

Sytuacja zdrowotna osób starszych w Polsce i innych krajach europejskich

Teresa Bernadetta Kulik, Mariola Janiszewska, Ewa Piróg, Anna Pacian, Agata Stefanowicz, Dorota Żołnierczuk-Kieliszek, Jolanta Pacian

Katedra Zdrowia Publicznego, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Streszczenie

Zajmowanie się problemem osób starszych w obecnych wydaje się być jak najbardziej zasadne, na tą zasadność wskazują wszystkie wskaźniki dotyczące starości. Owe publikowane wskaźniki ukazują, że wszystkie kraje Unii Europejskiej (w tym także Polska), stają przed faktem starzenia się populacji. W przeszłości długich lat dożywali fizycznie i umysłowo silniejsi, obecnie znacznie częściej dożywają Ci którzy dobrze troszczyli się o swoje zdrowie we wcześniejszych latach życia, oraz Ci którym pomogła medycyna. Niniejszy artykuł poświęcony jest właśnie tej grupie osób. W związku ze starzeniem się społeczeństwa wzrasta zapotrzebowanie na usługi medyczne i opiekuńcze.

Dlatego celem tej pracy jest przedstawienie problemów zdrowotnych z jakimi borykają się osoby starsze w Polsce i w krajach Unii Europejskiej. Rozwój cywilizacji sprawił, że człowiek żyje o połowę dłużej, niż na początku XX wieku, a wszystkie wskaźniki dotyczące starzenia się społeczeństwa publikowane przez szereg instytucji zajmujących się statystyką na przykład Eurostat, GUS wskazują, że tendencja taka utrzymywać się będzie co najmniej kilka dziesięcioleci, niosąc za sobą szereg implikacji zarówno dla Europy jak i Polski. Już w 2010 roku światowa populacja ludzi w wieku 60 lat i więcej osiągnęła liczebność 1 miliarda, co stanowi około 1/6 ogółu ludności. Przyspieszone starzenie się społeczeństwa stawia przed organizatorami ochrony zdrowia, szkolnictwem i lekarzami wiele wyzwań w zakresie edukacji, prewencji i leczenia populacji geriatrycznej Polski. Pogłębiający się proces starzenia demograficznego stanowi więc poważny problem dla polskiego sektora opieki zdrowotnej.

Słowa kluczowe

starość, problemy zdrowotne, sytuacja demograficzna

Starość wieńczy życie. Jest czasem żniw.
Żniw tego, czego się nauczyliśmy, co przeżyliśmy;
żniw tego, co zdziałaliśmy i osiągnęliśmy,
a także tego, co wycierpieliśmy i wytrzymailiśmy.
Jak w końcowej partii wielkiej symfonii,
te wielkie tematy współbrzmiają potężnie [1].

W życiu ludzkim niezwykle ważnym okresem jest starość człowieka i związane z nią piękne chwile, które przeżyć można tylko u schyłku żywota, ale i nierzadko trudne doświadczenia jakie los zsyła tym, którzy dożyli tego etapu. Już w starożytności podejmowane były działania, mające na celu rozwiązywanie i pomaganie w problemach osób starszych. W 335 r. p.n.e. *Diokles z Karystos* – grecki lekarz opisywał znaczenie troski o zdrowie w życiu codziennym, by móc przeżyć starość w sile i w sprawności. Rzymski cesarz – *Antoninus Pius* nakazał lekarzom publicznym, by sprawowali opiekę nad ludźmi biednymi, starymi i niesprawnymi. Dla Słowian (także plemion Polan) bardzo ważne były osoby w sędziwym wieku – to właśnie rady starszych rządziły rodami. W Europie za początek naukowego zainteresowania się starością można uznać wydanie w 1257 r. dwóch traktatów, w których autor opisuje zalety i wady okresu starości – *Bacon Roger* używa słowa „geronton” czyli starzec [2].

STAROŚĆ I STARZENIE SIĘ

Wiek XX to czas dużych zmian społecznych jak i obyczajowych, co znacznie zmieniło pozycję człowieka starszego. Doświadczenia osób starszych przestały być tak ważne w dobie rozwoju nauki, techniki i informacji jakie oferują mass-media. W naszej cywilizacji problemy ludzi starszych nabrały dużego znaczenia zdrowotnego, ekonomicznego i prawnego. Stale rośnie zainteresowanie wpływem różnych czynników związanych z tym ważnym okresem w życiu ludzkim. Wobec tego nieunikniony był rozwój nowej nauki jaką jest gerontologia, która dotyczy starości i wszystkich z nią związanych zjawisk i problemów.

Gerontologia zajmuje się starością w różnych aspektach istotnych zarówno dla lekarza, socjologa badającego społeczne problemy starości ludzkiej czy psychologa, który poznaje związki zjawisk starzenia i zmian psychicznych. Jest to nauka międzydyscyplinarna – w przeciwieństwie do geriatry, która zajmuje się chorobami ludzi starzejących się i starych. W Polsce pionierem w rozwoju geriatry był dr Bogdan Snarski, który przyczynił się do powstania sanatorium geriatrycznego w Inowrocławiu [2].

Starość, jako ważny okres życia, bo wieńczący jego całość i starzenie się to pojęcie definiowane w odmienny sposób choć ściśle są ze sobą powiązane. Można je odnosić zarówno do jednostki jak i do całych grup społecznych. Termin „starzenie się” definiowany jest jako pewien proces przebiegający w czasie. Natomiast „starość” rozumiana jest jako stan lub etap w życiu człowieka i dotyczy wieku metrykalnego i biologicznego [3]. Zatem pojęcie „starzenie się” ma charakter dynamiczny i jest sprzężony z narastającym upośledzeniem funkcji organizmu oraz prawdopodobieństwem śmierci, na-

tomiast „starość” charakteryzuje się statycznością. Starzenie się to proces naturalny, którego nie można cofnąć, zatrzymać czy odwrócić. Każdy człowiek przechodzi przez ten proces w sposób indywidualny [4].

Eksperti WHO dokonali podziału wieku starszego na:

- wiek podeszły, do którego zaliczają się osoby między 60-75 rokiem życia,
- wiek starczy, gdzie kwalifikują się osoby między 75-90 rokiem życia,
- wiek sędziwy do którego należą osoby powyżej 90 roku życia [3].

Według ONZ za umowny początek starości uznaje się 65. rok życia [5].

Wiek starczy określanym jest jako wiek poprodukcyjny, co jest związane z zakończeniem aktywności zawodowej, co w Polsce u kobiet przypada na 60 r.ż, a u mężczyzn na 65 r.ż. Starość nie wiąże się jedynie z liczbą lat, którą dana osoba przeżyła. Odróżniamy wiek kalendarzowy (chronologiczny, metrykalny) i na wiek biologiczny. Wpływ wielu czynników powoduje niejednokrotnie bardzo duże rozbieżności między wiekiem metrykalnym a wiekiem biologicznym [3].

STARZENIE SIĘ JAKO PROCES DEMOGRAFICZNY

Starzenie się populacji to jeden z najważniejszych procesów demograficznych jaki obserwujemy we współczesnym świecie. Demograficznie za stare uważa się te społeczeństwa w których odsetek ludzi po 60. roku życia przekroczył 12%. Ten próg starości Polska osiągnęła już na początku lat sześćdziesiątych. Proces starzenia i problemy z nim związane dotyczy niemal wszystkich państw, jednak jego obecne i przewidywane tempo jest zróżnicowane przestrzennie oraz związane z odzwierciedleniem trendów w zakresie rodności, umieralności i migracji [6]. Przyczyn starzenia się społeczeństwa jest bardzo wiele. Jedną z nich jest mniejszy wzrost młodej populacji, co spowodowane jest znacznym spadkiem poziomu płodności i rodności. Badacze wyróżniają tzw. drugie przejście demograficzne, gdzie poziom płodności spada poniżej poziomu, który mogłoby zagwarantować zastępowalność pokoleń. Jest to niejednokrotnie związane ze zmianami jakie zachodzą w normach kulturowych i społeczno-obyczajowych czyli np. zmniejszenie liczby zawieranych małżeństw, odkładanie rodzicielstwa na później na rzecz kariery, wzrost liczby aborcji. Jednocześnie spada umieralność wśród osób w wieku starszym. Kraje Europy Zachodniej w fazie drugiego przejścia demograficznego znajdują się po okresie kompensacji powojennej (tzw. baby-boom) od lat 1960. W Polsce i krajach Europy Środkowo-Wschodniej podobne zmiany związane z przekształceniami polityczno-gospodarczymi rozpoczęły się w latach 70. a nawróciły po roku 1990. Kolejnym czynnikiem wpływającym na starzenie się populacji są migracje, które przyczyniają się niejednokrotnie do starzenia się ludności z danego obszaru. W migracjach między miastem i wsią kontynuowana będzie występująca od kilku lat przewaga przeniesień na wieś, co jest wynikiem zjawiska suburbanizacji [6].

Starzenie się populacji polskiej uwidacznia się udziałem osób w wieku emerytalnym. Wskaźnik ten dla kraju w 2004r. wynosił 15,3%. Osoby w wieku starczym stanowią obecnie 13% wszystkich mieszkańców Polski. Obecnie prognozy demograficzne dla Polski na najbliższe 25 lat zakładają, że przeciętne trwanie życia wzrośnie o 7,2 lat do 77,6 lat dla

mężczyzn i 4,5 lat do 83,3 roku dla kobiet. Do 2030 r. zbiorowość osób w wieku 65 lat i więcej powiększy się o 3,61 mln i osiągnie rozmiar 8,5mln. Przewidywania demograficzne GUS do roku 2030 zakładają, że przyrost naturalny ludności Polski będzie ujemny, a liczba ludności obniży się do 35,7 mln osób. W tym samym czasie zbiorowość ludzi w wieku 65 lat i więcej powiększy się o 3,61 mln i osiągnie 8,5mln. Zmiany te nie będą regularne co jest wynikiem wyżów i niżów demograficznych. Najsilniejszy wzrost przypadnie na lata 2014-2022 – średnio populacja starcza będzie się powiększać o 200 tys. osób rocznie. Natomiast po 2022 roku tempo wzrostu będzie coraz wolniejsze. Około 2030 roku przyrost roczny w tej grupie wiekowej będzie się kształtował na poziomie 50 tys. osób [7, 22].

Udział osób w wieku poprodukcyjnym w takich krajach jak Skandynawia (bez Finlandii) wynosi 16-18% ogólnej liczby ludności. W krajach Unii Europejskiej duży odsetek osób w wieku 65 lat i więcej mają: Hiszpania – 16,9%, Grecja – 17,2%, Niemcy – 16,2%, Włochy – 18,2 [3].

Przebieg procesu demograficznego starzenia się różnicuje się zależnie od płci oraz miejsca zamieszkania. Także subpopulacje Polaków różnią się ze względu na płeć – starzeją się w różnym tempie, co wynika z tzw. zjawiska nadumieralności mężczyzn. Kobiety w wieku 65 lat i więcej stanowią 15,7% subpopulacji kobiet, a mężczyźni w tym wieku stanowią jedynie 10,4% subpopulacji mężczyzn [7].

Ze względu na miejsce zamieszkania, proces demograficznego starzenia się w znacznie większym stopniu dotyczy populacji miejskiej niż wiejskiej. Mediana wieku mieszkańców miast w 2004 roku wynosiła ponad 37 lat, mieszkańców wsi ponad 34 lata. W wieku 65 lat populacji miejskiej stanowi 13,5%, natomiast na wsi wskaźnik ten osiąga 12,6% [7].

Przeciętna długość życia stale się wydłuża. Przy czym istnieje znacząca różnica między przeciętnym trwaniem życia kobiet i mężczyzn na wsi, a długością życia kobiet i mężczyzn mieszkających w mieście. Średnie trwanie życia kobiet i mężczyzn w mieście jest dłuższe w porównaniu do długości życia kobiet i mężczyzn na wsi [8].

W poszczególnych województwach Polski przeciętna długość trwania życia kobiet przedstawia się następująco:

78,5-79,5 – lubuskie, dolnośląskie, śląskie, łódzkie,

79,5-80,5 – zachodniopomorskie, pomorskie, warmińsko-mazurskie, kujawsko-pomorskie, wielkopolskie, opolskie, lubelskie,

80,5-81,5 – małopolskie, podkarpackie, świętokrzyskie, mazowieckie, podlaskie [8].

W poszczególnych województwach Polski przeciętna długość trwania życia mężczyzn przedstawia się następująco:

68,0-69,5 – łódzkie,

69,5-71,0 – zachodniopomorskie, lubuskie, dolnośląskie, śląskie, lubelskie, warmińsko-mazurskie,

71,0-72,5 – opolskie, wielkopolskie, kujawsko pomorskie, pomorskie, mazowieckie, podlaskie,

72,5-74,0 – małopolskie, podkarpackie [8].

Badacze przewidują, że w 2030 roku najwyższym stanem zaawansowania starością demograficzną objęte będą obszary Polski południowo-zachodniej i południowej (Sudeoty i Górny Śląsk), a także Polski północno-zachodniej, środkowej oraz północno-wschodniej [6].

W krajach Unii Europejskiej średnia długość oczekiwana życia jest zróżnicowana. Największe jej wartości są w: Szwecji, Włoszech, Francji, Hiszpanii, Austrii, Grecji, Luxemburgu. W Polsce wynosi ona 74 lata i o ponad 4,4 roku jest

krótsza od średniej długości życia w krajach UE, wynoszącej 78 lat [9].

CO WPŁYWA NA POMYŚLNĄ STAROŚĆ?

W XXI wieku starość zapewne przestanie być kojarzona z chorobą czy niedołęstwem, gdyż coraz więcej osób starszych mimo postępujących procesów starzenia się, nadal cieszy się dobrym zdrowiem i sprawnością. Ta ostanía faza życia może trwać dłużej lub krócej, ale należy zawsze postarać się, by godnie i pożytecznie została przeżyta [10].

Proces starzenia się może przebiegać w trzech różnych kierunkach:

1. Starzenie się zwyczajne (usual ageing) – odczuwalne są straty oraz deficyty, ale bez patologii
2. Starzenie się pomyślne (successful ageing) – gdy predyktory starości odgrywają neutralną rolę lub pozytywną – czyli zwalniają proces starzenia się
3. Starzenie się patologiczne (impaired ageing) – szybko postępuje upośledzenie wielu funkcji życiowych organizmu oraz występuje tzw. polipatologia (współwystępowanie licznych jednostek chorobowych) [3].

Medycyna XIX wieku poszukując przyczyn wielu przewlekłych chorób odkryła tzw. czynniki ryzyka, które odpowiedzialne są za jakość przeżywanego wieku starczego. Większość współczesnych chorób z jakimi boryka się osoba dorosła i starsza ma związek z podatnością na te czynniki, a nie są one wynikiem biologicznego starzenia się organizmu [11]. Na pomyślny wiek poprodukcyjny składa się wiele czynników. Wśród których wyróżnić można czynniki biologiczne, gdzie zmniejszona jest aktywność ruchowa, niewłaściwe odżywianie, lekomania, palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, które nie pozostają obojętne dla ludzkiego zdrowia [12].

Równie istotne są czynniki społeczne, wśród których wyróżnić możemy: nagłą zmianę warunków życia (np. przejście na emeryturę), osamotnienie, izolację społeczną, złą sytuację materialną, nieumiejętność korzystania z czasu wolnego (monotonia), niski stopień wykształcenia, pogarszają one w znaczący sposób sytuację zdrowotną człowieka. Czynniki ekologiczne czyli środowisko fizyczne, do których zaliczyć można pyły przemysłowe, związki toksyczne przenikające do gleby, wody, powietrza, wpływają na wzrost występowania chorób dróg oddechowych, alergicznych i nowotworowych. Bardzo ważnym aspektem są również czynniki psychospołeczne, w których najważniejszą rolę odgrywa nasilający się stres, towarzyszący współczesnemu człowiekowi na co dzień w kontaktach międzyludzkich. Poczucie wsparcia emocjonalnego, satysfakcja z życia i uczucie kontroli nad własnym życiem są ważnymi czynnikami, które dobrze rokują na ostatnie lata życia. Pomyślne starzenie częściej prognozowane jest osobom z wyższym wykształceniem – zakresie funkcjonowania intelektualnego. Wśród kategorii stanu cywilnego – jedynie posiadanie żyjącego współmałżonka prognozuje pozytywne starzenie. Populacja ludzi, którzy mają lepszą sytuację materialną i wyższe dochody również bardziej pomyślnie przechodzą przez okres starości. Osoby, które nie zaniedbują ćwiczeń fizycznych i ruchu, są wolne od nałogów dodatkowo racjonalnie się odżywiają i uczestniczą w życiu rodzinnym i społecznym, pozostają bardzo często do późnych lat życia nadzwyczajnie sprawne [11, 23].

W antycznej Grecji i Rzymie w profilaktyce gerontologicznej zalecano uregulowany tryb życia, unikanie nagłych zmian, spożywanie lekkich posiłków (ciemny chleb, ryby, owoce, oliwę), czerwone wino, kąpiele, masaże i aktywność fizyczną. Dziś główne zasady profilaktyki gerontologicznej różnią się niewiele od antycznych – są jednak znacznie bardziej bogatsze i zgodne z najnowocześniejszą farmakoterapią, dietetyką, ale przez wielu seniorów niestety w niewielkim stopniu respektowane.

Szacuje się, że około 10-20% osób starszych prezentuje cechy pomyślnego starzenia, a pozostała część ma choroby przebyte lub przewlekłe, które u połowy z nich powodują trwałe upośledzenie funkcjonowania w życiu codziennym [5].

FUNKCJONOWANIE ORGANIZMU CZŁOWIEKA STARSZEGO

Osoby w wieku podeszłym nierzadko muszą borykać się z problemami wpływającymi na ich funkcjonowanie, samodzielność i samopielęgnowanie. Na stany powodujące upośledzenie funkcjonowania człowieka składają się wielkie zespoły geriatryczne, do których zalicza się: choroby układu krążenia, nowotwory, cukrzyca, zaburzenia równowagi, upośledzenie lokomocji, upadki, zespoły otępienne, depresję, bezsenność, nietrzymanie moczu i stolca, zaparcia, upośledzenie wzroku i słuchu, kurcze nocne mięśni kończyn dolnych, odleżyny. Zazwyczaj wymienione powyżej choroby objawy współlistnieją ze sobą i występują przewlekłe co znacznie utrudnia leczenie. W późniejszym okresie choroby i dolegliwości często prowadzą do inwalidztwa czy niepełnosprawności i powodują, że osoba starsza staje się zależna od innych ludzi [13].

Zmiany w układzie krążenia w wieku podeszłym dotyczą zmniejszenia się liczby komórek bodźcotwórczych – szczególnie w węźle zatokowym. Zmniejsza się również ilość włókien przewodzących. Dochodzi do niewydolności zastawek serca na skutek zwłóknienia, nacieczenia tłuszczowego i zwapnienia – co upośledza ruchliwość. Dochodzi do usztywnienia struktury zrębu łącznotkankowego, co zmienia pracę serca jako pompy. Wydłuża się okres skurczu, a jednocześnie skraca się czas rozkurczu serca. Ściany serca twardnieją. Znacznie zmniejsza się kurczliwość mięśnia sercowego. Często dochodzi do przerostu lewej komory, co jest spowodowane pracą, która obciąża mięsień sercowy. Zmienia się wzajemne oddziaływanie układu serce – naczynia obwodowe, czego wynikiem jest wzrost ciśnienia tętniczego krwi i tętna.

Dochodzi do znacznego zmniejszenia elastyczności naczyń krwionośnych. Zwiększa się opór naczyniowy i pojemność aorty. Te wszystkie zmiany powodują gorszy przepływ narządowy [13]. Do najczęstszych chorób układu krążenia zaliczamy: nadciśnienie tętnicze, miażdżycę tętnic kończyn dolnych, żyłaki i zakrzepowe zapalenie żył kończyn dolnych, niewydolność krążenia, zaburzenia rytmu serca, choroba wieńcowa [14]. Choroby układu krążenia jako przyczyna zgonu sytuują Polaków na znacznie gorszej pozycji niż inne kraje UE [9].

Do najważniejszych zmian w układzie immunologicznym jakie zachodzą w ostatnim okresie życia zalicza się wczesny zanik grasicy. Już w 60-tym roku życia zmniejsza się objętość czynnego szpiku kostnego do około połowy, w 80-tym

roku życia do 1/3. Dla wieku starczego charakterystyczne jest osłabienie aktywności proliferacyjnej szpiku kostnego. Dochodzi do włóknienia węzłów chłonnych i grudek limfatycznych. Znacznie maleje czynna masa śledziony. Dochodzi do przewagi czynników, które hamują dojrzewanie limfocytów nad czynnikami, które je pobudzają. Odpowiedź komórkowa oraz T-zależna produkcja przeciwciał jest osłabiona. W wieku podeszłym znacznie wzrasta tendencja do autoimmunizacji [13].

Zmiany zachodzą także w nerce, zmniejszają się jej wymiary i masa oraz liczba czynnych nefronów. Dochodzi do szkliwienia kłębuszków nerkowych. Spada wydzielanie ADH, co przyczynia się do upośledzenia zagęszczania moczu. Zmniejsza się wydalanie i resorpcja substancji w kanalikach nerkowych oraz przesączanie kłębuszkowe. Upośledzeniu ulega zdolność zakwaszania i zagęszczania moczu. Dochodzi do zaburzeń gospodarki potasowej. Zmniejsza się rezerwa czynnościowa nerek oraz pojawia się postępujące ograniczenie ich wydolności. Osoby w wieku starszym mają podwyższony próg pragnienia [13].

W układzie oddechowym w końcowych etapach życia ludzkiego można zaobserwować pogłębianie się kifozy piersiowej, która nierzadko jest nasiloną przez osteoporozę. Dochodzi do ograniczenia ruchomości stawów, zapadnięcia żeber. Często dochodzi do częściowych przykurczy mięśni międzyżebrowych. Zmiany te powodują deformacje kształtu i ruchomości klatki piersiowej oraz ograniczają jej ruchomość i wentylację. Charakterystyczną zmianą jest rozszerzenie oskrzelików i upośledzenie procesu dyfuzji gazów oraz ograniczenie drożności oskrzeli. Funkcjonowanie komórek rzęskowych jest również upośledzone. Podczas szybszej pracy dochodzi do znacznego pogorszenia wentylacji płuc oraz zmniejszenia pobierania tlenu. W wieku starczym degenerują i znikają włókna węchowe. Jest osłabiony odruch kaszlowy. Zmniejsza się pojemność życiowa płuc oraz wentylacja minutowa. Oddech staje się przyspieszony, częsty i płytki [14].

Jedną z najwcześniejszych zmian jaka dotyka osoby starsze jest utrata uzębienia i osłabienie mięśni żwaczy [15]. W związku z czym spożywanie pokarmu sprawia trudność. Dochodzi do zaniku śluzówki jamy ustnej, co skutkuje jej wysychaniem. Dodatkowo zmniejsza się sekrecja śliny oraz soku żołądkowego. Pojawia się zwiotczenie i poszerzenie przełyku. Śluzówka żołądka staje się cieńsza, a napięcie jego ścian maleje. Spada kwasność soku żołądkowego. Zmniejsza się masa wątroby oraz jej ukrwienie. Wzrasta wskaźnik fitogeniczności żółci. Upośledzona jest perystaltyka jelit i występuje ogólne zwiotczenie przewodu pokarmowego. Dochodzi do znacznego zmniejszenia wchłaniania z przewodu pokarmowego. To wszystko powoduje, że starsze osoby cierpią z powodu pieczenia języka, utraty łaknienia, dysfagii, zapaść, wzdęć, biegunek [13].

W układzie hormonalnym dochodzi do spadku wydzielania wielu różnych hormonów. Zmienia się wrażliwość receptorów tkanek docelowych. Metabolizm i transport hormonów również spada [13].

W okresie starczym zmniejsza się masa kostna co wiąże się z pojawianiem się osteoporozy, podczas której mamy do czynienia z ubytkiem substancji mineralnych i zrębu łącznotkankowego. Ujawniają się nierówności powierzchni chrząstki stawowej, zmniejsza się jej sprężystość, co powoduje, iż nie zawsze pokrywa ona całą powierzchnię stawową [13]. Powstawanie zmian zwyrodnieniowych stawów (zniekształcenia stawów) upośledza samodzielne funkcjonowanie. Szczególnie istotną

zmianą jaka towarzyszy osobom starszym jest zanik mięśni i zmiany w aparacie ścięgnisto-więzadłowym oraz stopniowe zmniejszanie się siły mięśniowej. Na poziomie odruchu rdzeniowego zostaje upośledzona kontrola ruchu. Funkcje motoryczne są ograniczone, a wykonywanie ruchu sprawia ból. Z powodu unieruchomienia i trudności w poruszaniu się, zmienianiu pozycji mogą powstawać odleżyny [15].

Układ nerwowy w okresie poprodukcyjnym cechuje utrata części komórek nerwowych, w związku z czym zmniejsza się masa mózgu. Spada liczba neuronów w istocie szarej oraz liczba połączeń międzykomórkowych. Następuje spowolnienie przewodnictwa nerwowego i aktywności psychomotorycznej. Pojawiają się ograniczenia związane z czasem snu a szczególnie snu a fазie REM [13].

U starszych osób spada elastyczność soczewki i zmniejsza się wielkość źrenicy. Pogarsza się wrażliwość na barwy, zdolność do widzenia na odległość oraz przystosowanie do widzenia w ciemności. Są duże trudności w czytaniu [15].

Pojawiają się zmiany zwyrodnieniowe kosteczek słuchowych. Czynność nerwu słuchowego staje się upośledzona. Dochodzi do pogorszenia zdolności słyszenia dźwięków wysokich i odróżniania dźwięków. Występują problemy z utrzymaniem równowagi. W uchu zewnętrznym można zaobserwować stwardnienie woszczyzny [13].

Skóra osób w podeszłym wieku charakteryzuje się zanikiem naskórka. Liczba naczyń włosowatych ulega redukcji podobnie jak ilość gruczołów potowych i łojowych. Występuje nieregularne rozmieszczenie barwnika. Skóra staje się sucha, mniej elastyczna i cienka.

Wiek poprodukcyjny cechuje osłabienie neurotransmisji i neuroregulacji. Pojawiają się problemy z nadpobudliwością mięśnia wypierającego mocz. Nierzadko dochodzi do osłabienia bądź zwiększenia napięcia mięśnia wypieracza. Zmniejsza się pojemność pęcherza moczowego, a także pojawiają się mechaniczne przeszkody opróżniania go. Często dochodzi do braku neurologicznej kontroli defekacji. Zachwiana zostaje także gospodarka wodno-lipidowa, co predysponuje do odwodnienia organizmu [13].

Dla okresu starczego charakterystyczne jest również namnażanie się komórek patologicznych oraz zmniejszona reakcja immunologiczna wobec nieprawidłowych komórek, a także zmiany hormonalne co ma znaczący wpływ na ujawnianie się chorób nowotworowych. Związane jest to również ze zwiększoną podatnością na działanie czynników patogennych. Do najczęściej występujące nowotworów w okresie starości należą: nowotwór gruczołu krokowego, narządów płciowych i sutka, prostaty, czerniaka złośliwego, chłoniaków złośliwych niezrncicznych [14].

Psychologiczne przejawy starzenia się nakładają się na ukształtowaną osobowość człowieka. Nie jest łatwe rozgraniczenie, jakie cechy zależą od czynników biologicznych związanych ze starzeniem się organizmu, a które od indywidualnych cech osób badanych. Na podstawie licznie przeprowadzonych badań stwierdzono upośledzenie większości funkcji psychicznych w okresie starości. Najbardziej zauważalną zmianą jaka dotyka osoby starsze jest pogorszenie funkcjonowania pamięci krótkotrwałej. Osoby te gorzej zapamiętują nowe informacje, mają trudności z bezpośrednim zapamiętywaniem, koncentracją. Znacznie utrudnione jest przypomnianie sobie i odzyskiwanie informacji z magazynu pamięci i zahamowywanie stale nasuwającego się materiału nieistotnego. Natomiast pamięć długotrwała pozostaje nienaruszona, a nawet funkcjonuje lepiej niż w młodości. Ważnym

elementem jest ćwiczenie pamięci już od najwcześniejszych lat, co wpływa pozytywnie na jej sprawność w późniejszych okresach życia.

Kolejną zmianą jaka zachodzi w okresie starczym jest gorsze funkcjonowanie procesów związanych ze skupieniem uwagi. Osłabiona jest zdolność do rejestrowania określonego zakresu dostępnych bodźców i czasu utrzymania tego samego obiektu w centrum uwagi. Osoby te szybko się męczą, popełniają błędy, a czas wykonania zadania ulega wydłużeniu. Należy dodać że wydłużanie czasu reakcji nie następuje w przypadku wykonywania zadań, które są bardzo dobrze wyuczone np. prowadzenie samochodu, pisanie na maszynie. Dla okresu poprodukcyjnego charakterystyczne nierzadko jest pogorszenie funkcji intelektualnych. Obniżeniu ulega inteligencja wrodzona, która decyduje o przetwarzaniu informacji i stanowi podstawę do nabywania nowych sprawności. Natomiast inteligencja nabyta w toku edukacji i gromadzenia doświadczeń, ma tendencję do utrzymywania się na stałym poziomie w całym okresie dorosłego życia.

Zmiany zachodzące w sferze procesów intelektualnych nie są jednakowe u wszystkich ludzi. Osoby, które były aktywne umysłowo w ciągu całego życia jedynie nieznacznie mają obniżone możliwości intelektualne [4]. Osoby starsze cechują się myśleniem postformalnym, które polega na dopuszczaniu więcej niż jednego prawidłowego rozwiązania, akceptacją sprzeczności i wieloznaczności, a także braniem pod uwagę pewnych ograniczeń i realiów życia [3].

Na uwagę zasługuje również sfera funkcjonowania emocjonalnego. Osłabieniu ulega ogólna uczuciowość i reaktywność emocjonalna. Osoby starsze nie przejawiają na zewnątrz swoich emocji np. nie czerwienią się. Jednak niepomysłna wiadomość ma dużo gorszy wpływ na zdrowie osoby starszej niż na funkcjonowanie młodego człowieka. Osłabione są również mechanizmy motywacyjne organizmu. Ponadto zmniejsza się zdolność przystosowywania się do zachodzących zmian. Adaptacja do nowych warunków wiąże się z dużym ubytkiem energii w związku z czym, osoby starsze są niechętnie do jakichkolwiek zmian [4].

Osobowość ludzi w podeszłym wieku ulega niekorzystnym zmianom, pociągając za sobą pogorszenie relacji z najbliższymi. Często są nie rozumiane przez najbliższych członków rodziny, co powoduje narastanie konfliktów, dezorganizację, zmiany w zachowaniu. Podejmują bezsensowne decyzje, zachowują się nieetycznie, bywają złośliwi, władczy, egoiści, przekonani o własnej nieomyślności i bezradni. Często wymuszają świadczenia płaczem, szantażem, i narzekaniem na ciężki stan zdrowia. Zaburzenia psychiczne całego okresu inwolucji spowodowane są trwałymi ubytkami w układzie nerwowym.

Demencja, tj. otępienie (z łaciny „bez rozumu”) oznacza obniżenie sprawności intelektualnej i pogorszenie funkcji umysłu i jest zespołem objawów spowodowanych chorobą mózgu o charakterze przewlekłym i postępującym, w którym zaburzone są funkcje poznawcze (pamięć, myślenie, rozumienie, orientacja, kontrola nad emocjami, zachowanie społeczne, zdolność do porównywania, oceniania, dokonywania wyborów). Są różne postacie chorób otępiennych. Jedną z nich jest postać czołowa, gdzie zmiany dotyczą uczuciowości wyższej intelektualizowanej, stąd osoba kulturalna, uczciwa z powodu tych zmian staje się niemoralna (kradnie, jest bezwstydną, nieposłuszną).

Postać skroniowa z kolei, cechuje odhamowanie mowy z gadatliwością. Często występuje nastrój euforyczny, nie-

rzadko z objawami miłosnymi. Do zespołu otępiennego może dojść w wyniku niedoboru witaminy B12 i niedoczynności tarczycy. Osoby z demencją poddawane są terapii zachowań, dzięki której można osiągnąć poprawę stanu zdrowia na różnych płaszczyznach [16].

Osoby w podeszłym wieku, którym proces starzenia ograniczył lub odebrał możliwości samodzielnego funkcjonowania i autonomię wymagają szczególnej uwagi, nie tylko ze względu na swój stan fizyczny. Do takiej osoby należy podchodzić w sposób holistyczny [14]. W ostatnich czasach coraz częściej mówi się na temat etyki medycznej i zagadnieniach z nią związanych. Szczególnie w stosunku do osób starszych powinno się zawsze pamiętać o czterech fundamentalnych zasadach etycznych: uszanowaniu autonomii, dobroczynności, nieszkodzeniu oraz sprawiedliwości, których przestrzeganie umożliwi poszanowanie ludzkiej godności [17].

Przyśpieszone starzenie się polskiego społeczeństwa stawia przed organizatorami ochrony zdrowia, szkolnictwem i lekarzami wiele wyzwań w zakresie edukacji, prewencji i leczenia w populacji geriatrycznej. Przewiduje się wzrost wydatków systemu zabezpieczeń społecznych i ochrony zdrowia [7]. Konieczne jest prowadzenie takiej polityki społecznej, która będzie propagowała wiedzę o współzależności bieżącego stylu życia z jakością życia w okresie starczym, zarówno w wymiarze stanu zdrowia, sprawności fizycznej jak i bezpieczeństwa materialnego. Starzenie się społeczeństwa pociąga za sobą bardzo duże konsekwencje w zakresie rachunków narodowych. Zwiększa się zapotrzebowanie na świadczenia emerytalne oraz zapotrzebowanie na specyficzne dla wieku starczego usługi w zakresie ochrony zdrowia. Dlatego też konieczne są zmiany w przepisach prawnych, określających ramy działania systemów emerytalnych i socjalnych [18]. Jednym z najczęściej przytaczanych przykładów udanych tego typu reform w kraju jest Finlandia. Wzmocniono tu pozycję osób starszych na rynku pracy, poprzez wsparcie ich w decyzji pozostania aktywnymi zawodowo lub przywrócenia do aktywności. Kolejnym krajem jest Japonia, gdzie reformy również pozytywnie wpłynęły na finanse państwa. Wypracowano tu pozytywny wizerunek pracowników starszych oraz stworzono podstawy do współpracy w tym zakresie przedsiębiorstw, administracji państwowej oraz służb pracowniczych. Wielka Brytania to również przykład, gdzie reformy pozwoliły ulepszyć stan budżetowy państwa. Ograniczono tu szczodrość świadczeń, podniesiono wiek emerytalny i wynagrodzenia świadczeniobiorców za dłuższy okres aktywności zawodowej.

W Polsce ciężko jest uzyskać aprobatę społeczną do innowacyjnych reform, a utrzymanie jednego kierunku reform przy zmieniających się rządach sprawia, że obecna sytuacja jest dużym wyzwaniem do rozwiązania [18].

Pogłębiający się proces starzenia się demograficznego stanowi poważny problem dla sektora opieki zdrowotnej w Polsce. Osoby starsze istotnie częściej zgłaszają zapotrzebowanie i korzystają usług opiekuńczych, zabiegów pielęgniarskich, porad lekarskich, zabiegów rehabilitacji [19]. W Polsce nie ma wypracowanego modelu Kompleksowej Oceny Geriatrycznej (KOG), który polega na regularnym wszechstronnym badaniu stanu zdrowia osoby starszej z uwzględnieniem jej sytuacji rodzinnej i bytowej. Jedynie ścisła współpraca lekarza, pielęgniarki i pracownika socjalnego mogłaby zapewnić podstawową opiekę dla osoby w podeszłym wieku [20, 21].

Niestety ogólne niedofinansowanie i złe zorganizowanie ochrony zdrowia w sposób szczególny wpływa na osoby starsze [22, 23].

PIŚMIENICTWO

- Kiliańczyk-Zięba J, Jan Paweł II. Autobiografia. WL. 2003:194.
- Jabłoński L, Wysokińska-Miszczuk J. Podstawy gerontologii i wybrane zagadnienia z geriatry. Czelej, Lublin 2000:11-23.
- Mianowany ME, Maniecka-Bryła I, Drygas WK. Starzenie się populacji jako ważny problem zdrowotny i społeczno-ekonomiczny. Gerontol Pol 2004;12(4):172-175.
- Porzych K, Kędziora-Kornatowska K, Polak A, Porzych M. Psychologiczne aspekty starzenia się i starości. Gerontol Pol 2004;12(4):165-168.
- Chodorowski Z. Geriatria: postępy w diagnostyce i terapii. Grafica, Gdynia 2007;13-15:487-489.
- Kurek S. Przestrzenne zróżnicowanie starzenia się ludności Polski w świetle prognoz GUS. [W]: Kowaleski JT, Szukalski P. red. Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich, Łódź 2006:394-399.
- Rószkiewicz M. Prognozy demograficzne dla polskiej populacji osób starszych. Psychogeriatr Pol 2006;3(1):1-10.
- Oleński J. Rocznik demograficzny. Zakład Wydawnictw Statystycznych. 2009.
- Roszkowska H. Wybrane elementy sytuacji zdrowotnej osób starszych w Polsce na tle krajów kandydujących do Unii Europejskiej i krajów członkowskich. Gerontol Pol 2003;2(2):63-71.
- Wojszel B. Uwarunkowania zdrowotne jakości życia oraz ocena stanu zdrowia ludzi starych. Gerontol Pol 1996;3:28-32.
- Rudzik J. Zdrowie i sprawność fizyczna osób starszych. Med Dydakt Wychow 1998;30(3/4):162-166.
- Bień B. Starzenie pomyślne versus zwyczajne. Gerontol Pol 1997;5(4):40-43.
- Pabiś M, Babik A. Najczęstsze problemy osób w wieku podeszłym na podstawie analizy „zespołów geriatrycznych” Med Rodz 2007;10(3):62-65.
- Tomiak E, Putz J. Najczęstsze problemy zdrowotne populacji pacjentów po 65 rż. z ternu wiejskiego w Praktyce Lekarza Rodzinnego. Probl Med Rodz 2003;5(1):9-13.
- Brzozowska A, Suikowska J, Chaniewska R, Koncikowska J, Roszkowski W. Wybrane problemy zdrowotne osób w wieku 75-80 (na podstawie badań SENECA). Zdr Publ 1997;107(3/4):45-49.
- Klimak K. Problemy zdrowotne osób w podeszłym wieku. Pielęg Położ 2003;45(9):7-9.
- Niebrój L. Osoba ludzka czy społeczna: godność człowieka wobec postępującego procesu starzenia się. Gerontol Pol 2004;12(4):161-163.
- Bałandynowicz-Panfil K. Współczesne mechanizmy wydłużania okresu aktywności zawodowej na przykładzie wybranych krajów. W: Kowaleski JT, Szukalski P. red. Pomyślne starzenie się w świetle nauk o zdrowiu. Łódź 2008:34-42.
- Zarzycka D, Czekirda M. Dostępność opieki zdrowotnej dla osób starszych w środowisku wiejskim. Pielęg Położ 2004;46(10):8-12.
- Szczerbińska K, Hubalewska-Hoła A. Korzystanie i zapotrzebowanie osób starszych na świadczenie opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. Gerontol Pol 2003;2(3):137-143.
- Michalska A, Łukomska A, Jachimowicz-Wołoszynek D. Opieka geriatryczna w Stanach Zjednoczonych – model PACE. Gerontol Pol 2004;12(4):169-171.
- Gębska-Kuczerowska A, Miler M. Sytuacja zdrowotna ludzi powyżej 65 roku życia w Polsce. Zdr Publ 2006;116(1):135-137.
- Miszczak E. Stereotypowy obraz człowieka starszego w Polsce. W: Kowaleski JT, Szukalski P. red. Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich. Łódź 2006:305-311.

Health situation of the elderly in Poland and other European countries

Abstract

Ageing of the human population is one of the most important demographic processes observed in many countries worldwide, including Poland. In the past, the individuals who were physically and mentally the strongest lived a long life; however, at present, old age is more frequently attained by those who took good care of their health in earlier years of life, and those who were assisted by medicine. The presented study is devoted to the latter population group. Considering the ageing of society, there increases the demand for medical and nursing services.

Therefore, the objective of the study is the presentation of the health problems with which the elderly in Poland and the European Union countries struggle. Due to the development of civilization, humans live by a half longer than at the beginning of the 20th century, and all the characteristics pertaining to the ageing of society published by a number of institutions dealing with statistics, such as Eurostat and the Main Statistical Office, indicate that this tendency will maintain itself for at least several more decades, bringing about a number of implications both for Europe and Poland. In 2010 the world population of people aged 60 and over reached 1 billion, which constitutes about 1/6 of the total population. Accelerated ageing of society poses many challenges for the organizers of health care, the education system, and physicians in the areas of education, prevention and treatment of the geriatric Polish population. The advancing process of demographic ageing is therefore an important problem for the Polish sector of health care.

Key words

old age, health problems, demographic situation