

Ewa Borowiak^{1,2}, Tomasz Kostka¹

¹Klinika Geriatrii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

²Zakład Nauczania Pielęgniarstwa z Pracowniami Praktycznymi Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Oczekiwania na świadczenia opiekuńcze starszych mieszkańców obszaru miejskiego i wiejskiego oraz instytucji opiekuńczo-pielęgnacyjnych

Demand for nursing care services in the elderly inhabitants of urban and rural areas and elderly patients in care and nursing facilities

Abstract

Background. The objective of this study was a comparative analysis of the demand for nursing care services in elderly people living in different environments.

Materials and methods. This study covered 1632 individuals of over 65 years of age, inhabitants of urban and rural areas and residents of care/nursing homes.

Results. A significantly lower percentage of senior residents of rural areas were diagnosed with ischemic heart disease, circulatory failure, ulcerous disease of the stomach or duodenum, ophthalmic diseases, osteoarthritis and osteoporosis as compared to urban dwellers. In all the analysed groups respondents expressed their intention to make use of care provided mostly by their families. An expected form of provision of care services by nurses included direct local contact at the place of residence, then at the outpatient care clinic or by phone. The intention to make use of nursing care in the form of hospitalisation and provided by nursing and therapy facilities was declared especially by the participants from the rural environment. The relations between age, post-stroke condition, occurrence of ulcerous disease, smoking and a lower level of functional efficiency on the one side and a greater demand for nursing care on the other side were demonstrated.

Conclusions. The care provided by the family is the most preferential form in all analysed groups. Elderly people living alone, suffering from chronic diseases and with the lower level of functional efficiency expected the provision of care by nurses in their residence environment to a greater extent than other groups of patients. Inhabitants of rural areas should be more included in diagnostic activities in respect of early detection of nursing care problems.

Gerontol. Pol. 2010; 18, 4: 207–214

key words: questionnaire, nursing care, senescence, comprehensive geriatric assessment, residence environment

Adres do korespondencji:
prof. dr hab. n. med. Tomasz Kostka
Klinika Geriatrii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
Plac Hallera 1, 90–647 Łódź
tel.: (42) 639 32 15, faks: (42) 639 32 18
e-mail: ewa_borowiak@wp.pl

Wstęp

Postępujący proces demograficznego starzenia się społeczeństw całej Europy skutkuje potrzebą większego zainteresowania problemami i potrzebami osób po 65.

roku życia [1]. W Polsce wzrost liczby seniorów w populacji jest obecnie szczególnie widoczny na obszarach wiejskich [2]. Problem starzenia się społeczeństwa coraz częściej dotyka również mieszkańców miast [3]. Starzenie się społeczeństwa stanowi jedną z głównych przyczyn powodujących wzrost zapotrzebowania na usługi medyczne świadczone przez pielęgniarki w środowisku domowym [4]. Korzystanie ze świadczeń medycznych może się wiązać z wieloma czynnikami, takimi jak wiek, płeć, rodzaj schorzenia, stan odżywienia, poziom sprawności funkcjonalnej czy pozostawanie w związku partnerskim [5, 6]. Częstsze występowanie chorób przewlekłych przy jednoczesnej malejącej sprawności starszych osób skutkuje częstszym korzystaniem ze świadczeń medycznych i opiekuńczych. Świadczona opieka nad osobami w podeszłym wieku powinna być łatwo dostępna, zapewniać możliwość długotrwałej opieki w poradni i w domu, łączyć w razie potrzeby pomoc medyczną z pomocą socjalną, prowadzić działalność profilaktyczną i oświatową [7]. Miejsce zamieszkania, obszar miejski, wiejski czy instytucja opiekuńczo-pielęgniacyjna mogą wpływać na dostępność do różnorodnych form opieki medycznej [8]. W zagranicznym piśmiennictwie są prezentowane wyniki badań różnorodnych problemów zdrowotnych starszych osób. Wydaje się jednak, że istnieją potencjalne różnice między Polską i innymi krajami Europy Wschodniej a państwami Europy Zachodniej, które mogą determinować oczekiwania na świadczenia opiekuńcze. Występowanie tych różnic uniemożliwia, bez przeprowadzenia badań porównawczych, ujednoczenie wniosków w stosunku do wszystkich seniorów zamieszkujących w Europie. W dostępnym polskim piśmiennictwie pojawiają się już pojedyncze prace analizujące realizację świadczeń medycznych wobec seniorów zamieszkałych w środowisku miejskim [5, 9]; niestety, brak badań porównawczych przeprowadzonych w różnych środowiskach. Dlatego też niniejsza praca ma na celu przeprowadzenie analizy oczekiwań na świadczenia opiekuńcze u osób po 65. roku życia zamieszkujących w trzech środowiskach: miejskim, wiejskim oraz przebywających w domach pomocy społecznej.

Materiał i metody **Osoby badane**

Badania przeprowadzono na terenie Łodzi oraz powiatu sieradzkiego w latach 2008–2009. Respondenci stanowili grupę liczącą 1632 osób powyżej 65. roku życia. Do badania włączono 581 osób mieszkających we własnych domach ze środowiska miejskiego i 565

seniorów ze środowiska wiejskiego. Kwalifikację przeprowadzono na podstawie przypadkowego wyboru deklaracji złożonych w 2 przychodniach rejonowych mieszczących się na obszarze Łodzi i 2 ośrodkach zdrowia województwa łódzkiego. Grupę 486 respondentów przebywających w placówkach opieki społecznej stanowili mieszkańcy 4 domów pomocy społecznej (DPS) województwa łódzkiego. Kryteriami udziału w badaniu były: wiek powyżej 65 lat, sprawność komunikacji werbalnej oraz wyrażenie zgody na uczestnictwo.

Procedura, narzędzia badawcze

U każdego z badanych przeprowadzono wywiad w celu pozyskania informacji dotyczących występowania chorób przewlekłych, przyjmowania leków oraz palenia tytoniu przed hospitalizacją.

W badaniu przeprowadzono ocenę poziomu sprawności funkcjonalnej za pomocą skali funkcjonowania codziennego (oceny podstawowych czynności życia codziennego) — *Activities of daily living* (ADL) [10] — oraz skali funkcjonowania instrumentalnego (oceny złożonych czynności życia codziennego) — *Instrumental activities of daily living* (IADL) [11]. Skala ADL zawiera 6 pytań dotyczących oceny podstawowych czynności życiowych badanego [10]. Skalę IADL charakteryzuje 8 elementów funkcjonowania instrumentalnego [11]. Niewielka liczba punktów tych skal określa niezdolność do samodzielnego funkcjonowania w środowisku w zakresie czynności podstawowych (ADL) czy bardziej złożonych (IADL).

W celu analizy świadczonej opieki pielęgniarskiej oraz oceny oczekiwań starszych osób na ten rodzaj usług medycznych opracowano w Klinice Geriatrii UM w Łodzi ankietę zawierającą pytania pogrupowane w kilku częściach. Pierwsza część ankiety zawierała pytania dotyczące danych personalnych respondenta, takich jak płeć, rok urodzenia, liczba ukończonych lat nauki, masa ciała, wzrost. W następnych punktach ustalano wartości ostatnich wyników badań, na przykład ciśnienia krwi, glukozy. W odpowiedzi na kolejne pytanie: z kim badany mieszka, respondent wybierał jeden z trzech wariantów: samotnie, z rodziną, z mężem/żoną (partnerem/partnerką). Na następne zagadnienie w ankiecie: kto sprawuje opiekę nad badanym w domu, można było wybrać odpowiedź: mąż/żona, rodzina, pielęgniarka rodzinna, znajomi (sąsiedzi), opiekun PCK lub nikt. Natomiast na pytanie: z której formy opieki badany chętnie by skorzystał, respondent mógł wskazać na: rodzinę, wizyty pielęgniarki rodzinnej w miejscu zamieszkania, gabinet pielęgniarski, kontakt telefo-

niczny z pielęgniarką rodzinną, szpital, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, znajomych (sąsiadów), opiekuna PCK lub nikogo. W odpowiedzi na te dwa ostatnie pytania badana osoba mogła wybrać więcej niż jedną odpowiedź.

Analiza statystyczna

Uzyskane wyniki analizowano testem Kruskal-Wallis, testem Chi² w tabeli 3 × 2 i 2 × 2 z poprawką Yatesa i analizą wariancji (ANOVA, *analysis of variance*). Zmienne ilościowe przedstawiono jako średnią ± odchylenie standardowe (SD, *standard deviation*). Za poziom istotny statystycznie przyjęto wartość $p < 0,05$.

Wyniki

Średni wiek dla całej grupy badanych wynosił 74,2 ± 7,4 roku. Najstarsze były osoby przebywające w instytucji opiekuńczej, najmłodsze mieszkają we własnych domach w środowisku miejskim (tab.1). Kobiety stanowiły większość badanych (1057 osób). Najmniej mężczyzn było w grupie pensjonariuszy. Jednocześnie kobiety miały wyższą średnią wieku niż mężczyźni. Osoby zamieszkujące na obszarach miejskich oraz w placówkach DPS częściej wykazywały występowanie

nie choroby niedokrwiennej serca, niewydolności serca, choroby zwyrodnieniowej stawów, wrzodowej żołądka i/lub dwunastnicy niż respondenci z terenu wiejskiego. Seniorzy ze środowiska instytucjonalnego częściej mieli rozpoznany przebyty udar mózgu w porównaniu z osobami mieszkającymi we własnych domach. Mieszkańcy środowisk domowego wiejskiego i instytucjonalnego częściej mieli rozpoznane choroby układu oddechowego w porównaniu z seniorami obszaru miejskiego. U respondentów mieszkających we własnych domach z terenu wiejskiego w porównaniu z terenem miejskim rzadziej udokumentowano przebyty zawał serca. Wśród mieszkańców wsi najrzadziej rozpoznawano schorzenia oczu i osteoporozę. Jednocześnie te jednostki były najczęściej rozpoznawane u podopiecznych DPS.

Największą liczbę systematycznie stosowanych leków wykazywała grupa osób mieszkających w DPS, trochę mniej przyjmowali mieszkańcy miasta, a najmniej seniorzy obszarów wiejskich (tab. 1).

Mieszkańcy środowiska miejskiego wykazywali większy poziom sprawności funkcjonowania w zakresie dnia codziennego, instrumentalnego niż seniorzy z obszarów wiejskich. Jednocześnie w analizowanych

Tabela 1. Charakterystyka respondentów

Table 1. Characteristics of respondents

	Środowisko domowe miejskie (n = 580)	Środowisko domowe wiejskie (n = 565)	Instytucja opiekuńczo-pielęgnacyjna (n = 487)
Wiek (lata)	71,7 ± 5,3	73,1 ± 6,5*	78,7 ± 8,4*†
Mężczyźni, n (%)	209 (36,0)	228 (40,4)	138 (28,3)*†
Nadciśnienie tętnicze, n (%)	325 (55,9)	276 (48,8)*	257 (52,9)
Choroba niedokrwienności serca, n (%)	232 (39,9)	122 (21,6)*	180 (37,0)†
Przebyty zawał serca, n (%)	66 (11,4)	42 (7,4)*	49 (10,1)
Niewydolność serca, n (%)	161 (27,7)	127 (22,5)*	155 (31,9)†
Przebyty udar mózgu, n (%)	35 (6,0)	44 (7,8)	99 (20,4)*†
Cukrzyca, n (%)	111 (19,1)	135 (23,9)	96 (19,8)
Choroba zwyrodnieniowa stawów, n (%)	199 (34,3)	119 (21,1)*	174 (35,8)†
Choroby układu oddechowego, n (%)	37 (6,4)	59 (10,4)*	60 (12,4)*
Choroba wrzodowa, n (%)	52 (9,0)	16 (2,8)*	42 (8,7)†
Choroby okulistyczne (jaskra, zaćma), n (%)	21 (3,6)	7 (1,2)*	45 (9,3)*†
Osteoporoza, n (%)	21 (3,6)	7 (1,2)*	55 (11,3)*†
Liczba regularnie stosowanych leków	4,2 ± 3,1	3,7 ± 2,1*	5,6 ± 3,3*†
Liczba lat nauki	9,6 ± 3,2	7,4 ± 2,7*	8,3 ± 3,6*†
Osoby palące tytoń, n (%)	79 (13,6)	169 (29,9)*	93 (19,1)*†
ADL — liczba punktów	5,7 ± 0,7	5,4 ± 1,2*	4,4 ± 2,0*†
IADL — liczba punktów	7,0 ± 1,9	4,9 ± 2,9*	3,4 ± 2,9*†

*Istotność statystyczna ($p < 0,05$) w stosunku do grupy mieszkającej w mieście; † istotność statystyczna ($p < 0,05$) w stosunku do grupy mieszkającej na wsi; ADL — *Activities of daily living*; IADL — *Instrumental activities of daily living*

Tabela 2. Analiza sytuacji rodzinnej oraz oczekiwań na świadczenie opieki u starszych osób zamieszkałych w środowisku domowym**Table 2.** The analysis of family situation and expectations for nursing care services in community-dwelling elderly

	Środowisko domowe miejskie (n = 580)	Środowisko domowe wiejskie (n = 565)	Istotność statystyczna
Z kim mieszka? (%)			
Mąż/zona/partner	31,9%	13,3%	Chi ² = 86,0 p < 0,001
Rodzina	41,7%	67,8%	
Osoba samotna	26,4%	18,9%	
Kto sprawuje opiekę?			
Rodzina	67,1%	82,0%	Chi ² = 77,7 p < 0,001
Pielęgniarka	4,5%	4,8%	
Rodzina i pielęgniarka	0,2%	3,5%	
Nikt	28,3%	9,7%	
Z której opieki by skorzystał/-a?			
Rodziny	57,1%	50,1%	Chi ² = 22,0 p < 0,001
Pielęgniarki	26,6%	25,7%	
Rodziny i pielęgniarki	14,0%	23,5%	
Nikogo	2,4%	0,7%	

aspektach mieszkańcy terenów wiejskich wypadali lepiej niż mieszkańcy DPS (tab. 1).

Największa grupa respondentów zamieszkiwała z rodziną, najmniejsza samotnie. Wykazano istotny statystycznie związek między formą zamieszkania a rodzajem grupy. Mieszkańcy terenu wielkomiejskiego częściej zamieszkiwali samotnie niż mieszkańcy wsi przy porównywalnym odsetku osób zamieszkujących z partnerami życiowymi (tab. 2).

Respondenci wskazywali przede wszystkim na świadczenie opieki realizowanej tylko przez rodzinę. Wśród respondentów 164 osoby z miasta oraz 55 osób z terenów wiejskich podało, że w ogóle nikt nie sprawuje nad nimi opieki. Wykazano istotny statystycznie związek między miejscem zamieszkania a formą sprawowanej opieki. Osoby ze środowiska wiejskiego częściej były objęte opieką ze strony rodziny. Rodzina w grupie podopiecznych DPS sporadycznie uczestniczyła w sprawowaniu opieki. Wykazano również istotny statystycznie związek między sytuacją rodzinną a formą sprawowanej opieki. Rodzina sprawowała przede wszystkim opiekę nad osobami wspólnie zamieszkującymi.

Respondenci po przebyciu udaru mózgu i z cukrzycą w największym odsetku korzystali z opieki świadczonej przez rodzinę. Rodzina w najmniejszym stopniu oferowała swoją pomoc osobom z osteoporozą i schorzeniami oczu. Jednocześnie ta grupa respon-

dentów w największym stopniu była objęta opieką pielęgniarską. Indywidualną opieką pielęgniarską najrzadziej byli objęci pacjenci z cukrzycą i po udarze mózgu. Jednoczesna opieka realizowana przez rodzinę i pielęgniarkę była świadczona w największym stopniu wobec osób z chorobą zwyrodnieniową stawów i ze schorzeniem oczu, a w najmniejszym wobec osób z chorobami: wrzodową i niedokrwinną serca. Przede wszystkim osoby z chorobą niedokrwinną serca, zwyrodnieniową stawów i nadciśnieniem tętniczym były samodzielne w zakresie opieki. Jednocześnie badani ze schorzeniami oczu i po przebyciu udaru mózgu sporadycznie pozostawali bez opieki (tab. 3). W niniejszej pracy wykazano istotny statystycznie związek między rodzajem grupy a oczekiwaniami na opiekę. Oczekiwaną formą opieki we wszystkich analizowanych grupach była ta świadczona przez rodzinę. Należy podkreślić, że 14 osób w mieście, 11 osób przebywających w DPS i 4 osoby na wsi w ogóle nie oczekiwały pomocy w sprawowaniu opieki. Z powodu małej liczebności tej grupy w późniejszych analizach statystycznych została ona pominięta.

Wykazano również istotny statystycznie związek między sytuacją rodzinną (zamieszkujący samotnie, z partnerem życiowym/z rodziną) a oczekiwaniami i na świadczenia różnorodnych form opieki. Z opieki rodziny skorzystałyby przede wszystkim osoby współ-

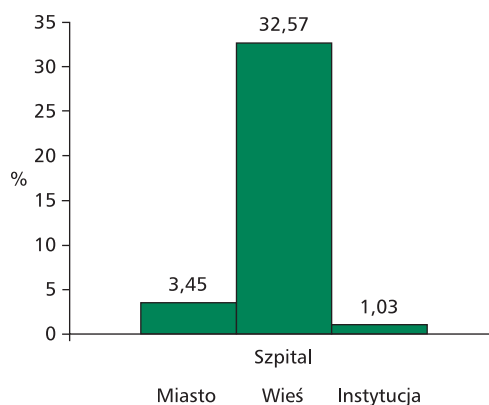
Tabela 3. Porównanie formy sprawowanej opieki i oczekiwań na ten rodzaj świadczeń w najczęstszych schorzeniach przewlekłych w całej badanej grupie starszych osób**Table 3.** The comparison of obtained care and expectations for nursing care services in the most common chronic diseases in the whole studied cohort of elderly subjects

Opieka obecna	Rodzina		Pielęgniarka		Rodzina i pielęgniarka		Nikt	
	Obecna	Oczekiwana	Obecna	Oczekiwana	Obecna	Oczekiwana	Obecna	Oczekiwana
Nadciśnienie tętnicze (%)	52,0	50,9	31,8	33,6	2,5	14,1	13,8	1,4
Choroba niedokrwienna serca (%)	47,9	53,9	36,1	33,7	2,1	11,2	13,9	1,1
Przebyty zawał serca (%)	52,2	50,3	31,9	39,5	3,2	7,6	12,7	2,6
Niewydolność serca (%)	49,0	52,8	36,8	34,3	2,9	11,3	11,3	1,6
Przebyty udar mózgu (%)	57,9	51,7	31,5	40,4	3,4	6,2	7,3	1,7
Cukrzyca (%)	55,3	50,6	30,1	33,6	3,5	14,0	11,1	1,8
Choroba zwyrodnieniowa stawów (%)	45,9	54,1	36,0	32,7	4,3	11,0	13,8	2,2
Choroby układu oddechowego (%)	44,2	46,2	44,9	41,7	3,2	10,3	7,7	1,9
Choroba wrzodowa (%)	48,2	39,1	42,7	49,1	0	9,1	9,1	2,7
Choroby okulistyczne (jaskra, zaćma) (%)	31,5	57,5	58,9	34,2	4,1	8,2	5,5	0
Osteoporoza (%)	22,9	48,2	66,3	44,6	2,4	7,2	8,4	0

nie z nią zamieszkujące (58,7%). Opieki pielęgniarskiej oczekiwali przede wszystkim mieszkańcy DPS, następnie osoby samotne, a najmniej pozostające we wspólnym gospodarstwie z rodziną. Jednocześnie z opieki rodziny i pielęgniarki deklarowało chęć skorzystania 20% osób mieszkających z rodziną.

Respondenci z chorobą niedokrwienną serca, niewydolnością serca, chorobą zwyrodnieniową stawów, chorobami układu oddechowego, schorzeniami oczu i osteoporozą oczekiwali zwiększenia opieki świadczonej przez rodzinę. Osoby z nadciśnieniem tętniczym, po przebytych zawałach serca, udarze mózgu, z cukrzycą, chorobą wrzodową żołądka i/lub dwunastnicy oczekiwały więcej świadczeń realizowanych przez pielęgniarkę w porównaniu z otrzymywanymi. Potrzebę zwiększenia jednoczesnej opieki rodziny i pielęgniarki wskazano we wszystkich analizowanych schorzeniach (tab. 3).

Oczekowaną formą realizacji opieki przez pielęgniarki był przede wszystkim bezpośredni kontakt w miejscu zamieszkania. Drugą wskazaną formą opieki była ta świadczona w poradni. Na uwagę zasługuje wykazana wśród badanych z terenu wiejskiego deklarowana zwiększona chęć korzystania z opieki pielęgniarskiej przez pobyt w szpitalu (ryc. 1). Na opiekę realizowaną przez sąsiadów oczekiwali przede wszystkim seniorzy z terenu wiejskiego. Wśród badanych

**Rycina 1.** Odsetek respondentów oczekujących na świadczenia pielęgniarskie realizowane na terenie szpitala w zależności od miejsca zamieszkania**Figure 1.** Percentage of respondents from different environments expecting nursing care services at hospital

15 osób (2,6%) zamieszkujących w mieście deklarowało chęć skorzystania z pomocy oferowanej przez opiekunów PCK.

Wykazano istotny statystycznie związek między wiekiem, przebytych udarem mózgu, występowaniem choroby wrzodowej żołądka i/lub dwunastnicy oraz poziomem sprawności funkcjonalnej a oczekiwaniami na świadczenia. Starsze osoby, po przebytych udarach czy z chorobą wrzodową, z niższym poziomem

sprawności funkcjonalnej części oczekiwają na opiekę świadczoną przez pielęgniarki.

Omówienie

Zwiększanie się polskiej populacji starszych osób dotyczy nie tylko mieszkańców dużych miast, ale głównie małych miast oraz terenów wiejskich [2]. W dotychczas publikowanych wynikach badań wskazywano na związek między wiekiem seniorów, występowaniem schorzeń przewlekłych, pogarszającym się poziomem ich sprawności ruchowej, umysłowej czy funkcjonalnej a wzrostem oczekiwań na świadczenia medyczne, przede wszystkim realizowane we własnym środowisku domowym [8, 12–15].

W omawianym badaniu część starszych osób korzystała ze świadczeń oferowanych przez instytucję opieki społecznej. Badani pensjonariusze najczęściej wskazywali na występowanie większości analizowanych chorób przewlekłych. W badaniu wykazano częstsze występowanie choroby niedokrwiennej serca, niewydolności serca, choroby zwyrodnieniowej stawów, wrzodowej żołądka i/lub dwunastnicy, schorzeń okulistycznych i osteoporozy u osób mieszkających w miastach zarówno we własnych domach, jak i w instytucjach opieki społecznej. Nasuwa się pytanie, czy jedynie styl życia mieszkańców wsi (zwiększona aktywność ruchowa realizowana na świeżym powietrzu, spożywanie nieprzetworzonych produktów, bliższy kontakt z przyrodą) powoduje tak znaczne różnice w występowaniu w analizowanych grupach wyżej wymienionych schorzeń? Jest jednak prawdopodobne, że dane te mogą wskazywać na nieoszacowanie występowania tych schorzeń w grupie starszych osób mieszkających na wsi. Otrzymane wyniki mogą też świadczyć o większej skuteczności działań profilaktycznych stosowanych głównie w miastach [16]. Wniosek ten jednocześnie potwierdza fakt, że najmniej leków stosują systematycznie mieszkańcy środowiska wiejskiego. Być może wykazany związek stosowania leków (najwięcej leków przyjmowali pensjonariusze DPS) z miejscem zamieszkania wynika między innymi z różnej dostępności do świadczeń opiekuńczych.

W niniejszej pracy wykazano również zarówno ilościową, jak i jakościową rozbieżność między formą realizowanej opieki a oczekiwaniami na nią. Pensjonariusze przebywający w instytucjach opiekuńczych, mimo stale świadczonej opieki przez personel DPS, jednocześnie w większości oczekują opieki ze strony rodziny. Wydaje się, że to właśnie brak kontaktów z rodziną pogłębia występowanie niepokoju, nasila dolegliwości bólowe, pogarsza stan odżywienia czy

obniża poziom sprawności funkcjonalnej seniorów [12, 15, 17]. W przeprowadzonym badaniu około 82% respondentów środowiska wiejskiego i tylko około 67% badanych z terenu miejskiego wskazywało na członków rodziny jako osoby sprawujące nad nimi opiekę. Przy czym tylko około 4,5% seniorów mieszkających we własnych domach zarówno w mieście, jak i na wsi korzystało z opieki pielęgniarki środowiskowej. Jednocześnie większość respondentów we wszystkich analizowanych grupach (od 47% w DPS do 74% w środowisku wiejskim) wskazywała na rodzinę jako najbardziej oczekiwane osoby realizujące opiekę. Wyniki te są zbliżone z prezentowanymi w aktualnie publikowanych pracach. Na terenie Łodzi 70% seniorów i w Białymstoku 86% korzystało ze świadczeń realizowanych przez rodzinę, a tylko odpowiednio 7% i 2% przez pielęgniarki rodzinne [12, 18]. Podobne wyniki pracy opublikowali amerykańscy badacze: Denys T. Lau i James B. Kirby [19]. Dokonali oni analizy związku warunków mieszkaniowych z korzystaniem z profilaktycznych usług służby zdrowia (m.in. szczepionki przeciw grypie, kontrole stomatologiczne oraz badanie stężenia cholesterolu) u 13 038 osób powyżej 65. roku życia. Autorzy wyodrębnili 4 główne sytuacje mieszkaniowe seniorów: mieszkanie ze współmałżonkiem (52%), samotnie (38%), ze współmałżonkiem i dorosłym potomstwem (5%) oraz z dorosłym dzieckiem/dziećmi (5%). Po analizie wyników badań Lau i Kirby [19] wykazali, że starsze osoby mieszkające jedynie ze swoim współmałżonkiem w największym stopniu korzystały z niemal wszystkich profilaktycznych usług medycznych. Wyjątkiem były badania w kierunku diagnostyki nadciśnienia.

Interesujące są wykazane w obecnym badaniu większe oczekiwania osób po 65. roku życia zamieszkujących obszary wiejskie na świadczenia medyczne realizowane przez pielęgniarki na terenie szpitala (ok. 33%) lub zakładu opiekuńczo-pielęgnacyjnego (ok. 8%). W pozostałych 2 analizowanych grupach chęć skorzystania z opieki szpitalnej wyrażało 1% pensjonariuszy DPS i 3,5% seniorów mieszkających we własnych domach. Wyniki te potwierdzają wcześniejsze badania [18]. Wydaje się, że wśród mieszkańców obszarów wiejskich zbyt późne zgłaszanie się do poradni, w zbyt zaawansowanym stadium choroby, może powodować równocześnie zwiększone oczekiwania tych badanych co do świadczeń medycznych realizowanych w zakładach leczniczych czy opiekuńczo-pielęgnacyjnych.

Na pewno zwiększenie opieki pielęgniarskiej w grupie starszych osób w ich miejscu zamieszkania, w jak

najwcześniejszym okresie zaawansowania procesu chorobowego, zwiększa zadowolenie podopiecznych, a zarazem wpływa na zmniejszenie oczekiwań na usługi opiekuńcze realizowane w placówkach medycznych [5, 7, 13, 18]. Dlatego dalsze badania powinny być kontynuowane w celu określenia determinantów poszczególnych elementów całościowej oceny geriatrycznej, jakości życia, a także oczekiwań mieszkańców obszarów miejskich, wiejskich czy instytucji na świadczenia medyczne realizowane przez personel medyczny w środowisku zamieszkania.

Podsumowanie

Opieka świadczona przez rodzinę jest preferowana we wszystkich analizowanych grupach. Osoby starsze, samotne, ze schorzeniami przewlekłymi oraz z niższym poziomem sprawności funkcjonalnej oczekiwały w większym zakresie opieki realizowanej przez pielęgniarki w miejscu zamieszkania. Mieszkańcy obszarów wiejskich w większym stopniu powinni być objęci działaniami diagnostycznymi w zakresie wczesnego wykrywania problemów zdrowotnych.

Streszczenie

Wstęp. Celem badania była analiza porównawcza oczekiwań starszych osób zamieszkałych w różnych środowiskach na świadczenia opiekuńczo-pielęgniacyjne.

Materiał i metody. Badaniem objęto 1632 osoby w wieku powyżej 65 lat, zamieszkujące obszar miejski, wiejski oraz przebywające w zakładzie opieki społecznej.

Wyniki. W porównaniu z osobami zamieszkującymi w mieście, znacznie mniejszy odsetek starszych osób pochodzących ze środowiska wiejskiego miał rozpoznane: chorobę niedokrwienną serca, niewydolność serca, chorobę wrzodową żołądka czy dwunastnicy, schorzenia okulistyczne, chorobę zwyrodnieniową stawów i osteoporozę. We wszystkich analizowanych grupach respondenci wykazywali chęć skorzystania z opieki świadczonej przede wszystkim przez rodzinę. Oczekiwaną formą realizacji opieki przez pielęgniarki był: bezpośredni kontakt w miejscu zamieszkania, następnie w poradni czy przez rozmowę telefoniczną. Na uwagę zasługuje stwierdzona wśród badanych, szczególnie środowiska wiejskiego, deklarowana chęć korzystania z opieki pielęgniarskiej przez pobyt w szpitalu oraz w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym. Wykazano związek wieku, przebycia udaru mózgu, występowania choroby wrzodowej, palenia tytoniu i niższego poziomu sprawności funkcjonalnej z większymi oczekiwaniami na opiekę świadczoną przez pielęgniarki.

Wnioski. Opieka świadczona przez rodzinę jest preferowana we wszystkich analizowanych grupach. Osoby starsze, samotne, ze schorzeniami przewlekłymi oraz z niższym poziomem sprawności funkcjonalnej oczekiwały w większym zakresie opieki realizowanej przez pielęgniarki w miejscu zamieszkania. Mieszkańcy obszarów wiejskich w większym stopniu powinni być objęci działaniami diagnostycznymi w zakresie wczesnego wykrywania problemów opiekuńczo-pielęgniacyjnych.

Gerontol. Pol. 2010; 18, 4: 207–214

słowa kluczowe: kwestionariusz, opieka pielęgniarska, starzenie się, całościowa ocena geriatryczna, środowisko zamieszkania

Finansowanie badań

Badanie współfinansowane z grantu nr N N 404 0496 33 MNiSW.

Piśmiennictwo

1. Zielińska-Więczkowska H., Kędziora-Kornatowska K., Kornatowski T. Starość jako wyzwanie. Gerontol. Pol. 2008; 16: 131–136.
2. Kowalski J., Szukalski P. (red.). Starzenie się ludności Polski. Między demografią a gerontologią społeczną. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2008.
3. Szukalski P. Zagrożenie czy wyzwanie — proces starzenia się ludności. Polityka Społeczna 2006; 9: 6–10.
4. Rantz M.J., Marek K.D., Zwygart-Stauffacher M. The future of long-term care for the chronically ill. Nurs. Adm. Q. 2000; 25: 51–58.

5. Głębocka A., Szarzyńska M. Wsparcie społeczne a jakość życia ludzi starszych. Gerontol. Pol. 2005; 13: 255–259.
6. Gallo W., Baker M., Bradley E. Factors Associated with Home Versus Institutional Death Among Cancer Patients in Connecticut. J. Am. Geriatr. Soc. 2001; 49: 771–777.
7. Derejczyk J., Grodzicki T., Jakrzewska-Sawińska A., Józwiak A., Klich A., Wieczorowska-Tobis K. Standardy świadczenia usług medycznych w specjalności geriatry. Gerontol. Pol. 2008; 13: 67–83.
8. Szczerbińska K., Piórecka B., Ćwiertnia I., Hubalewska-Hoła A. Dostępność zabiegów pielęgniarskich dla osób starszych. Polska Medycyna Rodzinna 2004; 6: 133–141.
9. Kaczmarek M., Skrzypczak M., Maćkowiak K. Status społeczno-ekonomiczny oraz styl życia jako czynniki różnicujące subiektywne poczucie zdrowia wśród starzejących się mężczyzn. Gerontol. Pol. 2006; 14: 84–90.

10. Katz S., Ford A.B., Moskowitz R.W., Jackson B.A., Jaffe M.W. Studies of illness in the aged: the index of ADL, a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963; 185: 914–919.
11. Lawton M., Brody E. Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale: original observer-rated version. *Psychopharmacol. Bull.* 1988; 24: 785–792.
12. Doroszkiewicz H., Bień B. Środowiskowa opieka pielęgnarska nad osobami w późnej starości. *Gerontol. Pol* 2003; 11: 22–26.
13. Ratner E., Norlander L., McSteen K. Death at Home Following a Targeted Advance-Care Planning Proces at Home: The Kitchen Table Discussion. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2001; 49: 778–781.
14. Marcinowicz L., Borzuchowska A. Świadczenia lekarzy i pielęgniarzek rodzinnych w ocenie starszych podopiecznych. *Gerontol. Pol.* 2002; 10: 42–45.
15. Szczerbińska K., Hubalewska-Hoła A. Korzystanie i zapotrzebowanie osób starszych na świadczenia opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. *Gerontol. Pol.* 2003; 11: 137–143.
16. Rębacz E. Zmiany starcze u osób żyjących w trudnych warunkach wiejskich. W: Charzewski J. (red.). *Problemy starzenia*. AWF, Warszawa 2001; 65–84.
17. Szukalski P. Wdowieństwo w starszym wieku w Polsce. *Gerontol. Pol.* 2006; 14: 63–70.
18. Borowiak E., Żarnecka H., Kostka T. Charakterystyka porównawcza osób starszych ze środowiska miejskiego i wiejskiego na świadczenia opiekuńczo-pielęgnacyjne — badanie wstępne. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2005; 3: 31–37.
19. Lau D.T., Kirby J.B. The relationship between living arrangement and preventive care use among community-dwelling elderly persons. *Am. J. Public Health* 2009; 99: 1315–1321.