

Stan zdrowia osób w podeszłym wieku w kontekście starzejącego się społeczeństwa

Wstęp

Zmiany demograficzne zachodzące na całym świecie spowodowały m.in. wzrost odsetka osób starszych w ogóle populacji. Jak podaje raport *World Population Ageing 2020*¹, w 2020 r. na świecie żyło 727 mln osób powyżej 65. roku życia, z czego większość stanowiły kobiety. Szacuje się, że w ciągu następnych trzech dekad liczba osób w podeszłym wieku wzrośnie do 1,5 mld. Jest to bardzo duża i szybka transformacja, która implikuje wiele nowych wyzwań zarówno dla społeczeństwa globalnego, jak i dla społeczności lokalnych w różnych regionach świata. Problem starzejącego się społeczeństwa zaczęto dostrzegać już kilka dekad temu – poruszał go np. Edward Rosset, definiując populację starą jako taką, w której odsetek osób powyżej 60. roku życia wynosi co najmniej 12% całości społeczeństwa².

Przeciętna długość życia jest zróżnicowana w poszczególnych regionach świata, dlatego też różnie definiuje się termin „osoba starsza” na potrzeby rozpatrywania problemów demograficznych istniejących w każdym z nich. W krajach wysoko rozwiniętych, czyli tzw. krajach Globalnej Północy, za osoby w podeszłym wieku uznaje się te, które osiągnęły wiek 60–65 lat³. Ze względu

* Mgr Katarzyna Sacharczuk – Katedra Socjologii, Wydział Nauk Społecznych, Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie, e-mail: k.sacharczuk@interia.pl, ORCID: 0000-0003-1089-4223.

¹ United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, *World Population Ageing 2020 Highlights*, Wydawnictwo United Nations, New York 2020, s. 1.

² E. Rosset, *Proces starzenia się ludzi. Studium demograficzne*, Polskie Wydawnictwo Gospodarcze, Warszawa 1959, s. 73.

³ WHO, *Ageing and health*, 5.02.2018, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> (dostęp: 11.03.2021).

na kryterium wieku wyróżnia się w literaturze trzy kategorie osób starszych⁴: młodszy seniorzy (60–69 lat), starszy seniorzy (70–79 lat) oraz osoby w wieku sędziwym (powyżej 80. roku życia). Natomiast dla porównania w krajach Afryki Subsacharyjskiej wiek nabywania praw emerytalnych, który można przyjąć za początek starości, ustala się na poziomie 55–65 lat. Należy również podkreślić, że jeszcze w latach osiemdziesiątych XX w. w wielu badaniach nad starością w Afryce za wiek jej rozpoczęcia uznawano 50. rok życia. Współcześnie z uwagi na postęp medyczny i technologiczny granica ta jest wydłużana, podobnie jak w innych rejonach świata⁵.

Wzorzec i tempo starzenia się populacji różnią się znacznie w odmiennych warunkach. W wielu państwach o wysokich dochodach (*high income countries*) żyją duże populacje osób w starszym wieku, podczas gdy kraje o niskich i średnich dochodach (*low-income and middle-income countries*) pozostają stosunkowo młode. Patrząc w przyszłość, oczekuje się, że starzenie się populacji w dużych państwach, takich jak Indie i Chiny, przyspieszy, a spowolni w już starszych krajach Europy Zachodniej. Co więcej, przyczyny starzenia się są różne, nawet wśród państw o podobnym wskaźniku starzenia się, przy czym różnice te wynikają ze zmniejszenia śmiertelności w niektórych miejscach i starzenia się dużych kohort (takich jak *Baby Boomers*) w innych. Różnice te mają istotne implikacje demograficzne i sugerują bardzo różne reakcje polityczne w poszczególnych krajach⁶. Regionem aktualnie szczególnie dotkniętym problemem starzenia się społeczeństwa jest Europa. W 2019 r. ponad jedna piąta ludności tego kontynentu (20,3%) była w wieku powyżej 65 lat⁷.

Przyczyn starości jako takiej należy dopatrywać się w biologicznych właściwościach organizmu, który wraz z upływem czasu redukuje swoją wydolność lub traci poszczególne funkcje. W wielu przypadkach proces starzenia się zależy od dotychczasowego stylu życia oraz podejmowanych działań profilaktycznych. Obiektywnie więc trudno jest mówić o konkretnym „progu starości”. Wkroczenie w wiek senioralny jest sprawą indywidualną i można jedynie próbować ujmować go określonymi ramami wiekowymi. W definiowaniu i opisywaniu

⁴ M. Podkowińska, *Aktywny senior – życie towarzyskie, rodzinne i zawodowe seniorów w Polsce*, „Journal Socioterapie” 2018, nr 3, s. 16.

⁵ A. Sagner, P. Kowal, J.E. Dowd, *Defining “Old Age”. Definition of an older person. Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project*, World Health Organization, Geneva 2001, s. 2.

⁶ N. Sudharsanan, D. E., Bloom, *The Demography of Aging in Low- and Middle-Income Countries. Chronological versus Functional Perspectives*, National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; Committee on Population, Washington (DC) 2018, part 11.

⁷ Eurostat, *Population structure and ageing*, 2020, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing#The_share_of_elderly_people_continues_to_increase, (dostęp: 21.03.2021).

starości pomocne są również określone parametry, takie jak ich codzienność (jak seniorzy radzą sobie na co dzień), potrzeby, życie rodzinne, przestrzeń społeczna, w której funkcjonują, a także ich prywatność oraz intymność⁸. Należy również zaznaczyć, iż starość i proces starzenia się są pojęciami niehomogenicznymi, co oznacza, że osoby starsze stanowią grupę zróżnicowaną pod wieloma względami: wiekowym (różne kategorie starości), zdrowotnym, zawodowym, rodzinnym, społecznym itd. Niektórzy autorzy wskazują wręcz, że o osobach starszych nie powinno się mówić jako o przedstawicielach jednej grupy, ale zwracać uwagę na różnorodność czynników wpływających na ewentualną ich kategoryzację⁹.

W Polsce w 2019 r. – w odniesieniu do 2009 r. – odsetek ludności w tej grupie wiekowej wzrósł o 3,8 punktu procentowego, a tendencja ma charakter wzrostowy¹⁰. Przyczyn takiego stanu rzeczy upatruje się przede wszystkim w szybko postępujących zmianach cywilizacyjnych, kulturowych, społecznych i technologicznych, które skutkują wzrostem długości życia przy równoczesnym spadku poziomu dzietności w krajach wysoko rozwiniętych¹¹. W tym kontekście sytuacja demograficzna Polski przedstawia się jako wyjątkowo niekorzystna. Według prognozy Głównego Urzędu Statystycznego¹² po 2060 r. osoby powyżej 65. roku życia będą stanowiły w naszym kraju ponad jedną trzecią populacji. Ich liczba wzrośnie zaś o niemal 5,5 mln w porównaniu do stanu z drugiej dekady XXI w.

Współcześnie coraz większego znaczenia nabiera perspektywa starości jako istotnego etapu życia, a dążenie do satysfakcji w trakcie jego trwania stało się celem nie tylko poszczególnych jednostek, lecz także całego systemu opieki nad osobami w podeszłym wieku. Owa satysfakcja wynika z wielu czynników, wśród których jednym z najbardziej istotnych jest dobrostan zdrowotny. Jak podają dane opublikowane przez Centrum Badania Opinii Społecznej¹³, od niemal piętnastu lat (badania odbywają się cyklicznie od 2005 r.) zdrowie jest niezmiennie drugą po szczęściu rodzinnym najważniejszą wartością dla Polek i Polaków. Zachowanie jak najdłużej dobrego stanu zdrowia sprzyja poczuciu satysfakcji z życia, umożliwia pełne uczestnictwo w życiu rodzinnym i społecz-

⁸ A. Fabiś, J.K. Wawrzyniak, A. Chabior, *Ludzka starość. Wybrane zagadnienia gerontologii społecznej*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2015, s. 12.

⁹ A. Przybyłka, *Profilaktyka zdrowotna populacji wieku poprodukcyjnego*, w: *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku*, red. L. Frąckiewicz, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice 2002, s. 76.

¹⁰ Eurostat, *Population structure and ageing...*

¹¹ J. Rakowska, *Zróżnicowanie poziomu starości demograficznej Polski w ujęciu lokalnym*, „Studia Ekonomiczne i Regionalne” 2016, t. 9, nr 2, s. 13.

¹² M. Waligórska, Z. Kostrzewa, M. Potyra, L. Rutkowska, *Prognoza Ludności na lata 2014–2050*, GUS, Warszawa 2014, s. 20–21.

¹³ CBOS, *System wartości Polaków w 2019 roku*, 2020, <https://www.cbos.pl/PL/publikacje/news/2020/02/newsletter.php> (dostęp: 24.03.2021).

nym oraz podejmowanie różnego rodzaju aktywności – zarówno tych związanych z pracą zawodową, jak i z realizowaniem pasji i zainteresowań. Dobrostan fizyczny wpływa również na samopoczucie psychiczne¹⁴.

Problem starzenia się populacji jest nierozzerwalnie związany z wyzwaniami dotyczącymi pogarszającego się stanu zdrowia u znacznej liczby członków społeczeństwa. Niepełnosprawność czy choroby przewlekłe oczywiście dotyczą również osoby młodsze, jednak wraz z wiekiem stan zdrowia pogarsza się, utrudniając jednostkom normalne funkcjonowanie¹⁵. W związku z tym należy również zwrócić uwagę na specyficzne problemy seniorów, których zaspokojenie wymaga uwagi, a czasem i poświęcenia członków rodziny czy opiekunów, oraz podejmowania konkretnych działań ze strony opieki zdrowotnej i społecznej. Owe potrzeby nasilają się wraz z wiekiem i należy wiązać je z pogarszającym się stanem zdrowia i słabnącymi możliwościami motorycznymi. Zatem zaspokajanie głównych potrzeb osób starszych polega przede wszystkim na pomocy w codziennym funkcjonowaniu, jak i dostarczaniu wsparcia psychicznego, a niekiedy również materialnego i finansowego, w zależności od ogólnej sytuacji życiowej danej osoby¹⁶.

Zmiana struktury demograficznej państw borykających się z problemem starzenia się społeczeństwa powoduje wzrost zapotrzebowania na usługi zdrowotne skierowane do osób w podeszłym wieku. Sprawny system opieki zdrowotnej nad seniorami to przede wszystkim łatwy dostęp do profilaktyki oraz do lekarzy pierwszego kontaktu i specjalistów. Należy również zwrócić uwagę na fakt, iż w ciągu ostatniego stulecia zmienił się model chorobowości – dłuższe życie wiąże się z wieloletnim zmaganiem się z chorobami przewlekłymi oraz cierpieniem na zespoły schorzeń. W związku z powyższym nawet bogate kraje doświadczające problemu starzenia się społeczeństwa muszą rozważnie i racjonalnie pożytkować posiadane zasoby w zakresie ochrony zdrowia tak, aby zapewnić osobom starszym wymaganą pomoc i opiekę, zwłaszcza że oczekiwania w tym zakresie są szersze niż niwelowanie objawów chorobowych i łagodzenie ich skutków. Wiele schorzeń dotyczących seniorów można efektywnie leczyć, a tym samym poprawiać jakość ich życia. Koncepcja pomyślnego starzenia się i zachowania jak najdłużej możliwie jak największej sprawności fizycznej i umysłowej powinna być zatem szeroko propagowana w dyskursie publicznym¹⁷.

¹⁴ M. Zadworna-Cieślak, M. Marszałek, *Różne oblicza starości*, w: *Człowiek wobec zagrożeń współczesności*, red. V. Tanaś, W. Welskop, Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Biznesu i Nauk o Zdrowiu, Łódź 2017, s. 173.

¹⁵ A. Przybyłka, *Starzenie się ludności w Polsce jako wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia*, „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach” 2017, nr 309, s. 182–183.

¹⁶ J. Rymaszewska, A. Szmigiel, *Potrzeby osób w starszym wieku – definicje i narzędzia oceny*, „Psychogeriatrya Polska” 2008, nr 5, s. 99.

¹⁷ M. Bryła, I. Maniecka-Bryła, *Proces starzenia populacji wyzwaniem dla polityki zdrowotnej*, „Gerontologia Polska” 2011, t. 19, nr 1, s. 45.

Celem poniższego artykułu jest przedstawienie problematyki stanu zdrowia i jego samooceny w kontekście problemu starzenia się społeczeństwa.

Stan zdrowia Polaków w podeszłym wieku na tle mieszkańców wybranych państw europejskich

Wiele osób starszych ze względu na pojawiające się u nich problemy zdrowotne korzysta z określonych procedur medycznych i zażywa lekarstwa, co z kolei wpływa na ich sytuację materialną i stanowi obciążenie budżetu całego państwa¹⁸. Należy jednak podkreślić, że jest to wyzwanie, jakie państwo i społeczeństwo muszą podjąć w celu zachowania przez seniorów dobrostanu fizycznego i psychicznego.

Stan zdrowia jest nierozzerwalnie połączony z działaniami o charakterze profilaktycznym podejmowanymi zarówno w czasie ogólnego dobrostanu zdrowotnego, jak i w czasie choroby w celu hamowania jej dalszego rozwoju lub minimalizowania ryzyka wystąpienia innych schorzeń. Znaczenie profilaktyki w budowaniu satysfakcjonującej starości dostrzegła Światowa Organizacja Zdrowia (dalej: WHO) w programie „Polityka zdrowotna dla wszystkich w XXI w.”¹⁹. Sztandarowe hasło programu „Health’21 na najbliższe dekady” zostało przełożone przez wiele państw na bodziec do rozwijania wczesnych działań profilaktycznych w procesie przeciwdziałania negatywnym skutkom starzenia się. W nadmienionym programie specjaliści WHO wyszczególnili kilka działań obejmujących wcześniejsze fazy życia człowieka, jakie każda jednostka może podejmować, aby zwiększyć prawdopodobieństwo zdrowszej i bardziej satysfakcjonującej starości. Należą do nich²⁰:

1. Aktywne uczestnictwo w życiu rodzinnym i społecznym.
2. Kierowanie się zasadami zrównoważonego żywienia, utrzymywanie zdrowej diety.
3. Podejmowanie adekwatnej do możliwości aktywności fizycznej.
4. Powstrzymywanie się od palenia tytoniu.
5. Powstrzymywanie się od nadmiernego spożywania alkoholu.

Warto również dodać, że programy profilaktyczne opierają się na potwierdzonej w badaniach tezie, iż biologiczne starzenie się można uznać za proces dość uniwersalny, a jego konsekwencje, takie jak nadciśnienie tętnicze, osteoporoza, cukrzyca typu II, niska pojemność płuc, wysoki poziom cholesterolu,

¹⁸ M. Szczepański, *Zarządzanie ryzykiem długowieczności w polskim systemie emerytalnym*, „Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” 2014, nr 65, s. 733–734.

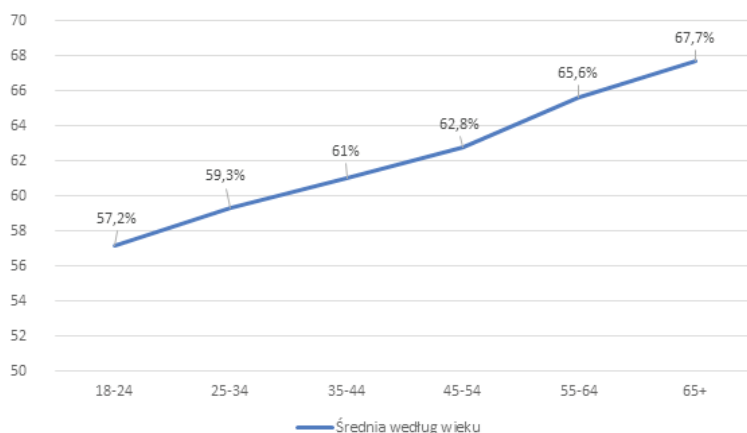
¹⁹ *Health 21 – health for all in the 21st century*, World Health Organization, Copenhagen 1998, s. 16–18.

²⁰ Tamże.

niska sprawność fizyczna, a nawet umysłowa, mogą być modyfikowane dzięki odpowiednim zachowaniom podejmowanym we wcześniejszych etapach życia²¹.

Jak wynika z raportu Ministerstwa Zdrowia²², aż 78% Polek i Polaków twierdzi, że dba o swoje zdrowie. Osoby młode kojarzą profilaktykę z aktywnością fizyczną, natomiast osoby starsze raczej z odpowiednią dietą i systematycznym monitorowaniem stanu własnego zdrowia. Raport nie określa konkretnych granic wiekowych, ale na podstawie powyższego stwierdzenia można wywnioskować, że wraz z wiekiem konieczność dbania o zdrowie przybiera na znaczeniu. Obserwację tę potwierdzają wyniki badań zawarte w Narodowym Teście Zdrowia Polaków 2020²³. Jak pokazano na wykresie 1, indeks pełnego przestrzegania zaleceń profilaktycznych wzrasta z wiekiem i przyjmuje najwyższą wartość (67,7%) w grupie wiekowej obejmującej osoby powyżej 65. roku życia. Odsetek ten jest zbliżony do średniej dla wszystkich badanych, która wynosi 61,9%.

Wykres 1. Indeks pełnego przestrzegania zaleceń profilaktycznych według wieku (0% całkowity brak przestrzegania zaleceń profilaktycznych, 100% całkowite przestrzeganie zaleceń profilaktycznych) (dane za 2020 r.)



Źródło: opracowanie własne na podstawie *Narodowy Test Zdrowia Polaków 2020*, <https://www.nn.pl/dam/zasoby/raporty/Narodowy-Test-Zdrowia-Polakow-2020-raport.pdf> (dostęp: 18.04.2021).

²¹ Z. Woźniak, *Profilaktyka starzenia się i starości – mrzonka czy konieczność?*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i ” 2011, R. 73, z. 1, s. 237.

²² Ministerstwo Zdrowia, *Badanie postaw wobec zachowań zdrowotnych w zakresie profilaktyki nowotworowej wśród mieszkańców Polski ze szczególnym uwzględnieniem postaw Polek wobec raka szyjki macicy i raka piersi*, Wydawnictwo Kantar Millward Brown, Warszawa 2017, s. 2, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/badanie-postaw-w-zakresie-profilaktyki-nowotworowej-wsrod-mieszkancow-polski> (dostęp: 07.10.2021).

²³ Nationale Nederlanden, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, *Narodowy Test Zdrowia Polaków 2020*, Wydawnictwo Medonet, Kraków 2020, s. 8, <https://www.nn.pl/dam/zasoby/raporty/Narodowy-Test-Zdrowia-Polakow-2020-raport.pdf> (dostęp: 07.10.2021).

Działania profilaktyczne pomagają w utrzymaniu dobrostanu zdrowotnego, jednak nie są jego gwarantem. Wraz z wiekiem zwiększa się ryzyko zachorowania na chorobę lub zespół chorób przewlekłych, których leczenie jest długotrwałe, a często wybieraną strategią jest łagodzenie objawów, ponieważ całkowity powrót do zdrowia nie jest możliwy. Wśród najczęstszych chorób przewlekłych i długotrwałych problemów zdrowotnych charakterystycznych dla wieku podeszłego wymienia się: chorobę sercowo-naczyniową, nadciśnienie tętnicze, nowotwory, osteoporozę, zapalenie kości i stawów, cukrzycę typu II, demencję, a coraz częściej również depresję²⁴.

Z raportu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej²⁵ (dalej: MRiPS) wynika, że ponad 66% osób powyżej 60. roku życia cierpi na chorobę przewlekłą lub ma długotrwałe problemy zdrowotne (w grupie osób w wieku 16 i więcej lat odsetek ogółem wynosi nieco ponad 39,2%). Nieco częściej taki stan deklarowały starsze kobiety (68,3%) niż mężczyźni (63,5%) oraz mieszkańcy miasta (67,7%) niż mieszkańcy wsi (64%). Dane zostały przedstawione w tabeli 1.

Tabela 1. Długotrwałe problemy zdrowotne i choroby przewlekłe Polaków (dane za 2019 r.)

Wyszczególnienie	Ogółem	Posiadało długotrwałe problemy i choroby przewlekłe	Nie posiadało długotrwałych problemów i chorób przewlekłych
w % danej grupy			
Osoby w wieku od 16 do 59 lat			
Ogółem	100	39,2	60,8
Mężczyźni	100	35,9	64,1
Kobiety	100	41,9	58,1
Miasto	100	41,1	68,9
Wieś	100	36,2	63,8
Osoby w wieku powyżej 60 lat			
Ogółem	100	66,3	33,7
Mężczyźni	100	63,5	36,5
Kobiety	100	68,3	31,7
Miasto	100	67,7	32,3
Wieś	100	64,0	36,0

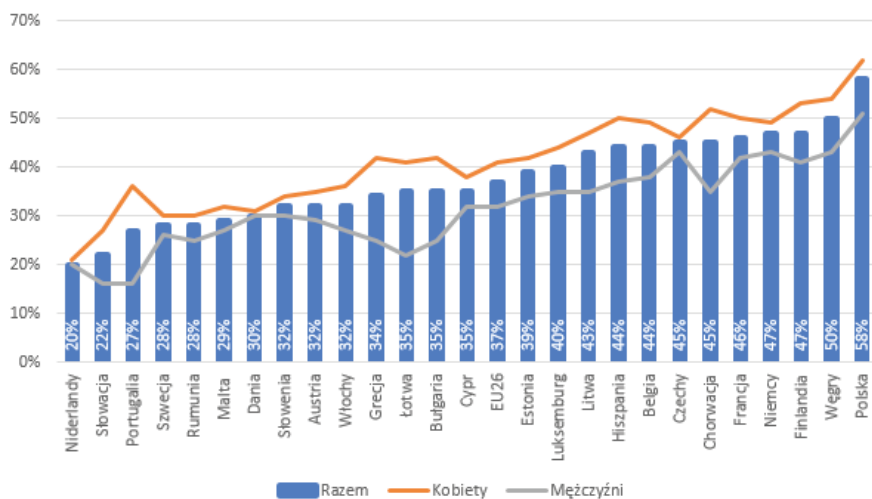
Źródło: opracowanie własne na podstawie *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2019 r.*, Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, Warszawa 2020, s. 41–42, <https://www.gov.pl/web/rodzina/informacja-o-sytuacji-osob-starszych-w-polsce-za-rok-2019> (dostęp: 07.10.2021).

²⁴ E. Jaul, J. Barron, *Age-Related Diseases and Clinical and Public Health Implications for the 85 Years Old and Over Population*, „Front Public Health” 2017, nr 5, s. 2–5.

²⁵ *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2019 r.*, Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, Warszawa 2020, s. 41–42, <https://www.gov.pl/web/rodzina/informacja-o-sytuacji-osob-starszych-w-polsce-za-rok-2019> (dostęp: 07.10.2021).

W aspekcie zapadalności na choroby przewlekłe przez osoby po 65. roku życia Polska znajduje się na końcu listy państw EU26. Według raportu „Health at a Glance: Europe 2020”²⁶ 58% Polek i Polaków po 65. roku życia cierpi na wspomniane choroby. Chociaż jest to odsetek niższy niż w przywołanym wyżej raporcie MRiPS, to jest znacznie wyższy niż średnia EU26, która wynosi 37%. Cechą wspólną dla obu raportów jest spostrzeżenie, że borykanie się z omawianym problemem częściej deklarują kobiety niż mężczyźni. Informacje te zaprezentowano na wykresie 2.

Wykres 2. Długotrwałe problemy zdrowotne i choroby przewlekłe wśród mieszkańców krajów EU26 po 65. roku życia (dane za 2017 r.)



Źródło: opracowanie własne na podstawie *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris 2020, s. 133.

Jednym z problemów związanych z pogarszającym się wraz z wiekiem stanem zdrowia jest pojawienie się ograniczeń motorycznych – trudności w poruszaniu się oraz wykonywaniu codziennych czynności. Może być to stan przejściowy, wynikający z choroby, jaką jednostka przechodzi w danej chwili, jak i stan przewlekły, towarzyszący niepełnosprawności. Ograniczenie samodzielności życiowej wpływa na jakość funkcjonowania osób w podeszłym wieku. Zaczynają być one zależne od innych oraz wymagają wzmożonej opieki i uwagi. Chociaż aspekt ten jest tylko jednym z elementów ogólnie pojmowanego dobrostanu zdrowotnego, to bez wątpienia ma duże znaczenie dla seniorów, którzy z tego

²⁶ *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris 2020, s. 133.

typu ograniczeniami się borykają²⁷. Z badania Polsenior wynika jednoznacznie, że częstość występowania niepełnosprawności wzrasta wraz z wiekiem. Ponad 20% badanych osób w wieku 85 i więcej lat miało orzeczony znaczny stopień niepełnosprawności, co wskazuje na całkowitą niezdolność do samodzielnej egzystencji. Różnice w sprawności funkcjonalnej widać również w zależności od płci – niepełnosprawność dotyka częściej starszych kobiet niż starszych mężczyzn. Równocześnie autorzy badania wskazali, że aktywność fizyczna zarówno w młodszych latach życia, jak i podejmowana w miarę możliwości w wieku podeszłym, znacząco wpływa na poprawę motoryki i ogólnej sprawności u osób w wieku starszym²⁸. Do podobnych wniosków doszli Mariusz Hrycina i Dariusz Czarnecki²⁹. Autorzy wysnuli następującą tezę: „Kluczem do sprawności fizycznej nie jest wiek, lecz systematyczność podejmowanych ćwiczeń fizycznych”. Wskazali również, że w celu utrzymania sprawności funkcjonalnej w starszym wieku należy podejmować ćwiczenia ukierunkowane na poprawę równowagi i stabilizacji ciała. Warto więc podkreślić, że wiązanie starości z niepełnosprawnością jest coraz częściej odbierane jako stereotypowe myślenie o tym etapie życia, które należy poddawać szerokiej dyskusji.

W tabeli 2 zostały przedstawione dane dotyczące ograniczeń zdolności wykonywania codziennych czynności przez okres co najmniej sześciu ostatnich miesięcy. Z tego typu problemem niemal dwukrotnie częściej borykają się osoby po 60. roku życia (45,4%) niż osoby młodsze (16 lat i więcej – 24,4%). Większość osób starszych zgłaszających taką trudność (30,2%) określa swoje zdolności motoryczne jako ograniczone, ale niezbyt poważnie, natomiast 15,2% uważa je za poważnie ograniczone. Ponad połowa respondentów z tej grupy wiekowej nie doświadcza żadnych ograniczeń, jednak należy podkreślić, że nasilają się one wraz z wiekiem. Aby głębiej zbadać to zjawisko, należałoby przeprowadzić dodatkowe analizy w podziale na grupy wiekowe wyodrębnione wyłącznie ze zbioru osób po 60. roku życia.

Stan zdrowia można również określać przy użyciu wskaźnika konieczności odbycia badania lub konsultacji lekarskiej, poddania się długotrwałemu leczeniu szpitalnemu lub rehabilitacji oraz wykonywania badań w laboratorium bądź pracowni diagnostycznej. Osoby w wieku 60 lat i więcej korzystają częściej z porad medycznych lub leczenia, ale nie jest to znaczna różnica w stosunku do ujętej w badaniach młodszej grupy wiekowej (73,4% do 61,9%). Nieco częściej na konsultację bądź leczenie decydują się kobiety (75,2%) niż mężczyźni

²⁷ A. Gutowska-Ciołek, *(Nie)pełnosprawna starość – przyczyny, uwarunkowania, wsparcie*, „Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej” 2015, nr 8, s. 15–16.

²⁸ *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, red. M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012, s. 91–93.

²⁹ M. Hrycina, D. Czarnecki, *Ocena sprawności motorycznej osób w wieku 55–70 lat za pomocą testu FMS*, „Zeszyty Naukowe WSKFiT” 2016, nr 11, s. 78–79.

(70,9%) po 60. roku życia oraz mieszkańcy miasta (74,6%) niż mieszkańcy wsi (71,4%) (tabela 3).

Tabela 2. Ograniczona zdolność wykonywania czynności trwająca co najmniej 6 miesięcy (dane za 2019 r.)

Wyszczególnienie	Posiadało ograniczenia				Nie posiadało ograniczeń
	Ogółem	Razem	Poważne	Niezbyt poważne	
w % danej grupy					
Osoby w wieku od 16 do 59 lat					
Ogółem	100	24,4	7,6	16,8	75,6
Mężczyźni	100	22,7	7,4	15,4	77,3
Kobiety	100	25,8	7,8	17,9	74,2
Miasto	100	24,5	8,0	16,5	75,5
Wieś	100	24,2	7,0	17,2	75,8
Osoby w wieku powyżej 60 lat					
Ogółem	100	45,4	15,2	30,2	54,6
Mężczyźni	100	43,9	14,6	29,4	56,1
Kobiety	100	46,4	15,7	30,7	53,6
Miasto	100	45,0	16,0	29,0	55,0
Wieś	100	46,0	13,9	32,1	54,0

Źródło: własne na podstawie *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2019 r.*, s. 42.

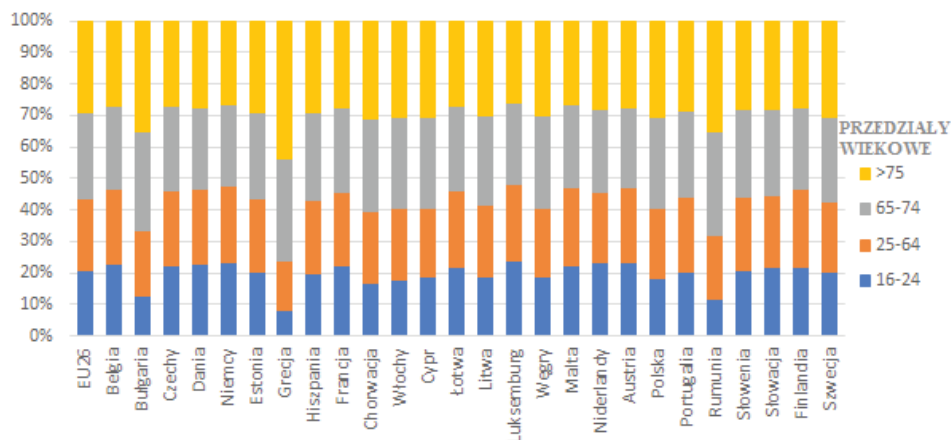
Tabela 3. Korzystanie z określonych form opieki zdrowotnej w ciągu ostatnich 12 miesięcy (dane za 2019 r.)

Wyszczególnienie	Ogółem	Potrzebowało konsultacji, badania bądź leczenia	Nie potrzebowało konsultacji, badania bądź leczenia
w % danej grupy			
Osoby w wieku od 16 do 59 lat			
Ogółem	100	61,9	38,1
Mężczyźni	100	56,4	43,6
Kobiety	100	66,5	33,5
Miasto	100	64,7	35,3
Wieś	100	57,5	42,5
Osoby w wieku powyżej 60 lat			
Ogółem	100	73,4	26,6
Mężczyźni	100	70,9	29,1
Kobiety	100	75,2	24,8
Miasto	100	74,6	25,4
Wieś	100	71,4	28,6

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2019 r.*, s. 43.

Kwestię korzystania z pomocy lekarskiej m.in. przez osoby w wieku podeszłym zbadał również Eurostat (wykres 3). Tendencja wśród krajów EU26 jest podobna jak w przypadku Polski – nieco częściej z porad medycznych korzystają osoby po 65. roku życia niż osoby z badanej młodszej grupy wiekowej, ale nie jest to duża różnica. Konieczność odbywania wizyt lekarskich wzrasta wraz z wiekiem i w niektórych państwach, takich jak np. Niemcy, Dania czy Słowacja, wynosi ok. 100%. Oznacza to, że w tych krajach niemal każda osoba po 75. roku życia korzysta z opieki lekarskiej. W tym aspekcie nie istnieje duże zróżnicowanie pomiędzy analizowanymi państwami. Jedynie w Finlandii można zauważyć tylko minimalną różnicę pomiędzy poszczególnymi grupami wiekowymi.

Wykres 3. Korzystanie z konsultacji medycznej wśród mieszkańców EU26 w perspektywie różnych grup wiekowych (dane za 2017 r.)



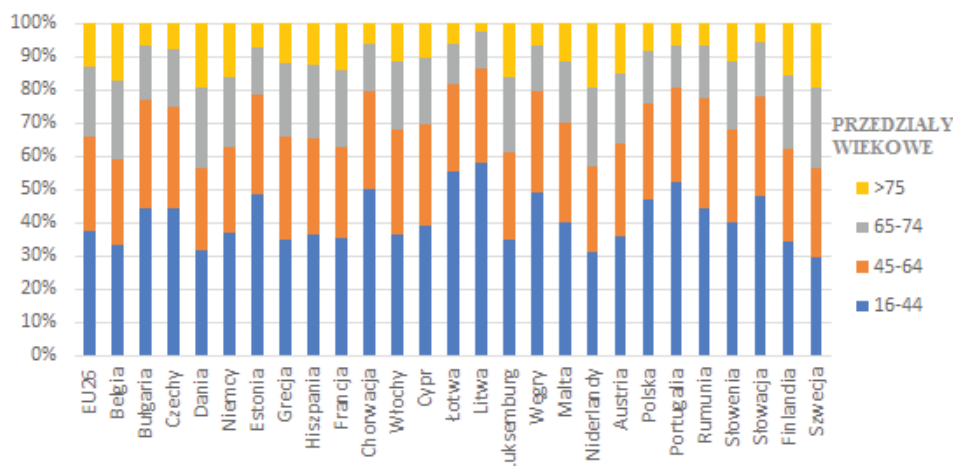
Źródło: opracowanie własne na podstawie Eurostat, *Ageing Europe – statistics on health and disability*, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Ageing_Europe_-_statistics_on_health_and_disability (dostęp: 23.04.2021).

Problemy zdrowotne nasilają się wraz z wiekiem – tę regułę potwierdzają badania przeprowadzone w Polsce oraz Unii Europejskiej. Pomijając aspekt zróżnicowanego dostępu do opieki zdrowotnej oraz różnego poziomu tego typu usług, można stwierdzić, że większość emerytów w UE, Polsce, a zapewne i na świecie, jest zmuszona do korzystania z porad lekarza, długotrwałego leczenia bądź odbywania zabiegów operacyjnych.

Samoocena zdrowia osób starszych w Polsce na tle mieszkańców wybranych państw europejskich

Opinie pacjentów na temat własnego samopoczucia są kluczowe dla określania jakości ich życia uwarunkowanej stanem zdrowia. Jak widać na wykresie 4, ocena własnego stanu zdrowia obniża się wraz z wiekiem. Odczucia polskich emerytów w tym aspekcie plasują się poniżej średniej unijnej. Jako dobry lub bardzo dobry swój stan zdrowia określa 15,1% Polaków powyżej 75. roku życia, natomiast średnia dla tej grupy wynosi ok. 30%. Gorsze odczucia mają w gronie państw EU26 Bułgarzy, Estończycy, Chorwaci, Łotysze, Litwini, Węgrzy, Portugalczycy, Rumuni oraz Słowacy.

Wykres 4. Dobra lub bardzo dobra samoocena stanu zdrowia mieszkańców EU26 (dane za 2018 r.)



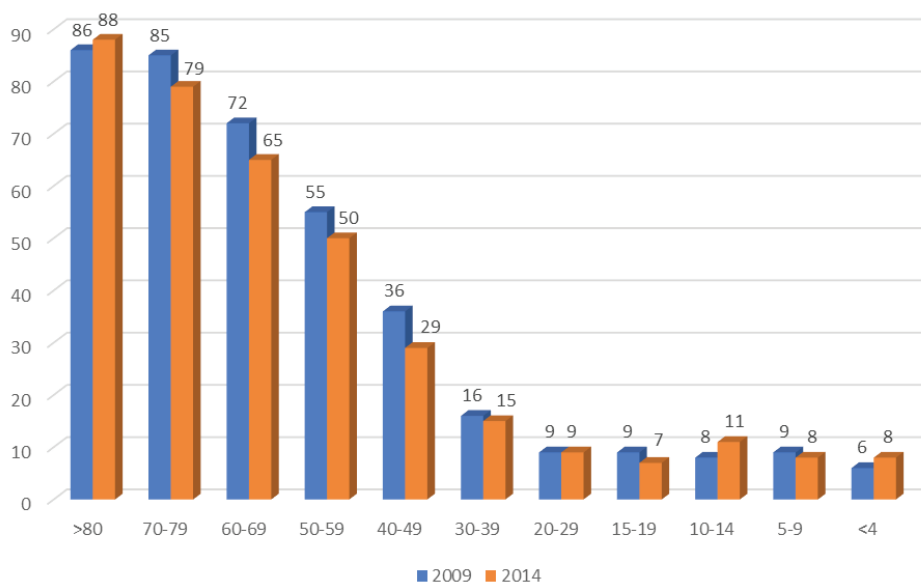
Źródło: opracowanie własne na podstawie Eurostat, *Ageing Europe – statistics on health and disability*, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Ageing_Europe_-_statistics_on_health_and_disability (dostęp: 04.03.2021).

Interesującym badaniem, które pozwala porównywać odczucia respondentów dotyczące ich zdrowia, jest Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia³⁰. Dotychczas udostępniono wyniki z badań przeprowadzonych w 2009 oraz 2014 r. Kolejna edycja odbyła się w 2019 r., jednak w momencie pracy nad artykułem raport podsumowujący jej wyniki nie był jeszcze dostępny. Analizując dane z lat ubiegłych, można jednak wysnuć wnioski dotyczące tendencji w odczuciach dotyczących własnego zdrowia. Zaprezentowano je na wykresie 5. Wyniki badania

³⁰ M. Piekarczyńska, A. Zajenkowska-Kozłowska, *Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2015, s. 3, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-zachowania-zdrowotne-mieszkancow-polski-w-swietle-badania-ehis-2014,10,1.html> (dostęp: 07.10.2021).

„Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r.” są zbliżone do danych opublikowanych przez Eurostat. Najgorzej swój stan zdrowia oceniają najstarsze grupy wiekowe. Co interesujące, wyłącznie w przypadku grupy najstarszej (powyżej 80. roku życia) odsetek osób oceniających swój stan zdrowia poniżej oceny dobrej wzrósł w 2014 r. w stosunku do 2009 r. W przypadku pozostałych grup wiekowych powyżej 60. roku życia odnotowano w tym zakresie spadek.

Wykres 5. Ocenianie własnego zdrowia przez Polaków i Polki poniżej oceny dobrej w podziale na wiek (dane za 2014 r.)



Źródło: opracowanie własne na podstawie M. Piekarzewska, A. Zajenkovska-Kozłowska, *Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2015, s. 3, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie-i-zachowania-zdrowotne-mieszkancow-polski-w-swietle-badania-ehis-2014,10,1.html> (dostęp: 07.10.2021).

Ocenę własnego stanu zdrowia przez osoby starsze zbadał również Główny Urząd Statystyczny³¹. Konkluzje zamieszczono w tabeli 4. Około połowa odpowiedzi dotycząca oceny własnego stanu zdrowia wskazywała na stan pośredni („taki sobie, ani dobry, ani zły”). Co interesujące, w tym przypadku nie widać wyraźnych rozbieżności pomiędzy płciami oraz miejscem zamieszkania (odro-

³¹ *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2018 r.*, red. E. Kamińska-Gawryluk, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2018, s. 53, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/osoby-starsze/osoby-starsze/sytuacja-osob-starszych-w-polsce-w-2018-roku,2,1.html?pdf=1> (dostęp: 07.10.2021).

binę lepiej swój stan zdrowia oceniają mieszkańcy miasta oraz mężczyźni). Warto zaznaczyć, że chociaż badani nieco częściej określali swój stan jako dobry niż zły, to z drugiej strony częściej pojawiały się odpowiedzi „bardzo zły” niż „bardzo dobry”.

Tabela 4. Samoocena stanu zdrowia osób w wieku powyżej 60 roku życia (GUS) (dane za 2018 r.)

Wyszczególnienie	Ogółem	Bardzo dobra	Dobra	Ani dobra, ani zła	Zła	Bardzo zła
w % danej grupy						
Ogółem	100	1,9	23,8	47,3	21,2	5,9
Mężczyźni	100	1,9	26,1	46,4	20,1	5,5
Kobiety	100	1,9	22,2	47,9	21,9	6,1
Miasto	100	2,4	26,0	45,7	19,8	6,2
Wieś	100	1,1	19,9	50,0	23,6	5,3

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2018 r.*, red. E. Kamińska-Gawryluk, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2018, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/osoby-starsze/osoby-starsze/sytuacja-osob-starszych-w-polsce-w-2018-roku,2,1.html?pdf=1>, s. 53 (dostęp: 07.10.2021).

Podobne do powyższych wnioski przyniosły analizy MRiPS. W tabeli 5 pokazano, że niemal połowa osób w wieku powyżej 60. roku życia określa własną sytuację zdrowotną jako średnią, natomiast jedna czwarta jako dobrą. Co istotne, nieco lepsze oceny pojawiały się w odpowiedziach mężczyzn niż kobiet i u osób, które mieszkają w miastach.

Tabela 5. Samoocena stanu zdrowia Polaków (MRiPS) (dane za 2019 r.)

Wyszczególnienie	Ogółem	Bardzo dobra	Dobra	Ani dobra, ani zła	Zła	Bardzo zła
w % danej grupy						
Osoby w wieku od 16 do 59 lat						
Ogółem	100	15,4	44,5	27,4	10,3	2,4
Mężczyźni	100	17,0	46,0	25,1	9,5	2,4
Kobiety	100	14,0	43,2	29,2	11,0	2,5
Miasto	100	16,1	44,6	26,9	9,7	2,6
Wieś	100	14,2	44,3	28,0	11,3	2,1
Osoby w wieku powyżej 60 lat						
Ogółem	100	2,2	25,7	45,6	21,1	5,4
Mężczyźni	100	2,3	28,2	44,9	19,1	5,5
Kobiety	100	2,1	24,0	46,1	22,4	5,4
Miasto	100	2,6	27,4	44,4	19,7	5,8
Wieś	100	1,4	22,9	47,6	23,4	4,8

Źródło: *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2019 r.*, s. 41.

Z danych Eurostatu³² wynika, że niskie dochody oraz niedostateczne wykształcenie korelują z negatywnym postrzeganiem własnego stanu zdrowia i zaniżoną oceną jakości życia. Im niższy dochód, tym mniejsze możliwości podjęcia leczenia. Ponadto w państwach o niższym poziomie PKB opieka zdrowotna nie jest zazwyczaj tak rozwinięta i łatwo dostępna jak w bogatszych krajach. Ciekawe wnioski przynosi również korelacja samooceny zdrowia z poziomem wykształcenia. Efekt ten można wyjaśnić m.in. tezą, że wraz ze wzrostem wykształcenia wzrasta również świadomość dotycząca wielu chorób oraz konieczności podejmowania działań profilaktycznych. Osoby o niższym wykształceniu rzadziej wiążą styl życia z późniejszymi konsekwencjami zdrowotnymi, są mniej skłonne do dodatkowego edukowania się w tym zakresie oraz do poszukiwania wyjaśnień swojego złego stanu zdrowia. W związku z tym mogą mieć subiektywnie gorsze nastawienie do swojego samopoczucia zdrowotnego³³.

Dyskusja

W obliczu wyzwań, jakie niesie za sobą problem starzenia się społeczeństwa, opieka zdrowotna i zapewnienie wysokiej jakości życia osobom starszym powinny być jednym z priorytetów polityki społecznej³⁴. Z perspektywy społecznej coraz częściej zwraca się bowiem uwagę na kontekst pojmowania starości jako naturalnego etapu w życiu, który może być równie szczęśliwy i satysfakcjonujący jak etapy poprzednie. Andrzej Rokicki pisze, że kluczem do osiągnięcia dobrostanu jest utrzymanie aktywności zarówno wewnętrznej (np. ćwiczenia umysłowe, czytanie książek, przyswajanie wartościowych treści), jak i fizycznej (np. ćwiczenia fizyczne, aktywność społeczna, aktywność zawodowa). Aby jednak było to osiągalne, konieczne jest zachowanie określonego poziomu stanu zdrowia. Dzięki rozwojowi medycyny i technologii możliwe jest nie tylko przedłużanie życia, lecz także zapewnienie wysokiego jego komfortu przez długi czas³⁵.

Z przeanalizowanych raportów dotyczących stanu zdrowia Polaków i Europejczyków wynika, że wraz ze wzrostem wieku zwiększa się ryzyko zapadnięcia

³² Eurostat, *Self-perceived health statistics*, 2019, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Self-perceived_health_statistics?fbclid=IwAR3bThaaig092vGXM6NvQ7VHUxQ-e6wR-R6HEgt9BSK92dvSx1UI-BFAcvE#Self-perceived_health (dostęp: 30.03.2021).

³³ K. Puchalski, E. Korzeniowska, *Zróżnicowanie stosunku do edukacji zdrowotnej a wykształcenie. Polacy na tle pracowników z Hiszpanii, Łotwy i Słowenii*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2011, t. 9, nr 2, s. 93–94.

³⁴ A. Przybyłka, *Starzenie się ludności w Polsce jako wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia*, „Studia Ekonomiczne, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach” 2017, nr 309, s. 182–183.

³⁵ A. Rokicki, *Starość nie znaczy bierność – współczesne metody aktywizowania seniorów*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska” 2016, t. 29, nr 1, s. 191.

na chorobę przewlekłą oraz konieczności podjęcia leczenia operacyjnego. Badacze podkreślają, że działania o charakterze profilaktycznym podejmowane już w młodym wieku są istotnymi czynnikami zminimalizowania ryzyka zachorowania na wiele chorób charakterystycznych dla wieku podeszłego, w tym przede wszystkim chorób sercowo-naczyniowych³⁶. Dlatego właśnie w odpowiedzi na wyzwania związane z problemem starzejącego się społeczeństwa działania w zakresie zdrowotnym powinny być nakierowane nie tylko na rozwiązywanie bieżących problemów osób w podeszłym wieku, lecz także na promocję profilaktyki wśród przedstawicieli młodszych pokoleń.

Niepokojący jest fakt, że w aspekcie schorzeń przewlekłych Polki i Polacy wypadają najgorzej na tle mieszkańców innych państw europejskich. Natomiast w przypadku ogólnej samooceny stanu zdrowia seniorzy mieszkający w naszym kraju również znajdują się na końcu europejskiej stawki. Wyjaśnianie powodów takiego stanu rzeczy implikuje konieczność podjęcia dodatkowych analiz, jednak zważywszy na fakt, że Polska znajduje się w gronie trzydziestu najstarszych społeczeństw na świecie, istnieje pilna potrzeba podejmowania systemowych kroków dążących do zmiany tego stanu rzeczy³⁷. Nawiązując do badań Kunlin Jin i in.³⁸, także w naszym kraju można zaimplementować proponowane przez autorów rozwiązania systemowe polegające na:

1. Zwiększaniu środków finansowych na badania dotyczące wyzwań związanych z problemem starzenia się społeczeństwa, nakierowane na poszukiwanie rozwiązań dotyczących łagodzenia ich skutków i możliwości poprawiania jakości życia osób w podeszłym wieku.
2. Zachęcanie ośrodków akademickich oraz instytucji publicznych i rządowych do angażowania się w takie badania i wspieranie ich.
3. Tworzenie i rozwijanie struktur koordynacyjnych i konsultacyjnych, programów i instytucji zaangażowanych w badania, rozwój i edukację związanych ze starzeniem się w środowisku akademickim, przemyśle, agencjach polityki publicznej oraz na szczeblu rządowym.

Stworzenie stabilnego i dostępnego systemu opieki geriatrycznej jest zatem jedną z najbardziej pilnych potrzeb wynikających z problemu starzenia się społeczeństwa. W tym zakresie konieczne jest organizowanie nie tylko doraźnej

³⁶ M.L. Daviglus, K. Liu, A. Pirzada i in., *Favorable Cardiovascular Risk Profile in Middle Age and Health-Related Quality of Life in Older Age*, „Archives of Internal Medicine” 2003, t. 163, nr 20, s. 2466.

³⁷ Polska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości, *Starzenie się społeczeństwa – wyzwanie dla rynku pracy, aktywizacja pracowników 50+*, Instytut Analiz Rynku Pracy 2020, s. 4. https://rada.wib.org.pl/wp-content/uploads/2021/02/Starzenie_sie_spoleczenstw_aktywizacja-pracownikow-50.pdf (dostęp: 07.10.2021).

³⁸ K. Jin, J.W. Simpkins, X. Ji, M. Leis, I. Stambler, *The Critical Need to Promote Research of Aging and Aging-related Diseases to Improve Health and Longevity of the Elderly Population*, „Aging and Disease” 2015, nr 1, s. 1–5.

pomocy zdrowotnej w zakresie szkolenia lekarzy specjalistów i powoływania oddziałów geriatrycznych, lecz także organizowanie specjalistycznych placówek, takich jak domy pomocy społecznej, domy opieki, hospicja, świetlice środowiskowe itp., oraz wspieranie rodzin decydujących się na podjęcie opieki nad starszym członkiem rodziny³⁹.

Podsumowując, dobrostan zdrowotny stanowi jeden z głównych wyznaczników jakości życia osób w podeszłym wieku. Jego osiągnięcie powinno zatem być priorytetem działań z zakresu polityki społecznej w dobie wyzwań, jakie niesie za sobą problem starzejącego się społeczeństwa. Jak pokazują analizowane raporty, Polska należy do krajów europejskich, w których seniorzy deklarują relatywnie niskie zadowolenie ze swojego stanu zdrowia oraz borykają się z wieloma chorobami przewlekłymi. Nie można zatem mówić o systemowych rozwiązaniach omawianego problemu w oderwaniu od elementarnego obszaru, jakim jest opieka zdrowotna nad osobami w podeszłym wieku. Długofalowa harmonijność decyzji z zakresu polityki społecznej i zdrowotnej w konsekwencji przyczyni się do poprawy jakości życia seniorów w naszym kraju⁴⁰.

Bibliografia

- Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, red. M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012.
- Bryła M., Maniecka-Bryła I., *Proces starzenia populacji wyzwaniem dla polityki zdrowotnej*, „Gerontologia Polska” 2011, t. 19, nr 1, s. 40–46.
- CBOS, *System wartości Polaków w 2019 roku*, 2020, <https://www.cbos.pl/PL/publikacje/news/2020/02/newsletter.php> (dostęp: 24.03.2021).
- Daviglus M.L., Liu K., Pirzada A. i in., *Favorable Cardiovascular Risk Profile in Middle Age and Health-Related Quality of Life in Older Age*, „Archives of Internal Medicine” 2003, t. 163, nr 20, s. 2460–2468.
- Eurostat, *Population structure and ageing*, 2020, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing#The_share_of_elderly_people_continues_to_increase (dostęp: 21.03.2021).
- Eurostat, *Self-perceived health statistics*, 2019, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Self-perceived_health_statistics?fbclid=IwAR3bThaaig092vGXM6NvQ7VHUxQ-e6wR-R6HEgt9BSK92dvSx1UI-BFAcvE#Self-perceived_health (dostęp: 30.03.2021).
- Fabiś A., Wawrzyniak J.K., Chabior A., *Ludzka starość. Wybrane zagadnienia gerontologii społecznej*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2015.
- Gutowska-Ciołek A., *(Nie)pełnosprawna starość – przyczyny, uwarunkowania, wsparcie*, „Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej” 2015, nr 8, s. 9–33.
- Health 21 – health for all in the 21st century*, World Health Organization, Copenhagen 1998, https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/88590/EHFA5-E.pdf (dostęp: 07.10.2021).
- Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris 2020.

³⁹ K. Sygit, *Problemy zdrowotne seniorów na przykładzie wybranych chorób wieku starszego*, „Health Problems of Civilisations” 2018, t. 12, nr 1, s. 38–39.

⁴⁰ M. Bryła, I. Maniecka-Bryła, *Proces starzenia populacji...*, s. 45.

- Hrycyna M., Czarnecki D., *Ocena sprawności motorycznej osób w wieku 55–70 lat za pomocą testu FMS*, „Zeszyty Naukowe WSKFiT”, 2015, nr 11, s. 75–80.
- Stan zdrowia i opieka zdrowotna, w: *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2019 r.*, Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, Warszawa 2020, s. 41–50, <https://www.gov.pl/web/rodzina/informacja-o-sytuacji-osob-starszych-w-polsce-za-rok-2019> (dostęp: 07.10.2021).
- Jaul E., Barron J., *Age-Related Diseases and Clinical and Public Health Implications for the 85 Years Old and Over Population*, „Front Public Health” 2017, nr 5, s. 2–5.
- Jin K., Simpkins J., Ji X., Leis M., Stambler I., *The Critical Need to Promote Research of Aging and Aging-related Diseases to Improve Health and Longevity of the Elderly Population*, „Aging and Disease” 2015, nr 1, s. 1–5.
- Kamińska-Gawryluk E. (red.), *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2018 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2018, s. 47–58, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/osoby-starsze/osoby-starsze/sytuacja-osob-starszych-w-polsce-w-2018-roku,2,1.html?pdf=1> (dostęp: 07.10.2021).
- Ministerstwo Zdrowia, *Badanie postaw wobec zachowań zdrowotnych w zakresie profilaktyki nowotworowej wśród mieszkańców Polski ze szczególnym uwzględnieniem postaw Polek wobec raka szyjki macicy i raka piersi*, Wydawnictwo Kantar Millward Brown, Warszawa 2017, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/badanie-postaw-w-zakresie-profilaktyki-nowotworowej-wsrod-mieszkancow-polski> (dostęp: 07.10.2021).
- Nationale Nederlanden, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, *Narodowy Test Zdrowia Polaków 2020*, Wydawnictwo Medonet, Kraków 2020, <https://www.nn.pl/dam/zasoby/raporty/Narodowy-Test-Zdrowia-Polakow-2020-raport.pdf> (dostęp: 07.10.2021).
- Piekarzewska M., Zajenkovska-Kozłowska A., *Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2015, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-zachowania-zdrowotne-mieszkancow-polski-w-swietle-badania-ehis-2014,10,1.html> (dostęp: 07.10.2021).
- Podkowińska M., *Aktywny senior – życie towarzyskie, rodzinne i zawodowe seniorów w Polsce*, „Journal Socioterapie” 2018, nr 3, s. 13–21.
- Polska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości, *Starzenie się społeczeństwa – wyzwanie dla rynku pracy, aktywizacja pracowników 50+*, Instytut Analiz Rynku Pracy 2020, https://rada.wib.org.pl/wp-content/uploads/2021/02/Starzenie_sie_spoleczenstw_aktywizacja-pracownikow-50.pdf (dostęp: 07.10.2021).
- Puchalski K., Korzeniowska E., *Zróżnicowanie stosunku do edukacji zdrowotnej a wykształcenie. Polacy na tle pracowników z Hiszpanii, Łotwy i Słowenii*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2011, t. 9, nr 2, s. 85–96.
- Przybyłka A., *Profilaktyka zdrowotna populacji wieku poprodukcyjnego*, w: *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku*, red. L. Frąckiewicz, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice 2002, s. 75–90.
- Przybyłka A., *Starzenie się ludności w Polsce jako wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia*, „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach” 2017, nr 309, s. 179–190.
- Rakowska J., *Zróżnicowanie poziomu starości demograficznej Polski w ujęciu lokalnym*, „Studia Ekonomiczne i Regionalne” 2016, t. 9, nr 2, s. 13–23.
- Rokicki A., *Starość nie znaczy bierność – współczesne metody aktywizowania seniorów*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska” 2016, t. 29, nr 1, s. 185–198.
- Rosset E., *Proces starzenia się ludności. Studium demograficzne*, Polskie Wydawnictwa Gospodarcze, Warszawa 1959.
- Rymaszewska J., Szmigiel A., *Potrzeby osób w starszym wieku – definicje i narzędzia oceny*, „Psychogeriatra Polska” 2008, nr 5, s. 95–104.
- Sagner A., Kowal P., Dowd J.E., *Definition of an older person. Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project*, World Health Organization, Geneva 2001.

- Sudharsanan N., Bloom D.E., The Demography of Aging in Low- and Middle-Income Countries: Chronological versus Functional Perspectives, w: M.K. Majmundar, M.D. Hayward, *Future Directions for the Demography of Aging. Proceedings of a Workshop*, The National Academic Press, Washington 2018, s. 309–338.
- Sygit K., *Problemy zdrowotne seniorów na przykładzie wybranych chorób wieku starszego*, „Health Problems of Civilisations” 2018, t. 12, nr 1, s. 33–40.
- Szczepeński M., *Zarządzanie ryzykiem długowieczności w polskim systemie emerytalnym*, „Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” 2014, nr 65, s. 731–734.
- United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, *World Population Ageing 2020 Highlights*, United Nations, New York 2020.
- Waligórska M., Kostrzewa Z., Potyra M., Rutkowska L., *Prognoza Ludności na lata 2014 – 2050*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2014, s. 20–21.
- WHO, *Ageing and health*, 5.02.2018, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> (dostęp: 11.03.2021).
- Woźniak Z., *Profilaktyka starzenia się i starości – mrzonka czy konieczność?*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2011, R. 73, z. 1, s. 231–254.
- Zadworna-Cieślak M., Marszałek M., *Różne oblicza starości*, w: *Człowiek wobec zagrożeń współczesności*, red. V. Tanaś, W. Welskop, Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Biznesu i Nauk o Zdrowiu, Łódź 2017, s. 173–183.

Streszczenie

Proces starzenia się społeczeństwa jest wyzwaniem, z jakim należy się zmierzyć na wielu płaszczyznach. Jednym z najważniejszych zadań w tym zakresie jest zapewnienie powiększającej się grupie osób w podeszłym wieku możliwie jak najlepszych warunków życia, także na płaszczyźnie zdrowotnej. Zdrowie bowiem jest ważną dla Polek i Polaków wartością, która wpływa bezpośrednio na jakość życia oraz możliwość podejmowania różnych aktywności. W artykule zawarto omówienie wybranych badań dotyczących zdrowia Polek i Polaków po sześćdziesiątym roku życia oraz jego samooceny na tle mieszkańców wybranych państw europejskich. W tym celu przeanalizowano dane z raportów opublikowanych przez Główny Urząd Statystyczny, Eurostat, Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju oraz wyniki Narodowego Testu Zdrowia Polaków. Zwrócono uwagę na kwestie, takie jak: przestrzeganie zaleceń profilaktycznych, długotrwałe problemy zdrowotne i choroby przewlekłe, długotrwała ograniczona zdolność do wykonywania czynności, korzystanie z konsultacji lekarskich, leczenie szpitalne, rehabilitacyjne i operacyjne, a także subiektywna samoocena stanu zdrowia.

Słowa kluczowe: starość, starzenie się społeczeństwa, wiek podeszły, zdrowie, stan zdrowia

The Health Condition of the Elderly in the Context of the Aging Society

Summary

The aging society is a challenge that must be faced on many levels. One of the most important tasks is to provide the growing group of elderly people with the best possible living conditions, also in terms of health. Health is an important value for Poles, which directly affects their quality of life and their opportunities for engaging in various activities. The following article discusses selected studies on the health condition of Poles over 60 and the subjects' self-assessment concerning health. These data are analysed against comparable research results for the inhabitants of the selected other European countries. To attain the research objective, the author analyses the data from the reports published by

the Central Statistical Office, Eurostat, the Organization for Economic Cooperation and Development, and the results of the National Test for Poles' Health. Focus is placed on issues such as: compliance with preventive recommendations, long-term health issues and chronic diseases, long-term limited capability to perform activities, use of medical consultations, hospitalisation, rehabilitation and surgical treatment, as well as subjective self-assessment of one's health condition.

Key words: old age, aging society, advanced age, health, health condition