



Zofia Szweda-Lewandowska

Opieka nad osobami starszymi

Wspierający i wspierani

**WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
ŁÓDZKIEGO**

Opieka nad osobami starszymi

Wspierający i wspierani

[Kup książkę](#)



WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
ŁÓDZKIEGO

[Kup książkę](#)

Zofia Szweda-Lewandowska

Opieka nad osobami starszymi

Wspierający i wspierani



**WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
ŁÓDZKIEGO**

Łódź 2017

[Kup książkę](#)

Zofia Szweda-Lewandowska – Szkoła Główna Handlowa
Kolegium Ekonomiczno-Społeczne, Instytut Gospodarstwa Społecznego
Zakład Polityki Społecznej, 02-520 Warszawa, ul. Wiśniowa 41

RECENZENT

Bożenna Balcerzak-Paradowska

REDAKTOR INICJUJĄCY

Iwona Gos

REDAKCJA

Aleksandra Urzędowska

SKŁAD I ŁAMANIE

AGENT PR

KOREKTA TECHNICZNA

Leonora Wojciechowska

PROJEKT OKŁADKI

Katarzyna Turkowska

Zdjęcie wykorzystane na okładce: © Depositphotos.com/oneinchpunch

Projekt, realizowany w Zakładzie Demografii i Gerontologii Społecznej
Uniwersytetu Łódzkiego, został sfinansowany ze środków
Narodowego Centrum Nauki przyznanych na podstawie decyzji
numer DEC-2013/09/D/HS5/04459

© Copyright by Zofia Szweda-Lewandowska, Łódź 2017

© Copyright for this edition by Uniwersytet Łódzki, Łódź 2017

Wydane przez Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego

Wydanie I. W.08079.17.0.M

Ark. wyd. 8,0; ark. druk. 10,875

ISBN 978-83-8088-682-7

e-ISBN 978-83-8088-683-4

Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego

90-131 Łódź, ul. Lindleya 8

www.wydawnictwo.uni.lodz.pl

e-mail: ksiegarnia@uni.lodz.pl

tel. (42) 665 58 63

Spis treści

Wstęp	7
--------------	----------

Część I. Opieka nad osobami starszymi

1. Czynniki wpływające na konieczność korzystania z pomocy przez osoby starsze	15
1.1. Starość, stan zdrowia, niepełnosprawność	16
1.2. Niesamodzielność i stopnie niesamodzielności	26
1.3. Status rodzinny osób starszych	31
1.4. Sytuacja materialno-bytowa	35
1.5. Nieformalne sieci wsparcie	40
2. System opieki nad osobami starszymi	47
2.1. Logika systemu opieki nad osobami starszymi	49
2.2. Formy pomocy osobom starszym	63
2.2.1. Pomoc świadczona w miejscu zamieszkania osoby starszej	64
2.2.2. Pomoc semiinstytucjonalna	69
2.2.3. Pomoc instytucjonalna	71

2.2.4. Pomoc świadczona w ramach nieformalnych rodzinnych i nierodzinnych sieci wsparcia	77
2.3. Opieka nad osobami starszymi z perspektywy osób starszych i opiekunów w świetle istniejących badań	81
3. Zapotrzebowanie na opiekę wśród najstarszych seniorów	97

Część II. Badanie potrzeb opiekuńczych osób starszych oraz krewnych udzielających pomocy

1. Opieka nad osobami starszymi z perspektywy dwóch pokoleń wspierających i wspieranych	111
1.1. Cel i metodologia badania	111
1.2. Sytuacja społeczno-demograficzna badanych	119
1.3. Potrzeby opiekuńcze osób badanych i otrzymywane wsparcie	127
1.3.1. Wsparcie udzielane przez krewnych i powinowatych	128
1.3.2. Wsparcie udzielane przez osoby bliskie niespokrewnione	134
1.3.3. Wsparcie instytucji formalnych	139
1.4. Hierarchia podmiotów udzielających wsparcia	143
1.5. Godzenie życia zawodowego i rodzinnego – perspektywa opiekunów osób starszych	149
1.6. Podsumowanie wyników badania	153
2. Implikacje dla systemu opieki nad niesamodzielnymi osobami starszymi	161
Bibliografia	167

Wstęp

Wydłużanie się średniego trwania życia, które należy uznać za jedno z największych osiągnięć XX-wiecznej medycyny, połączone z dynamicznym spadkiem liczby urodzeń w większości krajów rozwiniętych, spowodowało znaczące zmiany w globalnej demografii. Już obecnie mają one duży wpływ na politykę. Zgodnie z prognozą GUS w 2035 roku osoby w wieku 65 lat i więcej będą stanowiły 23% populacji Polski, podczas gdy obecnie jest to około 13%. Dynamicznie zachodzące zmiany w strukturze populacji sprawiają, że zarówno decydenci, jak i prawo nie nadążają za zmieniającą się rzeczywistością społeczną. Chociaż prognozy demograficzne wyraźnie wskazują, jak będzie wyglądała struktura ludności według wieku Polaków za dziesięć, dwadzieścia, trzydzieści lat, to jednak dostosowywanie różnych sfer, w tym szczególnie usług społecznych w zakresie opieki nad osobami starszymi, jest niewystarczające. A to właśnie kwestie opieki nad najstarszymi, niesamodzielnymi członkami społeczeństwa oraz sprawy finansowania tej opieki będą jednymi z najistotniejszych wyzwań najbliższych dziesięcioleci. Dlatego też publikacja ta koncentruje się na wyzwaniu, jakim jest zapewnienie godnego życia niesamodzielnym osobom starszym i ich rodzinom.

Niniejsza publikacja jest efektem realizacji grantu finansowanego ze środków Narodowego Centrum Nauki przyznanych na podstawie decyzji numer DEC-2013/09/D/HS5/04459 na realizację badania „Opieka nad seniorami z perspektywy dwóch pokoleń – udzielających wsparcia i wspieranych. Implikacje dla systemu opieki nad niesamodzielnymi seniorami”. Celem projektu była identyfikacja potrzeb w zakresie opieki nad najstarszymi seniorami (osoby w wieku 75 lat i więcej), zdiagnozowanie, jak – w warunkach zatamizowania rodziny – wygląda w Polsce obecnie opieka nad osobami starszymi z perspektywy dwóch pokoleń – wspieranego (seniorzy) i wspierającego ich członka rodziny oraz określenie implikacji wynikających ze starzenia się populacji i wertykalizacji sieci rodzinnej dla systemu opieki nad osobami starszymi.

Cel ten został osiągnięty przez realizację następujących celów szczegółowych:

- 1) Diagnoza sytuacji najstarszych seniorów w zakresie potrzeb opiekuńczych. Stopień zaspokojenia potrzeb opiekuńczych w rodzinie, stopień obciążenia rodzin opieką nad seniorami (godzenie ról zawodowych i opiekuńczych przez osoby świadczące wsparcie);
- 2) Wskazanie możliwości usprawnienia i poprawienia efektywności wsparcia najstarszych seniorów poprzez analizę potencjalnych możliwości zaspokojenia potrzeb opiekuńczych przez rodzinę, samorząd terytorialny oraz system ochrony zdrowia;
- 3) Analiza, między innymi na podstawie prognozy ludności Polski sporządzonej przez Główny Urząd Statystyczny, przyszłego wzrostu zapotrzebowania na pomoc świadczoną nie tylko przez rodzinę i bliskich, lecz także na usługi opiekuńcze i pomoc in-

stytucjonalną (szczególnie gdy senior nie posiada rodziny lub rodzina nie może zapewnić dostatecznej opieki). Wskazanie wyzwań wynikających ze zmian demograficznych (głównie zmian w strukturze ludności według wieku) w zakresie opieki nad najstarszymi seniorami. Badanie, jak będzie się zwiększać w najbliższych dekadach obciążenie obowiązkami opiekuńczymi osób wspierających najstarszych seniorów;

- 4) Sformułowanie na podstawie badań przeprowadzonych w ramach projektu implikacji dla systemu opieki nad najstarszymi seniorami wynikających ze zmian w strukturze rodziny i zmian demograficznych zachodzących w populacji mieszkańców Polski.

Pierwszy cel odnosi się do teraźniejszości, zastanej sytuacji w zakresie opieki nad najstarszymi seniorami w Polsce i dogłębnej diagnozy osób udzielających wsparcia i osób wspieranych. Cel drugi dotyczy potencjalnych możliwości w zakresie opieki i jej usprawnienia, które są możliwe do realizacji w obecnych warunkach społeczno-ekonomicznych, przy optymalnym wykorzystaniu zasobów pozostających w dyspozycji samorządu terytorialnego, systemu ochrony zdrowia, systemu pomocy społecznej. Trzeci cel dotyczy przyszłości, a proces podwójnego starzenia się populacji (czyli dynamiczny przyrost grupy osób najstarszych, którzy najczęściej wymagają pomocy) jest traktowany w kategorii wyzwania, na które można się przygotować, a nie jako problem, który trzeba będzie rozwiązać, gdy się pojawi. Czwarty cel to wskazanie konsekwencji zmian demograficznych dla systemu opieki nad najstarszymi seniorami oraz przełożenie zdobytej wiedzy w zakresie potrzeb – z jednej strony a z drugiej strony sposobów wsparcia świadczonego

przez rodzinnych opiekunów – na konkretne skutki dla systemu.

Realizacja celu głównego i zadań szczegółowych posłużyła do sporządzania diagnozy sytuacji seniorów w zakresie potrzeb opiekuńczych, identyfikacji obszarów, w których występuje deficyt wsparcia ze strony krewnych oraz bliskich (określenia stopnia zaspokojenie potrzeb opiekuńczych przez rodzinę) i niezbędnej pomocy państwa. Z drugiej strony badanie pozwoliło także na ocenę, jak bardzo rodinni opiekunowie najstarszych seniorów są obciążeni obowiązkami opiekuńczymi, w jakim zakresie i jakie konsekwencje dla ich życia rodzinnego i zawodowego wynikają z konieczności świadczenia wsparcia potrzebującym krewnym. Podczas badania uzyskane zostały także informacje o nierodzinnych, nieformalnych sieciach wsparcia (znajomi, przyjaciele, sąsiedzi) oraz opiekunach świadczących usługi opiekuńcze zarówno legalnie, jak i w ramach pracy nierejestrowanej (szara strefa usług opiekuńczych) oraz preferencje osób starszych dotyczące opiekunów.

Publikacja została podzielona na dwie części. W pierwszej dokonany został przegląd literatury przedmiotu, zwłaszcza opublikowanych studiów empirycznych. Dokonując przeglądu prac empirycznych i teoretycznych, podkreślono te rozważania i wnioski, które mogą spotkać się z zainteresowaniem decydentów i organizatorów polityki społecznej na szczeblu zarówno rządowym, jak i lokalnym.

W części empirycznej – będącej drugą częścią publikacji – dokonana została analiza skali i rodzaju potrzeb opiekuńczych seniorów oraz skali i rodzaju opieki, którą obciążone są osoby udzielające wsparcia. Punktem wyjścia analizy stanowiło badanie gospodarstw domowych z osobami po 75. roku życia. W pierwszej fazie badania przeprowadzone zostały indywidualne wywiady z 15 parami – senior i najbliższy krewny udzielający wsparcia, wskazany przez seniora (30 wywiadów). W drugiej części

badania przeprowadzone zostały wywiady kwestionariuszowe wśród 200 gospodarstw domowych z seniorem powyżej 75 lat i 200 wywiadów ze wskazanymi przez seniorów ich rodzinnymi opiekunami. Zarówno pogłębione wywiady indywidualne, jak i wywiady kwestionariuszowe zostały przeprowadzone w Łodzi i Warszawie ze względu na charakterystykę demograficzną tych dwóch miast. Łódź i Warszawa to miasta charakteryzujące się najbardziej zaawansowanym procesem starzenia się populacji.

Przeprowadzone badanie diad wspierany–wspierający krewny to pierwsza tego typu analiza w Polsce. W literaturze gerontologicznej oraz dotyczącej polityki społecznej wobec starości i ludzi starych od dawna prowadzone były badania dotyczące sytuacji osób starszych. Najnowsze najbardziej kompleksowe badanie ponad 5 tys. osób starszych PolSenior dostarcza dogłębnej wiedzy w zakresie kwestii związanych ze zdrowiem i potrzebami osób starszych. Prowadzone były także – chociaż w ograniczonym stopniu i nie na tak szerokiej próbie jak badania nad seniorami – badania nad osobami sprawującymi opiekę nad seniorami. Jednak nigdy nie były w Polsce przeprowadzane badania nad diadami wpierający–wspierany. Analiza przeprowadzona w ramach grantu pozwoliła na stwierdzenie, jakie jest obciążenie wspierających opieką nad seniorami (zarówno wymiar czasowy, jak i rodzaj usług opiekuńczych), a także określenie obszarów deficytowych w zakresie potrzeb opiekuńczych seniorów, a tym samym obszarów, które powinny być przedmiotem szczególnego zainteresowania samorządów lokalnych (ponieważ zgodnie z zasadą subsydiarności w sytuacji, gdy rodzina nie zaspokaja potrzeb opiekuńczych, obowiązek ten przejmuje gmina na terenie, której mieszka senior). Wnioski z badania, które mogą być użyteczne w usprawnieniu istniejącego systemu opieki nad seniorami i pomocne w budowie polityki społecznej wobec starzenia się i starości, zostały przedstawione w ostatnim rozdziale publikacji.

Część I

Opieka nad osobami starszymi

1. Czynniki wpływające na konieczność korzystania z pomocy przez osoby starsze

Na konieczność korzystania z pomocy innych osób w wykonywaniu czynności dnia codziennego przez osoby starsze wpływa wiele czynników. W poniższych rozważaniach bardziej szczegółowo przedstawione zostały główne czynniki wpływające na samodzielność osób starszych, tj. stan zdrowia osób starszych, status rodzinny, sytuacja materialno-bytowa oraz nierodzinne sieci wsparcia. Jako główną determinantę niesamodzielności/samodzielności należy wskazać stan zdrowia osób starszych i od tej kwestii rozpoczniemy rozpatrywanie wspomnianych czynników.

1.1. Starość, stan zdrowia, niepełnosprawność

Starość jest normalnym stadium cyklu rozwoju osobniczego, czyli ontogenezy, po osiągnięciu którego w organizmie zachodzą zmiany w wyglądzie zewnętrznym oraz mniej widoczne zmiany biologiczne¹ związane z postępującym i nieodwracalnym zmniejszaniem się zdolności organizmu do utrzymania homeostazy w odpowiedzi na czynniki środowiskowe². Należy odróżnić starzenie fizjologiczne od starzenia patologicznego wywołanego chorobami. Jednak procesy starzenia się, chociaż nie są objawami choroby, to należy często ułatwiać wystąpienie starości³. Obniżona zdolność do utrzymania homeostazy oraz siła działania czynnika chorobotwórczego są przyczynami stanów chorobowych w starszym wieku. Wobec tego, jeśli warunki środowiskowe są korzystne, to nawet przy znacznym zaawansowaniu procesów starzenia może nie dochodzić do choroby i można zachować zdrowie. Prowadząc odpowiednie badania ludzi długowiecznych, wyselekcjonowano grupę w podeszłym wieku żyjących w dobrym zdrowiu. Dowodzi to ostatecznie, że starość nie jest chorobą⁴. To również wskazuje, że ludzie starzy nie muszą chorować, a jeśli choroba wystąpi, może być uleczalna w podobnym zakresie jak w innych grupach wieku.

Utrzymanie dobrego zdrowia w wieku podeszłym zależy od uwarunkowań genetycznych oraz środowiskowych. Natomiast określenie, w jakim stopniu utrzymanie

¹ P.S Timiras, *Development physiology and aging*, Macmillan, New York 1972.

² M. Rose, *Evolutionary biology of aging*, Oxford Univeristy Press, New York, Oxford 1991.

³ J.C. Brockehurst, R. Tallis, H. Filit, *Geriatric medicine and gerontology*, Churchill Livingstone, Edinburgh 1992.

⁴ A. Myśliwski, *Proces starzenia – przebieg i konsekwencje*, Kosmos, 1999, 243, s. 161–167.

dobrego zdrowia ludzi starych jest zależne od tych czynników, jest przedmiotem badań gerontologicznych.

Zmiany w funkcjonowaniu człowieka starego mają charakter wielowymiarowy. Przebiegają w sferze biologicznej oraz psychospołecznej. Są to zmiany wielokierunkowe i mają charakter zarówno regresywny, jak i progresywny. Ich podstawą jest zanik zdolności reprodukcyjnej komórek oraz ich stopniowa degeneracja. Zasadniczo proces starzenia się przebiega na poziomie komórkowym. Niektóre komórki po prostu przestają działać. Część z nich zamiera, co prowadzi do zaburzeń w funkcjonowaniu tkanek, a następnie organów. Charakterystyczne jest to, że nie wszystkie komórki umierają w tym samym czasie. Niektóre tkanki są zdolne do życia przez długi czas, inne ulegają dość szybko zniszczeniu. Zmiany na poziomie komórek i tkanek w dalszym efekcie prowadzą do przeobrażeń we wszystkich narządach organizmu.

Zmiany te uwidaczniają się w wyglądzie zewnętrznym oraz kondycji fizycznej. Starość występuje w postreproduktywnym okresie życia. Jednak początek zwolnienia procesów reprodukcyjnych organizmu lub ich utrata nie mogą być jednoznacznym wskaźnikiem wkroczenia organizmu w okres starości, np. menopauza u kobiet świadczy o zakończeniu reprodukcyjnego okresu życia, chociaż cechy zewnętrzne i wewnętrzne nie są typowe dla ludzi starych. Jednak istnieją osoby, u których zmiany starcze pojawiają się znacznie wcześniej niż menopauza. Dlatego rozróżnia się pojęcie wieku chronologicznego określanego na podstawie daty urodzenia oraz biologicznego zależnego od cech osobniczych i warunków życia danej osoby.

Ze względu na to, że różne cechy starości pojawiają się u różnych osobników w różnym wieku i u osobników porównywalnych charakteryzują się różną szybkością nasilania się, dokładne określenie wieku biologicznego jest często utrudnione. W celu określenia wieku biologicznego,

co jest konieczne dla określenia szybkości starzenia się organizmu, należałoby stwierdzić, które zmiany obserwowane u starych ludzi wynikają z procesu starzenia się, czyli zależą od wieku, a nie czynników patologicznych⁵.

Na podstawie takich wskaźników próbowano określić wiek biologiczny, który odpowiadałby prawdziwemu zaawansowaniu procesów starzenia się⁶. Wprawdzie znaleziono zmiany związane z wiekiem, które mogłyby służyć jako wskaźniki starzenia się, to jednak nie udało się do tychczas opracować zasady obliczania wieku biologicznego na podstawie tych wskaźników. Niektórzy badacze uważają, że zadanie to jest niemożliwe do wykonania⁷. Trudności wynikają stąd, że zmiany związane z wiekiem mają różne znaczenie dla czasu przeżycia, np. dobrym wskaźnikiem byłoby siwienie włosów, lecz jego znaczenie dla czasu przeżycia osobnika jest dyskusyjne.

W utrzymaniu zdrowia zasadniczą rolę odgrywa układ odpornościowy, więc wydaje się, że parametry określające stan jego sprawności mogą być dobrym wskaźnikiem starzenia się⁸. Również zmniejszanie się zdolności proliferacyjnej komórek hodowanych *in vitro*, zwane limitem Hayflicka⁹, wydaje się, że nie ma zasadniczego związku z czasem przeżycia osobnika, czyli nie może być wskaźnikiem wieku biologicznego. Jako wskaźnik starzenia należy brać pod uwagę takie zmiany, które umożliwiłyby

⁵ W. Ershler, D. Longo, *The biology of aging*, Cancer, 1997, 80, s. 1284–1294.

⁶ D. Wilson, *Aging hypothesis, aging markers and the concept of biological age*, Exp. Gerontol., 1988, 23, s. 435–438.

⁷ W. Dean, R. Morgan, *In defence of the concept of biological ageing measurement – current status*, Arch. Gerontol. Geriatr., 1988, 7, s. 191–210.

⁸ R.A. Miller, *The aging immune system: primer and prospectus*, Science, 1996, 273, s. 70–74.

⁹ L. Hayflick, *The limited in vitro lifetime of human diploid cell strains*, Exp. Cell Res., 1965, 37, s. 614–636.

określanie szans przeżycia z większym prawdopodobieństwem niż w oparciu o wiek metrykalny.

Trudności z precyzyjnym określeniem, kiedy rozpoczyna się starość biologiczna, z punktu widzenia opieki nad osobami starszymi nie są najistotniejsze. Najważniejsze jest, jak owe zmiany wpływają na samodzielność osoby starszej i możliwość wykonywania codziennych czynności. Ostatnie dziesięciolecia to nie tylko wydłużanie się trwania życia, lecz także przesuwanie granicy biologicznej starości i jej konsekwencji w sferze samodzielnego funkcjonowania jednostek. Na przestrzeni XX wieku nie tylko wydłużyło się trwanie życia, lecz również wyraźnie poprawił się stan zdrowia ludności. Obecnie największą redukcję umieralności obserwuje się w starszych grupach wieku. Zmiany w zakresie umieralności i stanu zdrowia są wynikiem nie tylko postępów dokonanych w dziedzinie medycyny, higieny i odżywiania, lecz także sposobu odżywiania, pracy, spędzania wolnego czasu. Wskaźnikiem zmian zachodzących w społeczeństwie może być zarówno oczekiwane trwanie życia, jak i oczekiwane dalsze trwanie życia w zdrowiu (tabela 1). Chociaż dalsze trwanie życia w zdrowiu osoby 65-letniej w Polsce jest nadal znacznie niższe niż w krajach Skandynawii czy Europy Zachodniej, to jednak należy zauważyć, że wzrosło ono na przestrzeni lat 2007–2014 i wynosi dla kobiety 8,1 lat, a dla mężczyzny 7,5.

Różnica pomiędzy oczekiwanym dalszym trwaniem życia a oczekiwanym trwaniem życia w zdrowiu to zatem potencjalny okres niesamodzielności, w którym osoba starsza będzie wymagała jakiejś formy wsparcia. Niesamodzielność definiowana jako niemożność samodzielnego wykonywania czynności dnia codziennego i konieczność korzystania z pomocy osób trzecich przy zaspokajaniu tychże potrzeb jest skorelowana z wiekiem. Częstość

TABELA 1. DALSZE TRWANIE ŻYCIA W ZDROWIU DLA OSOBY W WIEKU 65 LAT W LATACH 2007–2014

	Kobiety					Mężczyźni				
	2007	2008	2009	2010	2014	2007	2008	2009	2010	2014
EU-27	8,9	8,4	8,3	8,8	8,6	8,7	8,2	8,2	8,7	8,6
Belgia	10,3	10,2	10,1	9,7	11,0	10,1	10,3	10,5	10,3	11,0
Bułgaria	14,1	9,3	9,1	9,9	9,6	11,5	8,7	8,4	8,8	8,7
Czechy	8,3	8,2	8,4	8,8	9,3	8,0	7,4	8,0	8,5	8,5
Dania	14,3	12,3	12,0	12,8	12,8	13,1	12,0	11,2	11,8	11,0
Niemcy	7,5	6,6	6,5	7,1	6,7	7,7	6,2	6,4	6,9	6,8
Estonia	4,1	4,2	5,3	5,5	6,0	3,5	3,9	5,5	5,3	4,9
Irlandia	10,4	10,3	10,5	11,2	12,3	9,5	9,4	10,2	11,1	11,4
Grecja	9,4	8,1	6,6	8,1	7,1	9,8	8,9	7,2	8,8	7,7
Hiszpania	9,9	8,6	8,4	8,9	9,4	10,3	9,8	9,2	9,6	10,1
Francja	9,9	9,8	9,2	9,8	10,7	9,3	8,7	8,8	9,0	10,4
Włochy	7,2	6,8	7,2	9,9	7,3	7,9	7,3	8,0	10,1	7,8
Cypr	7,3	7,7	8,5	8,2	8,8	8,9	9,3	9,9	10,0	10,4
Łotwa	4,3	4,9	5,7	5,6	4,6	5,1	4,8	4,7	4,9	4,0