

Piotr Błędowski, Małgorzata Mossakowska,
Aleksandra Szybalska

Program badawczy PolSenior – cele i metoda

Słowa kluczowe: starzenie się, Polska, programy badawcze

Wstęp

Do najistotniejszych przyczyn demograficznego starzenia się społeczeństw należy stopniowe wydłużanie się życia ludzkiego, spowodowane m.in. poprawą warunków egzystencji i podniesieniem jakości świadczeń zdrowotnych, oraz spadek dzietności. Jeszcze w 2007 roku, kiedy rozpoczęto projekt PolSenior¹, liczba osób w grupie 65 lat i więcej wynosiła 5,1 mln, co stanowiło 13,5% ogółu ludności [1]. Prognoza GUS zakłada, że do 2035 roku liczba ludności w tej grupie wieku zwiększy się w stosunku do 2007 roku o 3,2 mln, a jej udział w ogólnej liczbie ludności wyniesie 23,2% [2].

Proces demograficznego starzenia się społeczeństw niesie z sobą wyzwania dla ochrony zdrowia, polegające na konieczności zapewnienia dostępu do godziwej jakości świadczeń zdrowotnych, obejmujących nie tylko samo leczenie, ale także profilaktykę oraz rehabilitację i zapewnienie świadczeń opieki długoterminowej. Ludność w starszym wieku cechuje się odmiennym niż w przypadku osób młodszych przebiegiem wielu chorób, toteż system ochrony zdrowia powinien się dostosować do poważnej zmiany w strukturze zapotrzebowania na świadczenia, jaka zaznaczy się w ciągu najbliższej dekady.

Ze względu na szybko następujące przemiany w strukturze polskiego społeczeństwa, spadek liczby i wielkości rodzin oraz osłabienie dotychczas istniejących więzi społecznych należy się liczyć z potrzebą stworzenia systemu wsparcia dla osób starszych, który do pewnego stopnia zastąpi w tej funkcji rodzinę, a częściowo będzie ją wspierał w wypełnianiu dotychczasowej roli.

Konieczne jest także wzięcie pod uwagę wymiaru ekonomicznego, a zwłaszcza finansowego, zachodzących procesów. Nie chodzi tu tylko o rynek pracy i zatrudnienie starszych osób, ale przede wszystkim – o stworzenie mechanizmów pozwalających na sfinansowanie niezbędnych świadczeń i inwestycji w zakresie infrastruktury społecznej, zwłaszcza ochrony zdrowia i pomocy spo-

łecznej. Należy przy tym podkreślić, że większość z nich powinna być przynajmniej częściowo sfinansowana ze środków publicznych. To zadanie jest szczególnie istotne w dobie utrzymujących się turbulencji na rynkach finansowych i pogłębiających się problemów związanych ze stanem finansów publicznych i zadłużeniem państwa.

W wyniku decyzji Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego powstał największy w historii badań gerontologicznych w Polsce multidyscyplinarny projekt poświęcony medycznemu, biologicznemu, społecznemu i ekonomicznemu aspektom demograficznego starzenia się społeczeństwa. Szczególną wartością projektu PolSenior jest możliwość wielowymiarowej i wieloczynnikowej analizy, a tym samym połączenie wiedzy i doświadczenia wielu grup badawczych. Pozwoliło to na stworzenia kompleksowego opisu starzenia się polskiego społeczeństwa, co byłoby niemożliwe przy prowadzeniu badań cząstkowych. Gerontologia jest bowiem nauką interdyscyplinarną, poszukującą wiedzy o starzeniu się i starości na drodze analiz dokonywanych z różnych perspektyw i przy zastosowaniu różnych narzędzi badawczych. Dopiero wielowymiarowa analiza uzyskanych wyników pozwala na uzyskanie pełnego obrazu starości i związanych z nią zadań dla całego społeczeństwa, administracji publicznej, rodzin oraz organizacji pozarządowych.

Program koncentrował się na nowych zagadnieniach badawczych, których rozpoznanie pozwoli na rozszerzenie wiedzy o sytuacji życiowej seniorów w Polsce. Współpraca wielu doświadczonych badaczy z różnych dziedzin medycyny (m.in. geriatrii, kardiologii, neurologii, nefrologii, psychiatrii, endokrynologii, epidemiologii, reumatologii), biologii molekularnej, socjologii, psychologii, ekonomii i demografii oraz innych pozwoli na lepsze przygotowanie do podjęcia wyzwań związanych z nieuchronnym procesem starzenia się populacji. Powinno się to przyczynić do poprawienia jakości życia w starości i wydłużenia okresu niezależności seniorów.

Cele projektu

Główne cele programu PolSenior wynikają z treści zamówienia MNiSW. Badanie obejmuje ocenę sytuacji zdrowotnej, społecznej i ekonomicznej populacji polskiej powyżej 65. roku życia oraz jej porównanie z grupą osób u progu starości². Szczególny nacisk położono na czynniki ryzyka niepełnosprawności i niesamodzielności, która jest jednym z głównym składników wpływających na koszty opieki społecznej, usług opiekuńczych i opieki zdrowotnej. Niezwykle ważna jest ocena epidemiologiczna występowania chorób związanych z wiekiem, co do których rozpowszechnienia nie ma danych opartych na badaniach reprezentatywnych grup osób starszych. Wymienić tu należy szczególnie zaburzenia funkcji poznawczych, depresję, stan odżywienia i ryzyko upadków. Za cel postawiono również ocenę sprawności funkcjonalnej, w tym sprawności ruchowej przy zastosowaniu powszechnych w geriatrici skal, co umożliwi porównanie otrzymanych wyników z badaniami prowadzonymi w innych krajach. Dane epidemiologiczne obejmują także rozpowszechnienie chorób neurologicznych, układu sercowo-naczyniowego, układu moczowego, układu oddechowego i chorób tarczycy. Powszechnie wiadomo, że obiektywne czynniki zdrowotne, jakkolwiek stanowią ważną składową, nie zawsze przekładają się na samoocenę stanu zdrowia i jakość życia, które ważą na aktywności społecznej.

Nie sposób mówić o jakości życia bez zbadania poza zdrowotnych czynników obiektywnych i subiektywnych warunkujących pomyślne starzenie się. Określenie statusu społecznego, rodzinnego, ekonomicznego seniorów stanowi dlatego równie ważny element oceny, jak opis ich stanu zdrowia. Badanie miało pozwolić również na określenie aktywności seniorów, dziedzin, w których potrzebne są działania aktywizujące, a także na identyfikację ich potrzeb. Zarówno aktywizacja osób starszych, jak i ustalenie ich potrzeb mogą być rozpatrywane jedynie w połączeniu z określeniem malejącego potencjału opiekuńczego rodziny i rosnącego zapotrzebowania na usługi pielęgnacyjno-opiekuńcze. Ważnym elementem badania jest określenie roli aktywności ruchowej w rehabilitacji i usprawnianiu osób starszych, a tym samym w zapobieganiu i opóźnianiu okresu niesprawności.

Istotnym celem projektu jest określenie warunków społeczno-bytowych i najważniejszych barier architektonicznych wpływających na pogorszenie bezpieczeństwa i ograniczenie samodzielnego przemieszczania się osób starszych. Zadanie to było zrealizowane zarówno przez ogólnopolskie badanie ankietowe, jak i dokładną analizę różnych środowisk zamieszkania seniorów w województwie śląskim.

Jednym z najważniejszych celów projektu było sformułowanie rekomendacji dla polityki państwa i samorządu terytorialnego w odniesieniu do ludzi starych oraz dla polityki zdrowotnej. Postępujące starzenie się społeczeństwa powoduje konieczność opracowania założeń takiej polityki, jej priorytetów i ustalenia hierarchii celów. Badanie powinno okazać się także pomocne przy opracowaniu przez podmioty administracji publicznej szczegółowych zadań, które wpłyną na zmniejszenie społecznych kosztów niekorzystnych procesów demo-

graficznych przez przedłużenie aktywności zawodowej seniorów i wypracowanie programów celowych poprawiających jakość ich życia. Nie byłoby to możliwe bez przygotowania diagnozy dotyczącej sytuacji ludzi starych w społeczeństwie i w rodzinie. Takiej właśnie diagnozy dostarczyły wykonane badania.

Należy dodać, że obok wartości aplikacyjnych zrealizowanego projektu ważne były również jego wartości poznawcze. Wśród nich należałoby zwrócić uwagę na możliwości porównań uzyskanych wyników z rezultatami wcześniej przeprowadzonych badań na próbie ogólnopolskiej. Taka możliwość pojawia się m.in. przy porównaniu z badaniami „Polska starość” [4], zwłaszcza w części dotyczącej materialnych warunków życia i sytuacji rodzinnej.

Wśród innych celów projektu warto wskazać także na pogłębienie wiedzy na temat sytuacji zdrowotnej i społecznej najstarszej ludności. Najstarszą wyodrębnioną grupą były osoby w wieku 90 lat i więcej, a przyjęta metoda doboru próby specjalnie zakładała nadreprezentację osób w bardzo podeszłym wieku, co pozwoliło uzyskać bogaty materiał badawczy. Trzeba bowiem podkreślić, że we wszystkich badaniach osób starszych przeprowadzonych w Polsce w najlepszym razie wyróżniano kategorię w wieku 80 lat i więcej³. Obserwacje procesu demograficznego starzenia się w krajach zachodnioeuropejskich pokazują jednak, że w miarę wydłużania się przeciętnego czasu trwania życia ludzkiego i wzrostu liczby dziewięćdziesięciolatków i osób starszych zmienia się struktura zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne i społeczne. Co więcej, analizy dotyczące spełniania przez osoby starsze funkcji opiekuńczych w stosunku do innych członków rodziny coraz częściej pokazują, że 65-latkowie sprawują opiekę nad swymi rodzicami. To ważne wyzwanie dla polityki społecznej i zdrowotnej, toteż autorzy badania uznali, że kategoria osób w wieku 90 lat i więcej powinna zostać specjalnie ujęta.

Program PolSenior z pewnością przyczyni się do podniesienia stanu wiedzy na temat starzenia się, starości polskiego społeczeństwa oraz wyzwań stojących przed nami. Posłuży także popularyzacji w mediach szeroko pojętej tematyki związanej ze starzeniem się społeczeństwa i zagrożeniami z nim związanymi, co przyczyni się do kształtowania opinii publicznej.

Zakres i metodyka badania

Zarówno dobór grupy badanej, jak i zakres badania stanowi rezultat trudnego kompromisu, gdyż należało pogodzić interesy różnych grup badawczych, które stawiały sobie różne cele i kładły nacisk na inne aspekty starzenia się. Warunki kompromisu zostały określone przez dwa główne czynniki obiektywne – możliwości finansowe i wytrzymałość respondentów. Za duży sukces należy uznać fakt, że każdy z zespołów mógł, choć nie zawsze w oczekiwanym zakresie, zrealizować postawione w pierwotnych projektach cele badawcze.

Grupa badana miała liczyć w założeniu około 5950 osób w siedmiu równolicznych kohortach wiekowych z równą reprezentacją obu płci w każdej z nich. Pierwszą grupę stanowiły osoby z przedpola starości – w wieku od

55 do 59 lat, a pozostałe osoby, które przekroczyły 65. rok życia, pogrupowano w pięcioletnie przedziały wiekowe (65–69, 70–74, 75–79, 80–84, 85–89 oraz 90 lat i więcej).

Ze względów organizacyjnych, logistycznych i finansowych podjęto decyzję o losowaniu wiązkowym. Schemat doboru respondentów zaplanowano w taki sposób, aby uzyskać ogólnopolską, reprezentatywną grupę badaną. Uczestników programu wyłoniono, stosując trójstopniowe losowanie. W pierwszym etapie wylosowano miejscowości (gminy), a w drugim – ulice w gminach miejskich i częściach gmin miejsko-wiejskich oraz wsie w gminach wiejskich i częściach wiejskich gmin miejsko-wiejskich. Ośrodki miejskie podzielono na pięć grup, w zależności od liczby mieszkańców: do 20 000 mieszkańców, 20 001–50 000 mieszkańców, 50 001–200 000 mieszkańców, 200 001–500 000 mieszkańców i powyżej 500 000 mieszkańców.

W celu zachowania aktualności uzyskiwanych danych adresowych losowanie odbywało się sukcesywnie. Każdorazowo losowano próbę dla dwóch lub trzech województw, zależnie od planowanego rozpoczęcia badania terenowego.

Kwestionariusze

Badanie ankietowe składało się z dwóch kwestionariuszy: medycznego oraz społeczno-ekonomicznego, wypełnianych przez pielęgniarkę każdy w czasie oddzielnej zaplanowanej na około godzinę wizyty. Zdecydowana większość pytań, na które odpowiadały osoby badane, miała charakter zamknięty. Kwestionariusze zawierały pytania o fakty oraz o opinie. Jeśli stan zdrowia respondentów nie pozwalał na samodzielne udzielenie odpowiedzi, wówczas o informację na temat faktów można było pytać opiekunów. Pytania o opinie mogły być zadane wyłącznie respondentom. Nieliczne pytania dotyczyły oceny ankietera.

Poza ankietami wypełnianymi przez pielęgniarkę uczestnicy programu zostali poproszeni o samodzielne wypełnienie kwestionariusza częstotliwości spożycia wybranych produktów i potraw w różnych okresach życia, trzydniowego kwestionariusza spożycia oraz skróconej wersji ankiety oceniającej jakość życia (WHOQOL-BREF). Korzystano także z kwestionariusza zaburzeń snu oraz testów psychologicznych (test stwierdzeń oraz SWLS).

Przebieg badania

W trakcie badania, którego część terenową wykonywała firma PBS DGA, specjalnie przeszkolone pielęgniarki odwiedziły ponad 15 tys. wylosowanych adresów, z których ponad 2 tys. okazało się nieaktualnych. Spośród 13 376 osób zgodę na udział w projekcie wyraziło 5695 osób, co stanowiło 96% procent zakładanej próby. Efektywność (*respond rate*) badania wyliczona na 43% bardzo różniła się w zależności od miejsca zamieszkania respondentów. Najłatwiej było dotrzeć do osób mieszkających na wsi, najtrudniej zaś do tych z wielkich miast. Zaobserwowano także duże różnice geograficzne. Efektywność wahała się od 32% w województwie małopolskim do 61% w województwie podkarpackim.

Próbki krwi i moczu, które były następnie poddawane wieloparametrowej analizie, udało się uzyskać odpowiednio od 83% i 79% badanych, a wyniki analiz były przekazywane respondentom. Pozostały materiał posłużył do otrzymania genomowego DNA oraz został zbankowany i może w przyszłości służyć do dalszych badań naukowych.

Istotną częścią projektu było dokładne przebadanie ponad tysiąca respondentów przez lekarzy geriatrów, którzy poza badaniem przedmiotowym i podmiotowym wykonywali liczne pomiary, w tym np. badanie elektrokardiograficzne i spirometryczne. Wyniki tych badań pozwolą na dokładniejszą ocenę stanu zdrowia polskich seniorów, co pomoże w sformułowaniu programów skierowanych nie tylko do pracowników ochrony zdrowia, opieki społecznej, osób w podeszłym wieku, ale także młodszej części społeczeństwa, która do starości powinna się przygotowywać już dziś.

Przypisy

¹ Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce, projekt zamawiany przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, PBZ-MEIN-9/2/2006. Kierownik: prof. SGH dr hab. Piotr Błędowski, koordynator: dr Małgorzata Mossakowska, projekt realizowany z pomocą zaplecza administracyjnego Międzynarodowego Instytutu Biologii Molekularnej i Komórkowej w Warszawie.

² Szczegółową charakterystykę projektu przedstawia Błędowski i wsp. [3].

³ Jedynym dotychczas zrealizowanym w Polsce badaniem osób w najwyższych grupach wieku było badanie stulatków, które – choć nie mogło zapewnić reprezentatywności doboru próby – dostarczyło cennego materiału [5].

Piśmiennictwo:

1. GUS, *Rocznik demograficzny 2008*, GUS, Warszawa 2008.
2. GUS, *Prognoza ludności na lata 2008–2035*, GUS, Warszawa 2009.
3. Błędowski P. et al., *Medical, psychological and socioeconomic aspects of aging in Poland. Assumptions and objectives of the PolSenior Project*, „Experimental Gerontology” 2011 (w druku).
4. Synak B. (red.), *Polska starość*, Uniwersytet Gdański, Gdańsk 2002.
5. Mossakowska M., *Program badania polskich stulatków „PolStu2001”*, w: M. Mossakowska, K. Broczek, M. Witt (red.), *Skazani na długowieczność. W poszukiwaniu czynników pomysłnego starzenia*, OWN, Poznań 2007: 13–18.

O autorach

dr hab. Piotr Błędowski – Szkoła Główna Handlowa, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa.

dr Małgorzata Mossakowska – Międzynarodowy Instytut Biologii Molekularnej i Komórkowej, Warszawa.

Aleksandra Szybalska – Międzynarodowy Instytut Biologii Molekularnej i Komórkowej, Warszawa.