

Beck Oliwia, Łakomski Mateusz, Kędziora–Kornatowska Kornelia, Radziwińska Agnieszka, Weber-Rajek Magdalena, Żukow Walery. **Zdrowotne uwarunkowania niepełnosprawności osób starszych = Health determinants of disability in the elderly.** *Journal of Education, Health and Sport.* 2016;6(9):471-478. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.151618>
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/3869>
<https://pbn.nauka.gov.pl/sedno-webapp/works/748332>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 755 (23.12.2015).
755 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Author (s) 2016;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.
This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.
The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.
Received: 05.08.2016. Revised 25.08.2016. Accepted: 06.09.2016.

Zdrowotne uwarunkowania niepełnosprawności osób starszych

Health determinants of disability in the elderly

**Oliwia Beck^{1 2}, Mateusz Łakomski², Kornelia Kędziora–Kornatowska²,
Agnieszka Radziwińska³, Magdalena Weber-Rajek³, Walery Żukow⁴**

¹Katedra Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy UMK w Toruniu

²Katedra i Klinika Geriatrii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy UMK w Toruniu

³Katedra Fizjoterapii, Zakład Podstaw Fizjoterapii, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

⁴Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz

Streszczenie

Artykuł przedstawia aktualną i prognozowaną sytuację demograficzno - społeczną Polski oraz jej konsekwencje, wyrażające się we wzroście liczby osób starszych z niepełnosprawnością. Podjęto w nim kwestie związane z definiowaniem niepełnosprawności oraz medycznymi i zdrowotnymi jej uwarunkowaniami. Problemy starszych osób niepełnosprawnych wynikające z występujących w tej grupie ograniczeń funkcjonalnych i zależności od otoczenia, a także kwestie edukacji zdrowotnej społeczeństwa stanowią zasadniczą część pracy. Tytułem podsumowania przeanalizowano wynikające z powyższych zagadnień obecne i przyszłe wyzwania stojące przed systemem opieki zdrowotnej państwa i przedstawiono rekomendacje.

Słowa kluczowe: zdrowie, starzenie się, niepełnosprawność, niesamodzielność

Abstract

The paper describes the current and predicted sociodemographic situation of Poland along with its consequences, expressed in the growing number of the elderly and the disabled. Issues concerning defining disability, as well as medical and health determinants of that state, are discussed. Problems of elderly and disabled people resulting from their functional restrictions and dependency on others comprise the body of the paper. The analysis of current and upcoming challenges, together with recommendations for the health care system of the state, summarizes the article.

Keywords: health, ageing, disability, dependency

Wprowadzenie

Za granicę starości chronologicznej, wyznaczonej liczbą przeżytych lat, uważa się przekroczenie 65 (wg Organizacji Narodów Zjednoczonych - ONZ) lub 60 (wg Światowej Organizacji Zdrowia - WHO) roku życia. Klasyfikacja WHO przyjmuje trzy podokresy starości demograficznej: wiek podeszły (60 - 75 lat), wiek starczy (75 - 90 lat) i wiek sędziwy - długowieczność (powyżej 90 roku życia) [1]. Szacuje się, że do 2030 roku około 30% populacji Unii Europejskiej (ok. 135 milionów) będzie miało 65 lat lub więcej, przy czym gwałtownie wzrośnie liczba osób powyżej 80 roku życia [2]. Według najnowszej prognozy GUS dla Polski (2008) odsetek osób w wieku 65 lat i więcej, wynoszący w 2007 roku 13,46% wzrośnie do 2035 roku do 23,22%. Liczba ludności w wieku 65 lat i więcej wzrośnie więc do 2035 w stosunku do 2007 roku o 62,9% (mężczyzn o 76,6%; kobiet o 54,6%), a liczba osób w wieku 80 lat i więcej aż o 125,8%. Liczba stulatków będzie natomiast wyższa o 253% [3]. Problem starzenia się społeczeństwa Europy staje się jednym z największych wyzwań XXI wieku. Zjawisko to, jako efekt wielopoziomowych i wielokierunkowych zmian społeczno – gospodarczych, dotknie wszystkie państwa Unii Europejskiej i będzie dotyczyło niemal wszystkich obszarów polityki państw członkowskich. Również w Polsce problematyka dotycząca ludzi starych i niepełnosprawnych jest podejmowana coraz częściej. Ze względu na poprawę warunków życia, postęp medycyny, wzrost świadomości zdrowotnej współczesnych społeczeństw cywilizacyjnych, obecnie ludzie mogą oczekiwać, że będą prowadzić dłuższe i zdrowsze życie, niż kiedykolwiek przedtem. Jednakże, ponieważ bardzo wiele czynników – od genetycznych, po związane ze środowiskiem i stylem życia – wpływa na to, w jaki sposób

się starzejemy, proces ten może również przynosić poważne problemy zdrowotne. U wielu osób starszych rozwija się co najmniej jeden problem geriatryczny. Dla większości z nich w starzenie się wpisana jest więc konieczność radzenia sobie z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością. Zagadnienia te są na tyle doniosłe, iż propagowanie zdrowia w starzejącej się Europie stanowi obecnie jeden ze strategicznych celów Unii Europejskiej [4].

Starzenie się wyzwaniem zdrowotnym

Zjawisko starzenia się jest nieodwracalnym, nieuniknionym i dotyczącym każdego organizmu żywego procesem, który rozpoczyna się już w wieku średnim i nasila wraz z upływem czasu. Granice starości są bardzo płynne, a sam proces starzenia się przebiega etapami. Z wiekiem, częściowo na skutek fizjologicznych zmian organizmu, wzrasta liczba problemów zdrowotnych. Należy podkreślić, iż starzenie się organizmu niekoniecznie musi wiązać się z występowaniem schorzeń. Jednak wielochorobowość i ograniczenie sprawności występują znacznie częściej u ludzi starszych niż w młodszych grupach wiekowych. Szacuje się, że w populacji Polaków powyżej 65 r. ż. 5% jest stale, a 15% - częściowo lub okresowo zależna od opieki osób drugich. Dla wieku 75 i więcej, odsetki te wynoszą odpowiednio 10% i 25% [5].

Główne problemy zdrowotne osób wieku podeszłym, czyli przedziale 60 - 75 lat, w zasadzie nie różnią się od tych, które występują w grupie osób nieco młodszych (w wieku 50 - 60 lat). Zazwyczaj są to schorzenia, które współlistnieją, zmieniają swój przebieg i mogą stwarzać problemy diagnostyczne i lecznicze. Wiek podeszły koreluje przede wszystkim ze wzrostem występowania osteoporozy, dotykającej przede wszystkim kobiet powyżej 60 roku życia, nowotworów, cukrzycy, zmian zwyrodnieniowych, dotykających 30 – 70% populacji osób po 65 roku życia; chorób płuc oraz uszkodzeń narządów zmysłów - pogorszenie wzroku następuje u prawie 75% osób pomiędzy 65 a 70 rokiem życia, a upośledzenie słuchu u około 30% populacji powyżej 65 roku życia. Natomiast po 75 roku życia zdecydowanie częściej pojawiają się tzw. wielkie problemy geriatryczne, wśród których wyróżnić można: wielonarządowe zaburzenia sercowo – naczyniowe, niesprawność funkcjonalną, niestabilność, upadki i urazy, problemy natury neurologicznej i psychiatrycznej: demencję, depresję, delirium, nietrzymanie moczu, przewlekłe owrzodzenia, zespoły jatrogenne oraz odleżyny [6].

Zdrowie – choroba - niepełnosprawność

Zdrowie i choroba są nieodłącznymi elementami życia każdego człowieka i społeczeństwa. Przyjęta przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization, WHO) holistyczna i pozytywna definicja zdrowia, ujmuje je jako kompletny, fizyczny, psychiczny i społeczny dobrostan człowieka, a nie tylko brak choroby lub kalectwa. Nie redukując zdrowia do obserwowalnych objawów fizycznych ani funkcjonalnej działalności człowieka, definicja ta wzbogaca oba bieguny o wymiar doświadczeń psychicznych. Model ten definiuje więc zdrowie jako funkcjonalną zdolność jednostki, która umożliwia realizację jej zadań i obowiązków oraz jako pewną własność, która gwarantuje człowiekowi szczęśliwe, efektywne i kreatywne życie. Stąd pojęcie zdrowia zastępuje się tu czasem terminem dobrostan, które ma łączyć zdolność jednostki do funkcjonowania w środowisku i umiejętność adaptacji do stresorów środowiskowych [7]. Bycie zdrowym oznacza więc możliwość prowadzenia produktywnego, sensownego, twórczego i samodzielnego życia. Osoba zdrowa jest sprawna życiowo oraz gotowa do podejmowania ról społecznych, naturalnie zmieniających się wraz z upływem czasu.

Granice pomiędzy zdrowiem, chorobą a niepełnosprawnością nie zawsze są ostre. Niepełnosprawność może, ale wcale nie musi być następstwem choroby. Zwłaszcza rozgraniczenie pomiędzy chorobą przewlekłą, a niepełnosprawnością może nie być wyraźne. Mówiąc o chorobie, mamy na myśli proces. Niepełnosprawność natomiast to pewien wynikający z niej stan [8]. Istnieje wiele sposobów jej definiowania. W polskim prawie pojęcie to zaistniało po raz pierwszy w uchwale Sejmu z dnia 16.09. 1982 roku w sprawie inwalidów i osób niepełnosprawnych, jednak bez wyjaśnienia terminu. Pierwsza definicja pojawiła się w Karcie Praw Osób Niepełnosprawnych w następującym brzmieniu: „Niepełnosprawne są osoby, których sprawność fizyczna, psychiczna lub umysłowa trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia życie codzienne, naukę, pracę oraz pełnienie ról społecznych, zgodnie z normami prawnymi i zwyczajowymi” [9]. Obecnie prawnym potwierdzeniem niepełnosprawności bądź niezdolności do samodzielnej egzystencji jest orzeczenie wydane przez stosowny organ.

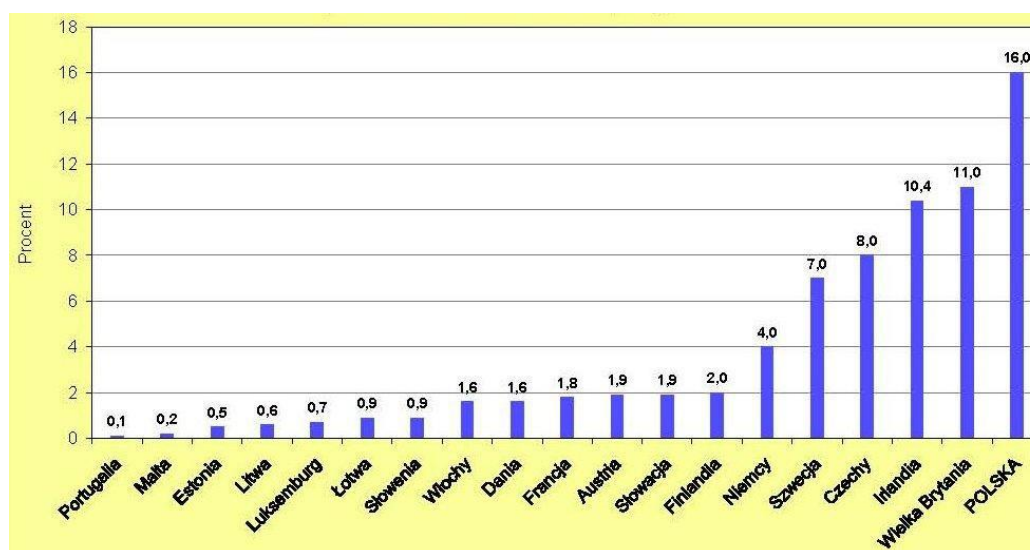
Według WHO niepełnosprawność to wynikające z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu, ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka. Niepełnosprawnymi w tym ujęciu są więc osoby, które nie mogą częściowo lub całkowicie zapewnić sobie możliwości samodzielnego normalnego życia indywidualnego i społecznego, na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia sprawności fizycznych i/lub psychicznych [10]. Europejskie Forum Niepełnosprawności Parlamentu Europejskiego w 1994 roku określiło osobę niepełnosprawną

jako jednostkę w pełni swych praw, znajdującą się w sytuacji upośledzającej ją na skutek barier środowiskowych, ekonomicznych i społecznych, których z powodu występujących u niej uszkodzeń nie może przezwyciężyć w taki sposób jak inni ludzie.

Starzenie się a niepełnosprawność

Jak już wspomniano, zmianom struktury społeczeństwa, związanym z wydłużaniem się średniej długości życia, będzie towarzyszył wzrost liczby osób cierpiących z powodu różnych jednostek chorobowych oraz, w konsekwencji, także osób niepełnosprawnych. Dłuższe życie nieuchronnie wiąże się bowiem z pogorszeniem sprawności zarówno fizycznej, jak i psychicznej. Statystyki podają, że przeciętnie osoby starsze chorują na 3 - 4 choroby przewlekłe i długotrwale zażywają 4 - 5 leków. Wśród osób w wieku ponad 75 lat żadnych schorzeń przewlekających się nie zgłasza zaledwie 7%.

Liczba osób niepełnosprawnych w Polsce jest, według szacunków UE, najwyższa wśród krajów członkowskich (ryc. 1).



Ryc. 1. Udział osób niepełnosprawnych w ogólnej liczbie ludności w wieku produkcyjnym w krajach UE w 2005 r. (w %)

Źródło: A. Wilmowska, P. Goryński, *Niepełnosprawność rejestrowana w systemie ubezpieczenia społecznego*, [w:] B. Wojtyniak, P. Goryński (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2008, s.173

Częstość występowania niepełnosprawności rośnie wraz z wiekiem, szczególnie gwałtownie po ukończeniu 40 roku życia. Wśród czterdziestolatków niepełnosprawna jest co dziesiąta osoba, a wśród pięćdziesięciolatków – blisko co piąta, natomiast w grupie osób 70- letnich i starszych prawie co druga [11]. Przewiduje się, że liczba osób wymagających opieki długoterminowej tylko spośród osób starszych wzrośnie z 2,2 mln w 2002 do ok. 4 mln

w roku 2030 [12]. Jak widać, wzrost udziału najstarszej populacji w strukturze ludności zwiększa istotnie rozmiar zadań w zakresie opieki nad osobami niepełnosprawnymi i niesamodzielnymi. Starość i niepełnosprawność stanowi więc zarówno jednostkowy problem osób dotkniętych tymi cechami, jak i poważny problem społeczny. Zapewnienie odpowiednich warunków życia tym osobom wymaga bowiem zabezpieczenia środków do życia, specyficznej opieki zdrowotnej, usług opiekuńczych czy wreszcie bezpieczeństwa w miejscu zamieszkania. Jak powszechnie wiadomo, skojarzenie niepełnosprawności ze starością jest czymś bardziej uciążliwym, dotkliwym i wymagającym większej pomocy niż prosta suma ograniczeń, które każde z nich z osobna pociąga za sobą. Niełatwo być jednocześnie osobą niepełnosprawną i starsza. Nie bagatelizując wcześniejszych uwag należy jednak pamiętać, iż starzenie się niekoniecznie oznacza chorobę bądź niepełnosprawność, z którymi potocznie łączymy to pojęcie. Co prawda w wymiarze biologicznym w okresie dorosłości zwalnia się tempo przemian metabolicznych, ale jednocześnie ustala się względna równowaga procesów anabolicznych wobec katabolicznych. W okresie starości procesy rozpadu zaczynają przeważać nad anabolicznymi, ponieważ jednak ogólne tempo przemian jest obniżone, procesy kataboliczne nie są tak intensywne i szybkie, jak się powszechnie sądzi. Proces starzenia i związanych z nim zmian się może więc przebiegać bardzo wolno, jeśli się go nadmiernie nie przyspiesza prowadzeniem antyzdrowotnego trybu życia. W zapewnieniu zdrowego i pomyślnego starzenia się niezwykle ważną rolę odgrywa niewątpliwie edukacja, dotycząca właściwych zachowań zdrowotnych, które powinny być podejmowane nie tylko w okresie starości, ale już na długo przedtem. Wraz z wiekiem maleje bowiem rola właściwości genetycznych na korzyść zmiennych zewnętrznych (regulatorów). Wiele problemów, które przeżywają ludzie starzy, wiąże się więc przede wszystkim z czynnikami socjokulturowymi oraz wynikającymi ze stylu życia [8].

Podsumowanie

Powszechne przygotowanie się do starości staje się wyzwaniem współczesności. Zmiany związane z procesem starzenia się i towarzyszące im problemy życia codziennego powodują konieczność adaptacji do nowych sytuacji i zadań rozwojowych. W wymiarze jednostkowym coraz wyraźniej zaznacza się potrzeba nabywania wiedzy o prozdrowotnym stylu życia i konsekwencjach starzenia, jak i możliwościach wspierania seniorów, przede wszystkim z myślą o zachowaniu przez nich samodzielności. Wydaje się, że – oprócz edukowania - zasadnicze znaczenie w pomyślnym starzeniu się ma motywowanie do aktywności, zarówno fizycznej, jak i intelektualnej. Należy zdać sobie sprawę, iż niepełnosprawność nadal jest

piętnująca dla chorych i ich rodzin, często prowadząc do ich izolacji i wykluczenia społecznego. W Polsce obecnie wiele osób starszych i niepełnosprawnych nie ma zapewnionej odpowiedniej opieki i pomocy. Rosnące oczekiwania lepszej jakości życia i zmieniająca się sytuacja rodziny sprawiają, że niepełnosprawność i niesamodzielność stały się problemem społecznym [10].

Literatura

1. Szatur – Jaworska B., Błędowski P., Dziegielewska M. *Podstawy gerontologii społecznej*, Oficyna Wydawnicza Aspra, Warszawa 2006, s. 45-48.
2. *Council conclusions on public health strategies to combat neurodegenerative diseases associated with aging and in particular Alzheimer's disease*, Council of the European Union, 2916th Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council meeting, Brussels 2008
3. *Prognoza ludności na lata 2008 – 2035*, GUS, Warszawa 2009.
4. Beck O., Gębka D., Kędziora – Kornatowska K. *Niepełnosprawność i niezdolność do samodzielnej egzystencji u osób starszych*. *Niepełnosprawność i Rehabilitacja* 2015, 15,4: 55-65.
5. Błędowski, P. *Przesłanki demograficzne wprowadzenia nowej formy organizacji i finansowania opieki długoterminowej w Polsce*. W: M. Augustyn (red.) *Opieka długoterminowa w Polsce: Opis, diagnoza, rekomendacje*, Warszawa, 2009, s. 16-32.
6. Beck O., Kędziora – Kornatowska K., Monastyrska E. *Starzenie się i związane z nim wyzwania. Dylematy współczesnych ludzi: radzenie sobie z wielością ról i zadań*. Red. nauk. Liberska H., Malina A., Suwalska-Barancewicz D. Warszawa: Difin SA, 2015, s. 155-162.
7. Domaradzki J. *O definicjach zdrowia i choroby*. *Folia Medica Lodziensia* 2013; 40,1:5-29.
8. Ossowski R. *Teoretyczne i praktyczne podstawy rehabilitacji*. Wydawnictwo Uczelniane WSP, Bydgoszcz 1999.
9. Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r. Karta Praw Osób Niepełnosprawnych, M.P. z 13.08.1997 r., Nr 50, poz. 475.
10. Wilmowska – Pietruszyńska A. *Zabezpieczenie społeczne ryzyka choroby i jej następstw – niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji w Polsce*. Stan aktualny i proponowane zmiany. *Borgis - Postępy Nauk Medycznych* 2009; 4: 256–263.

11. *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.* , GUS, Warszawa 2011.
12. Wilmowska – Pietruszyńska A., Putz J. *Ubezpieczenie pielęgnacyjne jako propozycja rozwiązań systemowych potrzeb osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji.* Borgis - Postępy Nauk Medycznych 2009;4: 264-267.