

Optymalizacja modelu opieki nad osobami starszymi w Polsce

Optimization of the care model for elderly in Poland

Nr DOI: 10.2478/physio-2013-0048

Felicja Lwow, Małgorzata Korzeniowska, Joanna Dadacz, Ewa Hladik, Agata Łukojko, Anna Denkowska

Zakład Promocji Zdrowia, Wydział Fizjoterapii, AWF, Wrocław

Department of Health Promotion, Faculty of Physiotherapy, University School of Physical Education, Wrocław

Streszczenie

Sytuacja demograficzna Polski, podobnie jak innych krajów rozwiniętych, wykazuje wzrost liczby osób w wieku poprodukcyjnym. Według danych GUS w 2011 r. liczba tych osób wyniosła 6,5 mln, a prognozy na 2035 r. przewidują jej zwiększenie się do 8,3 mln. Wiąże się to z potrzebą uwzględnienia specyfiki tej grupy wiekowej w funkcjonowaniu opieki zdrowotnej oraz w profilaktyce chorób i promocji zdrowia. Unifikowanie potrzeb zdrowotnych seniorów byłoby niekorzystne ze względu na zróżnicowanie wynikające między innymi z poziomu sprawności funkcjonalnej w zakresie psychosomatycznym i społecznym. Istotne jest zatem wyodrębnienie optymalnych modeli opieki nad osobą starszą w Polsce, uwzględniających nie tylko występowanie chorób przewlekłych i dysfunkcji, ale także jakość życia, samodzielność w funkcjonowaniu w społeczeństwie przy jednoczesnym braku izolacji i wykluczenia. Wyodrębnienie czterech modeli postępowania, obejmujących osoby oceniane jako zdrowe w ujęciu systemowym, osoby z chorobami przewlekłymi funkcjonujące samodzielnie oraz osoby, którym do funkcjonowania w społeczeństwie niezbędna jest pomoc osób trzecich lub opieka instytucjonalna, wydaje się uwzględniać specyficzne potrzeby tych grup. W ramach polityki zdrowotnej i społecznej państwa wskazane by było zatem opracowanie algorytmów postępowania dla tych modeli.

Słowa kluczowe: gerontologia, optymalizacja modelu opieki nad seniorem, promocja zdrowia osób starszych

Abstract

The demographic situation of Poland as well as other developed countries shows a growing number of people at retirement age. According to the data from GUS (Central Statistical Office), their number reached 6.5 mln in Poland in 2011, and the prognosis for shows 8.3 mln by the year 2035. The consequence of this fact is a necessity of including the specificity of this age group in the functioning of Polish health care as well as in preventive medicine and health promotion. Unifying the health needs of this age group would be disadvantageous due to the diversification of physical efficiency level in the psychosomatic and social aspect. Nevertheless, the key problem is to distinguish the optimal health care models which include not only chronic conditions and dysfunctions but also the quality of life and socially independent life style that guarantee the lack of isolation and social exclusion. Distinguishing the four action models, namely people considered as healthy by the system, autonomously functioning people with chronic conditions, and people who need other people or institutional care to function in a society, seems to cover the individual needs of this group. Concluding, the National Health Care needs to work out some proceeding algorithms for these models. The optimal program adjustment for the needs of the target group would most certainly improve the effectiveness of the Health Care.

Key words: gerontology, optimization of the mode of senior care, health promotion for the elderly

Wprowadzenie

Starzenie się populacji krajów rozwiniętych, w tym także Polski [1-6], łączy się z nowymi oczekiwaniami wobec polityki społecznej i zdrowotnej. Aktualnie poszukuje się rozwiązań niskonakładowych, uwzględniających autonomię i indywidualne predyspozycje osób w podeszłym wieku [7].

Według Narodowego Spisu Powszechnego (2011 r.) liczba osób w wieku poprodukcyjnym w Polsce wyniosła 6 512 100 (<http://www.stat.gov.pl/gus>), a prognozy na rok 2035 przewidują jej wzrost do 8 358 000.

Introduction

The ageing of the populations of developed countries, including Poland [1-6], creates new requirements for social and health policies. What is currently sought are low-cost solutions which take into account the autonomy and individual predispositions of elderly people [7].

According to the Polish census of 2011 (Narodowy Spis Powszechny), the number of people in retirement age in Poland reached 6,512,100 (<http://www.stat.gov.pl/gus>) and it is prognosed to rise to 8,358,000 by 2035.

Proces starzenia związany z nieuchronnymi zmianami involucyjnymi oraz zwiększeniem zachorowalności na choroby przewlekłe [8-10] niesie ze sobą ryzyko zaburzenia w zakresie komponenty społecznej zdrowia, wyrażonej izolacją społeczną i poczuciem osamotnienia osób w wieku poprodukcyjnym [11]. Na początkowym etapie może to być konsekwencją zerwania więzi, wynikającą z zakończenia aktywności zawodowej. Przemiany kulturowo-społeczne w krajach rozwiniętych, skutkujące odejściem od tradycyjnego modelu rodziny wielopokoleniowej, zwiększają ponadto ryzyko utraty więzi społecznych w populacji osób starszych [12].

Populacja osób w podeszłym wieku nie stanowi grupy homogennej. Biorąc pod uwagę zróżnicowanie wieku w tej grupie, przyjęto określać to zjawisko jako tzw. podwójne starzenie populacji [7, 13, 14]. Fakt ten determinuje odrębne spojrzenie na potrzeby i oczekiwania osób starszych na każdym etapie życia [15], w którym dobrem nadrzędnym jest jego jakość.

Problem zaburzeń funkcjonalnych oraz wzrostu zachorowalności na choroby przewlekłe rośnie z wiekiem i dotyczy częściej osób powyżej 70. r.ż. [16].

Ważnym problemem w grupie osób w wieku podeszłym jest także zjawisko singularizacji oraz niesamodzielności, a nawet wykluczenia [17].

Z doświadczeń innych krajów wynika, że pozostawianie seniorów w środowisku dotychczasowego zamieszkania wpływa nie tylko na poprawę jakości życia, ale obniża także koszty ochrony zdrowia oraz wydatki na opiekę społeczną [18, 19].

Osoby niesamodzielne (lub ich opiekunowie), w najczęściej realizowanym w Polsce modelu opieki nad osobą starszą w warunkach domowych, oczekują instytucjonalnego wsparcia lub częściowego albo całkowitego przejęcia opieki [20-22]. Spełnienie tych oczekiwań ze względu rosnącą liczbę osób w podeszłym wieku oraz możliwości finansowania opieki zdrowotnej i społecznej w Polsce jest niemożliwe [23].

Holistyczne (współczesne) podejście do zdrowia na tym etapie ontogenezy to zapewnienie bezpieczeństwa i jednocześnie spełnienie oczekiwań osoby w wieku podeszłym. Uwzględnienie czynników demograficznych, kondycji zdrowotnej oraz podmiotowości i autonomii seniora skłania do zaproponowania zróżnicowanych modeli postępowania z osobami starszymi. Wzorem państw o szeroko rozwiniętej służbie gerontologicznej priorytetem powinna być możliwość utrzymania zdrowia seniora we wszystkich jego komponentach przy jak najdłuższym pozostawianiu go w dotychczasowym środowisku bytowania [13, 18, 19, 24]. Takie podejście wymaga zróżnicowanego algorytmu postępowania w odniesieniu do osób starszych. Wybór modelu opieki powinien zależeć nie tylko od kondycji psychofizycznej, ale także oczekiwań w kontakcie właśnie podmiotowego traktowania. Nie ma jednakowego modelu realizacji opieki nad seniorem we wszystkich krajach UE. Tymczasem WHO (2012) wśród priorytetów zdrowego starzenia się proponuje promowanie aktywności fizycznej oraz profilaktykę upadków w ramach polityki zdrowotnej opartej na opiece domowej, uwzględniającej przystosowawcze działania techniczne w środowisku zamieszkania [25].

Szwecja należy do krajów, gdzie od lat realizowany jest socjalno-medyczny dualizm, stawiający na podmiotowe traktowanie seniora przy opiekuńczo-socjalnym wsparciu państwa [26, 27]. Jeśli wziąć pod uwagę przykład szwedzki, optymalizacja polityki zdrowotnej i społecznej wobec seniora w Polsce powinna łączyć ze sobą działania opieki zdrowotnej (geriatry, pielęgniarki, fizjoterapeuty, psychologa) oraz pomocy społecznej (pracownika socjalnego, terapeuty zajęciowego, opiekuna domowego). Połączenie działań obu tych podmiotów w środowiskach lokalnych pozwala na holistyczne traktowanie osoby starszej.

The aging process, associated with the inevitable involution changes and increased incidence of chronic diseases [8-10], poses the additional risk of disturbance in the social component of health, reflected in the social isolation and loneliness of people in retirement age [11]. Initially, this may be result from the breaking of bonds caused by retiring from working life.

Additionally, the cultural and social changes in developed countries which led to the departure from the traditional multi-generational family compound the risk of losing social bonds in the population of elderly people [12].

The population of the elderly is not a homogenous group; therefore, taking into account the age distribution in that group, this phenomenon was called the double aging of the population [7, 13, 14]. It is due to this fact that, adopting the quality of life as the supreme good, the needs and expectations of elderly people at each stage of life have to be viewed differently [15].

The problem of functional disorders and increased incidence of chronic disorders grows with age and is more common in people above 70 years of age [16].

Another issue in the group of elderly people is the phenomenon of singularization and dependence, even exclusion [17].

The experience of other countries shows that allowing seniors to remain in the environment where they lived so far not only contributes to improve their quality of life but also decreases healthcare costs and social security spending [18, 19].

In the model of home-care of an elderly person most frequently implemented in Poland, dependent patients (or their caregivers) expect that institutions should support them or assume partial or full custody [20-22]. Understandably, in the light of the growing number of elderly people and the funding options of health and social care in Poland, these expectations are impossible to meet [23].

The holistic (modern) approach to health at this stage of ontogenesis involves providing security while simultaneously meeting the expectations of an elderly person. Taking into consideration the demographic factors, health condition, as well as empowerment and autonomy of a senior, leads to suggesting various models of care for elderly people. Similarly as in the countries with well-developed gerontology service, the priorities should be set so as to maintain the senior's health and all its components, while allowing him to remain in his living environment for as long as possible [13, 18, 19, 24]. This approach makes it necessary to have an algorithm of management with regard to the elderly. The choice of a model of care should depend not only on the psychological and physical status but also the expectation of being treated as a person. There is no unified model for the implementation of care of a senior in all EU countries. Nevertheless, WHO (2012) suggests, among the priorities of healthy ageing, to promote physical activity and fall prevention and introduce a health policy based on home-care and including adaptive technological measures in the living environment [25].

Sweden is one of the countries which have implemented a social and medical dualism, oriented at treating the senior as a person, with care and social support of the state [26, 27]. Following their example, the optimization of health and social policy regarding seniors in Poland should combine the activities of healthcare (geriatrician, nurse, physical therapists, psychologists) and social care (social worker, occupational therapist, catering assistant). Integrating the activities of both of them in local communities enables the holistic treatment of the elderly.

Na marginesie należy wspomnieć, że w roku 2012 w Polsce było zaledwie 275 lekarzy mających tytuł specjalisty w dziedzinie geriatry [28], co zgodnie z doświadczeniem innych krajów UE jest liczbą wysoce niewystarczającą.

Indywidualne traktowanie osoby starszej jest optymalne nie tylko z punktu widzenia seniora, lecz także z przyczyn społecznych i finansowych. Preferowanie opieki w miejscu zamieszkania pozwala na kontynuację aktywności w środowisku bytowania. Wykazano na podstawie wielu badań, że promocja zdrowia i prozdrowotna modyfikacja stylu życia osób starszych daje korzystne efekty, podnosząc potencjał zdrowia lub utrzymując go na tym samym poziomie w jak najdłuższym czasie [7, 22, 29-31].

Promocja zdrowia, oparta na adekwatnych do wieku strategiach wdrażania edukacji zdrowotnej, pozwala także na realizację podmiotowego i autonomicznego traktowania seniora oraz umożliwia mu podjęcie decyzji o jak najdłuższym pozostawaniu we własnym miejscu zamieszkania.

Celem pracy jest przedstawienie propozycji optymalizacji modelu opieki nad osobami starszymi w Polsce w aspekcie systemowego definiowania zdrowia, uwzględniającej autonomię i podmiotowe traktowanie jednostki.

Dyskusja

Unifikowanie potrzeb zdrowotnych osób starszych nie uwzględnia indywidualnego zróżnicowania poziomu sprawności funkcjonalnej w aspekcie psychosomatycznym i społecznym. Wyodrębnienie optymalnych modeli opieki nad seniorem z elementami promocji zdrowia pozwala nie tylko na zastosowanie profilaktyki I, II i III stopnia w zakresie chorób przewlekłych i dysfunkcji związanych z wiekiem, ale także poprawę jakości życia przy jednoczesnym braku izolacji i wykluczenia. Wychodząc z takiego założenia, można wyróżnić 4 modele realizacji polityki zdrowotnej i społecznej wobec osób starszych.

Model 1 uwzględnia osoby zdrowe w ujęciu kompleksowym (ryc. 1), model 2 – osoby z dysfunkcjami somatycznymi, ale akceptujące ten stan i samodzielnie funkcjonujące w dotychczasowym środowisku zamieszkania (ryc. 2), model 3 – osoby z dysfunkcjami, akceptujące swój stan, ale wymagające pomocy osób trzecich, pozostające w miejscu zamieszkania (ryc. 3), model 4 – osoby wymagające specjalistycznej opieki instytucjonalnej lub całodobowej opieki w miejscu zamieszkania (ryc. 4).

Wspólną cechą każdego modelu jest priorytetowe traktowanie jakości życia seniora. Podejmowane działania determinowane są jego stanem zdrowia somatycznego, psychicznego i społecznego. Różnice w poszczególnych modelach dotyczą formy działań, roli opieki medycznej oraz opieki społecznej w kształtowaniu jego zdrowia.

Model 1 charakteryzują szczególne działania, ograniczone do geragogiki, profilaktyki I stopnia chorób przewlekłych oraz w zakresie promocji zdrowia do treningu zdrowotnego dla osób w wieku powyżej 65. r.ż.

In passing, one should mention that in 2012 there were merely 275 physicians specialized in geriatrics, which is a highly insufficient number, as demonstrated by the experience of other EU countries.

The individual treatment of an elderly person is optimal not only from the perspective of the senior but also due to social and financial reasons. Whereas the preference for care at home allows to continue activity in the living environment. It was demonstrated in many studies that promotion of health and healthy lifestyle modification is beneficial for elderly people, increasing their health potential or maintaining its level over the longest possible period of time [7, 22, 29, 30, 31].

Promotion of health, based on the strategies of implementing health education according to age, also makes it possible for a senior to be treated as an autonomous person, and facilitates the decision to remain as long as possible in his or her own place of residence.

A proposal to optimize the model of care of elderly people in Poland in the aspect of system definition of health, taking into account the autonomy and empowerment of the individual.

Discussion

The unification of health needs of elderly people does not take into consideration the individual variation in functional fitness in the psychosomatic and social aspect. Distinguishing optimal models of care of senior including elements of promotion of health allows not only to take into account the 1st, 2nd, and 3rd degree prevention of chronic diseases and age-related dysfunctions but also the improvement of quality of life without the accompanying isolation and exclusion. Based on this assumption, it is possible to consider 4 models of implementation of health and social policy towards elderly people.

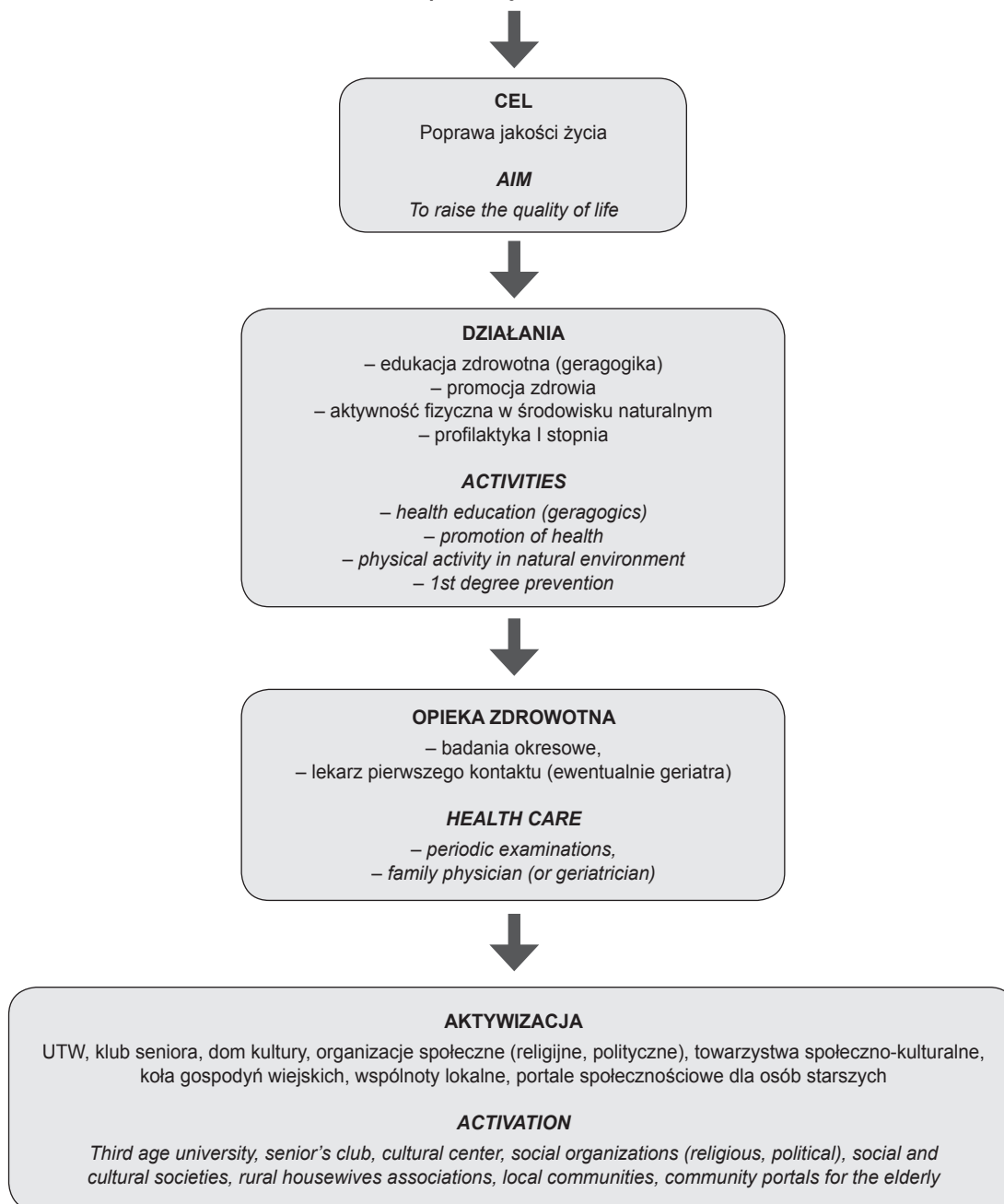
Model 1 corresponds to a comprehensive approach to healthy people (fig. 1), Model 2 covers people with somatic dysfunctions who, however, accept this situation and function independently in their current living environment (fig. 2), Model 3 includes people with dysfunctions, who accept their state but require third party assistance, and remain in their place of residence (fig. 3), whereas Model 4 is targeted at those people who require specialized institutional aid or 24-hour care in their place of residence (fig. 4).

The common feature of all models is treating the senior's quality of life as a priority. The undertaken actions, on the other hand, are determined by the status of his or her somatic, mental, and social health. The individual models differ in the forms of activity, and the role of medical care and social security in shaping his or her health.

Model 1 is characterized by a particular form of activities limited to geragogics, 1st degree prevention of chronic diseases, and promotion of health by health training for people above 65 years of age.

MODEL 1 MODEL 1

Osoby zdrowe w ujęciu systemowym,
samodzielnie funkcjonujące w środowisku społecznym
*People considered healthy by the system,
who function independently in the social environment*



Ryc. 1. Model opieki gerontologicznej dla osób zdrowych
Fig. 1. Model of gerontological care of healthy people

Działania w zakresie opieki zdrowotnej w tym modelu ograniczone są do rutynowych badań lekarza pierwszego kontaktu (choć korzystniej byłoby geriatry). Istotny element tego modelu stanowi aktywizacja seniora z udziałem instytucji takich, jak: uniwersytety trzeciego wieku, kluby seniora, domy kultury, organizacje społeczne (zarówno religijne, jak i polityczne), towarzystwa społeczno-kulturalne, koła gospodyń wiejskich, wspólnoty lokalne, grupy wsparcia oraz portale społecznościowe dla osób starszych.

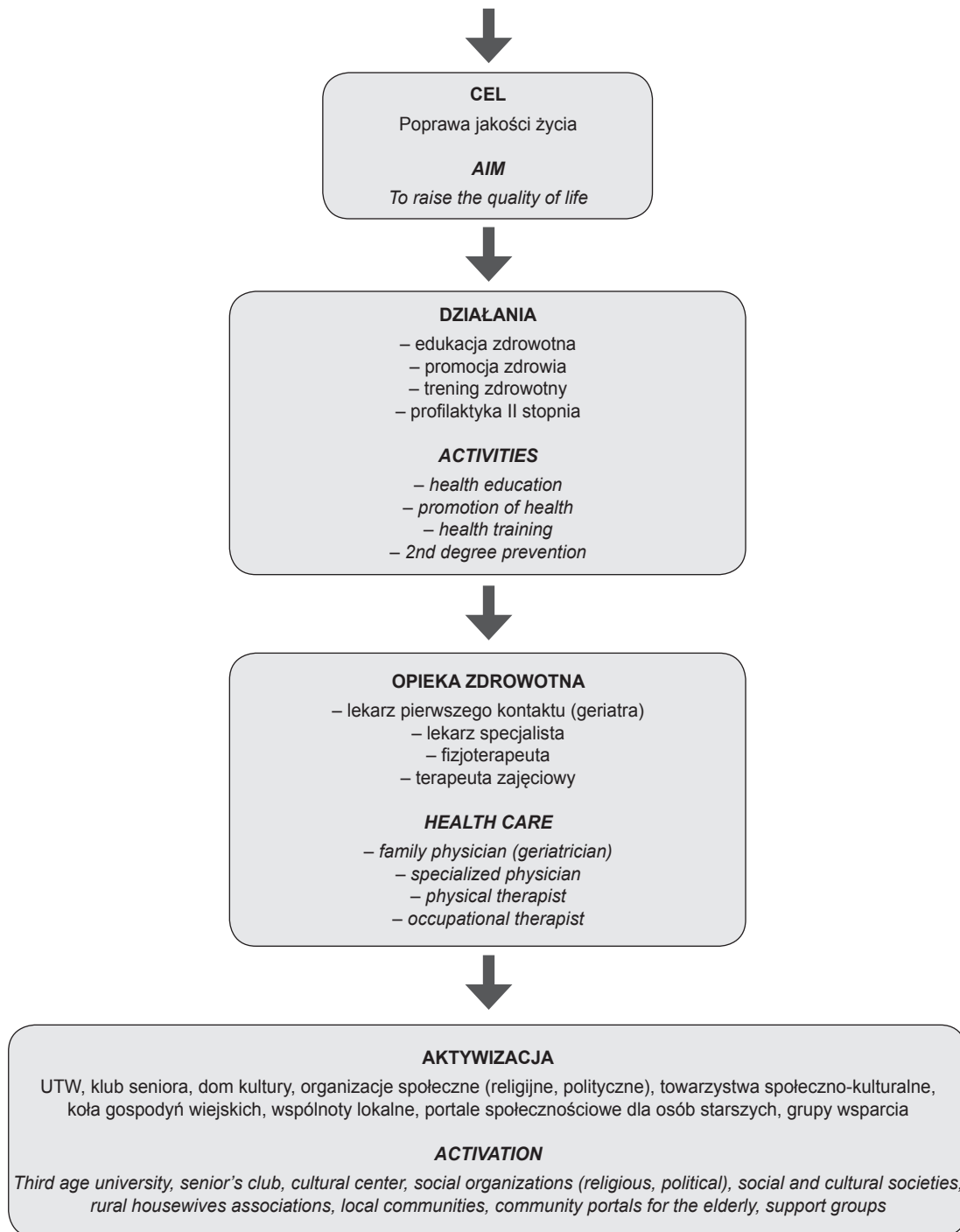
Model 2 w zakresie działań oparty jest na edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia, treningu zdrowotnym oraz profilaktyce II stopnia.

In this model, health care activities are limited to routine tests performed by a family doctor (although a geriatrician would be preferable). An important part of this model is the activation of a senior by such institution as third-age universities, senior's clubs, cultural centers, social organizations (both religious and political), social and cultural societies, rural housewives associations, local communities, support groups, and community portals for the elderly.

Concerning its activities, Model 2 is based on health education, promotion of health, health training, and 2nd degree prevention.

MODEL 2
MODEL 2

Osoby z dysfunkcją somatyczną, akceptujące ten stan, samodzielnie funkcjonujące w środowisku społecznym
Persons with somatic dysfunctions, who accept this situation and independently function in the social environment



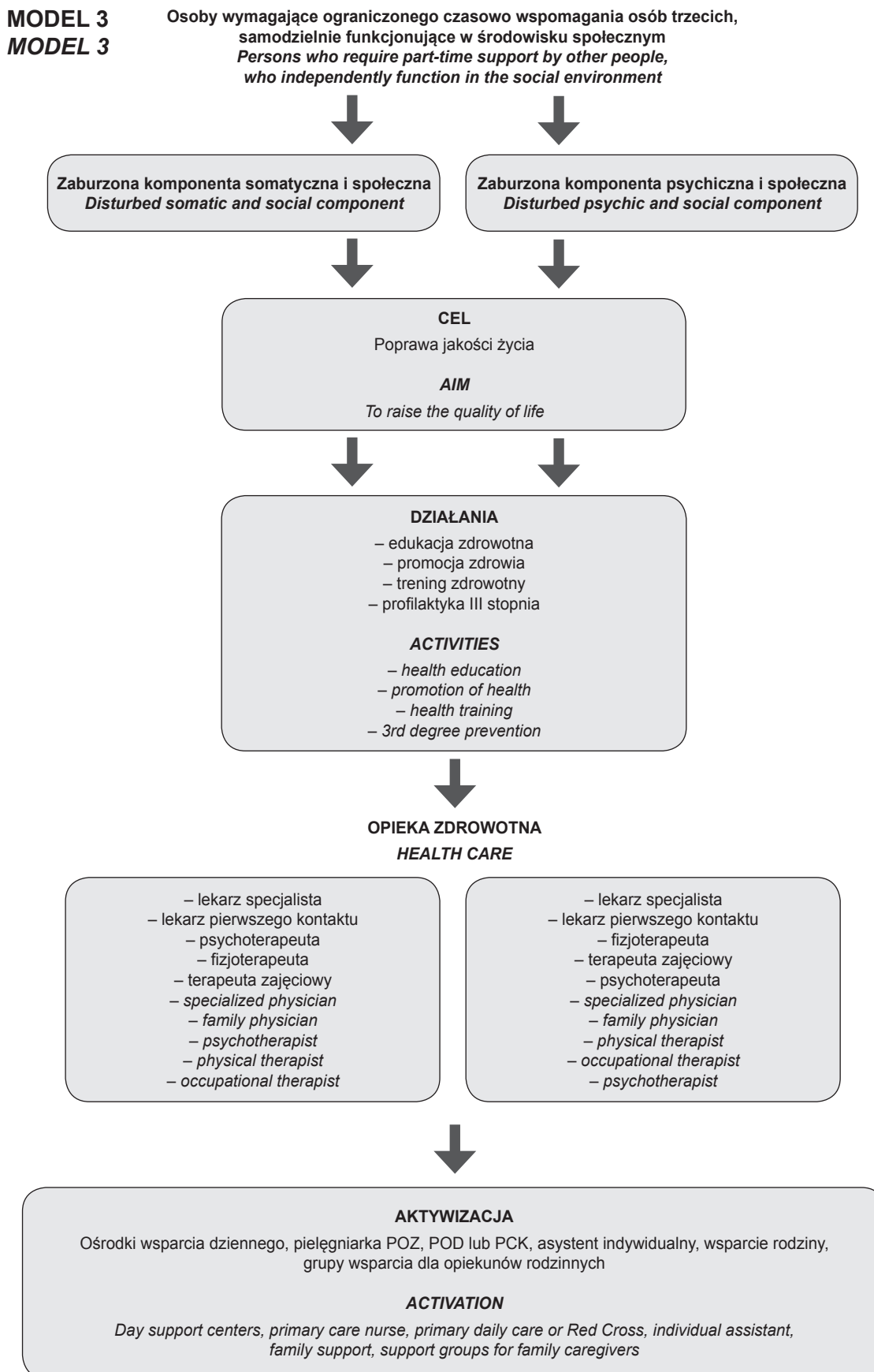
Ryc. 2. Model opieki gerontologicznej dla osób z dysfunkcjami somatycznymi
 Fig. 2. Model of gerontological care for people with somatic dysfunctions

W ramach opieki zdrowotnej proponuje się w tym przypadku dostęp nie tylko do lekarza pierwszego kontaktu, ale też do lekarza specjalisty, fizjoterapeuty oraz terapeuty zajęciowego. Korzystanie z porad geriatry ograniczyłoby kontakt z opieką zdrowotną. Aktywizacja seniora w tym modelu prowadzona jest przy wsparciu uniwersytetów trzeciego wieku, klubów seniora, domów kultury, organizacji społecznych (religijnych, politycznych), towarzystw społeczno-kulturalnych, kół gospodyń wiejskich, wspólnot lokalnych, portali społecznościowych dla osób starszych oraz grup wsparcia.

In this case, the offered health care involves not only a family physician, but also a specialist, a physical therapist, and occupational therapists. Geriatric consultation could also limit the necessity of health care. In this model, the activation of a senior is supported by third-age universities, senior's clubs, cultural centers, social organizations (religious, political), social and cultural societies, rural housewives associations, local communities, community portals for the elderly, and support groups.

W modelu 3 działania wobec seniora opierają się oprócz edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i treningu zdrowotnego na profilaktyce III stopnia.

In Model 3, the activities concerning the senior are based on the 3rd degree of prevention, apart from health education, prevention of health, and health training.



Ryc. 3. Model opieki gerontologicznej dla osób wymagających ograniczonego wspomaganie osób trzecich
 Fig. 3. Model of gerontological care for persons who require limited support from other people

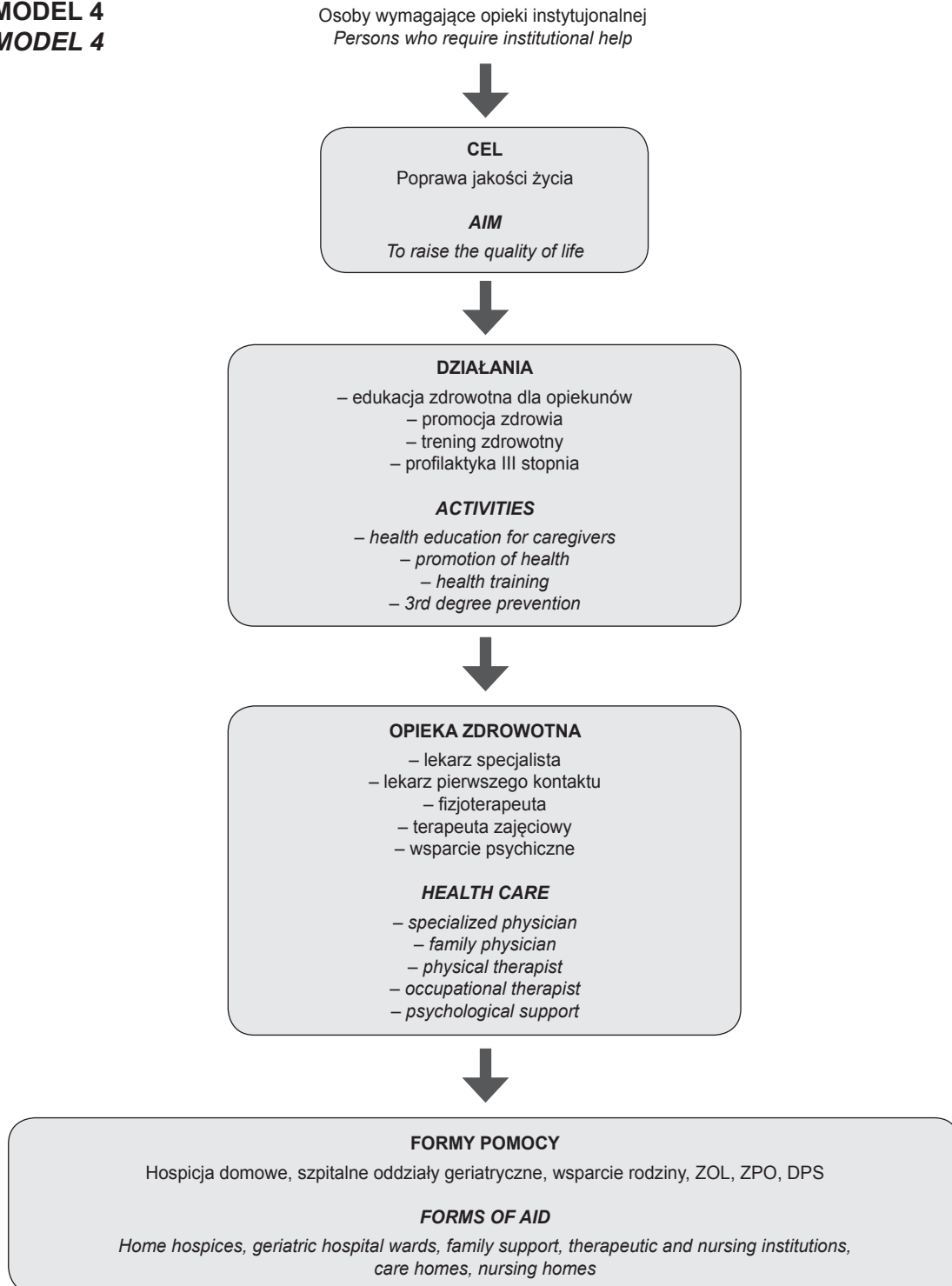
Działania w zakresie opieki zdrowotnej w modelu 3 uwzględniają zaburzenia w zakresie komponenty psychicznej lub somatycznej. Osoba z zaburzoną komponentą psychiczną wymaga dodatkowo opieki psychoterapeuty.

W ramach aktywizacji seniora w modelu 3 proponowany jest udział ośrodków wsparcia dziennego, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, podstawowej opieki dziennej lub Polskiego Czerwonego Krzyża, asystenta indywidualnego, a także wsparcie rodziny oraz grup wsparcia dla opiekunów rodzinnych.

Health care activities in Model 3 take into account the disturbances of both the psychic and the somatic component. In addition, the disturbed psychic component also requires care of a psychotherapist.

It is suggested to include in the activation of a senior in Model 3 the participation of day support centers, primary care nurses, primary daily care, or Polish Red Cross, an individual assistant, as well as family support and support groups for family caregivers.

**MODEL 4
 MODEL 4**



Ryc. 4. Model opieki gerontologicznej dla osób wymagających pomocy instytucjonalnej
 Fig. 4. Model of gerontological care for people who require institutional help

W ośrodkach wsparcia dziennego także mogą być realizowane programy edukacyjno-profilaktyczne oraz elementy promocji zdrowia psychicznego.

Model 4 powinien uwzględniać edukację zdrowotną dla opiekunów indywidualnych i instytucjonalnych, promocję zdrowia, trening zdrowotny oraz profilaktykę III stopnia. Opiekę zdrowotną powinien zapewnić lekarz specjalista, geriatra, fizjoterapeuta i terapeuta zajęciowy. W jej ramach powinna także istnieć możliwość wsparcia psychicznego dla osoby starszej oraz jej opiekunów.

Model 4 uwzględnia formy pomocy realizowane przez instytucje. Należą do nich hospicja domowe, szpitalne oddziały geriatryczne, zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, domy pomocy społecznej oraz opieka rodzinna z udziałem instytucji społecznych wspomagających terminalnie chorych w warunkach domowych.

Wnioski

Zaproponowanie odpowiedniego modelu opieki gerontologicznej poprawi jakość życia seniorów i ich opiekunów, obniżając koszty opieki zdrowotnej i społecznej, oraz pozwoli na konsolidację działań instytucji ochrony zdrowia, opieki społecznej i samorządu lokalnego.

Piśmiennictwo

References

- [1] Béland D., Viriot Durandal J.-P., Aging in France: population trends, policy issues, and research institutions. *Gerontologist*, 2013, 53 (2), 191-197.
- [2] Botev N., Population ageing in Central and Eastern Europe and its demographic and social context. *Eur. J. Ageing*, 2012, 9 (1), 69-79.
- [3] Derejczyk J., Bień B., Kokoszka-Paszkot J., Szczygieł J., Gerontologia i geriatria w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju. *Gerontol. Pol.*, 2008, 16 (3), 149-159.
- [4] Kourtit K., Nijkamp P., In praise of megacities in a global world. *Regional Science Policy & Practice. Special Issue: The new urban world – opportunity meets challenge*, 2013, 5 (2), 167-182.
- [5] Wróblewska I., Steciwko A., Różnice i podobieństwa w sprawowanej opiece nad osobami starszymi przebywającymi w ośrodkach opieki w Polsce i we Francji. *Gerontol. Pol.*, 2012, 20 (1), 22-27.
- [6] Glasgow N., Brown D.L., Rural ageing in the United States: trends and contexts. *J. Rural Stud.*, 2012, 28 (4), 422-431.
- [7] Clark F., Jackson J., Carlson M., Chou C.P., Cherry B.J., Jordan-Marsh M., et al., Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people: results of the Well Elderly 2 Randomised Controlled Trial. *J. Epidemiol. Community Health*, 2012, 66 (9), 782-790.
- [8] Rasmussen-Torvik L.J., Shay C.M., Abramson J.G., Friedrich C.A., Nettleton J.A., Prizment A.E., Folsom A.R., Ideal cardiovascular health is inversely associated with incident cancer: the Atherosclerosis Risk in Communities study. *Circulation*, 2013, 127 (12), 1270-1275.
- [9] Wardlaw J.M., Smith E.E., Biessels G.J., Cordonnier C., Fazekas F., Frayne R. et al., Neuroimaging standards for research into small vessel disease and its contribution to ageing and neurodegeneration. *Lancet Neurol.*, 2013, 12 (8), 822-838.
- [10] Wilkins J.T., Ning H., Berry J., Zhao L., Dyer A.R., Lloyd-Jones D.M., Lifetime risk and years lived free of total cardiovascular disease. *JAMA*, 2012, 308 (17), 1795-1801.
- [11] Shankar A., Hamer M., McMunn A., Steptoe A., Social isolation and loneliness: relationships with cognitive function during 4 years of follow-up in the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychosom. Med.*, 2013, 75 (2), 161-170.
- [12] Daatland S.O., Herlofson K., 'Lost solidarity' or 'changed solidarity': a comparative European view of normative family solidarity. *Ageing and Society*, 2003, 23 (5), 537-560.
- [13] Szweđa-Lewandowska Z., Popyt na miejsca w domach pomocy społecznej wśród seniorów w Polsce w perspektywie 2035 roku. *Acta Universitatis Lodzianensis. Filia Oeconomica*, 2009, 231, 243-254.
- [14] Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P., Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. *Termedia Wydawnictwa Medyczne*, Poznań 2012.
- [15] Łukomska A., Wachowska J., Seniorzy o swojej starości. *Gerontol. Pol.*, 2008, 16 (1), 51-55.
- [16] Błędowski P., Maciejasz M., Rozwój opieki długoterminowej w Polsce – stan i rekomendacje. *Nowiny Lek.*, 2013, 82 (1), 61-69.
- [17] LaVeist T.A., Sellers R.M., Brown K.A., Nickerson K.J., Extreme social isolation, use of community-based senior support services, and mortality among African American elderly women. *Am. J. Community Psychol.*, 1997, 25 (5), 721-732.
- [18] Doyle Y.G., Mc Kee M., Sherriff M., A model of successful ageing in British populations. *Eur. J. Public Health*, 2012, 22 (1), 71-76.

- [19] Kylberg M., Löfqvist C., Horstmann V., Iwarsson S., The use of assistive devices and change in use during the ageing process among very old Swedish people. *Disabil. Rehabil. Assist. Technol.*, 2013, 8 (1), 58-66.
- [20] Beck O., Kędziora-Kornatowska K., Społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne jako szansa rozwiązania problemu opieki nad osobami starszymi w Polsce. *Nowiny Lek.*, 2013, 82 (1), 56-60.
- [21] Bień B., Doroszkiewicz H., Wojszel B.Z., Poziom nieśprawności osób starszych a korzystanie z usług medycznych i pozamedycznych w badaniu EUROFAM-CARE. *Gerontologia Polska*, 2008, 16 (2), 101-110.
- [22] Tobis S., Jakrzewska-Sawińska A., Talarska D., Wiczorowska-Tobis K., Wieloprofesjonalność opieki w geriatric. *Nowiny Lek.*, 2013, 82 (1), 51-55.
- [23] Palczewska A., System opieki długoterminowej a zapotrzebowanie na ten rodzaj świadczeń. *Probl. Pielęg.*, 2010, 18 (2), 198-206.
- [24] Brzezińska A.I., Łazar M., Wójcik S., Wizerunek późnej dorosłości a problemy opieki długoterminowej i wsparcie potrzebne opiekunom. *Gerontol. Pol.*, 2011, 19 (3-4), 181-189
- [25] WHO. Policies and priority interventions for healthy ageing 2012.
- [26] Genet N., Boerma W.G.W., Kringos D.S. Bouman A., Francke A.L., Fagerström C. et al., Home care in Europe: a systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 2011, 11 (1), 207.
- [27] Bakalarczyk R., Opieka nad seniorami w państwie opiekuńczym – przykład Szwecji. *Problemy Polityki Społecznej*, 2012, 18, 1-12.
- [28] Monitor Polski. Dziennik Urzędowy Rzeczypospolitej Polskiej. Warszawa. Z dnia 4.02.2104 pozycja 118. Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020,
- [29] Wojcierowska A., Wpływ umieszczenia chorego z chorobą Alzheimera w ośrodku pobytu dziennego na samopoczucie opiekuna. *Probl. Pielęg.*, 2008, 16 (3), 269-272.
- [30] Kaczmarczyk M., Trafiałek E., Aktywizacja osób w starszym wieku jako szansa na pomyślne starzenie. *Gerontol. Pol.*, 2007, 15 (4), 116-118.
- [31] Vrdoljak D., Marković B.B., Puljak L., Lalić D.I., Kranjčević K., Vučak J., Lifestyle intervention in general practice for physical activity, smoking, alcohol consumption and diet in elderly: A randomized controlled trial. *Arch. Gerontol. Geriatr.*, 2014, 58 (1), 160-169.

Adres do korespondencji:
Address for correspondence:

Felicja Lwow
Katedra Fizjoterapii i Terapii Zajęciowej
Zakład Promocji Zdrowia
Wydział Fizjoterapii
Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu
al. I.J. Paderewskiego 35
51-612 Wrocław

Wpłynęło / Submitted: X 2013
Zatwierdzono / Accepted: XII 2013