

Maria Jakubowska-Najnigier

Problemy starzenia się demograficznego w Polsce

Wstęp

W obecnym stuleciu obserwuje się znaczący wzrost liczby osób powyżej 60 roku życia. Światowa Organizacja Zdrowia nazwała XXI wiek stuleciem emerytów.

W świadomości społecznej brak jest wizji starzejącego się świata i problemów, które stwarza demograficzne starzenie się. Dochodzi bowiem do zachwiania równowagi między warstwą ludności pracującej i produkującej a osobami w wieku poprodukcyjnym.

Starzenie się społeczeństwa

Demograficzne starzenie się społeczeństwa to złożony problem nie tylko medyczny, ale również polityczny, ekonomiczny i społeczny. Seniorzy są głównymi konsumentami świadczeń opieki zdrowotnej i socjalnej. Podczas gdy w 2000 roku osób powyżej 65 roku życia było na świecie ok. 600 milionów – to w 2050 roku prognozuje się, że będzie ich około 2 miliardów. Najstarszymi demograficznie krajami europejskimi są obecnie Szwecja, Grecja i Niemcy. W 2025 roku sytuacja ta się pogłębi. Należy zaznaczyć, że za społeczeństwo stare demograficznie uznaje się takie, w którym odsetek osób powyżej 60 roku życia przekracza 12 % lub gdy odsetek osób

powyżej 65 roku życia przekracza 8 %. Ponadto uznaje się, że jeśli odsetek osób starszych (powyżej 65 roku życia) wynosi 7 %, to kraj przekracza tzw. „próg starości”. Jeśli ten odsetek wynosi 10 % uznaje się państwo za wiekowo zaawansowane. Europa jest wiekowo zaawansowana, w gronie państw europejskich znajduje się także Polska. W Polsce w latach 1994 – 2002 udział ludności w wieku 65 lat i więcej wzrósł z 11 % do 12,6 %, a wieku 60 lat i więcej z 15,7% do 16,8 % w ogólnej strukturze społecznej. W 2000 było w Polsce 5,6 miliona osób w wieku powyżej 60 roku życia (1,8 miliona mężczyzn i 3,8 miliona kobiet), co stanowi 14,8 % ogółu ludności. Prognozuje się, że w 2020 roku będzie w Polsce 19,4 % osób w wieku podeszłym w ogólnej strukturze społecznej [Rocznik demograficzny, 2009]; Tabela 1 przedstawia odsetkowo strukturę ludności Polski w latach 1990-2010.

Tabela 1. Struktura ludności Polski w latach 1990 – 2010 (odsetki)

Wyszczególnienie	Lata			
	1990	2000	2009	2010
ludność ogółem (w procentach)	100	100	100	100
wiek przedprodukcyjny	29	24,4	19	18,6
wiek produkcyjny	58,2	60,8	64,5	64,5
wiek poprodukcyjny	12,8	14,8	16,5	16,9

Według www.eGospodarka.pl

Od początku lat 90-tych obserwuje się wydłużenie życia w Polsce, nadal utrzymuje się duża różnica między średnią długością życia mężczyzn i kobiet. W 2009 roku średnia długość życia mężczyzn w Polsce wynosiła 71,5 lat, a kobiet 80,1 lat. Różnica między długością życia mężczyzn i kobiet jest znacząca, wynosi 8,6 lat. Wynika ona ze zjawiska wysokiej nadumieralności mężczyzn, zwłaszcza w wieku produkcyjnym.

Struktura płci w Polsce jest uzależniona od wieku. Do 45 roku życia występuje przewaga mężczyzn (97 kobiet na 100 mężczyzn), powyżej tego

wieku współczynnik feminizacji wynosi 125, w najstarszych grupach wiekowych (powyżej 70 lat) – 180.

Rezultatem przemian demograficznych w naszym kraju jest gwałtowne zmniejszenie się liczby dzieci i młodzieży w wieku 0 – 17 lat – tzw. „niż demograficzny”. Należy odnotować pozytywne zmiany, już 3 rok obserwujemy dodatni przyrost naturalny (2008 – 2010).

W roku 2010 zarejestrowano około 418 tysięcy urodzeń, współczynnik urodzeń wyniósł 10,9 promila, to jest o 1 punkt więcej, niż na początku dekady.

Zmiany demograficzne, jakie obserwowane są w ostatnich latach – niż demograficzny, wzrost liczby osób w wieku podeszłym – powodują dysproporcje na rynku pracy i stwarzają problemy w systemie opieki medycznej i zabezpieczenia społecznego [Rocznik demograficzny, 2009].

Proces starzenia się biologicznego

Proces starzenia się należy rozpatrywać łącznie jako proces biologiczny, psychiczny i społeczny. Starzenie się organizmu to postępujący spadek rezerwy funkcjonalnej wszystkich układów i narządów, co powoduje utratę równowagi wewnętrznej organizmu i zwiększa ryzyko wystąpienia chorób [Broczek, 2007]; [Grodzicki, Kocemba, 2000].

Do objawów charakterystycznych starzenia zaliczamy :

- utratę masy mięśni i kości
- zanik komórek funkcjonalnie czynnych różnych narządów i zastępowanie ich przez tkankę łączną
- przekształcenie budowy i czynności skóry, prowadzące do osłabienia jej roli jako bariery ochronnej organizmu
- pogorszenie ostrości wzroku i słuchu
- spadek podstawowej przemiany materii ze 100 % w wieku 40 lat do 80 % powyżej 80 roku życia
- spadek rezerwy wieńcowej, upośledzenie wydolności układu sercowo-naczyniowego
- upośledzenie czynności wątroby

- wydłużony czas reakcji spowodowany spadkiem średniej szybkości przewodzenia w komórkach
- spadek maksymalnej pojemności wydechowej płuc
- spadek przepływu nerkowego
- osłabienie perystaltyki jelitowej
- wzrost zawartości tłuszczu a spadek zawartości wody

W miarę starzenia się organizmu następuje szereg zmian w hemostazie, których główną przyczyną jest miażdżyca.

Molekularne mechanizmy starzenia się

Do molekularnych mechanizmów leżących u podstaw procesu starzenia się należą: nadprodukcja wolnych rodników, przeładowanie komórek wapniem, kwasica, rozwój reakcji zapalnej [Bartosz, 2003].

Wolne rodniki to cząsteczki posiadające jeden lub więcej niesparowanych elektronów. Źródłem powstawania wolnych rodników jest metabolizm tlenu. Starzenie się organizmu jest wynikiem gromadzenia się w komórkach uszkodzeń wywołanych przez niespecyficzne reakcje z udziałem reaktywnych form tlenu – RFT [Puzanowska- Tarasiewicz Kuźmicka, Tarasiewicz, 2009: 184-190]. W każdej żywej komórce powstające RFT odgrywają istotną rolę w procesach biologicznych zachodzących w organizmie. Utrzymanie hemostazy na poziomie reakcji utleniania i redukcji ma na celu zapewnienie kontroli nad RFT.

W wyniku procesów starzenia się oraz pod wpływem czynników środowiskowych rośnie w organizmie zawartość wolnych rodników zawierających jeden lub więcej niesparowanych elektronów zwanych reaktywnymi formami tlenu RFT. W obronie przed RFT organizm wykorzystuje poza systemem enzymatycznym przeciwutleniacze endogenne. Dodatkowym mechanizmem wzmacniającym naturalną obronę ustroju stanowią przeciwutleniacze obecne w żywności [Bartosz, 2003]; [Puzanowska- Tarasiewicz Kuźmicka, Tarasiewicz, 2009]; [Śmiechowska, Kusznerewicz, Bartoszek, Namieśnik, 2008: 26-30].

Pacjent w wieku podeszłym

Obecnie sytuacja zdrowotna Polaków jest gorsza w porównaniu z mieszkańcami krajów tzw. „starej Unii Europejskiej”. Polityka zdrowotna w Polsce znalazła się po 20 latach transformacji ustrojowej w szczególnie trudnej sytuacji. Rynek usług medycznych charakteryzuje się rosnącym popytem nad podażą, co wynika między innymi z procesu starzenia się demograficznego naszego społeczeństwa. W krajach europejskich bardziej zamożnych, niż Polska dostęp do nowoczesnych technologii medycznych jest limitowany, a usługi ponadstandardowe wiążą się z dodatkowymi kosztami, ponoszonymi przez pacjenta. Po wprowadzeniu reformy systemu opieki zdrowotnej w 1999 roku paradoksalnie zmniejszył się dostęp do świadczeń medycznych w Polsce. Obecnie mamy do czynienia z racjonowaniem świadczeń zdrowotnych, mimo rosnącego popytu na nie. Narodowy Fundusz Zdrowia, troszcząc się o finanse publiczne narzuca usługodawcom limity udzielanych świadczeń oraz wysokość stawek za określone procedury. W 2010 roku w Polsce było ponad 5 milionów seniorów, a lekarzy – geriatrów, którzy wyspecjalizowaniu są w opiece nad nimi – zaledwie 200. Wycena procedur geriatrycznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia jest bardzo niska i nie uwzględnia konieczności zespołowej opieki nad pacjentem w wieku podeszłym (lekarz, rehabilitant, psycholog, pracownik socjalny, pielęgniarka środowiskowa). Prowadzi to do stopniowej likwidacji oddziałów geriatrycznych w Polsce [Perek- Białas, 2008]; [Zalewska, Bogusławska, 2005].

W systemie opieki zdrowotnej osoba w wieku podeszłym to najtrudniejszy i najdroższy pacjent z powodu złożoności problemów zdrowotnych, socjalnych, ekonomicznych, psychicznych i społecznych. Starośći towarzyszy współistnienie wielu chorób, zwłaszcza chorób układu krążenia, układu kostno-stawowego, chorób neurologicznych, cukrzycy i innych. Poza wieloma chorobami typu przewlekłego często zakres opieki poszerza się także z powodu upośledzenia wzroku, słuchu, zaburzeń w oddawaniu moczu, stolca i trudności w poruszaniu się [Zalewska, Bogusławska, 2005].

Geriatrzy zwracają uwagę na tzw. „geriatryczny zespół jatrogenny”, który jest skutkiem niewłaściwego leczenia osób starszych. Najczęstszą przyczyną tego zespołu jest leczenie kilku specjalistów i przyjmowanie przez pacjenta zbyt dużych dawek leków, powodujących efekty toksyczne i interakcje w stosowanym leczeniu wielolekowym.

Czynniki warunkujące proces starzenia się

Sam proces starzenia traktuje się często jako chorobę, którą należy zwalczyć. Ludzie pragną zachować młodość za wszelką cenę i odwrócić naturalny, fizjologiczny proces starzenia się organizmu. O szybkości i tempie starzenia się decyduje w dużej mierze czynnik genetyczny, determinujący długość życia [Zalewska, Bogusławska, 2005]; [Broczek, 2007]. Wpływ na starzenie się organizmu mają także czynniki zewnętrzne:

- przebyte choroby i urazy
- nieprawidłowa dieta
- niewłaściwy styl życia, brak aktywności fizycznej
- zanieczyszczenie środowiska
- praca w warunkach szkodliwych i inne

Czynniki hamujące proces starzenia się to :

- aktywność fizyczna i intelektualna
- redukcja czynników ryzyka miażdżycy (zakaz palenia tytoniu, prawidłowa dieta, walka z otyłością i nadwagą, systematyczne kontrola ciśnienia tętniczego)

Polityka państwa

W Polsce od momentu wstąpienia do Unii Europejskiej rośnie zainteresowanie problemami ludzi w wieku podeszłym. Zmienia się polityka państwa wobec problemu demograficznego starzenia się Polaków. Powstał rządowy program aktywizacji zawodowej, tzw. „50+”, ułatwiający znalezienie lub kontynuowanie pracy dla osób w wieku przedemerytalnym lub emerytów. Ważne znaczenie ma współdziałanie instytucji państwowych i społecznych w podejmowaniu opieki nad osobami w wieku podeszłym.

Dotychczasowy model rodziny wielopokoleniowej nie sprawdził się w zakresie sprawowania opieki nad osobami starszymi, choć nadal jest on przedstawiany jako wzorzec. Gotowość rodziny do wspierania starego i często chorego jej członka, opieki w warunkach domowych należy kontynuować i wspierać. Jest to – jak wyżej wspomniałam – opieka wzorcowa – najtańsza i najcenniejsza w sensie emocjonalnym. Wraz ze wzrostem mobilności młodego pokolenia (odległości miejsc zamieszkania, emigracja zarobkowa) coraz więcej osób starszych pozostaje samotnych. Problem samotnych starszych ludzi jest widoczny szczególnie na wsi. Starość jest inna w mieście i na wsi. Młodzi ludzie wyjechali ze wsi, starzy zostali sami, bez opieki, schorowani, z niewielkimi dochodami finansowymi. Dostęp do świadczeń medycznych, zwłaszcza specjalistycznych jest na wsi trudniejszy, niż w mieście [Perek- Białas, 2008].

W związku z taką sytuacją rodziny w Polsce powinny otrzymać większe wsparcie od władz lokalnych, instytucji opiekuńczych i socjalnych. Dużą rolę mogą odegrać organizacje pozarządowe, fundacje i wolontariat.

Ubezpieczenia pielęgnacyjne

Obecnie zdarza się, że nie wszystkie osoby w wieku podeszłym, kwalifikujące się do opieki – mogą ją otrzymać. To nie tylko problem finansów, ale także brak koordynacji zaangażowania poszczególnych instytucji, które zajmują się pomocą medyczną i społeczną. Zaniedbania w kompleksowej opiece nad osobami w wieku podeszłym generują koszty w ochronie zdrowia. Z raportu o seniorach Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że w 2009 roku co 4 pacjent leczony w szpitalu w Polsce miał ponad 65 lat. Opieka nad pacjentami starszym kosztowała NFZ 8 miliardów złotych, czyli co 3 złotówka wypłacana szpitalom była przeznaczona na leczenie seniorów. Obecnie zaczyna się dyskutować o potrzebie dodatkowego ubezpieczenia pielęgnacyjnego obok ubezpieczenia zdrowotnego. Ubezpieczenie pielęgnacyjne będzie relatywnie najtańszą formą finansowania tych usług, zapewniającą zachowanie solidarności międzypokoleniowej.

Komisja Wspólnot Europejskich ogłosiła w 2005 roku tzw. „Zieloną Księgę” – „Sprostac̄ zmianom demograficznym: nowa solidarność międy-pokoleniowa”. Zachęca się rodziny w Europie do posiadania większej liczby dzieci, przeznaczając na ten cel dodatkowe środki finansowe i socjalne, pozwalające rodzicom godzić życie rodzinne z pracą. Tylko rodzina jest w stanie zapewnić solidarność międzypokoleniową. Niezbędna jest także modernizacja systemu zabezpieczenia społecznego, zwłaszcza systemów emerytalnych tak, aby zapewnić ich trwałość społeczną i ekonomiczną. Ten ostatni problem jest w naszym kraju burzliwie dyskutowany i rząd zapowiada zmiany w obowiązującym do tej pory systemie emerytalnym.

Podsumowanie

Problem starzenia się demograficznego w Polsce narasta, podobnie jak problemy życiowe osób w wieku podeszłym. Problemy te powinny być dostrzegane i podnoszone ustawicznie – nie tylko okazjonalnie. Nieuniknione procesy starzenia się człowieka prowadzą do zmian przede wszystkim w sferze biologicznej ale także ekonomicznej, społecznej i politycznej. Pacjent w wieku podeszłym jest pacjentem trudnym, kosztownym z powodu występowania zjawiska polipatologii, czyli jednoczesnego występowania kilku chorób. Obecna polityka państwa musi uwzględniać starzenie demograficzne Polaków. Trzeba znaleźć źródła finansowania, ustalić koszty świadczeń medycznych dla osób w wieku podeszłym, szkolić niezbędny personel, specjalistów geriatry i gerontologii. W XXI wieku problem starzenia demograficznego stanowi szczególnie wyzwanie w zakresie korekty polityki zatrudnienia, zabezpieczenia socjalnego, opieki społecznej, edukacji i ochrony zdrowia a także zabezpieczenia emerytalnego.

- [1] Bartosz, G. 2003. *Wolne rodniki w przyrodzie*. Wyd. Nauk. PWN Warszawa.
- [2] Broczek, K. 2007. *Starzenie się i starość w opinii słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku Szkoły Głównej Handlowej i studentów Akademii Medycznej w Warszawie*. E-mentor nr 4 (21).
- [3] DPS.Pl. Serwis informacyjny Domów Pomocy Społecznej

-
- [4] Grodzicki, T., Kocemba, J. 2000. *Nadciśnienia tętnicze u osób w wieku podeszłym*, Via Medica Gdańsk.
- [5] Perek- Białas, J. 2008. *Aktywne starzenie – aktywna starość*, Kraków.
- [6] Puzanowska-Tarasiewicz, H., Kuźmicka, L., Tarasiewicz, M. 2009. *Reaktywne formy tlenu a starzenie się organizmu*, Wiadomości lekarskie LXII, 3
- [7] *Rocznik demograficzny 2009*, Główny Urząd Statystyczny.
- [8] Śmiechowska, A., Kusznierewicz, B., Bartoszek, A., Namieśnik, J. 2008. *Badania właściwości przeciwutleniających pochodzących z najczęściej spożywanych owoców i warzyw*. Analityka 4.
- [9] www.egospodarka.pl : Rozwój demograficzny Polski 2000-2010
- [10] www.inp.uni.opole.pl/geronto/starzenie.
- [11] Zalewska, B., Bogusławska, M. 2005. *Zdrowie seniora*. Warszawa.