

Praca oryginalna

ALFRED OWOC, MARIAN SYGIT, KATARZYNA SYGIT

PROBLEMY SOCJOMEDYCZNE KOBIEŃ WIEJSKICH PO 60.ROKU ŻYCIA*

SOCIO-MEDICAL PROBLEMS OF RURAL FEMALES AGED OVER 60

W artykule przedstawiono problemy socjobytowe grupy 120 kobiet wiejskich po 60. roku życia wraz z samooceną ich stanu zdrowia.

Z Zakładu Wychowania Zdrowotnego
Wydziału Nauk Przyrodniczych Uniwersytet Szczeciński
Kierownik – prof. zw. dr hab. n. med. M. Sygit

SŁOWA KLUCZOWE: wieś, zdrowie, starzenie się ludności, jakość życia.

KEY WORDS: *rural area, health, ageing of the population, quality of life.*

Zwiększająca się liczba osób w wieku podeszłym i starszym jest zjawiskiem obserwowanym od wielu lat i stanowi poważne wyzwanie dla polityki socjalnej państwa. Każdy człowiek powinien mieć możliwość wyboru spędzenia własnej starości nie zawsze jednak tak jest, czy to ze względu na brak przygotowania do starości, brak odpowiedniej wiedzy, czy też ze względu na trudną sytuację istniejącą w polskich rodzinach. Wydaje się, że tradycja rodziny wielopokoleniowej, zamieszkującej we wspólnym gospodarstwie domowym – przeszła do historii, zwłaszcza w środowiskach wielkomijskich. Czy sytuacja ta jest podobna w środowisku wiejskim?

CEL BADANIA

Celem badania była ocena warunków socjobytowych kobiet wiejskich po 60. rż. wraz z samooceną ich stanu zdrowia w oparciu o badania ankietowe.

MATERIAŁ I METODY BADAŃ

* Praca wygłoszona na Międzynarodowej Konferencji Naukowej Wsi Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego „Środowisko człowieka a jego zdrowie” Kielce 14–16 września 2007.

Do badań dobrano w sposób losowy osoby w wieku 60 rż. (do 70 rż.) ze środowiska wiejskiego, w tym:

– 30 kobiet – wdów, od co najmniej 5 lat mieszkających samotnie (bez dzieci, wnuków, itp.) – **grupa A**;

– 30 kobiet – wdów, od co najmniej 5 lat mieszkających wspólnie z innymi członkami rodziny – **grupa B**;

– 30 kobiet – mężatek, mieszkających bez dzieci, wnuków, itp. – **grupa C**;

– 30 kobiet – mężatek mieszkających wspólnie z innymi członkami rodziny

grupa D.

Badanie obejmowało zebranie informacji do uprzednio przygotowanego kwestionariusza ankiety (przetestowanej w badaniach pilotażowych) dotyczących:

1. subiektywnej oceny zdrowia badanych,

2. oceny warunków socjobytowych,

3. poznanie głównych problemów kobiet, po 60. rż. – w zależności od wybranych zmiennych opisowych. Całość zebranego materiału analizowano przy użyciu maszyn cyfrowych. Zależności statystyczne oceniono testem χ^2 , na poziomie ufności $\alpha=0,05$.

Ogółem badaniami objęto 120 kobiet, które zaliczono do jednej z czterech grup A, B, C, D.

WYNIKI BADANIA

Tabela I. Sytuacja socjobytowa badanych kobiet

Table I. Social situation and material standard of the females in the study

Badane grupy kobiet	Sytuacja socjobytowa badanych kobiet							
	Bardzo dobra		Dobra		Średnia		Zła	
	N	%	N	%	n	%	n	%
A	–	–	7	23,3	9	30,0	14	49,7
B	16	53,4	10	33,3	2	6,7	2	6,7
C	6	20,0	13	43,4	7	23,4	4	13,4
D	8	26,7	7	23,4	10	33,3	5	16,7
Ogółem	30	25,0	37	30,8	28	23,4	25	20,8

Z danych przedstawionych w tab. I. wynika, iż najgorszą sytuacją socjobytową odnotowano w grupie kobiet – wdów mieszkających samotnie. W bardzo złej sytuacji było aż 46,7% badanych w przeciętnej – 30% kobiet. Żadna z kobiet,

z grupy A nie oceniła swojej sytuacji jako bardzo dobra, a tylko 23% jako dobrą. Najlepszą sytuację socjobytową odnotowano w grupie B (wdowy, mieszkające wspólnie z rodziną), bo aż 53,4 oceniło swoją sytuację jako bardzo dobrą, 33% jako dobrą, a tylko 6,7% oceniło swoją sytuację jako złą.

Inaczej swoją sytuację oceniali kobiety z grupy C (mężatki, zamieszkujące bez rodziny), bowiem tylko 20% oceniło swoją sytuację jako bardzo dobrą, ale dwukrotnie więcej – jako dobrą.

Badane z grupy D (mężatki, zamieszkujące wspólnie z rodziną) oceniły swoją sytuację jako bardzo dobrą (26,7%), ale aż 33% oceniło jako przeciętną i 16,8% jako złą.

Spośród ogółu badanych 120 kobiet – 30,8% oceniło swoje warunki bytowe jako dobre i 23,4% jako przeciętne, a 25% jako bardzo dobre i 20,8% - jako złe. Tak więc istotnie statystycznie więcej kobiet oceniło swoją sytuację jako dobrą od liczby kobiet oceniających swoją sytuację jako złą ($p < 0,05$). Nie stwierdzono różnicy statystycznie istotnej między frakcjami osób oceniających sytuację jako bardzo dobrą i dobrą ($p > 0,05$).

Tabela II. Subiektywna ocena stanu zdrowia badanych kobiet

Tabla II. Self-reported state of health among the females examined

Badane grupy kobiet	Stan zdrowia							
	Bardzo dobry		Dobry		Przeciętny		Zły	
	N	%	N	%	N	%	n	%
A	–	–	3	10,0	15	50,0	12	40,0
B	–	–	7	23,4	10	33,3	13	43,3
C	–	–	10	33,4	10	33,3	10	33,4
D	–	–	9	30,0	8	26,7	13	43,3
Ogółem	0,0	0,0	29	24,2	43	35,8	48	40,0

Z danych przedstawionych w tab. II wynika, iż najwięcej kobiet, bo 40% – oceniło swój stan zdrowia jako zły, 35,8% - przeciętny (stosowny do wieku), a jako dobry oceniło go 24,2% kobiet. Statystycznie istotnie więcej kobiet oceniło swój stan zdrowia jako zły niż dobry ($p < 0,05$). Zwraca uwagę fakt, iż żadna kobieta nie oceniła swojego zdrowia jako bardzo dobry. W grupie kobiet wdów (grupa A, B) swój stan zdrowia wyżej oceniły kobiety samotne, natomiast w grupie kobiet mężatek (C, D) lepsze oceny wystawiły kobiety mieszkające samotnie.

W ocenie stanu zdrowia brano pod uwagę szczególnie odpowiedź na pytania dotyczące samoobsługi i zdolności do samodzielnego poruszania się. Ocenę dobrą i przeciętną wystawiły osoby, które pozytywnie odpowiedziały na te dwa pytania. Wyniki tych badań potwierdzają wcześniejsze badania [3, 6, 7, 10, 11].

Według badanych, 40% z nich otrzymuje wsparcie i pomoc rodziny, dotyczy to szczególnie kobiet wdów mieszkających wspólnie z rodziną takiej pomocy nie otrzymują kobiety – wdowy samotne.

Czuje się potrzebną tylko 32,5% badanych. Sytuacja ta jest szczególnie wyraźna w grupie kobiet – wdów mieszkających w rodzinie.

Jest szanowanych tylko 16,7% badanych (najczęściej w grupie wdów, mieszkających wspólnie z rodziną).

Tylko 6,7% podało, że „nikt się ze mną nie liczy” (tab. III).

Tabela III. Miejsce kobiet po 60. rż. w rodzinie

Table III. Position in a family of females aged over 60

Badane grupy kobiet	Jestem szanowana		Nikt się ze mną nie liczy		Czuję się potrzebna		Otrzymuję pomoc i wsparcie rodziny	
	n	%	n	%	n	%	n	%
A	–	0,0	–	0,0	-	0,0	-	0,0
B	10	33,3	–	0,0	20	66,7	30	100,0
C	3 x	10,0	5 x	16,7	10 x	33,3	10 x	33,3
D	7	23,3	3	10,0	9	30,0	8	26,6
Ogółem	20	16,7	8	6,7	39	32,5	48	40,0

x – dot. relacji z mężem

Różnice między frakcjami: 40% - 16,7% i między 40% - 32,5% - statystycznie istotną ($p < 0,05$).

Najlepiej więc oceniają swoje miejsce w rodzinie kobiety – wdowy zamieszkujące wspólnie z rodziną. Dość dobra jest sytuacja w grupie kobiet mężatek mieszkających bez rodzin, ale już nieco gorsza w przypadku zamieszkiwania wspólnie z rodziną. Analiza danych dotyczących niektórych problemów zdrowotnych i życiowych kobiet wskazuje, że najczęściej wiążą się one z brakiem pamięci (50,8%), zwłaszcza w grupie kobiet A i C (samotnych wdów i bezdzietnych mężatek). Kolejnym istotnym problemem są trudności w poruszaniu się (40%) występujące zarówno w grupie wdów jak i mężatek ale mieszkających wspólnie z innymi członkami rodziny (tab. IV). Do ważnych problemów życiowych należy brak pieniędzy na który skarżyło się 56,5% badanych kobiet, w tym najwięcej z nich z grupy B (70,0%) i C (66,3%).

Tabela IV. Niektóre problemy życiowe badanych kobiet

Table IV. Selected life problems of the females examined

Grupa badanych kobiet	Problemy zdrowotne i życiowe							
	Głuchota		Brak pamięci		Brak pieniędzy		Trudności w poruszaniu się	
	N	%	n	%	n	%	n	%
A	10	33,3	18	60,0	19	63,3	12	40,0
B	9	30,0	15	50,0	21	70,0	13	43,3
C	11	36,7	17	56,7	20	66,37	10	33,4
D	10	33,3	11	36,7	15	26,7	13	43,3
Ogółem	40	33,3	61	50,8	75	36,5	48	40,0

Największe oczekiwania kobiet wiejskich dotyczą: pomocy ze strony innych organizacji i pomocy sąsiedzkiej (75,8%), na drugim miejscu – oczekiwania pomocy od państwa (58,3%) i ze strony samorządu lokalnego (57,8%), od rodzin najmniej – bo 45,8%.

Badane – nie liczą na pomoc rodzin (w tym dzieci), gdyż wiedzą znając sytuację swoich rodzin, że nie mogą na nie liczyć. Uważają, że państwo, samorząd, organizacje powinny nieść pomoc (w tym także kościół, sąsiedzi) ludziom starszym.

Badane kobiety – dobrane losowo według przyjętych kryteriów dochodu, które pozwoliły na zorganizowanie czterech grup obserwacyjno-badawczych, dostarczyły informacji dość istotnych dla precyzowania strategii prorodzinnej. Dalsze badania tej grupy, które będą kontynuowane pozwolą na bardziej szczegółowe analizy i wyjaśnienia oraz wypracowanie pewnych wytycznych dla potrzeb realizacji polityki prorodzinnej na szczeblu lokalnym, a zwłaszcza wypracowaniu modelu opieki socjalnej.

Generalnie kobiety oczekują pomocy instytucjonalnej państwa, samorządów np. tworzenia domów starców itp., ale wskazują też na potrzebę niesienia pomocy rodzinom, w których znajdują się ludzie starzy. Jest to ważny sygnał dla organizacji opieki socjalnej nie tylko ze względów społecznych, ludzkich, ale i ekonomicznych.

DYSKUSJA

Rodzina w Polsce powinna stanowić wspólnotę, w której jest miejsce dla rodziców z dziećmi, dla dziadków i wnuków, ze względu na potrzebę poczucia akceptacji, uznania, bezpieczeństwa – niezbędnych elementów dla ludzi starszych, zagrożonych izolacją i samotnością. Ma ona utrzymywać równowagę psychiczną

ludzi starszych. Należy pamiętać też o tym, że człowiek starszy jest potrzebny rodzinie [1,2]. Jak wynika z niniejszych badań w większości badana grupa kobiet stwierdziła, iż otrzymuje pomoc i wsparcie od rodziny.

W badaniach *Piotrowskiego* w porównaniu z badaniami *Sygita* z lat siedemdziesiątych i obecnymi badaniami sytuacja socjomedyczna pogarsza się zarówno wśród kobiet starszych mieszkających na wsi, jak i w mieście [3 4]. W świetle badań kobiety starsze (po 60. rż) narzekają na zły stan zdrowia (m.in. brak pamięci i trudności w poruszaniu się).

WNIOSKI

1. Sytuacja socjomedyczna i zdrowotna kobiet po 60. roku życia mieszkających na wsi jest trudna, zależna od ich statusu cywilnego i rodzinnego.
2. Sytuacja kobiet – wdów jest gorsza od sytuacji kobiet mężatek.
3. Sytuacja kobiet samotnych jest gorsza od sytuacji kobiet mieszkających wspólnie z rodziną.
4. Kobiety wiejskie oczekują pomocy ze strony państwa czy samorządu a w ostateczności ze strony rodziny.

A. Owoc, M. Sygit, K. Sygit

SOCIO-MEDICAL PROBLEMS OF RURAL FEMALES AGED OVER 60

Summary

Each person should have the possibility of choosing the way of spending own old age; however; this is not always so, either due to the lack of preparation for old age, lack of proper knowledge, or a difficult situation observed in Polish families.

It seems that the tradition of a multi-generation family living in one household has passed into history, especially in large-cities environments. Is this situation similar in rural families?

The study covered the total number of 120 rural females aged over 60, selected at random.

The results of the study showed that 30.8% of the females examined evaluated their social situation and material standard as 'good'. In the opinions of the women examined, their state of health was alarming - as many as 40.0% of them evaluated their state of health as 'bad', while only 40.0% of the respondents aged over 60 received support and assistance from their families. The greatest life and health problem of the women in the study (50.8%) was memory loss.

PIŚMIENNICTWO

1. Dzięgielewska M.: Przestrzeń życiowa i społeczna ludzi starszych Roczn. Pedagog. 2000, 23, 105–112.
2. Gębska-Kuczarowska A., Miller M.: Charakterystyka zachowań zdrowotnych ludzi starszych w Polsce. W: Mierniki zachowań zdrowotnych. Materiały Konferencji Naukowej. Warszawa 9–10.12.1999. Wydaw. Ignis, Warszawa 2000, 221–227.
3. Sygit M., Sygit K., Zubelewicz J.: Przedpole starości. Lekarz Rodzinny 2007, 1, 113.
4. Piotrowski J.: Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie. PWN Warszawa 1974.

Data otrzymania: 23.11.2007.

Adres Autorów: 71-065 Szczecin, Al. Piastów 40 B, bl. 6, Wydział Nauk Przyrodniczych, Zakładu Wychowania Zdrowotnego USz.