

Rozdział I.1

Problemy zdrowotne starzejącego się społeczeństwa

Katarzyna Szczerbińska

I.1.1. Czynniki kształtujące proces starzenia się społeczeństwa polskiego

Starzenie się społeczeństwa jest złożonym procesem demograficznym. Zasadniczo wynika on z nakładania się wpływów dwóch głównych czynników: umieralności i rozrodczości, a te kształtowane są poprzez zmiany społeczne, kulturowe, ekonomiczne, technologiczne i wiele innych związanych z rozwojem cywilizacji [Jakubiak, 1999, s.10].

Bezpośrednio po II wojnie światowej poziom umieralności w Polsce był bardzo wysoki. Podjęte w tym okresie działania w kierunku poprawy sytuacji sanitarnej i warunków życia oraz wprowadzenie szczepień przeciw chorobom zakaźnym, leczenia sulfonamidami i antybiotykoterapii przyczyniły się do poprawy ogólnego stanu zdrowia populacji i znacząco zmniejszyły umieralność ogólną, a zwłaszcza niemowląt. Dzięki temu w latach 1950–1970 przeciętne trwanie życia wydłużyło się o 10 lat dla mężczyzn i o 11,5 roku dla kobiet. W Polsce w roku 1950 żyło niespełna 1,3 mln ludzi, którzy ukończyli 65 lat. W ciągu następnego ćwierćwiecza ich liczba zwiększyła się o 2 mln, dając 3,3 mln w roku 1975. W kolejnych latach nastąpiło ogólne pogorszenie wskaźników stanu zdrowia społeczeństwa będące przejawem opisywanego w literaturze „kryzysu zdrowotnego” [Okólski, 2004, s. 160–173]. W wyniku licznych zmian (dotyczących bezpośrednio stanu zdrowia poszczególnych grup społecznych, jak również warunków życia w kontekście sytuacji polityczno-społecznej i ekonomicznej kraju) w latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych przeciętne trwanie życia dla kobiet wydłużyło się nieznacznie (o 3 lata), a dla mężczyzn – uległo skróceniu. Za przyczynę nadumieralności mężczyzn w tym okresie uznaje się: choroby i urazy spowodowane ryzykownym stylem życia (tj. paleniem tytoniu, nadużywaniem alkoholu) oraz będące wynikiem wypadków komunikacyjnych lub w miejscu pracy [Ostrowska, 1999, s. 129–136]. Wśród przyczyn zgonów

wymienia się również wzrost częstości występowania chorób układu krążenia [Okólski, 2004, s. 118–120], nowotworów i zatruc [tamże, s. 166].

Dopiero lata dziewięćdziesiąte przyniosły zmianę tej niekorzystnej tendencji. Podjęte wówczas działania z zakresu promocji zdrowia, ukierunkowane na:

- propagowanie zdrowego stylu życia (odwrót od palenia tytoniu¹, poprawa jakości żywności i wprowadzenie wzorców zdrowego sposobu odżywiania się²),
- redukcję zagrożeń zdrowia w miejscu pracy, prowadzącą do zmniejszenia liczby wypadków przy pracy i ciężkości związanych z tym urazów,
- poprawę wczesnego wykrywania i zapobiegania chorobom cywilizacyjnym (m.in. chorobom serca, cukrzycy, nowotworom),

przyczyniły się do zmniejszenia umieralności dorosłych. Z kolei postęp w zakresie technologii medycznych i upowszechnienie nowych metod leczenia oraz poprawa standardów opieki umożliwiły radykalny wzrost przeżywalności niemowląt i dzieci (ponad dwukrotny spadek umieralności niemowląt: z 19,3 na tysiąc w roku 1990 do 8,1 w roku 2000) [tamże, 143]. Wśród przyczyn pozytywnej zmiany wymienia się także wpływ transformacji ustrojowej poprzez zmniejszenie stresu związanego z sytuacją społeczno-polityczną kraju, redukcję zanieczyszczeń środowiska, poprawę warunków i jakości życia oraz zahamowanie emigracji zewnętrznej [tamże; Zatoński, McMichael, Powels, 1998; Nolte, Shkolnikov, McKee 2000; McKee, Nolte, 2004].

Dzięki znacznemu zmniejszeniu umieralności mężczyzn i niemowląt oraz umiarkowanemu zmniejszeniu umieralności kobiet w Polsce od 1991 roku ponownie obserwowane jest stałe wydłużanie się życia [Okólski, 2004, s. 140–160; Rutkowska, 2003, s. 9–13].

W okresie 1990–2000 przeciętne trwanie życia mężczyzn zwiększyło się o 3,2 roku, a kobiet o 2,5 (tabela I.1.1) [tamże].

Jednocześnie w tym czasie dokonała się zmiana modelu małżeństwa, która wyraża się m.in. opóźnieniem wieku zawierania małżeństw, osłabieniem ich trwałości i spadkiem dzietności poniżej prostej zastępowalności pokoleń [Jakubiak, 1999, s. 10]. W efekcie nakładania się opisanych procesów (kształtujących umieralność i rozrodność) starzenie się ludności w Polsce nabrało szczególnego przyspieszenia, a tempo tych przemian w naszym kraju jest znacznie szybsze, niż miało to miejsce w krajach Europy Zachodniej³ [Nowak, 1995; Golinowska, Holzer, Szwarz, Pędich, 1999, s. 10–11].

¹ W latach 1990–1996 palenie tytoniu zmniejszyło się o 21%, w okresie 1990–1999 zmniejszył się odsetek palących osób po 15. r.ż. z 52 do 43% wśród mężczyzn oraz z 25 do 23% kobiet.

² Spadek spożycia tłuszczów zwierzęcych o 25%, masła o 45% i wzrost spożycia tłuszczów roślinnych o 85%.

³ W roku 1968 odsetek osób powyżej 65. r.ż. w populacji przekroczył próg 7%, kwalifikując Polskę do państw demograficznie starych.

Tabela I.1.1

Przeciętne dalsze trwanie życia w Polsce dla noworodków oraz osób sześćdziesięcioletnich na przestrzeni lat 1950–2004

Lata	Mężczyźni		Kobiety	
	Przeciętne dalsze trwanie życia dla osób w wieku			
	0 lat	60 lat	0 lat	60 lat
1950	56,1	14,5	61,7	17,0
1960	64,9	15,9	70,6	18,7
1970	66,6	15,7	73,3	19,2
1980	66,0	15,2	74,4	19,4
1990	66,5	15,3	75,5	20,0
2000	69,7	16,7	78,0	21,5
2004	70,7	17,4	79,2	22,5

Źródło: Rutkowska, 2004, Tabl. 1, s. 10; GUS 2005

W roku 1990 liczba osób w wieku co najmniej 65 lat stanowiła 3884,2 tys. w populacji ogólnej liczącej wówczas 38 183,2 tys. (co stanowiło 10,2% całej populacji polskiej) [GUS, 2001c, Tabl. 4(119): Ludność według płci i wieku, s. 100]. W ciągu kolejnych 10 lat kategoria osób starszych zwiększyła się prawie o jeden milion (osiągając liczbę 4746,1 tys.) przy jednoczesnym przyroście poniżej pół miliona osób w populacji ogólnej (do 38 644,2 tys.) [tamże]. Ich odsetek zwiększył się wtedy do około 12,3% (tabela I.1.2) [tamże]. Według Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań (NSP) z czerwca 2002 roku w populacji 38 230 tys. Polaków znajdowało się 4854 tys. osób w wieku co najmniej 65 lat [GUS, 2003a, Tabl. 2(64): Ludność według płci i wieku, s. 114]. Do końca roku 2002 liczba osób starszych zwiększyła się o dalsze 33 tys. (do 4887,6 tys.) przy jednoczesnym zmniejszeniu się populacji ogólnej o 11 tys. (do 38 218,5 tys.) [GUS 2003c, Tabl. 4(120), s. 106]. W nadchodzących latach przewiduje się dalsze zmniejszanie się populacji polskiego społeczeństwa i przyspieszone jego starzenie [Bolesławski, Marciniak, 1997; Bolesławski, 2004, s. 36–42; Marciniak, 1999, s. 28–37].

Tabela I.1.2

Udział osób powyżej 60. i 65. roku życia w stosunku do ogólnej populacji Polski w latach 1950–2004

Rok	≥ 60. r.ż. [%]	≥ 65. r.ż. [%]
1950	8,2	5,2
1960	9,6	6,0
1970	12,9	8,4
1980	13,3	10,1
1990	15,0	10,2
2000	16,7	12,3
2002	17,0	12,8
2004	17,1	13,1

Opracowanie: B. Gryglewska i J. Kocemba na podstawie danych z roczników statystycznych GUS

Tworzenie prognozy demograficznej opiera się na określeniu liczby urodzeń, przewidywanej liczby zgonów oraz oszacowaniu wpływów migracji wewnętrznej i zewnętrznej, wśród których najbardziej stałym komponentem jest przeciętne trwanie życia. Najmniej przewidywalne są tendencje w zakresie liczby urodzeń oraz przemieszczania się wewnątrz i poza krajem, ponieważ wzorce dzietności i migracji są w dużym stopniu uwarunkowane zmieniającą się sytuacją społeczno-gospodarczą państwa [Jelonek, 2004].

W prognozie GUS z roku 1998 przewidywano dalszy ubytek ogółu ludności Polski do roku 2005, po czym wzrost jej liczby do ok. 39 mln w roku 2017 i ponowny ubytek do ok. 38 mln w roku 2030. Jednocześnie do 2022 roku ludność miast miała zwiększać się w stosunku do liczby mieszkańców terenów wiejskich (z 61,9% w roku 1998 do 64,1% w roku 2030) [tamże]. Najnowsze opracowania GUS są mniej pomyślne, ponieważ zakłada się w nich stały ubytek populacji Polski do 35,7 mln (z błędem w zakresie od 34,5 do 37,0 mln) w roku 2030 [Bolesławski, 2004, s. 23, 36]. Tymczasem liczba osób starszych będzie stale rosła z 4887,7 tys. ludzi w wieku 65 lat i powyżej w roku 2002 do 7115,5 tys. w roku 2020 oraz 8509,1 tys. w roku 2030 (osiągając kolejno 12,8%, 19,1% i 23,8% populacji) [tamże, s. 36–42].

W większości państw rozwiniętych najszybsze tempo zwiększania się liczby ludności dotyczy grupy osób w wieku powyżej 75 lat. To zjawisko jest obserwowane również w naszym kraju. W ciągu ostatniego ćwierćwiecza XX wieku w Polsce liczba osób, które ukończyły 80 lat, zwiększyła się o 70%. Ta tendencja w największym stopniu dotyczyła osób w przedziale wieku 90–94 lat [Stonawski, 2004]. Ich liczba w omawianym okresie wzrosła o 160% [Szukalski, 2000].

W nadchodzących latach przewiduje się, że przeciętne trwanie życia (według scenariusza podstawowego) wydłuży się do 76,9 lat w roku 2010, 78,7 lat w roku 2020 i 80,3 w roku 2030 [Bolesławski, 2004, s. 23]. Najszybciej będzie zwiększać się liczba osób w wieku powyżej 80 lat, a jej przyrost w większym stopniu będzie dotyczył mężczyzn [tamże, s. 36–42]. Według najnowszej prognozy GUS do roku 2030 liczba mężczyzn w tym wieku przyrośnie o 168% (z 251,2 tys. w roku 2002 do 674,5 tys. w roku 2030), a liczba kobiet – o 127% (odpowiednio z 606,7 tys. do 1378,1 tys.) [tamże]. Biorąc pod uwagę całą populację osób starszych, przewiduje się, że największy przyrost będzie dotyczył liczby mężczyzn w wieku 80–84 lat oraz kobiet powyżej 90. roku życia (tabela I.1.3).

Tabela I.1.3

Przewidywany przyrost liczby osób starszych w okresie od 2002 do 2030 roku
w poszczególnych przedziałach wieku

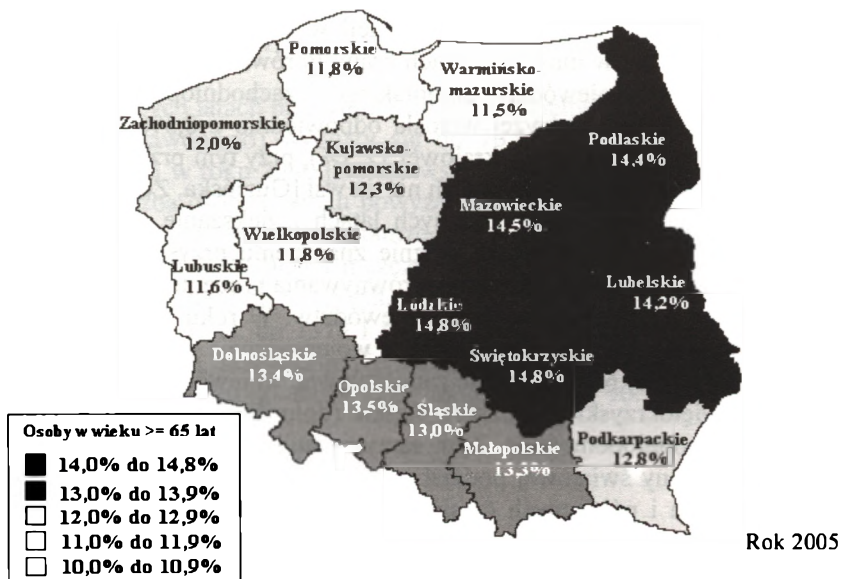
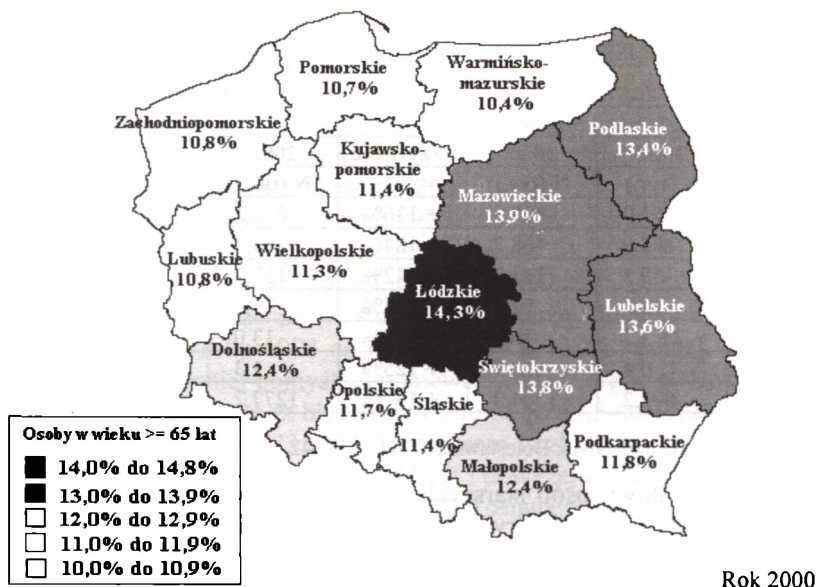
Wiek	Mężczyźni			Kobiety		
	2002	2030	Przyrost o	2002	2030	Przyrost o
	N (tys.)	N (tys.)	%	N (tys.)	N (tys.)	%
75–79	351,0	829,7	+ 136%	670,5	1163,8	+ 73%
80–84	165,0	468,7	+ 184%	363,4	804,3	+ 121%
85–89	59,3	143,7	+ 142%	157,1	334,2	+ 113%
90–94	22,8	51,2	+ 124%	71,9	177,5	+ 147%
95–99	3,7	10,0	+ 170%	13,0	53,8	+ 314%
≥ 100	0,4	0,9	+ 125%	1,3	8,3	+ 585%
Razem	602,2	1504,2	+ 150%	1277,2	2541,9	+ 99%

Obliczenia własne na podstawie: Bolesławski, 2004, s. 36–42.

Udział procentowy osób starszych w populacji polskiej wskazuje znaczne zróżnicowanie geograficzne (rycina I.1.1). W roku 1995 największym odsetkiem osób starszych (powyżej 65. r.ż.) charakteryzowały się powiaty położone w Polsce centralnej i wschodniej. Najmniej osób starszych mieszkało w powiatach północnych i zachodnich. Do roku 2001 sytuacja nie uległa zasadniczej zmianie, poza tym że do regionów demograficznie starych dołączył obszar Sudetów [Kurek, 2004].

Generalnie proces starzenia się populacji w województwach nadmorskich postępuje wolniej niż w innych rejonach kraju. Porównując lata 1990 i 2000, na obszarze obecnych województw pomorskiego i zachodniopomorskiego liczba osób w wieku 65 lat i powyżej wzrosła odpowiednio z 8,5% do 10,7% oraz z 7,9% do 10,8% (przy średniej krajowej 12,3%), przy tym przyrost liczby osób starszych był wyraźniejszy w miastach niż na wsi [Guzińska, Zdrojewski, 2004].

Według prognozy GUS w kolejnych latach zwiększanie się odsetka osób starszych w tych województwach ulegnie znacznemu przyspieszeniu. Przewiduje się znaczne zmiany w kierunku wyrównywania procentowego udziału osób starszych w populacjach wszystkich województw. W roku 2030 odsetek ludzi w podeszłym wieku będzie najmniejszy w województwie podkarpackim, a najwięcej osób powyżej 65. r.ż. będzie zamieszkiwać województwa centralne (mazowieckie, świętokrzyskie i łódzkie), śląskie (dolnośląskie, opolskie, górnośląskie) oraz zachodniopomorskie. Tym samym zaniknie utrzymujący się od zakończenia II wojny światowej podział na demograficznie młode województwa ziem zachodnich i północnych (zasiedlone młodą ludnością napływową) oraz stare województwa ściany wschodniej [Jelonek, 2004].



Rycina I.1.1. Rozkład procentowy osób starszych w wieku 65 lat i powyżej w poszczególnych województwach w latach 2000 i 2005 (opracowała E. Ryś)

Różnice w starzeniu się społeczeństwa występują również pomiędzy miastem i wsią. W okresie od 1990 do 2000 roku indeks starości (stosunek liczby osób w wieku 65 lat i więcej do liczby dzieci w wieku 0–14 lat) w miastach wzrósł prawie dwukrotnie i przekroczył jego wartość dla populacji na obszarach wiejskich [Helwich, 2004]. Świadczy to o szybszym zwiększaniu się liczby osób starszych w miastach niż na wsiach w tym okresie. Ponadto mimo znacznego ograniczenia ruchów migracyjnych nadal obserwujemy napływ osób starszych do miast (zarówno ze wsi, jak i z innych miast), co często jest konsekwencją pogorszenia ich stanu zdrowia i wiąże się z koniecznością sprawowania nad nimi opieki przez dzieci zamieszkałe w mieście [Kałuża, Damińska, 2004].

Obecnie udział osób starszych w populacji wiejskiej jest nadal wyższy niż w ludności miast (13,5% vs 12,2% w roku 2002) [Kowaleski, 2004]. Przewiduje się jednak, że w nadchodzących latach w wyniku niższego przyrostu naturalnego w miastach niż na wsiach oraz wzmożonej migracji z miast na ich obrzeża ogólna liczba mieszkańców miast będzie stale maleć z 61,7% w roku 2002 do 57,4% w roku 2030 [Bolesławski, 2004, s. 96; obliczenia własne]. Jednocześnie tempo przyrostu liczby ludzi starszych będzie szybsze w miastach niż na wsiach. Do 2030 roku odsetek osób starszych w populacji miejskiej wzrośnie do 26,5%, podczas gdy ludzie w wieku 65 lat i więcej będą stanowić 20,3% mieszkańców obszarów wiejskich [tamże, s. 39–42; obliczenia własne]. Pomimo bezwzględного wzrostu liczby osób starszych w obu środowiskach odsetek osób starszych pozostających na wsiach zmaleje z 40,4% w roku 2002 do 36,2% w roku 2030, a w miastach w tym okresie wzrośnie z 59,6% ogółu ludzi w wieku 65 lat i więcej do 63,8% (tabela I.1.4).

Tabela I.1.4

Przewidywane zmiany dotyczące ludności miast i wsi oraz populacji osób starszych w tych środowiskach w okresie od 2002 do 2030

Lata	Ludność miast		Ludność wsi		Całkowita ludność Polski	
	N [w tys.]	%	N [w tys.]	%	N [w tys.]	%
2002	23 575,5	61,7	14 643,1	38,3	38 218,5	100
2030	20 501,2	57,4	15 191,8	42,6	35 693,0	100
Przyrost	- 13,0%		+ 3,7%		- 6,6%	
	Osoby starsze (≥ 65 lat) w miastach		Osoby starsze (≥ 65 lat) na wsiach		Osoby starsze (≥ 65 lat) w Polsce	
	N [w tys.]	%	N [w tys.]	%	N [w tys.]	%
2002	2 910,8	59,6	1 976,9	40,4	4 887,7	100
2030	5 428,3	63,8	3 081,3	36,2	8 509,6	100
Przyrost	+ 86,5%		+ 55,9%		+ 74,1%	

Obliczenia własne na podstawie: Bolesławski, 2004, s. 36–42

W prognozie podkreśla się, że zmiany demograficzne będą miały w przyszłości istotny wpływ na rozwój różnego typu świadczeń w celu zaspokajania rozmaitych potrzeb osób starszych. Prawdopodobnie zwiększy się popyt na

świadczenia medyczne i opiekuńcze, leki i wyroby medyczne, ale również na różne formy spędzania wolnego czasu. Konieczne będzie przygotowanie infrastruktury miast na przyjęcie większej liczby osób starszych.

W okresie od 2000 do 2030 roku przewiduje się również wzrost tzw. obciążenia demograficznego z 64 do 72 osób w wieku nieprodukcyjnym (dzieci i osób starszych) na 100 osób w wieku produkcyjnym [tamże, s. 16]. Do 2015 roku, a więc nieco szybciej niż się spodziewano (w prognozie GUS z 1996 roku sądzono, że stanie się to około roku 2020), odwróci się proporcja – zmaleje obciążenie społeczeństwa dziećmi, a wyraźnie zwiększy się obciążenie osobami starszymi. Przewiduje się, że w okresie od 2000 do 2030 roku zmaleje obciążenie osobami w wieku 0–17 lat z 40 do 26 na 100 osób w wieku produkcyjnym i wzrośnie obciążenie ludźmi w wieku poprodukcyjnym (którzy ukończyli 60. lub 65. rok życia) z 24 do 46 osób na 100 osób w wieku produkcyjnym [tamże, s. 16].

Przedstawione dane obrazują dużą dynamikę zmian i świadczą o znacznym zaawansowaniu procesu starzenia się polskiego społeczeństwa. Jednocześnie wskazują na nieoczekiwane przyspieszenie procesów demograficznych, które charakteryzują się między innymi znacznym przyrostem osób w wieku powyżej 80 lat, wyrównywaniem różnic w tym zakresie pomiędzy województwami i szybszym starzeniem się ludności miast. Należy się spodziewać, że obserwowane zmiany demograficzne będą wiązać się z koniecznością rozwijania różnych form opieki w ramach systemu ochrony zdrowia oraz zabezpieczenia społecznego dla ludzi starszych.

1.1.2. Zdrowotne konsekwencje starzenia się społeczeństwa

Stworzenie ludziom szans na dożycie sędziwego wieku należy traktować w kategoriach sukcesu cywilizacji. Wydłużenie przeciętnego trwania życia wiąże się jednak ze zwiększeniem narażenia człowieka na choroby o charakterze przewlekłym oraz schorzenia specyficzne dla wieku podeszłego, które negatywnie wpływają na jakość życia w starości. Wśród problemów zdrowotnych na pierwszy plan wysuwają się: wielochorobowość, zaburzenia funkcjonowania psychicznego oraz niesprawność fizyczna osób starszych.

Choroby stanowiące problemy wieku podeszłego

Zjawiskiem, które często towarzyszy starości, jest współwystępowanie wielu chorób o charakterze przewlekłym [Golinowska, Holzer, Szwarc, Pędich, 1999, s. 18]. Z dotychczasowych badań wynika, że w Polsce około 41% osób starszych (powyżej 60 lat) choruje na cztery i więcej schorzeń przewlekłych [Kuciarska-Ciesielska, 1999b, s. 19]. Średnia liczba tych chorób przypadająca na jedną osobę w wieku powyżej 60 lat wynosi około 3,8 [tamże]. Najczęściej osoby starsze cierpią z powodu schorzeń układu krążenia i kostno-stawowego [Pio-

trowski, 1973, s. 104; GUS, 1997c; Woźniak, 1997, s. 48; Kuciarska-Ciesielska, 1999a; Tobiasz-Adamczyk, Brzyski, Bajka, 2004, s. 57–62]. Nieco rzadziej ich problemy zdrowotne dotyczą innych układów (tabela I.1.5). W prowadzonych w Polsce badaniach wykazano, że odsetek osób starszych, które nie zgłaszają żadnych dolegliwości i problemów zdrowotnych o charakterze przewlekłym, nie przekracza 10% [Szczerbińska, Hubalewska, 2004; Kuciarska-Ciesielska, 1999a, s.68]. Zwykle starsze kobiety zgłaszają większą niż mężczyźni w ich wieku liczbę chorób i częściej niż oni skarżą się na niektóre choroby, np. dotyczące układu ruchu [Tobiasz-Adamczyk, Brzyski, Bajka, 2004, s. 56–66; Kuciarska-Ciesielska, 1999a, s. 68].

Tabela I.1.5

Odsetek osób starszych chorujących na choroby przewlekłe według płci i ogółem w 1996 roku

Choroby przewlekłe	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem
Choroba nadciśnieniowa	30,6	44,8	39,0
Choroba niedokrwieniowa serca	26,6	30,3	28,8
Inne choroby serca	13,9	18,4	16,6
Miażdżyca	22,2	26,0	24,5
Reumatoidalne zapalenie stawów i inne przewlekłe choroby stawów	31,7	47,2	40,9
Choroby kości (w tym kręgosłupa)	32,0	39,1	36,2
Nerwica	13,9	22,1	18,8
Choroby wątroby	9,5	19,0	15,1
Przewlekła obturacyjna choroba płuc, astma i inne choroby płuc	17,5	13,1	14,8
Zaćma, jaskra, inne choroby gałki ocznej	10,7	16,7	14,2
Zapalenie nerwów i nerwobóle	10,3	14,2	12,6
Cukrzyca	7,4	10,1	9,0
Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy	11,6	7,2	8,9
Uczulenia, alergie	6,0	10,5	8,7
Przepuklina	12,4	6,0	8,6
Kamica żółciowa	3,8	10,4	7,8
Inne choroby nerek	6,6	8,4	7,7
Skutki wypadków i urazów	9,1	6,4	7,5
Kamica układu moczowego	9,1	5,8	7,2

Uwaga: Suma odsetków w poszczególnych kolumnach wynosi znacznie więcej niż 100% z powodu współwystępowania wielu chorób.

Źródło: Kuciarska-Ciesielska, 1999b, s. 19

Do specyficznych problemów typowo występujących w wieku podeszłym należą demencja, osteoporoza, pogorszenie wzroku i słuchu, owrzodzenia o różnej etiologii (w tym odleżyny), zaburzenia oddawania moczu i ogólne zniedołężnienie. Wraz z wiekiem narasta również częstość udarów mózgu.

Poniżej omówiono występowanie jedynie wybranych schorzeń wieku podeszłego (otępienie, osteoporoza i udar mózgu) ze względu na późniejsze ich wykorzystanie w opisach przypadków, które posłużyły do rekonstrukcji organizacji opieki nad osobami starszymi (w ramach badania dostępności opieki dla tej grupy osób w projekcie CLESA).

Szczególnie obciążającym schorzeniem dotyczącym osoby starsze jest otępienie⁴. Pojawiające się w jego trakcie zaburzenia funkcji poznawczych upośledzają zdolność do wykonywania złożonych czynności życia codziennego (takich jak: przygotowywanie posiłków, sprzątanie, robienie zakupów, samodzielne korzystanie ze środków transportu itp.) [Beland, Zunzunegui, 1999; Bidzan, Łapin, Sołtys, Turczyński, 2000; Mehta, Yaffe, Covinsky, 2002; Njegovan, Hing, Mitchell, Molnar, 2001]. Bardziej zaawansowane otępienie powoduje także trudności w wykonywaniu czynności podstawowych dla codziennego funkcjonowania (jak ubieranie, mycie się, chodzenie). W konsekwencji w miarę postępu choroby często występuje konieczność sprawowania ciągłej opieki nad chorym z powodu jego niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Częstość występowania otępienia rośnie wraz z wiekiem [Misztalski, 2000; Melzer, McWilliams, Brayne et al., 1999; Krzywiński, 1993, s. 124]. W badaniach epidemiologicznych przeprowadzonych w Polsce chorobowość w grupie osób w wieku 65 lat i więcej różni się znacznie zależnie od przyjętej metody badawczej: od 5,7% według Gabryelewicza [Gabryelewicz, 1999] przez 7,1% według Rossy [Rossa, 1997] do 10,05% według Wendera i współpracowników [Wender, Mularczyk, Modestowicz, 1990]. Badania epidemiologiczne w innych krajach wskazują, że rozpowszechnienie otępienia waha się od 2,5% do 30%, zależnie od wieku osób starszych [Jorm, Korten, Henderson, 1987]. Chorobowość różni się w pięcioletnich przedziałach wiekowych i wynosi odpowiednio: 1% w grupie osób w wieku 60–64 lat, 1,4% – 65–69 lat, 4,1% – 70–74 lat, 5,7% – 75–79 lat, 13% – 80–84 lat, 21,6% – 85–89 lat, 32,2% – 90–94 lat [Misztalski, 2000]. Wobec powszechnej tendencji starzenia się społeczeństw przypuszcza się, że otępienie będzie stanowić narastający problem, zwiększając potrzeby w zakresie opieki nad tego typu chorymi [Melzer, McWilliams, Brayne et al., 1999].

Kolejnym poważnym problemem zdrowotnym, którego częstość występowania zwiększa się z wiekiem, jest osteoporoza i jej powikłania. Osteoporoza jest chorobą szkieletu, charakteryzującą się obniżoną wytrzymałością kości, zwiększającą ryzyko złamań⁵. Podatność kości na złamania zależy od wielu czynników, wśród których nasilający się z wiekiem ubytek masy kostnej jest jednym z najistotniejszych. Ryzyko względne złamań kości wzrasta 1,6–2 razy

⁴ Otępienie jest zespołem objawów spowodowanych chorobą mózgu, zwykle o charakterze przewlekłym lub postępującym, w którym zaburzone są takie wyższe funkcje korowe, jak: pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność uczenia się, język i ocena. Świadomość nie jest zaburzona. Uszkodzeniu funkcji poznawczych towarzyszy zwykle, a czasami je poprzedza, obniżenie kontroli nad reakcjami emocjonalnymi, społecznymi, zachowaniem i motywacją.

⁵ Definicja według Narodowej Fundacji Osteoporozy USA (NOF) i Narodowych Instytutów Zdrowia USA (NIH), cytowana przez J.E. Badurskiego [2004].

na każde 5 lat powyżej 65. r.ż. Oznacza to, że w wieku 65–69 lat zwiększa się ono 1,6 razy w stosunku do zagrożenia u osób młodszych, a u ludzi w wieku 80–84 lat jest aż 6,4 razy wyższe [Badurski, 2004]. Najczęstszą przyczyną złamań na tle osteoporozy są upadki [Thornby, 1995]. W Polsce rocznie około 66 osób na 100 tys. ludzi w wieku co najmniej 65 lat umiera z powodu urazu będącego wynikiem upadku⁶. Najbardziej podatne na złamania osteoporotyczne są kręgi kręgosłupa, odcinek bliższy kości udowej i kość promieniowa. Wśród złamań kości najpoważniejsze w skutkach dotyczy kości udowej, ponieważ obarczone jest dużą śmiertelnością, ocenianą na około 20–30% w ciągu roku [Bajaj, Saag, 2003; Cooper, Atkinson, Jacobsen et al., 1993], oraz wieloma powikłaniami (takimi jak: infekcje dróg moczowych, posocznica, powikłania sercowo-naczyniowe). Ten typ złamania występuje tylko u 0,2% kobiet w wieku 35 lat i zdecydowanie częściej u starszych, dotycząc aż 30% kobiet po 85. r.ż. [Cooper, Melton 1992]. Jego konsekwencją jest utrwalona niesprawność wymagająca stałej opieki osób trzecich w przypadku około 1/3 ozdrowieńców. Około połowa osób nigdy nie odzyskuje dawnej sprawności [Czerwiński, Frańczuk, Borowy, 2004].

Wśród przyczyn niesprawności osób starszych duże znaczenie odgrywa również udar mózgu⁷. Częstość występowania udarów narasta z wiekiem od rocznej zapadalności na poziomie jednego udaru na 30 tys. osób w czwartej dekadzie życia do jednego udaru rocznie na 30 osób po 80. roku życia [Chalmers, MacMahon, Anderson i in., 1997]. Ten tysiąckrotny (w przedziale 50 lat) przyrost zapadalności czyni udar mózgu szczególnie ważnym zagadnieniem geriatrycznym. W zestawieniu z innymi krajami podkreśla się najwyższe zagrożenie udarem w krajach Europy Wschodniej [Staessen, Kuznetsova, Stolarz, 2003]. W Polsce zapadalność utrzymuje się na poziomie 160 udarów rocznie na każde 100 tys. osób populacji ogólnej, przy czym w większym stopniu dotyczy to mężczyzn niż kobiet [Szczudlik, 1999; Szczudlik, Członkowska, Kozubski i in., 2000]. Dla porównania w USA ten sam wskaźnik przyjmuje wartość 26 udarów na 100 tys. osób na rok (według danych z 1996 roku) [Bednarz, Kocemba, Rewiuk, 2003]. Społeczne znaczenie choroby wynika z wysokiej wczesnej śmiertelności (sięgającej w Polsce aż 40%) oraz częstego występowania inwalidztwa jako powikłania udaru, które dotyczy około 50% chorych [tamże].

Charakterystyka niepełnosprawności osób starszych

Naturalną konsekwencją wielu chorób przewlekłych jest niepełnosprawność. Wyniki Narodowego Spisu Powszechnego z roku 2002 potwierdziły częstsze występowanie niepełnosprawności u osób starszych. Około 2,05 mln osób

⁶ Według I. Petridou i współpracowników z obliczeń wykonanych przez CEREPi w ramach projektu EUNESE.

⁷ Udar mózgu to według definicji WHO nagle wystąpienie ogniskowych lub uogólnionych objawów zaburzenia funkcji mózgu, trwających 24 godziny lub dłużej (względnie prowadzących do śmierci), i to bez innej niż naczyniowa przyczyny tych objawów.

w wieku 65 lat i więcej podało, że są niepełnosprawne. Jednocześnie wykazano, że w populacji ludzi starszych udział osób niepełnosprawnych rośnie w kolejnych przedziałach wiekowych (tabela I.1.6) [Skřętowicz, Górczyca, 2004]. Daje to podstawy do potwierdzenia tezy o narastaniu niesamodzielności i niesprawności w ostatnich fazach życia [Szukalski, 2004a].

Tabela I.1.6

Starsi niepełnosprawni według wieku w roku 2002

Wiek	65–69	70–74	75–79	≥ 80	Razem
Populacja osób starszych w poszczególnych kategoriach wieku [tys.]	1587,8	1423,4	1013,7	827,7	4852,6
Niepełnosprawne osoby starsze [tys.]	566,1	593,2	471,8	418,9	2050,1
Odsetkowy udział niepełnosprawnych w poszczególnych kategoriach wieku	35,7%	41,7%	46,5%	50,6%	42,2%

Źródło: Skřętowicz, Górczyca, 2004

Mężczyźni wchodzący w okres starości częściej niż kobiety charakteryzują się upośledzeniem sprawności. Potwierdzają to zarówno statystyka NSP dotycząca niepełnosprawności biologicznej i prawnej [Skřętowicz, Górczyca, 2004], jak również badania samodzielności w zakresie wykonywania czynności związanych z codziennym życiem [Tobiasz-Adamczyk, Brzyski, Bajka, 2004, s. 69–77]. Kobiety mają jednak większe ryzyko utraty sprawności w tym zakresie. Zaobserwowano, że po 65. roku życia procentowy udział osób niepełnosprawnych w grupie mężczyzn stopniowo maleje w kolejnych przedziałach wieku, a odsetek niepełnosprawnych wśród kobiet stale się zwiększa. Tym samym w grupie ludzi starszych w kolejnych przedziałach wieku zaznacza się rosnąca przewaga niepełnosprawnych kobiet.

Według tego samego źródła we wszystkich analizowanych klasach wieku podeszłego natężenie niepełnosprawności (odsetek osób niepełnosprawnych w populacji osób starszych) było wyższe u osób mieszkających na wsi niż w mieście [Skřętowicz, Górczyca, 2004].

Ocenianą w NSP niepełnosprawność podzielono na trzy kategorie: niepełnosprawność prawną (tzn. popartą odpowiednim orzeczeniem), biologiczną (związaną z trudnościami w codziennym funkcjonowaniu) oraz prawną i biologiczną. Korzystając z wyników NSP 2002, wykazano, że zarówno w całej zbiorowości niepełnosprawnych osób starszych, jak i w poszczególnych klasach wieku, najliczniejszą kategorię stanowili niepełnosprawni „prawnie i biologicznie”. Zarówno na wsi, jak i w mieście ich udział procentowy był stabilny we wszystkich przedziałach wiekowych (od 52,1% osób w wieku 65–69 lat w mieście i 52,8% na wsi do 45,4% osób w wieku 80 lat i więcej w mieście i 43,9% na wsi). Natomiast liczba osób wykazujących niepełnosprawność biologiczną wyraźnie zwiększała się w starszych klasach wieku (od ok. 20% w mieście i 22% na wsi w wieku 65–69 lat do odpowiednio ok. 43% i 46% w wieku 80 lat i powyżej),

podczas gdy liczba osób z prawnie orzeczoną niepełnosprawnością malała (z około 27% w mieście i 26% na wsi w wieku 65 lat do odpowiednio do 12% i 10% w wieku 80 lat i powyżej) [tamże].

Z wiekiem wyraźnie narasta niesprawność prowadząca do ograniczenia samodzielnego poruszania się [Ostrowska, Sikorska, 1996; Bień, 2000; Tobiasz-Adamczyk, Brzyski, 2002a]. Potwierdzają to dotychczasowe badania na przestrzeni lat 1960–2003 [Piotrowski 1973; GUS, 1997b,c; GUS, 1998b; GUS, 1999b; Szczerbińska, Hubalewska, 2004]. Przyczyną niepełnosprawności fizycznej osób w wieku podeszłym są przede wszystkim choroby układu krążenia [Tobiasz-Adamczyk, Brzyski, 2002b], narządu ruchu (w tym zmiany zwyrodnieniowo-zapalne stawów i kości oraz osteoporoza i jej powikłania), schorzenia neurologiczne (np. niedowłady po udarze mózgu) oraz narządu wzroku i słuchu [Car, Synowski, Gębska-Kuczerowska, Wysocki, 2004]. W badaniach przeprowadzonych przez GUS w 1996 roku ustalono, że w grupie osób w wieku powyżej 60 lat:

- 2,1% stale pozostaje w łóżku;
- 5,8% nie jest w stanie samodzielnie opuszczać mieszkania;
- 17,1% zachowuje mobilność ograniczoną tylko do otoczenia domu;
- kilkanaście procent nie potrafi samodzielnie wykonywać tak podstawowych czynności, jak mycie się, ubieranie itp. [Kuciarska-Ciesielska, 1999b].

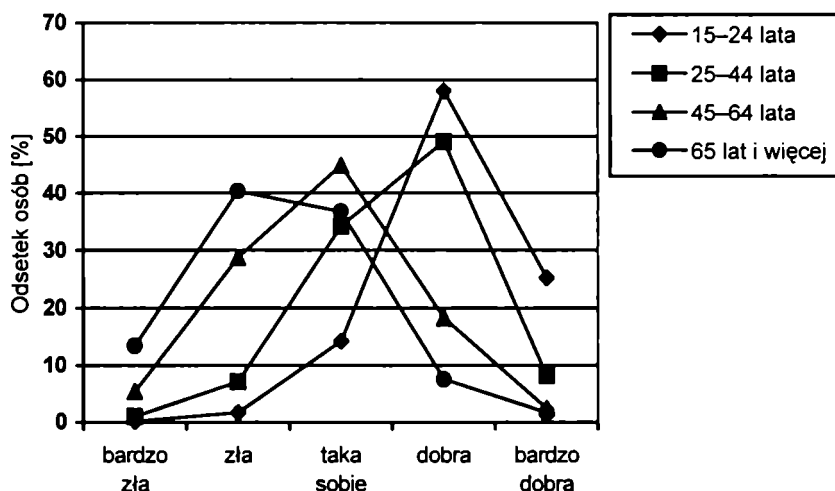
Odpowiednio w wieku powyżej 80 lat 8,2% osób stale pozostaje w łóżku, 15,5% porusza się, lecz nie jest w stanie samodzielnie opuszczać mieszkania, a 29,2% ma mobilność ograniczoną do najbliższego otoczenia swojego domu. W efekcie sprawność umożliwiającą swobodne poruszanie się zachowuje 74,2% wszystkich osób powyżej 65. r.ż. i tylko 45,4% powyżej lat osiemdziesięciu [tamże].

Pogarszanie się sprawności fizycznej ludzi w podeszłym wieku niesie poważne konsekwencje społeczne, ponieważ z oczywistych względów osoby te częściej muszą korzystać z różnych form opieki zdrowotnej, usług opiekuńczych i stałej pomocy rodzinnej. Obserwowany w latach 1988–1996 znaczny wzrost liczby niepełnosprawnych starszych osób [Iwanek, 1991, s. 100–122], wyniki NSP 2002 [Skętowicz, Gorczyca, 2004] oraz prognoza na lata 2003–2030 [Szukalski, 2004b] świadczą o utrwalonej tendencji narastania niepełnosprawności zwłaszcza w tej grupie ludzi. Próby projekcji liczby niepełnosprawnych seniorów przekonują jednak o tym, że przewidywany duży wzrost liczby osób niepełnosprawnych jest wywołany wpływem czynnika demograficznego. Próba stałego corocznego zmniejszania współczynnika niepełnosprawności o 1% może prowadzić do kompensacji wpływu tego czynnika [tamże]. Można zatem przypuszczać, że podejmowanie działań z zakresu promocji zdrowia, rozwijanie świadczeń ogólnie usprawniających w ramach różnych form rehabilitacji oraz poprawa dostępu do usług medycznych mogłyby stworzyć szansę na zmniejszenie prognozowanego w przyszłości wzrostu niepełnosprawności w populacji.

Samoocena stanu zdrowia

Konsekwencją chorób i niepełnosprawności osób starszych jest ich generalnie niska, ogólna samoocena stanu zdrowia [Tobiasz-Adamczyk, Brzyski, 2003]. To stwierdzenie ma szczególne znaczenie, ponieważ wynik pytania o samoocenę zdrowia ma dużą wartość prognostyczną [Tobiasz-Adamczyk, 1997]. Wykazano 2–3-krotnie większą umieralność wśród osób oceniających swój stan zdrowia jako zły w porównaniu do tych, które określają go jako nadzwyczaj dobry [Kaplan, Camacho, 1983].

W Polsce wielokrotnie wykazywano, że ludzie w starszych grupach wiekowych gorzej oceniają swoje zdrowie niż osoby młodsze [GUS, 2000a; Wróblewska, 2002; Szczerbińska, Hubalewska, 2004; Woźniak, 1997; Kuciarska-Ciesielska, 1999a; Bień, 1996; Tobiasz-Adamczyk, Brzyski, 2002b] (rycina I.1.2). Co więcej, w obserwacjach wieloletnich stwierdzono pogarszanie się samooceny stanu zdrowia w miarę starzenia się osób badanych [Bień, 1996]. W skali 4-stopniowej ludzie starzy (w wieku 75–80 lat) najczęściej określają swoje zdrowie jako przeciętne (42,4%) lub złe (25,7%). Osoby długowieczne (po 90 r.ż.) jeszcze rzadziej oceniają je jako dobre (15,8%) lub bardzo dobre (3,6%) [Szczerbińska, Hubalewska, 2004]. Przewaga negatywnych ocen jest efektem między innymi pojawiania się z wiekiem licznych dolegliwości i upośledzenia sprawności [Tobiasz-Adamczyk, Brzyski, 2002a; 2003] oraz, jak wykazano, wiąże się z koniecznością częstszego korzystania z opieki zdrowotnej [Bień, 2002b; Goldstein, Siegel, Boyer, 1984].



Rycina I.1.2. Samoocena stanu zdrowia ludności w 1996 roku w Polsce. Opracowano na podstawie: GUS, 2001c, s. 98

Należy przy tym podkreślić, że we wszystkich przedziałach wieku w grupie osób starszych polskie kobiety częściej niż mężczyźni oceniają swoje zdrowie jako złe lub bardzo złe [GUS, 1999b; Wróblewska, 2002; Halik, 2002; Bień, 2002b; Szczerbińska, Hubalewska, 2004]. Tego typu różnic w samoocenie zdrowia pomiędzy kobietami i mężczyznami będącymi we wczesnym okresie starości nie potwierdzają natomiast badania Beaty Tobiasz-Adamczyk i współpracowników, którzy tłumaczą to innymi, zależnymi jednak od płci, uwarunkowaniami tej oceny. Ponadto zwracają uwagę na znaczenie czynników społeczno-ekonomicznych (takich jak poziom wykształcenia, status zawodowy, sytuacja materialna oraz wsparcie rodzinne i pozarodzinne) obok zdrowotnych (związanych przede wszystkim z niesprawnością, depresją i występowaniem schorzeń przewlekłych), które wywierają duży wpływ na ogólną ocenę, jaką jest samoocena stanu zdrowia [Tobiasz-Adamczyk, Brzyski, Bajka, 2004, s. 108–127]. Podkreśla się również, że choroby przewlekłe warunkujące tę samoocenę we wczesnym okresie starości tracą później znaczenie na rzecz subiektywnego odczuwania związanych z nimi niedogodności. Natomiast sprawność w zakresie czynności życia codziennego zachowuje silny wpływ na subiektywne postrzeganie własnego zdrowia również przez osoby bardziej zaawansowane wiekiem [Tobiasz-Adamczyk, Brzyski, 2003].

Na podstawie przedstawionych danych można stwierdzić, że proces starzenia się polskiego społeczeństwa istotnie wpływa na charakter i występowanie problemów zdrowotnych typowych dla wieku podeszłego. Wzrost częstości chorób przewlekłych i niepełnosprawności towarzyszący wydłużaniu się przeciętnego trwania życia stał się wyznacznikiem potrzeb zdrowotnych ludzi starszych i przyczyną częstszego korzystania przez nich ze świadczeń opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. Opisane problemy zdrowotne starzejącego się społeczeństwa stanowią poważne wyzwanie dla polityki zdrowotnej i społecznej państwa. Powodują konieczność zapewnienia odpowiedniej podaży usług medycznych i pielęgnacyjno-opiekuńczych, jak również organizacji wsparcia społecznego dla osób starszych. Kolejny rozdział poświęcono więc omówieniu korzystania z tych świadczeń przez osoby starsze w Polsce.

