

# Czynniki determinujące korzystanie z usług pomocy społecznej przez osoby starsze

## Factors determining social care use by elderly people

IRENA MANIECKA-BRYŁA<sup>1,2/</sup>, MONIKA BURZYŃSKA<sup>1/</sup>, MAREK BRYŁA<sup>1,2/</sup>

<sup>1/</sup> Zakład Epidemiologii i Biostatystyki, Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

<sup>2/</sup> Olsztyńska Szkoła Wyższa im. Józefa Rusieckiego w Olsztynie

**Wprowadzenie.** W ostatnich latach, zarówno w Polsce jak i w Europie i na świecie, postępuje proces starzenia się społeczeństw. Według szacunków Unii Europejskiej w ciągu najbliższych 40 lat wzrośnie liczba jednoosobowych gospodarstw domowych prowadzonych przez osoby w wieku 60 lat i więcej.

**Cel.** Analiza czynników determinujących korzystanie z usług pomocy społecznej przez osoby w wieku 60 lat i więcej na przykładzie mieszkańców miasta i gminy Zgierz ze szczególnym uwzględnieniem gospodarstw domowych jednoosobowych, które przyczyniają się do wzrostu popytu na usługi socjalne.

**Materiał i metody.** Badanie przeprowadzono w 2008 r. w oparciu o źródła wtórne z Miejskiego i Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej. W badaniu objęto analizą dane dotyczące podopiecznych ośrodków pomocy społecznej w 2007 roku mieszkających na terenie miasta i gminy Zgierz. Dokonano analizy statystycznej danych dotyczących łącznie 387 osób (334 – Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej – MOPS; 53 – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej – GOPS).

**Wyniki.** Wyniki badania pokazały, iż istotny wpływ na częstość korzystania z usług pomocy społecznej mają czynniki demograficzne – głównie postępujący proces starzenia populacji. Należy zaznaczyć, iż wśród podopiecznych ośrodków pomocy społecznej w wieku 60 lat i więcej najczęściej były osoby prowadzące jednoosobowe gospodarstwa domowe.

**Wniosek.** Zwiększająca się liczba jednoosobowych gospodarstw domowych ludzi starszych determinuje w sposób istotny wzrost zapotrzebowania na świadczenia pomocy społecznej.

**Słowa kluczowe:** pomoc społeczna, gospodarstwa domowe, starzenie się

**Introduction.** During the last years there has been observed a progressive ageing process of the population in Poland as well as in Europe and worldwide. The European Union data estimate that the number of one-person households among people aged 60 years and over will increase during the next 40 years.

**Aim.** The analysis of factors determining social care use by elderly people (aged 60 years and over) in Zgierz and in the borough of Zgierz with the focus on one-person households which have a growing share in increasing demand for social care services.

**Material and methods.** The research was performed in 2008 on the basis of secondary sources from the Town and Country Social Care Centers. The research analysis applied the data referring to beneficiaries of social centers collected in 2007 among inhabitants of Zgierz and in the borough of Zgierz. Statistic data about 387 persons (334 – Town Social Care Centre; 53 – Country Social Care Centre) were analyzed.

**Results.** The research showed that demographic factors are an important indication determining frequency of social care use – mainly progressive ageing of the population. Very important is the fact that the majority of social care center beneficiaries (aged 60 years and over) mainly kept one-person households.

**Conclusions.** An increasing number of one-person households is a fundamental factor determining a constantly increasing demand for social care services.

**Key words:** social care, households, ageing

© Hygeia Public Health 2010, 45(2): 189-196

www.h-ph.pl

Nadesłano: 16.11.2010

Zakwalifikowano do druku: 30.11.2010

**Adres do korespondencji / Address for correspondence**

Prof. nadzw. UM, dr hab. n. med. Irena Maniecka-Bryła  
Kierownik Zakładu Epidemiologii i Biostatystyki, Katedra  
Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej Uniwersytetu Medycznego  
w Łodzi, ul. Żeligowskiego 7/9, 90-752 Łódź  
tel. 42 639-32-72, 42 639-32-65  
e-mail: irena.maniecka-bryla@umed.lodz.pl

## Wprowadzenie

Ludność w starszym wieku, podobnie jak większość społeczeństwa, z reguły skupiona jest w gospodarstwach domowych, pełniąc rolę „głowy”, bądź też pozostając w strukturze gospodarstwa prowadzonego przez inne osoby. Według danych ostatniego spisu powszechnego przeprowadzonego w 2002 r. w Polsce,

wśród ogółu ludności w starszym wieku pozostającej w gospodarstwach domowych, 23,8% stanowiły osoby samotnie zamieszkujące. Ludność starsza mieszkająca na wsi cechowała się niższym odsetkiem jednoosobowych gospodarstw (17,5%). Proporcje liczebnej wielkości gospodarstw domowych różnią się także według płci. Mężczyźni w około 50% byli „głowa-

mi” gospodarstw dwuosobowych, bez widocznych różnic dotyczących miejsca zamieszkania. Kobiety zaś w dominującym stopniu tworzyły gospodarstwa jednoosobowe; ich udział w ogólnej liczbie osób powyżej 60. roku życia wahał się od 57% na wsi do około 61% w miastach. Statystyczne gospodarstwo domowe liczyło średnio 2,8 osób i było mniejsze w mieście (2,6 osób) niż na wsi (3,3 osób). Według szacunków Unii Europejskiej (UE) począwszy od roku 2001 do 2050, liczba gospodarstw jedno- i dwuosobowych wzrośnie o ok. 50% (najbardziej widoczny będzie wzrost liczby gospodarstw jednoosobowych). Szacuje się również, że liczba osób starszych (60+) żyjących samotnie wzrośnie z 32,3 mln w 2001 r. do 51,6 mln w 2050 r., tj. o 59,8%, co przedstawiono w tabeli I. Najbardziej widoczny wzrost obserwuje się w 12 krajach UE, które dołączyły w 2004 roku – 10 krajów – w tym Polska i w 2007 roku – 2 kraje, gdzie przewiduje się, iż liczba osób w wieku 60 lat i więcej samotnie gospodarujących wzrośnie z 5,5 mln w 2001 r. do 9,6 mln w 2050 r. – tj. o 74,5%. Według prognoz wzrośnie również liczba gospodarstw jednoosobowych osób w wieku 80. lat i więcej. We wszystkich krajach UE będzie to niemal czterokrotny wzrost (3,7), zaś we wspomnianych powyżej 12 krajach ponad czterokrotny (4,3) [1].

Tabela II. Struktura ludności wg wieku w gospodarstwach domowych emerytów i rencistów w 2004 r.

Table II. People in retirees' and pensioners' households by age in 2004

Wiek	%
Poniżej 14 lat	7,4
15-24	11,0
25-44	13,0
45-59	23,9
60 lat i więcej	44,7
Razem	100,0

Źródło: Podolec B., Ulman P., Wałęga A.: Aktywność ekonomiczna a sytuacja materialna gospodarstw domowych. Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2008

Sprawną realizacją założeń polityki społecznej i zapewnienie ludności bezpieczeństwa socjalnego wymaga znajomości struktury gospodarstw domowych. Bardzo istotne w tym obszarze są także długoterminowe prognozy demograficzne, które pozwalają przewidzieć podstawowe problemy, pojawiające się w związku ze zmianami stanu i struktury demograficznej społeczeństwa [2, 3]. Prognoza gospodarstw domowych opracowana przez GUS uwzględnia uwarunkowania demograficzne i rodzinne w Polsce do 2030 r. Wynika z niej, że liczba ludności w gospodarstwach domowych będzie się systematycznie zmniejszała. Spadek ten w głównej mierze będzie dotyczył ludności zamieszkującej na wsi. Powiększy się także liczba osób zamieszkujących obiekty zbiorowego zakwaterowania (szczególnie wśród osób powyżej 74. roku życia).

Według prognozy GUS nastąpi spadek przeciętnej liczby osób w gospodarstwie domowym z 3,3 do 2,4 osób na wsi oraz z 2,6 do 2,2 osób w mieście, głównie z powodu zmniejszającej się liczby małżeństw i związanym z tym spadkiem liczby urodzeń [4]. Bardzo szybko będzie wzrastać liczba gospodarstw domowych kierowanych przez osoby po 60. r.ż. W 2030 r. statystyczne gospodarstwo kierowane przez osobę po 60. r.ż. będzie miało w swym składzie średnio 1,4 osób. W Polsce do 2030 r. co trzecie gospodarstwo domowe będzie gospodarstwem jednoosobowym, zaś liczba gospodarstw jednoosobowych kierowanych przez osoby starsze podwoi się, co będzie także źródłem zmian w konsumpcji gospodarstw domowych [5, 6, 7, 8]. Dane o strukturze ludności w gospodarstwach domowych emerytów i rencistów w 2004 r. według wieku przedstawiono w tabeli II.

Tabela I. Liczba osób starszych w Unii Europejskiej – ogółem i samodzielnie gospodarujących w roku 2001 i 2050 (w milionach)

Table I. Number of elderly people in European Union – overall and one-person households – 2001 and 2050 (millions)

Kraje UE	2001			2050		
	ogółem	gospodarstwa jednoosobowe		ogółem	gospodarstwa jednoosobowe	
	N	n	%	N	n	%
60 lat i więcej						
UE-27	111,5	32,3	29,0	170,9	51,6	30,2
UE-15	90,2	26,8	29,7	135,8	42,0	30,9
UE-12	21,2	5,5	25,9	35,0	9,6	27,4
80 lat i więcej						
UE-27	13,0	6,1	46,9	48,8	22,5	46,1
UE-15	10,8	5,2	48,1	39,9	19,1	47,9
UE-12	2,2	0,8	36,4	8,8	3,4	38,6

Źródło: opracowanie własne na podstawie Demography Report 2008: meeting social needs in an ageing society, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg 2009

Objaśnienie do tabeli:

UE-15: 15 krajów UE do 2003 r.; UE-12: 10 krajów wstąpiło do UE 1 maja 2004 r. i 2 kraje wstąpiły do UE 1 stycznia 2007 r.; UE-27: 27 krajów członkowskich – od 1 stycznia 2007 r.

Powyżej przedstawione zmiany w strukturze gospodarstw domowych mogą przyczynić się do wzrostu popytu na świadczenia socjalne, zwłaszcza ze strony osób starszych samotnie gospodarujących. Szczególne znaczenie ma tutaj pomoc społeczna w zakresie udzielania opieki instytucjonalnej, której przyczyną w głównej mierze jest brak zapewnienia opieki w rodzinie [8]. Są to takie formy opieki jak praca socjalna, poradnictwo specjalistyczne, psychologiczne, realizowane poprzez umieszczenie w domu pomocy społecznej. Starzejące społeczeństwo stwarza także wzrost zapotrzebowania na świadczenia w zakresie dofinansowywania zaopatrzenia w środki ortopedyczne i środki rehabilitacyjne przyznawane osobom starszym dotkniętym niepełnosprawnością.

## Cel

Analiza czynników determinujących korzystanie z usług pomocy społecznej przez osoby w wieku 60 lat i więcej na przykładzie mieszkańców miasta i gminy Zgierz ze szczególnym uwzględnieniem gospodarstw domowych jednoosobowych, które przyczyniają się do wzrostu popytu na usługi socjalne. Dokonano również analizy przyczyn ubiegania się o pomoc, dochodów osób objętych badaniem oraz form otrzymanej pomocy.

## Materiał i metodyka

Badanie zostało przeprowadzone w oparciu o źródła wtórne z Miejskiego i Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Zgierzu. Uzasadnieniem podjęcia tego tematu jest narastające zjawisko starzenia się populacji, które stanowi wyzwanie dla polityki społecznej i ochrony zdrowia w społecznościach lokalnych.

W badaniu objęto analizą dane dotyczące podopiecznych ośrodków pomocy społecznej w 2007 r. mieszkających na terenie miasta i gminy Zgierz w województwie łódzkim. Wykorzystano informacje odnoszące się do wszystkich osób w wieku 60 lat i więcej, które w tym okresie korzystały z jakiegokolwiek formy pomocy w tych placówkach. Na podstawie kwestionariusza rodzinnego wywiadu środowiskowego, wyodrębniono liczne zmienne będące przedmiotem analizy. Kwestionariusz składa się z dziewięciu części. Pierwsza część obejmuje dane dotyczące osoby, z którą przeprowadzono wywiad i dane o rodzinie. Druga część ocenia sytuację mieszkaniową, trzecia sytuację rodzinną osób wspólnie zamieszkujących, czwarta sytuację zawodową, piąta zaś zdrowotną. Część szоста wywiadu obejmuje informacje o potrzebach i oczekiwaniach zgłoszonych podczas rozmowy z pracownikiem socjalnym. Kolejną część kwestionariusza stanowi ocena sytuacji i wnioski pracownika, a następną plan pomocy i działań na rzecz osoby ubiegającej się o pomoc. Część dziewiąta to ostatecznie zatwierdzony przez dyrektora/kierownika jednostki plan pomocy [9].

Dane zostały zebrane w ostatnim kwartale 2008 r. Wszystkie informacje, udokumentowane w formie pisemnej, zostały udostępnione za zgodą kierownictwa Miejskiego i Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Zgierzu. Uzyskane informacje zostały zgromadzone w sposób uniemożliwiający identyfikację danych osobowych i wykorzystane wyłącznie do analiz zbiorczych w celu badawczym. Dane zostały wprowadzone do sporządzonego w tym celu formularza, a następnie przetworzone w programie komputerowym Excel.

W analizie statystycznej danych dotyczących 387 osób zastosowano następujące miary: wskaźniki struktury – odsetki lub frakcje, jeśli analizowana próba była mniejsza niż 100 osób, miary położenia dla cech

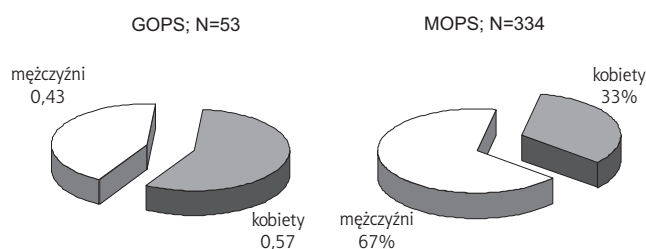
mierzalnych: średnia arytmetyczna, mediana, moda. W pracy dokonano oceny zależności pomiędzy badanymi zmiennymi przy pomocy testu niezależności na poziomie istotności  $p=0,05$ , a w przypadku ich istnienia oceniono siłę takiego związku wyliczając współczynnik C-Pearsona.

## Wyniki badań i ich omówienie

Na dzień 31 grudnia 2007 r. liczba mieszkańców Zgierza wynosiła ogółem 57173 (w tym 30474 kobiet i 26699 mężczyzn). Wskaźnik feminizacji przyjął wartość 114,1. 20,2% ogółu ludności miasta stanowiły osoby w wieku 60 lat i więcej. Gminę Zgierz zamieszkiwało 11654 osób (5734 mężczyzn i 5920 kobiet). 17,3% stanowiły osoby w wieku 60 lat i więcej. Wskaźnik feminizacji w gminie Zgierz wyniósł 103,2 [10].

W 2007 r. 628 osób uzyskało prawo do otrzymywania świadczeń socjalnych z Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej. 8,4% świadczeniobiorców (53 osoby) stanowiły osoby w wieku 60 lat i więcej zamieszkujące wsie podległe gminie Zgierz. Średni wiek osób starszych uzyskujących pomoc wyniósł 66,1 lat i był wyższy w przypadku kobiet, dla których wyniósł 67,8 lat, w porównaniu do 64,4 lat dla mężczyzn. Mediana wieku osób objętych badaniem wyniosła 64,0 lata; dla kobiet 64,0 lata, zaś dla mężczyzn 63,5 lat. W przypadku obu płci świadczeniobiorcy najczęściej byli w wieku 61,0 lat.

W tym samym roku 334 osoby w wieku 60 lat i więcej uzyskały pomoc z Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej. Wśród świadczeniobiorców znalazło się 225 kobiet i 109 mężczyzn (ryc. 1).



Ryc. 1. Struktura badanych w wieku 60 lat i więcej według płci

Fig. 1. Respondents aged 60 years and over by gender

Źródło: opracowanie własne

Średni wiek osób starszych otrzymujących pomoc wyniósł 69,8 lat i był nieznacznie wyższy w przypadku kobiet, dla których wyniósł 70,2 lat, w porównaniu do 69,5 lat dla mężczyzn. Mediana wieku wyniosła 69,0 lat; dla kobiet 70,0 lat, zaś dla mężczyzn 68,0 lat. Ogółem świadczeniobiorcy najczęściej byli w wieku 62,0 lata. Minimalny wiek osób starszych pobierających świadczenia z MOPS wyniósł 61,0 lat (39 osób – 12 mężczyzn i 27 kobiet), zaś maksymalny



100 lat (1 osoba – kobieta). Wśród osób korzystających ze świadczeń socjalnych zapewnianych przez GOPS najczęściej były wdowiały kobiety (20 osób), zaś najmniej świadczeniobiorców stanowili wdowcy (1 osoba). Wśród 30 kobiet było 20 wdów, 8 mężatek i 2 panny. Wśród 23 mężczyzn znalazło się 8 żonatych, 7 kawalerów, 7 rozwiedzionych i 1 wdowiec. Wśród osób starszych będących podopiecznymi MOPS, podobnie jak w przypadku gminnego ośrodka, największą grupę stanowiły wdowy. Wśród kobiet aż 137 to wdowy, co stanowiło 60,9% wszystkich kobiet. Ponadto w badanej grupie było 31 panien (13,8%), 29 mężatek (12,9%), 23 rozwódki (10,2%), 3 w trakcie separacji (1,3%). Wśród mężczyzn było 37 rozwiedzionych, którzy stanowili 33,9% ogółu mężczyzn, 29 wdowców (26,6%), 18 żonatych (16,5%), 15,6% stanowili kawalerowie (17 osób), było także 5 pozostających w separacji – stanowili oni 4,6% [9].

Warto zaznaczyć, iż w badaniu wykazano, że podopiecznymi Ośrodków Pomocy Społecznej, zarówno Gminnego, jak i Miejskiego, były najczęściej osoby prowadzące samodzielne gospodarstwa jednoosobowe. W mieście było 276 takich gospodarstw (82,6%), zaś na terenie gminy 36 (ponad dwie trzecie wszystkich gospodarstw otrzymujących świadczenia z GOPS) – łącznie gospodarstwa jednoosobowe stanowiły 80,60% wszystkich analizowanych gospodarstw na terenie miasta i gminy. Najmniej było gospodarstw czteroosobowych – w mieście 6 (1,8%), zaś na terenie gminy 1, co łącznie stanowiło zaledwie 1,8% wszystkich badanych gospodarstw (ryc. 2). Średnia liczba osób w gospodarstwie domowym świadczeniobiorców wyniosła 1,2 w mieście i 1,4 na terenie wiejskim, gdzie była o 0,2 wyższa w porównaniu do miasta.

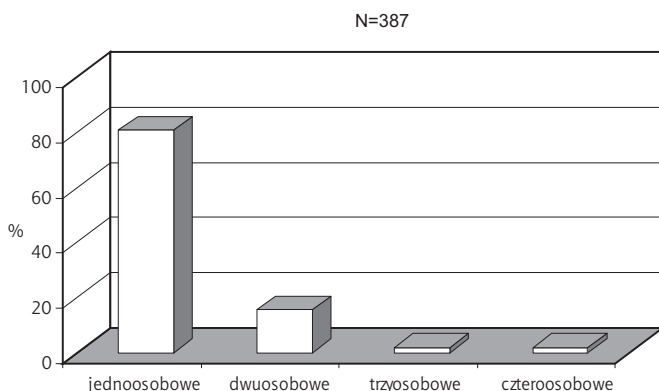
Przy pomocy testu niezależności zweryfikowano zależności istniejące pomiędzy poszczególnymi zmiennymi. Na przyjętym poziomie istotności  $p \leq 0,05$  stwierdzono, że struktura gospodarstw domowych pod

względem liczebności istotnie zależy od miejsca zamieszkania. Średnia liczba osób wspólnie gospodarujących jest nieznacznie wyższa wśród podopiecznych Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej. Współczynnik C-Pearsona równy 0,350 świadczy o niezbyt silnej zależności między badanymi cechami.

Wśród zmiennych wyodrębnionych w badaniu dokonano analizy przyczyn wystąpienia z wnioskiem o pomoc. Na terenie gminy, wśród przyczyn tych najczęściej odnotowano ubóstwo, które dotknęło 21 osób. 17 wniosków umotywowanych było długotrwałą chorobą, 12 niepełnosprawnością, 2 alkoholizmem. Zanotowano jeden przypadek zdarzenia losowego – podobnie jak w odniesieniu do świadczeniobiorców MOPS, dla których najczęstszym powodem starania się o wsparcie była długotrwała choroba – dotknęła ona 146 osób. Wśród pozostałych przyczyn znalazły się: ubóstwo (77 osób), niepełnosprawność (64 osoby), alkoholizm (3 osoby) i inne przyczyny (43 osoby). Często, zarówno wśród podopiecznych GOPS, jak i MOPS, przyczyn było więcej niż jedna, najczęściej dwie. Choroba przewlekła często współistniała z niepełnosprawnością lub ubóstwem [9]. Strukturę przyczyn ubiegania się o pomoc przedstawiono w tabeli III.

Tabela III. Struktura przyczyn wystąpienia z wnioskiem o pomoc do ośrodków pomocy społecznej (frakcje i %)  
Table III. Causes of applications for assistance of social care centers (fractions and %)

Przyczyny	GOPS		MOPS		Ogółem	
	n	f	n	%	N	%
Długotrwała choroba	17	0,32	146	43,72	163	42,12
Ubóstwo	21	0,39	77	23,05	98	25,32
Niepełnosprawność	12	0,23	64	19,16	76	19,64
Alkoholizm	2	0,04	3	0,90	5	1,29
Zdarzenie losowe	1	0,02	1	0,30	2	0,52
Inne	0	0,00	43	12,87	43	11,11
Razem	53	1,00	334	100,00	387	100,00



Ryc. 2. Struktura gospodarstw domowych podopiecznych GOPS i MOPS

Fig. 2. Households of country and town social care center users

Źródło: opracowanie własne

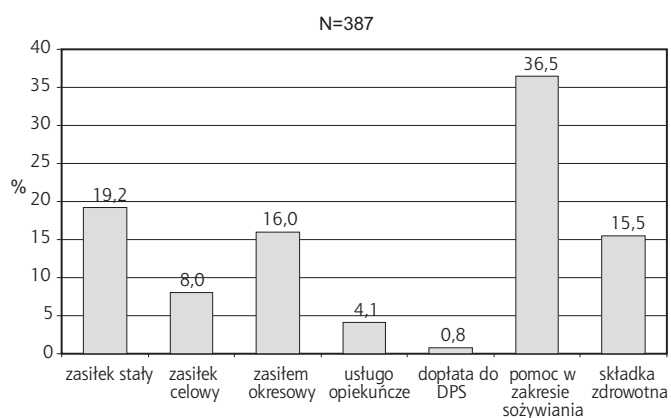
Dokonano również analizy sytuacji materialnej podopiecznych Ośrodków Pomocy Społecznej. Wśród podopiecznych Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej co trzecia osoba (16 osób) nie miała żadnego dochodu. Został im przyznany zasiłek stały w kwocie 444 zł i ubezpieczenie zdrowotne w wysokości 39,96, zł zaś łączna kwota świadczenia wyniosła 483,96 zł miesięcznie. Podopieczni GOPS najczęściej (ponad jedna trzecia) uzyskiwali dochód nie przekraczający 200 zł. 0,23 świadczeniobiorców uzyskało dochód w wysokości od 400 do 600 zł, zaś 0,21 w wysokości od 600 do 800 zł. Jedynie 0,04 wszystkich beneficjentów na terenie gminy uzyskało miesięczny dochód wyższy niż 1000 złotych. Spośród 36 gospodarstw jednoosobowych połowa świadczeniobiorców prze-

kraczała kryterium dochodowe, zaś spośród 17 osób pozostających w rodzinie 10 osób (0,59 ogółu) nie spełniało kryterium dochodowego. Zgodnie z przepisami zawartymi w ustawie został im przyznany zasiłek specjalny, celowy lub okresowy w różnej kwocie w zależności od ich sytuacji oraz w przypadku dwóch osób z najwyższym dochodem (powyżej 1000 zł) – usługi opiekuńcze. Mężczyźni najczęściej uzyskiwali dochód nie przekraczający 200 zł (co stanowiło 0,3 wszystkich mężczyzn), zaś kobiety uzyskiwały dochód w wysokości od 400 do 800 zł – ponad jedna trzecia kobiet otrzymujących pomoc z GOPS. Wśród mężczyzn nikt nie uzyskiwał dochodu powyżej 800 złotych. Średni miesięczny dochód mężczyzn objętych badaniem wyniósł 374,26 zł, zaś kobiet 400,67 zł.

Spśród 334 świadczeniobiorców Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej 76 – 22,8% (31 mężczyzn i 45 kobiet) nie posiadało żadnego dochodu. Przyznano im świadczenie stałe w wysokości 444 zł. 235 świadczeniobiorców (70,36%) spełniło warunki kryterium dochodowego i zostały im przyznane zasiłki w kwotach stanowiących różnicę między miesięcznym dochodem a kryterium dochodowym. 109 osobom (32,63%) przekraczającym kryterium dochodowe przyznano zasiłki specjalne celowe i okresowe w zależności od dochodu i zgłoszonej potrzeby. Zarówno mężczyźni jak i kobiety otrzymujący świadczenia z MOPS najczęściej uzyskiwali dochód nie przekraczający 200 zł (47%). 4 kobiety i 9 mężczyzn uzyskało dochód powyżej 1000 zł. Osobom o najwyższym dochodzie zgodnie z potrzebą i oczekiwaniami wynikającymi z długotrwałej, ciężkiej choroby przyznano usługi opiekuńcze. Średni miesięczny dochód mężczyzn wyniósł 323,82 zł i był o 17,17 zł niższy w porównaniu do kobiet, dla których wyniósł 340,99 zł.

Średni miesięczny dochód świadczeniobiorców MOPS, zarówno w odniesieniu do mężczyzn, jak i do kobiet był niższy niż w przypadku podopiecznych GOPS, dla których wyniósł on odpowiednio 374,26 zł i 400,67 zł. Na poziomie istotności  $p \leq 0,05$  stwierdzono, że wysokość dochodu uzyskiwanego miesięcznie przez podopiecznych GOPS w sposób istotny zależy od płci. Aby ocenić siłę tej zależności wyznaczono współczynnik C-Pearsona, który wyniósł 0,531 i świadczy o umiarkowanej zależności między cechami. Podobną weryfikację zależności pomiędzy danymi cechami przeprowadzono w odniesieniu do podopiecznych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej. Przy użyciu testu stwierdzono, że istnieje istotna statystycznie zależność pomiędzy uzyskiwanym miesięcznie dochodem a płcią. Na uwagę zasługuje fakt, iż kobiety uzyskiwały nieznacznie wyższy miesięczny dochód w porównaniu z mężczyznami. Współczynnik C-Pearsona wynoszący 0,238 wskazuje na niezbyt silną zależność między tymi zmiennymi.

Formy pomocy uzyskiwanej przez świadczeniobiorców GOPS i MOPS były zróżnicowane. W przypadku osób mieszkających na terenie gminy najwięcej podopiecznych – 32 osoby – otrzymało zasiłek celowy. Był to zasiłek na posiłek lub w naturze. Przyznano tylko jeden zasiłek okresowy. 3 osoby otrzymały dopłatę do kosztów utrzymania w domu pomocy społecznej oraz usługi opiekuńcze w postaci pracy opiekuna socjalnego. 14 osób pobierało świadczenia w postaci zasiłku stałego. Dane dotyczące form otrzymanej pomocy przedstawiono na rycinie 3.



Ryc. 3. Struktura form pomocy uzyskanej z GOPS i MOPS

Fig. 3. Forms of assistance from country and town social care centers

Źródło: opracowanie własne

Wśród podopiecznych MOPS najwięcej osób (147) otrzymało pomoc w zakresie dożywiania w oparciu o realizowany program rządowy. 66 podopiecznym przyznano zasiłek stały, zaś 61 zasiłek okresowy, którego przyznanie w 27 przypadkach spowodowane było bezrobociem, w 10 niepełnosprawnością, w 7 długotrwałą chorobą, zaś w 10 pozostałymi przyczynami. 60 osobom przysługiwało ubezpieczenie zdrowotne, którym dotychczas nie były objęte. Dokonując analizy struktury form pomocy uzyskanej z MOPS i GOPS należy zaznaczyć, że największy udział miała pomoc w zakresie dożywiania (36,50%) i zasiłki stałe (19,20%).

## Dyskusja

Liczba osób w gospodarstwach domowych ulega ciągłym zmianom. Od 1960 roku obserwuje się systematyczny spadek gospodarstw domowych 3-, 4-, 5-osobowych z jednoczesnym wzrostem jednoosobowych [1]. Szersze analizy krajów członkowskich UE potwierdziły, że ludzie starsi żyją w mniejszych gospodarstwach domowych niż ludzie w wieku 30-59 lat. W 2005 r. średnia liczba osób w rodzinach wynosiła: 3,1 – wśród osób w wieku 30-44 lat, 2,7 – wśród osób w wieku 45-59 lat i 1,8 – wśród osób w wieku 60 lat i więcej. Należy zwrócić uwagę, iż osoby starsze,

zwłaszcza powyżej 80. roku życia, mają zwiększone ryzyko bycia osamotnionym, a jednocześnie słabszym w wykonywaniu czynności dnia codziennego. Muszą więc liczyć one na pomoc innych osób. Sytuacja taka sprawia, że osoby starsze coraz częściej korzystają z instytucjonalnych usług opiekuńczych. W UE w 2001 roku 1,7 miliona osób (83% stanowiły kobiety) w wieku 80 lat i więcej mieszkało w takich instytucjach. Skutkiem starzenia się społeczeństwa będzie niewątpliwie utrzymujący się trend spadkowy liczebności gospodarstw domowych. Wszystko wskazuje na to, że jednocześnie nie zmieni się struktura przyczyn takiej sytuacji [1].

Zachodzące przemiany demograficzne, zarówno w Polsce, jak i na świecie charakteryzują się postępującym procesem starzenia się populacji. Starość jest niezwykle trudnym etapem życia, niosącym ze sobą wyzwania natury ekonomicznej, społecznej, medycznej. Konsekwencje tego procesu mają wymiar indywidualny a także społeczny. Dawny model przygotowywania do starości koncentrował się przede wszystkim w obszarze medycyny i psychologii. Obecnie, ze względu na bardzo wysokie koszty finansowania systemu opiekuńczego dla osób starszych, coraz większy nacisk kładzie się na sferę ekonomicznego przygotowania do starości. Coraz więcej mówi się także o indywidualnej odpowiedzialności za własny byt w okresie wieku emerytalnego [11]. Problematyka osób starszych staje się powszechnym obszarem zainteresowania nauk społecznych i biomedycznych. Wzrost populacji osób starszych skłania zaś do przeprowadzania badań empirycznych dotyczących jakości życia [12, 13, 14].

Sektor opieki społecznej jest niezwykle złożony i niejednorodny, zarówno w odniesieniu do organizacji opieki, jak i do zasad finansowania usług socjalnych. Dlatego też wszelkie badania dotyczące tych zagadnień niosą ze sobą wiele trudności metodologicznych [15, 16].

Analizując wyniki badań, warto odnieść się do kilku z nich. Należy zaznaczyć, że do tej pory problematyce osób starszych w aspekcie pomocy społecznej poświęcono mało uwagi. Literatura dotycząca tego zagadnienia jest jeszcze relatywnie uboga, rzadko też prowadzono badania empiryczne na ten temat. Można jednak wskazać na kilka z tych, które dotyczyły usług opiekuńczych, jakości życia osób starszych oraz instytucji opiekuńczych.

Jedną z często podejmowanych przez badaczy kwestii jest struktura gospodarstw domowych. Ma ona niewątpliwie wpływ na zaspokojenie potrzeb osób starszych i na ich funkcjonowanie w życiu codziennym. W polskiej tradycji to właśnie rodzina najstarszych członków rodu zapewniała opiekę osobom starszym. W 1967 r. w ogólnopolskich badaniach Piotrowskiego

wykazano, że 67% osób po 65. roku życia, mających dzieci, mieszkało razem z nimi. W głównej mierze (76%) dotyczyło to rodzin rolniczych. Między 1979 a 1994 rokiem zmniejszyła się liczba osób starszych mieszkających w rodzinach wielopokoleniowych w Białymstoku z 41 do 34% wśród mężczyzn i z 51 do 35% wśród kobiet. Podobne wyniki uzyskano w badaniach przeprowadzonych przez Główny Urząd Statystyczny w 1985 r. Potwierdzają to także wyniki badania własnego, które wskazują na dominację gospodarstw jednoosobowych. Otrzymane dane ilustrują zmniejszającą się liczbę rodzin wielodzietnych, które mogłyby zapewnić opiekę starszym członkom swoich rodzin. Dzieci od zawsze stanowiły główny punkt wsparcia dla osób starszych. Najczęściej pomoc ta przyjmuje formę opieki i pielęgnacji w przypadku choroby, niepełnosprawności, niedołążności. Aż 58% osób po 60. roku życia oczekuje pomocy od dzieci. Systematyczną pomoc finansową ze strony dzieci otrzymuje od 7 do 12% osób starszych [17, 18]. Podobne badanie, dotyczące liczebności i wydatków gospodarstw domowych emerytów przeprowadzono w 2004 r. Analizą objęto 7762 gospodarstwa domowe emerytów. Przeciętnie na jedno gospodarstwo przypadały 2,2 osoby. Każda z badanych osób dążyła do optymalnego zaspokojenia swoich potrzeb, aczkolwiek ich realizacja zależała od posiadanych środków finansowych [19].

Jednym z badań dotyczących potrzeb życiowych osób starszych była corocznie przeprowadzana – w latach 1999-2004 – analiza opisująca strukturę potrzeb gospodarstw domowych ze szczególnym uwzględnieniem osób w podeszłym wieku. Badania prowadzono w Instytucie Statystyki i Demografii SGH od chwili wprowadzenia reformy systemu emerytalnego – tj. od roku 1999. Ich celem była identyfikacja potrzeb osób starszych. Metodą badawczą był wywiad bezpośredni z kwestionariuszem ankietowym, zaś respondentem była „głowa” gospodarstwa domowego, a wywiady przeprowadzano w miejscu zamieszkania. Dokonano także oceny możliwości gromadzenia zapasów materialnych i postaw wobec oszczędzania. Wyniki badań jednoznacznie wskazały na istnienie potrzeby bezpieczeństwa – zarówno w aspekcie finansowym, jak i socjalnym. 33,3% badanych zgłosiło taką potrzebę. W tej grupie respondentów duże znaczenie miało także zachowanie zdrowia i sprawności fizycznej. Dla 20,5% badanych obie te potrzeby były ich priorytetami życiowymi. Na poziomie istotności  $p=0,319$  stwierdzono, że znaczenie zabezpieczenia okresu starości nie jest związane z aktualnymi możliwościami dochodowymi ani ze stanem zamożności, ale jest związane z odczuciami członków gospodarstw domowych na temat swojej sytuacji finansowej. Prognozy demograficzne wskazują na wzrost odsetka osób



starszych w polskim społeczeństwie, zaś przeprowadzone badanie pokazuje, że zachowania prozdrowotne i sprzyjające zabezpieczeniu w okresie starości są nadal niewystarczające i zbyt mało roztropne. Nadal także nie jest powszechne planowanie długookresowe nakierowane na oszczędzanie z myślą o starości, co może zaowocować problemem zwielokrotnionych potrzeb w zakresie świadczeń zdrowotnych i socjalnych [20].

Wyniki badania przeprowadzonego w Zgierzu pokazały, iż znaczący wpływ na częstość korzystania z usług opieki społecznej mają czynniki demograficzne, w szczególności postępujący proces starzenia populacji. Na podkreślenie zasługuje fakt, iż wśród podopiecznych ośrodków pomocy społecznej w wieku 60 lat i więcej zamieszkujących zarówno w mieście, jak i na wsi, najczęściej były osoby prowadzące jednoosobowe gospodarstwa domowe. Uzyskane wyniki wykazały, że nieznacznie częściej z usług opieki społecznej korzystały mieszkańcy miasta niż mieszkańcy wsi. Mężczyźni uzyskujący świadczenia z zakresu pomocy społecznej najczęściej byli żonaci, zaś kobiety owdowiałe. Samotnie gospodarujące kobiety w wieku 60 lat i więcej były najczęstszymi świadczeniobiorcami pomocy zarówno ze strony MOPS, jak i GOPS. Uzyskiwane dochody, w próbie objętej badaniem, w dużej mierze nie pozwalały na zaspokojenie podstawowych potrzeb i pokrycie koniecznych wydatków. Częste występowanie chorób przewlekłych i niepełnosprawności wśród osób starszych staje się powodem wzrostu zapotrzebowania na usługi lecznicze, co pociąga za sobą znaczny wzrost wydatków na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych [21]. Jednak jednym z najważniejszych czynników wpływających na potrzebę korzystania z pomocy społecznej jest struktura gospodarstw domowych. Model rodziny wielodzietnej, który obecnie coraz rzadziej występuje,

spełnia ogromną rolę w zapewnianiu opieki osobom starszym. Rodzina wielopokoleniowa stanowi dla osoby starszej zabezpieczenie – zarówno w kwestii materialnej, jak i społecznej. Obecny model rodziny małodziejstwa sprawia, że kolejne pokolenia nie spełnią swojej zasadniczej roli w opiece nad starszymi członkami rodziny. Zwiększająca się liczba jednoosobowych gospodarstw domowych ludzi starszych determinuje w sposób istotny wzrost zapotrzebowania na świadczenia opieki społecznej [22, 23, 24].

## Podsumowanie

Wyniki badania dotyczącego oceny korzystania z usług pomocy społecznej przez starszych mieszkańców miasta i gminy Zgierz pokazały, iż znaczący wpływ na częstość korzystania z usług pomocy społecznej mają uwarunkowania demograficzne. Zarówno w przypadku MOPS jak i GOPS świadczeniobiorcami w wieku starszym były głównie kobiety. Stanowiły one ponad 68% podopiecznych w mieście i ponad połowę na terenie gminy. Na uwagę zasługuje fakt, iż wśród podopiecznych zamieszkujących zarówno w mieście, jak i na wsi, najczęściej były osoby prowadzące samodzielne gospodarstwa domowe. Aż 82,63% świadczeniobiorców Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej stanowiły osoby samodzielnie gospodarujące, zaś wśród świadczeniobiorców pomocy udzielanej przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej gospodarstwa jednoosobowe stanowiły ponad dwie trzecie wszystkich badanych gospodarstw. Osoby starsze mieszkające samotnie zdecydowanie częściej potrzebują pomocy z zewnątrz, niż osoby pozostające z rodziną. Na tej podstawie można twierdzić, że struktura gospodarstw domowych w znacznym stopniu determinuje częstość korzystania z usług pomocy społecznej przez osoby starsze, zarówno w środowisku miejskim jak i wiejskim.

## Piśmiennictwo / References

1. Demography Report 2008: meeting social needs in an ageing society, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg 2009: 10-55.
2. Drager N, McClintock E, Moffit M. Negotiating health development: A guide for practitioner. Conflict Management Group. WHO, Geneva 2000: 8-15.
3. Attkosson CC, Hargreaves WA, Horowitz MJ, et al. Evaluation of human service programs. Academic Press, NY-San Francisco-London 1978: 137-205.
4. Kuciarska-Ciesielska M. Gospodarstwa domowe – charakterystyka demograficzna. [w:] Tendencje zmian struktur ludności, gospodarstw domowych i rodzin w latach 1988-1995. Kuciarska-Ciesielska M (red). GUS, Warszawa 1998: 25-45.
5. Bryła M, Maniecka-Bryła I. Starzenie się ludności jako wyzwanie dla polityki zdrowotnej. Polit Społ 2009, 8: 14-17.
6. Grzesiuk A. Postawy konsumpcyjne jako determinanta kondycji ekonomicznej gospodarstw domowych. [w:] Bankructwa gospodarstw domowych. Perspektywa ekonomiczna i społeczna. Świecka B (red). Difin, Warszawa 2008: 74-83.
7. Nowak-Sapota W. Przestrzenne zróżnicowanie struktur gospodarstw domowych osób w starszym wieku. [w:] Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich. Kowaleski JT, Szukalski P (red). UE, Łódź 2006: 420-428.
8. Podolec B, Ulman P, Wałęga A. Aktywność ekonomiczna a sytuacja materialna gospodarstw domowych. UE, Kraków 2008: 76-78.
9. Szlawska M, Maniecka-Bryła I, Bryła M. Korzystanie z usług opieki społecznej przez starszych mieszkańców miasta i gminy Zgierz. Acta Univ Lodz Folia Oeconom 2009, 231: 217-229.

10. Rocznik Statystyczny Województwa Łódzkiego 2007. Urząd Statystyczny w Łodzi, Łódź 2008: 2-38.
11. Urbaniak B. Ekonomiczne przygotowanie do starości. *Gerontol Pol* 1998, 6(3-4): 55-60.
12. Maniecka-Bryła I, Bryła M. Poglądy osób w wieku 65-74 lata na temat pomyślnego starzenia. *Gerontol Pol* 2008, 16(2): 119-126.
13. Borg C, Hallberg IR, Blomqvist K. Life satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity: the relationship to social, health and financial aspects. *J Clin Nurs* 2006, 15: 607-618.
14. Kleinspehn-Ammerlahn A, Kotter-Grühn D, Smith J. Self-perceptions of aging: do subjective age and satisfaction with aging change during old age? *J Gerontol Series B: Psychol Sci Social Sci* 2008, 63A(6): 377-385.
15. Krzyszkowski J. Usługi opiekuńcze dla ludzi starych w miejscu zamieszkania w Polsce i w innych krajach UE. [w:] *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*. Kowaleski JT, Szukalski P (red). UŁ, Łódź 2006: 150-155.
16. Radziewicz-Winnicki A. Emeryci i renciści wobec sytuacji społecznej ubóstwa. Śląsk, Katowice 1997: 16-25.
17. Bień B, Wojszel B, Polityńska B i wsp. Opieka zdrowotna i społeczna nad ludźmi starszymi w Polsce w okresie reform systemowych. *Gerontol Pol* 1999, 7(2): 29-43.
18. Łukomska A, Wackowska J. Seniorzy o swojej starości. *Gerontol Pol* 2008, 16(1): 51-55.
19. Dembowska B. Ubezpieczenia w gospodarstwach domowych emerytów. [w:] *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*. Kowaleski JT, Szukalski P (red). UŁ, Łódź 2006: 366-370.
20. Rószkiewicz M. Zabezpieczenie starości w strukturze potrzeb przyszłych emerytów – postawy i zachowania ekonomiczne. [w:] *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*. Kowaleski JT, Szukalski P (red). UŁ, Łódź 2006: 355-360.
21. Gajewska O, Maniecka-Bryła I, Bryła M. Ocena chorobowości mieszkańców powiatu plockiego w wieku 65 lat i więcej będących pod opieką lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. *Acta Univ Lodz Folia Oeconom* 2009, 231: 187-200.
22. Eustis N. Long-term care for older persons: A policy perspective. Brooks, Monterey 1984: 15-19.
23. Integration of health care delivering. Technical Report Series. Report of a WHO Study Group, Geneva 1996: 18-24.
24. MacLennan WJ, Shepherd AN, Stevenson IH. *The elderly*. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-NY-Tokyo 1984: 11-27.