

Paulina UCIEKLAK-JEŻ

Akademia im. Jana Długosza w Częstochowie

Uwagi na temat badania zdrowia osób starszych

1. Wstęp

W Polsce, tak jak w całej Europie, obserwujemy starzenie się społeczeństwa. Niezbędna staje się więc aktywizacja osób starszych oraz dbanie o zachowanie ich dobrego stanu zdrowia przez utrzymanie populacji ludzi starszych w sprawności fizycznej i psychicznej.

W 2003 roku w ramach Unijnego programu [PHP (*Public Health Program*)] prowadzony jest projekt [EHEMU (*European Health Expectancy Monitoring Unit*)].

Celem projektu jest polepszenie porównywalności wskaźników zdrowotności populacji, dalszy rozwój ich jakości i ukazywania nierówności w dziedzinie zdrowia w krajach europejskich oraz pomoc w budowie europejskiego systemu monitorowania zdrowia. W drugim roku realizacji projektu EHEMU przeprowadzono w 11 krajach europejskich (w Niemczech, Austrii, Belgii, Danii, Hiszpanii, Francji, Grecji, Holandii, Szwecji, Szwajcarii i we Włoszech) badanie zdrowotności populacji ludzi starszych [SHARE (*Survey of Health Ageing and Retirement in Europe*)].

Stan zdrowia osób starszych w tych krajach był określony przy pomocy mierników socjomedycznych. Wskaźniki socjomedyczne oparte są na kryteriach sprawności funkcjonalnej i aktywności społecznej, są więc one miernikami wpływu zdrowia i choroby na pełnienie ról społecznych.

Punktem wyjścia dla konstruowania wskaźników socjomedycznych było pojęcie „ograniczonej sprawności społecznej” rozumianej jako niemożność wykonywania zadań przynależnych dla danej kategorii wiekowej i płci.

Zaczęto posługiwać się miernikami sprawności czynnościowej, określającymi zdolność wykonywania działań ukierunkowanych na zaspokajanie podstawowych potrzeb żywnościowych takich jak spożywanie posiłków, poruszanie się, czynności toaletowo-higieniczne. Opracowane wskaźniki ograniczenia funkcji zdrowotnych są instrumentami do pomiaru zdrowotności danej populacji. Do grupy wskaźników w badaniu SHARE określających ograniczenie funkcji zdrowotnych należą:

- średnia długość życia bez fizycznych funkcjonalnych ograniczeń (*Life expectancy without physical functional limitation*),
- średnia długość życia bez ograniczenia działalności [*HLY (Life expectancy without activity limitation)*],
- średnia długość życia bez instrumentalnych ograniczeń działalności [*IADL (Life expectancy without instrumental activity restrictions)*],
- średnia długość życia bez podstawowych ograniczeń w samodzielnej opiece nad sobą [*ADL (Life expectancy without self care activity restrictions)*].

W badaniu ankietowym SHARE dla prawidłowej oceny zdrowotności populacji umieszczono również pytanie dotyczące postrzegania zdrowia przez osoby starsze.

Dzięki badaniu SHARE dokonano oceny zdrowia osób starszych w wybranych krajach Europy; w Polsce brak jest, jak dotąd, kompleksowego badania stanu zdrowia osób starszych.

W artykule przedstawiono wybrane metody oceny stanu zdrowia ludzi starszych stosowane w UE oraz podjęto próbę oceny możliwości ich zastosowania do badania niektórych aspektów stanu zdrowia osób starszych w Polsce.

W części empirycznej pracy do oceny stanu zdrowia osób starszych w Polsce w 2004 roku wykorzystano wskaźniki postrzegania zdrowia, ograniczenia funkcji zdrowotnych i ograniczenia działalności, przy czym za „ludzi starszych”, zgodnie z kryterium biologicznym, uważa się osoby w wieku 60 lat i więcej. Źródłem danych statystycznych były wyniki badania „Stan Zdrowia Ludności w 2004 roku”, przeprowadzonego przez Główny Urząd Statystyczny.

2. Wybrane metody oceny zdrowotności populacji

Do oceny zdrowotności populacji można zastosować m.in. następujące metody (por. [4]):

- metodę Sullivana,
- metodę Wielopoziomowych Tablic Trwania Życia [*MLT (Multistate Life Table)*],
- metodę Podwójnej Straty (*Double Decrement Method*).

Zaproponowana przez D.F. Sullivana w 1971 roku metoda oparta jest na zmodyfikowanej tablicy trwania życia. Historia tej metody sięga początków lat trzydziestych ubiegłego wieku; w 1948 roku Durand (por.[3]) zaproponował obliczanie na podstawie tablic trwania życia oczekiwanej długości życia zawodowego. Korzystając z tych obliczeń Wolfbein (por.[3]) oszacował w 1949 roku średnią długość życia zawodowego dla populacji robotniczej, a w 1964 roku Sanders (por.[3]) wykorzystał tę metodę do badania zdrowia populacji.

W metodzie D.F. Sullivana wykorzystuje się podstawowe parametry tablic trwania życia. Pod uwagę bierze się liczebność populacji – (P_x) w przedziale wieku $[x, x + n)$ i liczbę zgonów osób – (Z_x) w tych samym przedziale wieku.

Wartości te służą do wyznaczenia współczynnika zgonów ${}_nM_x$ osób, które dożyły do początku przedziału wieku x , i zmarłych w przedziale wieku $[x + 5)$ gdzie:

$${}_nM_x = \frac{Z_x}{P_x} \quad (1)$$

Warunkowe prawdopodobieństwo zgonów w przedziale wieku $[x, x + 5)$, wyrażono wzorem:

$$Q_x = \frac{nM_x}{1 + n(1 - a_x)M_x} \quad (2)$$

gdzie:

a_x – wartość określona przez Chianga w roku 1984 (por.[3]).

W oparciu o uzyskane warunkowe prawdopodobieństwo zgonów w przedziale wieku $[x, x + 5)$, wyznaczono liczbę osób dożywających wieku x :

$$l_x = l_{x-1} + (1 - Q_x) \quad (3)$$

Następnie określa się liczbę lat przeżytych przez osoby w przedziale wieku $[x, x + 5)$

$${}_nL_x = n(1 - a_x)l_{x+1} + na_x l_x \quad (4)$$

Całkowitą liczbę osobolat przeżytych po x -tych urodzinach przez l_x osób, które dożyły do tych urodzin nosi nazwę funduszu lat (T_x) i jego wielkość można obliczyć jako:

$$T_x = \sum_{y \geq x} {}_nL_y \quad (5)$$

a dla populacji ludzi starszych jako:

$$T_{60} = {}_5L_{60} + {}_5L_{65} + {}_5L_{70} + {}_5L_{75} + {}_5L_{80} + L_{85} \quad (6)$$

Przeciętne dalsze trwania życia (e_x) wyraża się natomiast wzorem:

$$e_x = \frac{T_x}{l_x} \quad (7)$$

Aby obliczyć:

- średnią długość życia bez fizycznych funkcjonalnych ograniczeń,
- średnią długość życia bez ograniczenia działalności (HLY),

- średnią długość życia bez instrumentalnych ograniczeń działalności (*IADL*),
- średnią długość życia bez podstawowych ograniczeń w samodzielnej opiece nad sobą (*ADL*),

potrzebne są dane dotyczące udziału liczby osób z problemami, które ograniczają ich funkcjonalną, instrumentalną i podstawową działalność w ogólnej liczbie osób starszych. Znając (z badań ankietowych) udział % osób z wymienionymi wyżej ograniczeniami w danej grupie wiekowej – π_x wyznacza się ilość lat (i) przeżytych przez osobę bez tych ograniczeń w przedziale wieku $[x, x + 5)$:

$$i = (1 - \pi_x) * L_x \quad (8)$$

a następnie całkowitą ilość lat przeżytych bez wspomnianych ograniczeń przez osoby w wieku $[x, x + 5)$

$$D_x = \sum_{y \geq x} L_y \quad (9)$$

Na podstawie całkowitej ilości lat bez ograniczeń (funkcjonalnych lub instrumentalnych) przeżytych przez osoby w wieku $[x, x + 5)$ określono z kolei oczekiwaną liczbę lat bez ograniczeń przeżytych przez osoby w wieku $[x, x + 5)$ (wzory /10/ i /11/).

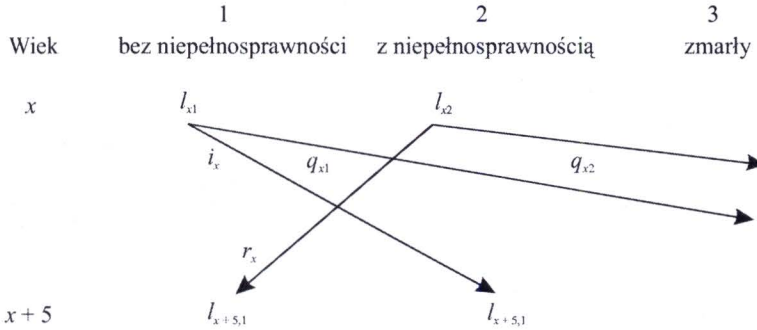
Metoda Wielopoziomowych Tablic Trwania Życia (MLT) służy do obliczania okresu przeżycia w zdrowiu. Zaproponowana została ona przez A. Rogera i współpracowników (por.[2]). W tej metodzie wzięto pod uwagę możliwości przejścia między stanem dobrego zdrowia, a jedną lub większą ilością stanów niezdolności do wykonywania czynności niezbędnych do życia. Stan, w którym człowiek posiada dobre zdrowie to stan z brakiem niepełnosprawności. Stan zdrowotności o określonym stanie niezdolności do wykonywania czynności niezbędnych do życia to stan niepełnosprawności.

Metoda MLT pozwala obliczyć oczekiwaną długość życia w zdrowiu dla podpopulacji o specyficznych stanach zdrowia.

Konstrukcja Wielopoziomowych Tablic Trwania Życia podobna jest do tablic bieżących¹, które obrazują umieralność różnych kohort w określonym okresie – najczęściej jednego roku. Podstawą do konstruowania tablic bieżących jest umieralność w okresie roku lub kilku kolejnych lat. W MLT bierze się pod uwagę bieżące warunki zdrowotne i oparta jest ona na stopniach przejścia między stanami zdrowia, tj. niepełnosprawności i braku niepełnosprawności.

Na rysunku 1 pokazane są możliwości przejścia pomiędzy dwoma stanami w tablicy trwania życia MLT.

¹ W polskiej literaturze demograficznej tablice przekrojowe nazywane są też okresowymi lub bieżącymi (por.[2]).



Rys. 1. Przejście pomiędzy dwoma stanami w tablicy trwania życia
Źródło: [2].

W dalszym toku rozważań przyjęto następujące oznaczenia:

l_{xk} – liczba osób w wieku x żyjących w stanie zdrowia oznaczonym symbolem k dla ($k = 1,2$),

q_x – prawdopodobieństwo przejścia między stanem j i stanem k dla $k = 1,2$ i w przedziale wieku $[x, x + 5)$,

i_x – prawdopodobieństwo, iż osoba bez niepełnosprawności dokładnie w wieku x stanie się niepełnosprawna w wieku $[x, x + 5)$,

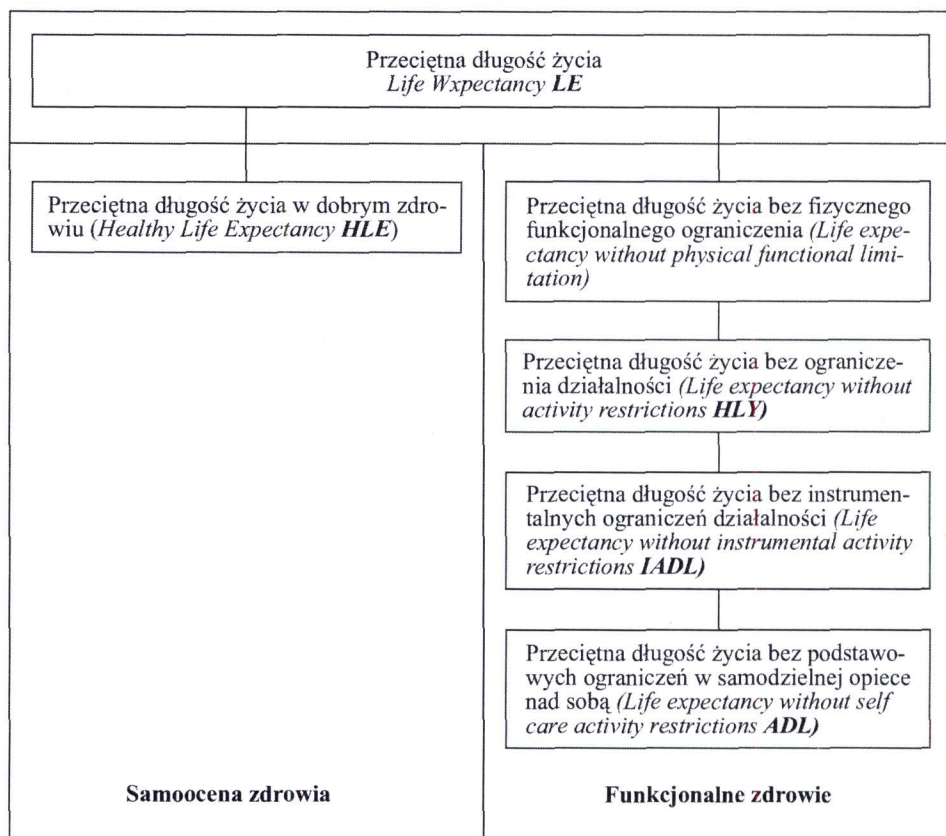
r_x – (*recovery rate*) prawdopodobieństwo, iż osoba niepełnosprawna dokładnie w wieku x będzie bliska wyzdrowienia z niepełnosprawności w przedziale wiekowym $[x, x + 5)$.

Jeśli prawdopodobieństwa przejścia pomiędzy stanami zdrowia zostaną oszacowane, to na podstawie macierzy prawdopodobieństw przejścia dla każdego wieku x można obliczyć wartości funkcji przeżycia l_{xk} .

MLT pozwala na obliczanie także warunkowej oczekiwanej długości życia (*conditional health expectancies*). Warunkowa oczekiwana długość życia jest obliczana dla ludzi w specyficznym stanie zdrowia w danym przedziale wieku.

Metoda Podwójnej Straty została opracowana przez Katza w 1983 roku (por.[2]). Podstawą tej metody jest założenie, że zarówno stan niepełnosprawności jak i stan śmierci są stanami nieodwracalnymi. Metoda Podwójnej Straty jest szczególnym przypadkiem opisanej wyżej metody (MLT).

Wskaźniki postrzegania zdrowia i ograniczenia funkcji zaprezentowane na rysunku 2 mogą być oceniane przy pomocy tych trzech wyżej wymienionych metod.



Rys. 2. Wskaźniki postrzegania zdrowia i ograniczenia funkcji zdrowotnych

Źródło: opracowanie własne na podstawie [4].

3. Życie w dobrym zdrowiu osób starszych w wybranych krajach Europy

Zastosowanym w badaniu zdrowotności SHARE wskaźnikiem samooceny zdrowia populacji ludzi starszych jest średnia długość życia w dobrym zdrowiu [*HLE* – (*Healthy Life Expectancy*)].

Wskaźnik średniej długości życia w dobrym zdrowiu (*HLE*) wyrażono wzorem:

$$HLE_x = \frac{L'_x}{l_x} \quad (10)$$

gdzie:

L'_x – całkowita liczba lat życia w zdrowiu.

Jest to miernik o charakterze subiektywnym i pozytywnym, co oznacza, że jego wartość jest obliczana na podstawie oceny stanu swego zdrowia przez respondentą, i że uwzględnia się tu mierniki szczegółowe świadczące o dobrym stanie zdrowia danej osoby. W kwestionariuszu samooceny zdrowia powinno znajdować się pytanie dotyczące ogólnego zdrowia respondentą. Przykładowo w kwestionariuszu SHARE (por[4]) zastosowano pytanie:

Jak określiłaby Pani swoje zdrowie:

1. *bardzo dobre,*
2. *dobre,*
3. *takie sobie,*
4. *złe,*
5. *bardzo złe.*

Odpowiedzi respondentów są klasyfikowane do jednej z trzech przyjętych klas stanów zdrowia:

1. „dobre zdrowie” – respondent odpowiedział, że jego zdrowie jest dobre lub bardzo dobre,
2. „ani dobre ani złe zdrowie” – respondent określił swoje zdrowie jako takie sobie,
3. „słabe zdrowie” – respondent ocenił stan swojego zdrowia jako zły lub bardzo zły.

Jako wynik podaje się średnią długość życia w dobrym zdrowiu dla różnych populacji, określa się także udział osób w każdym z trzech stanów zdrowia.

Tabela 1. Średnia długość życia oraz udział (%) mężczyzn znajdujących się w trzech stanach zdrowia w państwach Europy w 2004 roku

Średnia długość życia w:	Niemcy	Włochy	Hiszpania	Grecja	Francja	Austria	Holandia	Dania	Szwecja	Polska
dobrym zdrowiu	7,4	7,4	7,9	8,3	9,0	9,5	9,9	10,1	10,1	3,2
ani dobrym ani złym zdrowiu	5,9	7,1	6,0	6,7	5,3	5,6	5,1	4,4	5,1	7,5
słabym zdrowiu	3,4	2,7	3,1	1,9	2,9	1,8	1,3	1,4	2,2	5,0
ogółem	16,7	17,2	16,9	16,8	17,2	16,9	16,2	15,9	17,4	15,6
Udział osób żyjących w:	Niemcy	Włochy	Hiszpania	Grecja	Francja	Austria	Holandia	Dania	Szwecja	Polska
dobrym zdrowiu	44%	43%	47%	49%	53%	56%	61%	63%	58%	20%
ani dobrym ani złym zdrowiu	35%	41%	35%	40%	31%	33%	31%	28%	29%	48%
słabym zdrowiu	20%	16%	18%^	11%	17%	11%	8%	9%	13%	32%

Źródło: opracowanie własne na podstawie [4,6].

Tabela 2. Średnia długość życia oraz udział (%) kobiet znajdujących się w trzech stanach zdrowia w państwach Europy w 2004 roku

Średnia długość życia w:	Niemcy	Włochy	Hiszpania	Grecja	Francja	Austria	Holandia	Dania	Szwecja	Polska
dobrym zdrowiu	7,2	6,6	6,3	7,1	10,3	8,3	11,3	11,2	10,6	2,8
ani dobrym ani złym zdrowiu	8,6	10,2	8,2	8,6	8,4	8,5	6,5	5,6	7,1	9,4
słabym zdrowiu	4,5	4,3	6,5	3,3	2,7	3,5	2,0	2,0	2,8	8,0
ogółem	20,2	21,1	21,0	19,0	21,4	20,3	19,8	18,9	20,6	20,2
Udział osób żyjących w:	Niemcy	Włochy	Hiszpania	Grecja	Francja	Austria	Holandia	Dania	Szwecja	Polska
dobrym zdrowiu	36%	31%	30%	37%	48%	41%	57%	60%	52%	14%
ani dobrym ani złym zdrowiu	42%	48%	39%	45%	39%	42%	33%	30%	35%	46%
słabym zdrowiu	22%	21%	31%	17%	12%	17%	10%	11%	14%	40%

Źródło: opracowanie własne na podstawie [4,6].

Przeciętnie 44% kobiet w wieku starszym w wymienionych krajach w tabeli 2 (oprócz Polski) ocenia swoje zdrowie jako „bardzo dobre” lub „dobre”. Natomiast przeciętnie 53% mężczyzn (por.[tabela 1]), w tych dziewięciu krajach Europy, ocenia swoje zdrowie jako „bardzo dobre” lub „dobre”.

Różnica samooceny zdrowia („bardzo dobre” lub „dobre”) mężczyzn między badanymi krajami wynosi 20% (od 43% do 63%). Natomiast różnica samooceny zdrowia („bardzo dobre” lub „dobre”) kobiet między krajami wynosi 30% (od 30% do 60%). W Danii (63%) i Holandii (61%) jest najwyższy procent mężczyzn starszych oceniających swoje zdrowie jako „bardzo dobre” lub „dobre”.

4. Funkcjonalne zdrowie osób starszych w wybranych państwach Europy

Indeks sprawności funkcjonalnej wskazuje stopień niepełnosprawności osób starszych, ich niezależności od otoczenia w zaspokajaniu podstawowych potrzeb lub stopnia zależności od innych osób i służy do oceny stopnia różnych trudności związanych ze stanem zdrowia osób starszych, które powodują ich fizyczne ograniczenia.

Wskaźnikiem, za pomocą którego charakteryzowana jest długość życia człowieka bez fizycznych ograniczeń to średnia długość życia bez fizycznych funkcjonalnych ograniczeń.

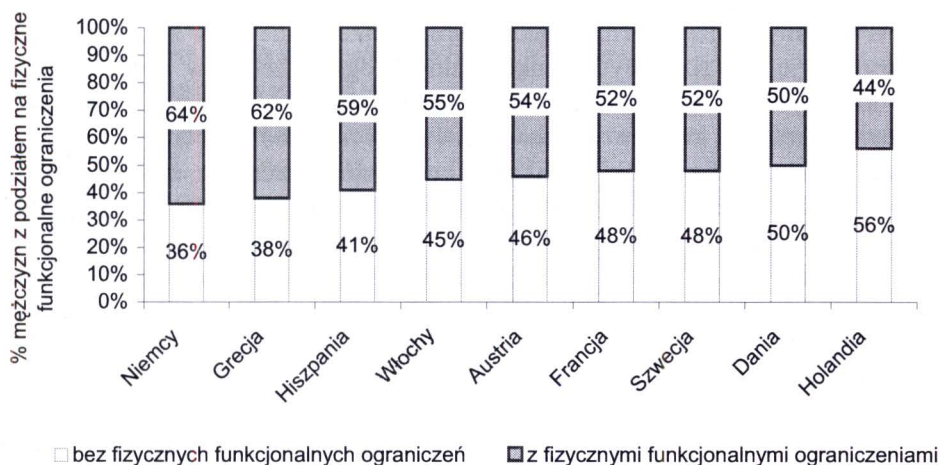
Respondent odpowiada tu na pytanie:

Czy miała Pani jakiegokolwiek trudności z codziennymi czynnościami? Jeśli tak, to proszę wybrać z niżej podanych czynności te, z którymi miała Pani problem w okresie trzech ostatnich miesięcy:

1. *chodzenie w odległości 100 metrów,*

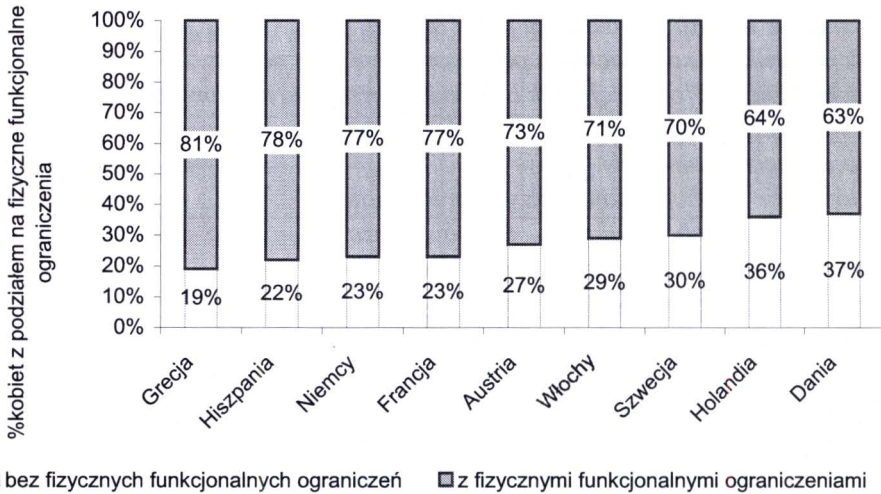
2. siedzenie około dwóch godzin,
3. wstanie z krzesła po siedzeniu przez dłuższy czas,
4. wchodzenie po schodach bez podtrzymywania się poręczą,
5. wchodzenie na jeden schodek bez podtrzymywania się poręczą,
6. schyłanie się, klęknięcie lub kucanie,
7. podnoszenie ramion do góry,
8. ciągnięcie lub popychanie dużych przedmiotów,
9. podnoszenie lub dźwiganie ciężarów ważących ponad 5 kilogramów lub ciężkich toreb z artykułami spożywczymi,
10. podnoszenie pieniędzy ze stolika?

Respondent zaznacza czynności, z którymi ma problem. Odpowiedzi respondentów są klasyfikowane do dwóch grup – gdy respondent zaznaczy przynajmniej jedną czynność, z którą ma problem, zalicza się tę osobę starszą do grupy respondentów z fizycznymi funkcjonalnymi ograniczeniami. Średnią długość życia bez fizycznych funkcjonalnych ograniczeń (*Life expectancy without physical functional limitations*) określa się znając udział (%) kobiet i mężczyzn powyżej 65 roku życia z fizycznymi funkcjonalnymi ograniczeniami.



Rys. 3. Udział (%) mężczyzn powyżej 65 roku życia z fizycznymi funkcjonalnymi ograniczeniami i bez fizycznych funkcjonalnych ograniczeń w wybranych państwach Europy w 2004 roku

Źródło: opracowanie własne na podstawie [4].



Rys. 4. Udział (%) kobiet powyżej 65 roku życia z fizycznymi funkcjonalnymi ograniczeniami i bez fizycznych funkcjonalnych ograniczeń w wybranych państwach Europy w 2004 roku

Źródło: opracowanie własne na podstawie [4].

W badanych dziewięciu krajach Europy przeciętnie 27% kobiet w wieku starszym żyje bez fizycznych funkcjonalnych ograniczeń – w porównaniu do 45% mężczyzn. Różnica udziału mężczyzn z fizycznymi funkcjonalnymi ograniczeniami między krajami wynosi 20% (od 44% do 64%). Natomiast różnica udziału kobiet o fizycznych funkcjonalnych ograniczeniach między krajami wynosi 18% (od 63% do 81%). W Holandii (56%) i Danii (50%) jest najwyższy procent mężczyzn starszych bez fizycznych funkcjonalnych ograniczeń.

Wskaźnik (*HLY*) średniej długości życia bez ograniczenia działalności ocenia się po dokonaniu przez respondenta samooceny poziomu ograniczeń spowodowanych zdrowiem.

Średnią długość życia bez ograniczenia działalności (*HLY*) wyrażono wzorem:

$$HLY_x = \frac{D_x}{l_x} \quad (11)$$

gdzie:

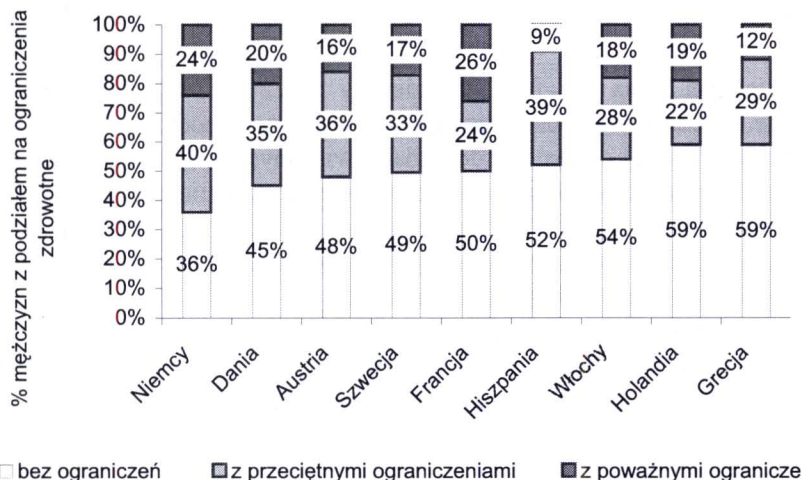
D_x – całkowita liczba lat życia bez niedomagań zdrowotnych.

Respondent odpowiada na zadane pytanie:

W ostatnich sześciu miesiącach, jak bardzo jest Pani ograniczona z powodu zdrowia w czynnościach, które Pani wykonywała codziennie?

1. poważnie ograniczona,
2. niezbyt poważnie ograniczona,
3. nieograniczona.

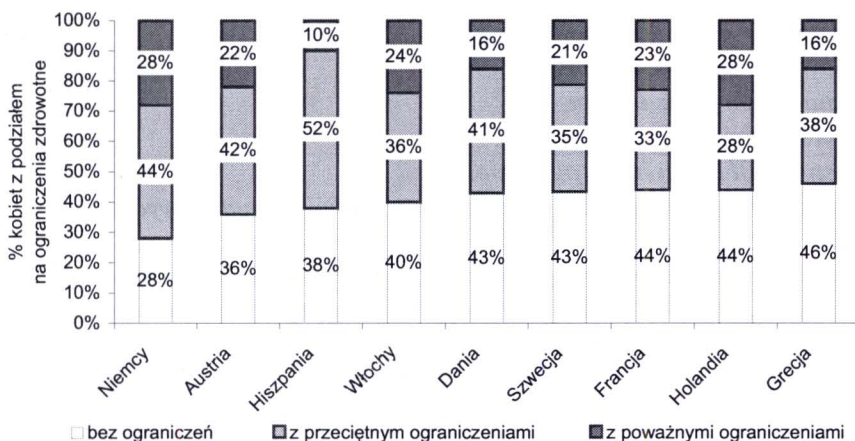
Pytanie to należy do grupy pytań przedstawionych przez EuroREVES dla DG SANCO i Eurostat (por.[3]). Na podstawie odpowiedzi na to pytanie dokonano podziału na osoby bez ograniczeń w działalności, z umiarkowanymi i poważnymi ograniczeniami.



Rys. 5. Udział (%) mężczyzn powyżej 65 roku życia według stopnia ograniczenia spowodowanego zdrowiem w wybranych państwach Europy w 2004 roku

Źródło: opracowanie własne na podstawie [4].

Różnica w poważnych ograniczeniach działania mężczyzn między krajami wynosi 17% (od 9% do 26%). W Holandii (59%) i Grecji (59%) jest najwyższy procent mężczyzn starszych bez ograniczeń działania, najniższy jest w Niemczech (36%).



Rys. 6. Udział (%) kobiet powyżej 65 roku życia według stopnia ograniczenia spowodowanego stanem zdrowia w wybranych państwach Europy w 2004 roku

Źródło: opracowanie własne na podstawie [4].

Bezwzględna różnica udziału osób o poważnych ograniczeniach działalności kobiet między krajami wynosi 18% (od 10% do 28%).

W Holandii (44%) i Grecji (46%) jest najwyższy procent kobiet starszych bez ograniczeń działalności, najniższy jest w Niemczech (28%). Przeciętnie 19% osób w wieku starszym w wymienionych krajach ma poważne ograniczenia z powodu zdrowia w czynnościach, które wykonywali codziennie w ostatnich sześciu miesiącach.

Czynności życia codziennego dzielimy na czynności podstawowe i instrumentalne. Skala oceny podstawowych czynności życia codziennego [ADL (*Activities of daily living*)] odnosi się do zadań związanych z samoobsługą, takich jak: spożywanie i przygotowywanie posiłków, przemieszczanie się, ubieranie itd.

Ocena instrumentalnych czynności życia codziennego [IADL (*Instrumental activities daily living*)] odnosi się do tych czynności, które są konieczne do dalszego pozostawania w środowisku domowym.

Pytaniem służącym do oceny instrumentalnych ograniczeń działalności (IADL) jest stwierdzenie istnienia lub braku trudności respondenta z powodu fizycznych, umysłowych lub emocjonalnych problemów.

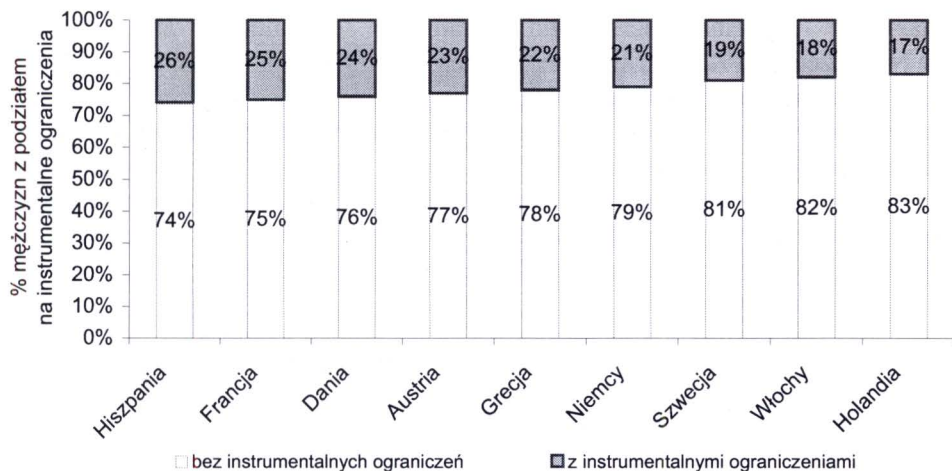
Czy ma Pan/Pani jakiegokolwiek trudności z wykonywaniem, podstawowych czynności takich jak:

1. *ubieranie się, wliczając w to zakładanie butów i skarpetek,*
2. *chodzenie po pokoju,*
3. *kąpanie się lub mycie pod prysznicem,*
4. *jedzenie,*
5. *kładzenie się i wstawanie z łóżka,*
6. *korzystanie z ubikacji,*
7. *korzystanie z planów miast,*
8. *przygotowywanie gorących posiłków,*
9. *kupowanie artykułów spożywczych,*
10. *rozmawianie przez telefon,*
11. *branie leków,*
12. *praca wokół domu lub w ogrodzie,*
13. *gospodarowanie pieniędzmi, płacenie rachunków i analiza wydatków,*
14. *żadna z tych czynności.*

Do obliczenia wskaźnika średniej długości życia bez instrumentalnych ograniczeń działalności (IADL) brane są pod uwagę tylko odpowiedzi na pytania od 7 do 13.

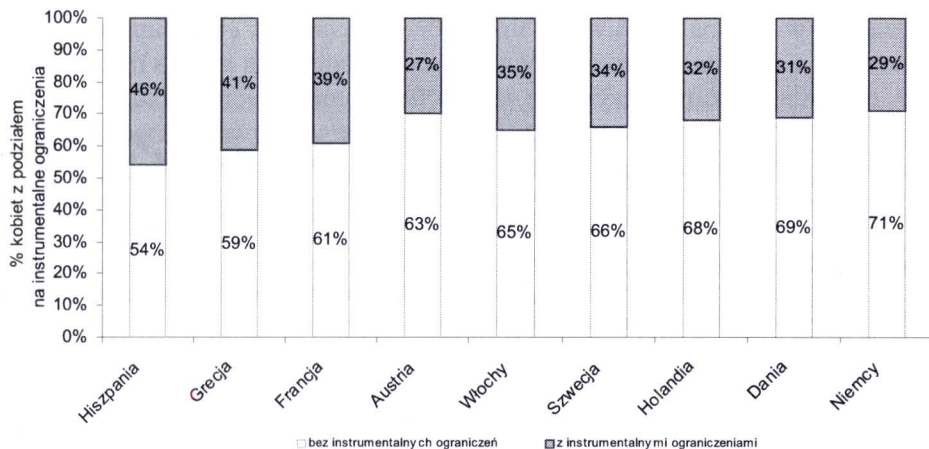
Gdy respondent ma jakiegokolwiek problemy z czynnościami wymienionymi w punktach od 7 do 13 to jest to podstawa do obliczenia średniej długość życia z instrumentalnymi ograniczeniami działalności.

Jeżeli badany nie ma żadnych problemów jest klasyfikowany do grupy osób bez instrumentalnych ograniczeń działalności.



Rys. 7. Udział (%) mężczyzn powyżej 65 roku życia bez instrumentalnych ograniczeń działalności i z instrumentalnymi ograniczeniami działalności w wybranych państwach Europy w 2004 roku

Źródło: opracowanie własne na podstawie [4].



Rys. 8. Udział (%) kobiet powyżej 65 roku życia bez instrumentalnych ograniczeń działalności i z instrumentalnymi ograniczeniami działalności w wybranych państwach Europy w 2004 roku

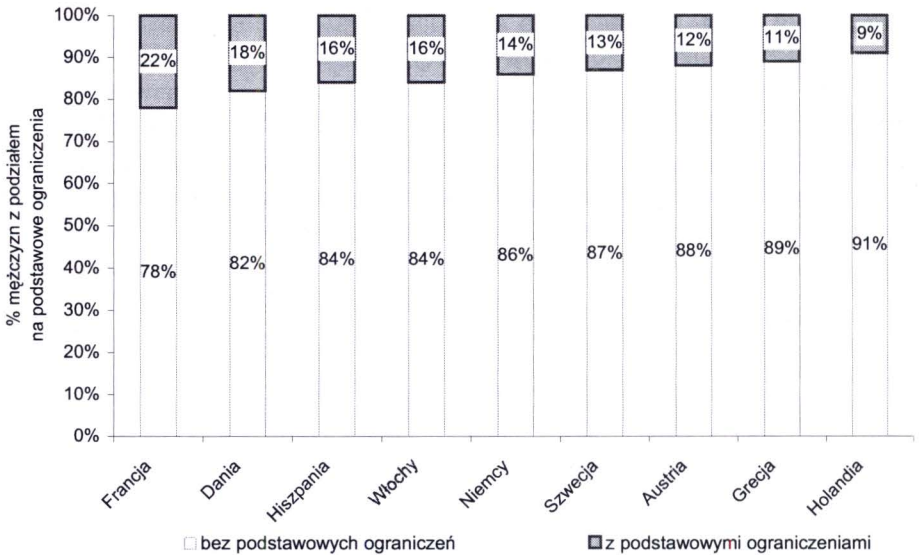
Źródło: opracowanie własne na podstawie [4].

Przeciętnie u 78% mężczyzn i 64% kobiet w wieku starszym w wymienionych krajach nie występują ograniczenia instrumentalne działalności.

W Holandii (83%) i we Włoszech (82%) zaobserwowano najwyższy wśród badanych krajów procent mężczyzn starszych bez instrumentalnych ograniczeń

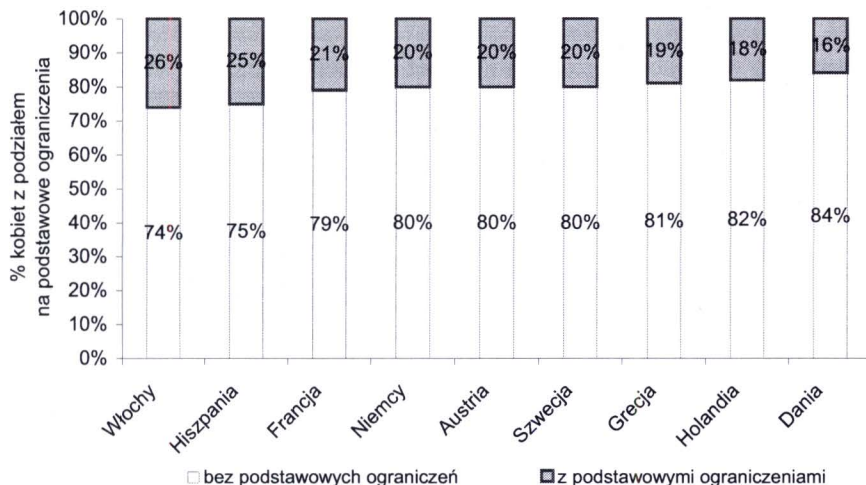
działalności, najniższy natomiast w Hiszpanii (74%). Najwyższy procent kobiet starszych bez instrumentalnych ograniczeń działalności zaobserwowano w Niemczech (71%) i w Danii (69%), najniższy natomiast w Hiszpanii (54%).

Do obliczenia wskaźnika [ADL (*Life expectancy without self care activity restrictions*)] brane są pod uwagę tylko odpowiedzi na pytania od 1 do 6. Podobnie jak przy wyliczaniu wskaźnika [IADL (*Life expectancy without instrumental activity restrictions*)], gdy respondent ma jakiegokolwiek problemy z czynnościami wymienionymi w punktach od 1 do 6 to jest to podstawa do obliczenia średniej długość życia z podstawowymi ograniczeniami w samodzielnej opiece nad sobą.



Rys. 9. Udział (%) mężczyzn powyżej 65 roku życia bez podstawowych ograniczeń w samodzielnej opiece nad sobą i z podstawowymi ograniczeniami w samodzielnej opiece nad sobą w wybranych państwach Europy w 2004 roku

Źródło: opracowanie własne na podstawie [4].



Rys. 10. Udział (%) kobiet powyżej 65 roku życia bez podstawowych ograniczeń w samodzielnej opiece nad sobą i z podstawowymi ograniczeniami w samodzielnej opiece nad sobą w wybranych państwach Europy w 2004 roku

Źródło: opracowanie własne na podstawie [4].

Przeciętnie 85% mężczyzn i 79% kobiet w wieku starszym w wymienionych krajach nie ma problemu z podstawowymi czynnościami życia codziennego. W Holandii (91%) i Grecji (89%) jest najwyższy procent mężczyzn starszych bez podstawowych ograniczeń, najniższy jest we Francji (78%). W Danii (84%) i Holandii (82%) jest najwyższy procent kobiet starszych bez podstawowych ograniczeń, najniższy jest we Włoszech (74%).

4. Życie w dobrym zdrowiu ludzi starszych w Polsce

W 2004 roku w Polsce mieszkało około 38,2 mln osób, a ludność w wieku 60 lat i więcej stanowiła 17,1% ogółu społeczeństwa. Można zauważyć, iż odsetek osób starszych w latach 1999–2005 wzrósł z 16,5% do 17,2% przy jednoczesnym spadku ogólnej liczby ludności Polski (tabela 3).

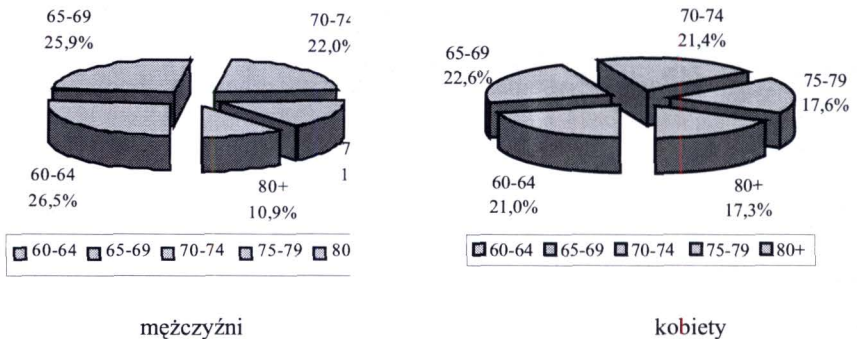
Tabela 3. Ludność Polski ogółem oraz w wieku 60 lat i więcej w latach 1999–2005

Wyszczególnienie	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Ogółem [w mln]	38,65	38,25	38,24	38,22	38,19	38,17	38,16
60 lat i więcej [w mln]	6,39	6,42	6,46	6,48	6,50	6,53	6,56
% ogółu	16,5	16,8	16,9	17,0	17,0	17,1	17,2

Źródło: opracowanie własne na podstawie [7].

Udział osób starszych w Polsce jest zróżnicowany ze względu na płeć – mężczyźni w wieku 60 lat i więcej stanowią 2004 roku 13,97%, a kobiety 20,04% ogółu społeczeństwa.

Struktura populacji mężczyzn i kobiet w wieku starszym według wieku została zaprezentowana na rysunku 11.



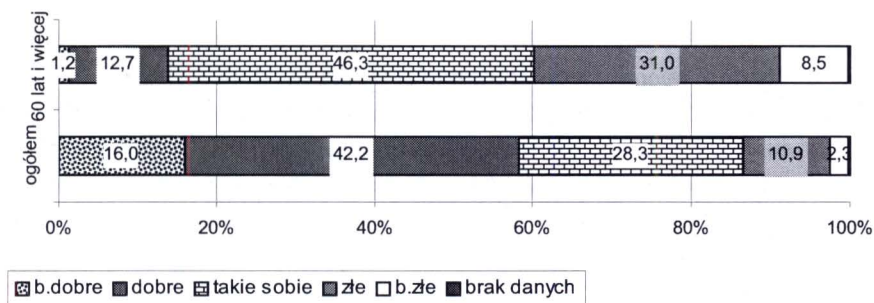
Rys. 11. Struktura populacji mężczyzn i kobiet starszych według wieku w Polsce w 2004 roku

Źródło: opracowanie własne na podstawie [7].

Analizując udział procentowy poszczególnych grup wiekowych w populacji osób powyżej 60 roku życia z zachowaniem podziału na płeć, można spostrzec, iż w Polsce w 2004 roku mężczyźni w wieku 60–69 lat stanowią 52,4% populacji mężczyzn starszych a kobiety w tym samym wieku stanowią 43,6% populacji kobiet starszych. Porównując natomiast liczebność subpopulacji kobiet i mężczyzn powyżej 60 roku życia w Polsce w 2004 roku można spostrzec, iż przeważają kobiety, a współczynnik feminizacji w tej grupie wieku wyniósł 153 kobiet na 100 mężczyzn, w grupie osób starszych w tym roku można więc zaobserwować znaczną przewagę kobiet, co wynika z dłuższego przeciętnego dalszego trwania życia (e_x) w tej populacji.

W badaniu „Stanu Zdrowia Ludności w Polsce w roku 2004” zadano respondentom pytanie dotyczące ogólnego zdrowia (por.[6]). Pytanie to było podobne do pytania znajdującego się w kwestionariuszu SHARE. Ocena własnego stanu zdrowia respondentów w 2004 roku została określona na podstawie odpowiedzi na pytanie: *Jak ogólnie ocenia Pan/i stan swojego zdrowia?*

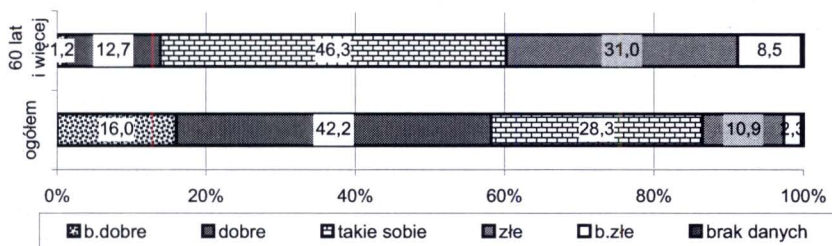
Według danych zebranych i opublikowanych przez GUS w raporcie w 2006 roku 16,3% ludności w wieku 60 lat i więcej ocenia swoje zdrowie jako bardzo dobre lub dobre, 46,7% uważa je za takie sobie, 36,4% ocenia je jako złe lub bardzo złe. W porównaniu do ogółu społeczeństwa nastąpiło znaczne przesunięcie samooceny stanu zdrowia wśród osób starszych w kierunku jego negatywnej oceny (por. rys.12,13). Związane jest to ze wzrostem wraz z wiekiem liczby chorób, niepełnosprawności oraz brakiem poczucia „bycia potrzebnym”.



Rys. 12. Mężczyźni w wieku 60 lat i więcej według swojej oceny stanu zdrowia w 2004 roku

Źródło: opracowanie własne na podstawie [6].

W 2004 roku w Polsce 20,4% mężczyzn w wieku 60 lat i więcej ocenia swoje zdrowie jako bardzo dobre lub dobre, 47,4% uważa je za takie sobie, 31,6% określa je jako złe lub bardzo złe.



Rys. 13. Kobiety według swojej oceny stanu zdrowia w wieku 60 lat i więcej w 2004 roku

Źródło: opracowanie własne na podstawie [6].

Okazało się, że 13,9% kobiet w wieku 60 lat i więcej ocenia swoje zdrowie jako bardzo dobre lub dobre, 46,3% uważa je za takie sobie, 39,5% określa je jako złe lub bardzo złe.

W Polsce tylko 20% mężczyzn w wieku starszym i 14% kobiet w wieku starszym ocenia swoje zdrowie jako bardzo dobre lub dobre. Porównując samoocenę zdrowia Polaków i Polek z samooceną zdrowia „ludzi starszych” w dziewięciu krajach Europy (por.[tabela 2,3]) widzimy, że udział (%) mieszkańców we wszystkich dziewięciu krajach oceniających swoje zdrowie jako „dobre” i „bardzo dobre” jest dużo wyższy niż w Polsce.

Znając udział (%) kobiet i mężczyzn (powyżej 60 roku życia) znajdujących się w trzech stanach zdrowia można ocenić wartość wskaźnika średniej długości życia w dobrym zdrowiu (*HLE*) według wzoru /10/.

Na podstawie znanego udziału kobiet i mężczyzn (powyżej 60 roku życia) żyjących w Polsce w roku 2004 znajdujących się w trzech rozważanych stanach zdrowia dokonano oceny średniej długości życia w dobrym zdrowiu (*HLE*) w Polsce w 2004 roku. Średnią długość życia w dobrym zdrowiu (*HLE*) określono przy pomocy wzoru /10/ metodą Sullivana (por.[10]). Według obliczeń autorki artykułu okazało się, iż (*HLE*) – średnia długość życia w dobrym zdrowiu Polek w wieku 60 lat wynosi 13,49 lat a Polaków 11,84 lat.

5. Funkcjonalne zdrowie osób starszych w Polsce

W ankiecie „Stanu Zdrowia Ludności w Polsce w roku 2004” (por. [6]) znajduje się pięć pytań dotyczących oceny sprawności funkcjonalnej:

1. *Czy może Pan/i sam/a przejść 500 m bez balkoniku, laski lub kuli?*
2. *Czy może Pan/i sam/a wejść po schodach (na 1 piętro) i zejść ze schodów bez laski lub kuli?*
3. *Czy może Pan/i ścisnąć palcami lub utrzymać w dłoni drobny przedmiot np. długopis?*
4. *Czy może Pan/i odkręcić kurek od wody lub gazu?*
5. *Czy może Pan/i podnieść i przenieść torbę z zakupami o wadze 5 kg na odległość 10 m?*

Pytania te są podobne do pytań znajdujących się w kwestionariuszu SHARE.

Z badania przeprowadzonego przez Główny Urząd Statystyczny w Polsce w 2004 roku wynika, że największa część osób starszych miała problemy z podnoszeniem i przenoszeniem torby z zakupami o wadze 5kg na odległość 10m.

Dokonując oceny fizycznych funkcjonalnych ograniczeń osób starszych w Polsce w 2004 roku na podstawie wyżej wymienionych pięciu pytań zadanych respondentom podczas badania GUS w 2004 roku można spostrzec, że przeciętnie około 75% osób starszych (kobiet i mężczyzn)² żyje bez fizycznych funkcjonalnych ograniczeń.

W badaniu GUS w 2004 roku brak jest pytania o wskazanie przynajmniej jednej czynności z wymienionych kilku, z którą respondenci mieliby problem. Nie jest więc możliwa ocena udziału osób starszych bez fizycznych funkcjonalnych ograniczeń w takim sensie, jak to zrobiono w badaniu SHARE (por.rysunek.3,4) oraz obliczenie wskaźnika średniej długości życia bez fizycznych funkcjonalnych ograniczeń w Polsce w 2004 roku, a zatem nie jest obecnie możliwe porównanie sytuacji osób starszych w Polsce z wybranymi krajami Europy w sposób wyczerpujący.

W ankiecie GUS „Stanu Zdrowia Ludności w Polsce w 2004 roku” (por. [5]) postawiono pytanie, mogące posłużyć do oceny średniej długości życia bez ograniczenia działalności (*HLY*):

² W raporcie GUS podana jest tabela bez podziału na płeć.

Czy z powodu kalectwa lub przewlekłej choroby ma Pan(i) całkowicie lub poważnie ograniczoną zdolność wykonywania czynności podstawowych dla Pana(i) wieku (pracy, nauki, samoobsługi itp.)?

1. *tak, całkowicie,*
2. *tak, poważnie,*
3. *nie.*

Znając udział (%) kobiet i mężczyzn (powyżej 60 roku życia) z występowaniem lub brakiem ograniczeń zdrowotnych można ocenić wartość wskaźnika (*HLY*) średniej długości życia bez ograniczenia działalności według wzoru /11/.

Na podstawie znanego udziału kobiet i mężczyzn (powyżej 60 roku życia) znajdujących się w trzech rozważanych stanach ograniczeń zdrowotnych dokonano oceny średniej długości życia bez ograniczenia działalności (*HLY*) w Polsce w 2004 roku. Średnią długość życia bez ograniczenia działalności (*HLY*) określono przy pomocy wzoru /11/ metodą Sullivana.

Według obliczeń autorki artykułu okazało się, iż (*HLY*) średnia długość życia bez ograniczenia działalności – Polek w wieku 60 lat wynosi 14,2 lat a Polaków 11,8 lat (por.[9]). Ocena (*HLY*) Polek i Polaków jest wysoka w porównaniu z oceną (*HLY*) wybranych krajach UE (por.[9]).

W ankiecie GUS „Stan Zdrowia Ludności w Polsce w roku 2004” nie ma pytań służących do oceny średniej długości życia bez instrumentalnych ograniczeń działalności (*IADL*), w tym przypadku także brak jest możliwości dokonania porównania sytuacji ludzi starszych w Polsce z innymi branymi pod uwagę krajami.

We wspomnianej ankiecie GUS nie ma także jednego pytania składającego się z kilku podpunktów służącego do oceny średniej długości życia bez podstawowych ograniczeń w samodzielnej opiece nad sobą (*ADL*), zadano natomiast pytania o podobnym charakterze:

1. *Czy może Pan/i jeść samodzielnie?*
2. *Czy może Pan/i samodzielnie kłaść się i wstawać z łóżka?*
3. *Czy może Pan/i samodzielnie się ubrać i rozebrać?*
4. *Czy może Pan/i samodzielnie korzystać z ubikacji?*
5. *Czy może Pan/i samodzielnie kąpać się lub brać prysznic?*

Z badania przeprowadzonego przez Główny Urząd Statystyczny w Polsce w 2004 roku wynika, że największa część osób starszych miała problemy z samodzielnym kąpaniem się lub braniem prysznica.

Dokonując na podstawie wyników ankiety GUS oceny fizycznych funkcjonalnych ograniczeń osób starszych w Polsce w 2004 roku można spostrzec (na podstawie pięciu wyżej wymienionych pytań), że przeciętnie około 91% osób starszych (kobiet i mężczyzn)³ żyje bez podstawowych ograniczeń w samodzielnej opiece nad sobą, z możliwością samoobsługi przy kąpaniu się i braniu prysz-

³ W raporcie GUS podana jest tabela bez podziału na płeć.

nica. Podczas wspomnianego badania postawiono jedynie pięć pytań, dlatego też brak jest możliwości porównywalnego (do wyżej cytowanych wyników badania SHARE w innych krajach UE) określenia liczby czynności, w których respondent jest ograniczony; nie jest także możliwa ocena udziału osób starszych bez podstawowych ograniczeń w samodzielnej opiece nad sobą w Polsce w 2004 roku oraz obliczenie wskaźnika (*ADL*) średniej długości życia bez podstawowych ograniczeń w samodzielnej opiece nad sobą według metody Sullivana.

6. Podsumowanie

Stan zdrowia jest tylko jednym z wielu czynników wpływających na samopoczucie starego człowieka. Poczucie ogólnego dobrostanu jest wypadkową somatycznego i psychicznego stanu zdrowia, warunków życia, sytuacji materialnej i funkcjonowania w społeczeństwie co praktycznie przekłada się na zdolność do samodzielnego życia w poczuciu niezależności od innych.

W pracy przedstawiono wybrane wskaźniki oceny zdrowia osób starszych i wyniki badania SHARE przeprowadzonego w 2004 roku dla wybranych krajów UE, oraz własne wyniki oceny zdrowia osób starszych w Polsce w 2004 roku.

Dokonując oceny zdrowotności osób starszych zauważono, że samoocena zdrowia mężczyzn we wszystkich badanych krajach, czyli również w Polsce była w 2004 roku wyższa od samooceny zdrowia kobiet. Zaobserwowano również, że większa część mężczyzn (w porównaniu z kobietami) we wszystkich badanych krajach żyła w 2004 roku bez fizycznych funkcjonalnych ograniczeń, bez ograniczenia spowodowanego zdrowiem i bez instrumentalnych ograniczeń. Zauważono, że tylko we Francji, Holandii i Danii udział kobiet bez podstawowych ograniczeń był w 2004 roku wyższy w porównaniu z udziałem mężczyzn bez podstawowych ograniczeń.

Ze względu na różnice w formułowaniu pytań w cytowanym badaniu GUS oraz badaniu SHARE obecnie możliwe jest przeprowadzenie jedynie częściowego porównania sytuacji ludzi starszych w Polsce i w wybranych krajach Europy w 2004 roku.

Dla otrzymania porównywalnej oceny zdrowotności w krajach Europy konieczne jest przeprowadzenie badania tą samą metodą stanu zdrowia osób starszych jednocześnie w Polsce jak i we wszystkich krajach Unii.

Literatura

- [1] Abramowska A., *Ruch naturalny ludności*, [w:] Holzer J.Z. (red.), *Demografia*, PWE, Warszawa 2003.
- [2] Mathers C.D., *Health expectancies: an overview and critical appraisal*, [in:] *Summary Measures of Population Health*, (ed.) Murray Ch.J.L., WHO, Geneva 2002.

- [3] Robine J-M., Jagger C., Egidi V., *Selection of Coherent Set of Health Indicators*, Euro-REVES, Montpellier, France 2000.
- [4] Robine J-M, Jagger C., van Oyen H., *Estimations of health expectancy at age 65 in European Union countries in 2004*, Montpellier, France 2006.
- [5] Robine J-M, Romieu I., Clavel A., *Are we living longer, healthier lives in the EU*, Montpellier, France 2005.
- [6] *Stan Zdrowia Ludności w 2004 r.*, GUS, Warszawa 2006.
- [7] *Rocznik Demograficzny 2005 r.*, GUS, Warszawa 2005.
- [8] *Rocznik Statystyczny 2004 r.*, GUS, Warszawa 2004.
- [9] Ucieklak-Jeż P., *Zastosowanie metody Sullivana do porównania oczekiwanej średniej długości życia bez niedomagań chorobowych mężczyzn i kobiet w Polsce w roku 2004*, Prace GUS, [w:] *Statystyka wczoraj, dziś i jutro*. Biblioteka Wiadomości Statystycznych, t. 56, [w druku].
- [10] Ucieklak-Jeż P., *Zastosowanie metody Sullivana do oceny przeciętnej długości życia w dobrym zdrowiu w Polsce w roku 2004*, Prace Naukowe – Uniwersytet Łódź, (złożone do recenzji).

Self evaluation of health of older people in Poland and some chosen European countries

Summary

The paper presents some indicators used to describe self-rated functional health. Using the physical health data from SHARE 2004 the results of evaluation of several types of health expectancies were presented (Life expectancy without physical functional limitations, Life expectancy without activity limitation – *HLY*, Life expectancy without instrumental activity restrictions – *IADL*, Life expectancy without self care activity restriction – *ADL*).

These expectancies were also calculated – if possible – for older people in Poland in 2004 and some comparisons were conducted.