

Ocena wybranych potrzeb i zachowań zdrowotnych osób w wieku podeszłym ze szczególnym uwzględnieniem źródeł pozyskiwania informacji na temat zdrowia

Assessment of selected needs and health behaviors of seniors with special emphasis on sources of information about health

Karolina Kulpik¹, Dominik Olejniczak², Urszula Religioni³

¹ studentka studiów I stopnia, kierunku Zdrowie Publiczne, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Zakład Zdrowia Publicznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

³ Kolegium Ekonomiczno-Społeczne, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa

Streszczenie

Wstęp. Starzenie się populacji wymusza na decydentach dostosowanie do potrzeb grupy osób starszych systemów ochrony zdrowia i wsparcia społecznego. Takie działania muszą być poparte właściwym rozpoznaniem problemów i potrzeb zdrowotnych osób starszych. **Cel pracy.** Określenie głównych potrzeb zdrowotnych osób starszych ze szczególnym uwzględnieniem źródeł pozyskiwania informacji na temat zdrowia. **Materiał metody.** Badanie zostało przeprowadzone w grupie 114 osób powyżej 60 r.ż., w tym 62,28% kobiet i 37,72% mężczyzn. W analizie statystycznej wykorzystano weryfikację hipotez statystycznych opartą o test Chi2 Pearsona oraz współczynnik korelacji rang Spearmana. Za istotne statystycznie różnice we wszystkich przeprowadzonych testach uznano te, dla których prawdopodobieństwo $p < 0,05$. **Wyniki.** Informacje na temat zdrowia czerpane są przez badane osoby głównie od lekarza (69,30%), kolejno wskazywane były gazety (8,77%), Internet (6,14%), telewizja (5,26%). Najbardziej wiarygodnym źródłem informacji o zdrowiu jest według badanych osób lekarz (84,21% odpowiedzi). Na drugim miejscu wskazana została rodzina (6,14%). **Wnioski.** Niezbędne jest wdrożenie systemowych działań na rzecz zdrowia osób starszych. Działania te winny mieć charakter interdyscyplinarny i być nakierowane na wszystkie grupy populacji wpisując się w model edukacji o starości i do starości. Wykorzystanie narzędzi elektronicznych takich, jak na przykład Internet, do edukowania osób starszych nie jest póki co w Polsce możliwe z uwagi na nieprzystosowanie do jego wymogów grupy docelowej. (Gerontol Pol 2016; 24: 40-44)

Key words: osoby starsze, edukacja zdrowotna, zdrowie oparte na dowodach naukowych, potrzeby zdrowotne

Abstract

Introduction. The aging of the population forces decision-makers to adapt to the needs of a group of elderly health systems and social support. Such actions must be supported by proper diagnosis of problems and health needs of the elderly. **Aim.** Identify the main health needs of the elderly with special emphasis on sources of information on health. **Material and methods.** The study was conducted in 114 people over 60, including 62.28% of women and 37.72% of men. In statistical analysis verification of statistical hypotheses based on test Chi2 of Pearson and Spearman's rank correlation coefficient. Statistically significant differences in all the tests conducted were considered those for which the probability of $p < 0.05$. **Results.** Health information derived by the test persons mostly from the doctor (69.30%), respectively indicated they were newspapers (8.77%), Internet (6.14%), television (5.26%). The most reliable source of information on health is a doctor by the respondents (84.21% of responses). In second place was indicated family (6.14%). **Conclusions.** It is necessary to implement systemic measures for the health of the elderly. These measures should be interdisciplinary and be aimed at all groups of the population typing in the education model of old age and old age. The use of electronic tools such as the Internet, to educate the elderly is not as long as possible in Poland due to the lack of adaptation to the requirements of the target group. (Gerontol Pol 2016; 24: 40-44)

Key words: elderly persons, health education, evidence based health, health needs

Wstęp

Starzenie się populacji to jeden z najważniejszych procesów demograficznych, jaki współcześnie można zaobserwować. Proces ten należy do jednych z najważniejszych wyzwań (nie zagrożeń), jakie obecnie i w najbliższych latach staną przed systemem ochrony zdrowia, systemem wsparcia społecznego, ale także przed społeczeństwem. Elementem warunkującym właściwą reakcję społeczeństwa na ten proces jest zrozumienie problemów ludzi starszych zarówno w sferze somatycznej, jak i psycho-społecznej [1]. Należy przypuszczać, iż średnia oczekiwana długość życia będzie się sukcesywnie wydłużać, co sprzyja zwiększeniu zarówno liczby, jak i odsetka ludności w starszym wieku w ogólnej populacji Polski [2].

Jednym ze środków zaradczych w tej sytuacji jest konsekwentne realizowanie celów polityki senioralnej. Skupia się ona na działaniach organów administracji publicznej oraz innych organizacji i instytucji, które realizują inicjatywy dotyczące godnego i zdrowego starzenia się. Celem polityki senioralnej jest wspieranie i zapewnienie możliwości aktywnego starzenia się w zdrowiu oraz możliwości prowadzenia w dalszym ciągu samodzielnego, niezależnego i satysfakcjonującego życia [3].

Podejmując działania zmierzające do poprawy stanu zdrowia niezbędne jest uzyskiwanie danych na temat czynników je warunkujących (na przykład przy wykorzystaniu modeli uwarunkowań zdrowia). Końcowym efektem może być powstanie swoistej mapy elementów warunkujących zdrowie dedykowanej osobom starszym. Taka wiedza stanowić winna punkt wyjścia do działań systemowych, ale i lokalnych na rzecz poprawy stanu zdrowia osób starszych [4].

Cel pracy

Określenie głównych potrzeb zdrowotnych osób starszych ze szczególnym uwzględnieniem źródeł pozyskiwania informacji na temat zdrowia

Material i metody

Badanie zostało przeprowadzone w grupie 114 osób powyżej 60 r.ż., w tym 62,28% kobiet i 37,72% mężczyzn. Badaną populację podzielono na trzy 5-letnie grupy wiekowe. Największą grupę stanowiły osoby w wieku 66-70 lat (39,47%) oraz w wieku powyżej 71 lat (39,47%), najmniejszą – osoby w wieku 60-65 lat (21,05%).

Największą grupę badanej populacji stanowią wdowcy/wdowy (45,61%). Ponad 35% badanej grupy to osoby pozostające w związku małżeńskim, 16,67% to osoby rozwiedzione, 2,63% to osoby będące kawalerem/panną. Ponad połowa badanych osób (54,39%) mieszka sama. Co trzeci badany mieszka w mieście powyżej 200 tys. mieszkańców (33,33%), najmniejsza grupa osób mieszka w mieście poniżej 50 tys. mieszkańców (10,53%).

Charakterystykę badanej grupy prezentuje tabela I.

Tabela I. Charakterystyka socjodemograficzna badanej grupy

Table I. Socio-demographic characteristics of the research pool

Charakterystyka badanej grupy	Liczba osób (N = 114) N (%)
Płeć	
Kobieta	71 (62.28)
Mężczyzna	43 (37.72)
Wiek	
60-65	24 (21.05)
66-70	45 (39.47)
> 71	45 (39.47)
Stan cywilny	
Kawaler/Panna	3 (2.63)
Żonaty/Mężatka	40 (35.09)
Rozwiedziony/Rozwiedziona	19 (16.67)
Wdowiec/Wdowa	52 (45.61)
Miejsce zamieszkania	
Wieś	33 (28.95)
Miasto < 50 tys. mieszkańców	12 (10.53)
Miasto 50-200 tys. mieszkańców	31 (27.19)
Miasto > 200 tys. mieszkańców	38 (33.33)

W analizie statystycznej wykorzystano weryfikację hipotez statystycznych opartą o test Chi² Pearsona oraz współczynnik korelacji rang Spearmana. Za istotne statystycznie różnice we wszystkich przeprowadzonych testach uznano te, dla których prawdopodobieństwo $p < 0.05$. Współczynnik rang Spearmana został wskazany jedynie w sytuacjach, gdy jego wartość jest istotna statystycznie.

Wyniki

Informacje na temat zdrowia czerpane są przez badane osoby głównie od lekarza (69,30%), kolejno wskazywane były gazety (8,77%), Internet (6,14%), telewizja (5,26%). Analiza statystyczna wykazała, iż osoby mieszkające samotnie częściej korzystają z innych źródeł informacji niż te, zaczerpnięte u lekarzy (głównie radio, telewizja, rodzina) ($\text{Chi}^2 = 16.9393$, $\text{df} = 7$, $p = 0.01779$).

Najbardziej wiarygodnym źródłem informacji o zdrowiu jest według badanych osób lekarz (84,21% odpowiedzi). Na drugim miejscu wskazana została rodzina (6,14%). Płeć, wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania ani fakt, czy dana osoba mieszka sama nie wpływają na wskazywane przez respondentów odpowiedzi (we wszystkich przypadkach $p > 0.05$).

Blisko połowa badanej grupy chce wiedzieć, jak szukać potrzebnych informacji na temat zdrowia w Internecie (47,37%). Co czwarta osoba (23,68%) była zdecydowanie przeciwna. Chęć nauki zgłaszały przede wszystkim osoby mieszkające w dużych miastach, respondenci mieszkający na wsi byli mniej zainteresowani nauką wyszukiwania informacji na temat zdrowia w Internecie ($\chi^2 = 39.2367$, $df = 16$, $p = 0.00101$).

Na wizytę u lekarza badane osoby zapisują się głównie osobiście (72,81%). Co czwarta osoba umawia zwykle wizytę telefonicznie (24,56%), przez trzecią osobę umawia się 2,63% osób. Sposób zapisu na wizytę lekarską nie jest uzależniony od płci, wieku, stanu cywilnego, miejsca zamieszkania respondenta ani faktu, czy mieszka on sam ($p > 0.05$).

Największa grupa respondentów ocenia swoje kontakty z rodziną jako bardzo dobre (42,11%), 35,96% jako dobre, 14,04% jako takie sobie, 7,02% jako złe, 0,88% jako bardzo złe. Płeć, wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania ani fakt, czy dana osoba mieszka sama nie wpływają na wskazywane przez respondentów odpowiedzi (we wszystkich przypadkach $p > 0.05$).

Blisko 9% respondentów często odczuwa osamotnienie. Niemal 60% osób wskazało, że osamotnienie odczuwa tylko czasami, co trzecia badana osoba w ogóle nie odczuwa osamotnienia. Osamotnienie znacznie częściej odczuwają osoby mieszkające same. Tylko co czwarta osoba mieszkająca samotnie (24,19%) - w porównaniu z blisko połową (42,31%) osób mieszkających z innymi osobami, wskazała, że nigdy nie odczuwa osamotnienia ($\chi^2 = 11.2651$, $df = 2$, $p = 0.00358$; $R = -0.27095$, $t = -2.979$, $p = 0.00355$).

Na pomoc innych ludzi może liczyć 87,72% osób (71,93% wskazało, że może liczyć na pomoc innych, ale z niej nie korzysta; 15,79% osób korzysta z pomocy innych ludzi). Na pomoc nie może liczyć 12,28% osób. Na osób innych ludzi mogą liczyć przede wszystkim respondenci posiadający żonę/męża (90% osób tej grupy). Osoby będące kawalerem/panną, wdową/wdowcem najczęściej wskazywały, że nie mogą liczyć na pomoc innych ($\chi^2 = 16.3958$, $df = 6$, $p = 0.01178$; $R = -0.23798$, $t = -2.593$, $p = 0.01078$). Na pomoc innych ludzi mogą także częściej liczyć osoby mieszkające z innymi niż osoby samotne ($\chi^2 = 16.1460$, $df = 2$, $p = 0.00031$; $R = -0.36912$, $t = -4.203$, $p = 0.00005$).

Najwięcej radości sprawiają respondentom wizyty rodzinne (25,44%), spotkania z przyjaciółmi (25,44%), realizowanie pasji (18,42%), wyjście do kina lub teatru (12,28%). Jako formę odpoczynku respondenci preferują najbardziej relaks w ogrodzie (21,93%), aktywność fizyczną (rower, gimnastyka) (21,05%), spacer (25,44%), oglądanie telewizji (22,81%).

Według respondentów spędzanie czasu w domu przez osoby starsze jest najczęściej uwarunkowane brakiem chęci (34,21%), brakiem atrakcji dla osób starszych (25,44%), brakiem pieniędzy (24,56%) oraz brakiem informacji o tym, co można robić poza domem (15,79%). Uzyskane odpowiedzi zależą od miejsca zamieszkania respondentów – osoby mieszkające na wsi najczęściej wskazywały brak atrakcji dla osób starszych, osoby w dużych miastach – brak chęci ($\chi^2 = 22.1449$, $df = 12$, $p = 0.03593$).

Swój stan zdrowia respondenci ocenili jako: bardzo dobry – 4,39%, dobry – 38,60%, taki sobie – 46,49%, zły 7,02%, bardzo zły – 3,51%. Ocena stanu zdrowia warunkowana jest przez wiek respondentów ($\chi^2 = 25.4459$, $df = 12$, $p = 0.01285$). Osoby w grupach wiekowych 60-65 oraz 66-70 oceniali swój stan zdrowia zwykle jako dobry (odpowiednio 54,17% oraz 46,67% osób), osoby powyżej 71 r.ż. – jako taki sobie (56,82% osób). Stan zdrowia badanych osób zależy również od stanu cywilnego – najlepiej swój stan zdrowia oceniły osoby rozwiedzione, najgorzej – wdowy i wdowcy ($\chi^2 = 22.1910$, $df = 12$, $p = 0.02543$). Znacznie gorzej swój stan zdrowia oceniły osoby mieszkające samotnie w porównaniu z respondentami mieszkającymi z innymi osobami ($\chi^2 = 10.0829$, $df = 4$, $p = 0.03905$).

Największym źródłem stresu dla respondentów są problemy zdrowotne (39,47%), kolejno problemy finansowe (34,21%), izolacja i samotność (14,04%) oraz otoczenie (12,28%). Problemy te nie są zależne od wybranych zmiennych niezależnych (wiek, płeć, stan cywilny, miejsce zamieszkania, fakt mieszkania samemu – $p > 0.05$).

Zdaniem respondentów, na polepszenie ich życia wpłynęłoby przede wszystkim: lepsze zdrowie (23,68%), lepszy dostęp do lekarzy specjalistów (21,05%), lepsza sprawność fizyczna (19,30%), większe świadczenie emerytalne (17,54%), lepsze kontakty z rodziną (10,53%), grupowo zorganizowane formy rozrywki, takie jak kino czy teatr (7,89%). Wskazywane odpowiedzi zależały od miejsca zamieszkania respondentów ($\chi^2 = 354535$, $df = 20$, $p = 0.01782$; $R = -0.29091$, $t = -3.218$, $p = 0.00169$). Mieszkańcy wsi najczęściej wskazywali lepsze zdrowie (31,03%) oraz lepszy dostęp do specjalistów (27,59%). Mieszkańcy miast poniżej 50 tys. mieszkańców najczęściej wskazywali więk-

sze świadczenia emerytalne (41,67%) i lepsze zdrowie (25,00%). Mieszkańcy miast 50-200 tys. mieszkańców wskazywali głównie lepszy dostęp do lekarzy specjalistów (38,71%) oraz wyższe świadczenia emerytalne (19,35%). Mieszkańcy największych miast, powyżej 200 tys. mieszkańców wskazywali zwykle lepsze zdrowie i lepszą sprawność fizyczną (po 31,58%).

Omówienie

Jedną z omawianych w pracy potrzeb zdrowotnych, którą można zakwalifikować jako psycho-somatyczną, jest potrzeba edukacji zdrowotnej prowadzonej zarówno przez pracowników systemu ochrony zdrowia, jak i samodzielne poszerzanie wiedzy. Głównym źródłem informacji na temat zdrowia dla pacjenta powinna być osoba z wykształceniem medycznym. W przypadku osób starszych ma to szczególne znaczenie, zwłaszcza z uwagi na brak umiejętności z korzystania z innych źródeł o charakterze evidence based, jak np. Internet. Ponadto należy zwrócić uwagę, iż szczególnie lekarz, często stanowi dla osoby starszej autorytet społeczny. W badaniu własnym został on wskazany przez respondentów jako główne źródło informacji o zdrowiu. Rola lekarza w procesie edukacyjnym podkreślona została w piśmiennictwie polskim, jak i światowym przez Karskiego i Pieprzyk [4,5].

Warto w tym miejscu także przytoczyć podobną rolę pielęgniarki, która jako osoba o wykształceniu medycznym również powinna być zaangażowana w proces edukacyjny pacjenta senioralnego [6].

Współczesna gerontologia przykłada dużą wagę do edukacji pacjenta i podkreśla, iż jest to immanentna składowa procesu terapeutycznego [7].

Ciekawie prezentują się wyniki dotyczące inklinacji do poszukiwania przez respondentów wiedzy na temat zdrowia w Internecie: 47,37% chce legitymować się taką wiedzą, 23,68% zdecydowanie nie. Chęć nauki zgłaszały przede wszystkim osoby mieszkające w dużych miastach. Plany monitorowania i polepszania stanu zdrowia najstarszej części populacji istnieją od dawna. Ich efektywne wprowadzenie warunkuje poziom technologiczny społeczeństwa i to, czy można uznać je za społeczeństwo informacyjne [8].

Wykorzystanie idei e-health mogłoby usprawnić system zapisów do lekarzy, szczególnie lekarzy specjalistów. Jest to szczególnie istotne w kontekście wyników badania własnego osobiście na wizyty zapisuje się 72,81% badanych, natomiast telefonicznie 24,56%. Rolę elektronicznych platform wsparcia podkreślają też Etchemendy i Banos [9]. Istnienie takiego systemu w Polsce mogłoby wpłynąć na zmniejszenie liczby wi-

zyt lekarskich w tym tych nieuzasadnionych: wyniki badania własnego pokazują, iż ankietowani ludzie starsi w większości korzystają ze świadczeń co najmniej raz w miesiącu.

Możliwość zapisów do lekarza w systemie on-line mogłaby także wpłynąć na zdywersyfikowanie wyboru placówek- wyniki badania własnego pokazują, iż zdecydowana większość respondentów (ponad 75%) korzysta z placówki najbliższej ich miejscu zamieszkania. Także to może mieć wpływ na termin realizacji świadczenia. Richter-Kaźmierska i Forkiewicz wskazują jednak, że niski poziom umiejętności obsługi komputera oraz korzystania z Internetu znacznie utrudnia wdrażanie takich rozwiązań [10].

Obok pozyskiwania wiarygodnych informacji o zdrowiu, w kontekście potrzeb zdrowotnych nie należy zapominać o tych z grupy psychospołecznych; do takich właśnie należy charakter i częstotliwość kontaktu z rodziną. Wyniki badania własnego jednoznacznie pokazują, iż rodzina stanowi główne oparcie dla respondentów, ponadto osoby posiadające małżonka istotnie rzadziej odczuwają osamotnienie względem wdów i wdowców. Potwierdza to rolę rodziny w funkcjonowaniu osoby starszej. Na to zagadnienie zwraca również uwagę Synak [11]. Warto podkreślić, iż z badania własnego wynika, iż jednym z największych źródeł radości dla osób starszych są wizyty rodziny (25%).

Grupę osób starszych najczęściej cechuje zjawisko wielochorobowości. Dla około 40% badanych problemy zdrowotne stanowią główne źródło stresu. Wyniki te wpisują się w analizę Harschel i wsp., którzy również zwracają uwagę na chorobę somatyczną jako źródło stresu [12].

Jedną z metod minimalizowania wystąpienia stresu oraz redukcji jego skutków jest aktywizacja osób starszych, a jej jedną z coraz bardziej rozpowszechnionych w Polsce metod jest uczestnictwo w zajęciach Uniwersytetu Trzeciego Wieku (UTW). O tej formie spędzania czasu wolnego służyło 90% badanych; ponad 20% z nich uczęszcza na zajęcia. Jachimowicz i Kostka podkreślają, iż subiektywna ocena stanu zdrowia jest powiązana z uczestnictwem w zajęciach UTW [13].

Działania na rzecz poprawy stanu zdrowia osób starszych powinny mieć charakter interdyscyplinarny i odnosić się do różnych jego płaszczyzn. Jako główną determinantę jakości życia 23% respondentów podaje poprawę stanu zdrowia; ściśle powiązana z tym jest lepsza sprawność fizyczna - 19% badanych. Wynik ten wpisuje się w rezultaty uzyskane przez Maniecką-Bryłę i wsp., gdzie jako główne elementy warunkujące jakość życia również wskazano stan zdrowia [14]. Wskazuje ona również na pewne różnice w postawach i odczuciach

osób starszych ze względu na miejsce zamieszkania: na wsi lub w mieście.

Wnioski

1. Niezbędne jest wdrożenie systemowych działań na rzecz zdrowia osób starszych. Działania te winny mieć charakter interdyscyplinarny i być nakierowane na wszystkie grupy populacji wpisując się w model edukacji o starości i do starości.

2. Wykorzystanie narzędzi elektronicznych takich, jak na przykład Internet, do edukowania osób starszych nie jest póki co w Polsce możliwe z uwagi na nieprzystosowanie do jego wymogów grupy docelowej

3. Skuteczną metodą poprawy jakości życia osób starszych, jako części populacji, jest ich aktywizowanie między innymi poprzez pokazanie alternatyw dla czasu spędzanego w domu, takich jak uczestnictwo w zajęciach Uniwersytetu Trzeciego Wieku.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Piśmiennictwo

1. Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dziągiewska M. Podstawy gerontologii społecznej. Warszawa: Wyd. Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR; 2006.
2. Główny Urząd Statystyczny. Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050. Warszawa 2014.
3. Uchwała Nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020.
4. Karski J.B. Praktyka i teoria promocji zdrowia. Warszawa: Wydawnictwo CeDeWu; 2007.
5. Pieprzyk M., Pieprzyk P. Osoby starsze w systemie ochrony zdrowia. Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny. 2012; 3(74): 175-88.
6. Eriksson-Backa K. Elderly People, Health Information, and Libraries: a Small-scale Study on Seniors in a Language Minority. Libri. 2010; 60(2): 181-94.
7. Misiak K. Zadania pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej w ujęciu gerontologicznym. Piel Zdr Publ. 2011; 1(4): 359-66.
8. Zych A.A. Moderacja rozwoju – wyzwaniem dla gerontologii edukacyjnej. Gerontol Pol. 2004; 12: 119-24.
9. Hutchinson M.S. Effects of Age and Sex on Estimated Diabetes Prevalence Using Different Diagnostic Criteria: The Tromsø OGTT Study. Int J Endocrinol. Volume 2013; (2013): 1-9.
10. Etchemendy E. i wsp. An e-health platform for the elderly population: The butler system, Computers & Education, 2011; 56(2011): 275-9.
11. Richert-Kaźmierska A., Forkiewicz M. Kształcenie osób starszych w koncepcji aktywnego starzenia się. Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach 2013; 131(2013): 127-39.
12. Synak B. The Polish family: Stability, change and conflict. J Aging Stud. 1990; 4(4): 333-44.
13. Harschel A.K. i wsp. Self-rated health among very old people in European countries: an explorative study in Latvia and Sweden. Gerontol Geriatric Med. 2015; 1-10.
14. Jachimowicz V., Kostka T. Samoocena zdrowia przez starsze kobiety – słuchaczki Uniwersytetu Trzeciego Wieku. Gin Prakt. 2009; 1: 26-30.