie są realizowane

w odniesieniu do osób sędziwych okazała się prawdziwa, albowiem opinie polskich geriatrów i gerontologów dotyczące specjalistycznej opieki geriatrycznej nie mają wymiaru praktycznego. Stwierdzono brak poradni geriatrycznej, lekarza geriatry oraz geriatrycznego oddziału szpitalnego. Sytuacja ta między innymi przyzwala na zaniedbania dotyczące leczenia i rehabilitacji 85% niedowidzenia, 70% niedosłuchu, dolegliwości bólowych wśród 80,4% badanych osób sędziwych.

HIPOTEZA 3: „Zalecenia skierowane w normach prawnych do realizatorów opieki zdrowotnej i społecznej nie są realizowane na dostatecznym poziomie” okazała się prawdziwa, albowiem światowe wytyczne o ochronie zdrowia, wydawane począwszy od 1982 roku i w latach późniejszych, nie znajdują odzwierciedlenia w naszym kraju. Transformacja ustrojowa, istniejąca polityka społeczno-ekonomiczna, mieszkaniowa, dwugeneracyjne rodziny nie przewidują i nie wykazują troski o człowieka sędziwego, a wobec zaleceń ogólnoswiatowych opieszałość bądź fragmentaryczną realizację.

HIPOTEZA 4: „Dysfunkcja narządu wzroku, narządu słuchu i narządu ruchu jest bardzo słabo rozpoznana w odniesieniu do osób długowiecznych” okazała się prawdziwa, ponieważ osoby z tymi dysfunkcjami nie są zaopatrzone w takie pomoce i urządzenia, jak: aparat słuchowy, okulary itp.– aż 70% badanych, pomimo znacznego upośledzenia słuchu, nie używało aparatu słuchowego.

HIPOTEZA 5: „Pielęgniarki środowiskowe mają ograniczone rozeznanie co do istniejących potrzeb osób długowiecznych. Opieka nad osobami długowiecznymi wymaga standaryzacji”. Wobec braku standardów i zmian w zakresie pracy pielęgniarek środowiskowych przy jednoczesnej możliwości wyboru przez pacjenta pielęgniarki i lekarza pierwszego kontaktu, powstała wolna przestrzeń, w której znalazły się osoby sędziwe. Aż 60% badanych mieszka samodzielnie, jednak deficyty w sferze psychicznej i fizycznej uniemożliwiają im racjonalne korzystanie z przysługującej im opieki. Zagubienie badanych potwierdza fakt, iż 95,7% badanych nie korzysta ze specjalistycznej opieki. W czasie prowadzenia badań stwierdzono, że pielęgniarki środowiskowe danej rejonowej przychodni nie znały osób sędziwych, zamieszkałych na tym obszarze.

## 5. DYSKUSJA

---

### 5.1. Czy dożycie do wieku sędziwego oznacza szczęście?

---

Pytanie w tytule tego podrozdziału zmusza do głębokiej refleksji, bowiem wobec rozlicznych chorób jak i potencjalnie mogących się zdarzyć wypadków, na jakie człowiek jest narażony, i które mogą zakończyć się zejściem śmiertelnym, osiągnięcie wieku sędziwego - 90 lat i powyżej, który to wiek znacznie przekracza aktualną przeciętną długości życia w Polsce - można uznać za „dotyk szczęścia”. Rzecz w tym – i to jest najważniejsza refleksja autorki z całości osobiście przeprowadzonych badań w miejscu zamieszkania osób w wieku sędziwym – iż doznawania tego szczęścia trudno tam było dostrzec, a najczęściej sytuacja badanych sprawiała wrażenie nieszczęśliwej. Autorka wielokrotnie była do głębi poruszona trudną sytuacją badanych.

Na terenie miasta Kalisza w okresie prowadzenia badań osoby w wieku sędziwym stanowiły około 2% ogółu mieszkańców miasta. Dla dokonania jak najrzetelniejszej oceny jakości życia tych osób konieczne było uwzględnienie wielu czynników wpływających na tą jakość, ale oczywistym jest iż ujęcie wszystkich takich czynników nie jest możliwe, co zmusza do ich selekcji. Zwrócono szczególną uwagę na cztery podstawowe kategorie czynników: medycznych, psychologicznych, społecznych i ekonomicznych – i wydaje się, że przez to przybliżono się do ideału, jakim jest spojrzenie na człowieka jako na istotę biopsychospołeczną.

### 5.2. Konieczność prowadzenia badań także poza Kaliszem

---

Skoro przedmiotem analiz w niniejszej pracy były wybrane aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne osób w wieku sędziwym mieszkających w Kaliszu, to oczywistym jest, że rodzi się tutaj zasadne pytanie, czy podobna jest sytuacja tych osób w innych regionach Polski, a także w innych krajach. Ponieważ jednak badań z tego obszaru tematycznego jest niewiele, to trudno było tutaj dokonać pogłębionych analiz porównawczych. Tym niemniej praca zawiera w sobie szereg informacji, które będą przydatne do porównań w przyszłości – czynionych wśród mieszkańców Kalisza, bo z całą pewnością warunki życia będą się zmieniać.

### 5.3. Przewaga liczbowa kobiet

---

W pracy nie zaskakuje fakt, że większość osób w wieku sędziwym, które zamieszkiwały na terenie miasta Kalisza, stanowiły kobiety – bo to wynika z licznych badań demograficznych. Wprawdzie różnica między średnią długością życia kobiet i mężczyzn



wykazuje tendencję malejącą, ale obecnie znaczna przewaga liczbowa kobiet jest szczególnie wyraźna wśród populacji w wieku sędziwym [93].

## 5.4. Uwagi do metodologii badań

---

Uwagę autorki zwrócił fakt, że badani - pomimo sędziwego wieku - byli otwarci na udział w badaniach. Na ogół bardzo mile spotykali się z osobą ankietującą. Jednak kwestionariusz ankiety - opracowany przez Program „PolSenior” - był bardzo szczegółowy, co powodowało, że badanie trwało bardzo długo. Tutaj należy się wyjaśnienie, że tenże kwestionariusz był przewidziany do badań osób już od 65 roku życia, ale przecież kondycja psychiczna i fizyczna 65-latków jest na ogół znacznie lepsza niż osób w wieku sędziwym. Dlatego praktyczny wniosek wynikający z badań własnych jest taki, aby dla badania osób w wieku sędziwym czynić zakres badań na tyle mniejszy, aby nie był on dla respondentów wyczerpujący.

Rodzaj przeprowadzonego badania jest taki, iż uzyskano - w formie wykresów oraz obliczeń statystycznych dotyczących różnych zależności - ogrom informacji. To pokazuje jak złożonym jest to badanie – ile bardzo istotnych parametrów bada. Z tego to powodu, że informacji było bardzo dużo, w niniejszej pracy przedstawiono tylko te najistotniejsze, które jednak pozwalają na przedstawienie najważniejszych danych o jakości życia osób w wieku sędziwym.

## 5.5. Niska jakość życia

---

Badania dostarczyły autorce wielu emocji, głównie spowodowanych obserwacją ciężkich warunków w jakich osoby w wieku sędziwym żyły, otoczone rodziną, co sugerowałoby zapewnienie ich najistotniejszych potrzeb, a co – niestety – okazało się nieprawdziwe. Mianowicie wiele z tych osób nie posiadało przydatnego im sprzętu do ich codziennego życia, jak np. okularów, czy aparatów słuchowych, co poprawiłyby im istotnie jakość ich życia. Otoczone były natomiast rzucającą się w oczy podczas badań „fałszywą miłością” – cechującą się zachowywaniem pozorów co do właściwej opieki względem seniora w rodzinie.

Tak więc z badań własnych wyłonił się zgoła inny obraz, niż wynikałoby to z oficjalnych wypowiedzi decydentów zajmujących się systemem opieki zdrowotnej, czy też wizji geriatrów. Na przykład polscy geriatrzy - prof. *Błędowski* i prof. *B. Bień* - przekonują: „Starszy człowiek nie musi być niedołączny”, „Starość nie musi być biedna i smutna”. B. Bień przypomina, że za około 20 lat spotkają się: fala niżu lat 70-tych XX w. oraz zestarzeją się osoby

z powojennego wyżu. Sytuacja ta wymaga wytycznych do sukcesywnych działań, norm prawnych łagodzących skutki nowej sytuacji, odniesieniu realnych działań do potrzeb. Dywagacjom tym towarzyszy opinia, że starsza osoba powinna jak najdłużej mieszkać

samodzielnie i mieć zapewnioną opiekunkę opłacaną przez państwo a „Dom opieki to ostateczność” tylko dla osób samotnych. Ważnym jest stwierdzenie, że pacjent geriatryczny wymaga specjalistycznego podejścia i leczenia, które ma niezwykły wydźwięk w efektach. Interwencja we właściwym czasie na pierwsze zaburzenia pamięci, pierwsze symptomy choroby Parkinsona - to podstawowe działanie opóźniające emisję pełni klinicznych objawów [94, 95, 96]. Wyniki badań własnych nie pokrywają się, niestety, z ukazaną powyżej wizją polskich geriatrów. Codzienne życie osób w wieku sędziwym cechuje, jak dotąd, niska jego jakość.

## 5.6. Ocena stanu psychicznego

---

Większość badanych poprawnie odpowiadało na zadawane pytania ukierunkowane na ocenę ich stanu psychicznego, nie ujawniając zaburzeń funkcji poznawczych. Na wszystkie pytania z tego zakresu prawidłowo odpowiedziało 33% ankietowanych, 21% zrobiło jeden błąd, a 14% procent – 2 błędy. Ogółem ponad 2/3 badanych odpowiedziało poprawnie przynajmniej na 8 z 10 zadanych pytań.

Więcej poprawnych odpowiedzi udzielili mężczyźni niż kobiety. Aż 67% mężczyzn nie popełniło żadnego błędu w testach, pozostali mieli 1 lub 2 błędne odpowiedzi, żaden nie popełnił powyżej 2 błędów. Mężczyźni wykazali się też większą zdolnością do logicznego myślenia niż kobiety - o 23%. Natomiast wśród kobiet aż 44% udzieliło powyżej 2 błędnych odpowiedzi. Test  $\chi^2$  Mantela-Haenszela pokazuje występowanie zależności pomiędzy oceną stanu psychicznego a płcią na poziomie istotności *ex ante* co najmniej 0,06, pozostałe testy prowadzą do przeciwnego wniosku, jednak podstawowy test  $\chi^2$  może być mało wiarygodny z uwagi na zbyt niską liczebność niektórych komórek tablicy kontyngencji. Wprawdzie ponad połowa badanych nie wykazywała już takiej sprawności intelektualnej, jaką zapewne miała w przeszłości, to jednak nie pociągało to za sobą istotnych zaburzeń w ich codziennym funkcjonowaniu.

Badanie oceny samopoczucia wykonano tylko w odniesieniu do tych osób, które były w stanie logicznie odpowiedzieć na pytania dotyczące tego zagadnienia; były to tylko 48 spośród badanych. Spośród nich 35% można było określić jako osoby o niskim samopoczuciu, 32% o samopoczuciu przeciętym; pozostali nie zdradzali jakichkolwiek objawów depresji. Wyniki te można podsumować w ten sposób, że 67% było zagrożonych stanem depresyjnym bądź cierpiało z powodu depresji, a tylko 33% było w stanie optymalnym – w sensie braku jakichkolwiek objawów depresji.

Wyniki badań dotychczasowych oraz własnych potwierdzają znaczenie sprawności intelektualnej dla wysokiej jakości życia w wieku sędziwym [97, 98] W działaniach profilaktycznych przekłada się to na propagowanie zdrowego starzenia. Człowieka określa się jako istotę biopsychospołeczną –za czym kryje się wymóg wieloaspektowego spojrzenia na trzy sfery jego funkcjonowania: biologiczną, psychologiczną i społeczną. Wszystkie te sfery

są niezwykle istotne, współzależne dla jakości życia człowieka, nie wyłączając duchowości, która w odniesieniu do osób sędziwych, wydaje się szczególnie ważna [99, 100].

## 5.7. Wzrok

---

Napotkano na istotne ograniczenia w badaniu ostrości wzroku. Możliwe to było tylko w odniesieniu do respondentów używających okulary. Nie można było przeprowadzić takiego badania u 28 osób (30,4%), spośród których 14 (15,2%) nie posiadało okularów, bądź ich okulary nie spełniały swojej funkcji albo też istniała inna jeszcze przyczyna zaburzeń wzroku.

Większość badanych potrafiła przeczytać tylko kilka początkowych wierszy z pokazywanego im testu do oceny ostrości wzroku – do trzeciego, czwartego lub piątego wiersza. Tylko mniej niż 15% potrafiło odczytać tekst z wiersza szóstego lub dalszych. Średnia wartość numeru przeczytanego wiersza wyniosła 3,76 u mężczyzn i 4,45 u kobiet. Z analizy statystycznej przedstawionych danych wynika, że nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy o braku zależności między zmiennymi wzrok a płeć. Ponieważ poziom istotności *ex post* dla wszystkich trzech testów jest bardzo wysoki, chociaż sam test chi kwadrat może nie być efektywny z powodu rozproszenia obserwacji, to pozostałe, wykorzystane w badaniu mogą być uznane za wiarygodne.

Ponad połowa mężczyzn mogła odczytać tekst z co najwyżej trzeciego wiersza, podczas gdy takich kobiet było tylko 21%, a kolejne 34% mogło odczytać tekst z czwartego wiersza. Siódmego wiersza lub dalszego nie odczytał już żaden mężczyzna, ale odczytały 4 kobiety. Uzyskane wyniki wskazują na istotne niedowidzenie aż 85% badanych. Dowodzi to konieczności prowadzenia badań kontrolnych ostrości wzroku, co jest szczególnie istotne w odniesieniu do populacji w wieku sędziwym. Dalej konieczne jest postawienie właściwej diagnozy i w oparciu o nią wprowadzenie kompensacyjnych metod poprawy jakości wzroku.

Według K. Broczek [102] aż u 2/3 stulatków pomimo rozpoznanej zaćmy nie podejmowano leczenia operacyjnego pomimo obowiązujących standardów. W badaniach własnych, gdzie respondenci byli pytani o rozpoznawane u nich w przeszłości choroby narządu wzroku i operacje zaćmy, okazało się, że wielu z nich nie było w stanie udzielić informacji na ten temat. Pojedyncze osoby podały, że używały kropli do oczu. Okazało się, że wprawdzie ogólnie dostępne są bezpłatnie poradnie okulistyczne, jednak osoby w wieku sędziwym korzystają z tej pomocy sporadycznie. Stowarzyszenia AMD Polska (AMD - Stowarzyszenie Zwyrodnienia Plamki Związanej z Wiekami) było nieznaną w środowiskach respondentów, podobnie jak Stowarzyszenie Retina AMD Polska, które zajmuje się gromadzeniem i upowszechnianiem informacji na temat chorób siatkówki, ich możliwości leczenia i rehabilitacji. Reasumując powyższe, istniał ewidentny brak wiedzy co do możliwości diagnostyki i leczenia – zarówno wśród osób sędziwych jak i ich opiekunów. Taka sytuacja powoduje zaniechanie troski o lepszą jakość życia poprzez poprawienie możliwości widzenia.

Dostarczanie wiedzy z tego zakresu winno być zatem jednym z wielu priorytetów w systemie ochrony zdrowia. Ma to szczególne znaczenie tym bardziej, że liczba osób w wieku sędziwym będzie wzrastała. Tak więc działania mające na celu podnoszenie świadomości co do możliwości korzystania ze specjalistycznej opieki okulistycznej mają szczególny wymiar. W Szwecji w większości klinik i oddziałów okulistycznych zatrudniony jest synpedagog<sup>1</sup>, który prowadzi rehabilitację narządu wzroku. Zaplecze takiego gabinetu stanowią pomoce techniczno-optyczne, nie finansowane przez pacjenta. Zaniedbania uwidocznione w odniesieniu do narządu wzroku wobec kaliskich osób w wieku sędziwym, na tle wysokich standardów opieki okulistycznej w Szwecji, ukazują jak bardzo istotna jest implementacja w Polsce odpowiedniego systemu rehabilitacji narządu wzroku opartego o sprawdzone wzorce z innych krajów. Zwrodnienie plamki żółtej z następowym niedowidzeniem przyjęto przed wielu laty w Szwecji nazywać chorobą społeczną. Są ku temu ewidentne podstawy, albowiem w Szwecji choroba ta dotknęła już 250 tysięcy spośród 10 milionowego społeczeństwa. W USA na zwrodnienie plamki żółtej z następowym niedowidzeniem choruje ok. 6 milionów osób.

## **5.8. Słuch**

---

Wyniki badań własnych, oceniające ostrość słuchu, ujawniły kolejny, bardzo istotny problem, jakim jest słaba dostępność do aparatów słuchowych w sytuacji niedosłuchu osób w wieku sędziwym. Oczywistym jest bowiem fakt, że niedosłuch szczególnie zaniża jakość życia. Trudności w porozumiewaniu się powodują wycofywanie się z kontaktów sąsiedzkich, rodzinnych doprowadzając do izolacji, osamotnienia.

Wśród wszystkich badanych tylko 30% słyszało mowę normalnej głośności, 60% słyszało tylko mowę głośną a 10% zaledwie pojedyncze słowa – i to wypowiedane bardzo głośno. Spośród tych z niedosłuchem tylko 19,2% badanych założyło aparat słuchowy, bo go posiadało i był tenże aparat prawidłowo do nich przystosowany, co – jak wiadomo – nie zawsze ma miejsce, bo występują na przykład różne szумы zniechęcające do używania aparatu. Kontakt słowny z wspomnianymi 19,2% badanych z niedosłuchem nie sprawiał trudności. Dla porównania, badania stulatków według autorów: Mossakowska M., Broczek K. [6] wykazały, że 11,6% posiadało aparat słuchowy. Aż 29% stulatków z powodu upośledzenia słuchu miało trudności z porozumiewaniem się. Słuch prawidłowy zachowało 18% stulatków. Stwierdzony w badaniach własnych niedosłuch często znacznie utrudniał przebieg całego badania, a niejednokrotnie z tego powodu przeprowadzenie badania nie było możliwe (osoby te ujęto w grupie „niemożliwe do wykonania”).

## **5.9. Wywiady chorobowe w odniesieniu do chorób przewlekłych**

---

Natrafiono na duże trudności w zbieraniu wywiadów chorobowych, w tym w odniesieniu do rozpoznawanych chorób przewlekłych. Odpowiedzi „nie wiem”, „nie

pamiętam”, „trudno powiedzieć” stanowiły aż 1/3 wszystkich odpowiedzi. Z tego powodu faktyczna liczba istniejących chorób przewlekłych mogła być większa w badanej populacji. Taka sytuacja dowodzi również wyraźnych zaniedbań w obszarze sprawowania opieki zdrowotnej nad tymi osobami.

W oparciu o informacje, które udało się zebrać, stwierdzono iż wśród badanych najczęstsze były w kolejności: choroby układu krążenia 43%, zakażenia układu moczowego - 20%, cukrzyca 18%, nowotwory 13%. Występowanie chorób przewlekłych kończących się zgonem przedstawiały się następująco: choroby układu krążenia 46%, nowotwory 25%, urazy i zatrucia 7%, choroby układu oddechowego 5% [101]. Niektóre z chorób wyraźnie korelowały z płcią: przepuklina 35% mężczyzn, 0% kobiet; kamica nerkowa 17% mężczyzn, 1% kobiet; upadki 32% kobiet, 17% mężczyzn; złamanie kości biodrowej 7% kobiet, 0% mężczyzn. Zauważalne były częste zaniedbania w leczeniu, co w oczywisty sposób przyczynia się do pogorszenia stanu zdrowia i nasilania wielochorobowości. W odniesieniu do 30% mężczyzn ustalono, że miały rozpoznawane aż cztery choroby przewlekłe, a kolejne 20% trzy choroby. Natomiast wśród kobiet w odniesieniu do 16% ustalono, że miały rozpoznawane cztery choroby przewlekłe, 13% trzy choroby, 17% dwie choroby. Przeciętna liczba rozpoznawanych chorób przewlekłych, jaką udało się ustalić, wynosiła u mężczyzn 3,8, a u kobiet 3,0.

## **5.10. Możliwości optymalizacji jakości życia**

---

Mając na uwadze cel pracy, w którym było poszukiwanie czynników optymalizacji jakości życia osób w wieku sędziwym, dokonano wstępnej oceny, która wskazuje na konieczność poszerzonych badań w zakresie dysfunkcji i deficytów tych osób. Priorytetowymi powinny stać się badania wzroku i słuchu, które to najczęściej są przyczyną pogarszającej się jakości życia tych osób.

Obszar sfery ekonomicznej również wskazuje na konieczność dalszych badań. Ponieważ badania przeprowadzono na terenie miasta Kalisza, to oczywistym jest, że należy zachować daleko idącą ostrożność przed uogólnianiem uzyskanych wyników do obszaru całej Polski, gdyż mogą mieć tu znaczenie wyraźne odrębności regionalne. Wydaje się jednak, że główne problemy z obszaru oceny biopsychospołecznej są zbliżone.

Wyniki badań własnych wskazują jednoznacznie na to, że optymalizacja jakości życia osób w wieku sędziwym jest koniecznością – i wskazuje możliwe kierunki tej poprawy. Przede wszystkim dało się zauważyć, że opieka geriatryczna faktycznie istnieje – w sensie istnienia wyspecjalizowanych placówek opieki zdrowotnej – ale cóż z tego, skoro osoby w wieku sędziwym praktycznie z tej opieki nie korzystają, bo najczęściej sami nie są w stanie do tychże placówek opieki zdrowotnej się dostać, a rodzina i otoczenie nie wykazują w tym kierunku zainteresowania.

## 5.11. Skala Katza

---

Skala Katza<sup>1</sup> jest – jak wiadomo – uznanym, jednym z podstawowych narzędzi do oceny czynności w życiu codziennym (mycie, ubieranie się, korzystanie z toalety, poruszanie się). W oparciu o tą skalę stwierdzono w badaniach własnych, że co trzecia z badanych osób miała problemy z wykonaniem prostych czynności dnia codziennego. W badaniach własnych wśród 92 badanych osób - wg tejże skali - tylko 9 mężczyzn i 4 kobiety (5% ogółu badanych) było całkowicie samodzielnych, natomiast aż 32% nie potrafiło wykonać złożonych czynności, takich jak: korzystanie z telefonu, korzystanie z komunikacji miejskiej, robienie zakupów, przygotowanie posiłku, majsterkowanie, przyjmowanie leków, gospodarowanie pieniędzmi; 16% było zależne od innych, 14% wymagało częściowej pomocy. Osoby sprawne w tym zakresie stanowiły 46% ogółu badanych, a osoby umiarkowanie sprawne - 11%. Utrata zdolności samodzielnego wykonania toalety, ubrania się, przemieszczania jest trudnym do zaakceptowania ograniczeniem przymuszającym do korzystania z pomocy innych osób. Dla porównania, wśród badanych w programie „PolStu 2001” osoby całkowicie samodzielne to 3% mężczyzn, 6% kobiet, potrzebujące nieznacznej pomocy 67% mężczyzn, 43% kobiet, potrzebujące znacznej pomocy 18% mężczyzn, 26% kobiet, a osoby całkowicie zależne 12% mężczyzn, 25% kobiet [102].

## 5.12. Skala Lawtona

---

Skala Lawtona – to kolejna, często używana w ramach całościowej oceny geriatrycznej [103]. Utrata sprawności osób starszych zaczyna się od niemożności wykonania złożonych czynności dnia codziennego. Rozmiary tych deficytów pomaga ocenić skala Lawtona. Jeśli proces rehabilitacji jest udany, to dochodzi do odzyskania możliwości wykonywania prostych czynności dnia codziennego, czego ocenę ułatwia skala Katza.

Wśród ogółu badanych tylko 5% nie wymagało pomocy w wykonywaniu złożonych czynności dnia codziennego, do których należy: korzystanie z telefonu, komunikacji miejskiej, zakupy, przygotowanie posiłków, drobna przepierka, przyjmowanie leków, zarządzanie pieniędzmi. *K. Szczerbińska* [87] wskazuje na złożoność oceny osób starszych. Pomimo iż osoby oceniane wg skali Lawtona były osobami zależnymi od innych, to nadal mieszkają samodzielnie, a oczekiwaną pomoc otrzymywały od środowisk w których żyły.

W badaniach własnych maksymalną liczbę punktów uzyskało 9 mężczyzn i 4 kobiety, co stanowiło 5% ogółu badanych, natomiast aż 32% to osoby całkowicie zależne w tym wymiarze, nie uzyskały ani 1 punktu. Połowę czynności złożonych wykonywało 11% respondentów.

## 5.13. Jakość opieki medycznej (geriatrycznej)

---

Istnieją rzetelne podstawy do stwierdzenia, że w Polsce poczyniono znaczne postępy w obniżaniu umieralności - począwszy od opieki prenatalnej, okres noworodkowy, niemowlęcy, dziecięcy, wiek dojrzwały, aż do późnej starości włącznie. Obecny stan zdrowotny Polaków wymaga jednak dalszych wielu działań – poczynając od promocji zdrowia, poprzez

leczenie i rehabilitację – obejmujących wszystkie okresy życia aż do późnej starości. Dowodzą tego wyniki badań własnych, gdzie w odniesieniu do osób w wieku sędziwym zaobserwowano wiele niedociągnięć. Warto przytoczyć tutaj, że wśród badanych aż 45,6% nie korzystało z regularnej opieki zdrowotnej. Spośród ogółu badanych wielu nie posiadało tak podstawowych oprotezowań, jak: okulary 23,9%, aparaty słuchowe 64,1%, protezy zębowe 65,2% nie używa a 35,8 % w ogóle nie posiada.

Analizując wyniki badań własnych wskazane jest także odnosić je do badania stanu zdrowia ludności Polski (GUS 1996 r. powtarzane co 5 lat, ostatnie z 2009 r.), które były wykonane zgodnie z zaleceniami międzynarodowymi [103]. Chodzi o Europejskie Ankietowe Badania Zdrowia (Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego (EHIS) i Rady w sprawie Statystyk Wspólnoty w zakresie zdrowia publicznego oraz zdrowia i bezpieczeństwa w pracy nr 1338/2008, Polskie badania EHIS), w których wytycza się dokonanie oceny w następujących czterech obszarach tematycznych:

1. stan zdrowia (samoocena, choroby przewlekłe, ograniczenia w funkcjonowaniu i ich wpływ na życie codzienne i samopoczucie)
2. opieka zdrowotna (korzystanie z opieki medycznej, stosowanie leków, profilaktyka)
3. determinanty zdrowia, głównie styl życia
4. aspekt demograficzno-społeczny badanych osób.

W tych badaniach ogólnopolskich wśród badanych w wieku 40-60 lat 34% oceniało swój stan zdrowia poniżej dobrego, a u prawie co drugiego mieszkańca Polski (43%) występowały choroby przewlekłe. Wśród osób 50-letnich 60% zgłaszało dolegliwości chorobowe i choroby przewlekłe, wśród 60-letnich 79%, a w najstarszym przedziale wiekowym aż 90% podawało różne problemy zdrowotne i choroby przewlekłe. Podobnie przedstawiały się wyniki badań własnych, gdzie wśród mieszkańców miasta Kalisza w wieku sędziwym tylko 10% oceniało pozytywnie swój stan zdrowia. Pod tym względem w badaniach własnych potwierdzały się wyniki ogólnopolskiego badania GUS. O ile w badaniach GUS dolegliwości bólowe towarzyszyły 61% badanych (67% mężczyzn, 59% kobiet), to w badaniach własnych występowanie dolegliwości bólowych wśród osób w wieku sędziwym było jeszcze częstsze - 83% mężczyzn i 61% kobiet. Najczęściej zgłaszanymi dolegliwościami bólowymi były bóle: kończyn dolnych, pleców i głowy. Należy przy tym mieć na uwadze – interpretując powyższe wyniki – że osoby w wieku sędziwym są przyzwyczajone do bólu, przez co mogły omawiane wyżej wskaźniki zaniżyć, bo jak inaczej wytłumaczyć fakt, iż aż 55% ogółu osób 15-letnich zgłaszało również problemy zdrowotne [104].

Zgodnie z kryteriami europejskimi (gdzie za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby deklarujące jakąkolwiek dolegliwość lub ograniczenie) i według GUS w 2009 r. w Polsce żyło 9 mln osób niepełnosprawnych. Liczba ta jest tak wysoka, że wskazuje iż problem osób niepełnosprawnych wymaga działań już nie tylko społecznych, ale również politycznych. Nieco innego spojrzenia w kwestii niepełnosprawności wymaga populacja osób sędziwych, w której niepełnosprawność dotyka, aż 90% badanych.

Aktualny stan zdrowia ludności polskiej wyznacza jej w tym obszarze odległe miejsce wśród krajów Europy. Niestety, w Polsce placówki POZ świadczą przede wszystkim usługi lecznicze podstawowe. Przy tym wskaźniki porad lekarskich w gabinetach lekarza rodzinnego względem wizyt domowych są kilkakrotnie niższe niż w wysoko rozwiniętych krajach UE. Lekarz rodzinny pracuje głównie w gabinecie, a w odniesieniu do populacji osób w wieku sędziwym, gdzie wiele z tych osób jest niezdolnych do samodzielnej egzystencji i w związku z tym także niezdolnych do zgłaszania się po poradę do gabinetu lekarskiego, bardzo częsta jest praktyka pośrednictwa rodziny w wypisywaniu recept na leki. Są to tzw. „powtórzenia leków”, niekiedy trwające latami, a przecież stan kliniczny chorych zmienia się. Należy podkreślić, że winę za ten stan rzeczy ponoszą nie tyle lekarze rodzeni, co członkowie rodzin osób w wieku sędziwym. Potwierdzają to wyniki badań własnych, gdzie aż 19,6% osób w wieku sędziwym przyznaje, że pomimo przewlekłej farmakoterapii ich ostatnia wizyta u lekarza prowadzącego była ponad pół roku temu. Osoby w wieku sędziwym były w 55,4% zadowolone z otrzymywanej opieki, przy jednoczesnym twierdzeniu o dużej trudności w korzystaniu z pomocy specjalisty. Ponadto osoby starsze nie zawsze wykupują leki - ze względu na ograniczone środki finansowe; z tego samego powodu nie wykupują im leków członkowie ich rodzin. Obecnie w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego dostęp pacjenta do poradni specjalistycznych stał się zależny od indywidualnej decyzji lekarza rodzinnego. W odniesieniu do populacji w wieku sędziwym, to korzystanie z konsultacji specjalistycznych było uderzająco niskie. Zaledwie 4,3% było pod opieką specjalistów. Poradnie geriatryczne istnieją, ale na skutek lekceważącego stosunku opiekunów/członków rodzin osób w wieku sędziwym zbyt rzadko z tych konsultacji geriatrycznych korzystają pacjenci w wieku sędziwym. Poza tym bardzo często te osoby nie mają świadomości, że istnieją możliwości konsultacji specjalistycznych, rehabilitacji. Powszechny jest brak wiedzy społecznej na temat fizjologii starzenia się i możliwości łagodzenia dolegliwości chorobowych tego okresu oraz poprawienia jakości życia [105]. Także wśród lekarzy i pielęgniarek nie zawsze widać właściwe zrozumienie i zaangażowanie w leczenie i rehabilitowanie osób w wieku podeszłym. Takie spojrzenie członków rodzin osób w wieku podeszłym oraz wielu pracowników zakładów opieki zdrowotnej sprawia, że jakość życia osób w wieku podeszłym jest bardzo niska [106]. Praktycznie nie istnieją możliwości usprawniania seniorów w ich domach. Ponieważ obecnie mało komu zależy na poprawie jakości życia osób w wieku podeszłym, a opiekę zleca się domom opieki społecznej i hospicjom, bardzo konieczne jest uświadamianie społeczeństwa o potrzebach osób w tym wieku. Powszechnie unika się świadczenia opieki osobom starym, chorym. Częstym argumentem wyzbywania się przez najbliższych korzystania z opieki zdrowotnej jest brak wiedzy i umiejętności w tym zakresie. Dowodzi to konieczności podjęcia takiej edukacji a ponadto stworzenia sieci domowej opieki na wzór „domowego hospicjum” czy istniejącej opieki domowej w USA [107]. Taką opieką należałoby objąć wszystkie osoby wykazujące deficyty w powyżej przedstawionych badaniach, szczególnie w sytuacji widocznych zaniedbań ze strony rodziny. Należy stworzyć dodatkowe możliwości działania w tej sferze.

Opieka zdrowotna nad tymi osobami oparta jest przede wszystkim na doraźnym korzystaniu z pomocy u lekarza rodzinnego. Brak poradni geriatrycznej, a tym samym standardów w opiece geriatrycznej, ma negatywny wpływ na funkcjonowanie osób w wieku



sędziwym i piętrzących się trudności tej grupy. Pole zaniżonego poziomu opieki pogarsza brak wiedzy, opieszałość opiekunów co do możliwości i konieczności protezowania dysfunkcji: otolaryngologicznych okulistycznych czy ruchowych. Pojawiają się także istotne problemy, głównie natury społecznej, w środowisku, którym żyją. Starość współistniejąca z wielochorobowością – przy braku zaangażowania pielęgniarek środowiskowych, opiekunów społecznych a nierzadko rodziny – powoduje niską jakość życia. Należy przy tym podkreślić, że szczególnie trudna, być może nawet najtrudniejsza, jest opieka nad osobami z zespołami otępiennymi. Choroby te powodują konieczność zmiany trybu życia rodziny oraz nakładają szereg dodatkowych obowiązków. Taka sytuacja wymaga dużego zaangażowania, wiedzy kompetentnej - a w szczególności wsparcia ze strony takich instytucji, jak opieka zdrowotna, czy opieka społeczna. Dlatego też niezbędnym jest organizowanie cyklicznych konferencji dostarczających wiedzy o sprawowaniu opieki. Widoczne braki i zaniedbania w zakresie przestrzegania zasad dietetycznych chorych, np. z cukrzycą, wykonywania iniekcji insuliny oraz samokontroli poziomów glikemii, powodują szybkie pogarszanie się stanu chorego.

Mimo szeregu polskich aktów prawnych zapewniających o dostępie do możliwie pełnej opieki zdrowotnej, powstaje przestrzeń, a właściwie przepaść, pomiędzy opieką a pacjentem. Placówki te nie są dostatecznie przygotowane do opieki nad osobami starymi a nieustanne zmiany w zakresie refundacji tych świadczeń przez opiekę środowiskową, źle wpływają przede wszystkim na zmuszonych korzystać z tej opieki. Szczególnie odczuwalny jest brak przepisów określających zasady opieki nad tymi osobami, jak też określających możliwości kontroli.

Z powyżej przedstawionych faktów wynika konieczność poznania i oceny sytuacji społecznej osób starych, długowiecznych - poprzez przeanalizowanie ich problemów w środowisku rodzinnym czy społeczności, w której żyją. A więc, z jednej strony, jest to próba przedstawienia stanu istniejącego:

- 1) wykazania zasadniczych problemów oraz błędów i niedoskonałości w systemie opieki nad człowiekiem starym a
- 2) wskazania konieczności działań podnoszących odpowiedzialność, jednostek i osób opiekujących się naszymi seniorami.

W pracy przedstawiono analizy przeprowadzonych badań ankietowych wybranych aspektów medycznych, psychologicznych, ekonomicznych i społecznych osób długowiecznych zamieszkałych na terenie miasta Kalisza, poszukując czynników optymalizacji ich jakości życia.

## **5.14. Samotność**

---

Pozostawanie w domu, brak możliwości rozmowy z innymi, wdowieństwo są najczęstszymi przyczynami poczucia osamotnienia, na co zwraca uwagę szereg autorów. Na przykład *B. Bień* podała w pracy o 80-letnich Polakach, że aż 27% spośród nich nie opuszczała swego mieszkania [120]. Mieszkańcy miasta Kalisza w wieku sędziwym w 90% przypadków mieszkali ze swymi rodzinami. Aż 30% z nich było zależnych, przy tym 16%

całkowicie zależnych od osób z którymi zamieszkiwali albowiem nie byli w stanie o własnych siłach opuszczać mieszkania. Ich jakość życia była na niskim poziomie w świetle wyników badań własnych. Potwierdzają to odpowiedzi na pytanie dotyczące częstości poczucia osamotnienia, gdzie odpowiedzi „często” było aż 48%, a odpowiedzi „czasami” 32%. Przy tym żadna z ankietowanych osób nie odpowiedziała, że nigdy nie czuje się samotna. Mężczyźni czuli się bardziej samotni niż kobiety; 61% mężczyzn odpowiedziało, że często czują się samotni, a 22% że czasami, podczas gdy analogiczne odpowiedzi kobiet były: 44% i 34%. Testy statystyczne jednak nie wykazały istotnej zależności pomiędzy odczuwaniem samotności a płcią.

Utrata sprawności fizycznej, umysłowej, wielochorobowość i narastające inwalidztwo jest często przyczyną utraty nadziei, pogody ducha i częstą przyczyną poczucia osamotnienia [56, 108, 109] Liberalno-kapitalistyczny system, do którego zmierzamy, i lansowana przez ten system koncepcja szczęścia pomija – jak się wydaje – zaspokojenie najgłębszych pragnień i tęsknot człowieka. Nieustanna pogoń za dobrami materialnymi prowadzi do obsesji ciągłego zwiększania tych dóbr i hedonistycznych trendów, w czym często nie może odnaleźć się człowiek sędziwy, ponieważ inaczej rozumie szczęście. Warto zatem zająć się kształtowaniem postaw młodzieży w tym kierunku, aby nie poddawała się ona takiemu modelowi szczęścia w zamian za rzeczywiste pragnienia duchowe. Chodzi o to – obrazowo ujmując – aby przerwana nić pomiędzy szczęściem a moralnością połączyć ze służbą drugiemu człowiekowi. Wówczas tak ukształtowane młode pokolenie stworzy nowe realia – również dla osób starych.

Warto w rozważaniach odnieść się także do pierwszego rozdziału Konstytucji RP pt. *Zasada dobra wspólnego* (art. 1-29 Konstytucji RP), gdzie w części normatywnej Konstytucji na pierwszym miejscu przedstawiona została zasada dobra wspólnego. Art. 1 Konstytucji, poprzez wprowadzenie tej zasady, deklaruje: „Rzeczpospolita Polska jest dobrem wspólnym wszystkich obywateli”. Przepis dotyczący „dobra wspólnego” wychodzi naprzeciw mentalności Polaków, kształtowanej poprzez różne doświadczenia. Lata represji, dyktatur, czy systemów autorytarnych, nauczyły zabiegać o jednostkowe dobro w zapomnieniu o dobru wspólnym. Ignorancja tej zasady znajduje obecnie odzwierciedlenie w postawach wobec osób między innymi w wieku sędziwym. Przepis z art. 1. wyraźnie mówi, że tak być nie powinno, jednak aby zmieniać tę mentalność należy zaczynać od postawy własnej, a następnie budować i przekazywać takie wzorcowe zachowania w środowisku rodzinnym, miejscu pracy i zamieszkania (Konstytucja RP, art. 1-29).

## **5.15. Sytuacja mieszkaniowa**

---

Kolejnym aspektem ukazującym jakość życia osób w wieku sędziwym była ich sytuacja mieszkaniowa.

W domkach jednorodzinnych mieszkało 25 osób, co stanowiło 27,1% ogółu badanych. W pomieszczeniach zastępujących mieszkanie żyły 2 osoby. W mieszkaniach czteropiętrowych mieszkało 39 osób (42,3% ogółu badanych). Były to budynki stare, zamieszkiwane przez respondentów przez okres powyżej 50 lat.

Dla 30 osób (32,6% ogółu badanych) najbardziej uciążliwymi były: brak windy, schody, brak ciepłej wody, brak instalacji gazowej, wspólna toaleta dla kilku rodzin, istnienie barier architektonicznych dla osób na wózkach inwalidzkich. Jednak, pomimo w/w niedogodności zaledwie połowa badanych zdecydowałaby się na zmianę mieszkania.

Sytuacja mieszkaniowa jest obszarem wymagającym dalszych badań, a przede wszystkim wsparcia ze strony polityki społecznej.

## **5.16. Stan mieszkań**

---

Autorka miała możliwość weryfikacji opinii badanych odnośnie ich warunków mieszkaniowych. Oceniała: elewację budynku, stan techniczny i wyposażenie mieszkania oraz jego czystość. Bardzo źle przedstawiała się elewacja 27 budynków. Spadający tynk, brud, zacieki nadawały tym budynkom szarości, smutku i biedy. Zatęchłe, duszne powietrze czasami pojawiało się tuż po wejściu w bramę. W 25 mieszkaniach panował zaduch. Zgrzybiałe ściany widoczne były aż w pięciu mieszkaniach, gdzie oddychanie stawało się trudne nawet dla zdrowego człowieka. Zabrudzone okna odnotowano w 12 mieszkaniach, a ogólny bałagan z porzucanymi ubraniami w 8. Za czyste i bardzo czyste można było uznać zaledwie 27 mieszkań.

W odniesieniu do stanu zdrowia badanych, ich sprawności fizycznej i umysłowej oraz środowiska w którym żyli, należałoby poprawić stan 35 mieszkań, a kolejne 12 pilnie dostosować do stopnia znacznej niepełnosprawności badanych. Respondenci w większości byli czysto ubrani (61osób; 66,3%), lecz u pozostałych (31osób; 33,6%) były widoczne ewidentne zaniedbania higieniczne. Aż dla około połowy badanych istniała potrzeba pomocy doprowadzeniu ich mieszkania do właściwego stanu. Ponadto w zakresie prowadzenia domu konieczna była pomoc dla 18 osób (19,56%), świadczeń pielęgnacyjnych – dla 14 osób (15,2%), a dla 14 osób (15,2%) konieczne były obie formy pomocy.

## **5.17. Oczekiwanie na wsparcie w sferze ekonomicznej**

---

Osoby sędziwe niejednokrotnie oczekują wsparcia również w sferze ekonomicznej, lecz bariery i zasady przerastają ich możliwości. Warunkiem uzyskania takiego wsparcia jest złożony wniosek z uzasadnieniem w MOPS (Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej) przez osobę zainteresowaną. Pracownik socjalny czeka na zainteresowaną pomocą osobę w swoim biurze. Istnieje, powstała od kilku lat, luka pomiędzy środowiskową opieką medyczną a pomocą społeczną, w której zostają często osoby stare niepełnosprawne. To obszar zupełnie wolny, o niewielkim zainteresowaniu instytucji państwowych społecznych czy prywatnych.

## **5.18. Zakończenie**

---

Życie może być zwykłe lub niezwykle, barwne lub szare, krótkie lub długie, wesołe lub smutne, ale zawsze kończy się tak samo. Śmierć to powszechne, ale najbardziej niezwykle doświadczenie, przed którym człowiek doświadcza lęku. Podążanie ku temu co nieuchronne

wypełnione jest swoistą treścią. Może być nią rodzina, religia, troska o siebie lub innych. Starość to czas refleksji, które mają szczególny wymiar i są szczególnie bliskie zbliżającym się do kresu życia, osobom sędziwym. Prowadzone badania wśród osób sędziwych cechował wysoki stopień trudności. Obciążenie psychiczne autorki rekompensowały jednak postawy badanych osób, które spragnione były rozmowy, bliskości drugiego człowieka. Z tych rozmów wynikało, że były to osoby, które za maksymę swojego życia przyjęły wędrówkę ku nieuchronnej śmierci. Bywa, że na tej drodze nie ma nikogo, kto pomógłby ją przejść. Słowa L. A. Seneki: „Cóż w tym niezwykłego, że umiera człowiek, którego życie jest niczym innym jak tylko drogą ku śmierci?”[110] - wymagają od nas także chwili refleksji. Słowa te nie powinny przygnębiać, ale uczynić śmierć bardziej etapem niż konsekwencją. Wszystkie działania międzynarodowe, czy danego kraju, powinny zmierzać do poprawy jakości życia na każdym jego etapie. Niezwykle ważnym działaniem na rzecz poprawy jakości życia jest ochrona zdrowia zawierająca się w szerokiej profilaktyce, edukacji, dostępności do usług medycznych, zabezpieczenia personalnego opieki podstawowej i specjalistycznej. Zawsze powinny nam towarzyszyć cele ciągłej poprawy jakości życia wszystkich ludzi. Poszanowanie godności człowieka na każdym jego etapie winno być postawione ponad polityczno-ekonomiczne względy. Aby ekonomiczno-polityczne względy nie zdominowały ludzkiej godności, jakość życia w każdym wieku musi mieć jeden wymiar. Patrząc oczami medycyny, która jest biologią stosowaną, można twierdzić, że organizm wielokomórkowy, jakim jest również człowiek, zgodnie z programem genetycznym staje się niezdolny do życia [111]. Kontynuacja życia następuje w ich potomstwie, które kontynuuje linie życia. Człowiek jednak, po wychowaniu dzieci i wprowadzeniu ich w życie dorosłe, jest nadal człowiekiem, nadal istotą w pełni wartościową, sprawną psychicznie, fizycznie i intelektualnie, którą traci stopniowo w późnej starości. Istnieją historyczne przykłady, że wielu ludzi nawet w okresie późnej starości tworzyło wspaniałe dzieła, jak np. *Goethe* czy *Picasso*. Życie ludzkie ma do samego końca niesamowite możliwości a pojęcie klasycznego humanizmu nakazuje zachowanie szacunku i godności aż do samego końca. Jest to niezbity argument dla zapewnienia opieki i pomocy ludziom w podeszłym wieku, gdyż tworzą oni część naszej nieodłącznej rzeczywistości wrażeń i odczuć, sposobu widzenia świata i ważnej dla nas sfery uczuciowej.

Wychowani zostaliśmy w kulturze, w której należy się szacunek dla osób starszych, a tym bardziej będących już w wieku sędziwym. Dlatego podejmując niniejszy temat autorka spodziewała się, że wyniki badań utwierdza ją w przekonaniu, iż nadal w młodszych pokoleniach szacunek i poświęcenie na rzecz starego pokolenia będzie wszechobecne. Tymczasem to, co zaobserwowała w domach, w których mieszkali ludzie w wieku sędziwym, skłania do bardzo smutnej refleksji, że osoby te, które bardzo potrzebują codziennej opieki z racji licznych niedomagań wynikających z wieku i szeregu nękających ich chorób, tak naprawdę tą opiekę mają zapewnianą tylko w ograniczonym zakresie. Jak wytłumaczyć fakt, że osoba w wieku sędziwym nie ma albo w ogóle okularów albo też te okulary są takie, że nie jest w stanie przez nie nic przeczytać. Oczywiście zapewne znacząca część tych osób z problemami dotyczącymi zaburzeń wzroku ma niedowidzenie centralne spowodowane zwyrodnieniem plamki żółtej, ale obecnie można sobie z tym problemem radzić poprzez właściwą rehabilitację, o czym wspomniano powyżej. Tym problemem niedowidzenia przez

osoby w wieku sędziwym tak naprawdę nikt poważnie się nie przejmuje – ani najbliższa rodzina ani też pracownicy zatrudnieni w systemie opieki zdrowotnej. Podobnie przedstawia się sytuacja z niedosłuchem. Wyraźnie dostrzegalne to było w obserwacjach badań własnych, gdzie z szeregiem osób w wieku sędziwym nie można było przeprowadzić wywiadu z powodu ich zaawansowanego niedosłuchu. Część z tych osób w ogóle nie miała aparatów słuchowych a część posiadała aparaty takie, których nie chciała używać z tej racji, że były dla nich niedostosowane, wydawały przeszkadzające piski – i trudno się było dziwić, że ktoś, kto taki aparat słuchowy posiada, nie będzie go chciał używać. Kolejna sprawa, która jaskrawo rzucała się w oczy podczas wizyt domowych to niedostosowane mieszkania dla osób w wieku sędziwym. Skoro osoba w wieku sędziwym ma na ogół poważne trudności w samodzielnym poruszaniu się, to nie powinna mieszkać w takich warunkach, że w codziennym jej funkcjonowaniu będzie zachodzić potrzeba przemieszczania się po schodach, w dodatku niewłaściwie zabezpieczonych. Przecież w tymże wieku poważnym problemem są upadki, często z następowymi obrażeniami narządu ruchu, do złamań włącznie. Przecież typowe jest tutaj złamanie szyjki kości udowej, które niewłaściwie leczone, albowiem bardzo często Narodowy Fundusz Zdrowia nie ma dostatecznych środków na finansowanie leczenia operacyjnego, pozostaje tylko leczone zachowawczo – co powoduje, iż taka osoba staje się leżącą do końca życia. Najbardziej jednak bolesne były dla autorki jej obserwacje odnoszące się do relacji: osoba w wieku sędziwym – członkowie najbliższej rodziny. Przede wszystkim nie obserwowano się tutaj spodziewanego ciepła w relacjach. Obecna była natomiast „fałszywa miłość” – to jest zwracanie się w obecności prowadzącej badanie do osoby w wieku sędziwym z ciepłymi słowami, gdy jednocześnie wyraźnie zauważało się w otoczeniu zaniedbania w opiece. W kilku przypadkach synowie z wyraźnie uwidaczniającymi się objawami uzależnienia od alkoholu utrzymywali w nader skromnych warunkach i w całkowitej izolacji od otoczenia ich matkę, z której emerytury się utrzymywali. Te obserwacje autorki skłaniają do refleksji, że zaszły w ostatnim okresie wyraźne przemiany społeczne, wraz z którymi dokonały się także zmiany w relacjach: osoba w wieku sędziwym – członkowie najbliższej rodziny. Konieczne są przeto dalsze, pogłębione badania z tego obszaru tematycznego. Tutaj należy się zastanowić, na ile przemiany społeczne, które się dokonały w Polsce, zbliżone są do tych, które już wyraźnie zaistniały przykładowo w krajach skandynawskich, czy w Holandii. Chodzi o takie problemy jak na przykład eutanazja, która dotyka przecież bardzo często osoby w wieku sędziwym, czy też coraz częstsze anonimowe pochówki – i to jeszcze w takiej sytuacji, że coraz częściej członkowie rodziny odmawiają w ogóle udziału w uroczystościach pogrzebowych [112]. Kończąc autorka zauważa, że w świecie współczesnym to tak naprawdę liczy się człowiek młody, zdrowy, i najlepiej jeszcze bogaty. Natomiast ci, którzy znajdują się już w wieku sędziwym, przy tym są w znacznym stopniu niepełnoprawności – a więc potrzebują stałej pomocy osób drugich w codziennym funkcjonowaniu – tak naprawdę nie są już w centrum zainteresowania członków własnej rodziny jak i pracowników opieki zdrowotnej w gestii których pozostaje sprawowanie opieki nad tą grupą wiekową.

## 6. WNIOSKI

---

---

1. Jakość życia mieszkańców Kalisza w wieku sędziwym wraz z ich sytuacją ekonomiczną i funkcjonowaniem w środowisku rodzinnym i społecznym przedstawiała się w ocenie holistycznej na zaskakująco niskim poziomie. Dlatego konieczna jest poprawa opieki nad tymi osobami.
2. Zalecenia z obowiązujących norm prawnych w odniesieniu do osób sędziwych powinny być realizowane zarówno przez członków rodzin jak i instytucje sprawujące opiekę zdrowotną, społeczną.
3. Wprawdzie formalnie opieka zdrowotna (opieka geriatryczna) nad osobami w wieku sędziwym jest na dostatecznym poziomie, to w rzeczywistości osoby te z tejże opieki korzystają w bardzo małym zakresie.
4. Dysfunkcja narządu wzroku, narządu słuchu i narządu ruchu jest bardzo słabo rozpoznana w odniesieniu do osób długowiecznych – co wskazuje na konieczność poprawy opieki w zakresie rehabilitacji wraz z koniecznym doposażeniem w sprzęt rehabilitacyjny.
5. Do zakresu środowiskowej opieki pielęgniarskiej należy wprowadzić standard opieki nad osobami sędziwymi.
6. Na terenie miasta Kalisza, istnieje bezwzględna potrzeba utworzenia poradni geriatrycznej.

## 7. STRESZCZENIE

---

---

### Wybrane aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne mieszkańców Kalisza w wieku sędziwym

Irena Galewska

**Wprowadzenie.** Starzenie się społeczeństw sprawia, że wśród nas jest coraz więcej osób sędziwych. Mając na uwadze godność człowieka i niezbywalne prawo do życia w możliwie najbardziej optymalnych warunkach, istotnie ważnym jest poznanie jakości życia tej populacji. Wobec obserwowanej powszechnej marginalizacji potrzeb tej grupy społecznej przeprowadzono badania w poszukiwaniu czynników optymalizacji życia osób sędziwych.

**Cel pracy.** Ocena holistyczna (biopsychospołeczna) osób w wieku sędziwym - uwzględniająca ich jakość życia wraz z sytuacją ekonomiczną i funkcjonowaniem w środowisku rodzinnym i społecznym oraz z możliwościami optymalizacji opieki nad nimi.

**Materiał i metoda.** Badania z użyciem kwestionariusza ankiety przeprowadzono w okresie od 01 stycznia 2008 r. do 31 grudnia 2009 r. i objęto nimi 92 osoby w wieku sędziwym zamieszkałych na terenie miasta Kalisza, w ich miejscu zamieszkania.

**Wyniki.** Sytuacja osób długowiecznych okazała się w Kaliszu bardzo trudna, albowiem aż 63,04% tych osób żyło w trudnych warunkach, wyraźnie niedostosowanych do znacznego stopnia ich niepełnosprawności. Zalecenia wynikające z obowiązujących norm prawnych nie są realizowane w odniesieniu do osób długowiecznych, albowiem pomimo formalnie istniejącej na dobrym poziomie opieki zdrowotnej, w tym geriatrycznej, rzeczywiste korzystanie z tejże opieki osób w wieku sędziwym jest bardzo skromne. Dysfunkcja narządu wzroku, narządu słuchu i narządu ruchu była bardzo słabo rozpoznana w odniesieniu do osób długowiecznych. Pielęgniarki środowiskowe miały ograniczone rozeznanie co do istniejących potrzeb osób długowiecznych.

**Wnioski.** Konieczna jest poprawa opieki nad osobami w wieku sędziwym. Ponieważ jest bardzo słaba realizacja zaleceń wynikających z obowiązujących norm prawnych w odniesieniu do osób sędziwych, konieczne jest spowodowanie działań naprawczych w tym obszarze. Wprawdzie formalnie opieka zdrowotna (opieka geriatryczna) nad osobami w wieku sędziwym jest na dostatecznym poziomie, to w rzeczywistości osoby te z tejże opieki korzystają w bardzo małym zakresie. Dysfunkcja narządu wzroku, narządu słuchu i narządu ruchu jest bardzo słabo rozpoznana w odniesieniu do osób długowiecznych – co wskazuje na konieczność poprawy opieki w zakresie rehabilitacji wraz z koniecznym doposażeniem w sprzęt rehabilitacyjny.

**Słowa kluczowe:** wiek sędziwy, ocena holistyczna, ocena biopsychospołeczna, potrzeby zdrowotne, rehabilitacja, Kalisza.

## 8. SUMMARY

---

---

### **Chosen medical, psychological, sociological and economical aspects of aged people living in Kalisz**

Irena Galewska

**Introduction.** Obsolescence in the society causes that there are more and more aged people among us. Keeping in mind human dignity and inalienable right to live in the best conditions, it is essential to get to know the quality of life of this population. Observing common marginalization of needs of this society group, I conducted a research looking for optimum factors of life for aged people.

**Objective.** Holistic evaluation of aged people – considering the quality of life that is their economical situation and functioning in the social and family environment, including the possibility of better care for them.

**Material and method.** I conducted a research using a questionnaire in the period from 01<sup>st</sup> of January 2008 to 31<sup>st</sup> of December 2009 and 92 aged people living in the area of Kalisz city were included in their place of address.

**Results:** The situation of old people turned out to be very difficult in Kalisz, because as many as 63,04% of the people lived in very tough conditions, clearly not proportional to considerable grade of their disability. Recommendations which result from the rules of law are not implemented among aged people, although official existence of health care at a good level, including geriatric care, is actually rarely used by aged people. The dysfunction of eyesight, hearing and coordination of the body were hardly ever diagnosed among aged people. District nurses had a limited information about existing needs of old people.

**Conclusions.** There is a desperate need of care improvement among aged people. There is very little accomplishment in recommendations resulting from the rules of law concerning aged people, that is why it 's necessary to cause repair activities in this area. Official health care among aged people is at a satisfying level, but in reality the use of this care by old people is at low grade level. The dysfunction of eyesight, hearing and coordination of the body are hardly ever diagnosed among aged people – which indicates the need of care improvement in the area of rehabilitation and the necessary refitting in remedial equipment.

**Key words:** old age, holistic evaluation, healthcare needs, rehabilitation, Kalisz.



## 9. PIŚMIENNICTWO

---

---

1. Teoria hierarchii potrzeb A.H. Maslowa, Model R. A. Webera, Model ERG, strona internetowa: [http://www.anaco.pl/page.list.id,29,ids,7,Teoria\\_potrzeb\\_Maslowa.html](http://www.anaco.pl/page.list.id,29,ids,7,Teoria_potrzeb_Maslowa.html); data pobrania: 5.02.2011.
2. Griffin R. Podstawy zarządzania organizacjami. PWN, Warszawa 1998.
3. Leszczyńska-Rejchert A. Człowiek starszy i jego wspomaganie. Wyd. Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie 2005.
4. Wieczorowska-Tobiś K, Talarska D. (red.): Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych. Wydawnictwo PWN, Warszawa 2008.
5. Pędlich W. Procesy starzenia się człowieka. [w:] Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red): Geriatria z elementami gerontologii ogólnej, Via Medica, Gdańsk 2006.
6. Mossakowska M, Broczek K, Witt M, (red.). Skazani na długowieczność, W poszukiwaniu czynników pomyślnego starzenia, Ośrodek Wydawnictw Naukowych Poznań 2007.
7. Szpakowska S. Starość wymaga wsparcia, [www.rp/artykuł/17,109930.html](http://www.rp/artykuł/17,109930.html), data pobrania: 10.03 2011.
8. Szukalski P. Najstarsi Polacy- szkic demograficzny. Gerontologia Polska 2000, 8 (4).
9. Wiśniewska-Roszkowska K. Starość jako zadanie. Wyd. PAX, Warszawa 1989.
10. Halik J. (red.): Starzy ludzie w Polsce. Społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa. Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2002.
11. GUS. Rocznik demograficzny 2010.
12. A glossary terms for community health care and services for older persons. Aging and health technical-report. WHO 2004; 5.
13. Darejczyk J, Bień B, Kokoszka-Paszkot, Szczygieł Joanna, Gerontologia i geriatria w Polsce na tle Europy - czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju. Gerontologia Polska 2008 t.16, nr 3, s 149-159.
14. Bień B, Doroszkiewicz H, Wojszel Z B. Poziom niesprawności osób starszych a korzystanie z usług medycznych i pozamedycznych w badaniu EUROFAMCARE. Gerontologia Polska 2008; 16 (2):101-110.
15. Szczerbińska K, Pietryka A. Rozwój geriatry w krajach europejskich - jakość kształcenia i opieki geriatrycznej, cz. II. Gerontologia Polska **2008**, t 16, nr 3, 137-148.
16. Pietryka A. Rozwój geriatry w krajach europejskich. Praca magisterska pod kierunkiem K. Szczerbińskiej. Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medium Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.
17. Wojszel ZB, Bień B, Polityńska B. Ocena stanu funkcjonowania ludzi w podeszłym wieku przez lekarza rodzinnego za pomocą kwestionariusza EASY-Care. Polski Merkuriusz Lekarski 1999; 6 (33), s. 167-170.
18. Cybruch S. Przeżyć 100 lat i więcej, art. stan.cyb, pobr.18.08.2010r.
19. Muszalik M, Kędziora-Kornatowska K: Jakość życia przewlekle chorych pacjentów w starszym wieku. Gerontologia Polska 2006: 14 (4): 185-189.
20. Wdowiak L, Budzyńska-Kapczuk A: Wielkie problemy geriatryczne – upośledzenie wzroku i słuchu. Pielęgniarka i Położna 2004: 46 (8):22.

21. Darejczyk J. W Polsce udajemy, że nie ma starości. Puls Medycyny, [www.pulsmedycyny.com.pl/index/archiwum/9395](http://www.pulsmedycyny.com.pl/index/archiwum/9395), data pobrania: 12.03.2011.
22. Szczerbińska K. Ocena czynności życia codziennego u osób w wieku podeszłym. Materiały konferencyjne, Toruń 2004, Międzynarodowa Konferencja Opieki Długoterminowej. Międzynarodowe Sympozjum Rehabilitacji w Opiece Długoterminowej. Ogólnopolskie Sympozjum Profilaktyki, Edukacji i Leczenia Ran Przewlekłych.
23. Szukalski P. Rodzina jako obszar zainteresowania badawczego gerontologów społecznych. Gerontologia Polska **2008**, t. 13, nr. 3, 162-168.
24. Bień B, Wojszel ZB, Doroszkiewicz H. Poziom niesprawności osób w starszym wieku jako wskazanie do wspierania opiekunów rodzinnych [w:] Gerontologia Polska 2008, 16 (1), s. 25-34.
25. Kolman R. Jakość życia na co dzień. Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej, Bydgoszcz 2002, s. 25-37.
26. Kowalik S. Temporalne uwarunkowania życia [w:] Bańka A, Derbis A. Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia. Gemini, Poznań – Częstochowa 1994, s. 41-51.
27. Kowalik S, Ratajska A. W poszukiwaniu nowego wymiaru jakości życia związanego ze stanem zdrowia [w:] Wołowicka L. (red.) Jakość życia w naukach medycznych. Gemini, Poznań, 2001, s. 17-29.
28. Dziurawicz-Kozłowska A. Wokół pojęcia jakości życia. Psychologia jakości życia 77-98. ACADEMICA SWPS, 2002 I (2).
29. Tobiasz Adamczyk B. Jakość życia w naukach społecznych i medycznych. Sztuka Leczenia. Warszawa 1996, 2: 33-40.
30. Raspe H, Kohlmann T.: Population surveys for disorders characterized by pen. A methodological review. J. Epidemiol. Community Health 1994, s. 85-92.
31. Skalska A. Choroba niedokrwienna serca u osób w wieku podeszłym. Gerontologia Polska 2003, 2, 51-52.
32. Piskorz Ł, Czernicki J, Kotwa C. Znaczenie i metody oceny jakości życia pacjentów po oparzeniach termicznych. Kwartalnik Ortop. 2004, 4: s.206-210.
33. Niewiadomski TJ. Ocena jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia w aspekcie jakości opieki zdrowotnej. V Ogólnopolska Konferencja „Jakość w opiece zdrowotnej”. Zbiór referatów konferencji Kraków, 12-14, 04, 2000, s. 297-299.
34. Jaracz K. Jakość życia - wymiar obiektywny i subiektywny. Pielęgniarstwo Polskie 2000, 1: 28-37.
35. Przybysz M, Horodnica-Józwa A, Petriczko E, Wójcik K, Walczak M. Ocena jakości życia dzieci z cukrzycą typu 1. Endokrynol. Pediatr. 2008, 7 (2): 67-74.
36. Anderson ET, Aaronson NK, Wilken D. Critical reviews of the international assessment of health – related quality of live. Qual Life Res 1993; 2: s. 369-390.
37. Jaracz K. Sposoby ujmowania i pomiaru jakości życia. Próba kategoryzacji. Pielęgniarstwo Polskie 2001, 2: 219-223.
38. Kołodziej W. Bio-psycho-społeczne funkcjonowanie osób starszych a społeczne stereotypy i uprzedzenia dotyczące starzenia się i starości. Oficyna Wydawnicza „Impuls” Kraków 2006.

39. Pędlich M, Wilmańska J, Bień B, Górská M. Nieprawność 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: materiały na ogólnopolskie seminarium naukowe, Łódź 2000, s. 149-155.
40. Dudenhausen J.W. Położnictwo praktyczne i operacje położnicze. PZWL Warszawa 2007, 411-441.
41. <http://pl.wikipedia.org/Wiki/Niemow%C4%99>, data pobrania: 10.04.2011.
42. Jaczewski A. (red.) Biologiczne i medyczne podstawy rozwoju i wychowania, wyd. III, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2005.
43. Cebo-Foniok M. (red.) Wielki poradnik medycyny dla każdego. Amber, Warszawa 1999.
44. Jaczewski A, Żmijewski J. O dorastaniu i dojrzewaniu. PZWL, Warszawa 1973.
45. Dolińska-Zygmunt G. (red.): Elementy psychologii zdrowia. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Warszawa 1996.
46. Bee H. Psychologia rozwoju człowieka. Zysk i S-ka, Poznań 2004, Rozdział 17: Zmiany fizyczne i umysłowe w okresie późnej dorosłości, s. 543-579.
47. <http://www.psychologiaspoleczna.pl/artykuły-czytelnia-48/20html>, data pobrania: 15.05.2011.
48. <http://www.psychologiaspoleczna.pl/artykuły-czytelnia-48/13.html>, data pobrania: 15.05.2011.
49. Godman N. Wstęp do socjologii. Zysk i S-ka, Poznań 1997 s.83.
50. Frąckiewicz L. Nauki społeczne wobec odpowiedzialności za własną starość. Gerontologia Polska, 1997 5(4): 29-34..
51. Szymański MJ. Studia i szkice z socjologii i edukacji. PZWL, Warszawa 2000, s. 39.
52. Szacka B.: Wprowadzenie do socjologii. Warszawa 2003, s. 138.
53. Trafiałek E.: Oświata w integracji osób starszych. [w:] Jopkiewicz A., Trafiałek E. (red.): Trzeci wiek. s.70-72.
54. Kawczyńska-Butrym Z. Rodzina-zdrowie-choroba. Czelej, Lublin 2001.
55. [http://www.seremet.org/who\\_zdrowie.html](http://www.seremet.org/who_zdrowie.html), data pobrania: 10.04.2011.
56. Szatur-Jaworska B. Starzenie się ludności Polski - wyzwania dla polityki społecznej. Gerontologia Polska 2002; 10, (4).
57. Łakomska A, Wachowska J, Seniorzy o swojej starości. Gerontologia Polska 2008, 16, 1: 51-55.
58. Kołodziej W. Bio-psycho-społeczne funkcjonowanie osób starszych. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2002.
59. Zych AA, Kaleta-Witusiak M. Geragogika specjalna - moralnym obowiązkiem naszych czasów. Oficyna Wyd. „Impuls”, Kraków 2002.
60. Frąckiewicz L. Karta Praw Człowieka Starego. Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa 1985.
61. UTW w Polsce i na świecie 2010.
62. Zawadzka A. Uwarunkowania wychowania do czasu wolnego w rodzinie i środowisku lokalnym ludzi trzeciego wieku. Edukacja Dorosłych 1995, 2 (7).
63. Międzynarodowy Plan Działania w Kwestii Starzenia Się Społeczeństw, Wiedeń 1982. [http://www.unic.un.org.pl/rozwój\\_społeczny/age3.pdf](http://www.unic.un.org.pl/rozwój_społeczny/age3.pdf) pobrano 21.03.2005.

64. Raport Sekretarza Generalnego Kofi Annana W Przededniu Drugiego Światowego Międzynarodowego Zgromadzenia na Temat Starości. Genewa, 21.03.2005. <http://www.opoka.org.pl/> pobrano 11.05.2011.
65. Ośrodek Informacji ONZ w Warszawie, materiały UN (United Nations, Warsaw), <http://www.unic.un.org.pl/ageing/kierunki.php>, data pobrania: 10.05.2011.
66. Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski. Lata 1990-1998 GUS. Warszawa 1999, s. 70-74.
67. Rocznik demograficzny 1945-1966. GUS, Warszawa 1998, , s. 197.
68. Jan Paweł II: Adhortacja apostolska. Christifideles Laici <http://www.bkaznodziejska.pl/pg/pl.html>, data pobrania 20.02.2011 (nr 37).
69. Szostek A. Pogadanki z etyki. Wydawnictwo Tygodnika „Niedziela” – Częstochowa 1998 s. 94, 107.
70. Sobór Watykański II. Konstytucja duszpasterska o Kościele w świecie współczesnym „Gaudium et spes”. Pallottinum, Poznań 2002, nr 26.
71. Sobór Watykański II. Konstytucja duszpasterska o Kościele w świecie współczesnym „Gaudium et spes”. Pallottinum, Poznań 2002, nr 27.
72. Jan Paweł II: Adhortacja apostolska Christifideles Laici (nr 38). <http://www.bkaznodziejska.pl/pg/pl.html>, data pobrania 20.02.2011.
73. Jan Paweł II: List do ludzi w podeszłym wieku, <http://www.bkaznodziejska.pl/nr/comiesiac/dzień>, data pobrania: 17.02.2011.
74. Szary S. W służbie człowiekowi. Starość jest czcigodna. Biblioteka Kaznodziejska. <http://www.bkaznodziejska.pl/pg/pl.html>, data pobrania 20.02.2011.
75. Talarska D, Wieczorowska-Tobiś K. Człowiek w wieku podeszłym we współczesnym społeczeństwie. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego, Poznań 2009.
76. Braun-Gałkowska M. Nowe role społeczne ludzi starszych. [W] Steuden S, Marczuk M. (red.). Starzenie się a satysfakcja życia. Wydawnictwo KUL, Lublin 2006; 183-190.
77. Baumann K. Muzykoterapia i reminiscencja jako szansa rozwoju w okresie późnej dorosłości. Gerontologia Polska 2005, 13, 170-175.
78. Raport Biura Demograficznego ONZ, World Population Ageing 1950-2050, Nowy Jork, 2002.
79. Koprowiak E, Nowak B. Style życia ludzi starszych. Wydawnictwo Neurocentrum, Lublin 2007; 370-375.
80. Szatur-Jaworska B. Starzenie się ludności Polski – wyzwania dla polityki społecznej. Gerontologia Polska 2002, 10 (4) s 202.
81. . Susłowska M. Psychologia starzenia się i starości. PWN, Warszawa 1989.
82. Bień B. Ochrona ludzi starych w Polsce wyzwaniem dla polityki społecznej. Praca Socjalna 2003.
83. Synak B. Polska starość – próba zarysowania diagnozy i kierunku przemian. Praca Socjalna, 2003.
84. Prognoza ludności Polski według województw na lata 1996 – 2020, GUS, Warszawa 1997.
85. Pufal – Struzik I. Poczucie osamotnienia i lęku u ludzi starszych, [w:] Jopkiewicz A., Trafiałek E. (red.) Trzeci wiek bez starości, Kielce 2000.

86. Woźniak Z. Status społeczny i prawny polskich seniorów na tle programów polityki społecznej wobec osób starszych. Praca socjalna, lipiec-wrzesień 2002.
87. Szczerbińska K. Wybrane modele opieki geriatrycznej na świecie. Służba Zdrowia 2000.
88. Luszniewicz A, Słaby T. Statystyka. Teoria i zastosowania. Wyd. II, Wydawnictwo C. H. Beck, Warszawa 2003.
89. Ignaczyk W, Chromińska M.: Statystyka. Teoria i zastosowanie, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bankowej, Poznań 2004.
90. Snedecor G, Cochran WG. Statistical Methods, Eighth Edition, Ames: Iowa State University Press, 1989.
91. Agresti A. An introduction to Categorical Data Analysis, Second Edition, New York: John Wiley & Sons, 2007.
92. Collet D. Modelling Binary Data, Second Edition, London: Chapman & Hall, 2003.
93. Paczek R. Zjawiska demograficzne a planowania zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych [w:] Antidotum 2002, nr 2 s. 37-41.
94. Szparkowska S. Starość wymaga wsparcia, <http://www.rp.pl/artykul/17,109930.html> data pobrania: 10.02. 2011.
95. Cichocka M. Analiza porównawcza struktury potrzeb ludzi starszych przebywających w domu pomocy społecznej i w środowisku rodzinnym. IV Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Opieki Długoterminowej, Toruń 2001, s. 42-43.
96. Cichocka M. Poczucie jakości życia u słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Poznaniu – materiały z IV Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Opieki Długoterminowej, Toruń 2001.
97. Randall W, Sędek G, von Heker U. (red.): Ograniczenia poznawcze., przekład Czerniawska E. PWN Warszawa 2006,s. 174-177, 369-370.
98. Opozda K, Ziółkowski M, Langowska-Grodzka B. Postępowanie pielęgniarские u osób w podeszłym wieku, u których występują zaburzenia psychiczne. Pielęgniarstwo Polskie 2005, 1(19), 138-141.
99. Parzych K, Kędziora-Kornatowska K, Polak A. Psychologiczne aspekty starzenia się i starości. Gerontologia Polska 2004, 12 (40 ) s165-168.
100. Maritz M. Trening umysłu jako forma utrzymania aktywności ludzi starych [w:] Obuchowski K. (red.) Starość i osobowość, Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej, Bydgoszcz 2002, s 113-153.
101. Rocznik statystyczny GUS 2007.
102. Broczek K., Kupisz-Urbańska M.: Ocena stanu zdrowia polskich stulatków, Ośrodek Wydawnictw Naukowych Poznań 2007 s 20-24.
103. Broczek K, Kupisz-Urbańska M. Ocena stanu zdrowia polskich stulatków, Ośrodek Wydawnictw Naukowych Poznań 2007 s.. 25-28.
104. [www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/POZeur\\_ank\\_bad\\_zdr/2009](http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/POZeur_ank_bad_zdr/2009), data pobrania: 10.02.2011.
105. Drobnik J, Pirogowicz I, Czaprowska I, Reksa D, Steciwko A. Możliwości opieki nad pacjentem przewlekle chorym i systemy wsparcia jego środowiska., Fam. Med. Prim. Care. Rev. 2006: 8 (2) s.377-381.
106. Modlińska A. Problemy wieku podeszłego w aspekcie oceny jakości opieki sprawowanej nad człowiekiem starym. Psychoonkologia, 2000 (6) s.39-48.



107. Marcinowicz L, Zajkowska E. Opieka domowa w Stanach Zjednoczonych. *Gerontologia Polska* 2003 II (3) s.121-124.
108. Łukomska A, Wachowska J. Seniorzy o swojej starości, *Gerontologia Polska* 2008: t 16, (1), s.51-55).
109. Kupisz-Urbańska M, Broczek K.M, Mossakowska M. Ocena sprawności polskich stulatków-wybrane zagadnienia. *Gerontologia Polska* 2006, 14, s.36-40.
110. Seneka LA. O pocieszeniu do Polbiusza, <http://www.meine.republika.pl/teksty/Seneka.htm>; data pobrania: 2.05.2011
111. Kirkwood T. Dlaczego nie możemy żyć wiecznie. *Świat Nauki*, 2010 (10), s 32-35.
112. Marcinkowski JT: Kulturowe uwarunkowania eutanazji. [w:] (Red. nauk.): Elżbieta Krajewska-Kulak, Irena Wrońska, Kornelia Kędziora-Kornatowska: Problemy wielokulturowości w medycynie. Wydaw. Lek. PZWL, Warszawa 2010.
113. Czerniawska E, Zawadzki B. Rozwój, wspomaganie, stymulowanie, zagrożenia, t. 11 nr 1 Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.
114. Przetacznik-Gierowska M, Makiełło-Jarża G. Podstawy psychologii ogólnej, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1989.
115. Przetacznik-Gierowska M, Makiełło-Jarża G. Psychologia rozwojowa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1997.
116. Zebrowska M, (red.): Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1977.
117. Seligman Martin EP, Walker EF, Resenhau DL. Psychopatologia, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2003.
118. Strelau J. (red.): Psychologia t.1. Podstawy psychologii. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000.
119. Strelau J.(red.): Psychologia t 2.Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2001.
120. Bień B. Stan zdrowia i sprawności ludzi starszych [w:] Synak B. (red.): Polska starość, Gdańsk 2003.
121. <http://news.google.pl/news?pz=1&cf=all&ned=pl>, data pobrania: 1.05.2011.
122. [pl&hl=pl&q=Wikipedia&cf=all&output](http://pl&hl=pl&q=Wikipedia&cf=all&output); data pobrania: 1.05.2011.

## 10. SPIS TABEL

---

---

*Tab.1. Trzystopniowa ocena słuchu po uprzednim założeniu aparatu słuchowego według płci.*

*Tab.2. Używanie aparatu słuchowego wśród kobiet i mężczyzn.*

*Tab.3. Rodzaje występujących chorób wśród badanych mężczyzn i kobiet (warianty odpowiedzi: 0 – tak, 1 – nie wiem, 2 - nie).*

*Tab.4. Tryb życia osób badanych a płeć.*

*Tab.5. Poziom zadowolenia z opieki medycznej a płeć badanych.*

*Tab.6. Samoocena sytuacji finansowej a płeć badanych.*

*Tab.7. Wyniki regresji logistycznej.*

# 11. SPIS RYCIN

---

---

*Ryc. 1. Objęci badaniami w wieku 90, 95 i 100 lat – wg płci.*

*Ryc.2. Ankietowani pod względem stanu cywilnego i płci.*

*Ryc.3. Wyniki badania 64 osób, które były w stanie dojrzeć tablicę okulistyczną i przeczytać tekst w gazecie. Osoby podczas badania posługiwały się posiadanymi okularami.*

*Ryc. 4. Związek pomiędzy stopniem niedosłuchu wynikającego z wcześniej przeprowadzonej oceny słuchu u badanych a używaniem przez nich aparatu słuchowego.*

*Ryc. 5. Najczęściej występujące choroby wśród kobiet i mężczyzn wynikające z odpowiedzi na pytanie o schorzenia aktualne i w przeszłości.*

*Ryc. 6. Rodzaje i nasilenie występujących chorób wśród badanych mężczyzn, wynikające z odpowiedzi na pytanie o schorzenia aktualne i w przeszłości.*

*Ryc. 7. Choroby wśród badanych kobiet wynikające z odpowiedzi na pytanie o schorzenia aktualne i w przeszłości.*

*Ryc. 8. Logiczność określana na podstawie liczby poprawnych odpowiedzi na zadane pytania. Jako kryterium przyjęto liczbę poprawnych odpowiedzi na 10 powyżej przedstawionych pytań.*

*Ryc. 9. Odpowiedzi wg 15-punktowej Geriatrycznej Skali Depresji (GDS) według płci.*

*Ryc. 10. Samopoczucie według pogrupowanych odpowiedzi (0-4: samopoczucie niskie, 5-9: samopoczucie średnie, powyżej 10: samopoczucie dobre) według płci.*

*Ryc. 11. Stan zależności od innych osób w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego oceniany według skali Katza –ADL – kobiet i mężczyzn.*

*Ryc. 12. Stopień samodzielności oceniany według Skali Złożonych Czynności Życia Codziennego (Instrumental Activities of Daily Living (IADL) według płci.*

*Ryc. 13. Ocena obecnego stanu zdrowia (w skali od 0 do 10 według odczucia 66 respondentów spośród ogółu przy założeniu, że 0 to najgorszy stan zdrowia, jaki można sobie wyobrazić, natomiast 10 to najlepszy stan zdrowia) spośród 92 badanych osób.*

*Ryc. 14. Ilość osób deklarujących odczuwanie „dokuczliwego bólu utrzymującego się powyżej 3 miesięcy” wśród 74 osób według płci.*

*Ryc. 15. Odpowiedzi na zadane pytania dotyczące istnienia jakiegokolwiek bólu i jego lokalizacji, 74 osób sędziwych, według płci.*

*Ryc. 16. Odpowiedzi 74 osób według płci, na zadane pytanie dotyczące najbardziej dokuczliwego, przewlekłego bólu ze wskazaniem lokalizacji.*



Ryc. 17. Natężenie bólu odczuwanego (w skali od 0 do 10) przy założeniu, że 0 to brak bólu, zaś 10 to największy ból. Ocena odniesiona do aktualnie najbardziej bolesnego miejsca.

Ryc. 18. Odpowiedzi na pytanie: „Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przeznaczal(a) Pan(i) swój wolny czas na następujące czynności?” z możliwością wyboru następujących czynności: czytanie, słuchanie, gry, oglądanie, wyjście do kawiarni, teatru, kościoła, znajomych według płci.

Ryc. 19. Częstość spędzania podanej formy wypoczynku (ad. ryc.18) deklarowana według płci.

Ryc. 20. Częstość czytania książek – 23% ogółu ankietowanych kobiet deklaruje tę formę spędzania czasu. Mężczyźni nie deklarowali tej formy wypoczynku.

Ryc. 21. Oglądanie telewizji jako sposób spędzania wolnego czasu wskazanego przez 49 ankietowanych (72% w tym 15 mężczyzn i 34 kobiety. Stanowi to 53% badanych osób) oraz częstość oglądania telewizji przez badanych w okresie ostatnich 12 miesięcy.

Ryc. 22. Słuchanie radia, jako sposób spędzania wolnego czasu wskazanego przez 66 ankietowanych (72% - w tym 14 mężczyzn (61%) i 52 kobiety (75%). Stanowi to 72% badanych) oraz częstość w okresie ostatnich 12 miesięcy.

Ryc. 23. Częstość bywania w kawiarni w ostatnich 12 miesiącach, jako podawany sposób spędzania wolnego czasu według płci.

Ryc. 24. Pójście do teatru jako forma spędzania wolnego czasu w ostatnich 12 miesiącach, deklarowana wg wieku i płci z ogółu respondentów.

Ryc. 25. Deklarowana częstość uczęszczania do kościoła w ostatnich 12 miesiącach według płci.

Ryc. 26. Pójście z wizytą do znajomych lub rodziny jako sposób spędzania czasu wśród 38% ogółu oraz częstość w ostatnich 12 miesiącach badanych kobiet i mężczyzn.

Ryc. 27. Deklarowanie gry w karty, szachy oraz częstość podanej formy w ostatnich 12 miesiącach wg płci.

Ryc. 28. Odpowiedzi na zadane pytanie: „Jak często czuje się Pan(i) osamotniony(a)?” według płci.

Ryc. 29. Odpowiedzi respondentów i opiekunów pytanie: „Jak Pan(i) ocenia dostępność do bezpłatnej specjalistycznej opieki lekarskiej?” Odpowiedzi udzieliło 88 osób.

Ryc. 30. Deklarowane wysokości rent i emerytur przez respondentów bądź ich opiekunów. Odpowiedzi udzieliły 82 osoby.

# 12. ANEKS

---

---

Kwestionariusz ankiety użyty w badaniach.