

*Monika Burzyńska<sup>\*</sup>, Irena Maniecka-Bryła<sup>\*\*</sup>*

## NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ OSÓB STARSZYCH JAKO CZYNNIK DETERMINUJĄCY KORZYSTANIE Z USŁUG POMOCY SPOŁECZNEJ

**Streszczenie.** Naturalną konsekwencją wielu chorób przewlekłych jest pojawiająca się z czasem niepełnosprawność. Celem niniejszej pracy była ocena częstości niepełnosprawności osób starszych korzystających z pomocy społecznej.

Badanie przeprowadzono w okresie od września 2011 roku do lutego 2012 roku wśród starszych (65 lat i więcej) podopiecznych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej Łódź-Polesie. Narzędziem badania był kwestionariusz wywiadu zawierający m.in. pytania dotyczące sytuacji zdrowotnej osób badanych, w tym niepełnosprawności, jej przyczyn i pytania dotyczące trudności w wykonywaniu wybranych czynności dnia codziennego. W analizie statystycznej danych zastosowano wskaźniki struktury i miary położenia dla cech mierzalnych. Oceny zależności pomiędzy zmiennymi dokonano za pomocą testu niezależności  $\chi^2$ .

Podopiecznymi Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej (MOPS) częściej były kobiety (77,9%). Badani najczęściej byli owdowiali (43,7% mężczyzn, 73,9% badanych kobiet). Najczęstszą przyczyną wystąpienia z wnioskiem o pomoc była choroba przewlekła (73,4%). 42,9% wniosków umotywowanych było niepełnosprawnością badanych. 240 osób (51,5 % badanych) miało orzeczony stopień niepełnosprawności. W związku z niepełnosprawnością 191 osób badanych (41,0% ogółu; 79,6% badanych z orzeczoną niepełnosprawnością) wymagało stałej opieki. Najczęściej opiekę nad osobami niepełnosprawnymi sprawowała opiekunka społeczna.

Postępująca z wiekiem niesprawność fizyczna osób starszych stwarza częstą konieczność korzystania z pomocy instytucji opiekuńczych i leczniczych, co stwarza potrzebę wdrażania w systemie opieki zdrowotnej i społecznej działań zmierzających do poprawy funkcjonowania osób starszych w domu, jak również w instytucjach opieki długoterminowej zajmujących się opieką nad takimi pacjentami.

**Słowa kluczowe:** ludzie starsi, niepełnosprawność, pomoc społeczna, Łódź.

### 1. Wstęp

Naturalną konsekwencją wielu chorób przewlekłych jest pojawiająca się z czasem niepełnosprawność. Zgodnie z wynikami Narodowego Spisu Powszechnego 2011 zbiorowość osób niepełnosprawnych stanowiła 14,1% populacji Polaków, a 13,7% populacji województwa łódzkiego. Jeśli jednak porównać

<sup>\*</sup> Dr, Zakład Epidemiologii i Biostatystyki, Uniwersytet Medyczny w Łodzi.

<sup>\*\*</sup> Prof. dr hab. Zakład Epidemiologii i Biostatystyki, Uniwersytet Medyczny w Łodzi.

Wyniki Spisu zdecydowanie potwierdziły częstsze występowanie niepełnosprawności u osób starszych, niż w młodszych grupach wieku. Około 2,05 mln osób w wieku 65 lat i więcej podało, że są niepełnosprawne. Wykazano również, iż w populacji ludzi starszych udział osób niepełnosprawnych rośnie w kolejnych przedziałach wieku, co prowadzi do niesamodzielności i niesprawności w ostatnich dekadach życia. Kobiety wchodzące w okres starości rzadziej niż mężczyźni charakteryzują się upośledzeniem sprawności. Potwierdzają to zarówno statystyki Narodowego Spisu Powszechnego dotyczące niepełnosprawności biologicznej i prawnej, jak również badania samodzielności w zakresie wykonywania czynności związanych z codziennym funkcjonowaniem; jednakże odsetek kobiet z niepełnosprawnością stale się zwiększa. Tym samym w grupie ludzi starszych w kolejnych przedziałach wieku zaznacza się rosnąca przewaga niepełnosprawnych kobiet (GUS 2012: 67–69).

Według tego samego źródła we wszystkich analizowanych przedziałach wieku podeszłego częstość niepełnosprawności (odsetek osób niepełnosprawnych w populacji osób starszych) była wyższa u osób mieszkających na wsi niż w mieście. Ludzie starsi na wsi żyją w bardzo zróżnicowanych warunkach ekonomicznych, socjalnych i obyczajowych. Dane statystyczne dotyczące całego kraju nie uwypuklają tych różnic i nie pozwalają tym samym na właściwą ocenę sytuacji ludzi starszych w środowiskach wiejskich. Dlatego też, istnieje konieczność prowadzenia badań nad różnorodnością warunków, w jakich żyją ludzie starsi w różnych regionach Polski, na terenie poszczególnych powiatów, gmin, a nawet sołectw. Na podstawie analizy wyników badań stwierdzono, że osoby mieszkające na terenach wiejskich miały zaspokojone potrzeby medyczne i społeczne w minimalnym stopniu. Co więcej, w sposób niezadowalający zorganizowane jest postępowanie służb medycznych i społecznych oraz administracji państwowej w środowisku wiejskim. Niestety stwierdzono także, iż rehabilitacja osób niepełnosprawnych na wsi w zasadzie nie istnieje, gdyż dotyczy ona jedynie pojedynczych przypadków. Specyfika życia i pracy na wsi sprawia bowiem, że osoby starsze pracują dopóty, dopóki pozwala im na to sprawność fizyczna. Z uwagi na ten fakt, postępowanie rehabilitacyjne u osób w starszym wieku, zamieszkałych na wsi jest bardzo ważnym problemem (Pichot, Roche, Denis 2005: 107–115).

Niepełnosprawność ocenianą na podstawie Narodowego Spisu Powszechnego podzielono na trzy kategorie: niepełnosprawność prawną, która jest poparta stosownym orzeczeniem; biologiczną, związaną z problemami w codziennym funkcjonowaniu oraz prawną i biologiczną. Wykazano, że zarówno w całej zbiorowości niepełnosprawnych osób starszych, jak i w poszczególnych klasach wieku, najliczniejszą kategorię stanowili niepełnosprawni prawnie i biologicznie. Zarówno w mieście, jak i na wsi ich udział procentowy był podobny we wszystkich przedziałach wieku (od 45,4% osób wieku 65–69 lat w mieście

częstość występowania niepełnosprawności w subpopulacji osób w wieku 70 lat i więcej, to była ona wyższa w województwie łódzkim (17,1%) niż w Polsce (16,3%) (Maniecka-Bryła, Pikala, Bryła 2013: 1065–1072; GUS 2012: 9–16) i 43,9% na wsi do 52,1% osób w wieku 80 lat i więcej w mieście i 52,8% na wsi). Odsetek osób wykazujących niepełnosprawność biologiczną również wyraźnie zwiększa się w starszych grupach wieku (od 20,0% w mieście i 22,1% na wsi w wieku 65–69 lat do odpowiednio 42,9% i 46,2% w wieku 80 lat i więcej), podczas gdy odsetek osób z prawnie orzeczoną niepełnosprawnością malał (z około 27% w mieście i 26% na wsi w wieku 65–69 lat do odpowiednio 12% i 10% w wieku 80 lat i więcej) (Karwat, Krawczyk 2004: 159–163).

Narastająca wraz z wiekiem wielochorobowość oraz postępująca niesprawność fizyczna osób starszych stwarza częstą konieczność korzystania z pomocy instytucji opiekuńczych i leczniczych. Wyniki licznych badań jednoznacznie potwierdziły, że stan funkcjonalny znacznie pogarsza się wraz z wiekiem, powodując narastanie niesprawności, zwłaszcza w okresie zaawansowanej starości, w tym długotrwałego unieruchomienia i całkowitej zależności od osób trzecich. Stwarza to ogromną potrzebę wdrażania w systemie opieki zdrowotnej i społecznej działań zmierzających do poprawy funkcjonowania osób starszych w domu, jak również w instytucjach opieki długoterminowej zajmujących się opieką nad takimi pacjentami (Gabryś 2008: 62–66; GUS 2002: 14–21).

Celem niniejszej pracy była ocena częstości niepełnosprawności osób starszych korzystających z pomocy społecznej.

## 2. Materiał i metody

Badanie przeprowadzono w okresie od września 2011 roku do lutego 2012 roku wśród podopiecznych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w dzielnicy Łódź-Polesie (MOPS), który wylosowano spośród 5 filii Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Łodzi. Wśród beneficjentów pomocy społecznej 23,7%, tj. 704 osoby, miały co najmniej 65 lat (574 kobiet i 130 mężczyzn). Stanowili oni próbę badaną. Kryterium włączenia do badania kwestionariuszowego był wiek 65 lat i sprawność umysłowa, umożliwiającą przeprowadzenie badania. Do oceny kondycji umysłowej badanych wykorzystano Skrócony Test Sprawności Umysłowej według Hodgkinsona (Abbreviated Mental Test Score – AMTS). 54 osoby nie zostały zakwalifikowane do udziału w dalszym badaniu ze względu na niski wynik testu, świadczący o złej sprawności umysłowej. W okresie objętym badaniem zmarło 101 osób. 34 osoby nie wyraziły zgody na przeprowadzenie wywiadu. 49 osób w trakcie realizacji badania straciło prawo do uzyskiwania świadczeń. Próba badana objęta analizą statystyczną liczyła zatem finalnie 466 osób w wieku 65 lat i więcej. Należy podkreślić, że na terenie całego miasta 3967 osób starszych (w wieku 65 lat i więcej) uzyskało prawo do otrzymywania

świadczeń pomocy społecznej. Podopieczni ośrodka objętego badaniem stanowili zatem 17,7% ogółu wszystkich starszych podopiecznych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Łodzi. Dokonano porównania struktury grupy osób objętych badaniem w stosunku do wszystkich starszych podopiecznych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Łodzi pod względem podstawowych zmiennych: płci, wieku oraz form uzyskiwanej pomocy i nie stwierdzono istotnych różnic w ich zakresie. Można stwierdzić, że próba losowo dobrana do badania była reprezentatywna w stosunku do subpopulacji ogólnej uzyskującej pomoc społeczną w całym mieście. Wszyscy podopieczni MOPS w Łodzi, podobnie jak osoby objęte badaniem, najczęściej byli w wieku 80–84 lata. Z pomocy społecznej istotnie częściej korzystały kobiety – 80,5% wszystkich badanych. Struktura form uzyskiwanych świadczeń socjalnych także była podobna – dominowały usługi opiekuńcze.

Narzędziem badania był opracowany na podstawie literatury przedmiotu kwestionariusz wywiadu, składający się z 77 pytań. Zawierał on pytania dotyczące sytuacji demograficznej, materialnej, zdrowotnej i społecznej osób badanych, a także pytania dotyczące jakości życia. Wykorzystano również skale: Activities of Daily Living, Instrumental Activities of Daily Living, Geriatryczną Skalę Oceny Depresji, kwestionariusz WHOQOL-BREF i EuroQol-5D. W kwestionariuszu były również pytania dotyczące niepełnosprawności badanych i jej przyczyn, a także pytanie dotyczące trudności w wykonywaniu przez badanych wybranych czynności dnia codziennego takich jak: klękanie i schylenie się, noszenie torby z zakupami (do 5 kg), posługiwanie się małymi przedmiotami (np. nożyczki), przesuwanie ciężkich przedmiotów (np. meble), stanie. Uzyskane dane zakodowano i wprowadzono do programu Excel. W analizie statystycznej danych zastosowano następujące miary: wskaźniki struktury – frakcje (gdy analizowana zbiorowość liczyła mniej niż 100 osób, lecz więcej niż 30) lub odsetki (gdy analizowana zbiorowość liczyła więcej niż 100 osób), miary położenia dla cech mierzalnych – średnia arytmetyczna, mediana, modalna, minimum, maksimum. W pracy dokonano oceny zależności pomiędzy zmiennymi za pomocą testu niezależności  $\chi^2$  lub  $\chi^2$  z poprawką Yatesa. Weryfikacji postawionych hipotez dokonywano na poziomie istotności  $p \leq 0,05$ . Siłę związku między cechami mierzono, wykorzystując w tym celu wskaźnik Q-Yule'a (tablice czteropolowe) lub współczynnik C-Pearsona (tablice o liczbie kolumn powyżej 2).

### 3. Wyniki badania

Badaniem objęto osoby w wieku 65 lat i więcej, które z końcem 2010 roku uzyskały prawo do otrzymywania świadczeń socjalnych z Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej Łódź-Polesie. Na dzień 31 grudnia 2010 roku liczba mieszkańców dzielnicy Łódź-Polesie wynosiła ogółem 139 112 (w tym 76 333 kobiet i 62 779

mężczyzn). Wskaźnik feminizacji przyjął wartość 121,6. 18,5% ogółu ludności tej dzielnicy miasta stanowiły osoby w wieku 65 lat i więcej. W 2010 roku 5336 osób uzyskało prawo do otrzymywania świadczeń socjalnych z Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej. 13,2% świadczeniobiorców stanowiły osoby w wieku 65 lat i więcej. W badaniu uczestniczyło 466 osób, w tym 363 kobiety (77,9%) i 103 mężczyzn (22,1%). Współczynnik feminizacji w badanej próbie wyniósł 352,0. Osoby badane były w wieku od 65 do 101 lat (średnia wieku wynosiła  $79,0 \pm 7,8$  lat). Mediana wieku badanych wyniosła 80,0 lat, zaś modalna (najczęściej spotykany wiek) w badanej próbie wyniosła 82,0 lata. W grupie kobiet mediana wieku wyniosła 81,0 lat, modalna 82,0 lata, zaś średnia wieku 80,1 lat. Wśród mężczyzn uczestniczących w badaniu połowa z nich przekroczyła wiek 73,0 lat, zaś najczęściej odnotowano wiek 66,0 lat. Średnia wieku mężczyzn była ponad 5 lat niższa od średniej wieku dla kobiet i wyniosła 74,7 lat. Wśród badanych dominowały osoby w wieku 80–84 lata, stanowiąc 24,2% ogółu i osoby w wieku 85 lat i więcej – 21,8% wszystkich osób badanych. Najmniejszą grupę stanowili badani w wieku 70–74 lata (13,3%). Podsumowując, minimalny wiek osób starszych pobierających świadczenia z MOPS wyniósł 65 lat (39 osób – 12 mężczyzn i 27 kobiet), co stanowiło 8,4% wszystkich badanych podopiecznych MOPS, zaś maksymalny 101 lat (zaledwie 1 osoba – kobieta). Wśród podopiecznych MOPS najczęściej było owdowiałych kobiet (268 osób), które stanowiły 57,5% wszystkich świadczeniobiorców, zaś najmniej podopiecznych stanowiły osoby pozostające w związku małżeńskim (4,1%). Wśród badanych 16,3% stanowiły osoby rozwiedzione, zaś 12,4% kawalerowie i panny. Większość badanych legitymowała się wykształceniem podstawowym ( $n=242$ ; 51,9%). Wśród badanych dominowały jednoosobowe gospodarstwa domowe (91,5%). W próbie badanej najmniej było osób z wykształceniem wyższym ( $n=34$ ; 7,3%). Większość badanych w przeszłości wykonywała pracę o charakterze fizycznym – 81,6% mężczyzn i 65,8% kobiet. Wśród świadczeniobiorców MOPS nie było osób aktywnych zawodowo w chwili badania. Badani najczęściej korzystali z pomocy społecznej w postaci usług opiekuńczych (79,7%). Pomoc finansową uzyskało 28,3% podopiecznych. Badani równocześnie mogli otrzymywać więcej niż jedną formę pomocy społecznej jeśli spełniali odpowiednie kryteria.

Spośród różnorodnych przyczyn wystąpienia z wnioskiem o pomoc społeczną przez osoby starsze w dzielnicy Łódź-Polesie najczęściej zanotowano długotrwałą chorobę, która dotknęła 342 osoby, czyli 73,4% wszystkich badanych (65,0% mężczyzn; 75,8% kobiet). Kobiety istotnie częściej wnioski o pomoc społeczną motywowały chorobą ( $\chi^2=4,712$ ). Była to zależność o słabej sile ze współczynnikiem C-Pearsona wynoszącym 0,1. 200 wniosków umotywowanych było niepełnosprawnością badanych, co stanowiło 42,9% ogółu. Mimo, że 36 osób badanych nie uzyskiwało formalnie regularnych i udokumen-

towanych dochodów, jedynie 19 wniosków o pomoc społeczną motywowano ubóstwem (4,1% ogółu). 4 osoby uzyskały pomoc z racji na zaistniałe zdarzenie losowe – 0,8% badanych. W wielu przypadkach przyczyn wystąpienia z wnioskiem o pomoc społeczną było więcej niż jedna, najczęściej dwie. Długotrwała choroba często współistniała z niepełnosprawnością. Charakterystykę badanej próby przedstawiono w tablicy 1.

Tablica 1. Charakterystyka badanej próby

Zmienna	Mężczyźni		Kobiety		Ogółem		
	n	%	n	%	N	%	
Płeć	103	100,0	363	100,0	466	100,0	
Wiek	65-69	42	40,2	51	14,0	93	19,8
	70-74	15	14,7	46	12,9	61	13,3
	75-79	22	21,6	75	20,7	98	20,9
	80-84	15	14,7	98	26,9	113	24,2
	85 i więcej	9	8,8	93	25,5	101	21,8
Stan cywilny	Kawaler/panna	15	14,6	43	11,8	58	12,4
	Zonaty/meżatka	10	9,7	9	2,5	19	4,1
	Wdowiec/wdowa	45	43,7	268	73,9	313	67,2
	Rozwiedziony/a	33	32,0	43	11,8	76	16,3
Wykształcenie	Podstawowe	42	40,8	200	55,1	242	51,9
	Zawodowe	18	17,5	19	5,2	37	7,9
	Średnie	34	33,0	119	32,8	153	32,9
	Wyższe	9	8,7	25	6,9	34	7,3
Liczba osób w gosp. dom.	Jedna	85	82,7	340	93,7	425	91,2
	Więcej niż jedna	18	17,3	23	6,3	41	8,8
Przyczyna wystąpienia o pomoc społeczną	Długotrwała choroba	67	65,0	275	75,8	342	73,4
	Niepełnosprawność	52	50,5	148	40,8	200	42,9
	Ubóstwo	4	3,9	15	4,1	19	4,1
	Zdarzenie losowe	0	0,0	4	1,0	4	0,8
Forma uzyskiwanej pomocy społecznej	Usługi opiekuńcze	50	48,5	331	91,2	381	79,7
	Zasiłek stały	45	43,7	22	6,1	67	14,4
	Zasiłek celowy	8	7,8	9	2,5	17	3,6
	Zasiłek okresowy	0	0,0	1	0,2	1	0,2
	Dożywianie	32	31,1	11	3,0	43	9,2
	Składka zdrowotna	2	1,9	2	0,4	4	0,9

Źródło: obliczenia własne.

240 osób (51,5% badanych) miało orzeczoną niepełnosprawność. Przyczyny tych orzeczeń były dość różnorodne (tablica 2). Najczęstszą z nich była choroba układu ruchu (37,5%). Schorzenia, których dotyczyły decyzje o niepełnosprawności trwały od roku do 80 lat ponieważ u niektórych badanych ich zdaniem trwały one od urodzenia. Średni czas trwania tych chorób wynosił  $17,4 \pm 13,9$  lat, u połowy badanych trwał on dłużej niż 15 lat.

Tablica 2. Rozkład przyczyn orzeczenia niepełnosprawności badanych ( $N = 240$ )

Przyczyna orzeczenia niepełnosprawności	Liczba badanych	%
Choroby układu krążenia, w tym:	44	18,3
– choroba wieńcowa	24	10,0
– nadciśnienie tętnicze	3	1,3
– udar mózgu	13	5,4
– niewydolność serca	3	1,3
– inne	1	0,3
Cukrzyca	13	5,4
Choroby układu ruchu, w tym	90	37,5
– kregostupa	75	31,4
– stawu biodrowego	1	0,3
– zapalenie stawów	10	4,2
– zmiany zwyrodnieniowe	3	1,3
– reumatoidalne zapalenie stawów	1	0,3
Choroby układu oddechowego, w tym:	18	7,5
– przewlekła obturacyjna choroba płuc	5	2,1
– astma	8	3,3
– inne	5	2,1
Choroby układu nerwowego i narządów zmysłu, w tym:	38	15,8
– choroba narządu wzroku	20	8,4
– choroba narządu słuchu	7	2,9
– choroba Parkinsona	1	0,3
– inne	10	4,2
Choroby nowotworowe	12	5,0
Inne	25	10,5

Źródło: obliczenia własne.

W związku z niepełnosprawnością 191 osób badanych (41,0% ogółu; 79,6% badanych z orzeczoną niepełnosprawnością) wymagało stałej opieki. Najczęściej opiekę nad nimi sprawowała opiekunka społeczna, która pomagała większości niepełnosprawnych (90,8%). Znacznie rzadziej opiekę sprawowali sąsiedzi (10,8%), a jeszcze rzadziej rodzina (4,2%) i inne osoby (0,8%). Żaden z badanych nie wskazał na pielęgniarkę, jako osobę sprawującą opiekę nad nim (tabela 3).

Na podkreślenie zasługuje fakt, że osoby badane dotknięte niepełnosprawnością i uzyskujące w związku z nią stałą opiekę ze strony opiekunek społecznych nie były pozbawione rodziny. Zdecydowana większość z nich (91,5%) miała dzieci i wnuki, ale z racji braku kontaktu z najbliższą rodziną (najczęściej na skutek wieloletnich konfliktów) nie mogła liczyć na pomoc z ich strony.

217 osób niepełnosprawnych ponosiło wydatki związane z niepełnosprawnością. Jest to wysoki odsetek, bo stanowiący aż 90,4% niepełnosprawnych. W ciągu ostatniego roku te wydatki wynosiły u osób z orzeczoną niepełnosprawnością od 20 do nawet 6000 zł. Średnio wyniosły one  $1193 \pm 1062$  zł, zaś połowa badanych wydała 1000 zł lub więcej.

Tablica 3. Badani z orzeczoną niepełnosprawnością według podmiotów sprawujących opiekę (N=240)

Sprawowanie opieki nad niepełnosprawnym	Liczba badanych	% niepełnosprawnych	% wszystkich badanych
Opiekunka społeczna	218	90,8	46,8
Rodzina	10	4,2	2,1
Sąsiedzi	26	10,8	5,6
Inna osoba	2	0,8	0,4

Źródło: obliczenia własne.

Badanych pytano również o trudności w wykonywaniu wybranych czynności dnia codziennego (tablica 4).

Tablica 4. Samoocena badanych dotycząca trudności wykonywania wybranych czynności

Rodzaj czynności	Trudności			
	Tak		Niewielkie	
	N	%	N	%
Kłęknięcie, schyłanie się	383	82,2	83	17,8
Noszenie torby z zakupami (do 5 kg)	425	91,2	41	8,8
Posługiwanie się małymi przedmiotami (np. nożyczki)	384	82,4	82	17,6
Przesuwanie ciężkich przedmiotów (np. meble)	424	91,0	42	9,0
Stanie	424	91,0	42	9,0

Źródło: obliczenia własne.

Większość badanych miała trudności z wykonywaniem każdej z wymienionych czynności. Najczęściej odpowiedź brzmiała „tak”, zaś znacznie rzadziej wskazywano, że są to niewielkie trudności. Aż 91% badanych miało trudności ze staniem przez dłuższy czas, noszeniem torby z zakupami (do 5 kg) i przesuwaniem ciężkich przedmiotów (np. mebli), a ponad 82,0% osób miało również trudności w posługiwaniu się małymi przedmiotami (np. nożyczkami), a także przy klękaniu lub schyłaniu się. Pozostali badani mieli niewielkie trudności w wykonywaniu wyżej wymienionych czynności.

#### 4. Dyskusja

Czynnikiem niewątpliwie wpływającym na częstość korzystania z usług pomocy społecznej przez osoby starsze jest występująca wśród nich niepełnosprawność. Jest to czynnik powodujący wzrost zapotrzebowania na świadczenia socjalne, zwłaszcza w postaci usług opiekuńczych. Wyniki *Diagnozy społecznej*



2009 wskazują, że wśród osób niepełnosprawnych 29,5% mężczyzn i 49,1% kobiet ma więcej niż 60 lat. Starsze osoby niepełnosprawne cechowały się niskim poziomem wykształcenia, co trzecia posiadała wykształcenie podstawowe, a 27,3% wykształcenie zawodowe. Niepełnosprawni o najniższym poziomie wykształcenia byli głównie mieszkańcami wsi. Duża liczba osób niepełnosprawnych w starszych grupach wieku powoduje wzrost zapotrzebowania na usługi opiekuńcze (Czapiński, Panek 2009: 40–113). Obrazuje to fakt, że w grupie osób w wieku 75 lat i więcej niemal połowę stanowią osoby niepełnosprawne, natomiast wśród osób pomiędzy 60. a 74. rokiem życia osoby te stanowią 37,1% (Szczerbińska 2006: 29–36).

Jędrkiewicz w swoich badaniach szacuje, że 1,5 miliona osób starszych prowadzących jednoosobowe gospodarstwa domowe korzysta z usług opiekuńczych (Bień 2000: 31–40). Dwie trzecie osób starszych nie posiada wsparcia ze strony rodziny. Bień zaznacza, że wzrost odsetka osób tzw. starych-starych (po 75. roku życia) generuje zwiększenie popytu na pomoc (Bień, Wojszel, Wilmańska 1999: 42–47). Szczególnie rozległe są obowiązki wobec osób starszych niepełnosprawnych. Z uwagi na wzrost liczby osób w podeszłym wieku, przewlekłe chorych lub dotkniętych inwalidztwem, niepełnosprawność z uwagi na jej powszechność i konsekwencje stanowi jedno z najpoważniejszych zjawisk współczesnego świata. Zasięg zjawiska i jego natężenie stawia przed państwem, które jest podmiotem polityki społecznej, obowiązek podejmowania działań zapobiegających jej powstawaniu i łagodzenia negatywnych skutków. Działania te podejmowane są na różnych szczeblach administracji rządowej i samorządowej przy wsparciu instytucji pozarządowych i społeczności lokalnych. Przyjęta dnia 1 sierpnia 1997 roku uchwałą Sejmu RP Karta Praw Osób Niepełnosprawnych określa prawa tych osób do niezależnego, samodzielnego, aktywnego i pozbawionego dyskryminacji życia. Przyjęty katalog dziesięciu owych praw określa jednocześnie strefy, w których powinny być podjęte stosowne działania. Do działań gminy w tym zakresie należy zapewnienie takich warunków życia, w których także osoby niepełnosprawne będą miały możliwość włączenia się lub całkowitego powrotu do aktywnego życia w społeczeństwie. Właśnie na terenie gminy rozwiązywane są problemy dotyczące lokalnego transportu, odpowiednich mieszkań dla osób z niepełnosprawnością, dostępności do placówek ochrony zdrowia, pomocy społecznej, a także edukacji, kultury i rekreacji. Faktyczna realizacja działań na rzecz osób niepełnosprawnych zależy od zasobności gminy i przedsiębiorczości jej władz, zaś różnorodność potrzeb tych osób wymaga współpracy wielu podmiotów na rzecz ich realizacji. Zakres zadań powiatu ma głównie charakter uzupełniający i wyrównawczy w stosunku do funkcji gminy, a jego kompetencje są także regulowane przez stosowne ustawy.

Niepełnosprawność dotycząca osób starszych stanowi poważny problem, bowiem niepełnosprawni są ograniczeni na wiele sposobów, choćby ze względu

na bariery architektoniczne zmuszające ich do pozostawania w domu. Ograniczenia wynikające z niepełnosprawności odbijają się na samoocenie stanu zdrowia i jakości życia. Z danych pochodzących z wcześniej już wspomnianego projektu *Diagnoza Społeczna 2011* wynika, że w Polsce odsetek osób niepełnosprawnych w 2011 roku wyniósł 11,3% (Czapiński, Panek 2011: 107–410). Odnotowano znaczne zróżnicowanie terytorialne tego problemu. Najmniejszy odsetek osób dotkniętych niepełnosprawnością był w województwie śląskim (8,1%), zaś najwyższy w województwie lubuskim – 17,0%. Dla województwa łódzkiego odsetek ten wyniósł 10,1%. Populacja objęta badaniem własnym znacząco odbiegała w tym zakresie od populacji województwa w cytowanym badaniu bowiem odsetek osób niepełnosprawnych wyniósł 51,5%, co jest znamienym dowodem na to, iż odsetek osób dotkniętych niepełnosprawnością wzrasta wraz z wiekiem. Niepełnosprawność okazała się istotnym czynnikiem determinującym samoocenę stanu zdrowia osób objętych badaniem. Brak orzeczenia stopnia niepełnosprawności zwiększał szansę na dobrą samoocenę stanu zdrowia ponad 2,5-krotnie w stosunku do badanych z orzeczonym stopniem niepełnosprawności.

W badaniach prowadzonych w okresie 1960–2003 wykazano, że z wiekiem wyraźnie postępuje niesprawność prowadząca do ograniczenia samodzielnego poruszania się. Przyczyną tych zaburzeń są najczęściej choroby układu krążenia, narządu ruchu (w tym najczęściej zmiany zwyrodnieniowe, osteoporoza i jej powikłania), choroby neurologiczne (np. niedowłady po udarze mózgu) oraz narządu wzroku i słuchu. W badaniach przeprowadzonych pod koniec lat dziewięćdziesiątych przez GUS stwierdzono, że w grupie osób w wieku 60 lat i więcej 2,1% stale pozostaje w łóżku, 5,8% nie jest w stanie samodzielnie opuścić mieszkania, 17,1% zachowuje mobilność ograniczoną tylko do otoczenia domu, zaś kilkanaście procent nie potrafi samodzielnie wykonywać podstawowych czynności, takich jak ubieranie, mycie się itp. W wieku powyżej 80 lat 8,2% osób stale pozostaje w łóżku, 15,5% porusza się, lecz nie jest w stanie samodzielnie opuszczać mieszkania, a 29,2% ma mobilność ograniczoną do najbliższego otoczenia swojego domu. W efekcie sprawność umożliwiającą swobodne poruszanie się zachowuje 74,2% wszystkich osób powyżej 65. roku życia i tylko 45,4% w wieku 80 lat i więcej. Pogarszanie się sprawności fizycznej osób starszych przynosi poważne konsekwencje społeczne, gdyż osoby te muszą częściej korzystać z różnych form opieki zdrowotnej, usług opiekuńczych i stałej pomocy rodzinnej (GUS 2007: 18–29).

Obserwowany w latach 1988–1996 znaczny wzrost liczby osób niepełnosprawnych w starszych grupach wieku i wyniki Narodowego Spisu Powszechnego świadczą o wzrastającej tendencji niepełnosprawności, zwłaszcza w odniesieniu do tej grupy osób. Na skutek wzrostu odsetka osób starszych w społeczeństwie w najbliższych latach przewidywany jest duży wzrost liczby osób niepełnosprawnych. Można zatem przypuszczać, że podejmowanie działań

z zakresu promocji zdrowia, rozwijanie świadczeń ogólnie usprawniających w ramach różnorodnych form rehabilitacji, a także poprawa dostępu do świadczeń medycznych mogłyby stworzyć szansę na zmniejszenie prognozowanego w przyszłości wzrostu odsetka osób starszych dotkniętych niepełnosprawnością (Beekman, van Balkom, Deeg 2000: 89–95; Park, O'Connell, Thomson 2003: 1121–1134).

Sytuacja demograficzna i zmiany w niej zachodzące stanowią jeden z podstawowych determinantów bieżącej i przewidywanej sytuacji zdrowotnej społeczeństw (Dudek, Zięba-Wróbel 200: 73–80; Maniecka-Bryła, Gajewska, Burzyńska, Bryła 2013: 156–161; Miller, Gębska-Kuczerowska 1998: 19–23). Wiek starszy cechuje się dużą dynamiką zmian w organizmie i wiąże się z niejednakowo przebiegającymi zmianami w stanie funkcjonalnym. Wyniki wielu badań potwierdzają, że poziom aktywności funkcjonalnej, malejący wraz z wiekiem i postępująca niepełnosprawność są czynnikami determinującymi spadek samodzielności osób starszych, a co za tym idzie warunkującymi korzystanie z pomocy społecznej przez te osoby (Beck, Beck-Gernsheim 2002: 15; Bełtowska 2008: 304–307; Bronnum-Hansen, Baadsgaard 2007: 585–586; Bryła, Burzyńska, Maniecka-Bryła 2013:181–191).

## 5. Wnioski

1. Osoby starsze korzystające z pomocy społecznej najczęściej korzystają z usług opiekuńczych, co spowodowane jest trudnościami w wykonywaniu czynności dnia codziennego szczególnie ze względu na znaczny stopień niepełnosprawności.

2. Postępująca z wiekiem niesprawność fizyczna osób starszych stwarza częstą konieczność korzystania z pomocy instytucji opiekuńczych i leczniczych, co stwarza potrzebę wdrażania w systemie opieki zdrowotnej i społecznej działań zmierzających do poprawy funkcjonowania osób starszych w domu, jak również w instytucjach opieki długoterminowej zajmujących się opieką nad takimi pacjentami.

## Bibliografia

- Beck U., Beck-Gernsheim E. (2002), *Individualization. Institutionalized Individualism and its Social and Political Consequences*, Sage, London.
- Beekman A., van Balkom A., Deeg D. et al. (2000), *Anxiety and depression in later life: Co-occurrence and communality of risk factors*, „American Journal of Psychiatry” vol. 157, no. 1, p. 89–95.
- Bełtowska K. (2008), *Reakcje emocjonalne opiekunów osób z demencją – potrzeba pomocy społecznej*, „Przegląd Lekarski”, tom 65, nr 6 s. 304–307.

- Bień B. (2000), *Miejsce człowieka starszego w systemie opieki zdrowotnej i społecznej w Polsce*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Sytuacja zdrowotna osób w starszym wieku w Polsce. Aspekt medyczny i społeczno-demograficzny*. Materiały na ogólnopolskie seminarium naukowe, Zakład Demografii Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Bień B., Wojszel B., Wilmańska J. i in. (1999), *Epidemiologiczna ocena rozpowszechnienia niesprawności funkcjonalnej u osób w późnej starości a świadczenie opieki*, „Gerontologia Polska”, tom 7, nr 2, s. 42–47.
- Bronnum-Hansen H., Baadsgaard M. (2007), *Increasing social inequality in life expectancy in Denmark*, „European Journal of Public Health”, vol. 17, no. 6, p. 585–586.
- Bryła M., Burzyńska M., Maniecka-Bryła I. (2013), *Self-rated quality of life of city-dwelling elderly people benefitting from social help: results of a cross-sectional study*, “Health Quality of Life Outcomes”, vol. 11, p. 181–191.
- Czapiński J., Panek T. (2009), *Diagnoza Społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków. Raport*, Rada Monitoringu Społecznego. Warszawa.
- Czapiński J., Panek T. (2011), *Diagnoza społeczna 2011. Warunki i jakość życia Polaków. Raport*, Rada Monitoringu Społecznego. Warszawa.
- Dudek D., Zięba-Wróbel A. i in. (2000), *Zaburzenia depresyjne a jakość życia u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca*, „Psychiatria Polska”, tom 1, nr 1, s. 73–80.
- Gabrys T. (2008), *Sprawność funkcjonalna u osób w wieku podeszłym w domach pomocy społecznej*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, tom 89, nr 1, s. 62–66.
- Karwat I., Krawczyk A. (2004), *Kategorie zdrowotnych i społecznych problemów osób starszych i niepełnosprawnych zamieszkałych na wsi*, [w:] L. Soleckiego (red.), *Problemy ludzi starych i niepełnosprawnych w rolnictwie*, Instytut Medycyny Wsi. Lublin.
- Ludność i gospodarstwa domowe. Stan i struktura społeczno-ekonomiczna (2002)*, GUS, Warszawa.
- Maniecka-Bryła I., Gajewska O., Burzyńska M., Bryła M. (2013), *Factors associated with self-rated health (SRH) of a University of the Third Age (U3A) class participants*, “Archives of Gerontology Geriatrics”, vol. 57, no. 2, p. 156–161.
- Maniecka-Bryła I., Pikala M., Bryła M. (2013), *Life years lost due to cardiovascular diseases*, “Kardiologia Polska”, vol. 71, no. 10, p. 1065–1072.
- Miller M., Gębska-Kuczerowska A. (1998), *Ocena stanu zdrowia ludzi w starszym wieku w Polsce*, „Gerontologia Polska”, tom 6, nr 3–4, s. 19–23.
- Park H. L., O'Connell J. E., Thomson R. G. (2003), *A systematic review of cognitive decline in the general elderly population*, International “Journal of Geriatric Psychiatry”, vol. 18 no. 12, p. 1121–1134.
- Pichot V., Roche F., Denis C. et al. (2005), *Interval training in elderly men increases both heart rate variability and baroreflex activity*, “Clinical Autonomic Research”, vol. 15, no. 2, p. 107–115.
- Raport z wyników. Narodowy Spis Ludności i Mieszkań 2011*, (2011), GUS, Warszawa.
- Stan zdrowia ludności Polski w przekroju terytorialnym w 2004 r.* (2007), GUS, Warszawa.
- Szczerbińska K. (2006), *Problemy zdrowotne starzejącego się społeczeństwa*, [w:] K. Szczerbińska (red.), *Dostępność opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób starszych w Polsce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Wyniki Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2011* (2012), Podstawowe informacje o sytuacji demograficzno-społecznej ludności Polski oraz zasobach mieszkaniowych, GUS, Warszawa.

*Monika Burzyńska, Irena Maniecka-Bryła*

**DISABILITY OF THE ELDERLY AS A FACTOR DETERMINING  
THE USE OF SOCIAL ASSISTANCE SERVICES**

**Abstract.** The natural consequence of many chronic diseases is appearing the time disability. The aim of this study was to evaluate the incidence of disability of older people benefiting from social assistance.

The study was conducted between 2011 and 2012 in a group of elderly (65 and over) people who were looked after the Municipal Social Welfare Centre, Łódź-Polesie. The study tool was survey questionnaire consisting questions regarding the health condition of subjects, including disability, its causes and questions about difficulty in performing selected activities of daily living. The following statistics measures were used: ratios of the structure and measures the position of the measurable characteristics. The relationships between the variables were evaluated using the  $\chi^2$  test.

Most beneficiaries were women (77.9%). The respondents were mostly widows (73.9%) or widowers (43.7%). A chronic disease was the most common cause of the application for help (73.4%). 42.9% of applications were motivated by disability respondents. 240 people (51.5% of respondents) had a pronounced degree of disability. In connection with disability 191 subjects (41.0% of the total, 79.6% of patients with pronounced disabilities) require constant care. The most common care of the disabled exercised social worker.

Advanced age of the elderly physical disability creates a frequent need of assistance and medical care institutions, which creates the need for the implementation of the health care system and social action to improve the functioning of the elderly at home, as well as at long-term care institutions involved in the care of such patients .

**Keywords:** elderly people, disability, social care, Łódź.

