

Marek Bryła, Irena Maniecka-Bryła

Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

# Proces starzenia populacji wyzwaniem dla polityki zdrowotnej

## *Population ageing process as a challenge for the health policy*

### Abstract

The paper departs from a reflection over the need to present issues connected with the evaluation of the health situation of elderly people. Based on bibliographic sources, the paper considers health as an intrinsic value, which is expressed in multiple everyday situations. On the grounds of academic considerations, the border between health and illness is blurred, which gives rise to difficulties in defining health. Taking into account these obstacles, the paper focuses on the determinants of the health situation of elderly people. Two concepts are discussed. According to the first one, the health situation is a responsibility of a given person. The second theory attributes a prominent role in shaping the health situation of a population to public institutions, available resources and the mode of functioning of the health care system. Against this background, we point of the significance of epidemiological population studies. Finally, we consider the role of measuring the health situation of elderly people in relation to shaping the health policy as a part of the social policy.

Gerontol. Pol. 2011; 19, 1: 40–46

**key words: population ageing, health as a value, health situation determinants**

„Postęp w dziedzinie ekonomii i medycyny znacznie wydłużył przeciętne dalsze trwanie życia, ale nie wydłużył samego upływu czasu, który zawsze jest ograniczony dla każdego do 24 godzin dziennie”.

(z wykładu The economic way of looking at life G.S. Beckera, laureata nagrody Nobla w dziedzinie ekonomii, wygłoszonego w Oslo 9 grudnia 1992 roku podczas ceremonii wręczenia nagrody)

### Wprowadzenie

Przystępując do przygotowania opracowania poświęconego problematyce stanu zdrowia osób w starszym wieku, z jednej strony ma się świadomość tego, że napisano już wiele na ten temat, z drugiej jednak strony powstaje przemożna chęć wyartykułowania własnych przemyśleń opartych na naukowych podstawach: „tyle już wiadomo, ale jak jeszcze daleko do całościowego poznania tego problemu”. Ten dyalemat ma swoje głębokie uzasadnienie — wynika

z samej natury istoty ludzkiej, ponieważ ciekawość poznawcza wyzwala postęp przejawiający się w nowym spojrzeniu na otaczającą przyrodę, w której człowiek stanowi jedno z ogniw, jeden z trybów mechanizmu powstawania, rozwoju i zanikania otaczających zjawisk.

### Zdrowie starszych osób jako wartość

Przemijanie to termin, który niezależnie od naszych życzeń, jest immanentnie związany z naturą ludzką. Do głębszej refleksji często zmusza wykonywanie zawodu związanego z osobami w podeszłym wieku lub gdy na przykład obserwuje się starzenie się osób z najbliższej rodziny. Dla każdego oczywisty jest związek między starzeniem się a stopniowym ograniczaniem czy wręcz zanikaniem podstawowych funkcji

Adres do korespondencji:  
dr hab. n. med. Irena Maniecka-Bryła  
Zakład Epidemiologii i Biostatystyki Katedry Medycyny  
Społecznej i Zapobiegawczej UM  
ul. Żeligowskiego 7/9, 90–752 Łódź  
tel.: (42) 639 32 65, faks: (42) 639 32 69  
e-mail: i.m.b@gazeta.pl; bryla\_marek@wp.pl

organizmu. Jakość życia warunkowana stanem zdrowia to nie tylko termin wypracowany na użytek badań prowadzonych przez epidemiologów, socjologów, ekonomistów i przedstawicieli innych nauk społecznych, ale także element otaczającej nas rzeczywistości. Przemijanie wiąże się z upływem czasu, jak na przykład zauważył ksiądz Twardowski: „Śpieszmy się kochać ludzi, tak szybko odchodzą”. W tym procesie mamy do czynienia ze wzajemnie przenikającymi się zjawiskami: z dziedziny medycyny — stan zdrowia, demografii — starzenie się populacji, nauk społecznych — jakość życia. Problematyka ta może stanowić zarówno przedmiot refleksji nad codziennymi zachowaniami, ale może być także przedmiotem pogłębionych rozważań i analiz wykorzystujących metody badań naukowych.

Termin „zdrowie” i zainteresowanie nim codziennie towarzyszą życiu każdego człowieka. Zdrowie, podobnie jak szczęście, piękno czy dobro, jest pojęciem wieloznacznym. Nie utrudnia to potocznego rozumienia tego pojęcia, stanowi natomiast istotną wadę poświęconej mu naukowej refleksji i praktycznej działalności służby zdrowia. Wbrew powszechnemu przekonaniu zdrowie jest definiowane stosunkowo rzadko i funkcjonuje w wielu opracowaniach raczej na podstawie milczących założeń niż jasno sformułowanej teorii.

Niektórych działań unika się, argumentując, że „zdrowie nie pozwala”, „już nie to zdrowie” lub „szkoda zdrowia”. Natomiast w innych okolicznościach podobne zachowania usprawiedliwia się formułą: „dla zdrowia”. Wiele sytuacji komentuje się jako „nie na nasze zdrowie” lub że komuś „nie wyjdą na zdrowie”. W chwilach ocenianych pozytywnie „zdrowie dopisuje”. A w trudnych okresach „traci się pół zdrowia”. Zdrowie jest elementem najbardziej popularnych życzeń: „dużo zdrowia”, „zdrowych świąt”, gratulacji: „z okazji powrotu do zdrowia”, toastów: „na zdrowie” czy pożegnań: „bądź zdrow”. Spotykanych znajomych pyta się o ich zdrowie i zdrowie ich najbliższych. Mówi się o „zdrowej rywalizacji”, „zdrowych stosunkach społecznych”. O jednych osobach twierdzi się, że stanowią „okaz zdrowia”, inne osoby, z których poglądami wyraźnie się nie zgadzamy, nazywa się niekiedy „chorymi”. Zdaniem wielu „sport to zdrowie”, a „nerwy to przyczyny wszelkich chorób” [1]. Bardzo często, gdy składa się komuś życzenia i brak pomysłu, by zabrzmiały oryginalnie, można posłużyć się wyrażeniem: „zdrowia, szczęścia, pomyślności” [2]. Należy zauważyć, że w tej triadzie życzenie „zdrowia” znajduje się niemal zawsze na pierwszym miejscu. Starsze osoby chętnie dodają:

„Tak, przede wszystkim zdrowia!”, wyrażając w ten sposób głębokie przekonanie, że zdrowie jest najważniejsze. Przyznając wielką wartość zdrowiu, nie można jednak pojmować zdrowia jako szczęśliwego „braku choroby” ani jako wartości rozumianej obiektywnie i wyłącznie w odniesieniu do ludzi. W istocie zdrowie pojmowane jako wartość obejmuje całość istnienia człowieka jako istoty biologicznej, psychicznej i społecznej. Ludzie stanowią część złożonych ekosystemów, które współtworzą. Dlatego o zdrowiu jako wartości można mówić wtedy, gdy rozumie się, że nie dotyczy ono wyłącznie ludzi. Szczęście i pomyślność dotyczą nie tylko jednostek, lecz życia ich rodzin i całych społeczeństw. Zdrowie jest cenne, stanowi wartość właśnie dlatego że jest wspólnym dobrem. Wspólne dobro, któremu przyznaje się miano wartości zobowiązującej do troski o nie.

### Pojęcie zdrowia i choroby

Pojęcie „zdrowie”, jak i przeciwne mu pojęcie „choroba”, choć tak często używane, nie są łatwe do zdefiniowania. Dokładne określenie granicy między zdrowiem a chorobą — między fizjologią a patologią — nawet przy obecnym stanie wiedzy jest nadal trudne. Oczywiście w przypadku dużych zmian patologicznych, gdy występują jawne, wyraźne objawy chorobowe (np. ból, gorączka, krwawienia), określenie stanu zdrowia, w tym rozpoznanie choroby, nie powoduje na ogół trudności.

Niewątpliwie najbardziej znaną i najczęściej stosowaną definicją zdrowia jest klasyczna definicja Światowej Organizacji Zdrowia: „zdrowie jest stanem zupełnej pomyślności fizycznej, psychicznej i społecznej, a nie jedynie brakiem choroby lub ułomności”. Definicję zdrowia opracowaną przez Światową Organizację Zdrowia należy zaliczyć do definicji określanych jako biologiczno-funkcjonalne, które syntetyzują dotychczasowy stan wiedzy na temat zdrowia, nie mają natomiast swojej metodologii. Warto jednak podkreślić, że obecnie najczęściej tłumaczenia tej definicji na język polski są dość dowolne i zależą od interpretacji danego autora. Określenie „zupełna pomyślność” zastępowane jest wyrażeniami: „pełnia dobrostanu”, „całkowity dobrostan” czy „dobre samopoczucie”, co oczywiście odbiega od oficjalnego tłumaczenia i pociąga za sobą konsekwencje metodologiczne. Z pojęciem zdrowia ściśle wiążą się dwa kolejne pojęcia: „stan zdrowia” i „sytuacja zdrowotna”. „Stan zdrowia” jest wyrażeniem ogólnym, które stosuje się dla zdrowia jednostki lub populacji zgodnie z uznanymi normami. Analogiczne wyrażenie „poziom zdrowia” na ogół oznacza stan zdrowia

wyrażony w kategoriach wartościowych. Od „stanu zdrowia” należy odróżnić „sytuację zdrowotną”, która jest szerszym terminem niż „stan zdrowia”; obejmuje przedsięwzięcia podejmowane dla polepszenia zdrowia, zasoby przeznaczone na zdrowie, docenianie pewnych problemów zdrowotnych, które wymagają szczególnej uwagi, jak również stopień uświadomienia przez populację stanu jej zdrowia i środków jego poprawy. Sytuacja zdrowotna to złożone zjawisko, w którym wyróżnia się stan zdrowia i podstawowe zjawiska służące ocenie jego uwarunkowań (takie jak sytuacja demograficzna, warunki geograficzne, zanieczyszczenie środowiska naturalnego, warunki socjalno-ekonomiczne, status biologiczno-genetyczny, warunki pracy i system opieki zdrowotnej). Należy wymienić jeszcze jedno pojęcie związane ze zdrowiem — styl życia. Są to zbiory decyzji poszczególnych osób, wpływających na ich zdrowie, nad którymi mają one w mniejszym lub większym stopniu kontrolę. Te potencjalne zagrożenia zdrowotne, nazywane czynnikami zagrożenia zależnymi od zachowania, wiążą się z indywidualnymi decyzjami dotyczącymi stylu życia; narażenie na takie czynniki sprzyjające zachorowaniom jest w dużym stopniu dowolne i może być modyfikowane.

### Czynniki wpływające na stan zdrowia ludności

Jakie czynniki kształtują sytuację zdrowotną ludności czy — w węższym zakresie — warunkują stan zdrowia? Podstawą rozważań dotyczących uwarunkowań stanu zdrowia jest stwierdzenie, że zdrowie stanowi jeden z najważniejszych czynników, które determinują harmonijny rozwój człowieka, jego rolę w społeczeństwie, zdolność wykonywania ważnych zadań i osiąganie zamierzonych celów. Zdrowie traktuje się jako „pełną możliwość” człowieka. Oczywiście zdrowie to proces dynamiczny, kształtowany w sposób ciągły przez oddziaływanie na człowieka w szerokim zakresie czynników: biologicznych, społecznych i kulturowych. Podstawowe pytanie, jakie należy postawić, to kto odpowiada za stan zdrowia społeczeństwa: czy jest to indywidualna sprawa każdego człowieka, czy stan ten zależy od organizacji i funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, a może odpowiedzialność jest podzielona? Nie jest to problem podstawowy dla głównego wątku niniejszej pracy, dlatego można tylko ogólnie stwierdzić, że w piśmiennictwie dotyczącym tego zagadnienia nie ma jednoznacznej odpowiedzi na to pytanie [3–5]. Przeciwnie, analiza przekazów bibliograficznych nie pozwala na jej udzielenie ze względu na brak dostatecznie udokumentowanych argumentów przema-

wiających za którąkolwiek z koncepcji. Dlatego też i dobór materiałów faktograficznych w tym zakresie jest arbitralny. Niemniej dokonując pewnego uproszczenia, można wyodrębnić dwa stanowiska na podstawie kryterium odbiorcy danego materiału. W prasie codziennej od lat 70. ubiegłego stulecia propaguje się hasło Światowej Organizacji Zdrowia „Twoje zdrowie w twoich rękach”, które zakłada, że to właśnie dana osoba ma decydujący wpływ na stan swojego zdrowia. Temu celowi służą liczne publikacje promujące prozdrowotny styl życia [6–8]. Natomiast przynajmniej wśród niektórych organizatorów opieki zdrowotnej panuje przekonanie o tym, że stan zdrowia społeczeństwa w nie mniejszym stopniu zależy od zasobów i funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej [9]. Przykładowo tego typu stanowisko jest zawarte w materiałach Kongresu Nauki Polskiej [10] i jest ono podtrzymywane. W numerze 8 z 2008 roku „Polityki Społecznej” napisano: „Zasoby ludzkie są kluczowym elementem każdego systemu opieki zdrowotnej, gdyż efektywność tego systemu i jakość realizowanych świadczeń medycznych warunkowana jest w głównej mierze wiedzą, umiejętnościami i motywacją pracowników. Dobrze wykształcony i zmotywowany personel medyczny stanowi więc fundament pomyślnego osiągnięcia celów zdrowotnych, jakie stoją przed systemem zdrowotnym każdego kraju” [11].

Powiązania i kierunki zależności pomiędzy środowiskowymi, behawioralnymi i społeczno-ekonomicznymi czynnikami zagrożenia są zagadnieniami złożonymi, wiele chorób odznacza się bowiem etiologią wieloczynnikową. Ścisłe oddzielenie wpływu stylu życia oraz czynników społeczno-ekonomicznych od oddziaływań środowiskowych może być bardzo utrudnione, ponieważ istnieją czynniki, które niekoniernie stanowią bezpośrednie przyczyny zachorowań, jednakże indywidualnie — albo w połączeniu z innymi — zwiększają prawdopodobieństwo zachorowań. Określa się je mianem determinant, czynników usposabiających, czynników zagrożenia lub czynników ryzyka. Wśród czynników tych można wymienić: nawyki, sposoby zachowania, a także zwyczaje dotyczące sposobu odżywiania się (dieta), palenia tytoniu, picia alkoholu, aktywności fizycznej. Tego typu czynniki zależą od woli poszczególnych osób; jednocześnie oznacza to, że można je w znacznym stopniu modyfikować, co sprawia, że warto szerzyć wiedzę w zakresie zdrowego stylu życia [12].

Najbardziej znana i powszechnie akceptowana, a przynajmniej niebudząca większych kontrowersji koncepcja determinant stanu zdrowia datuje się od

połowy lat 70. XX wieku i wiąże się z kanadyjskim ministrem zdrowia — Lalonde'm [13]. Jest on autorem koncepcji określanej jako pola zdrowia (niekiedy nazywanych obszarami zdrowia), wynikającej z globalnej koncepcji zdrowia i wyodrębniającej kilka grup czynników z zakresu biologii człowieka, otaczającego środowiska, stylów życia i działania systemu opieki zdrowotnej. Największy, 53-procentowy wpływ na stan zdrowia i długość życia Lalonde przypisał stylowi życia człowieka, uwarunkowaniom środowiskowym — 21%, czynnikom genetycznym — 16%, działaniom naprawczym służby zdrowia — tylko 10%. Raport Lalonde'a zainicjował nową erę postrzegania zdrowia publicznego, proponując szersze rozumienie zdrowia, jako stanu, który nie może być osiągalny dla większości populacji tylko przez koncentrację funduszy do poszerzania infrastruktury i świadczeń medycyny naprawczej. Koncepcja ta podkreśla rolę stylu życia człowieka w kształtowaniu jego zdrowia. Optymistyczna wartość tego spostrzeżenia zawiera się w możliwościach przekształcania szkodliwego dla zdrowia stylu życia w styl prozdrowotny. Koncepcja pól zdrowia pozwala na przyporządkowanie każdego czynnika, któremu można przypisać wpływ na stan zdrowia, jednej z czterech wyróżnionych kategorii: czynnikiem genetycznym, środowiskowym, zachowaniom jednostkowym lub służbie zdrowia. Treść poszczególnych pól zdrowia pozostała otwarta, a ich charakterystyka dokonana przez Lalonde'a określa ich podstawowe cechy.

Należy podkreślić, że koncepcja ta inspirowała wiele przedsięwzięć badawczych w różnych krajach, które miały na celu oszacowanie wielkości wpływu czynników uplasowanych na różnych polach na stan zdrowia populacji. Karski pisze, że po kilkunastu latach traktowania stylu życia jako głównego (> 50%) czynnika warunkującego zdrowie obecnie uwzględnia się w coraz szerszym zakresie znaczenie wielu innych uwarunkowań zdrowia z podkreśleniem roli czynników zewnętrznych, do których zalicza się przede wszystkim decyzje polityczne, warunki ekonomiczne, stan środowiska przyrodniczego, rozwój społeczny oraz rozwój nauki i kultury [14]. Oczywiście należy pamiętać o tym, że wyniki badań przedstawiające wielkość i siłę związków między zmiennymi zdrowotnymi i czynnikami traktowanymi jako wpływające na nie zmienne niezależne odnoszą się do danego kraju, danej populacji i określonego czasu. Zastrzeżenie to jest niezbędne choćby z tego względu, że w badaniach porównawczych stanu zdrowia zawsze należy odwoływać się do dwóch elementów: przestrzeni i czasu, w jakich analizuje się dane zjawiska zdrowotne.

### Przesłanki i znaczenie populacyjnych badań epidemiologicznych

Nie ulega wątpliwości, że współcześnie coraz większego znaczenia powinny nabierać epidemiologiczne badania populacyjne. Jeśli nawet nacisk kładzie się na indywidualne czynniki ryzyka związane ze stylem życia, to i tak jest istotne, aby badania prowadzić w skali makro. To, że stają się one coraz ważniejsze, wynika nie tylko ze zmian epidemiologii, ale także z faktu, że szybko zmienia się świat badany przez epidemiologów [15]. Wzrastające zainteresowanie czynnikami warunkującymi stan zdrowia na poziomie populacji wiąże się z procesami globalizacji. Trudno nie zgodzić się ze stwierdzeniem, że wszyscy żyją w erze globalizacji i następują zmiany sposobu, w jaki stosuje się badania epidemiologiczne, zmienia się rodzaj stawianych pytań, a także metody, jakie się stosuje, aby uzyskać na nie odpowiedzi [16].

Epidemiologia jest dyscypliną naukową. Posiada swój przedmiot — ocenę stanu zdrowia — i swoje metody. W sferze zainteresowań tej dziedziny znajdują się: konstruowanie wskaźników i mierników przydatnych do pomiarów za pomocą metod ilościowych, pomijanie możliwości ocen wątpliwych oraz weryfikacja hipotez. Jej charakterystyczną cechą jest wnioskowanie. Epidemiologia dąży do gromadzenia wiarygodnych informacji w sposób systematyczny, za pomocą rutynowej, obowiązkowej sprawozdawczości statystycznej albo też dla danego celu, realizując odpowiednio zaplanowane badania. Informacje te mogą być wyczerpujące, mogą także dotyczyć wybranego wycinka rzeczywistości. Uzyskane wyniki poddaje się ocenie za pomocą dobrze zdefiniowanych licznych miar stanu zdrowia. Należy podkreślić, że wyniki badań epidemiologicznych znajdują wykorzystanie w wielu dziedzinach, w szczególności są przydatne dla potrzeb prowadzenia właściwej polityki zdrowotnej w kontekście oceny skuteczności i użyteczności podejmowanych działań na rzecz zdrowia społeczeństwa. Ma to zastosowanie zwłaszcza w odniesieniu do formułowania i precyzowania klasyfikacji celów i zadań oraz podejmowania decyzji co do sposobów, terminów i miejsca ich realizacji. Z kolei to wymaga posiadania wiedzy dotyczącej rodzaju, wielkości i pilności potrzeb w opiece zdrowotnej. Wiedzę taką zapewniają umiejętności w zakresie:

- identyfikacji wpływu procesów i struktur demograficznych na kształtowanie się potrzeb zdrowotnych ludności;
- epidemiologicznej identyfikacji problemów zdrowotnych konkretnej zbiorowości oraz analizy

i oceny przydatności praktycznej wyników badań epidemiologicznych;

- posługiwania się danymi statystycznymi, wynikami badań epidemiologicznych i społecznych do ustalania struktury i wielkości potrzeb zdrowotnych populacji.

Dla zrealizowania tych działań w skali na przykład dużego miasta istotne znaczenie ma znajomość aktualnej sytuacji zdrowotnej regionu wynikająca z analiz materiałów źródłowych i dostępnych opracowań epidemiologicznych. Podstawową informacją wyjściową pozwalającą decydować o polityce zdrowotnej w konkretnym regionie powinny być dane o stanie zdrowia ludności. Idealnym rozwiązaniem do przeprowadzenia oceny stanu zdrowia populacji byłoby posługiwanie się danymi pochodzącymi z masowych badań epidemiologicznych, zwłaszcza prowadzonych metodą reprezentacyjną. Należy jeszcze raz podkreślić znaczenie wyników badań epidemiologicznych dla prowadzenia polityki zdrowotnej, ukierunkowanej na zapewnienie optymalnego stanu zdrowia w danych warunkach, i — co za tym idzie — racjonalne gospodarowanie środkami będącymi do dyspozycji.

#### **Pomiar stanu zdrowia starszych osób a racjonalizacja polityki zdrowotnej w okresie transformacji demograficznej i epidemiologicznej**

Pomiar stanu zdrowia ludności powinien zmierzać do poszukiwania sposobów racjonalizowania polityki zdrowotnej. Biorąc to pod uwagę, trzeba pamiętać, że instrumenty tego pomiaru w postaci różnorodnych wskaźników czy mierników powinny pozwalać na poznanie istoty i wielkości problemów zdrowotnych. Dlatego jest niezwykle ważne, aby instrumenty te umożliwiały pomiar różnic w stanie zdrowia w różnych przekrojach populacji (według płci, wieku, w układzie terytorialnym, według cech społeczno-zawodowych itp.). Tym bardziej że nie istnieje jeden uniwersalny wskaźnik, który pozwoliłby na miarodajną ocenę funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Z tego punktu widzenia zrozumienie istoty wskaźników, a właściwie potrzeb zdrowotnych, które leżą u podstaw konstruowania wskaźników stanu zdrowia, wzbogacone o metodologię opracowywania takich wskaźników, jest sprawą niezwyklej doniosłości [17–19]. Istnieje bardzo wiele rozwiązań z zakresu metodologii oceny stanu zdrowia, a zestaw wskaźników bywa obszerny — jak na przykład dla populacji Ontario, w której stosuje się 100 wskaźników pogrupowanych w 10 grupach tematycznych [14].

Na świecie zachodzą procesy określane jako transformacja demograficzna (niekiedy nazywana drugim przejściem demograficznym) i epidemiologiczna. Transformację demograficzną zazwyczaj utożsamia się z przedłużaniem się przeciętnego trwania życia w społeczeństwach. Z punktu widzenia zdrowia publicznego podeszły wiek stanowi jeden z najważniejszych czynników determinujących skalę potrzeb zdrowotnych społeczeństwa zarówno w stacjonarnej, jak i ambulatoryjnej opiece medycznej, w tym często długookresowych świadczeń rehabilitacyjnych, pielęgniarskich oraz świadczeń z zakresu pomocy społecznej. Analogicznie transformacja epidemiologiczna jest ciągłym procesem zachodzącym systematycznie we wszystkich krajach jako wynik rozwoju społeczno-ekonomicznego niosącego za sobą głębokie zmiany w zakresie czynników determinujących zdrowie społeczeństw i w konsekwencji przedłużanie przeciętnego trwania życia. Transformacja trwa przez stulecia. W literaturze wyróżnia się dwa podejścia do etapów transformacji epidemiologicznej.

W pierwszym podejściu, o charakterze chronologicznym, wyróżnia się cztery fazy [20]:

- 1) choroby zakaźne, które do początków XX wieku dominowały jako główna przyczyna chorób i zgonów;
- 2) wypadki i urazy, których występowanie nasilało się w miarę stopniowej poprawy statusu społeczno-ekonomicznego ludności; zjawisko to pojawiło się w krajach uprzemysłowionych już w końcu XVIII stulecia i trwało przez cały wiek XIX, a w krajach rozwijających się w zasadzie dopiero w XX wieku, i wiązało się z ekspozycją społeczeństw na nowe źródła energii, rozwój technologii przemysłowych i środków transportu;
- 3) choroby cywilizacyjne — wyodrębnia się kolejno: cukrzycę (następstwo coraz częstszej otyłości), choroby układu krążenia (efekt wieloletnich ekspozycji społeczeństw na działanie licznych czynników warunkujących ujawnienie się tej grupy chorób) i choroby nowotworowe (efekt postępu cywilizacyjnego — rosnące ryzyko ekspozycji ludności na działanie czynników rakotwórczych);
- 4) nowe zagrożenia zdrowia, nowe choroby, takie jak AIDS, choroba Creutzfeldta-Jakoba, epidemie: cholery, krwotocznej postaci gorączki danga, choroby wywołane przez wirusy Hanta, Lassa, Marburg, Ebola, gorączki doliny Rift, zapalenia płuc wywołane bakteriami z rodzaju *Legionella* i inne.

W drugim podejściu wyróżnia się dwie grupy chorób typowe dla dwóch okresów transformacji [21]:

- 1) choroby zakaźne w krajach znajdujących się we wczesnym okresie transformacji epidemiologicznej:
  - choroby „stare”: takie jak ostre choroby biegunkowe, ostre zakażenia układu oddechowego, wirusowe zapalenie wątroby, odra;
  - choroby „powracające”: na przykład malaria i gruźlica;
  - choroby „nowe”: AIDS, gorączki krwotoczne czy zespół ostrej ciężkiej niewydolności oddechowej (SARS, *severe acute respiratory syndrome*), ptasia grypa.
- 2) przewlekłe choroby niezakaźne w krajach znajdujących się w zaawansowanym stadium transformacji epidemiologicznej:
  - choroby i zdarzenia będące głównymi przyczynami umieralności: choroby układu krążenia, nowotwory, wypadki, urazy i zatrucia;
  - choroby będące głównymi przyczynami niesprawności i inwalidztwa: przewlekłe nieswoiste choroby układu oddechowego, nieurazowe choroby układu ruchu, choroby psychiczne;
  - cukrzyca, otyłość i ich powikłania;
  - uzależnienia (palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, narkomania).

### Podsumowanie

Postępujący proces starzenia populacji Polski, jak i całej Europy stwarza liczne wyzwania dla polityki zdrowotnej, której głównym celem jest zabezpieczenie narastających potrzeb zdrowotnych. Wyzwania

te są generowane przyrostami przeciętnego dłuższego trwania życia przy jednoczesnych zmianach w modelu chorobowości jako efekcie dokonującej się transformacji epidemiologicznej. Przewaga chorób niezakaźnych wyzwała zjawisko wielochorobowości, które nieuchronnie towarzyszy starzejącym się społeczeństwom.

Ograniczone zasoby w ochronie zdrowia, nawet w krajach bogatych, muszą być rozważnie i racjonalnie spożytkowane w procesie zabezpieczenia opieki zdrowotnej nad starszymi osobami, ponieważ aktualnie oczekiwania społeczne w tym zakresie zdecydowanie wykraczają poza tradycyjne niwelowanie objawów somatycznych. Pojawia się więc problem jakości życia osób w podeszłym wieku zależny od ich zdrowia fizycznego, psychicznego, funkcjonalnego i społecznego. Dlatego też założenia polityki zdrowotnej powinny wypływać z dobrze przeprowadzonej oceny sytuacji zdrowotnej tej subpopulacji opartej na wielokierunkowych badaniach epidemiologicznych [22–25]. Ponadto należy propagować koncepcję starzenia pomyślnego, warunkowanego wieloma czynnikami wykraczającymi poza obszar stanu zdrowia i dążyć do harmonijnego współistnienia decyzji z zakresu polityki społecznej i zdrowotnej, co w konsekwencji przyczyni się do poprawy jakości życia osób w podeszłym wieku [26–30].

Praca wykonana w ramach zadań statutowych nr 503-6027-7.

### Streszczenie

*Punktem wyjścia opracowania jest refleksja nad potrzebą przedstawienia zagadnień związanych z oceną stanu zdrowia osób w podeszłym wieku. W pracy opartej na doniesieniach literaturowych wskazano na traktowanie zdrowia jako immanentnej wartości, co jest widoczne w wielu sytuacjach dnia codziennego. Wykazano, że na gruncie dociekań naukowych nie ma wyraźnej granicy między zdrowiem a chorobą, z czym wiążą się trudności z definiowaniem pojęcia zdrowia. Biorąc pod uwagę te trudności, w dalszej części artykułu szerzej wskazano na determinanty stanu zdrowia starszych osób, przywołując dwie koncepcje; zgodnie z pierwszą za stan zdrowia odpowiada dana osoba, a według drugiej wiodącą rolę w kształtowaniu stanu zdrowia populacji odgrywają instytucje władzy państwowej oraz dostępne zasoby i sposób funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Na podstawie tej koncepcji wskazano na przesłanki i znaczenie epidemiologicznych badań populacyjnych i wpływ, jaki pomiar stanu zdrowia osób w podeszłym wieku powinien wywierać na kształtowanie polityki zdrowotnej będącej częścią polityki społecznej.*

*Gerontol. Pol. 2011; 19, 1: 40–46*

**słowa kluczowe:** starzenie się ludności, zdrowie jako wartość, czynniki determinujące stan zdrowia

## Písmiennictwo

1. Puchalski K. Zdrowie w świadomości społecznej. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1997: 15–16.
2. Niemierowska R. Od redakcji. Promotor zdrowia 2000; 19: 1.
3. Przybyłka A. Sytuacja zdrowotna ludności Polski oraz jej uwarunkowania, Antidotum. Zarządzanie w Opiece Zdrowotnej 2003; 6: 3–26.
4. Sytuacja zdrowotna. W: Wojtyński B., Goryński P. (red.). Najważniejsze elementy sytuacji zdrowotnej w Polsce. Porównanie międzynarodowe. Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2003: 14–35.
5. Wojtyński B., Goryński P., Seroka W. Najważniejsze elementy sytuacji zdrowotnej Polski w latach 1999–2000. Zdrowie Publiczne 2002; 112: 133–140.
6. Byrne D. Enabling good health for all. A reflection process for a new EU health strategy. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/Documents/byrne\\_reflection\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/byrne_reflection_en.pdf) (z 3.09.2008).
7. The atlas of heart disease and stroke. [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/resources/atlas/en](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en) (z 3.09.2008).
8. Zdrojewski T. Prewencja chorób serca i naczyń w Polsce — potrzeby a rzeczywistość. Przewodnik Lekarski 2005; 8: 23–31.
9. Highlights on health in Poland. World Health Organization, Copenhagen 2001: 7–19.
10. Indulski J., Matulewicz M., Bryła M. Ekonomia zdrowia a problem efektywności ochrony zdrowia. Szkoła Zdrowia Publicznego Instytutu Medycyny Pracy, Łódź 1994: 103–126.
11. Domagała A. Kadry medyczne w ochronie zdrowia. Tendencje zmian w kraju i na świecie. Polityka Społeczna 2008; 7: 5–11.
12. Worach-Kardas H. Stan zdrowia ludności dorosłej w Polsce w świetle badań empirycznych. W: Drygas W., Maniecka-Bryła I., Bryła M. (red.). Postępy w profilaktyce i leczeniu przewlekłych chorób niezakaźnych. Akademia Medyczna, Łódź 2000: 89–97.
13. Lalonde M. A new perspectives on the health of Canadians. Ottawa Information, Ottawa 1974.
14. Karski J. Praktyka i teoria promocji zdrowia. Wybrane zagadnienia. CeDeWu, Warszawa 2003: 38–62, 79–111.
15. Pearce N. A short introduction to epidemiology. Centre for Public Health Research, Massey University, Wellington 2005: 12–18.
16. Pearce N. The globalization of epidemiology: introductory remarks. International Journal of Epidemiology 2004; 33: 1127–1131.
17. Atlas of health in Europe. World Health Organization, Copenhagen 2003: 36–41.
18. Health for All Data Base. World Health Organization, Copenhagen 2001.
19. Mortality indicators by 67 causes of death, age and sex (2006). [http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Information\\_Sources/Data/20011017\\_1](http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Information_Sources/Data/20011017_1) (z 20.02.2006).
20. Leowski J. Transformacja demograficzna i epidemiologiczna — nowe wyzwania zdrowia publicznego. W: tegoż, Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne. CeDeWu, Warszawa 2008: 41–50.
21. Wysocki M., Sakowska I., Car J. Miary obciążeń zdrowotno-społecznych. W: Brzeziński Z. (red.). Horyzonty metodyczne w epidemiologii. Komisja Epidemiologii Komitetu Epidemiologii i Zdrowia Publicznego Wydziału Nauk Medycznych PAN, Warszawa 2005: 5–20.
22. Bień B. Stan zdrowia i sprawność ludzi starszych. W: Synak B. (red.). Polska starość. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002: 35–62.
23. Benjamini Y., Blumstein T., Lusky A. i wsp. Gender differences in the self-rated health mortality association: is it poor self-rated health that predicts mortality or excellent self-rated health that predicts survival? The Gerontologist 2003; 43: 396–405.
24. Crimmins E. Trends in the health of the elderly. Annual Review of Public Health 2004; 25: 79–98.
25. Maniecka-Bryła I. Zmiany w stanie zdrowia mieszkańców Łodzi w okresie transformacji społeczno-ekonomicznej (na przykładzie ludności w wieku 65–74 lata). Rozprawa habilitacyjna. Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź 2006: 283.
26. Bolesławski L. Prognoza trwania życia osób starszych. W: Kuciarska-Ciesielska M., Marciniak G. (red.). Seniorzy w polskim społeczeństwie. Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 1999: 26–28.
27. Bień B. Starzenie się pomyślne *versus* zwyczajowe. Gerontologia Polska 1997; 5: 40–44.
28. Kahana E., Kahana B., Kercher K. Emerging lifestyles and proactive options for successful ageing. Ageing International 2003; 28: 155–180.
29. Phelan E., Larson E. 'Successful ageing' — where next? Journal of American Geriatrics Society 2002; 50: 1306–1308.
30. Rapkin B., Schwartz C. Towards a theoretical model of quality-of-life appraisal: implications of findings from studies of response shift. <http://www.hqlo.com/content/2/1/14> (z 10.07.2009).