

ZAGADNIENIA ZDROWIA PUBLICZNEGO

MEDYCYNĄ OGÓLNA, 2009, 15 (XLIV), 3

Praca poglądowa

LESZEK WDOWIAK^{1, 2}, SŁAWOMIR ĆWIKŁA¹, IWONA BOJAR¹,
LUCYNA KAPKA^{2, 3}, IRENA WOŹNICA¹

STAROŚĆ JAKO PROBLEM
SPOŁECZNO – DEMOGRAFICZNY ORAZ ZDROWOTNY

OLD AGE AS A SOCIO-DEMOGRAPHIC AND HEALTH PROBLEM

*СТАРОСТЬ, КАК СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ
И ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА*

*СТАРИСТЬ, ЯК СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНА
І ОЗДОРОВЧА ПРОБЛЕМА*

¹ Z Krajowego Obserwatorium Zdrowia i Bezpieczeństwa Pracowników Rolnictwa
Instytutu Medycyny Wsi im. W. Chodźki w Lublinie
Kierownik Obserwatorium i Dyrektor Instytutu: prof. dr hab. n. med. L. W d o w i a k

² Z Katedry Zdrowia Publicznego
Wyższej Szkoły Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie
Kierownik Katedry: prof. zw. dr hab. n. med. L. W d o w i a k

³ Z Samodzielnej Pracowni Biologii Molekularnej
Instytutu Medycyny Wsi im. W. Chodźki w Lublinie
Kierownik Pracowni: dr n. med. L. K a p k a

W pracy omówiono najczęściej występujące problemy geriatryczne: zdrowotne, społeczne i psychologiczne, jakie niesie ze sobą starość i związana z nią niepełnosprawność, a także strukturę ludności ze szczególnym uwzględnieniem osób starszych.

SŁOWA KLUCZOWE: starość, choroby, problemy geriatryczne, niepełnosprawność.

KEY WORDS: *old age, diseases, geriatric problems, disability*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: *старость, болезни, гериатрические проблемы, неполноценность.*

КЛЮЧОВІ СЛОВА: *старість, хвороби, гериатричні проблеми, неповноцінність.*

Świat w którym żyjemy podlega nieustannie dynamicznym zmianom. Zmieniają się struktury społeczeństw, obyczajowość, normy prawne oraz zmienia się rzeczywistość, która kształtuje nowe modele kulturowe. Problemy zdrowotne i demograficzne rozwiniętych społeczeństw są jednak w większości do siebie podobne.

Starość jest ostatnim okresem życia człowieka. Ma ona przede wszystkim

wymiar biologiczny, jednakże może być również rozpatrywana w kontekście emocjonalnym i społecznym. W ujęciu biologicznym zazwyczaj starość jest rozumiana jako ogół zmian fizjologicznych zachodzących w ciele człowieka w wieku podeszłym.

Wymiar społeczny starości zmieniał się na przestrzeni wieków. W starożytności za człowieka starego można było uznać nawet osobę w wieku 35 lat. Przez wieki długość życia się zwiększała (zwłaszcza w ciągu ostatnich trzystu lat). Ten proces był spowodowany między innymi znacznym rozwojem medycyny oraz poprawą warunków życia i w konsekwencji lepszym odżywianiem organizmu człowieka, który stał się silniejszy i bardziej odporny na choroby. Obecnie osiągnięcie wieku 70 - 90 lat w krajach rozwiniętych nie jest czymś niezwykłym, a coraz częściej spotyka się osoby długowieczne osiągające wiek znacznie przekraczający 100 lat [1].

Jedną z definicji starości jest definicja *J. Pastuszka*, według którego starość jest ostatnim etapem życia, rozpoczynającym się od 60 lub 65 roku życia i kończącym się śmiercią. Starość według niego jest inna niż pozostałe etapy życia, ponieważ jej cechą jest zmienność biologiczna i fizyczna. Człowiek stary posiada duże doświadczenie życiowe, co predysponuje go do wykonywania ważnych zadań życiowych [2]. Podobnie uważa *J. Piotrowski*, który jednak nie przedstawia wyraźnej granicy jej początku. Starość i starzenie jest według niego „właściwe ontogenezie człowieka, jest procesem zmian zachodzących w ustroju w ciągu całego jego życia, a przejawiających się wraz z upływem późniejszych lat osłabieniem funkcji poszczególnych organów, które prowadzi ostatecznie śmierci” [3]. Jego zdaniem proces starzenia jest szeregiem zmian dokonujących się w życiu, a ujawniających się pod jego koniec. Zmiany te można dostrzec w sposobie funkcjonowania organizmu i jego adaptacji do zmieniających się warunków życia społecznego [3, 4].

Współcześni autorzy zajmujący się problematyką starości uwzględniając czynniki biologiczne, demograficzne, społeczne przyjęli granice dla obydwu płci przypadające na wiek 60 – 65 lat. Ich zdaniem właśnie od tego wieku zaczyna się etap starości. *S. Klonowicz* wyróżnia trzy fazy życia człowieka: wiek przedprodukcyjny (do 17 lat), wiek produkcyjny (18 – 59 lat dla kobiet, 18 – 64 lat dla mężczyzn) i wiek poprodukcyjny (powyżej 60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn) [3]. Sam wiek poprodukcyjny (czyli okres starości) został przez niego dodatkowo podzielony na wczesną starość (do 80 roku życia) i późną starość (powyżej 80 lat). Inni autorzy są jeszcze bardziej precyzyjni, dzielą starość na trzy okresy: początek starości (60 – 65 lat), wczesna starość (75 – 80 lat) oraz sędziwa starość (powyżej 80 lat) [5].

Początek starości cechuje zachowanie sprawności intelektualnej i fizycznej. Ludzie mogą wówczas w pełni uczestniczyć w życiu społecznym, a ich wiek sprawia, że mogą służyć swą radą i doświadczeniem innym. W późniejszym

okresie pojawiają się problemy funkcjonowania w codziennym życiu, które mają jednak charakter indywidualny i zależą od jednostki. Natomiast etap sędziwej starości wymaga już całkowitej opieki ze strony innych osób.

Starzenie się ma charakter relatywny i zależy od konkretnego człowieka. Niektórzy ludzie starzeją się szybciej, inni wolniej. Na szybkość tego procesu mają wpływ zarówno czynniki genetyczne jak i warunki zewnętrzne (społeczne), w jakich człowiek żyje.

ZMIANY DEMOGRAFICZNE NA ŚWIECIE I W POLSCE

Obecnie w większości krajów problemem są zmiany demograficzne. Dotyczą one głównie zwiększania się udziału osób starszych w populacji generalnej. Jest to związane z postępowaniem cywilizacyjnym oraz rozwojem nowych technologii medycznych i metod leczenia. Spowodowało to wydłużenie się czasu trwania życia i zwiększenie odsetka osób w wieku podeszłym. Macierzyństwo przesuwane jest na późniejsze lata, co w konsekwencji skutkuje mniejszą liczbą potomstwa i ujemnym przyrostem naturalnym.

W 2008 roku przeciętne trwanie życia dla mężczyzn wynosiło w Europie 71,3 lat oraz 80,0 lat dla kobiet. W porównaniu do początku lat 90-tych trwanie życia wydłużyło się o około 5 lat. Niepokoi jednak zjawisko nadumieralności mężczyzn obserwowane we wszystkich grupach wiekowych i różnica ta zwiększa się wraz z wiekiem. Obserwowany wyraźny postęp w wydłużaniu się przeciętnego czasu trwania życia, można również przypisywać szeroko propagowanemu od początku lat 90-tych, prowadzeniu zdrowego stylu życia.

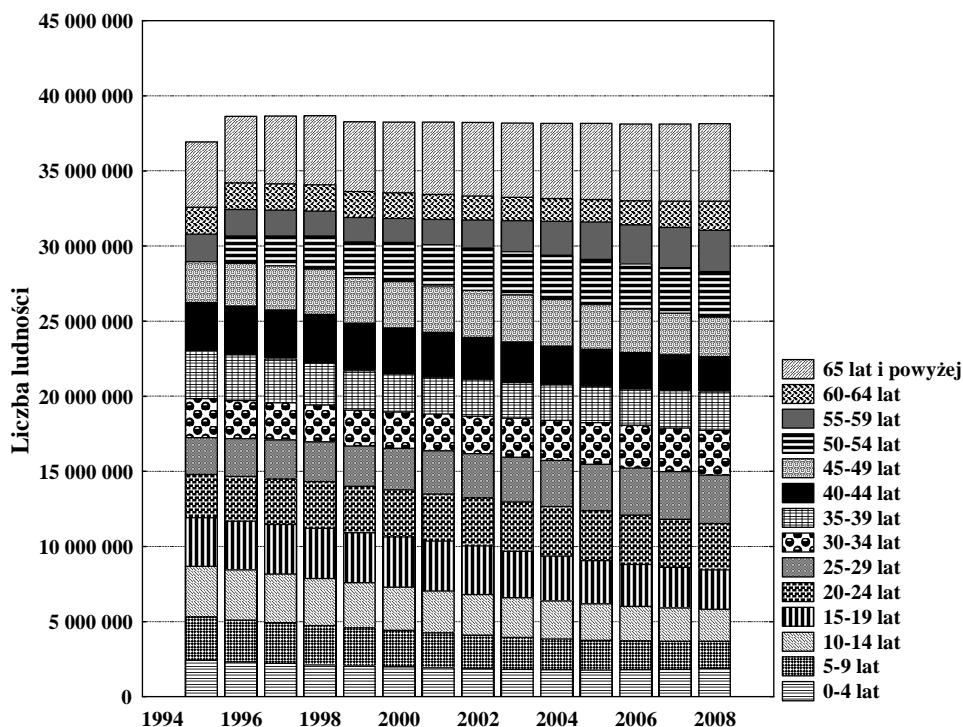
W Europie średnia długość życia w pełnym zdrowiu wykazuje ciągłą tendencję wzrostową. Powinna się ona utrzymywać przy jednoczesnym zmniejszaniu się różnicy między średnią długością życia mężczyzn i kobiet.

W Polsce podobnie jak w wielu innych krajach świata wzrasta liczba osób trzeciego i czwartego wieku, jak się metaforycznie określa ludzi „złotej jesieni”. W 1990 roku udział ludności w wieku 65 lat i więcej przekroczył 10%, co było według norm ONZ równoznaczne z osiągnięciem przez Polskę progu zaawansowanej „starości demograficznej”. Z badań wynika, że blisko 60% osób starszych (1,5 miliona) potrzebuje pomocy i opieki innych, zaś 700 tysięcy musi być objęte opieką stałą. Jednocześnie w ostatnich latach w gronie osób starszych bardzo wzrasta liczba niepełnosprawnych. Jeśli ta tendencja utrzyma się, to w 2020 roku – 3,6 miliona ludzi to będą osoby z niepełną sprawnością [6,7].

Bezpośrednią przyczyną zmniejszania się liczby ludności Polski - obserwowaną w długim okresie - jest spadek w latach 1995-2003 liczby urodzeń przy małych wahaniach liczby zgonów.

Szacuje się, że w latach 2001-2007 liczba ludności w wieku produkcyjnym zwiększyła się o ponad 1,2 mln, tj. corocznie przybywało średnio prawie

200 tys. osób. W ostatnich latach obserwowany jest także dalszy wzrost liczby osób w wieku emerytalnym (mężczyźni 65 lat i więcej, kobiety 60 lat i powyżej). Udział tej grupy ludności w ogólnej populacji wynosi około 16%. Oszacowano, że pod koniec 2007 roku ludność Polski w wieku poprodukcyjnym liczyła ponad 6 milionów osób. Wzrost stanu liczebnego pokolenia w wieku powyżej 60 lat będzie odczuwalny aż do roku 2030, kiedy dzieci wyżu demograficznego tzw. „baby boom” staną się „seniorami”. Tendencje te zostały zobrazowane na rycinie 1 ilustrującej populację mieszkańców naszego kraju na przestrzeni ostatnich lat, z uwzględnieniem 5 letnich kategorii wiekowych.



Źródło: Opracowano na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego.

Ryc. 1. Charakterystyka ludności Polski z uwzględnieniem pięcioletnich kategorii wiekowych

Fig. 1. Characteristics of Polish population, with consideration of five-year age categories

Рис. 1. Характеристика населения Польши с учетом пятилетних возрастных категорий

Мал. 1. Характеристика населения Польщі з врахуванням п'ятирічних вікових категорій

W chwili obecnej można stwierdzić, że perspektywa szybkiego wyjścia Polski z głębokiej depresji demograficznej w jakiej znajduje się od dłuższego czasu nasz kraj, jest dość odległa. Głęboki niż demograficzny z lat 90-tych oraz emigracja za granicę (zwłaszcza emigracja czasowa ludzi młodych i wykształconych) będą skutkować w niedalekiej przyszłości coraz większymi utrudnieniami na rynku pracy oraz w systemie zabezpieczenia społecznego.

Rozwój cywilizacyjny ma więc swoją cenę, którą jest między innymi większa liczba osób starszych w społeczeństwie, Konsekwencją tego są coraz większe problemy zdrowotne wieku podeszłego, co wpływa na istotne obciążenie opieki zdrowotnej. Ważnym problemem jest także niewydolność systemu zabezpieczenia społecznego. Większy udział osób starszych w społeczeństwie powoduje jego znaczne obciążenie, z powodu zbyt małego udziału osób pracujących, w stosunku do liczby osób na rentach i emeryturach. Wiele wysokorozwiniętych krajów dostrzegło już ten problem dawno i próbuje zapewnić równowagę urodzeń i zgonów poprzez odpowiednią politykę pro rodzinną i odpowiednie wsparcie młodych małżeństw. Niestety nasz kraj znacznie odbiega w tym przypadku od innych i problem ten odkłada na późniejszy czas.

Z punktu widzenia ekonomii podstawowe znaczenie ma zwiększające się obciążenie ludności w wieku produkcyjnym. Tradycyjnie używany jest współczynnik obciążenia ekonomicznego określający stosunek ludności w wieku poprodukcyjnym (kobiety powyżej 60 roku życia, mężczyźni powyżej 65 roku życia) do ludności w wieku produkcyjnym. Stosunek ten ma się zwiększyć w Polsce pomiędzy 2003 a 2030 rokiem z 24 osób w wieku poprodukcyjnym przypadających na 100 osób w wieku produkcyjnym do 43. Oznacza to, że chcąc utrzymać wysokość świadczeń emerytalno-rentowych i poziom opieki zdrowotnej seniorów, należy oczekiwać zwiększonych obciążeń fiskalnych nakładanych na wynagrodzenia i na wydatki ponoszone głównie przez osoby aktywne zawodowo [6].

PROBLEMY TOWARZYSZĄCE STAROŚCI, WIELKIE PROBLEMY GERIATRYCZNE

Starość jest naturalnym etapem życia człowieka, nie jest chorobą. Niesie ze sobą jednak obniżenie potencjału zdrowotnego i w konsekwencji powstanie pewnych objawów, które w połączeniu z pojawiającą się chorobą przewlekłą prowadzą do dyskomfortu życia.

Według definicji WHO z 1946 roku zdrowie oznacza „stan pełnego, dobrego samopoczucia fizycznego, umysłowego i społecznego, a nie wyłącznie brak choroby lub niedomagania” [9]. Jest to definicja, która w sposób holistyczny wyjaśnia pojęcie zdrowia, biorąc pod uwagę trzy aspekty: fizyczny, psychiczny i społeczny. Każde zaburzenie czy niedomaganie w którymś z tych trzech wymiarów jest uznawane za chorobę.

Rzadko zdarza się zachowanie dobrego stanu zdrowia do późnej starości, a choroby i niepełnosprawność są niejako wpisane w naturę pojęcia „starość”. Większość ludzi w podeszłym wieku cierpi na co najmniej jedną chorobę przewlekłą (ok. 80% po 65r.ż.) [8]. Najczęściej występuje u nich kilka chorób jednocześnie. Powszechnymi chorobami wieku podeszłego są choroby układu krążenia. Są one spowodowane przede wszystkim czynnikami cywilizacyjnymi, (tzw. „styl życia”) takimi jak: zła dieta, palenie papierosów, częste stresy, pośpiech, brak wysiłku fizycznego oraz nieregularny tryb życia [10]. Największa częstość ich występowania przypada na okres powyżej 60 roku życia, zwłaszcza u mężczyzn, choć w okresie późnej starości różnice maleją. Te choroby uznawane są za najbardziej niebezpieczne i są najczęstszą przyczyną zgonów w Polsce (wskaźnik 44,2 na 10 tys. ludności w 2006 r.) [11]. Rocznik Demograficzny 2008, Wyd. Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa, 2008, 362-374.

Z wiekiem zwiększa się również zachorowalność na choroby nowotworowe. W Polsce w 2006 r. wskaźnik zgonów z powodu nowotworów wynosił 24,6 na 10 tys. ludności, i był także wyższy w populacji mężczyzn niż kobiet (odpowiednio 28,1 i 20,2 na 10 tys.) Na nowotwory złośliwe w naszym kraju umiera, co roku ponad 50 553 mężczyzn i niemal 38 959 kobiet i są to liczby wzrastające [11]. Niewątpliwie jedną z ważnych przyczyn zachorowalności na nowotwory jest starzenie się społeczeństw. Istnieje wyraźna epidemiologicznie udokumentowana zależność pomiędzy częstością ich występowania, a średnim wiekiem dużej populacji [13].

W okresie starości oprócz chorób układu krążenia i chorób nowotworowych zwiększa się występowanie problemów ze strony układu kostno – stawowego. Powoduje to problemy związane z aktywnością fizyczną [14].

Analizując sytuację zdrowotną naszego społeczeństwa należy zauważyć, że wzrastająca zachorowalność na choroby przewlekłe u ludzi starych prowadzi do wzrostu odsetka osób o różnym stopniu niepełnosprawności [15].

Na szczególną uwagę zasługuje występowanie u osób w podeszłym wieku tzw. **Wielkich Problemów Geriatrycznych**. Wymienia się tutaj przede wszystkim:

- zaburzenia mobilności,
- zaburzenia równowagi i upadki,
- nietrzymanie moczu i stolca,
- zaburzenia ośpienne,
- upośledzenie wzroku i słuchu,
- występowanie objawów depresji.

Są to stany wieloprzyczynowe, przewlekłe, trudne do leczenia oraz powodujące stopniową utratę niezależności przez starszą osobę. Są one więcej niż niepełnosprawnością [16-18]. Sprawiają, że ludzie nimi obarczeni są uzależnieni od innych. Nie zabijają, ale umniejszają jakość życia ludzi starych

poprzez ograniczenie ich przestrzeni życiowej [19].

W żadnym okresie życia różnice pomiędzy osobami w tym samym wieku nie są tak znaczne jak w starości. Dotyczą one:

- skutków starzenia, które mogą nie mieć większego wpływu na czynność narządów i układów lub też upośledzać sprawność życiową, zmieniać przebieg chorób i komplikować leczenia,
- skutków patologii, a zwłaszcza powikłań chorób przewlekłych,
- szeroko rozumianych warunków życia, które w późniejszym jego okresie mają szczególne znaczenie,
- zdolności poznawczych, możliwości kompensacyjnych i adaptacyjnych, osobowości, a także doświadczeń, uprzedzeń i utrwalonych postaw starego pacjenta [20].

Utrata samodzielności w podeszłym wieku jest najczęściej wynikiem współistnienia wielu chorób, wśród nich wiodącą rolę odgrywa miażdżyca i jej następstwa: przewlekle niedokrwienie ośrodkowego układu nerwowego, serca, kończyn dolnych, a także nerek, jelit, narządu wzroku. Zmianom somatycznym towarzyszy obniżenie nastroju i sprawności intelektualnej.

Zaburzenia mobilności – upadki, jakich doznają ludzie starzy są poważnym problemem społecznym pociągającym za sobą istotne skutki medyczne i ekonomiczne. Częstość, poważne następstwa oraz trudności w zapobieganiu upadkom uzasadniają zaliczenie ich do tzw. Wielkich Problemów Geriatrycznych. Co najmniej jeden upadek w roku zdarza się w przypadku 1/3 osób w wieku 64 lat lub starszym. Częstość upadków zwiększa się wraz z wiekiem. O ile w okresie wczesnej starości dotyczą one, co czwartej osoby, to po 80 roku życia upadki zdarzają się już u co drugiej. Populacja osób starych cechuje się największą śmiertelnością oraz niepełnosprawnością w następstwie upadków. W przypadku 10-15% upadków dochodzi do poważnych urazów, spośród których 50% to złamania (1/4 to złamania bliższej nasady kości udowej), 10-20% obrażenia tkanek miękkich, inne urazy to: krwiaki podtwardówkowe, oparzenia, otarcia, stłuczenia. Co piąta osoba, która doznała złamania bliższej nasady kości udowej umiera w ciągu 6 miesięcy od złamania, a połowa z tych którzy przeżyli nie jest zdolna do samodzielnego poruszania się [6, 21].

Przyczyną zaburzeń równowagi w wieku podeszłym są zmiany starcze i chorobowe oraz niekorzystne warunki zewnętrzne. Szczególną skłonność do zaburzeń równowagi mają osoby, które polegają bardziej na wzrokowych źródłach informacji niż na sygnałach kinestetycznych. Człowiek nadmiernie skupiający uwagę na przeszkodach pod nogami reaguje wolniej na pozostałe informacje korygujące postawę. Jest to charakterystyczne dla osób starszych, które starają się wzrokowo nadrobić niedoskonałość mechanizmów wyrównawczych. Do upadków w podeszłym wieku, przyczynia się zatem niewłaściwa kompensacja wzrokowa pozostałych elementów równowagi [6, 22].

Strukturalne i czynnościowe zmiany pojawiające się w przebiegu starzenia utrudniają kontrolowane oddawanie moczu. Patologiczne objawy dyzuryczne występują u około 2,5% kobiet i 1,3% mężczyzn w populacji zdrowych ludzi w wieku 65 lat i więcej. Osoby cierpiące na choroby przewlekłe uskarżają się na takie dolegliwości w przypadku 11,6% kobiet i 6,9% mężczyzn. Częstość występowania zaburzeń kontrolowanego oddawania moczu rośnie z wiekiem [6].

Nietrzymanie stolca jest rzadszym objawem niż nieotrzymanie moczu, niemniej jeśli wystąpi jest upokarzającym upośledzeniem funkcji organizmu, poważnie odbijającym się na aktywności życiowej. Dolegliwość ta jest jedną z przyczyn umieszczania chorych w zakładach opiekuńczych, gdzie taki objaw dotyczy od 16 do 60% pacjentów [6].

Utrata funkcji poznawczych jest formą niewydolności mózgu, a zespół objawów przypomina zespoły objawów niewydolności innych narządów. Sprawność osób starszych jest upośledzona z powodu postępujących procesów otepiennych. Otepienia typu alzheimerowskiego dotyczą 41-71% populacji dotkniętej otepieniami, zaś odsetek otepień pochodzenia naczyniowego wynosi 15-25%.

Około 50% osób starszych podaje objawy niesprawności fizycznej z powodu dysfunkcji ruchu, wzroku lub słuchu [21].

Depresja jest jednym z najważniejszych problemów geriatrycznych. U osób starszych depresyjne zaburzenia nastroju oraz zaburzenia świadomości w postaci stanów delirycznych stanowią częsty i poważny problem kliniczny. Depresja jest rozpowszechniona, częstość jej występowania ocenia się na 4-20% w populacji osób w wieku ponad 65 lat. Częstość głębokich stanów depresyjnych w tej grupie wiekowej wynosi 2-4%. Depresja pozostaje często nierozpoznana. Obraz zaciemniają objawy somatyczno-wegetatywne. Depresyjne obniżenie sprawności intelektualnej (pseudodemencja) bywa rozpoznawane jako otepienie [6, 23].

Problemy towarzyszące starości to nie tylko problemy natury zdrowotnej. Każda dolegliwość, niepełnosprawność powoduje ograniczenie normalnego funkcjonowania jednostki w społeczeństwie i wymusza konieczność korzystania z pomocy innych. W takim przypadku ogromną wartością stają się więzi społeczne, a zwłaszcza rodzinne. Wsparcie rodziny w okresie starości jest wartością niepodważalną. *„Nikt nie może zwolnić rodziny z troski o godną starość najbliższych... ,...ludzie starzy, kierując się samooceną swoich wartości, zasług i dokonań, tworzą pewien kanon oczekiwań wobec swoich dzieci, bliskich i innych młodych osób”* [24].

Transformacja ustrojowa naszego kraju przyniosła poważne następstwa w postaci innych relacji rodzinnych, w tym relacji z osobami starszymi. Zmiany dotyczą wzajemnych powinności międzypokoleniowych, ról społecznych i rodzinnych oraz systemu wartości opartego o więzi

emocjonalne. Obecnie coraz częściej obserwuje się sytuacje, gdzie rola rodziny zostaje znacznie ograniczona. Osoby starsze nie bezpodstawnie mają poczucie bycia ciężarem dla rodziny w momencie, gdy ta pozbywa się ich wysyłając do domu spokojnej starości. Na szczęście takie przypadki zdarzają się jeszcze stosunkowo rzadko.

Dzisiaj jednak zmieniły się tradycyjne role społeczne. Wspólne mieszkanie kilku pokoleń w jednym domu i co się z tym wiąże drobne prace domowe, opieka nad wnukami dotychczas przypisane osobom starszym, są coraz mniej aktualne. Odrębne style życia, indywidualne zainteresowania, inny system wartości i priorytety poszczególnych członków rodziny wzmagają napięcia i konflikty wewnątrzrodzinne, co sprawia, że w osobach starszych budzi się poczucie wyobcowania i zbędności. Brak zrozumienia i akceptacji przez osoby starsze dla zmian zachodzących w społeczeństwie oraz trudności w dostosowaniu się do nich spowodowały zachwianie się poczucia bezpieczeństwa wśród tej grupy społecznej. Dla znacznej części tych ludzi postęp przybrał oblicze biedy, osamotnienia i marginalizacji [25].

Problemy starości dotyczą nie tylko samej osoby starej, ale także otoczenia, w którym ona funkcjonuje. Rodzina zwykle ponosi ciężar opieki nad osobą w podeszłym wieku. W polskiej tradycji obyczajowej i kulturowej obowiązywała i ciągle jeszcze jest dość silna norma, że osoby starszej nie oddaje się do przytułku, tylko powinna ona znaleźć należne jej miejsce w rodzinie z bliskimi [24]. Coraz częściej jednak z powodów ekonomicznych, zdrowotnych lub innych, ta norma traci swoją moc. Obciążenie opiekuna dotyczy odczuwalnych przez niego problemów społecznych, materialnych, fizycznych i psychologicznych. Wobec zwiększającej się liczby osób przewlekle chorych, niejednokrotnie wymagających pielęgnacji przez długi okres, pilną koniecznością staje się rozbudowa systemu stacjonarnej opieki długoterminowej.

PODSUMOWANIE

W społeczeństwie pojawia się z jednej strony „nowa waloryzacja” seniorów (dowartościowywanie tej grupy społecznej jako wyborców czy zasobnych konsumentów) oraz zachęcanie do wzrostu „społecznej produktywności” tej grupy (udział w życiu politycznym, kulturalnym, przedłużanie aktywności zawodowej). Z drugiej strony mamy do czynienia z rozprzestrzenianiem się dyskryminacji ze względu na wiek, opierającej się na wzroście obciążeń podatkowych jako konsekwencji zwiększającej się liczby osób starszych, na kulcie młodości i niedostosowaniu wielu seniorów do szybkiego tempa zmian technologicznych, jakim podlega współczesne społeczeństwo.

Chociaż to, że żyjemy dłużej, w sposób niepodważalny jest sytuacją pozytywną, to jednak musimy zmagać się z większą ilością problemów zdrowotnych, społecznych i ekonomiczno – instytucjonalnych. W wieku starszym drastycznie wzrasta liczba diagnozowanych, groźnych chorób, które

zwykle mają charakter przewlekły i prowadzą do śmierci. Przekłada się to na wymierne koszty finansowe, które ponoszą zarówno osoby starsze, a także państwo, w tym zwłaszcza system ochrony zdrowia wymagający coraz większych nakładów na leczenie.

Problem starości to problem całego społeczeństwa. Musi ono stawiać czoło brakom środków, instytucji i kadr zabezpieczających większe potrzeby osób starszych. Obecnie powinno się prowadzić działania instytucjonalno – organizacyjne, które uwzględniają coraz licznieszą grupę osób starszych w całej populacji. Zmian wymaga zarówno opieka zdrowotna, która mogłaby bardziej uwzględniać opiekę długoterminową, jak również system zabezpieczenia społecznego.

L. Wdowiak, S. Ćwikła, I. Bojar, L. Kapka, I. Woźnica

OLD AGE AS A SOCIO-DEMOGRAPHIC AND HEALTH PROBLEM

Summary

Old age, as the last period in human life, is considered primarily from the biological aspect, understood as overall physiological changes taking place in the body of an elderly person. Old age brings about decreased health potential, and in consequence, the occurrence of certain diseases and symptoms which lead to life discomfort, especially cardiovascular diseases, cancer, problems on the part of the musculoskeletal system, as well as disorders of balance and mobility, dementia, sight and hearing impairment, etc.

At present, Poland - similar to the majority of countries worldwide - is afflicted by the problem of demographic changes associated with an increase in the percentage of the elderly in the total population. The consequence of this situation is not only the burdening of the systems of health care, but also the problems of social security.

Л. Вдовяк, С. Чвикла, И. Бояр, Л. Капка, И. Возница

СТАРОСТЬ, КАК СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ И ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Аннотация

Старость, как последний этап жизни человека, имеет биологический характер и характеризуется, прежде всего, совокупностью физиологических изменений, которые происходят в теле человека в пожилом возрасте. Старость несет с собой понижение оздоровительного потенциала и как следствие возникновение определенных болезней и симптомов, которые приводят к дискомфорту жизни, а именно: болезней системы кровообращения, новообразований, проблемы со стороны опорно-двигательного аппарата, а также потеря равновесия и мобильности, дементные расстройства, ослабление зрения и слуха и т. п.

На сегодняшний день большинство стран, в том числе и Польшу, волнует проблема демографических изменений, которые связаны с увеличением участия пожилых людей в генеральной совокупности. Последствием этой ситуации является не только перегрузка системы здравоохранения, но и проблемы системы социального обеспечения.

Л. Вдовяк, С. Чвікла, І. Бояр, Л. Капка, І. Возніца

СТАРІСТЬ, ЯК СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНА І ОЗДОРОВЧА ПРОБЛЕМА

Анотація

Старість, як останній етап життя людини, має біологічний характер і характеризується, перш за все, сукупністю фізіологічних змін, які відбуваються в тілі людини в літньому віці. Старість несе з собою пониження оздоровчого потенціалу і як наслідок виникнення певних хвороб і симптомів, які призводять до дискомфорту життя, а саме: хвороби системи кровообігу, новоутворення, проблеми з боку опорно-рухового апарату, а також втрата рівноваги і мобільності, дементні розлади, ослаблення зору і слуху і т. д.

На сьогоднішній день більшість країн, у тому числі і Польщу, хвилює проблема демографічних змін, які пов'язані з збільшенням участі людей похилого віку в генеральній сукупності. Наслідком цієї ситуації є не тільки перевантаження системи охорони здоров'я, але і проблеми системи соціального забезпечення

PIŚMIENNICTWO

1. <http://pl.wikipedia.org/wiki/Staro%C5%9B%C4%87>
2. P a s t u s z k a J.: Starość człowieka, Ethos, 1999, nr 47.
3. Encyklopedia seniora, Warszawa, 1986.
4. Z b o i n a B.: Jakość życia osób starszych, Ostrowiec Św., 2008.
5. K a m i ń s k i A.: Studia i szkice pedagogiczne, Warszawa 1978.
6. Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A.: Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. VIA MEDIA. Gdańsk, 2007.
7. Prociak A., Przybylska M., Sawicki K., Zaleszczyk A.: Sprawność w czynnościach codziennych starszych pensjonariuszy trzech polskich domów pomocy społecznej. Scripta Periodica, vol. III, 2/2000, Supl. 1/2000.
8. Rosenthal T., Naughton B., Williamsa M.: Geriatria, CZELEJ, Lublin, 2009.
9. Zdrowie Publiczne. Red. T. B. Kulik, M. Latalski, Wyd. CZELEJ Sp. Zoo, Lublin, 2002.
10. Wiśniewska – Roszkowska K.: Nowe życie po sześćdziesiątce, Instytut Wydawniczy CRZZ, Warszawa, 1978.
11. Wojtczak A.: Choroby wewnętrzne tom III, Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 1995.
12. P e d i c h W., Ż a k o w s k a – W a c h e l k o B. Podręcznik geriatry dla lekarzy, PZWL Warszawa, 1988.
13. <http://resmedica.pl/archiwum/nowotwory2.html>
14. <http://resmedica.pl/archiwum/nowotwory1.html>
15. Nagamoto I., Kita K., Takigawa M., Nomaguchi M., et al.: A study of the quality of life in elderly people using psychological testing. International Journal of Geriatric Psychiatry 1997;12, 6, 599-608.
16. W d o w i a k L., B u d z y ń s k a - K a p c z u k A.: Wielkie problemy geriatryczne – nieotrzymanie moczu. Pielęgniarka i Położna. 2004, 8, 24-25.
17. W d o w i a k L., B u d z y ń s k a - K a p c z u k A.: Wielkie problemy geriatryczne – zaburzenia mobilności, równowagi i upadki. Pielęgniarka i Położna 2004, 8, 20-21.
18. Wojszel B., Bień B.: Wielkie problemy geriatryczne jako przyczyna upośledzenia sprawności osób w późnej starości. Gerontologia Polska 2001, 9, 2, 32-38.
19. I s a a c s B.: The challenge of geriatric medicine. Oxford University Press, London, 1992.

20. Żakowska-Wachelko B.: Komu i jak służy polska geriatryka? *Magazyn Medyczny* 1995, 11, 17-19.

21. Ikegami N.: Functional assessment and its place in health care. *N. Engl. J. Med.* 1995, 332, 556.

22. Żakowska-Wachelko B.: *Zarys medycyny geriatrycznej*. PZWL, Warszawa, 2000.

23. Pędich W.: Uwagi dotyczące specyfiki badań populacji ludzi starszych. *Gerontologia Polska* 1998, 6, 2, 3-5.

24. Rogala S.: Psychologiczne uwarunkowania oczekiwań ludzi starszych i przewlekle chorych wobec rodziny, *Przewodnik lekarza*, 2009, 204 – 207.

25. Trafiałek E.: *Polska starość w dobie przemian*, Katowice, 2003.

Data otrzymania: 14.08.2009.

Adres Autorów: 20-090 Lublin, ul. Jaczewskiego 2, Krajowe Obserwatorium Zdrowia i Bezpieczeństwa Pracowników Rolnictwa.