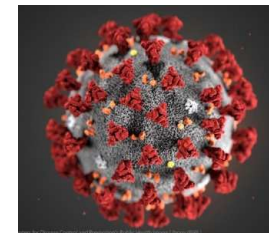




UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI
COLLEGIUM MEDICUM
W KRAKOWIE

WPŁYW PANDEMII NA SYTUACJĘ ZDROWOTNĄ I SPOŁECZNĄ OSÓB STARSZYCH W MAŁOPOLSCE



PROF. DR HAB. BEATA TOBIASZ-ADAMCZYK

Zakład Socjologii Medycyny
Katedry Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

V Małopolski Kongres Srebrnej Gospodarki

Kraków, 7 listopada 2022 r.

SPOŁECZEŃSTWO POLSKIE - OKRES PRZED PANDEMIĄ

Uwarunkowania zdrowotne i funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej:

- gorszy stan zdrowia społeczeństwa polskiego
- antyzdrowotny styl życia
- krótsza długość życia w zdrowiu

Uwarunkowania społeczne:

- nierówności społeczne
- przejawy dyskryminacji i wykluczenia pewnych grup społecznych
- niski poziom kapitału społecznego
- obniżanie się poziomu zaufania społecznego

Niewydajny system opieki zdrowotnej w zakresie:

- dostępności usług specjalistycznych
- działań rehabilitacyjnych
- poziomu opieki
- braku kadr medycznych

**Negatywny stosunek do szczepień wśród dorosłej populacji (np. grypy),
wzrost ruchów antyszczepionkowych**

POLSKA – OKRES PRZED PANDEMIĄ

1. Zahamowanie poprawy stanu zdrowia ludności, gorsze wskaźniki zdrowia Polaków w porównaniu do większości krajów Unii Europejskiej (zjawisko niepokojące).

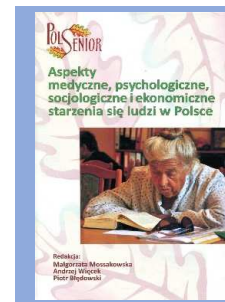
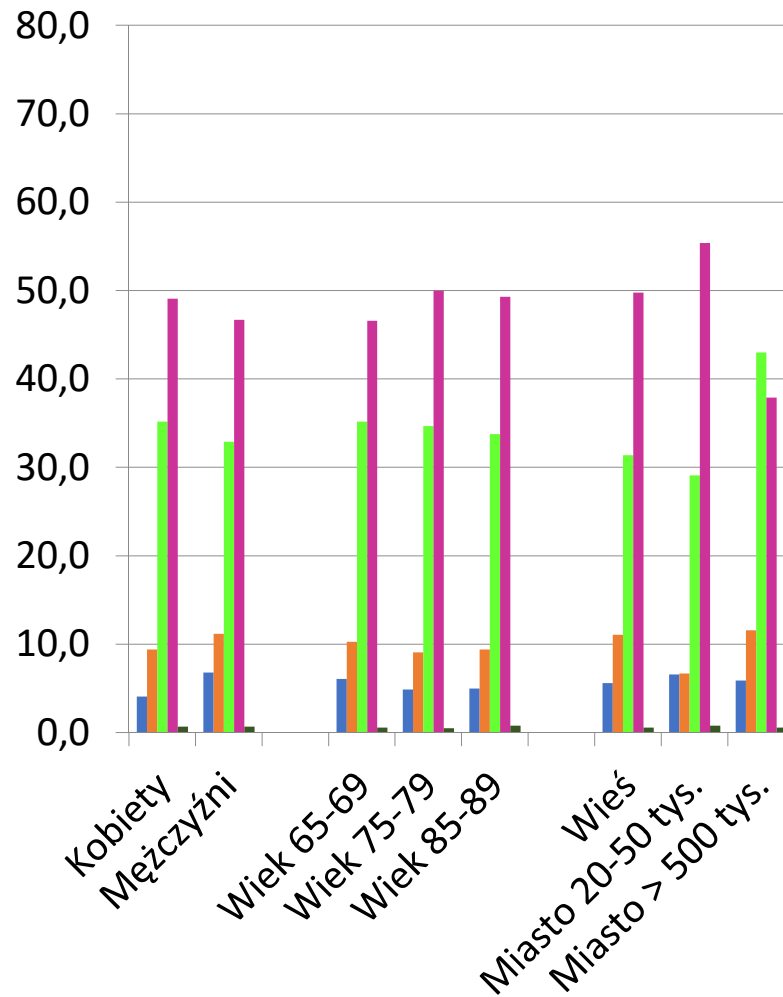
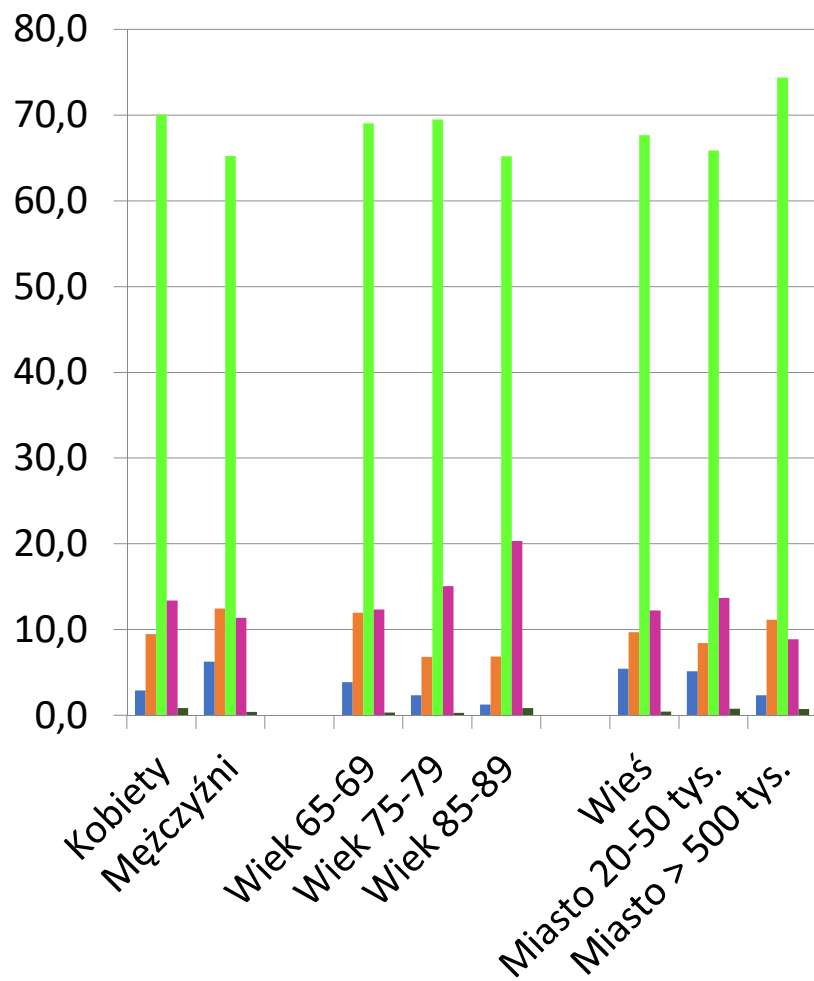
2. W 2019 r. długość życia mężczyzn wynosiła **74,1** lata, kobiet wynosiła **81,8** lat. Oczekiwana długość życia kobiet w latach (2016-2019) powolny trend spadkowy. W 2018 r. mężczyźni w Polsce mogli oczekiwać, że przeżyją w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) **60,5** lat (82% długości życia), a kobiety **64,3** lat (79%).

3. Długość życia polskich mężczyzn - wyraźnie krótsza niż przeciętna w krajach Unii Europejskiej – wg danych Eurostatu w 2018 r. o **4,6** lat, w przypadku kobiet wynosi **1,9** roku.

Częstość kontaktów z lekarzem pierwszego kontaktu

PolSenior 2

PolSenior 1

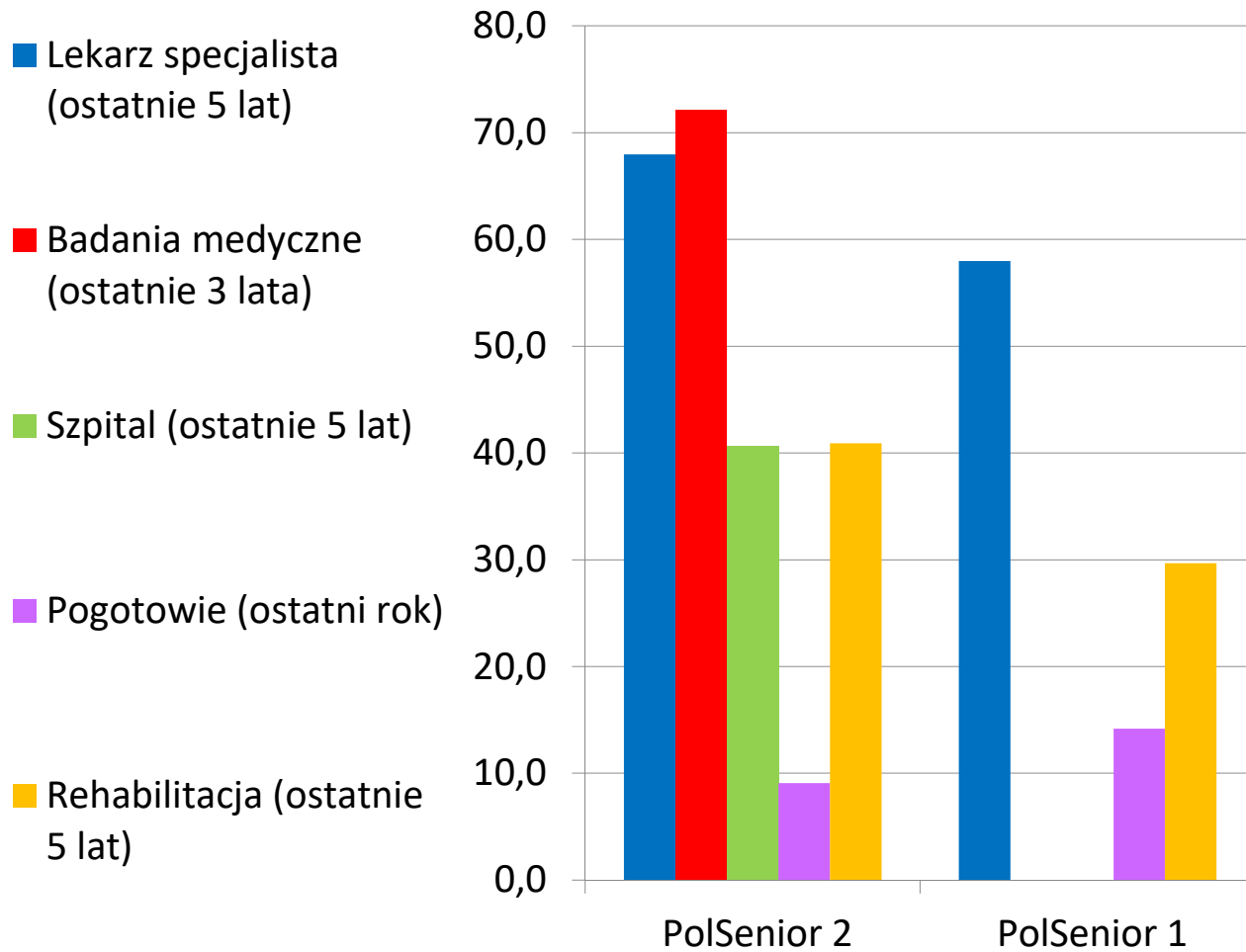


- Raz na 2-3 lata
- Raz na rok
- Kilka razy w roku
- 2-3 razy w miesiącu
- Raz w tygodniu

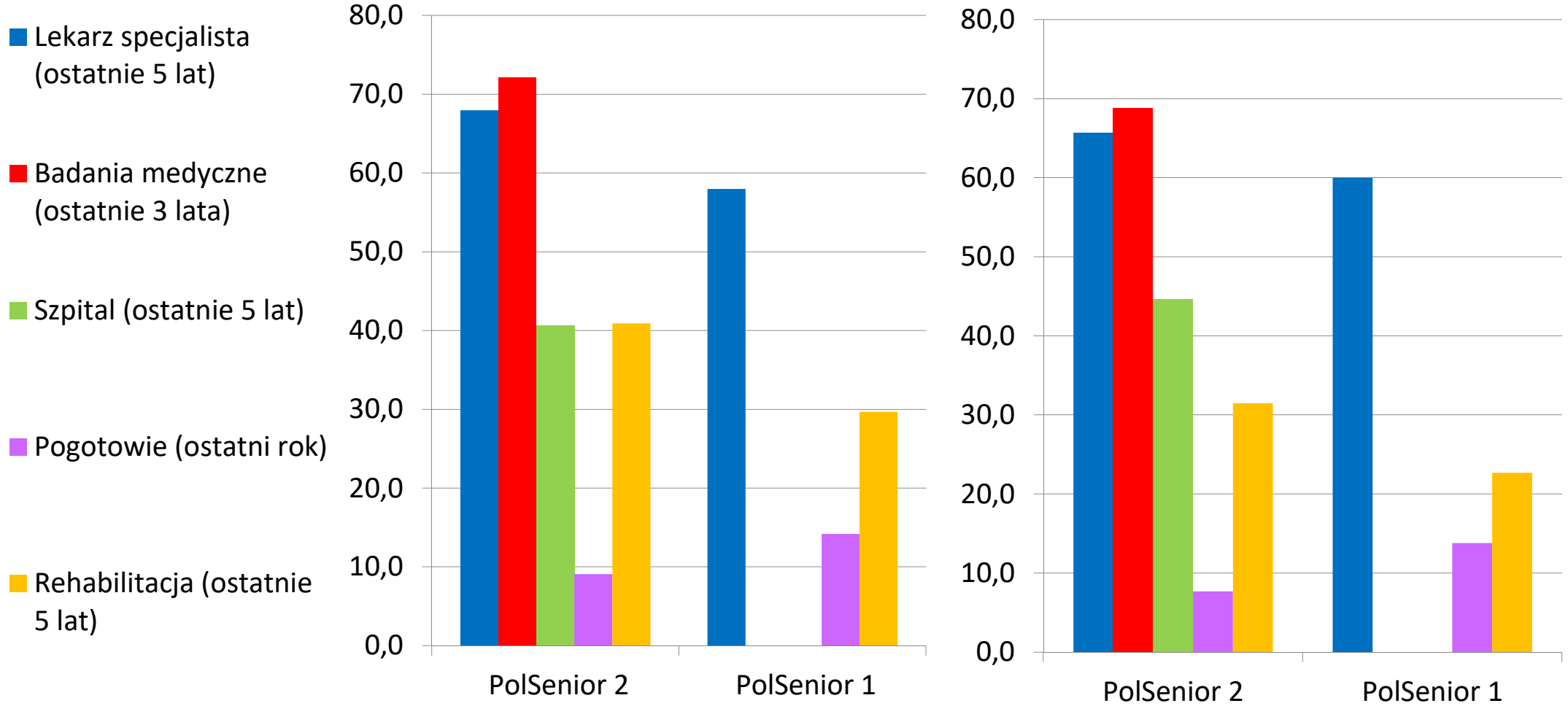
- Raz na 2-3 lata
- Raz na rok
- Kilka razy w roku
- 1-3 razy w miesiącu
- Raz w tygodniu

Częstość korzystania

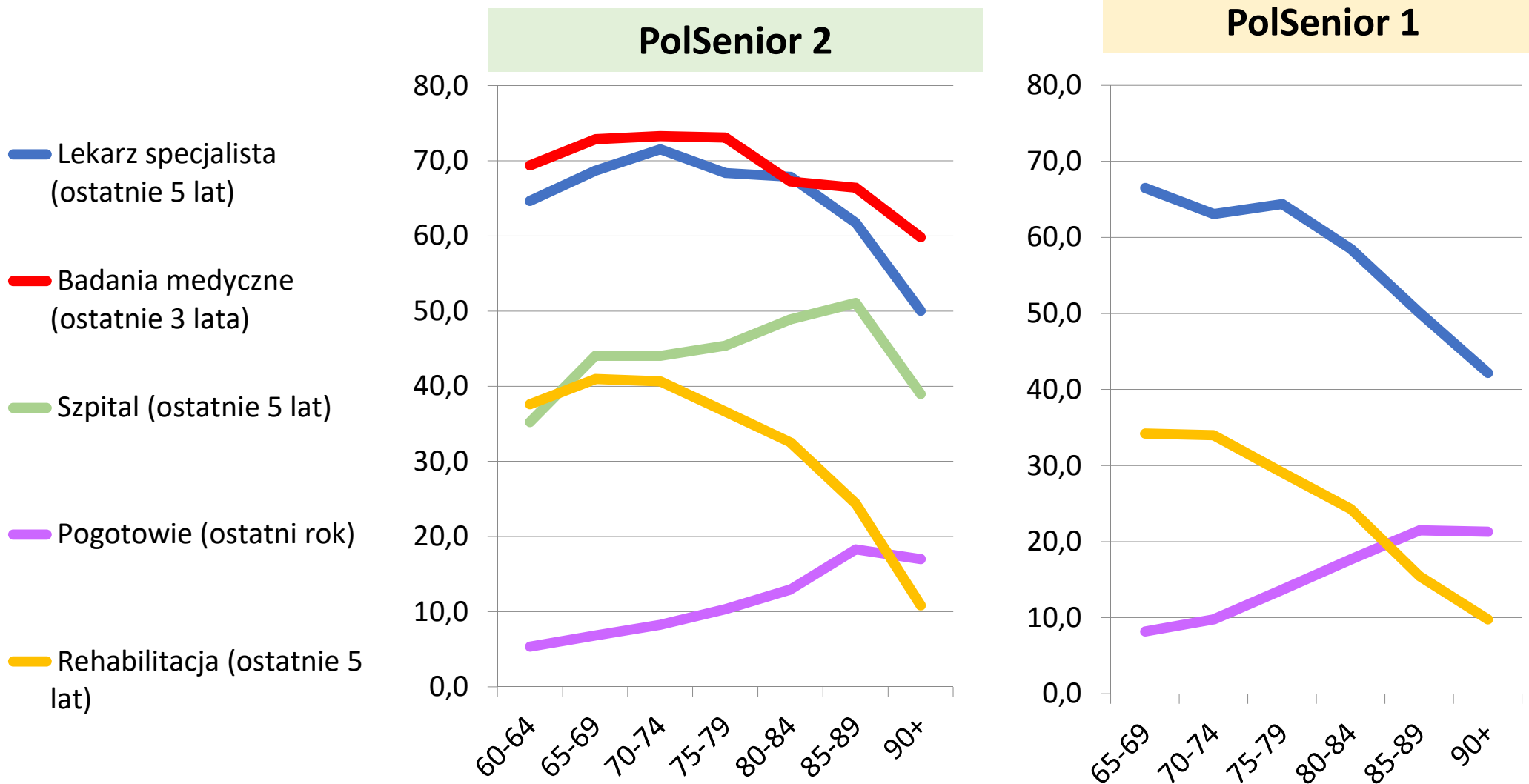
Kobiety



Mężczyźni



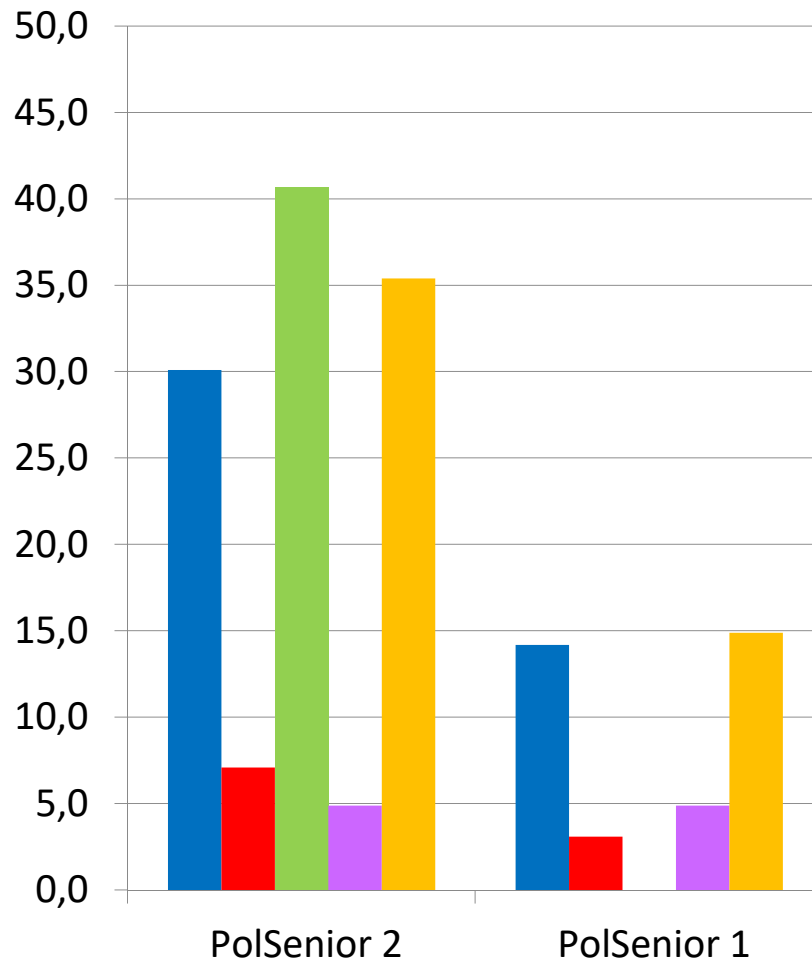
Częstość korzystania



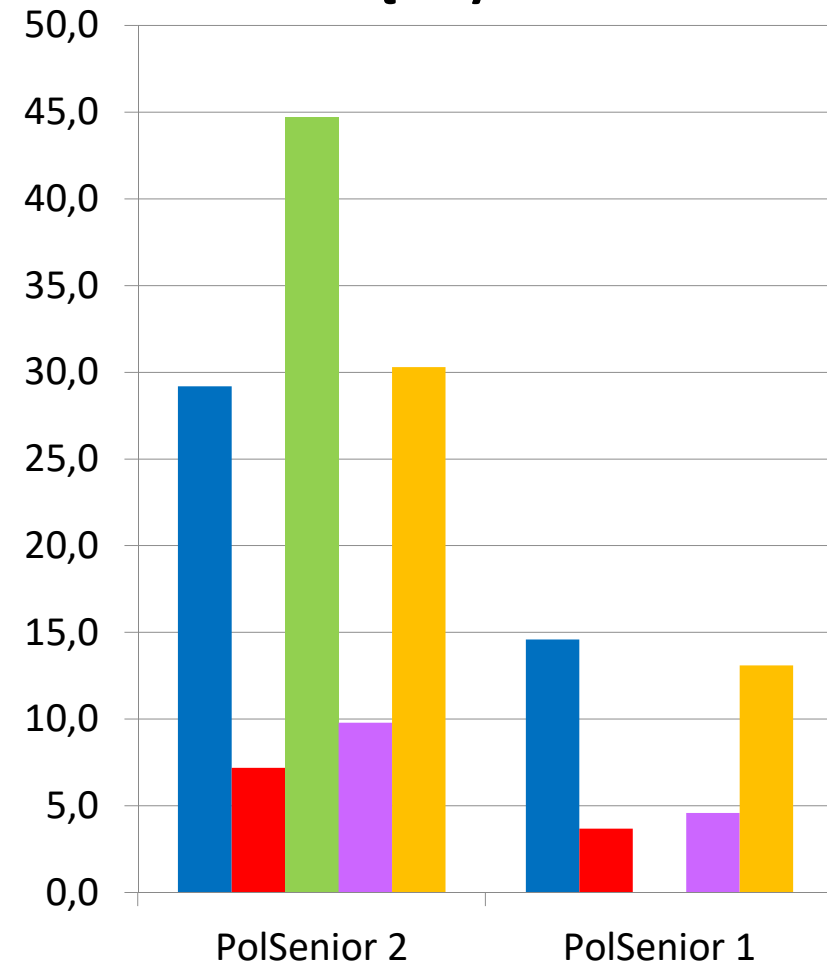
Ocena dostępności (negatywne oceny)

- Lekarz specjalista (ostatnie 5 lat)
- Badania medyczne (ostatnie 3 lata)
- Szpital (ostatnie 5 lat)
- Pogotowie (ostatni rok)
- Rehabilitacja (ostatnie 5 lat)

Kobiety

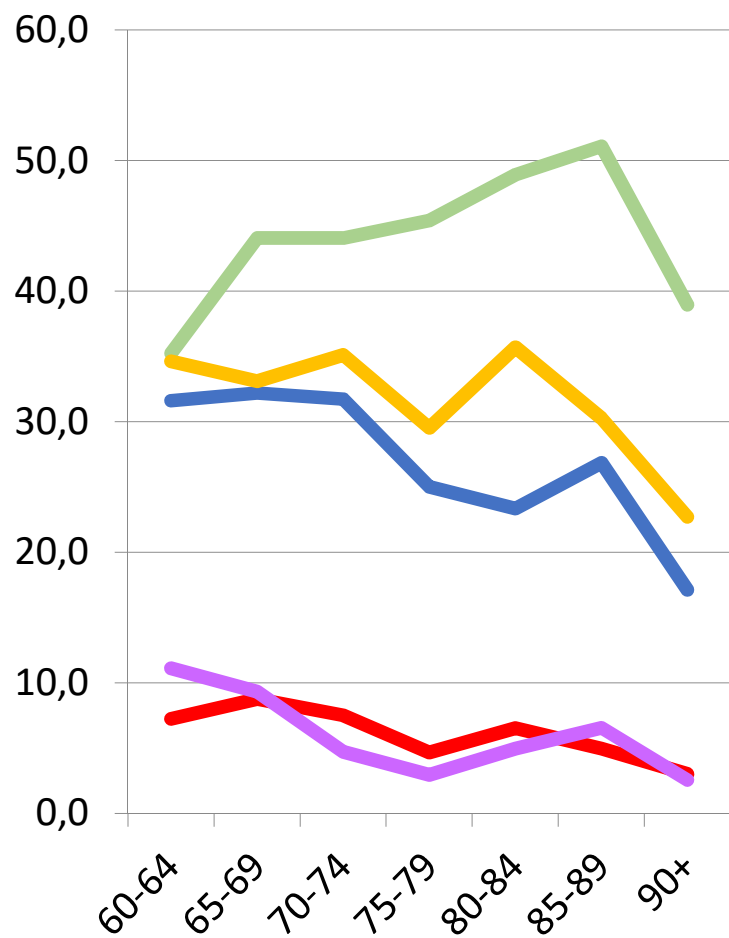


Mężczyźni

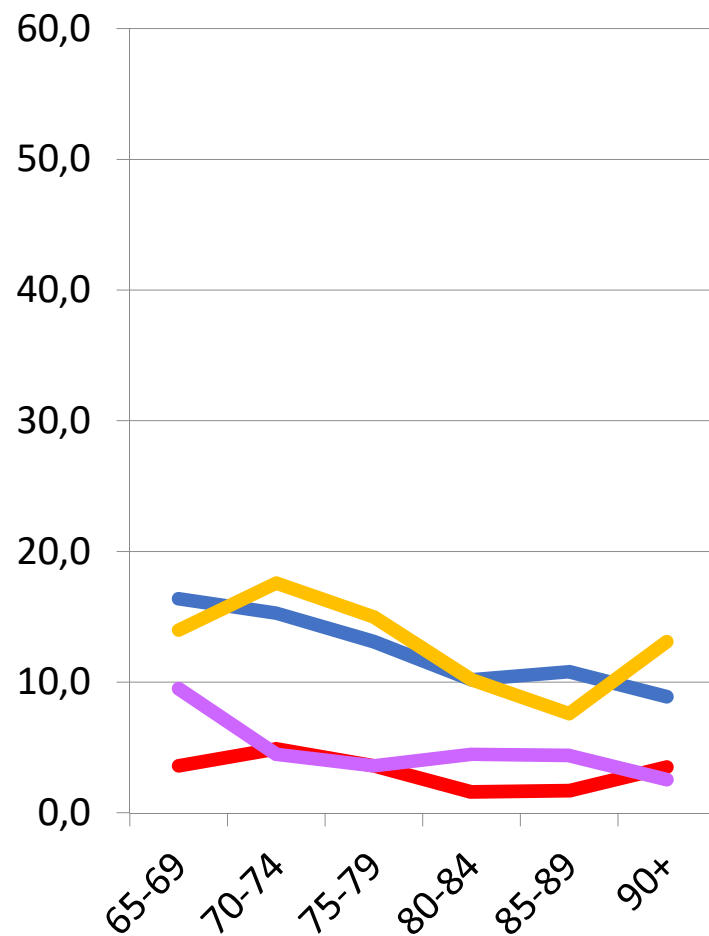


Ocena dostępności (negatywne oceny)

PolSenior 2



PolSenior 1



Lekarz specjalista (ostacie 5 lat)

Badania medyczne (ostacie 3 lata)

Szpital (ostacie 5 lat)

Pogotowie (ostacie rok)

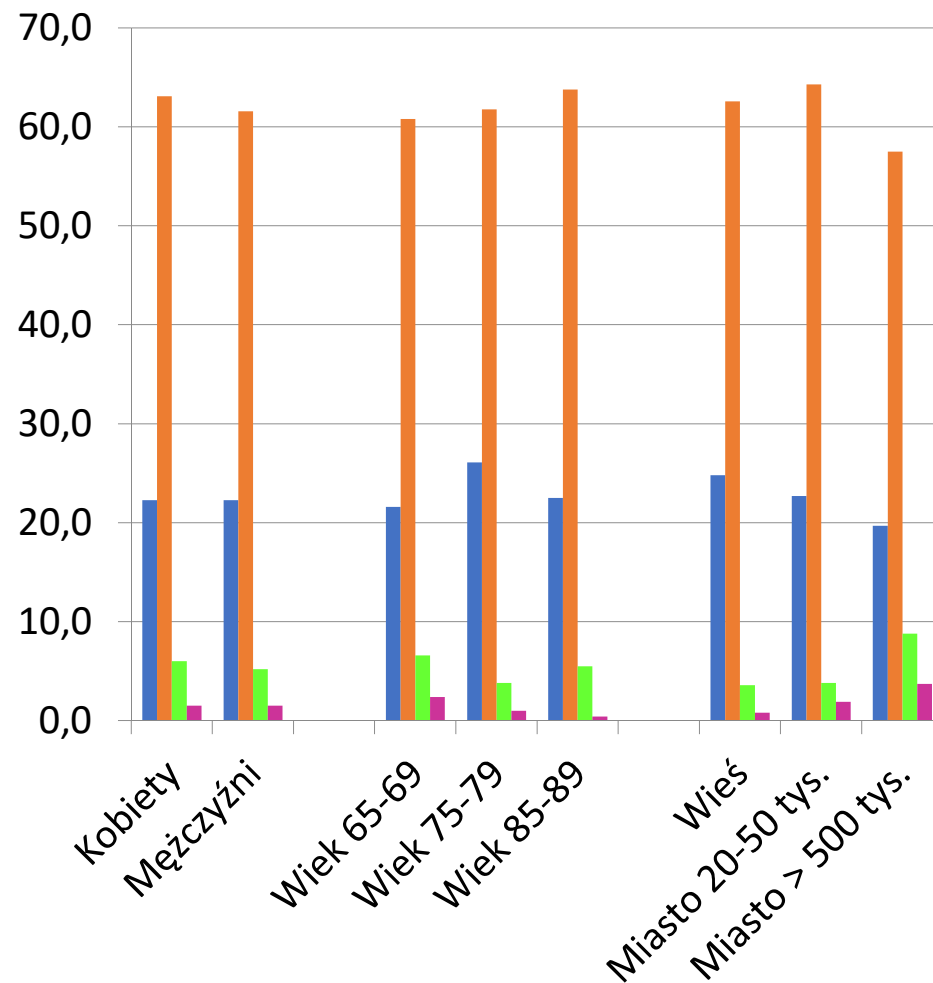
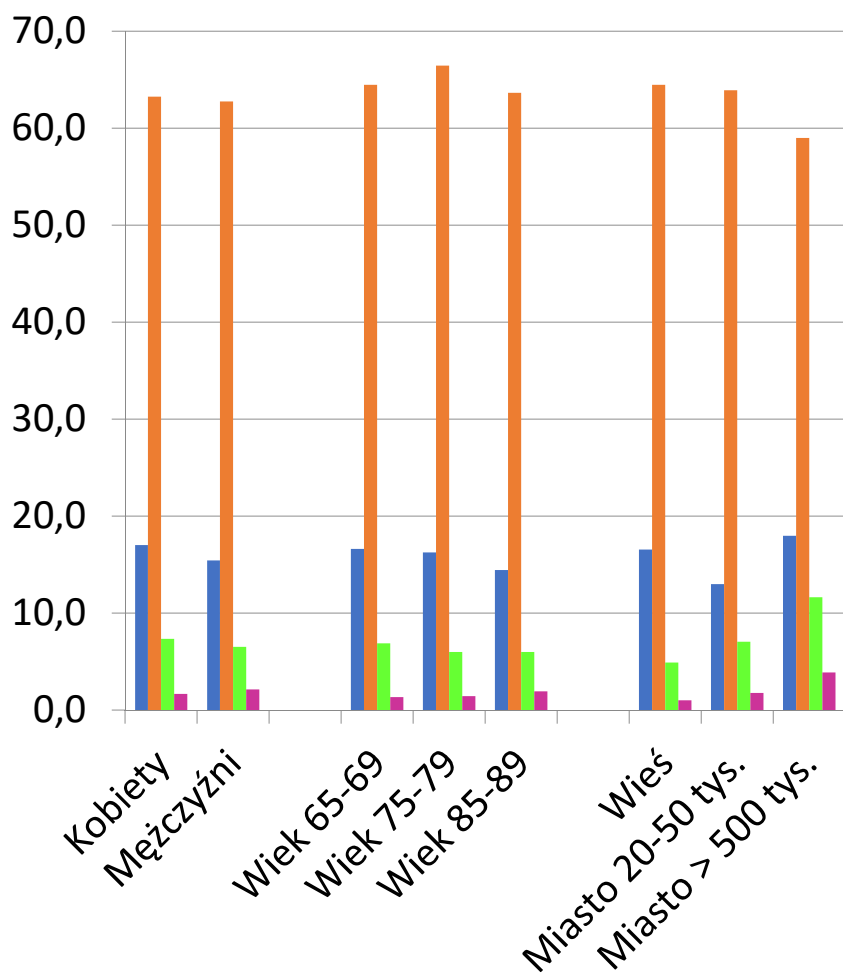
Rehabilitacja (ostacie 5 lat)

Stopień zadowolenia z opieki medycznej

PolSenior 2

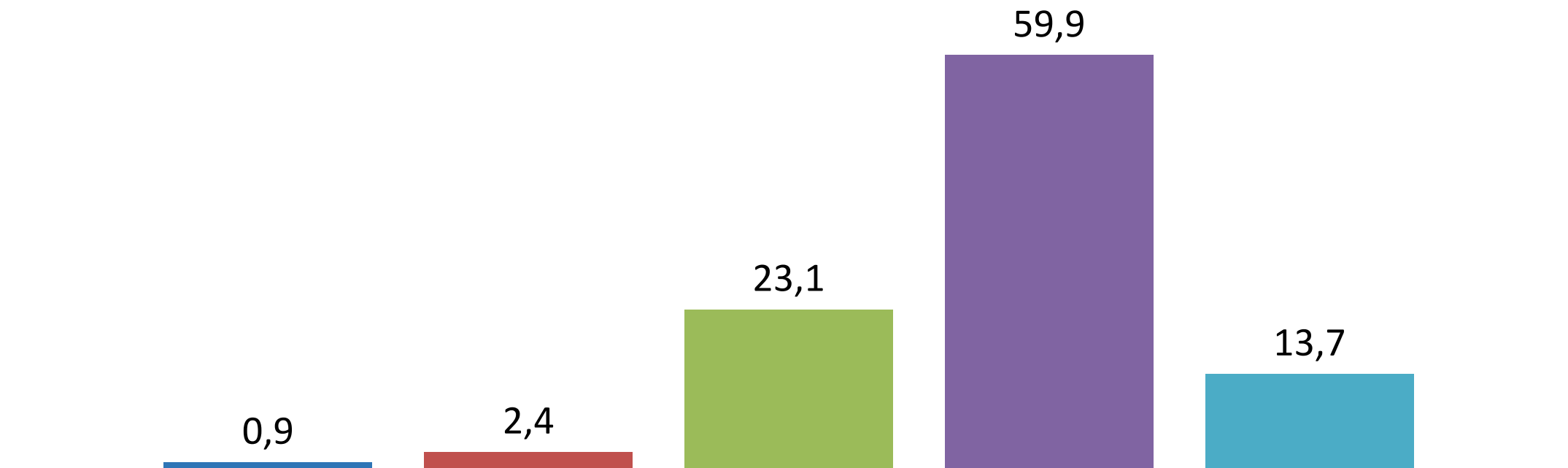
PolSenior 1

- Zdecydowanie zadowolony
- Raczej zadowolony
- Raczej niezadowolony
- Zdecydowanie niezadowolony



Ogólna ocena jakości życia mierzona skalą WHOQOL-AGE przez badanych w PolSenior 2

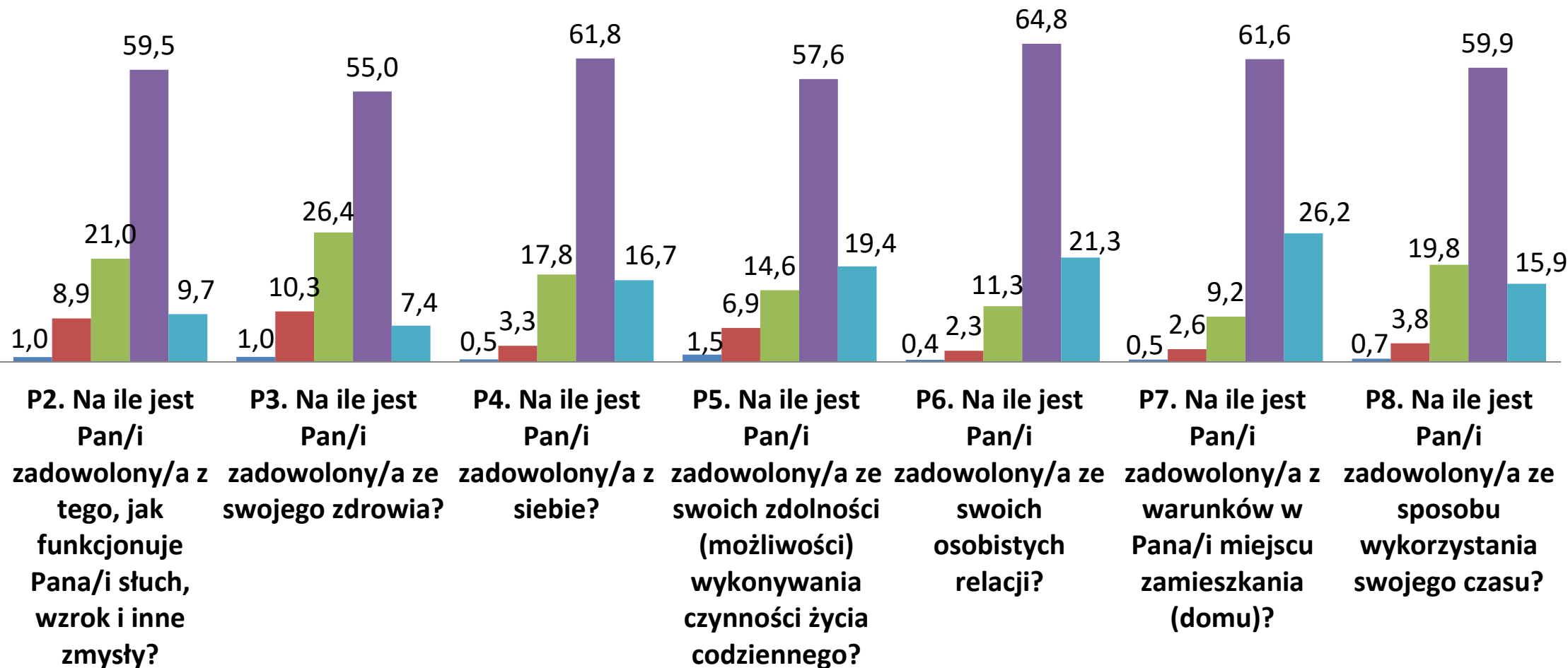
■ Bardzo zła ■ Zła ■ Ani dobra, ani zła ■ Dobra ■ Bardzo dobra



P1. Jak oceniliby/aby Pan/i swoją jakość życia

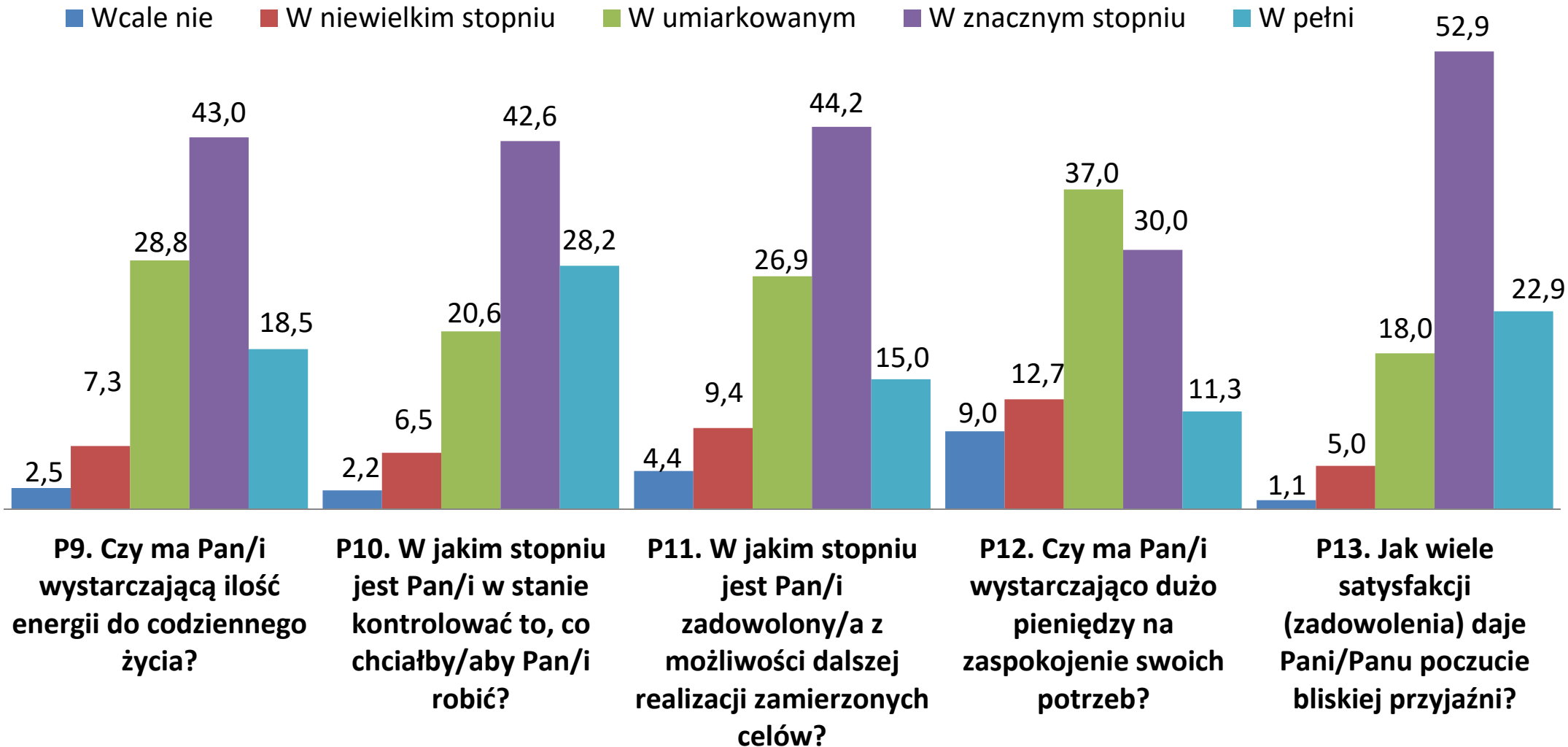
Wyniki skali oceny jakości życia WHOQOL-AGE

■ Bardzo niezadowolony/a
 ■ Niezadowolony/a
 ■ Ani zadowolony/a, ani niezadowolony/a
 ■ Zadowolony/a
 ■ Bardzo zadowolony/a

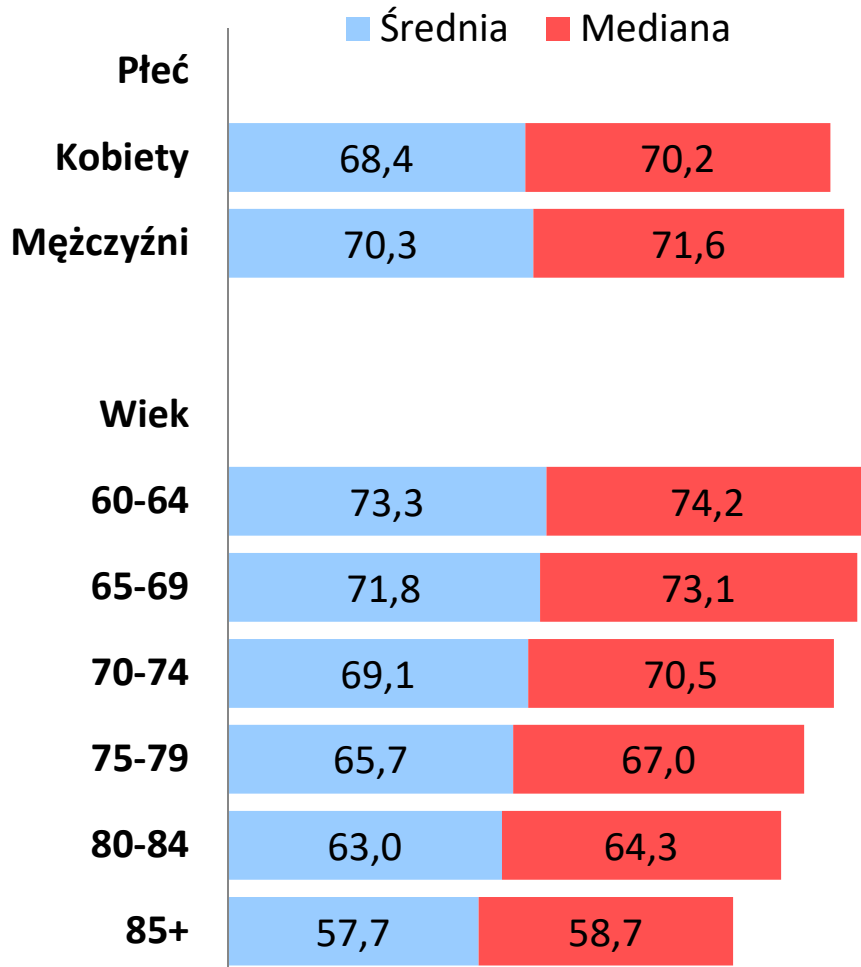


Wyniki skali oceny jakości życia WHOQOL-AGE

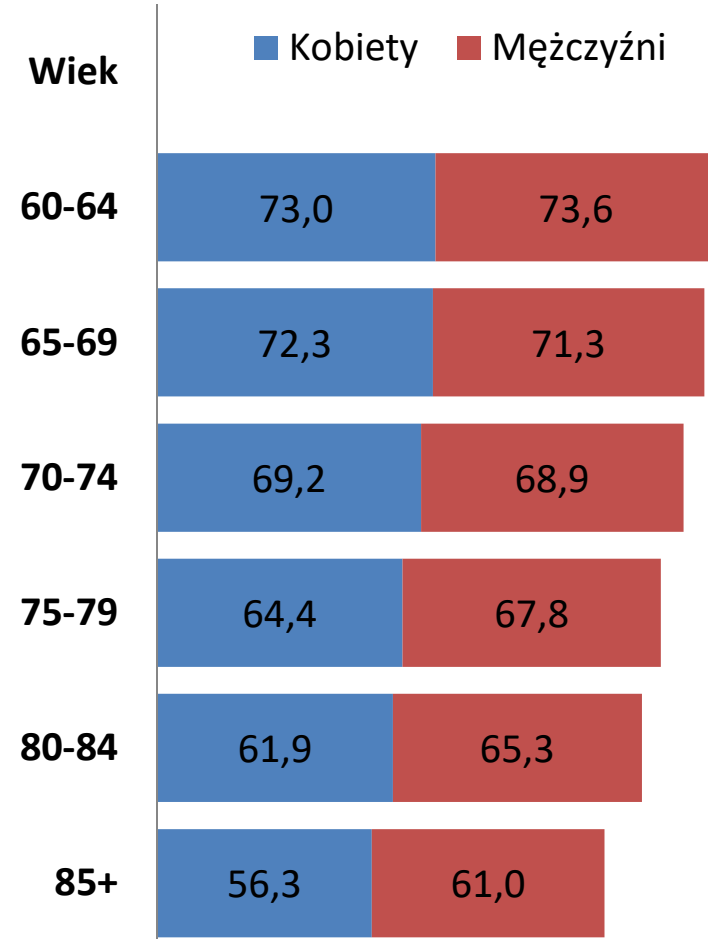
■ Wcale nie ■ W niewielkim stopniu ■ W umiarkowanym ■ W znacznym stopniu ■ W pełni



Jakość życia według płci i wieku badanych

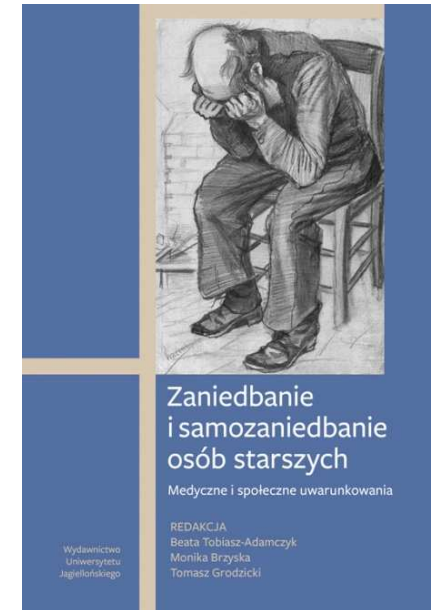


Jakość życia kobiet i mężczyzn w poszczególnych grupach wiekowych



ZANIEDBANIE

- Badania przeprowadzone w regionie Małopolska w wylosowanej próbie.
- Różnice w oznakach zaniedbania pomiędzy kobietami a mężczyznami (**10,4% vs 6,5%**).
- W istotnie wyższym stopniu wśród badanych w wieku **80 lat** i starszych w porównaniu z młodszymi seniorami (**11,7% vs 7,6%**).
- Stan cywilny: częstość oznak zaniedbania: w najwyższym stopniu oznaki zaniedbania wśród osób owdowiałych oraz rozwiedzionych (**13,4%; 13,6%**), w porównaniu do osób pozostających w związkach małżeńskich (**5,2%**) lub stanu wolnego (**9,2%**) (różnice istotne statystycznie).



- Najczęściej zaniedbanie dotyczyło osób z wykształceniem podstawowym (**10,8%**) oraz zasadniczym zawodowym (**10,4%**) i dwukrotnie zmniejszało się wraz podnoszeniem się poziomu wykształcenia (**5,3%** u osób z wykształceniem średnim i **4,0%** z wykształceniem wyższym niż średnie) (różnice istotne statystycznie).
- **10,8%**, wśród mieszkańców miast i **6,9%** wśród osób mieszkających na wsi (różnice istotne statystycznie).

SAMOZANIEDBANIE

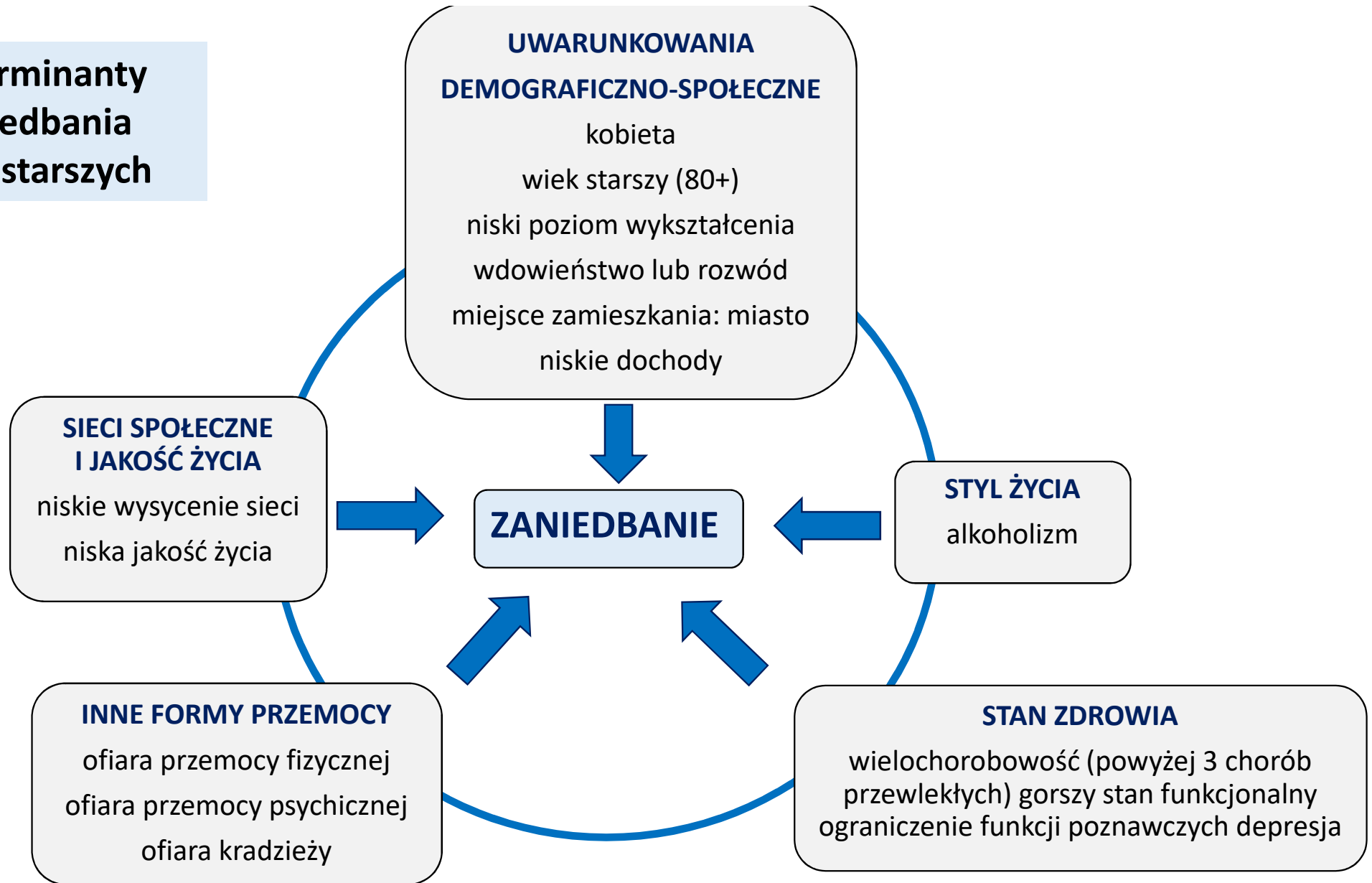
- Obiektywna ocena samozaniedbania dotycząca warunków mieszkaniowych (OALSN- SLA) - 33,3%
- Obiektywna ocena samozaniedbania dotycząca czynników związanych z wyglądem zewnętrznym (OALSN- PA) - 43,1 %

Powierzchnia mieszkaniowa poniżej w metrach kwadratowych na osobę

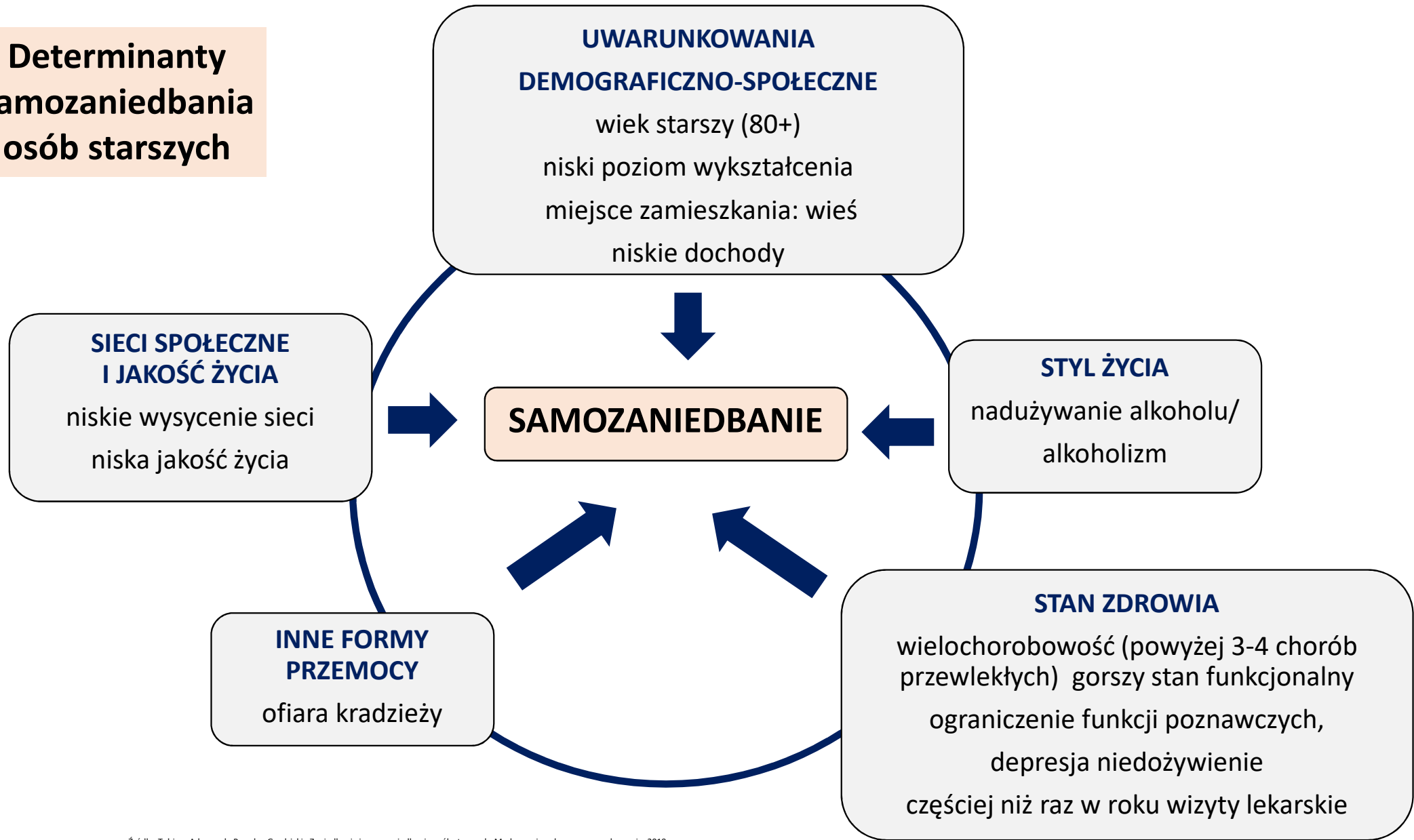
< 22 m ²	25,6%
22 - 33 m ²	26,3%
34 - 48 m ²	21,6%
> 49 m ²	26,6%

Brak łazienki	2%
Brak ciepłej wody w łazience	5%
Toaleta poza budynkiem	2%
Brak kuchni/możliwości gotowania	0,7%
Brak lodówki	0,6%
Brak pralki	1,4%

Determinanty zaniedbania osób starszych



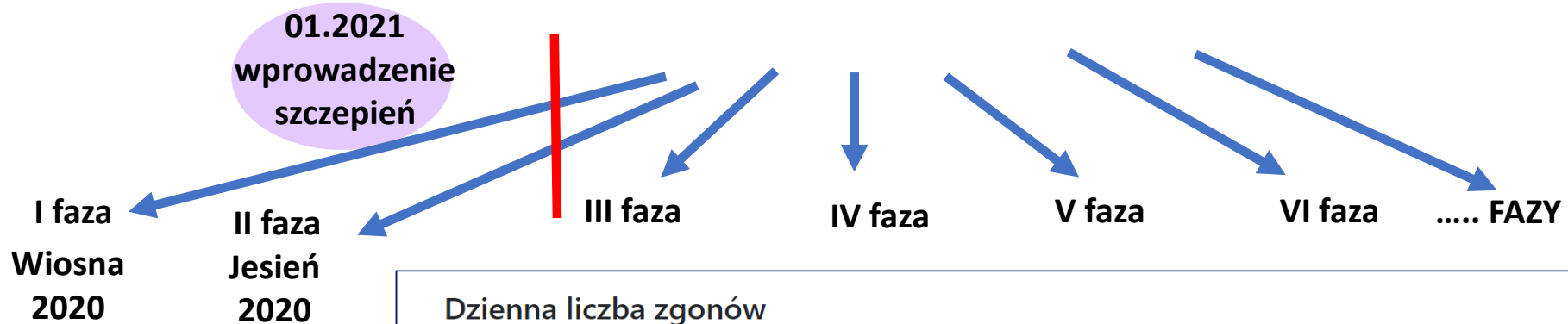
Determinanty samozaniedbania osób starszych



Źródło: Tobiasz-Adamczyk, Brzyska, Grodzicki. Zaniedbanie i samozaniedbanie osób starszych. Medyczne i społeczne uwarunkowania, 2019.

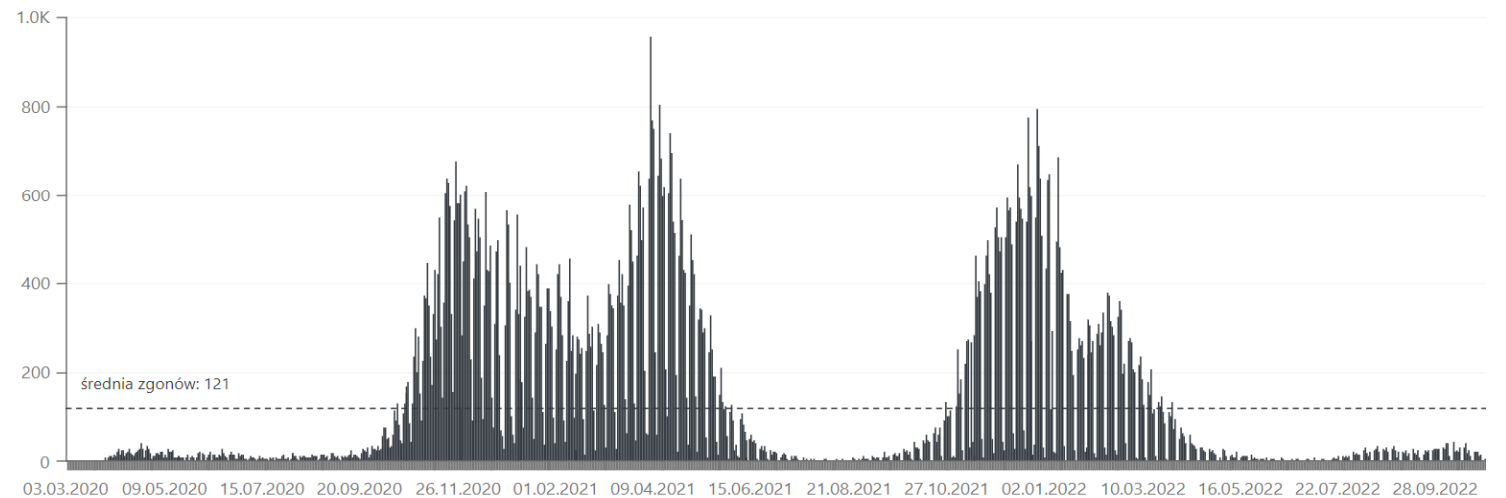
TRAJEKTORIE ŻYCIA W WYMIARZE BIOLOGICZNYM I PSYCHOSPOŁECZNYM

Przebieg poszczególnych faz Pandemii – COVID-19



Dzienna liczba zgonów

Poniższy wykres przedstawia sumę zgonów w wyniku COVID-19 i w wyniku chorób współistniejących w Polsce.



Dane z dnia 01-11-2022

Źródło: <https://koronawirusunas.pl/>

PRZEBIEG PANDEMII

- 2020 r. - gwałtowny wzrost liczby zgonów ponad 477 tys. osób - częściowo z powodu SARSCoV – 2
- Ofiary COVID -19 - 60% odnotowanego wzrostu umieralności
- Wśród zmarłych w 2020 roku 52% stanowili mężczyźni
- Mediana wieku 77 lat (72 dla mężczyzn i 83 lata dla kobiet)
- W 2020 roku wyższy poziom umieralności w miastach (12,8%) niż na wsi – (11,9%)

Pandemia:

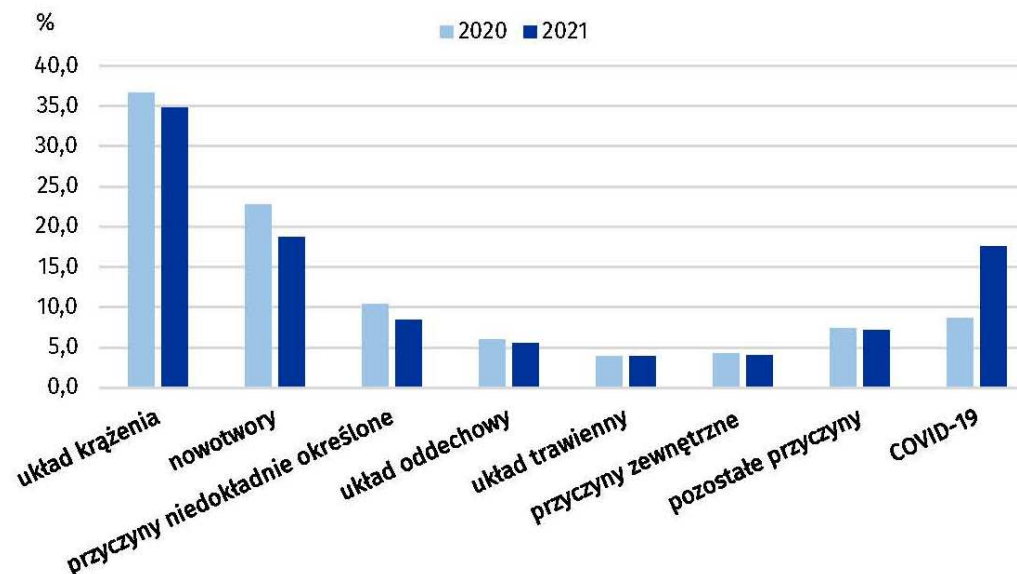
Skutek Pandemii COVID-19
zwiększona liczba zgonów –
trwanie życia ludzkiego w 2020 roku
(w porównaniu do 2019) uległo skróceniu o 1,5
roku u mężczyzn i 1,1 roku u kobiet.

Źródło: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/sytuacja-demograficzna-polski-do-2020-roku-zgony-i-umieralnosc,40,1.html>, str. 20-21

Liczba zgonów w 2021 roku przekroczyła o blisko 154 tys. średnioroczną wartość z ostatnich 50 lat (519 tys. do 366 tys.), współczynnik zgonów na 100 tys. ludności osiągnął wartość wyższą o blisko 117 w stosunku do 2020 r.

<https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/statystyka-przyczyn-zgonow/umieralnosc-w-2021-roku-zgony-wedlug-przyczyn-dane-wstepne,10,3.html>

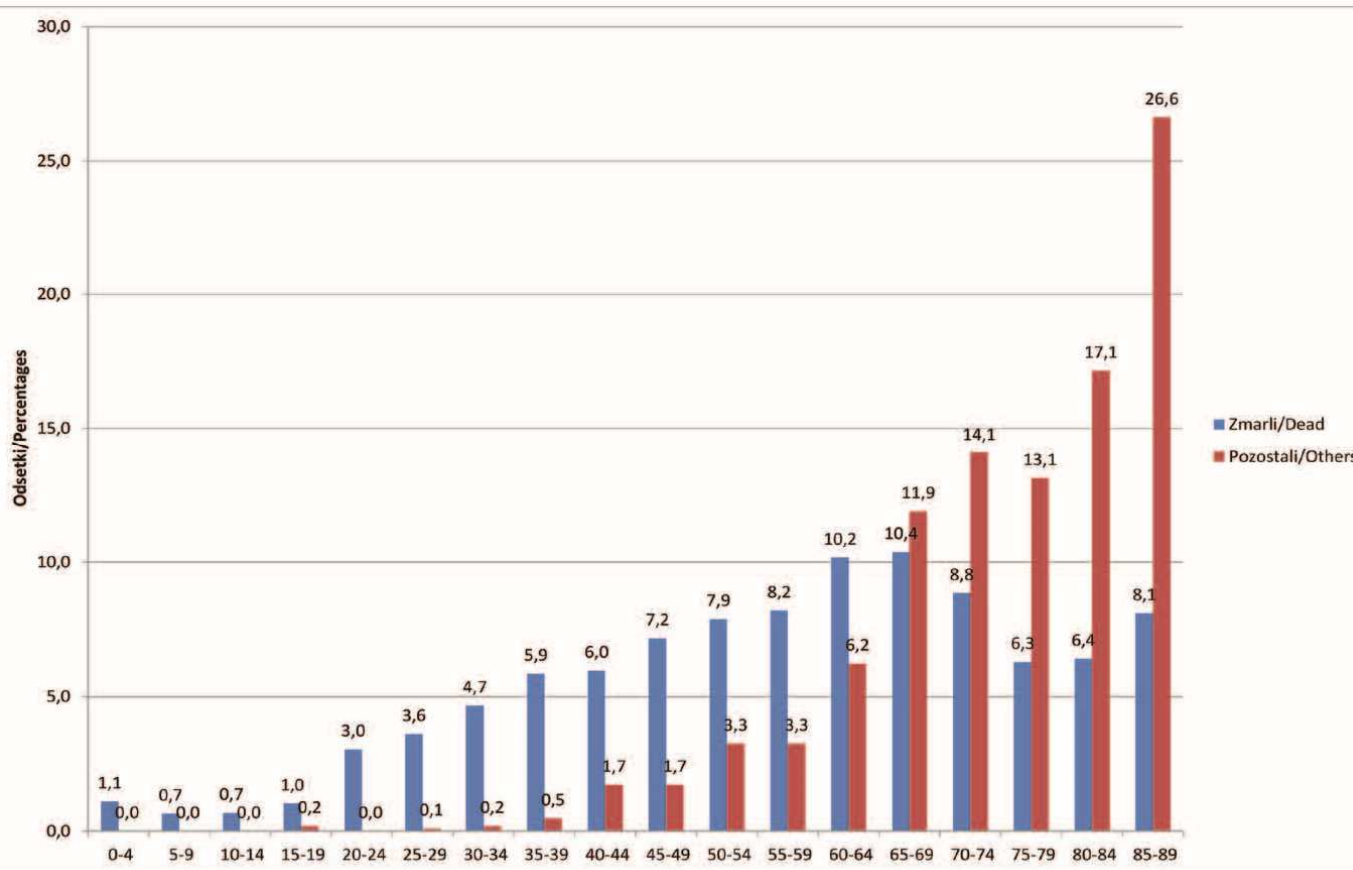
Zgony według przyczyn



- Fale osiągały swoje szczyty na przełomie marca i kwietnia oraz w grudniu
- W 2020 r. z powodu COVID-19 zmarło w Polsce blisko 41,5 tys. osób (9% wszystkich zgonów)
- W 2021 r. liczba zgonów z powodu koronawirusa zwiększyła się ponad 2 – krotnie, osiągając poziom ponad 91 tys.

<https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/statystyka-przyczyn-zgonow/umieralnosc-w-2021-roku-zgony-wedlug-przyczyn-dane-wstepne,10,3.html>

STRUKTURA WIEKU ZMARŁYCH I POZOSTAŁYCH HOSPITALIZOWANYCH MĘŻCZYŹN I Kobiet Z POWODU COVID-19 W 2020 R.



Długość pobytu w szpitalu chorych na COVID-19 w Polsce wynosiła 11,8 dnia dla mężczyzn i 12,3 dla kobiet. Długość pobytu wszystkich pacjentów z diagnozą COVID-19 w szpitalach wahała się od 1 dnia do 131 dni. Mieszkańcy miasta przebywali średnio w szpitalu 12 dni a mieszkańcy wsi 14 dni (różnica statystycznie istotna).

PANDEMIA COVID-19

LOCKDOWN



Izolacja społeczna



Używanie masek,
Utrzymywanie dystansu
społecznego,
Częste mycie rąk

**Manipulowanie informacjami
o końcu PANDEMII
dla celów politycznych**

- Zamknięcie życia społecznego
- - Zmiany w aktywności zawodowej
- - Zmiany w sposobie spędzania wolnego czasu
- - Zmiany w relacjach międzyludzkich (zanik)



- - Poczucie samotności (zmiany w odniesieniu do grup ryzyka)
- - Ryzyko zaniedbania i samozaniedbania, inne formy przemocy (osoby starsze)

Ingerencja rządu w życie publiczne

- Ograniczenie praw politycznych i społecznych
- Szok ekonomiczny
- Całkowite ograniczenia życia społecznego w różnych dziedzinach
- Zamknięcie granic – ograniczenie mobilności

Zmiany w integracji społecznej, kohezji –
w oczekiwaniach społecznych

Silnie stresujące wydarzenia życiowe

Grupy szczególnego narażenia na konsekwencje
osoby starsze, kobiety, opiekunowie, pracownicy
systemu opieki zdrowotnej, bezdomni

Konsekwencje COVID-19 nierówności społeczne

- Rynek pracy – ograniczenia w zatrudnieniu
utrata pracy, praca zdalna, absencja chorobowa
- Zmiany w sieciach społecznych
- Zaufanie do instytucji medycznych?
- Do wiedzy medycznej?
- Do instytucji publicznych (rządowych)?

PANDEMIA COVID-19

Utrata życia

- Poważne konsekwencje
zdrowotne, niepełnosprawność
- Zmiany w zdrowiu psychicznym
- Samotność
- Wykluczenie społeczne
- Stygmatyzacja chorych

Działania oddolne

okazywanie solidarności osobom
zagrożonym

- Zmiany w statusie społecznym
- Warunkach życia
- Jakości życia
- Powrót kobiet do tradycyjnych ról
domowych

TRAUMA SPOŁECZNA

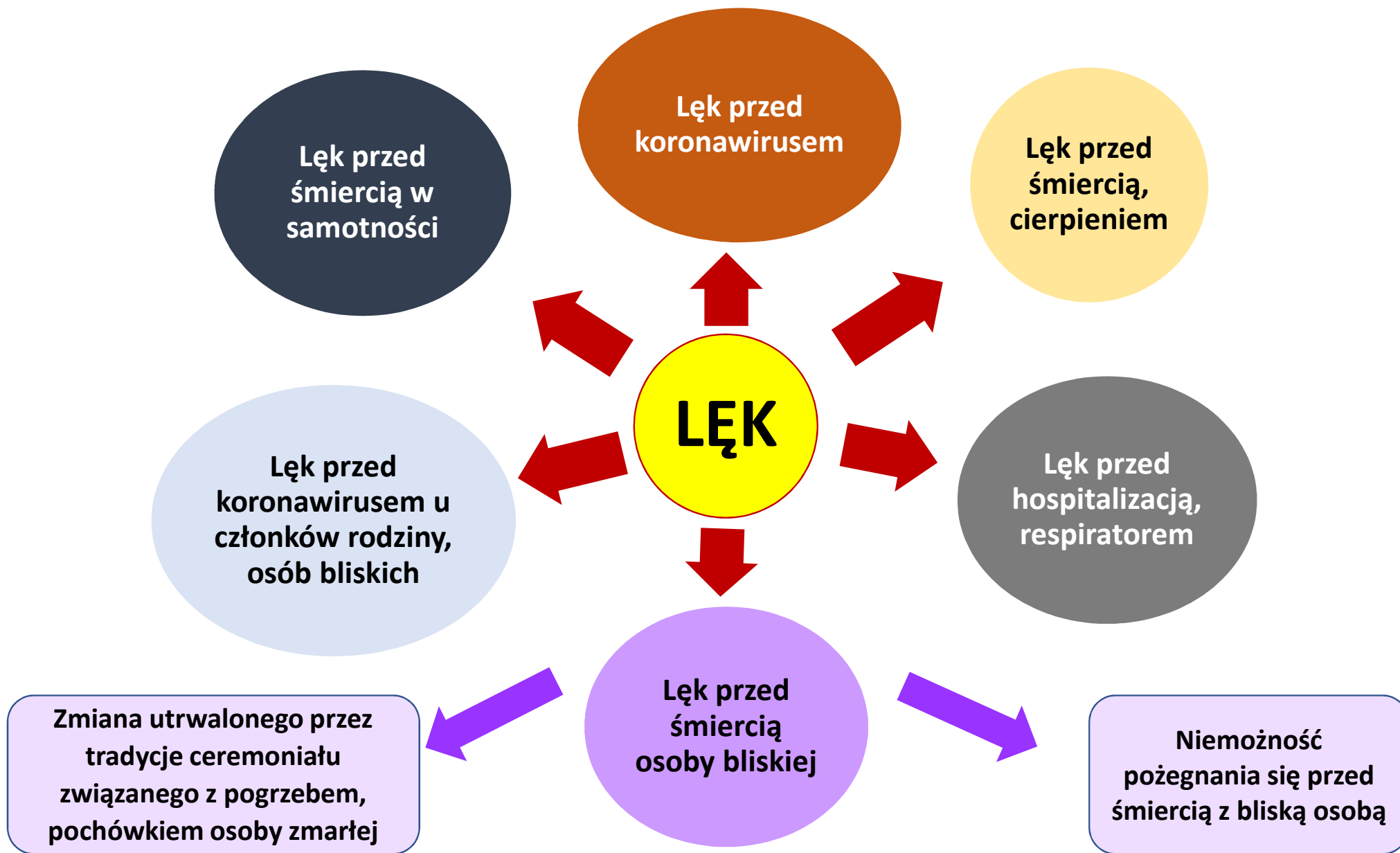
Pandemia COVID-19 kryterium traumy społecznej – oddziaływała na poziom: indywidualnych biografii, małych grup (np. rodziny), zbiorowości średniego zasięgu, oraz wyraźnie zaznaczyła się na poziomie makrospołecznym

Pogłębienie istniejących problemów społecznych: niewystarczających zasobów służby zdrowia, pomocy społecznej

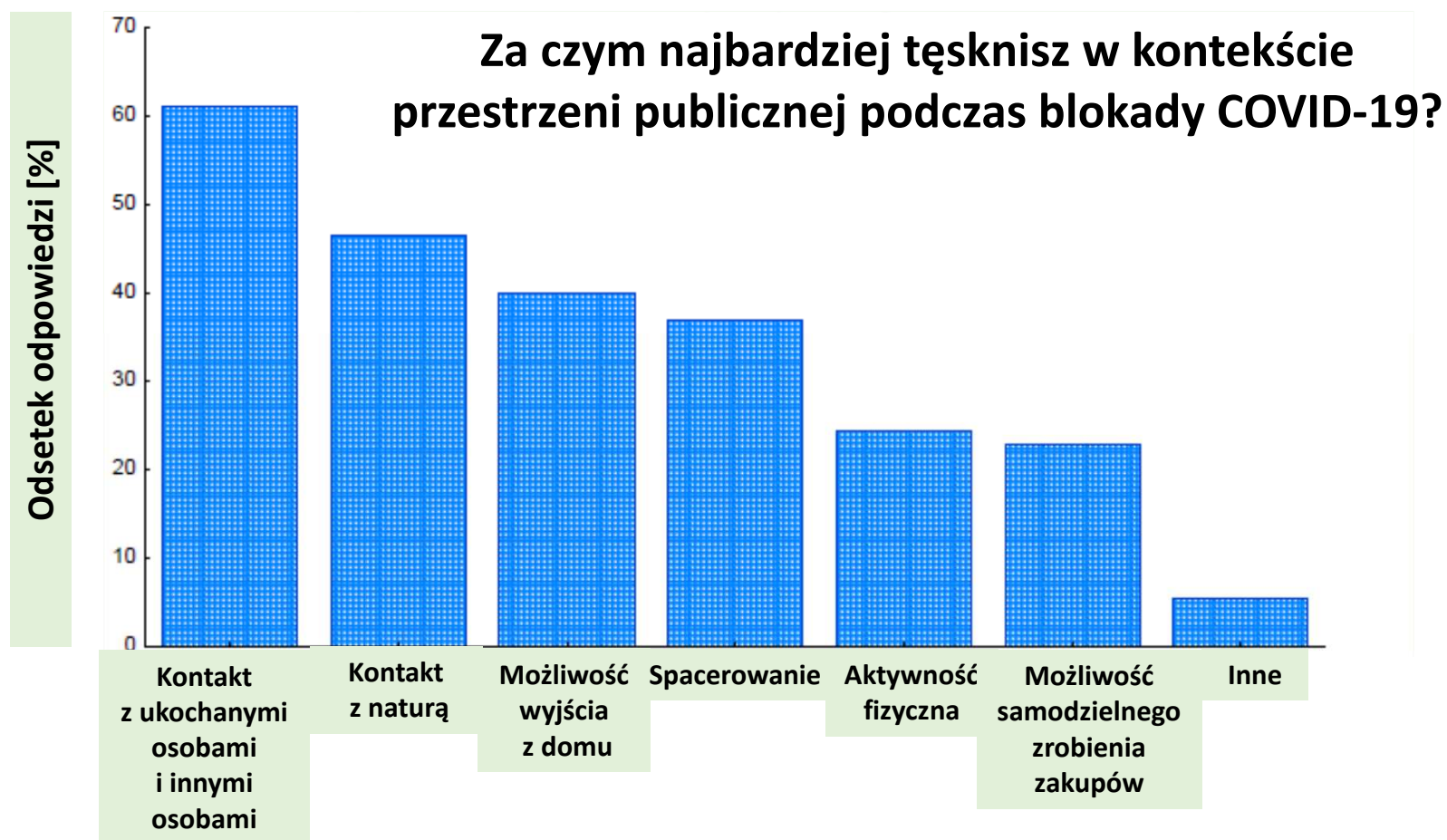
Poczucie niepewności, nierówności w dostępie do zasobów pozwalających chronić siebie i bliskich przed zagrożeniem wirusem

Stany lękowe, zwiększony poziom depresyjności, (konsekwencje lęku i izolacji społecznej)

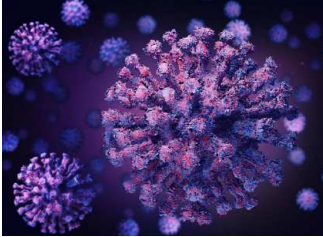
Mechanizmy radzenia sobie z traumą społeczną: izolacja domowa, ale wzrost poczucia samotności, trudności w kontrolowaniu złości, innych emocji w wyniku frustracji i niemożności zaspokojenia odczuwanych potrzeb z powodu restrykcji



PECEPCJA „UWIĘZIENIA” W DOMU PRZEZ OSOBY STARSZE

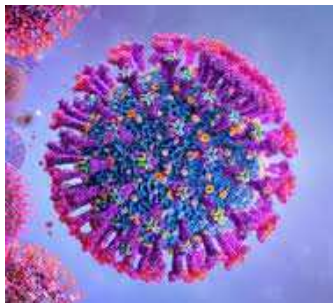


REAKCJE OSÓB STARSZYCH NA PANDEMIĘ



<https://gospodarka.dziennik.pl/news/artykuly/1485630,covid-22-koronawirus-hispania-iodma-fala.html>

**W okresie
pandemii**



<https://www.gazetaprawa.pl/wiadomosci/tyg/artykuly/0300762,czwarta-fala-mocnie-matematyczne-piaka-fala.html>

➤ Osoby starsze lepiej oceniały swoją jakość życia, satysfakcję życiową w porównaniu do osób młodszych.

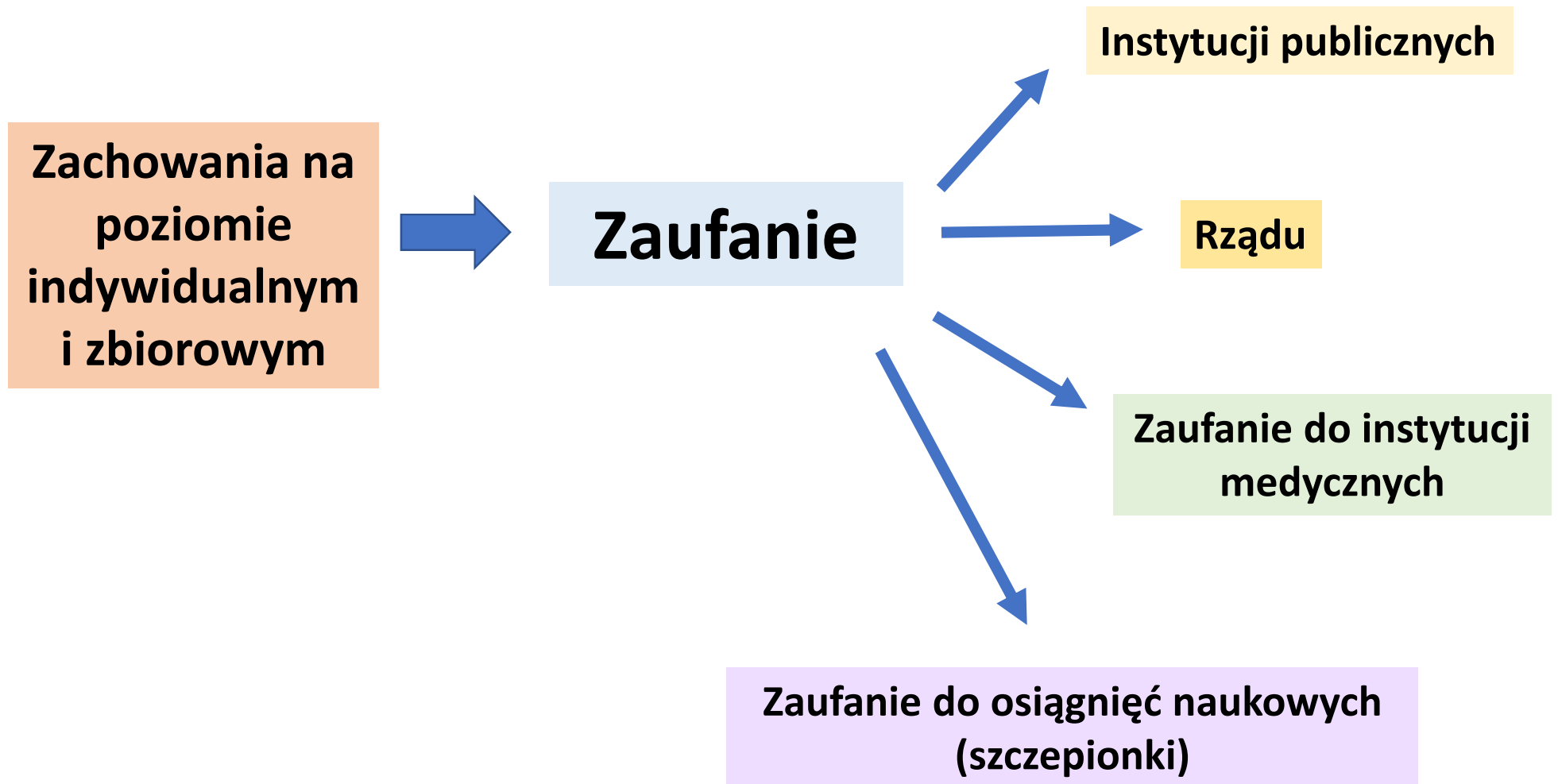
Doświadczali mniej napięć niż młodzi w czasie pandemii.

(Bizan-Bluma i współp., 2000) badania w populacji polskiej i niemieckiej.

Wzrost poczucia samotności w porównaniu do wcześniejszych lat - poczucie samotności było wyższe szczególnie wśród starszych osób mieszkających samotnie.

Negatywny wpływ na emocjonalne samopoczucie i poczucie samotności u osób starszych.

W PANDEMII COVID-19



**Pandemia COVID-19 –
wyzwania dla systemu ochrony zdrowia, ekonomii, edukacji**

**Szczepienia –
czynniki warunkujące postawy wobec szczepień:**



Wcześniejsze doświadczenia ze szczepieniami, poziom edukacji zdrowotnej i wiedza o szczepionkach, wartość przypisywana szczepionce, postrzegane zagrożenia, zaufanie do szczepionki, instytucji medycznych i firm farmaceutycznych, do nauki, subiektywne normy, uwarunkowania religijne i moralne.

Badanie P. Rzymki i wsp. 2021

IZOLOWANIE OSÓB STARSZYCH

Członkowie rodziny
Opiekunowie
Pracownicy instytucji
Profesjoniści medyczni

Wielowymiarowe
działania



Rozwój strategii indywidualnych:

1. Wykorzystanie współczesnych technologii
2. Komunikacja z rówieśnikami za pomocą środków technologicznych
3. Dostarczanie wsparcia społecznego i środowiskowe za pomocą interakcji przez tele-interakcje (eksperti z opieki społecznej, wolontariusze, członkowie rodziny) ???
4. Stosowanie terapii behawioralnej i kognitywnej ???
5. Stosowanie różnych indywidualnych interwencji ???
6. Dostarczanie wsparcia poprzez indywidualne potrzeby (religijne potrzeby zaspakajane przez księży, przez muzykę) ???

KONSEKWENCJE PANDEMII W ODNIESIENIU DO OSÓB STARSZYCH

Konsekwencje na poziomie makrostruktury społecznej

Starzenie się społeczeństwa
Nierówności w procesie starzenia się wynikające z odmiennych doświadczeń poszczególnych kohort

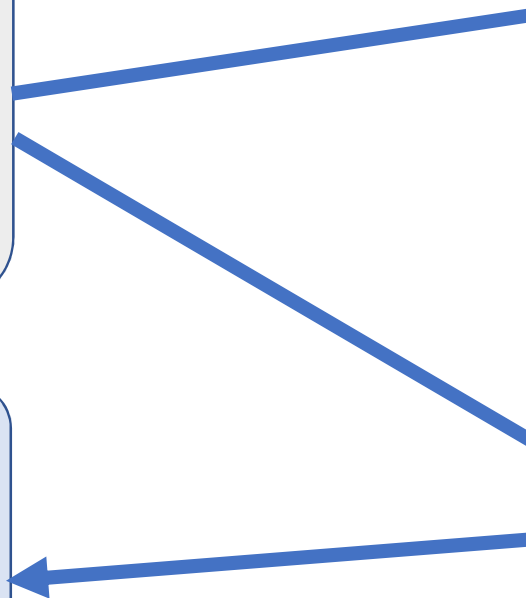
Nierówności w częstości występowania chorób przewlekłych

Konsekwencje na poziomie mikrostruktury społecznej

Zróżnicowanie społeczne w dążeniu do healthy, active, succesful, ageing.

Zapotrzebowanie na zapewnienie potrzeb opiekuńczych

Opiekunowie rodzinni vs opiekunowie formalni



Grupy osób starszych wymagające okazania wsparcia i troski w trakcie trwania różnych faz pandemii

Osoby które przeszły COVID-19



Jakość życia



psychospołeczne konsekwencje w zależności od nasilenia objawów choroby

Osoby które chorowały lub chorują na zagrażające życiu i zdrowiu choroby:

niezdiagnozowane, nieleczone w wyniku koncentracji na Pandemii
Niedostępność leczenia specjalistycznego, tylko teleporady



Opóźnienia mające znaczące konsekwencje zdrowotne i psychospołeczne

Ofiary strat społecznych
Członkowie rodzin, którzy utracili bliskich (utrata sieci rodzinnych, przyjacielskich lub rozpad sieci)



Nowe formy samotności

Wyzwania wielowymiarowe: jak wspierać osoby starsze w sytuacji niepewności przyszłości

Kryzys
ekonomiczny

Konsekwencje pandemii
z niepewnością
przyszłości

Konsekwencje
konfliktu zbrojnego
(Ukraina)



Przyszłość nieznana,
nieokreślona

Propozycje kierunków działań wspierających i opiekuńczych wobec osób starszych

Diagnoza:

- Wpływ Pandemii COVID-19 na różne wymiary jakości życia w poszczególnych przedziałach wiekowych osób starszych (porównanie ze stanem przed Pandemią)
- Wpływ Pandemii COVID-19 na nierówności społeczne przekładające się na nierówności w stanie zdrowia
- Odbudowa lub kontynuacja funkcjonowania sieci społecznych a stan zdrowia i jakość życia osób starszych po Pandemii
- Rola zaufania społecznego – przestrzegania zachowań nie zagrażających własnemu zdrowiu i zdrowiu innych
- Wpływ Pandemii COVID-19 na zachowania autodestrukcyjne (nadużywanie substancji psychoaktywnych, alkoholu)
- Zmiany w zdrowiu psychicznym (depresje, zaburzenia psychosomatyczne, myśli samobójcze)
- Konieczność edukacji zdrowotnej – zmiana postaw wobec szczepień zalecanych osobom starszym

OSOBY STARSZE – JAKOŚĆ ŻYCIA PO PANDEMII

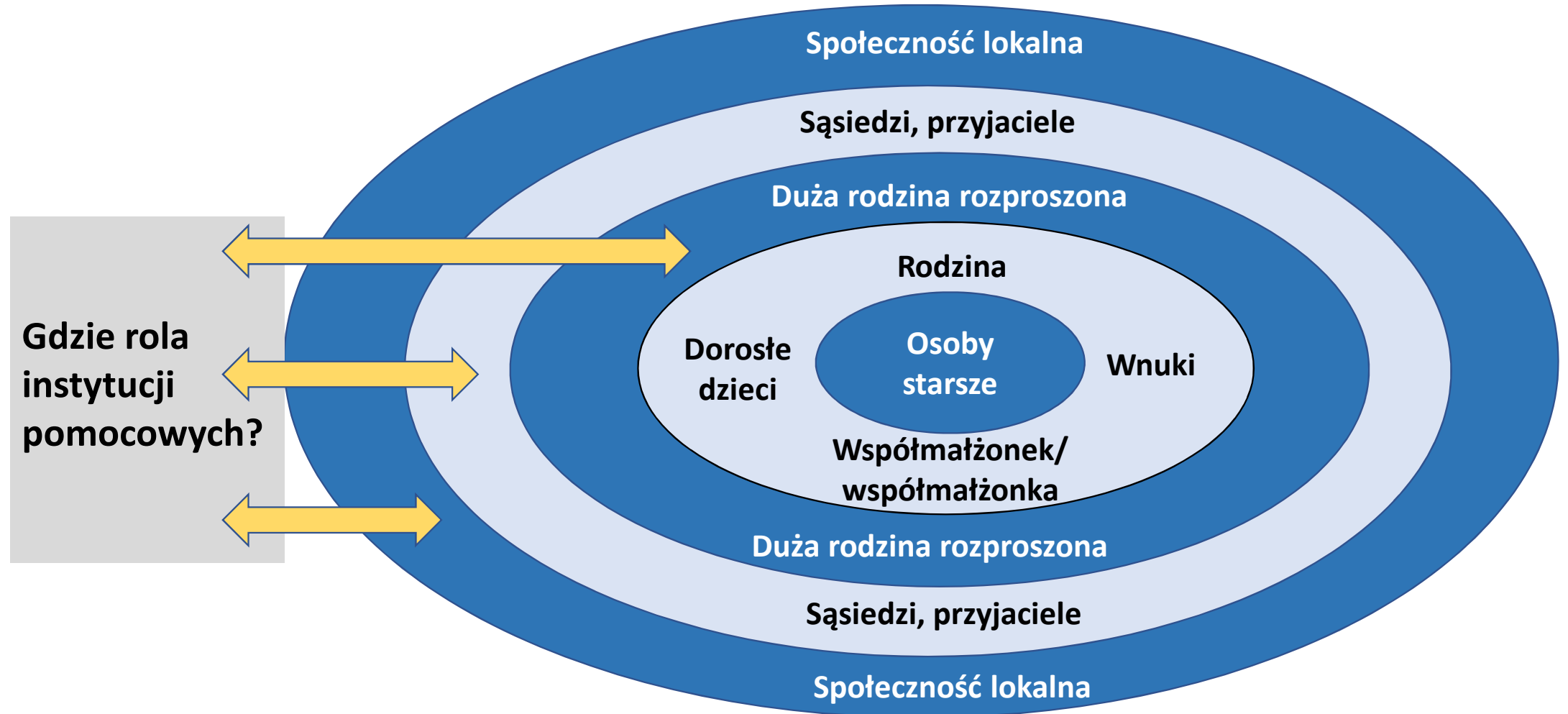
- Przemoc jako strategia pokonywania frustracji i stresu ???

ZŁE TRAKTOWANIE OSÓB STARSZYCH A ICH JAKOŚĆ ŻYCIA PO PANDEMII

- Zaniedbanie i samozaniedbanie jako wyraz frustracji i stresu

Społeczeństwo wspierające

okazywanie troski, pomocy, różnych form wsparcia



RAPORT DOT. WSPARCIA W CZASIE PANDEMII (2022)

Badania wykonane przez: SENIOR.HUB

- Zdecydowana większość osób starszych nie korzystała z żadnej formy wsparcia oferowanego w czasie pandemii
- Największe trudnienia odczuwano w dostępie do usług medycznych, tj. do lekarzy – zarówno specjalistów jak i lekarzy I kontaktu, planowanych zabiegów oraz rehabilitacji
- Zbyt małe wsparcie przy robieniu zakupów, transporcie do lekarza, na szczepienia oraz przy załatwieniu spraw urzędowych
- Ograniczenie w kontaktach międzyludzkich – z kontaktów za pomocą Internetu częściej korzystali badani w młodszych grupach wiekowych, tj. 60-74 lat
- Ponad połowa osób w wieku 80+ miała ograniczoną zdolność wykonywania codziennych czynności
- Osoby odczuwające bardzo silnie samotność były w wieku 80lat i +, z bardziej ograniczoną sprawnością
- Wiedza o szczepieniach była wyższa u seniorów z wykształceniem wyższym

WYRÓWNYWANIE DŁUGU ZDROWOTNEGO – WYZWANIE NA TERAŹNIEJSZOŚĆ !!!

- Troska o zdrowie osób starszych wiekiem
- Troska o zdrowie osób młodszych – budowanie zasobów zdrowotnych – kapitału zdrowotnego
- Troska o zdrowie opiekunów osób starszych
- Budowanie mocnych zasobów psychospołecznych w istniejących sieciach interakcji społecznych
- Przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu osób starszych - budowanie więzi pomiędzy generacjami.



Opracowano na podstawie: „Jakość życia osób starszych w Polsce w pierwszym roku pandemii COVID-19. Raport z badania.” Kwiecień 2021

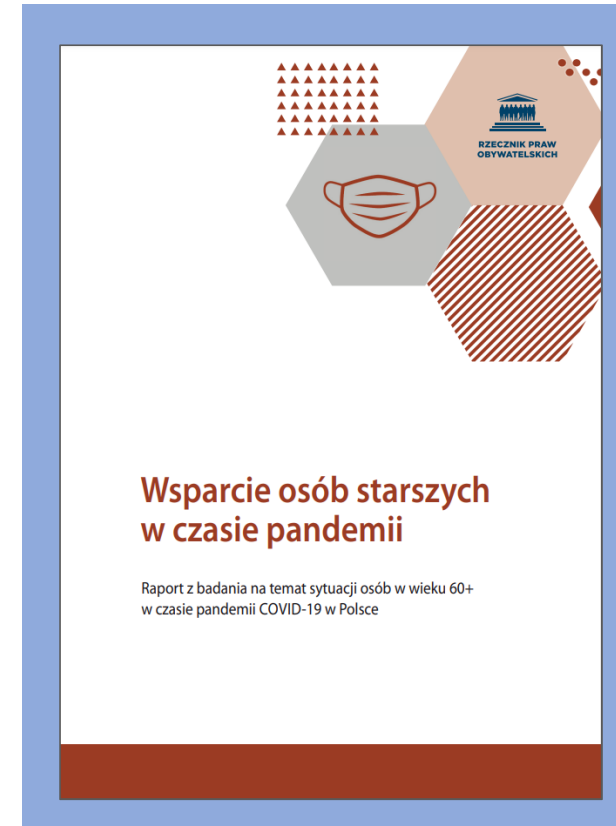
ZALECENIA: JAK PODNIEŚĆ JAKOŚĆ ŻYCIA OSÓB STARSZYCH PO PANDEMII

Rzecznik Spraw Obywatelskich

- Zwiększenie wsparcia społecznego wobec osób starszych pozostających w częściowej lub całkowitej izolacji społecznej (głównie poprzez ośrodki pomocy społecznej, rozpoznanie sytuacji, dotarcie do najbardziej wykluczonych seniorów)
- Rozbudowa sieci instytucji wsparcia, aktywizacji, informacji dedykowanych osobom starszym - przygotowanie ich do pełnienia funkcji „interwencji kryzysowej”
- Poprawa dostępu seniorów do lekarzy internistów, lekarzy specjalistów – geriatrów, usług rehabilitacyjnych i leczniczych (szybkie ścieżki) !!!!
- Uwzględnienie zdrowia psychicznego seniorów w polityce publicznej
- Silne zwiększenie zakresu edukacji cyfrowej osób starszych – zapewnienie im możliwości zaspakajania określonych potrzeb zdalnie !!!!

ZALECENIA: JAK PODNIEŚĆ JAKOŚĆ ŻYCIA OSÓB STARSZYCH PO PANDEMII (C.D.)

- Aktywizacja społeczna osób starszych AKTYWNI +
- Zwiększenie priorytetu spraw osób starszych w politykach lokalnych
- Działania na rzecz opiekunów osób starszych – wspieranie w ich świadczeniach
- Budowanie świadomości społecznej odnośnie wyzwań związanych z procesem starzenia się społeczeństwa i potrzeb osób starszych wśród młodszych generacji
- Prowadzenie przemian gospodarczych w duchu srebrnej ekonomii



Opracowano na podstawie: „Wsparcie osób starszych w czasie pandemii. Raport z badania na temat sytuacji osób w wieku 60+ w czasie pandemii COVID-19 w Polsce. Warszawa 2022

PRZYROST POTWIERDZONYCH ZAKAŻEŃ SARS-COV-2 W POLSCE

Do tej pory zakażenie koronawirusem wywołującym chorobę COVID-19 potwierdzono u **16.81%** mieszkańców Polski. Poniższy wykres przedstawia sumę potwierdzonych zakażeń wirusem SARS-CoV-2 w Polsce.



Źródło: <https://koronawirusunas.pl/>

Dane z dnia 31-10-2022

Modele relacji lekarz-pacjent

Konstrukt społeczno-kulturowy

Zaufanie jako podstawowy element interakcji z pacjentem

Dominacja lekarza

Model ukierunkowany na chorego /pacjenta

~~Paternalistyczny model~~

Jak zmienił się w sytuacji pandemii?

Zmiany w pełnieniu roli zawodowej przez pracowników medycznych

W Pandemii

Czy powrót do paternalistycznego modelu relacji lekarz-pacjent

Praca w lecznictwie zamkniętym
Towarzystwo umierania

Praca lekarzy rodzinnych???

ROLA EDUKACJI ZDROWOTNEJ

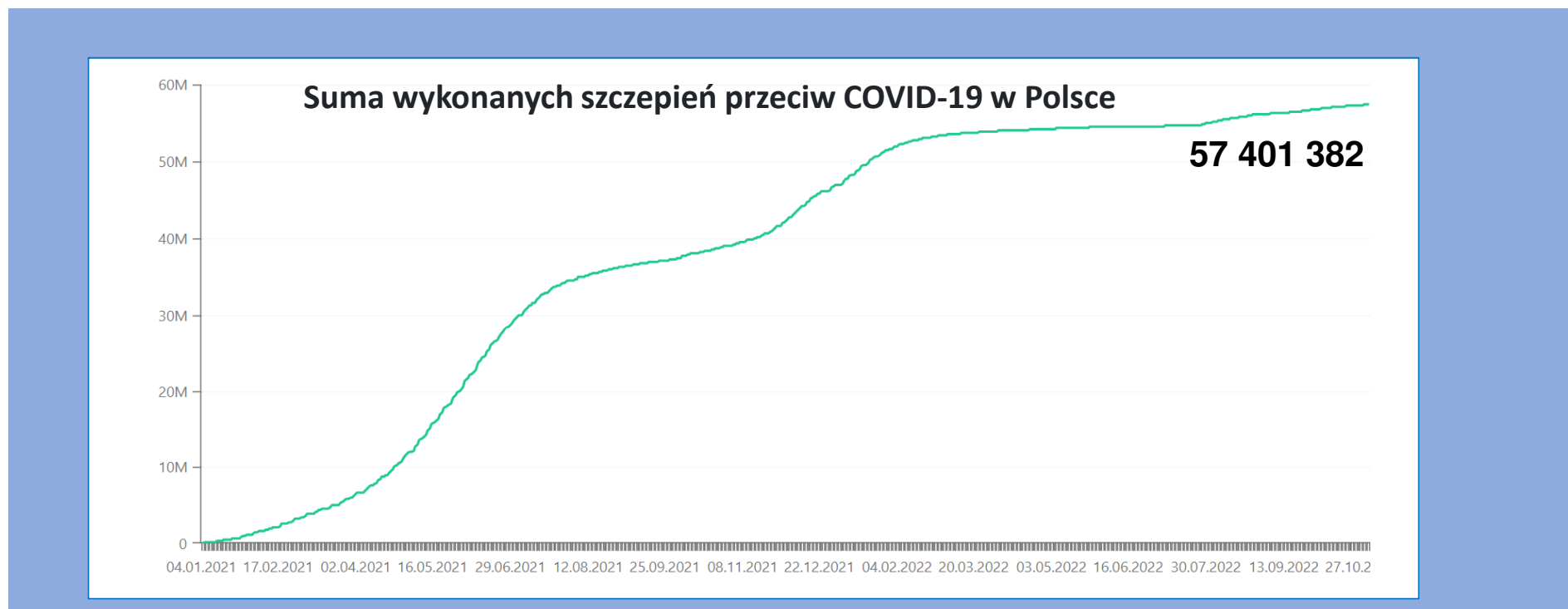
Odsetek osób deklarujących chęć zaszczepienia się szczepionką przeciw COVID -19

60+
58,2% OSÓB

70+
61,4% OSÓB

80+
67,3% OSÓB

<https://seniorhub.pl/wp-content/uploads/2021/05/raport-jakosc-zycia-osob-starszych-09.pdf>



<https://koronawirusunas.pl/>

stan na:31-10-2022

WYZWANIA DEMOGRAFICZNE

„Podwójne starzenie się ludności” szybszy wzrost odsetka osób w wieku 80 lat i więcej



Wzrost zapotrzebowania w tej kategorii wiekowej na świadczenia zdrowotne i opiekuńcze oraz oczekiwanie na różne formy wsparcia i dostosowania warunków życia do zmieniających się możliwości funkcjonowania osób starzejących się.

(Błędowski i in. 2021)

Przewidywane wejście w rolę opiekuna rodzinnego bliskiej osoby:

TAK

43,7% kobiet

41,7% mężczyzn

PRZEGLĄD
SOCJOLOGICZNY

tom LXXI/2
2022



ŁÓDZKIE TOWARZYSTWO NAUKOWE

Beata Tobiasz-Adamczyk, Marzena Florek, Michalina Luśtyk: Współczesne dylematy związane z podjęciem się roli opiekuna rodzinnego starszej osoby. *Przeгляд Socjologiczny*, 2022.