

Wybrane problemy zdrowotne osób powyżej 90. roku życia

Iwona Bojar¹, Przemysław Bejga², Irena Woźnica¹, Sławomir Ćwikła¹, Alfred Owoc²

¹ Zakład Problemów Zdrowotnych Wieku Podeszłego Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie

² Lubuska Wyższa Szkoła Zdrowia Publicznego w Zielonej Górze

Bojar I, Bejga P, Woźnica I, Ćwikła S, Owoc A. Wybrane problemy zdrowotne osób powyżej 90. roku życia. Med Og Nauk Zdr. 2014; 20(4): 405–411. doi: 10.5604/20834543.1132045

Streszczenie

W ostatnich dekadach w wielu krajach nastąpił szybki wzrost liczby osób w starszych grupach wiekowych. W Polsce prognozy demograficzne do 2035 r. przewidują wzrost liczebny tej grupy, także w przedziale 90 i więcej lat. Sędziwy wiek stanowi główny czynnik ryzyka wielu chorób. Często wiele z nich występuje jednocześnie i tylko niewielki odsetek ludzi w tym wieku cieszy się względnym zdrowiem.

Cel badania. Wieloaspektowa ocena stanu zdrowia osób powyżej 90. roku życia.

Materiał i metoda. Badana populacja to 500 osób w wieku 90 lat i więcej z woj. lubelskiego. Badania przeprowadzono w latach 2013–2014 metodą wywiadu z zastosowaniem autoryzowanego kwestionariusza.

Wyniki. Wśród badanych 77% stanowiły samotne kobiety o niskim poziomie wykształcenia, głównie ze środowiska wiejskiego. Najczęstsze choroby i dolegliwości to: choroby układu krążenia, a zwłaszcza nadciśnienie (42%), CHNS (37%), zaburzenia rytmu serca i miażdżyca (36%), a także zaburzenia ukrwienia kończyn dolnych, cukrzyca, depresja, astma i niewydolność oddechowa. Większość badanych (72,4%) skarżyła się na występowanie u nich bólu przewlekłego, zwłaszcza kręgosłupa i stawów oraz głowy. 80,7% badanych zażywa tabletki przeciwbólowe, z tego 52,8% codziennie. Powszechne w tej grupie są zaburzenia wzroku i słuchu, nietrzymanie moczu i stolca, zaburzenia równowagi i upadki.

Wnioski

1. Charakterystyczną cechą osób w podeszłym wieku jest wielochorobowość. Samoocena stanu zdrowia jest niska. Najczęstsze choroby to: choroby układu krążenia, a zwłaszcza nadciśnienie, zaburzenia rytmu serca, choroba niedokrwienna serca, a także niewydolność oddechowa, osteoporoza i choroby prostaty.
2. Potwierdzono występowanie w tej grupie wielkich problemów geriatrycznych takich jak: starcza depresja, niedosłuch, zaburzenia widzenia, nietrzymanie moczu i stolca oraz upadki i omdlenia.
3. Częste problemy zdrowotne w tym wieku to przewlekłe dolegliwości bólowe, zwłaszcza kręgosłupa, stawów oraz głowy, a także problemy lokomocyjne. Zwraca też uwagę nadmierna konsumpcja środków przeciwbólowych.

Słowa kluczowe

osoby powyżej 90. roku życia, wielkie problemy geriatryczne, samoocena stanu zdrowia

WPROWADZENIE

Na przestrzeni ostatnich dwóch wieków, dzięki rozwojowi cywilizacji i nauki, obserwuje się wydłużenie przeciętnej długości życia ludności. Wyraźne wydłużanie się przeciętnego trwania życia społeczeństw, należy przypisać przede wszystkim rozwojowi nowych technologii medycznych, metod leczenia, ale także po części szeroko propagowanemu, od końca ubiegłego wieku, prowadzeniu zdrowego stylu życia [1, 2].

Starzenie się populacji to jeden z najbardziej istotnych procesów demograficznych współczesnego świata, ale również problem społeczny i ekonomiczny oraz wyzwanie dla systemów opieki zdrowotnej. Tendencje te dotyczą głównie populacji krajów Europy, Japonii i krajów wysoko rozwiniętych, których mieszkańcy żyją znacznie dłużej (zwłaszcza kobiety), niż krajów rozwijających się. Dane GUS wskazują, że również w Polsce w coraz większym stopniu widoczny jest proces zmiany struktury demograficznej, którego cechą jest rosnący udział osób starszych w społeczeństwie, przy czym populacja ta, starzeje się także w swoim obrębie [3, 4].

W ostatnich dekadach w wielu krajach nastąpił szybki wzrost liczby osób w wieku 90 lat i więcej, a zwłaszcza stułatków, i w kolejnych latach przewiduje się wzrost liczebny tej grupy. Osoby stuletnie to grupa, której przyrost jest najbardziej spektakularny, także w polskim społeczeństwie. Zgodnie z danymi GUS, w 2007 roku było 1390 stułatków, w 2013 jest ich 3196, a według prognoz w 2035 roku ma być ich ponad dziewięć tysięcy. Natomiast grupa w przedziale wiekowym 90–99 lat zwiększy się w Polsce do 2035 roku prawie dwukrotnie [3, 4, 5, 6].

Definicje, kryteria, wskaźniki czy progi określające i charakteryzujące starość i jej poszczególne etapy są bardzo różne. Najpowszechniej uwzględniane są podziały wyznaczone przez wiek chronologiczny czy wiek sprawnościowy organizmu. Często, także w Polsce, jako kryterium wkroczenia w wiek starości demograficznej, przyjmuje się wiek nabywania uprawnień emerytalnych. Według ekspertów WHO, starszy wiek można podzielić na trzy kategorie [1]:

- wiek podeszły, do którego zaliczają się osoby pomiędzy 60. a 75. rokiem życia;
- wiek starczy – gdzie kwalifikują się osoby pomiędzy 75. a 90. rokiem życia;
- wiek podeszły sędziwy /długowieczność/ – osoby powyżej 90. roku życia.

Adres do korespondencji: Sławomir Ćwikła, Zakład Problemów Zdrowotnych Wieku Podeszłego Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie, ul. Jaczewskiego 2
E-mail: slavecks@wp.pl

Nadesłano: 13 grudnia 2013 roku; Zaakceptowano do druku: 14 października 2014 roku



Podeszły (sędziwy) wiek stanowi główny czynnik ryzyka wielu chorób. Bardzo często mamy też do czynienia z występowaniem wielu z nich jednocześnie i tylko niewielki odsetek ludzi w podeszłym wieku cieszy się względnym zdrowiem. Zjawisko to określa się mianem „zdrowego” lub „korzystnego” starzenia się i często związane jest z długością życia przekraczającą znacznie średnią. Długowieczność ludzi i zdrowe starzenie się, może stanowić wynik korzystnego współdziałania różnych czynników genetycznych i środowiska, czy też szeroko pojętego stylu życia obejmującego zwyczaje kulturowe, żywieniowe, socjalne, a także system opieki zdrowotnej [2].

CEL BADANIA

Celem badań prowadzonych w Zakładzie Problemów Zdrowotnych Wieku Podeszłego IMW była wieloaspektowa ocena obecnej sytuacji życiowej osób powyżej 90. roku życia, ze szczególnym uwzględnieniem ich aktualnego stanu zdrowia, sposobów odżywiania, trybu życia i form aktywności. Naszym zamiarem było też rozpoznanie uwarunkowań obecnej sytuacji zdrowotnej tych osób, szczególnie w kontekście ich sytuacji społecznej i jej wyznaczników. Celem było również uzyskanie informacji na temat wsparcia społecznego, z jakiego korzystają obecnie osoby sędzive, i występujących w tym zakresie problemów. Na tym etapie realizacji badania przyjęto za cel przedstawienie sytuacji zdrowotnej tej populacji.

MATERIAŁ I METODA

Badania rozpoczęto w pierwszym półroczu 2013 r. w grupie osób w wieku 90 i więcej lat, zamieszkujących aglomeracje miejskie i wiejskie na terenie woj. lubelskiego. Wśród 500 przebadanych osób w wieku 90 lat i więcej, zdecydowaną większość (77%) stanowiły kobiety. Badani reprezentowali dwa środowiska zamieszkania. Najwyższy odsetek wieś – 63,2% ankietowanych, a 36,8% środowisko miejskie. Analiza danych dotycząca płci i miejsca zamieszkania wskazała, że zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn, większość zamieszkiwała na wsi oraz w małych miastach, (odpowiednio 85,2% i 92,5%). Przedstawiciele 90-latków z dużych miast stanowili niewielki odsetek badanych – około 11,1%.

Losowego doboru próby do badania dokonano we współpracy z Urzędem Marszałkowskim w Lublinie oraz ośrodkami pomocy społecznej, dysponującymi ewidencją osób w tym wieku.

Metodą badawczą zastosowaną w badaniu był wywiad. Kwestionariusz badawczy zawierał kilka części. Obok danych demograficzno-społecznych, w tym dotyczących przebytej aktywności zawodowej, sytuacji rodzinnej, stylu życia, samooceny stanu zdrowia i korzystania z różnych form pomocy, zawierał także standaryzowane testy: skalę ADL – oceny podstawowych czynności życia codziennego Katz,a, *Skrócony Test Sprawności Umysłowej (AMTS)*, test jakości życia WHO (wersja skrócona). Kwestionariusz uzupełniały informacje uzyskane od rodziny osoby badanej oraz opinia pracownika socjalnego.

W analizie statystycznej zastosowano program EXEL i Statistica. Istotność określano na poziomie $p < 0,05$.

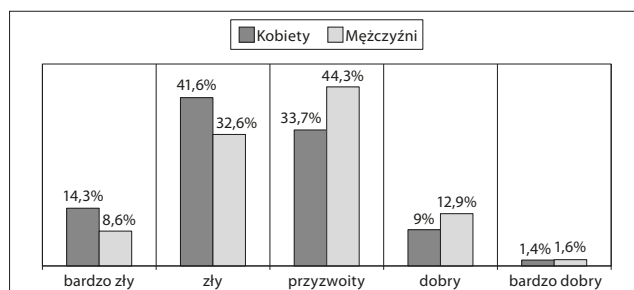
WYNIKI

Badane osoby to głównie wdowy i wdowcy – 81,9%, pozostałe osoby pozostawały w związku małżeńskim – 11,8% – lub były stanu wolnego – 6,1%. Poziom wykształcenia w przypadku 70,6% badanych to wykształcenie podstawowe i niepełne podstawowe, bez wykształcenia było 15,5%. Średnim lub wyższym wykształceniem legitymowało się tylko 13,7% badanych (tab. 1). Ponad 63,2% ankietowanych mieszkała z rodziną, samodzielnie 34,3%, niewielki odsetek – 2,4% – w zakładach opiekuńczych.

Tabela 1. Sytuacja demograficzno-społeczna badanej populacji w wieku 90 i więcej lat (w%)

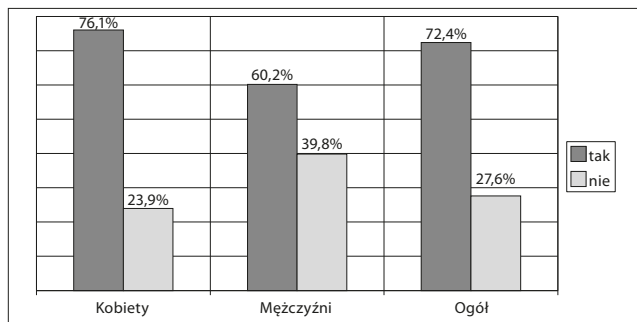
		Kobiety (77%)	Mężczyźni (23%)	Razem
Stan cywilny	Zamężna/zonaty	3,7	39,2	11,8
	Panna/kawaler	6,7	3,9	6,1
	Konkubinaty	0,1	0,4	0,2
	Wdowa/wdowiec	89,5	56,5	81,9
Miejsce zamieszkania	Miasto	39,6	27,2	36,8
	Wieś	60,4	72,8	63,2
Wykształcenie	Bez wykształcenia	16,8	11,6	15,5
	Podstawowe i niepełne podstawowe	70,2	71,7	70,6
	Średnie	10,6	13,9	11,4
	Wyższe	2,4	2,8	2,5

W jednym z pierwszych punktów kwestionariusza zapytano badanych, jak oceniają stan swojego zdrowia według pięciu zaproponowanych kategorii. W wypowiedziach dominowały dwie kategorie. Nieco ponad połowa badanych 52,4% określiła stan swojego zdrowia jako zły lub bardzo zły, a 36,1% jako przyzwoity. Tylko 11,3% badanych oceniło go jako dobry lub bardzo dobry (ryc. 1). Analiza danych dotycząca płci i miejsca zamieszkania badanych osób wykazała, że we wszystkich grupach mężczyźni znacznie lepiej oceniali stan swojego zdrowia niż kobiety. Najbardziej widoczny kontrast obserwowano w grupie osób zamieszkującej miasta, gdzie wśród kobiet było 67% negatywnych ocen własnego stanu zdrowia, a wśród mężczyzn jedynie 26%. Pozytywnie swój stan zdrowia (przyzwoity, dobry i bardzo dobry) oceniło 33% kobiet i 74% mężczyzn.

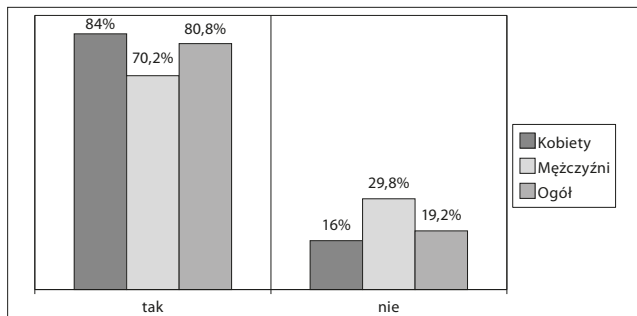
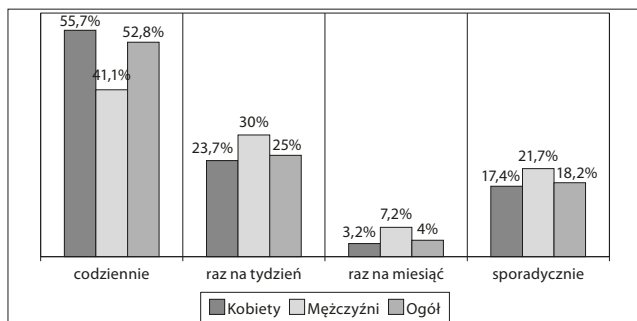


Rycina 1. Samoocena stanu zdrowia badanej grupy wg płci ($p=0,00024$)

Zdecydowana większość osób (72,4%) odpowiedziała twierdząco na pytanie dotyczące występowania u nich bólu przewlekłego, przy czym nieco częściej zgłaszały ten fakt kobiety (76,1%) niż mężczyźni (60,2%) i były to zależności istotne (ryc. 2). Zbliżony odsetek badanych (71,7%) miewa

Rycina 2. Występowanie bólu przewlekłego w badanej populacji ($p=0,00001$)

też różne dolegliwości, w tym bólowe związane ze zmianami pogody. Na ten problem także częściej uskarżały się kobiety niż mężczyźni, a zależności te były również istotne ($p<0,05$). Dolegliwości bólowe łączyły się z przyjmowaniem przez 80,7% badanych tabletek przeciwbólowych, istotnie częściej przez kobiety ($p<0,05$), przy czym ponad 52,8% z tej grupy zażywa je codziennie, a około 24,94% co najmniej raz na tydzień. Pozostałe osoby deklarowały, że czynią to sporadycznie (ryc. 3 i 4).

Rycina 3. Stosowanie tabletek przeciwbólowych przez badanych ($p=0,00001$)Rycina 4. Częstotliwość zażywania tabletek przeciwbólowych przez badanych ($p=0,00208$)

Podczas wywiadu badani wymieniali rodzaje chorób przewlekłych, które występują u nich, oraz stopień nasilenia dolegliwości związanych z nimi, według kryteriów wskazanych w kwestionariuszu (tab. 2). Najczęstsze dolegliwości bólowe i inne problemy zdrowotne związane z funkcjonowaniem tych osób w codziennym życiu, przedstawiono w tab. 3. Dolegliwości niewielkiego stopnia lub umiarkowane dotyczyły około 1/3 ankietowanych, przede wszystkim z chorobami układu krążenia (zaburzenia rytmu serca, nadciśnienie i miażdżycę, choroba niedokrwienna serca), a także zaburzeniami ukrwienia kończyn dolnych i depresją. Problemem zdrowotnym o podobnym zakresie dolegliwości są też objawy niewydolności oddechowej, osteoporoza, zwłaszcza

Tabela 2. Najczęściej występujące choroby w badanej populacji (w %)

Lp.	Rodzaje chorób	Brak choroby (%)	Niewielkie lub umiarkowane dolegliwości (%)			Silne dolegliwości (choroba zaawansowana) (%)		
			K	M	R	K	M	R
1	Zaburzenia ukrwienia kończyn dolnych	19	33	36	33	51	38	47
2	Nadciśnienie	22	35	36	36	46	30	42
3	Zaburzenia rytmu serca	25	38	39	38	38	32	36
4	Miażdżycę	32	34	32	34	35	34	35
5	Choroba niedokrwienna serca	32	32	27	31	37	37	37
6	Choroby prostaty	42	0	30	30	0	29	29
7	Niewydolność oddechowa	46	33	31	32	22	19	21
8	Osteoporoza	50	26	24	26	27	13	24
9	Depresja	51	37	27	34	15	10	14
10	Inne choroby	51	13	16	14	36	34	35
11	Choroby narządów rodnych	74	18	0	18	8	0	8
12	Astma oskrzelowa	74	14	19	16	11	12	11
13	Cukrzyca	75	14	9	13	13	8	12
14	Alergie	80	14	10	12	7	7	7
15	Choroby dermatologiczne	81	12	11	12	7	6	7
16	Choroba nowotworowa	86	7	4	7	7	7	7

Tabela 3. Najczęściej występujące dolegliwości bólowe w badanej grupie (w%)

Lp.	Rodzaj problemu	Brak problemu (%)	Niewielkie lub umiarkowane dolegliwości (%)			Silne i bardzo silne dolegliwości (%)		
			K	M	R	K	M	R
1	Problemy z poruszaniem się	11	32	38	34	58	47	56
1	Bóle stawów	11	30	43	33	61	42	56
2	Bóle kręgosłupa	15	34	38	36	53	42	50
3	Problemy ze snem	24	45	45	44	33	24	32
4	Nerwobóle	25	36	37	36	42	27	39
5	Senność w ciągu dnia	26	49	47	48	26	23	26
6	Przewlekłe zmęczenie	27	44	47	46	31	18	28
7	Bóle mięśniowe	28	44	43	43	31	21	28
8	Bóle głowy (migrenowe, zatoki itp.)	29	42	43	42	32	19	28
9	Problemy z trawieniem	34	43	39	42	26	21	25

w przypadku kobiet, i choroby gruczołu krokowego u mężczyzn.

Dolegliwości bardzo nasilone lub zaawansowane przebieg choroby dotyczył 47% osób z zaburzeniami ukrwienia kończyn dolnych, 42% badanych z nadciśnieniem, 37% z chorobą niedokrwienną serca, 36% z zaburzeniami rytmu serca, z miażdżycą – 35%. W ocenie badanych silne dolegliwości dotyczyły też 29% mężczyzn z chorobami gruczołu krokowego, a także z osteoporozą (24% badanych). Dość duży odsetek osób (36%) zgłaszał silne dolegliwości bólowe

spowodowane innymi chorobami (tab. 2). Spośród innych problemów wymieniane były też: trudności z poruszaniem się i bóle stawów u 89% badanych, bóle kręgosłupa u 85%, problemy ze snem u 76%, nerwobóle u 75%, bóle mięśniowe u 72% oraz bóle głowy u 71%. Większości osób z tej grupy towarzyszyły także objawy przewlekłego zmęczenia, senność w ciągu dnia oraz problemy z trawieniem.

W jednym z pytań poproszono badanych, aby wskazali inne problemy zdrowotne utrudniające im codzienne funkcjonowanie. Ponad połowa z nich (56,0%) potwierdziła, że ma problem z nietrzymaniem moczu. Dotyczył on istotnie częściej kobiet – 60% ($p < 0,05$) – niż mężczyzn – 44%. Natomiast nietrzymanie stolca potwierdziło tylko 14,8% ankietowanych, w tym 17% kobiet i 9% mężczyzn. Zaburzenia widzenia zgłosiło 67,4% ankietowanych, a niedosłuch 80,3%. Problemy lokomocyjne w postaci upadków, zaburzeń równowagi, omdleń potwierdziło w odpowiedziach 35,7% badanych (tab. 4). Problem omdleń, upadków istotnie częściej dotyczył kobiet, zwłaszcza zamieszkujących miasta – 53%, wśród mężczyzn ten problem zgłaszało 31% z nich ($p < 0,05$). Na wsi omdlenia i upadki seniorów zdarzały się rzadziej, odpowiednio wśród 39,2% kobiet i 24,5% mężczyzn.

Tabela 4. Inne problemy zdrowotne w badanej grupie w (%)

Lp.	Problemy	(%) odpowiedzi
1	Niedosłuch	80,3
2	Zaburzenia widzenia	67,4
3	Nietrzymanie moczu	56,1
4	Upadki, omdlenia	35,8
5	Nietrzymanie stolca	14,8

Podczas wywiadu zebrano też dane dotyczące występowania chorób przewlekłych w najbliższej rodzinie badanych osób. Pozytywnej odpowiedzi na to pytanie udzieliło 74,6% badanych. Szczegółowych informacji na temat, jakiego rodzaju były to choroby, udzieliło jednak tylko 25,3% z nich. Wśród osób najbliższych ankietowanym występowały najczęściej: choroby układu krążenia – 38,6%, w tym zwłaszcza nadciśnienie tętnicze – 14,4% i choroba niedokrwienna serca – 14,01% oraz inne choroby związane z układem krążenia – 10,1%. Na drugim miejscu ankietowani wymieniali choroby nowotworowe – 22,2%, inne choroby przewlekłe – 22,7%, cukrzycę – 11,6%, astmę oskrzelową i inne choroby układu oddechowego – 9,7%. Problemem zdrowotnym w rodzinach osób ankietowanych były także choroby neurologiczno-psychiatryczne i choroby narządów zmysłów – 9,6%.

Z danych zebranych podczas badania wynika, że 56,3% ankietowanych nie miało w trakcie swojego życia żadnych poważnych zabiegów ani operacji. Z pozostałej grupy większość (69,3%) miała tylko jeden zabieg lub operację, dwa i więcej zabiegów przeżyło 30,65% badanych. Biorąc pod uwagę rodzaj przeżytych operacji, to wśród mężczyzn, którzy udzielili odpowiedzi na to pytanie, były to: operacje przepukliny, wyrostka robaczkowego, prostaty oraz operacje żołądka i pęcherzyka żółciowego. Ważną pozycję w rodzajach przeżytych zabiegów w tej grupie zajmowały też chirurgiczne i ortopedyczne leczenie złamań oraz opatrywanie i szycie ran oraz inne drobne zabiegi.

W grupie kobiet, które przeżyły w trakcie życia zabiegi lub operacje, na pierwszym miejscu wymieniano: usunięcie pęcherzyka żółciowego i wyrostka robaczkowego – 42,6%

badanych, następnie operację żołądka i inne drobne zabiegi okulistyczne – w przypadku 20,1% kobiet, zabiegi ginekologiczne – 13,8% oraz protezoplastykę stawu biodrowego – 6,8% (tab. 5).

Tabela 5. Przebyte zabiegi operacyjne w badanej populacji w (%)

Lp.	Rodzaj zabiegu	(%) odpowiedzi
1	Cholecysektomia	22,6
2	Operacja żołądka i inne zabiegi okulistyczne	19,3
3	Appendektomia	16,5
4	Protezoplastyka biodra nie związana ze złamaniem i chirurgiczne leczenie złamania stawu biodrowego	13,7
5	Operacja przepukliny	10,8
6	Zabiegi ginekologiczne	10,6
7	Plastyka wieńcowa, inplantacja stymulatora, inne operacje kardiologiczne	7,7
8	Operacja żołądka, jelit i odbytu	5,3
9	Leczenie urazów, złamań, amputacje kończyn i chirurgiczne leczenie innych złamań	5,3
10	Zabieg nieznanymi (inne)	4,7

Z danych z wywiadu uzyskano też informacje o przebiegu i liczbie ciąży u badanych kobiet. 11,5% z nich nie było nigdy w ciąży, a 7,7% zgłosiło fakt poronienia. W przypadku pozostałych kobiet zdecydowana większość ciąży kończyła się porodem i prawie połowa z nich (48,8%) urodziła pierwsze dziecko w wieku średnio 23,7 lat. Drugą ciążę zakończoną porodem potwierdziła nieco ponad połowa kobiet (53,6%) i rodziły one dziecko mając średnio 27,2 lat. Fakt urodzenia trzeciego dziecka potwierdziło 34% badanych, a średnia wieku tych kobiet wynosiła prawie 30 lat (29,5). Czwartą i dalsze ciąży zakończone porodami zgłosiło 26,4% z nich, a średni wiek tych kobiet wynosił wówczas około 34,8 lat.

Ogólnie, średni wiek rodzących kobiet w badanej populacji wynosił 27,1 lat. Poproszono też ankietowane kobiety o podanie daty ich ostatniej miesiączki w życiu. Na to pytanie odpowiedziało tylko 42,2% badanych. Z uzyskanych danych wynika, że ostatnia miesiączka miała miejsce w tej grupie kobiet średnio w 51. roku życia.

DYSKUSJA

Rozwój cywilizacyjny ma swoją cenę, którą jest między innymi wzrost populacji osób starszych w społeczeństwie. Prognozy demograficzne dla Polski przewidują, że do 2035 roku najwyższa dynamika wzrostu będzie widoczna przede wszystkim w najstarszych przedziałach wiekowych, a zwłaszcza w wieku 90 i więcej lat [4]. Starość, która jest naturalnym etapem życia człowieka, łączy się z obniżeniem potencjału zdrowotnego i w konsekwencji powstaniem pewnych objawów, które, w powiązaniu z istniejącą lub pojawiającą się chorobą przewlekłą, prowadzą do dyskomfortu życia. Konsekwencją tego są coraz większe problemy zdrowotne osób w wieku podeszłym w istotny sposób wpływające na ich funkcjonowanie, samodzielność i samopielęgnowanie.

W badanej grupie osób powyżej 90. roku życia z województwa lubelskiego, zdecydowaną większość, zwłaszcza na wsi, stanowiły kobiety. Wynika to między innymi z większej umieralności mężczyzn, która widoczna jest prawie we

wszystkich grupach przyczyn zgonów, także w grupie osób starszych. Potwierdzają to dane z piśmiennictwa wskazujące na charakterystyczną dla populacji Polski dużą różnicę między przeciętnym trwaniem życia mężczyzn i kobiet, znacznie wyższą w porównaniu z najbardziej rozwiniętymi krajami Europy Zachodniej. Z tego też powodu w grupie osób starszych przeważają kobiety i w poszczególnych przedziałach wiekowych tej grupy dysproporcja osób różnych płci doświadczających późnego wieku pogłębia się [3, 7, 8]. Również dane GUS i inne, dotyczące ludności w województwie lubelskim, wskazują nie tylko na wyższy, w porównaniu z miastem, odsetek ludności wiejskiej w wieku poprodukcyjnym, w tym kobiet, ale także na szybko postępujący proces starzenia się ludności na terenie większości powiatów tego województwa [6, 9].

W tym kontekście, a także wyników z innych badań, uzasadnione są dane dotyczące stanu cywilnego naszych ankietowanych, wskazujące na znaczną przewagę wdów, (89,9%) w stosunku do wdowców (56,5%). Również w porównaniu ze strukturą wykształcenia populacji Polski, badana grupa, zwłaszcza ze środowiska wiejskiego, wykazuje znacznie niższy poziom wykształcenia od przeciętnej, dominują bowiem (70,58%) osoby z wykształceniem podstawowym lub niepełnym podstawowym [5, 6, 10].

Charakterystyczne dla osób w podeszłym wieku jest występowanie tak zwanych: wielkich problemów geriatrycznych, opisywanych przez wielu autorów [1, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17].

To stany wieloprzyczynowe, przewlekłe, często współistniejące ze sobą, trudne do leczenia, które stopniowo powodują u starszej osoby utratę samodzielności. Większość ludzi w podeszłym wieku cierpi na co najmniej jedną chorobę przewlekłą, a najczęściej występuje u nich kilka jednocześnie. Powszechnymi chorobami tego wieku są między innymi: choroby układu krążenia, cukrzyca, nowotwory, zespoły ośrodkowe, depresja, a także zaburzenia mobilności i równowagi, upadki, nietrzymanie moczu i stolca, oraz upośledzenie wzroku i słuchu [1, 11, 13, 15, 18, 19]. Uzyskane przez nas dane z wywiadu od osób w wieku podeszłym potwierdzają fakt występowania u nich wielu dolegliwości i chorób, mieszczących się w kategoriach wielkich problemów geriatrycznych.

Dolegliwości o różnym stopniu nasilenia, od niewielkich, aż po zaawansowany przebieg choroby, dotyczyły przede wszystkim ankietowanych z chorobami układu krążenia, zwłaszcza z nadciśnieniem, chorobą niedokrwinną serca, zaburzeniami rytmu serca i miażdżycą. Dane z literatury wskazują, że choroby te są również częstszą przyczyną hospitalizacji osób w wieku podeszłym [20, 21]. Wiodącą rolę odgrywają też następstwa miażdżycy takie jak: niedokrwienne ośrodkowego układu nerwowego, kończyn dolnych, nerek czy narządu wzroku. W badanej grupie problem ten dotyczył 68% osób. Wśród częstych dolegliwości ankietowani wymieniali także niewydolność oddechową, związaną z częstymi, jak wykazują dane literaturowe, w tym wieku chorobami tego układu: POCHP, astma oskrzelowa, zespół bezdechu sennego i inne [22, 23].

W grupie kobiet problemem jest osteoporoza jako konsekwencja zmniejszania się z wiekiem masy kostnej, a w grupie mężczyzn choroby gruczołu krokowego. Wyniki uzyskane z naszego badania potwierdzają dane z ogólnopolskich badań stanu zdrowia ludności z 2009 roku, które wykazały, że długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe występują u prawie co drugiego mieszkańca Polski, a częstość ich występowania w grupie powyżej 80. roku życia

dotyczy ponad 90% ludzi [7]. Z wiekiem zwiększa się także zachorowalność na choroby nowotworowe z powodu między innymi zmniejszonej reakcji immunologicznej wobec nieprawidłowych komórek, zmian hormonalnych czy zwiększonej podatności na działanie czynników patogennych.[1, 7, 12, 24, 25, 26, 27]. Dane uzyskane z wywiadu nie potwierdziły tego faktu, bowiem tylko 14% z nich wskazało w ankiecie tę chorobę.

Jednym z ważniejszych problemów geriatrycznych jest depresja. W populacji osób starszych jest ona rozpowszechniona i stanowi istotny problem kliniczny. Częstość jej występowania, w świetle różnych badań epidemiologicznych, wynosi od 15–30%. Według badań niektórych autorów [10, 12, 15, 17, 28], objawy zespołu depresyjnego towarzyszą często osobom z dolegliwościami bólowymi ze strony układu kostno-stawowego, zwłaszcza kręgosłupa, a także występowaniu u nich przewlekłych chorób somatycznych, czy życiu w pojedynkę. Również w naszym badaniu depresja okazała się dużym problemem, bowiem dotyczyła ponad połowy badanych.

Choroby układu kostno-stawowego stanowią jedną z najczęstszych przyczyn nie tylko dolegliwości bólowych, ale i zaburzeń funkcjonowania osób w wieku podeszłym [10, 28, 29, 30]. Potwierdziły ten fakt także dane z wywiadu od badanych osób, bowiem bóle kręgosłupa i stawów dotyczyły bardzo wysokiego odsetka z nich (odpowiednio 85% i 89%).

Prawie 90% zgłaszało w wywiadzie problemy z poruszaniem się. Zaburzenia mobilności, w tym upadki i omdlenia, jakich doznają ludzie w tym wieku, są poważnym problemem społecznym niosącym za sobą istotne skutki zarówno medyczne, jak i ekonomiczne. Złamania i stłuczenia to najczęstsze, niekorzystne następstwa upadku, powodujące konieczność hospitalizacji osób w podeszłym wieku [12, 15, 21, 30]. Według danych z naszego badania, problem ten dotyczy istotnie częściej ($p < 0,05$) kobiet niż mężczyzn, zwłaszcza ze środowiska miejskiego. Z badań wynika też, iż wielu osobom w podeszłym wieku, towarzyszą takie dolegliwości jak: przewlekłe zmęczenie, senność w ciągu dnia czy problemy ze snem, a także z trawieniem. Występowanie tego rodzaju objawów w tej grupie wiekowej potwierdziła większość osób.

Dane z piśmiennictwa [1, 12, 19, 30] wskazują też na częste występowanie w tej grupie wiekowej takich problemów jak: nietrzymanie moczu, które zgłosiło w naszym badaniu ponad 56% ankietowanych, istotnie statystycznie częstsze ($p < 0,05$) wśród kobiet, oraz w nieco mniejszym stopniu stolca – 14,8%. Upośledzenie tych funkcji organizmu w istotny sposób wpływa na aktywność życiową osób starszych. Uzyskane przez nas wyniki wskazują także na inne duże problemy zdrowotne tej grupy, związane z wiekiem, a dotyczące pogorszenia sprawności narządów zmysłów. Akcentowane są one także w badaniach innych autorów [1, 12, 21, 32, 33]. Są to zaburzenia widzenia, które dotyczyły w naszym przypadku 67,4% osób, a zwłaszcza niedosłuch występujący u ponad 80% ankietowanych, porównywalnie u obydwu płci. Z powodu dysfunkcji wzroku lub słuchu, a nie tylko z powodu upośledzenia funkcjonowania narządu ruchu, obserwuje się też częste u osób w podeszłym wieku objawy niesprawności fizycznej, zaburzenia równowagi oraz upadki.

Dolegliwości bólowe, zwłaszcza przewlekłe z różnych przyczyn, są jednym z najczęstszych objawów towarzyszących osobom w starszych grupach wiekowych. Są powszechne u osób z chorobami narządu ruchu, zwłaszcza kręgosłupa i stawów, chorobami nowotworowymi, nerwobólami, bólami

mięśniowymi [10, 12, 26, 28]. Istotnym problemem są też bóle głowy, zgłaszane także w naszym badaniu przez większość osób. Fakt powszechnego występowania przewlekłych dolegliwości bólowych, w tym także tych związanych ze zmianami pogody, potwierdziło w naszym badaniu ponad 72% osób, dotyczyły jednak one istotnie częściej kobiet ($p < 0,05$) niż mężczyzn. Jedną z najbardziej typowych cech osób w podeszłym wieku jest wielochorobowość. Jej konsekwencją jest często przyjmowanie przez te osoby jednocześnie znacznej liczby różnych leków, co stwarza ryzyko działań niepożądanych. Osobnym problemem jest samooleczenie i niekontrolowane zażywanie przez te osoby leków, np. przeciwbólowych. Dane innych autorów oraz wyniki z naszego badania wskazują na fakt nadmiernego przyjmowania takich środków, istotnie częściej przez kobiety, obok leków zleconych przez lekarzy. Ten fakt może być jedną z przyczyn występowania u osób w tym wieku zespołu objawów chorobowych określanych jako jatrogenny zespół geriatryczny, wynikający z nadmiernej ilości i różnorodności przyjmowanych środków leczniczych [7, 29, 33]. W badanej grupie 90 – latków stosowanie tych tabletek potwierdziło ponad 80% z nich, z tego ponad połowa zażywała je codziennie.

Dane literaturowe wskazują, że zdrowie człowieka i długość jego życia zależą od kilku czynników [2]. Należy do nich szeroko pojęte środowisko, styl życia, biologia medyczna i system opieki zdrowotnej; każdy z nich odpowiada w większym lub mniejszym stopniu za nasze zdrowie. W największym zakresie styl życia, w najmniejszym opieka zdrowotna, natomiast środowisko i biologia medyczna, każde w około 20%.

Biologia medyczna to czynniki genetyczne człowieka, wady i choroby wrodzone, metabolizm karcynogenów i leków, a także przebyte choroby i zabiegi. Wyniki z wywiadu wskazują, że badane osoby powyżej 90. roku życia, to nie tylko osoby genetycznie długowieczne, ale też w okresie swojego dotychczasowego życia ponad 56,3% z nich miało żadnych poważnych zabiegów ani operacji. Tylko 22% badanych musiało poddać się zabiegowi chirurgicznemu i były to przede wszystkim operacje woreczka żółciowego, wyrostka robaczkowego i przepukliny oraz zabiegi ginekologiczne u kobiet. Znaczący odsetek stanowiły interwencje zabiegowe wynikające z procesu starzenia się badanych, takie jak operacje zaćmy i protezoplastyka stawu biodrowego, leczenie urazów i złamań związanych z upadkami. Dane z ankiet dotyczące występowania niektórych chorób przewlekłych w najbliższej rodzinie osób badanych wskazują też na pewne obciążenia genetyczne związane z występowaniem w tej grupie niektórych chorób, przede wszystkim układu krążenia czy oddechowego. Nie potwierdziły się natomiast dane dotyczące chorób nowotworowych, które w badanej grupie wystąpiły w niewielkim odsetku (14%), podczas gdy w najbliższej rodzinie badanych w 22,2%.

Badania stanu zdrowia ludności Polski z 2009 roku potwierdziły fakt gorszej samooceny stanu zdrowia przede wszystkim przez kobiety, zwłaszcza w starszych grupach wiekowych, gorzej wykształcone, owdowiałe i zamieszkujące na wsi [7]. Takie kobiety stanowiły dominującą grupę również w naszym badaniu. Kobiety istotnie częściej niż mężczyźni ($p < 0,05$) prezentowały gorszą ocenę swojego stanu zdrowia. Zwraca też uwagę, znacznie wyższy niż w badaniach z 2009 roku, odsetek osób z województwa lubelskiego, który oceniał swoje zdrowie gorzej niż jako dobre. Wynosił on w 2009 roku – 39%, natomiast w naszym badaniu stan zdrowia jako zły i bardzo zły określiła ponad połowa (52,45%) ankietowanych.

WNIOSKI

1. Badana grupa osób w wieku 90 lat i więcej z terenu województwa lubelskiego to w zdecydowanej większości kobiety samotne /głównie wdowy/ o niskim poziomie wykształcenia, zamieszkujące przede wszystkim na wsi.
2. Charakterystyczną cechą osób w tym wieku jest wielochorobowość. Samoocena stanu zdrowia jest niska. Do najczęstszych chorób i towarzyszących im różnego stopnia dolegliwości należą: choroby układu krążenia, a zwłaszcza nadciśnienie, zaburzenia rytmu serca, choroba niedokrwienna serca, a także zaburzenia ukrwienia kończyn dolnych, niewydolność oddechowa, osteoporoza i choroby prostaty.
3. Badania potwierdziły występowanie w tej grupie wielkich problemów geriatrycznych, zwłaszcza takich jak: starcza depresja, niedosłuch, zaburzenia widzenia, nietrzymanie moczu i stolca oraz upadki i omdlenia.
4. Częstymi problemami zdrowotnymi osób w tym wieku są dolegliwości bólowe, szczególnie kręgosłupa, stawów i mięśni oraz głowy, a także problemy z poruszaniem się. Zwraca też uwagę nadmierna konsumpcja środków przeciwbólowych zażywanych codziennie przez ponad połowę badanych.

PIŚMIENNICTWO

1. Kulik TB, Janiszewska M, Piróg E, Pacian A, Stefanowicz A, Żołnierczuk-Kieliszek D, Pacian J. Sytuacja zdrowotna osób starszych w Polsce i innych krajach europejskich. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2011; 2(17): 90–95.
2. Determinanty zdrowia. W: Wojtczak A (red.). *Zdrowie publiczne*. Wyd. Lekarskie Warszawa: PZWL; 2009: 75–100.
3. Ludność. Stan i struktura demograficzno-społeczna. Warszawa: Wyd. GUS; 2013.
4. Prognoza ludności na lata 2008–2035. Warszawa: Wyd. GUS; 2009.
5. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011. Raport z wyników GUS. Warszawa: Zakład Wydawnictw Statystycznych; 2012.
6. Rocznik Statystyczny GUS. Warszawa; 2012.
7. Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku. Warszawa: Wyd. GUS; 2011.
8. Skrętowicz B. Ludzie starzy w społeczeństwie polskim ze szczególnym uwzględnieniem niepełnosprawnych – stan obecny i prognozy. W: Solecki L (red.). *Problemy ludzi starszych i niepełnosprawnych w rolnictwie*. Lublin: Wyd. IMW; 2004: 11–25.
9. Celińska-Janowicz D, Miszcuk A, Płoszaj A, Smętowski M. Aktualne problemy demograficzne Regionu Polski Wschodniej. Centrum Europejskich Studiów Regionalnych i Lokalnych EUROREG, Warszawa; 2010.
10. Bojar I, Woźnica I, Ćwikła S, Owoc A. Dolegliwości bólowe i zaburzenia funkcjonowania u osób z chorobą zwyrodnieniową kręgosłupa i stawów. W: Lyubienec O, Owoc A (red.). *Doświadczenie, realia i perspektywy rozwoju systemów ochrony zdrowia*. Łwów: 2013: 460–463.
11. Rudnicka-Drożak E. Zagrożenia zdrowia ludzi starych – wielkie problemy geriatryczne. W: Rudnicka-Drożak E. *Zjawisko przemocy wobec osób starszych jako forma zagrożenia zdrowia*. Konstrukcja narzędzia badawczego dla potrzeb podstawowej opieki zdrowotnej. Rozprawa habilitacyjna. Lublin; 2006: 29–38.
12. Wdowiak L, Ćwikła S, Bojar I, Kapka L, Woźnica I. Starość jako problem demograficzno-społeczny oraz zdrowotny. *Medycyna Ogólna* 2009; 15(3): 451–463.
13. Pabis M, Bobik A. Najczęstsze problemy zdrowotne osób w wieku podeszłym na podstawie analizy zespołów geriatrycznych. *Medycyna Rodzinna* 2007; 10(3): 62–65.
14. Bień B. Sytuacja zdrowotna ludzi w podeszłym wieku. W: Grodzicki T, Kocemba J, Skalska A (red.). *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*. Gdańsk: Via Medica; 2006: 42–46.
15. Rudnicka-Drożak E, Rybojad B. Depresja – jeden z wielkich problemów geriatrycznych w praktyce lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. *Medycyna Ogólna* 2010; 16(2): 131–140.

16. Kurczewska U, Jasińska M, Orszulak-Michalak. Problemy socjo-demograficzne w Polsce i na świecie. www.aptekarzpolski.pl/index.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=459&temid=108 (dostęp 2013.08.23).
17. Wojszel ZB, Bień B. Rozpowszechnienie wielkich zespołów geriatrycznych w populacji w późnej starości -wyzwanie dla podstawowej opieki zdrowotnej. *Przegl Lek.* 2002; 59(4-5): 216-221.
18. Gustaw K, Woźnica I, Bylina J. Rozpowszechnienie zespołów otępiennych w tym choroby Alzheimera w populacji mieszkańców województwa lubelskiego. *Medycyna Ogólna* 2008; 14(4): 381-395.
19. Wojszel ZB. Nietrzymanie moczu jako jeden z wielkich problemów geriatrycznych. *Gerontol Pol.* 2003; 2, 1: 9-13.
20. Kaczor I, Lolo A, Makiela O, Wójcik D, Zajbt M, Wełnicki M, Duda-Król WB, Mamcarz A. Najczęstsze przyczyny hospitalizacji chorych w wieku sędziwym na oddziale wewnętrznym. *Gerontol Pol.* 2011; 19(3-4): 146-149.
21. Mossakowska M. Problemy zdrowotne osób w wieku podeszłym-wnioski z projektu PolSenior. W: Samolinski B, Raciborski F (red.). *Zdrowe starzenie się.* Biała Księga. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar 2013; 49-54.
22. Klimiuk K, Wojszel ZB, Gułaj E, Bień B. Problemy diagnostyczne i terapeutyczne wybranych chorób układu oddechowego u osób w wieku podeszłym. *Gerontol Pol.* 2011; 19(1): 7-15.
23. Kołomecka M. Wybrane problemy pulmonologiczne w wieku podeszłym www.umed.lodz.pl/geriatria/pdf/wybrane_problemy_pulmonologiczne.pdf (dostęp 2013.07.23).
24. Wojtyniak B, Goryński P, Moskalewicz B (red.). *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania.* Warszawa: Wyd. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, PZH; 2012.
25. Mossakowska M, Więcek A, Błędowski P. (red.). *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce.* Poznań: Wyd. Termedia, Wydawnictwo Medyczne; 2012.
26. Krzemieniecki K. *Onkologia wieku podeszłego.* W: Samolinski B, Raciborski F (red.). *Zdrowe starzenie się.* Biała Księga. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2013: 69-72.
27. Kołakowski P. Starość i nowotwory. *Journal of Oncology* 2009; 59(3): 226-227.
28. Głodzik J, Głab G. Zespoły bólowe dolnego odcinka kręgosłupa a aktywność zawodowa rolników. *Medycyna Ogólna* 2010; 16 (4): 507-515.
29. Grodzicki T, Kocemba J, Skalska A (red.). *Geriatry z elementami gerontologii ogólnej.* Gdańsk: Via Medica; 2006.
30. Gąbka-Dembał A, Milanowski J. Choroby wieku starszego oraz potrzeby zdrowotne i społeczne tej populacji. W: Solecki L (red.). *Problemy ludzi starszych i niepełnosprawnych w rolnictwie.* Lublin: Wyd. IMW; 2004: 75-80.
31. Wojszel ZB. Upadki osób w zaawansowanej starości na wsi. W: Solecki L (red.). *Problemy ludzi starszych i niepełnosprawnych w rolnictwie.* Lublin: Wyd. Instytut Medycyny Wsi; 2004: 118-126.
32. Klimek E, Wizner B, Skalska A, Grodzicki T. Stan wzroku i słuchu u osób w wieku podeszłym. W: Mossakowska M, Więcek A, Błędowski P (red.). *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce.* Poznań: Wyd. Termedia, Wydawnictwo Medyczne; 2012: 95-108.
33. Samolinski B, Raciborski F (red.). *Zdrowe starzenie się.* Biała Księga. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2013./ www.starzejsiezdrowo.pl/themes/business/files/Raport26022013c.pdf / (dostęp 2013.07.25)

Selected health problems among people aged 90

Abstract

In the last decades in many countries a rapid increase has been observed in the number of the population in older age groups. In Poland, according to the demographic prognosis, until 2035 an increase will be observed in the number of the population aged 90 and over. Old age is the main risk factor of many diseases. Frequently, many of these diseases occur at the same time, and only a low percentage of people at this age enjoy relatively good health.

Objective. The study population covered 500 individuals aged 90 and over from the Lublin Region. The study was conducted in 2013 by the method of an in-depth survey with the use of a questionnaire form.

Results. As many as 77% of respondents were single females with a low education level, mainly from the rural environment. The most frequent complaints were: cardiovascular diseases, especially hypertension (42%), IHD (37%), arrhythmia and atherosclerosis (36%), as well as disorders in blood supply to the lower extremities, diabetes, depression, asthma, and respiratory failure. The majority of respondents (72.4%) complained of chronic pain, especially concerning the spine, joints, and head; 80.7% used painkillers, 52.8% every day. Disorders of vision and hearing, urinary and stool incontinence, balance disorders and falls were commonly observed in this population.

Conclusions:

A characteristic feature of the population at old age is comorbidity. Self-reported state of health is low. The most frequent diseases are: cardiovascular diseases, especially hypertension, arrhythmia, ischemic heart disease, as well as respiratory failure, osteoporosis and prostate diseases.

The presence of geriatric problems was confirmed in this population, such as: senile depression, hearing loss, vision disorders, urinary and stool incontinence, falls and fainting.

Frequent health problems at this age are pain complaints, especially concerning the spine, joints and head, as well as locomotor problems. An excessive consumption of analgesics is noteworthy.

Key words

population aged over 90, serious geriatric problems, self-reported state of health

