Tytuł: Czynniki socjodemograficzne a wybrane wskaźniki stanu zdrowia i korzystanie z rehabilitacji medycznej oraz lecznictwa uzdrowiskowego przez osoby w wieku 65 i więcej lat na podstawie badania PolSenior

Autor: Aleksandra Szybalska

Streszczenie

Wprowadzenie

Samoocena stanu zdrowia (ang. *self-rated health*, SRH) jest istotnym miernikiem wykorzystywanym nie tylko do monitorowania kondycji zdrowotnej społeczeństwa, lecz także do szacowania skali nierówności w zdrowiu. W licznych badaniach naukowych z udziałem populacji w wieku starszym wykazano również, że SRH jest predyktorem umieralności. Można przypuszczać, że w związku z obserwowanym także w Polsce starzeniem się społeczeństwa znaczenie SRH będzie rosło. Badania SRH nie tylko opisują sytuację, lecz także pomagają planować działania dostosowane do potrzeb seniorów.

Wobec wydłużania się czasu trwania życia niezwykle istotne jest zachowanie niezależności do późnych lat. Sprzyja temu rehabilitacja medyczna stosowana nie tylko w celu szybkiego powrotu pacjentów do zdrowia, lecz także jako profilaktyka niepełnosprawności. Rehabilitacja jest ważnym elementem lecznictwa uzdrowiskowego. Zapotrzebowanie na świadczenia rehabilitacji medycznej i lecznictwa uzdrowiskowego będzie się zwiększało w starzejących się społeczeństwach. Zasadne wydaje się więc monitorowanie nierówności w dostępnie do tych świadczeń w celu optymalnego zaspokojenia potrzeb zdrowotnych seniorów.

Cel pracy

Celem głównym dysertacji było zbadanie samooceny stanu zdrowia i jej związku z umieralnością ogólną, oraz korzystania z usług rehabilitacji medycznej i lecznictwa uzdrowiskowego respondentów projektu PolSenior w wieku ≥65 lat w zależności od wybranych czynników socjodemograficznych.

Materiał i metody

Rozprawę oparto na cyklu trzech jednotematycznych publikacji naukowych.

Analizowane dane pochodzą z ogólnopolskiego, interdyscyplinarnego projektu „Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce" – PolSenior, w którym wzięło udział 4979 respondentów w wieku ≥65 lat.

W rozprawie oceniono związek SRH z umieralnością ogólną w 5-letnim okresie obserwacji (publikacja I). Pomiaru SRH dokonano u respondentów z zachowanymi funkcjami poznawczymi (4049 osób, 47,8% kobiet) przy użyciu skali wzrokowo-analogowej skategoryzowanej z podziałem na zły, przeciętny lub dobry stan zdrowia. Zbadano także częstość korzystania z rehabilitacji medycznej przez respondentów w ciągu 12 miesięcy poprzedzających wywiad (publikacja II) oraz z lecznictwa uzdrowiskowego w okresie trzech lat (publikacja III). Dane zebrano od 4813 osób (48,3% kobiet).

Wyniki

Ponad połowa respondentów (51,7%) oceniła stan zdrowia jako przeciętny, 40,2% jako dobry, a 8,1% jako zły. Czynnikami wpływającymi negatywnie na SRH obu płci były: zaawansowany wiek, niski status ekonomiczny, gorszy stan funkcjonalny, upośledzenie wzroku lub słuchu, objawy depresyjne, niska aktywność fizyczna, wielochorobowość, abstynencja alkoholowa, a dodatkowo u kobiet: niższy poziom wykształcenia, praca fizyczna, niedobór masy ciała lub otyłość III stopnia.

Wraz z gorszą SRH rosły odsetki zgonów: od 17,5 u kobiet i 26,6 u mężczyzn o dobrym stanie zdrowia do, odpowiednio, 36,2 i 55,3 o złym. Respondenci z przeciętną SRH [kobiety: HR = 1,29 (95% CI: 1,03-1,60), mężczyźni: HR = 1,29 (1,10-1,52)] lub złą SRH [odpowiednio: HR = 2,48 (1,83-3,37), HR = 2,62 (2,04-3,36)] mieli wyższe ryzyka zgonu od osób z dobrą SRH. Po skorygowaniu względem wieku zależność tę zaobserwowano tylko przy porównaniu podgrup o skrajnych kategoriach SRH [kobiety: HR = 1,98 (1,46-2,68), mężczyźni: HR = 2,06 (1,60-2,64)]. Na podstawie wieloczynnikowej analizy regresji proporcjonalnego hazardu Coxa stwierdzono, że SRH była niezależnym czynnikiem ryzyka zgonu u kobiet ze złym w odniesieniu do dobrego stanu zdrowia [HR = 1,70 (95% CI: 1,16-2,50)].

Korzystanie z rehabilitacji medycznej w ciągu 12 miesięcy poprzedzających wywiad deklarowało 17,3% badanych. Szanse na udział w rehabilitacji zmniejszały zaawansowany wiek (≥80 lat u kobiet oraz ≥90 lat u mężczyzn) i zaburzona sprawność w zakresie złożonych czynności życia codziennego. Korzystaniu z rehabilitacji sprzyjało: zamieszkanie w mieście, wykształcenie wyższe, posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności oraz występowanie bólu przewlekłego.

Z usług medycyny uzdrowiskowej skorzystało w poprzedzających badania trzech latach 10,7% badanych (8,7% – z pobytów dofinansowanych ze środków publicznych, 4,5% – z pobytów finansowanych ze środków własnych). Szanse na pobyt w uzdrowisku malały wraz z wiekiem i były najniższe u respondentów w wieku ≥ 85 lat. Korzystanie z lecznictwa uzdrowiskowego zwiększały: zamieszkanie w miastach >50 tys. mieszkańców, wykształcenie

ponadpodstawowe, sprawność w zakresie złożonych czynności życia codziennego, posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności.

Wnioski

1. Samoocena stanu zdrowia uwarunkowana jest szerokim wachlarzem czynników socjodemograficznych, zależnych od stanu zdrowia i stylu życia, związanych lub niezwiązanych z płcią. Do uwarunkowań SRH zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn należą: wiek, samoocena sytuacji ekonomicznej, stan funkcjonalny, stan wzroku i słuchu, występowanie objawów depresyjnych i chorób przewlekłych, spożywanie alkoholu oraz aktywność fizyczna. Determinantami SRH wyłącznie u kobiet są: poziom wykształcenia, status zawodowy przed przejściem na emeryturę i wskaźnik masy ciała.
2. Samoocena stanu zdrowia jest niezależnym czynnikiem ryzyka zgonu u kobiet, ale nie u mężczyzn.
3. Analiza korzystania z rehabilitacji medycznej i lecznictwa uzdrowiskowego wskazuje na nierówności w dostępie osób starszych do świadczeń zdrowotnych związane z wiekiem, poziomem wykształcenia, miejscem zamieszkania, stanem funkcjonalnym, występowaniem bólu przewlekłego oraz posiadaniem orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.
4. Analiza korzystania z leczenia usprawniającego i uzdrowiskowego przez osoby starsze wskazuje na problemy organizacyjne systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Istnieje więc potrzeba wprowadzenia zmian na poziomie dostępności, finansowania, infrastruktury, zasobów kadrowych w celu lepszego dostosowania systemu do potrzeb obecnych i przyszłych seniorów.
5. W planowaniu badań dotyczących SRH oraz programów promocji zdrowia należy uwzględnić złożoność procesu samooceny zdrowia i jej związek z obiektywnymi wskaźnikami zdrowotnymi.
6. Wyniki projektu PolSenior wskazują, że należy zintensyfikować działania z zakresu przygotowania do starości i skierować je w szczególności do kobiet, mieszkańców wsi, osób o niskim poziomie wykształcenia, jak również zagrożonych utratą sprawności funkcjonalnej.