

I. ARTYKUŁY

LUCYNA FRĄCKIEWICZ

STARZENIE SIĘ LUDNOŚCI POLSKI I JEGO KONSEKWENCJE

Proces starzenia się ludności występuje we wszystkich krajach europejskich. W Europie prognozuje się ponad 70 milionowy przyrost ludności w wieku 60 lat i więcej w okresie 1995 - 2050. W przeliczeniu na 1000 ludności liczba osób w wieku 60 lat i więcej wzrośnie w tym okresie ze 186 do 326. Szczególnie znaczący przyrost obserwuje się w najstarszych grupach wiekowych, a zatem osób powyżej 80 lat. Starzenie się społeczeństw polega na wzroście udziału osób starszych w ogólnej liczbie ludności, jest zatem konsekwencją wydłużenia się trwania życia przy równoczesnej malejącej liczbie urodzeń.

W Polsce w okresie ostatnich lat oba te zjawiska demograficzne ujawniają się w sposób bardzo widoczny. Odpowiednie dane ilustrują tabele 1 i 2.

Tabela 1

Przeciętne dalsze trwanie życia

| Wyszczególnienie | | Mężczyźni | | | | | Kobiety | | | | |
|------------------|-----------|---|-------|-------|-------|-------|---------|-------|-------|-------|-------|
| | | przeciętna liczba dalszego trwania życia dla osób w wieku lat | | | | | | | | | |
| | | 0 | 15 | 30 | 45 | 60 | 0 | 15 | 30 | 45 | 60 |
| OGÓLEM | 1980-1981 | 66,88 | 54,02 | 40,08 | 26,90 | 15,74 | 75,44 | 62,18 | 47,55 | 33,35 | 20,31 |
| | 1985-1986 | 66,86 | 53,63 | 39,54 | 26,32 | 15,31 | 75,33 | 61,83 | 47,16 | 32,94 | 19,90 |
| | 1990-1991 | 66,73 | 53,27 | 39,28 | 26,22 | 15,53 | 76,30 | 62,64 | 47,97 | 33,79 | 20,79 |
| | 1992 | 66,71 | 53,09 | 39,08 | 26,05 | 15,40 | 75,70 | 61,91 | 47,24 | 33,04 | 20,03 |
| | 1993 | 67,37 | 53,67 | 39,56 | 26,36 | 15,48 | 76,00 | 62,14 | 47,44 | 33,20 | 20,10 |
| | 1994 | 67,51 | 53,92 | 39,84 | 26,67 | 15,76 | 76,08 | 62,38 | 47,69 | 33,44 | 20,35 |
| | 1995 | 67,62 | 53,92 | 39,81 | 26,68 | 15,84 | 76,38 | 62,56 | 47,87 | 33,61 | 20,52 |
| | 1996 | 68,12 | 54,33 | 40,18 | 26,89 | 15,93 | 76,57 | 62,66 | 47,95 | 33,61 | 20,52 |

Źródło: Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1997, Warszawa 1998.

Tabela 2

Płodność kobiet

| Lata | W l.b. w tys. | Na: | |
|------|---------------|---------------|---------------------------------|
| | | 1000 ludności | 1000 kobiet w wieku 15 - 49 lat |
| 1970 | 547,8 | 16,8 | 64 |
| 1980 | 695,8 | 19,6 | 76 |
| 1990 | 547,7 | 14,4 | 58 |
| 1994 | 481,3 | 12,5 | 49 |
| 1995 | 433,1 | 11,2 | 43 |
| 1996 | 428,2 | 11,1 | 43 |

Źródło: Rocznik Statystyczny Demografii, GUS, 1997.

Coraz szybszy proces starzenia się polskiego społeczeństwa jest widoczny zarówno w ujęciu strukturalnym, jak również w liczbach bezwzględnych. Ludność w wieku 65 lat i więcej wzrosła w Polsce z 3589,1 tys. w r. 1980 do 4425,8 tys. w r. 1996. Tym samym udział osób starszych wzrósł z 10,0% do 11,3%. W stosunku do sytuacji w r. 1950, w którym udział osób starszych stanowił 5,3% jest to wzrost ponad dwukrotny. Przyrosty ludności w wieku powyżej 65 lat nie kształtowały się równomiernie. Były one bowiem konsekwencją zaistniałych w okresie wojny i powojennym falowań wyżu i niżu demograficznego. Jedną z najbardziej prawdopodobnych prognoz obejmująca okres do roku 2020 zakłada przyrost osób w wieku 65 lat i więcej o 2155 tys., a zatem łączna liczba osób starszych sięgnie 6,5 mln. Przewiduje się bardzo znaczący, bo ponad dwukrotny wzrost liczby ludności w wieku 70 - 79 lat oraz 80 - 89 lat. Nie wymagają komentarza problemy związane ze stworzeniem właściwych warunków egzystencji w tej grupie ludności.

Badania GUS dotyczące stanu zdrowotnego ludności Polski bardzo wyraźnie wskazują na pogorszenie się jej stanu zdrowia w miarę postępującego wieku. Brak nam niestety szerszych badań bardziej obiektywnych, wypada się zatem oprzeć na badaniach oceny własnego zdrowia na podstawie wypowiedzi respondentów. Przedstawiają się one następująco (tab. 3):

Tabela 3

**Osoby w wieku 15 lat i więcej według oceny własnego zdrowia
oraz cech demograficzno-społecznych**

| Wyszczególnienie | Ogółem | Samoocena stanu zdrowia | | | | |
|------------------|--------|-------------------------|-------|-------------|------|------------|
| | | bardzo dobre | dobre | takie sobie | złe | bardzo złe |
| | | w odsetkach | | | | |
| Ogółem | 100,0 | 8,5 | 35,4 | 34,4 | 17,7 | 4,1 |
| Miasta | 100,0 | 8,8 | 36,7 | 35,5 | 15,3 | 3,7 |
| Wieś | 100,0 | 7,8 | 33,1 | 32,5 | 21,9 | 4,7 |
| Płeć: | 100,0 | | | | | |
| mężczyźni | 100,0 | 10,4 | 38,0 | 32,1 | 16,1 | 3,4 |
| kobiety | | 7,0 | 33,4 | 36,1 | 18,9 | 4,6 |
| Wiek: | | | | | | |
| 15 - 19 | 100,0 | 28,0 | 58,0 | 12,7 | 1,1 | 0,2 |
| 20 - 24 | 100,0 | 22,4 | 59,0 | 16,0 | 2,4 | 0,1 |
| 25 - 29 | 100,0 | 13,7 | 61,8 | 21,4 | 2,7 | 0,5 |
| 30 - 34 | 100,0 | 10,4 | 56,0 | 28,8 | 4,0 | 0,8 |
| 35 - 39 | 100,0 | 6,1 | 46,7 | 38,5 | 7,7 | 1,0 |
| 40 - 44 | 100,0 | 4,8 | 38,2 | 43,4 | 12,0 | 1,6 |
| 45 - 49 | 100,0 | 2,7 | 26,8 | 47,2 | 20,4 | 2,9 |
| 50 - 54 | 100,0 | 2,7 | 18,4 | 46,6 | 27,7 | 4,7 |
| 55 - 59 | 100,0 | 1,8 | 14,1 | 43,6 | 33,2 | 7,3 |
| 60 - 64 | 100,0 | 2,1 | 10,5 | 42,1 | 37,6 | 7,7 |
| 65 - 69 | 100,0 | 1,5 | 8,0 | 40,2 | 38,2 | 12,1 |
| 70 - 74 | 100,0 | 1,7 | 6,9 | 36,3 | 42,1 | 13,1 |
| 75 - 79 | 100,0 | 2,2 | 7,5 | 32,7 | 43,4 | 14,1 |
| 80 i więcej | 100,0 | 1,6 | 7,5 | 33,4 | 40,4 | 17,0 |

Sprawą ważną jest rodzaj dolegliwości, na które skarżą się osoby starsze. Obrazuje to tabela 4.

Tabela 4
Występowanie chorób przewlekłych oraz rodzaj szkoleń przewlekłych

| Rodzaj schorzenia | Ogółem ludność | Udział osób w wieku | | |
|--------------------------------|----------------|---------------------|---------|---------|
| | | 65 - 69 | 70 - 74 | 75 - 79 |
| Ogółem | 62,1 | 90,8 | 92,7 | 92,7 |
| Choroba nadciśnieniowa | 16,4 | 38,0 | 42,6 | 38,3 |
| Niedokrwienność choroby serca | 10,5 | 31,3 | 28,9 | 30,9 |
| Inne choroby serca | 7,7 | 15,3 | 16,8 | 16,3 |
| Miażdżyca | 7,1 | 21,9 | 25,1 | 31,7 |
| Reumatoidalne zapalenie stawów | 17,8 | 40,8 | 43,8 | 39,6 |
| Wrzody żołądka i dwunastnicy | 7,6 | 10,1 | 6,9 | 8,9 |
| Choroby wątroby | 7,6 | 17,3 | 15,6 | 13,3 |
| Choroby kości (kręgosłupa) | 20,8 | 39,9 | 34,0 | 34,9 |
| Nerwice | 13,7 | 20,6 | 18,7 | 14,9 |
| Nerwobóle, zapalenie nerwobóli | 7,5 | 13,1 | 11,4 | 14,2 |
| Uczulenia (alergie) | 9,1 | 10,1 | 7,9 | 6,9 |

Źródło: *Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia*, GUS, Warszawa 1997.

W świetle tabeli nie dziwi fakt, że osoby starsze zgłaszały przeciętnie po kilka chorób przewlekłych – blisko 3,5 wobec 1,8 wśród ogółu ludności w kraju.

Starsza generacja ludności Polski przeżywała okresy wielu trudności ekonomicznych, politycznych i społecznych. Nie mogły więc one pozostawać bez wpływu na stan jej zdrowia. Mimo tak bardzo niekorzystnego obrazu stanu zdrowotności ludności starszej – według jej własnej oceny – zastanawia stosunkowo rzadkie korzystanie z pomocy lekarskiej ambulatoryjnej. Jest ono przy tym odwrotnie proporcjonalne do zadeklarowanego stanu zdrowia. W świetle badań statystycznych nie korzysta z pomocy lekarskiej 21,9% osób starszych, w czym 26% osób w wieku 60 - 64 lat i 17,1% osób powyżej 80 lat. Być może, że najstarsza grupa ludności nie ma nawyku leczenia ukształtowanego w okresie młodszym, względnie też dostępność do tych usług jest bardzo ograniczona. Badania dokumentują przy tym znacznie niższy poziom wykształcenia ludności najstarszej, znacznie wyższy natomiast ludności młodszej, choć już wchodzącej w wiek emerytalny i równocześnie korelację dodatnią między poziomem wykształcenia a częstotliwością korzystania z ambulatoryjnej pomocy służby zdrowia. Podobnie korzystanie z pobytów w sanatoriach i szpitalach sanatoryjnych wykazuje duże zróżnicowanie w zależności od poziomu wykształcenia i wieku na niekorzyść ludności z wykształceniem podstawowym oraz grup najstarszych. Inaczej przedstawia się sytuacja w odniesieniu do korzystania ludzi starszych ze szpitali. Częściej korzystają ze szpitali starsi mężczyźni niż kobiety. Grupa osób w wieku 65 lat i więcej korzysta ze szpitali w stopniu znacznie częstszym, niż ogół ludności przy czym w przeliczeniu na 10 tys. ludności obserwuje się zwiększenie liczby osób starszych korzystających ze szpitali w okresie minionych 15 lat. Odpowiednie dane przedstawia tabela 5.

Tabela 5

Leczeni w szpitalach według wieku i płci

| Płeć | | Ogółem | 65 lat i więcej |
|-----------|------|--|-----------------|
| | | na 10 tys. ludności danej płci i grupy wieku | |
| Mężczyźni | 1980 | 967,7 | 2004,0 |
| | 1985 | 972,7 | 2274,1 |
| | 1989 | 946,4 | 2365,5 |
| | 1990 | 987,5 | 2465,3 |
| | 1991 | 1010,5 | 2490,9 |
| | 1992 | 1010,4 | 2552,3 |
| | 1993 | 1050,7 | 2766,4 |
| | 1994 | 1073,8 | 2825,4 |
| | 1995 | 1095,0 | 2916,2 |
| Kobiety | 1980 | 1055,9 | 1395,0 |
| | 1985 | 1151,6 | 1628,0 |
| | 1989 | 1077,4 | 1725,4 |
| | 1990 | 1124,5 | 1803,5 |
| | 1991 | 1131,9 | 1834,1 |
| | 1992 | 1137,7 | 1894,9 |
| | 1993 | 1184,9 | 2025,0 |
| | 1994 | 1209,8 | 2096,8 |
| | 1995 | 1217,4 | 2157,9 |

Źródło: Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1997, Warszawa 1998.

Fakt ten łączyć należy głównie z coraz bardziej upowszechniającymi się schorzeniami nowotworowymi wymagającymi leczenia w zakładach zamkniętych. Podobnie dokonujący się postęp wiedzy medycznej i możliwości wydłużania życia chorym na schorzenia układu krążenia wymaga hospitalizacji, której osoby starsze coraz chętniej się poddają.

Dostępne dane statystyczne dotyczące przyczyn zgonów ludności wg wieku wskazują, że około 50% stanowią zgony związane ze schorzeniami układu krążenia, ponad 25% zgony na skutek schorzeń nowotworowych. Zgony na te schorzenia z reguły poprzedza długi okres chorobowy.

Oczywiście problem wzrastających świadczeń medycznych ma swój wymiar ekonomiczny. Warto w tym miejscu wskazać na obliczone przez niemiecką kasę wydatków na świadczenia ubezpieczonego w zależności od wieku i płci (tab. 6).

Sprawą charakterystyczną dla osób starszych jest niechęć do opuszczania własnego środowiska mieszkalnego. Nawet w przypadku dużej już niepełnosprawności decyzyja ta jest z reguły trudna.

Wystarczy tu przytoczyć odpowiedzi ankietowanych przez GUS osób starszych, dotyczących przeniesienia się do domu pomocy społecznej w przypadku pełnej utraty zdolności do samoobsługi. Mimo utraty zdolności do samoobsługi, w środowisku swego zamieszkania chciałoby pozostać 68% badanych (w tym 66,5% osób w wieku 60 - 64 lat i 76,5% osób w wieku powyżej 80 lat) i to niezależnie od płci; nie wykazano bowiem w tym zakresie większych różnic. Około 26,5% nie miało w tym zakresie zdania (18% wśród ludności najstarszej), a zaledwie około 6% wołałoby się przenieść do domu pomocy społecznej. Sprawą oczywistą są natomiast dość

znaczne zróżnicowania tych odpowiedzi w zależności od typów gospodarstw domowych (samotnie gospodarujący, para małżeńska lub zamieszkiwanie wspólnie z innymi osobami). Najbardziej skłonni do przeniesienia się do domu pomocy społecznej są ludzie zamieszkujący samotnie, a zwłaszcza mężczyźni. Ogólna jednak niechęć do zamieszkania w domach pomocy społecznej nawet w przypadkach utraty zdolności do samoobsługi zaznaczyła się bardzo wyraźnie.

Tabela 6

Wydatki kapitałowe w DM AKV Zachód (średnie wydatki na świadczenia na ubezpieczonego)

| Grupa wiekowa | Ubezpieczeni obowiązkowo/dobrowolnie | |
|---------------|--------------------------------------|---------|
| | mężczyźni | kobiety |
| 0 - 14 | 1122,05 | 990,06 |
| 15 - 19 | 1145,14 | 1372,69 |
| 20 - 24 | 1321,53 | 1822,55 |
| 25 - 29 | 1547,59 | 2492,67 |
| 30 - 34 | 1686,79 | 2404,67 |
| 35 - 39 | 2184,21 | 2513,76 |
| 40 - 44 | 2356,27 | 2462,22 |
| 45 - 49 | 3054,04 | 3011,91 |
| 50 - 54 | 3597,36 | 3385,92 |
| 55 - 59 | 4641,48 | 3952,22 |
| 60 - 64 | 5336,88 | 4625,20 |
| 65 - 69 | 4462,71 | 4046,22 |
| 70 - 74 | 5131,17 | 4748,09 |
| 75 - 79 | 5879,78 | 5618,20 |
| 80 i więcej | 6402,11 | 6217,11 |

Źródło: A. Grosch, *Wyrównanie struktur ryzyka RSA między Kasami ustawowego ubezpieczenia społecznego w Niemczech* (mat. powielony), Jachrana 1998.

Standard domów opiekuńczych i negatywna ocena ich funkcjonowania ma tu swoją wymowę. Innym już zagadnieniem jest ich rozmieszczenie, rzadka ich sieć wymagająca od potencjalnych pensjonariuszy zmiany środowiska. W obszernej zagranicznej literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na negatywne konsekwencje zmiany środowiska w wieku starszym – sugerując inne, instytucjonalne formy rozwiązań; umożliwiające pozostanie w dotychczasowym środowisku. Lansowana jest przy tym zasada współdziałania różnego rodzaju służb socjalnych w organizacji opieki przy równoczesnym zaangażowaniu środków własnych ludności tej opieki wymagającej. Model ten w warunkach polskich jest trudny do realizacji z uwagi na brak odpowiedniego rozwinięcia form opieki. Dodatkowym elementem poważnie utrudniającym rozwiązanie tego problemu jest na ogół niekorzystna sytuacja materialna ludności utrzymującej się z rent i emerytur, która nie jest w stanie pokrywać ponadstandardowych świadczeń.

Sprawą całkowicie oczywistą jest potrzeba rozwijania działań profilaktycznych w zakresie przygotowania się do starości, nie tylko w sensie koncepcji życia w schyłkowym jego okresie, ale przede wszystkim w zakre-

sie profilaktyki niepełnosprawności. Są to zadania trudne, ale doświadczenia krajów zachodnioeuropejskich wskazują na istotne możliwości utrzymania dobrej kondycji psychofizycznej w okresie nawet późnej starości.

Komitet Współpracy Międzynarodowej do Spraw Krajowych Badań Demograficznych przedstawił zestaw czynników mających wpływ na stan zdrowia. Są to:

1) **czynniki ekologiczne:**

— region geograficzny urodzenia i zamieszkania, jakość środowiska przyrodniczego w miejscu zamieszkania,

2) **indywidualne cechy społeczno-zawodowe i kulturowe:**

— przynależność do klasy lub warstwy społecznej oraz grupy etnicznej, poziom wykształcenia, wykształcenie rodziców, stosunek do pracy zawodowej (aktywność zawodowa), wykonywany zawód, stan cywilny,

3) **poziom życia:**

— dochód osobisty lub dochód rodziny, wyposażenie gospodarstwa domowego, struktura spożycia gospodarstwa domowego,

4) **styl życia:**

— charakterystyka diety, spożycie alkoholu i zużycie tytoniu, zachowania zdrowotne.

Przedstawione wyżej czynniki świadczą dobitnie, że na stan zdrowia ludności wpływają przede wszystkim ogólne warunki życia, stąd też ich ocena stanowi problem multidyscyplinarny. Nie wymaga komentarzy fakt, że w krajach zamożnych o wysokim dochodzie narodowym wytworzonym i podzielonym większość społeczeństwa żyje dostatnio czy to z pracy, czy to z kapitału, posiadając gwarancje bezpieczeństwa socjalnego. W niektórych krajach nawet w przypadku utraty pracy na skutek bezrobocia czy długotrwałej choroby, system świadczeń socjalnych gwarantuje egzystencję co najmniej na poziomie minimum socjalnego. Dobrze na ogół rozwinięty system ubezpieczeń chorobowych stwarza ponadto gwarancje stałej dbałości o zdrowie zarówno w odniesieniu do działań profilaktycznych, jak i leczniczych i rehabilitacyjnych. Niestety, sytuacja w tym zakresie jest w Polsce wyjątkowo niekorzystna, co nie pozostaje bez wpływu na kondycję zdrowotną starszej generacji.

Jak już wspomniano struktura zgonów ludności starszej według przyczyn bardzo wyraźnie wskazuje na dominację schorzeń układu krążenia i schorzeń nowotworowych. Te właśnie dwie grupy schorzeń powodują ponad dwie trzecie wszystkich zgonów ludności starszej. Duży również odsetek zgonów powodują wypadki komunikacyjne, które wśród osób starszych, z uwagi na brak orientacji przestrzennej, zaburzenia wzroku oraz słuchu występują ze szczególnie dużą częstością. Badania gerontologiczne prowadzone w Polsce dość wyraźnie dokumentują, że często w schyłkowym okresie życia poziom niepełnosprawności i niezaradności wymaga różnych form pomocy i pielęgnacji, przy czym okres opieki terminalnej jest nieraz bardzo długi (kilkuletni). Zachodzi zatem pytanie, w jaki sposób można organizować opiekę nad osobami starszymi. Nie ulega wątpliwości, że najbardziej właściwym środowiskiem jest rodzina, aczkolwiek problem opieki rodzinnej nie jest bynajmniej prosty. W okresach poprzednich znaczna aktywność

zawodowa kobiet, obejmująca kobiety średniego i młodszego pokolenia nie pozwalała na stworzenie warunków właściwej opieki nad generacją najstarszą, obecnie z kolei dezaktywizacja kobiet, bezrobocie i pogarszanie się warunków ekonomicznych wielu rodzin, a przede wszystkim warunki mieszkaniowe utrudniają koegzystencję rodzin wielopokoleniowych. Równocześnie jednak występują i inne tendencje. Wśród bezrobotnych rodzin często emerytury i renty starszych członków rodzin stanowią jedyne stabilne źródło dochodów, a tym samym chętniej zamieszkuje się wspólnie. W Polsce przy rozluźnieniu więzów międzypokoleniowych na skutek dystansów przestrzennych, a często także społeczno-kulturowych i obyczajowych między generacjami, samotne bytowanie ludzi starszych występuje często i stanowi poważny problem społeczny. Obliguje równocześnie do rozwijania wszechstronnych działań opiekuńczych zinstytucjonalizowanych form opieki społecznej, która nie może ograniczać się tylko do świadczeń pieniężnych, lecz również nakierowana być musi na świadczenia w naturze i usługach oraz przede wszystkim na rozwijanie kontaktów międzyludzkich i kulturowych.

W rozwiązaniu tych bardzo trudnych problemów znacząca rola przypada polityce mieszkaniowej, która dostosowując lokalizacje mieszkań do potrzeb i życzeń rodzin i starszych osób samotnych, mogłaby łagodzić skutki osamotnienia. Warunki mieszkaniowe mają bowiem znaczący wpływ na kształtowanie się warunków i stosunków między poszczególnymi generacjami. Małe mieszkania nie sprzyjają koegzystencji rodzin wielopokoleniowych, ponieważ w pomieszczeniach, w których brak odpowiedniej liczby izb mieszkalnych, łatwiej o różnego rodzaju konflikty. Małe mieszkania – tradycyjne już obecnie w Polsce M-3 czy M-4 – nie stwarzają praktycznie możliwości dobrowolnego współzamieszkania trzech generacji. Przy stosunkowo dość jeszcze wysokiej dzietności rodzin polskich w porównaniu z innymi krajami europejskimi niełatwo jest o przysłowiowe „miejsce dla starego człowieka” w niedużych mieszkaniach rodzinnych. Trzeba sobie zdawać sprawę, że mała powierzchnia mieszkalna w poważnym stopniu dezintegruje rodziny wielopokoleniowe. W Polsce od dziesiątków lat wielkość oddawanych do użytku mieszkań odbiega od sytuacji w innych krajach europejskich i mimo różnych prób rozwiązań architektonicznych i urbanistycznych nie udało się osiągnąć takiego modelu, który mógłby w pełni satysfakcjonować osoby starsze. Coraz częściej jednak zwraca się uwagę na konieczność kompleksowego traktowania całego środowiska mieszkalnego jako strefy „przychylnej” starości.

Wspomniane już badania GUS, które oparte zostały na ocenie własnego zdrowia jednoznacznie wskazują na ograniczenia mobilności ludności w miarę postępującego wieku. Odpowiednie dane prezentuje tabela 7.

Sprawą całkowicie oczywistą staje się więc potrzeba dostosowania środowiska mieszkalnego do niesprawności ludności starszej, zamieszkującej dany obszar. Bariery architektoniczne i urbanistyczne często uniemożliwiają funkcjonowanie osób niepełnosprawnych. Dotyczy to zarówno rozkładu mieszkań, braku balkonów, zbyt wąskich korytarzy, uniemożliwiających użytkowanie wózków inwalidzkich, niefunkcjonalnych łazienek i ubikacji,

braku wind, a także niebezpiecznych przejść ulicznych pozbawionych urządzeń świetlnych i sygnalizacyjnych.

Tabela 7

Mobilność osób dorosłych w 1996 roku

| Grupy wieku | Osoby o ograniczonej mobilności | Osoby, których przestrzeń życiowa jest ograniczona do | | |
|-------------------------------|---------------------------------|---|------|-----------------------|
| | | łóżka | domu | domu i jego otoczenia |
| W odsetkach danej grupy wieku | | | | |
| 50 - 54 | 7,5 | 0,2 | 1,5 | 5,8 |
| 55 - 59 | 10,9 | 0,6 | 1,4 | 8,9 |
| 60 - 64 | 14,9 | 0,7 | 2,8 | 11,3 |
| 65 - 69 | 20,3 | 1,5 | 4,6 | 14,3 |
| 70 - 74 | 25,5 | 1,0 | 5,6 | 18,9 |
| 75 - 79 | 32,7 | 3,4 | 6,4 | 23,0 |
| 80 i więcej | 52,9 | 8,2 | 15,5 | 29,2 |

Źródło: *Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1997*, GUS, Warszawa 1998.

Wymienione przykładowo braki i niedogodności, przy równocześnie często występującym syndromie ubóstwa i nieporadności, powodują wyjątkowo trudną sytuację ludności starszej. Warto więc w tym miejscu podkreślić, że w wielu krajach degradacja ludności starszej niepełnosprawnej staje się przedmiotem szerokiej dyskusji. W krajach zachodnioeuropejskich, w których proces starzenia ludności wystąpił ze szczególną ostrością, dyskutuje się o „ekonomii politycznej wieku podeszłego” – i poszukuje przyczyn deprawacji ekonomicznej i społecznej ludzi starych nie tylko w stosunkach klasowych oraz praktyce zatrudnienia, ale także w samej polityce społecznej. Na podstawie bogatej literatury amerykańskiej B. Synak wskazuje na występującą polaryzację form opieki świadczonej na rzecz osób starszych niepełnosprawnych i pełnosprawnych wynikającą z przynależności klasowej i ich sytuacji materialnej w okresie aktywności zawodowej. Zwraca przy tym uwagę na rozwijający się w wielu krajach zachodnich ruch przeciwdziałający dyskryminacji ludności starszej, krytykujący standard opieki zdrowotnej i socjalnej, walczący o nowy styl życia nowego pokolenia. Ten nowy zupełnie ruch określony mianem gerontologii radykalnej kształtuje odmienne od dotychczasowego podejście do potrzeb i zaspokajania potrzeb ludności starszej. Przypuszczać można, że ruch ten nie pozostanie bez wpływu na nasz kraj, w którym dotychczas zbyt mało poświęca się uwagi przeobrażeniom kulturowym i ekonomicznym ludności starszej i nie dostrzega zmieniających się potrzeb najstarszych generacji. Wypada w tym miejscu podkreślić, że podstawowe działania polityki społecznej koncentrują się nie tylko na zaspokajaniu potrzeb różnych grup ludności, lecz powinny je również rozwijać i kształtować. Dotychczasowe doświadczenia wykazały negatywne skutki pozostawiania problemów demograficznego starzenia się miast lub dzielnic poza działaniem kontrolowanym. Dlatego też w przyszłości konieczne wydaje się skoncentrowanie działań, głównie na przygotowaniu ludności w znacznie wcześniejszej fazie życia, w okresie pełnej

sprawności psychofizycznej do okresu starzenia oraz dostosowanie infrastruktury osiedlowej do potrzeb ludności w różnym wieku. Pozostawienie tej problematyki poza sferą działań planowych nie pozwala na prawidłowe rozwiązania, a konsekwencje tego stanu rzeczy są praktycznie nieodwracalne.

Mieszkania dla osób starszych powinny być sytuowane w sąsiedztwie terenów zieleni rekreacyjnej oraz zespołów usług osiedlowych. Temu służyć powinna polityka budowy i zamiany mieszkań.

Problem opieki nad człowiekiem starym znajduje się w centrum uwagi systemu opiekuńczego wielu krajów. Powszechne jest rozwijanie, obok zakładów zamkniętych o różnorodnym profilu, domów dziennego pobytu oraz organizowanie pomocy ludziom starszym w domu. W Niemczech rozwijają się intensywnie oddziały pielęgnacyjne, w których zakres świadczeń leczniczych jest bardzo ograniczony, natomiast rozwijane są działania pielęgnacyjne i rehabilitacyjne. Pomimo istniejącego systemu pomocy, z którego na ogół korzystają osoby najuboższe, koszt różnych form świadczeń jest znaczny i obciąża osoby zainteresowane lub ich rodziny. Rozwiązanie organizacyjne opieki nad osobami starszymi są przy, tym odmienne od rozwiązań dotyczących osób młodszych, podkreśla się konieczność stosowania specjalnego programu leczniczego i pielęgnarskiego oraz uwzględnienia wspólnej egzystencji par małżeńskich. Coraz też częściej podkreśla się potrzebę przygotowania odpowiednich kadr w zakresie gerontologii społecznej, a miejsce istniejącej dotychczas subdyscypliny medycznej geriatrii zastępuje się pojęciem gerontologii klinicznej.

Zaawansowanie procesu starzenia w państwach europejskich, a zwłaszcza znaczący odsetek osób sędziwych, przesądza o konieczności posiadania dużej liczby łóżek szpitalnych oraz łóżek w domach opieki przeznaczonych dla osób starszych. Mimo że ilość miejsc w szpitalach nie zawsze jest wystarczająca dla stale rosnącej liczby osób wymagających hospitalizacji, względy finansowe – poważny koszt inwestycji oraz utrzymanie zakładowych form opiekuńczych nad ludnością starszą – utrudniają osiągnięcie poziomu zaspokajającego stale narastające potrzeby. W tak bogatym kraju jak Stany Zjednoczone blisko 95% osób starszych mieszka w swoim mieszkaniu (sami i z rodziną), a tylko niecałe 6% zamieszkuje w domach opieki. Oznacza to, że właśnie rodzina i krąg osób bliskich przychodzi z pomocą w trudnych okresach i sytuacjach, zwłaszcza zaś w chorobach postępujących z wiekiem, coraz dłuższych i częstszych. Płatne usługi dostępne są dla osób nielicznych, zależą od sytuacji ekonomicznej i stosowane być mogą w sposób selektywny. W tych warunkach pomoc rodzinna jest i pozostanie jedyną realnie dostępną formą pomocy dla osób starszych.

Istnieje moda na instytucje i swoista wiara, że domy dla ludzi starych, domy rencisty, domy dziennego pobytu najpełniej zaspokajają potrzeby osób starszych. Tymczasem faktem jest, że zaspokajając potrzeby najbardziej elementarne, jak dach nad głową i wyżywienie, nie zaspokajają wielu psychologicznych potrzeb człowieka, jak potrzeba przebywania z bliskimi, potrzeba emocjonalnego kontaktu, potrzeba bycia użytecznym.

Jako podstawowy kierunek działania uznać trzeba zatem pozostawienie człowieka starszego w dotychczasowych warunkach domowych i środowi-

skowych, traktując pomoc zakładową jako ostateczność. W okresach czasowej lub trwałej niezdolności do samoobsługi korzystniejsze jest prowadzenie hospitalizacji domowej (stworzenie warunków opieki szpitalnej przy łóżku chorego w domu). W tym celu niezbędne jest rozszerzenie sieci pielęgniarek środowiskowych, pracowników socjalnych, a także budowa sieci poradni geriatrycznych, co pozwoli na sprawniejsze działanie, rozeznanie i zaspokajanie potrzeb ludności starszej. Niezbędna jest także wzmocniona kontrola społeczna i administracyjna sytuacji ludności starszej i sposobu realizacji nad nią opieki. Z niepokojem stwierdzić trzeba, że w całym rozbudowanym systemie szkolnym i wychowaniu obywatelskim najmłodszej generacji problem przygotowania do starości własnej, starości rodziców i dziadków nie jest należycie potraktowany. W podręcznikach szkolnych i programach nauczania zbyt mało uczy się poszanowania ludzi starszych, nie tłumaczy się procesu starzenia społeczeństw i wynikających stąd konsekwencji kulturowych, społecznych i ekonomicznych. Trzeba jednak pamiętać, że problem ludności starszej to właśnie nie tylko obiegowe utrwalone stereotypy chorych, zniechęconych staruszków (jest ich bowiem od kilku do kilkudziesięciu procent w zależności od grup wieku). W znacznej większości są to osoby sprawne, pragnące funkcjonować normalnie w społeczeństwie, mające właśnie problemy związane z aktywnym uczestnictwem w życiu kulturalnym i rodzinnym.

Działania społeczne oraz badania naukowe prowadzone w środowiskach akademickich i instytutach resortowych skupiły swoją uwagę na problemach rodziny małej, dwupokoleniowej – („nuklearnej”) z pominięciem roli i sytuacji człowieka starego w rodzinie. Problem ten praktycznie pozostaje niezauważany, pomimo że omówiony na wstępie proces starzenia społeczeństwa zasługiwałby na szczególną uwagę. Realia ekonomiczne, skutki transformacji gospodarki rynkowej i związane z tym bezrobocie, szczególnie dotkliwie odczuwane przez młodsze generacje, przysłoniły wagę problemów ludności starszej. Wbrew ogólnie upowszechnionym stereotypom, pomimo niedostatków finansowych znacznego odsetka osób starszych, istnieje nawet i w tej grupie ludności wyższe poczucie stabilizacji aniżeli wśród osób bezrobotnych lub zagrożonych bezrobociem. Te trudne sytuacje na rynku pracy szczególnie boleśnie odczuwają osoby młodsze, w tym głównie rodziny posiadające dzieci i tym samym niewiele uwagi poświęca się osobom starszym.

Badania GUS dotyczące sytuacji gospodarstw domowych w latach 1988 - 1995 ujawniły znikomy odsetek współzamieszkania osób starszego pokolenia w gospodarstwach jednorodzinnych. Waha się on wśród gospodarstw małżeństw bez dzieci od 4,0% do 8,4% wśród małżeństw z dziećmi. Jest on przy tym nieco wyższy wśród ludności miejskiej niż wśród ludności miast.

W ustawicznym poszukiwaniu warunków egzystencji współczesna polska rodzina niewiele ma czasu i miejsca na stworzenie godnych warunków życia swoim rodzicom koncentrując swą uwagę na zadaniach rodziny prokreacji. Zapomina się często o wartościach kulturowych i przekazach historycznych, wnoszonych często do rodziny poprzez najstarszych jej członków.

Nawet tak cenne wartości kulturowe, jak gwara i obyczaje ulegają zapomnieniu. Nie można jednak kontaktu z ludźmi starszymi ograniczać do ceremonialnego i uroczystego obchodzenia różnych uroczystości, które przyjmują formy, „jubileuszy”. Zazwyczaj uroczystości te połączone są ze zjazdami rodzinnymi i przyjęciami. Zwyczaje te są niewątpliwie miłe, lecz często codzienne trudne warunki życia pozostają w jaskrawej sprzeczności z obchodzonymi jubileuszami.

Obraz warunków życia ludzi starszych wymaga także uwzględnienia w szerszym wymiarze sytuacji materialnej. Wydaje się, że wbrew obiegowym opiniom sytuacja materialna osób starszych nie przedstawia się w ujęciu statystycznym najgorzej, aczkolwiek uwzględnić trzeba fakt zwiększonych kosztów utrzymania związanych z uprzednio szerzej omówioną niepełnosprawnością i złym stanem zdrowia wymagającym niekiedy obsługi i pomocy osób trzecich. Koszt utrzymania zwiększa również fakt opłacania mieszkań przez osoby samotnie gospodarujące.

Przeciętna emerytura w Polsce w połowie lat dziewięćdziesiątych osiągnęła 75% przeciętnego wynagrodzenia i tym samym lokuje ją w czołówce krajów środkowoeuropejskich. Dla porównania warto dodać, że najniższe emerytury ma Bułgaria (21%), Rosja (34%), Czechy i Słowacja po 48%. W stosunku do przeciętnego wynagrodzenia wyższe emerytury mają tylko Węgry (60%). W krajach zachodnioeuropejskich relacje emerytur do przeciętnego wynagrodzenia są niższe, lecz obowiązujący od lat system emerytalny gwarantuje inne formy uzupełniające podstawy tych świadczeń. Istniejący w Polsce system emerytalny preferował dotychczas pracowników uzyskujących za pracę niskie wynagrodzenia, podczas gdy osoby o wysokich zarobkach otrzymywały niewspółmiernie niskie do zarobków świadczenia emerytalne.

Badania budżetów gospodarstw domowych emerytów i rencistów prowadzone przez GUS wskazują, że w r. 1995 przeciętny miesięczny dochód rozporządzalny na 1 osobę w gospodarstwie domowym przekraczał przeciętne wielkości dla ogółu ludności kraju. Wynosił bowiem 402,37 zł dla emerytów i rencistów wobec 381,43 zł dla ogółu ludności kraju. Badania te prowadzone w poszczególnych makroregionach potwierdziły te prawidłowości, aczkolwiek obserwuje się dość znaczne zróżnicowania przestrzenne. Tak więc w makroregionie stołecznym i południowym odp. wielkość kształtowała się na poziomie 454 zł, wobec 350 zł w makroregionie południowo-wschodnim.

Równocześnie jednak szczegółowe badania wykazują, że koszt utrzymania emerytów i rencistów charakteryzuje się odmienną strukturą wydatków. Wystarczy podać, że przeciętne miesięczne wydatki na ochronę zdrowia na 1 osobę wynoszą 21,97 zł wobec 12,56 zł przeciętnie dla ogółu ludności, a wydatki na czynsz i utrzymanie mieszkania odpowiednio 97,17 zł i 74,72 zł.

Istnieją również bardzo istotne zróżnicowania w warunkach życia ludności miast i wsi.

Przyznać niestety wypada, że w Polsce zainteresowanie problematyką starzenia się ludności i jej warunków życiowych nie są jeszcze tak szerokie,

jak wymagałaby społeczna ranga tego problemu. Przeprowadzone przed 30 laty przez J. Piotrowskiego badania otwały w Polsce nowy rozdział rozwoju gerontologii, wskazując na podstawowe potrzeby ludzi starszych. Szczególnie wiele uwagi poświęcono problematyce zdrowia i sprawności ludzi starszych – subiektywnym i obiektywnym ich ocenom, a także aktywności zawodowej i społecznej ludności starszej, warunkom materialnym, mieszkaniowym i innym. Od tego czasu niestety niewiele mamy tak wyczerpujących informacji o sytuacji zdrowotnej i sprawnościowej ludności starszej. Częściowe wypełnienie tej bardzo ważnej luki w badaniach gerontologicznych stanowiło zapewne badanie nad sytuacją zdrowotną ogółu ludności przeprowadzone przez GUS w roku 1996. Brak jest badań jednak szerszych, które pozwoliłyby na bardziej pogłębioną analizę miejsca człowieka starszego w rodzinie i społeczeństwie. Problem ten jest tym bardziej istotny z uwagi na to, że sytuacja ta jednak może ulec w przyszłości zasadniczym niekorzystnym przemianom. Rosnąca liczba związków nieformalnych, malejąca liczba zawieranych małżeństw, których liczba jest niższa od małżeństw rozwiązanych przez śmierć lub rozwód współmałżonka, malejąca dzietność zwłaszcza wśród ludzi z wyższym wykształceniem może przesądzić o coraz mniejszej roli rodziny w zaspokajaniu potrzeb ludzi starszych. Będą oni w coraz wyższym stopniu skazani na własną zaradność, a w skrajnych przypadkach na pomoc instytucjonalną.

Zagadnienie miejsca człowieka starego w społeczeństwie stało się obecnie problemem globalnym.

Wyodrębniony katalog podstawowych praw ludzi starych proklamowany przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w r. 1991 i rekomendowany państwowym członkowskim, stawia zarówno państwu jak i odpowiednim instytucjom oraz rodzinom szerokie zadania w tworzeniu ludziom starszym warunków niezależności, współuczestnictwa i godności. Nie jest więc przypadkiem, że rok 1999 określony został przez ONZ jako rok ludzi starszych.

Podobną inicjatywę obserwowano już wcześniej, bowiem w r. 1993 ogłoszono Europejski Rok Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniami.

W tym samym roku wartym odnotowania była Dyrektywa Rady Nr 93/512/EWG dotycząca wspólnotowej inicjatywy rozwoju technologii na rzecz osób starszych i niepełnosprawnych TIDE (Community Technology Initiative for Disabled and Ederly People). Realizowany w latach 1993 - 1994 program miał na celu identyfikację potrzeb osób starszych i niepełnosprawnych, rozwój technologii rehabilitacyjnej, ustalenie technicznych norm i standardów, informację, komunikację i dostosowanie środowiska.

Na tle tych ogólnoeuropejskich dyrektyw przypomnieć należy działania Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, które w ramach VI Euroforum w Białymstoku w r. 1996 zwróciło uwagę na prawa obywatelskie ludzi starszych w Polsce, na tle europejskiej deklaracji praw człowieka.

Autorzy ekspertyzy poddali szczegółowej analizie artykuły wybrane z międzynarodowych aktów prawnych, które dotyczą ludzi starszych, a tym samym stanowiły przedmiot szczegółowych badań. Są to:

- prawo do życia,
- prawo do wolności i bezpieczeństwa osobistego,

- prawo do poszanowania swojego życia prywatnego i rodzinnego, mieszkania, korespondencji,
- prawo do wolności myśli, sumienia i wyznania,
- prawo do wolności wyrażania opinii,
- prawo do swobodnego, pokojowego zgromadzenia się, stowarzyszenia się, prawo do pracy,
- prawo do ochrony zdrowia,
- prawo do zabezpieczenia społecznego,
- prawo do pomocy społecznej i medycznej,
- prawo do korzystania z usług opieki społecznej,
- prawo osób niepełnosprawnych do rehabilitacji,
- prawo rodziny do ochrony społecznej, prawnej i ekonomicznej.

Prowadzona analiza pozwoliła na sformułowanie oceny, z której wynika, że ludzie starzy mają zagwarantowane w ustawodawstwie polskim wszystkie prawa, zawarte w europejskich deklaracjach praw człowieka. Są jednak w grupie praw socjalnych kwestie, w których ludzie starzy doznają ograniczania swoich praw. Dotyczą one regulacji prawnych, a zwłaszcza sposobu realizacji uprawnień.

Podkreślano w ekspertyzie, iż na mocy niektórych ustaw i przepisów wykonawczych największym ograniczeniom podlegają:

- prawo pracy,
- prawo do rehabilitacji.

W sposób budzący zastrzeżenia, przede wszystkim z powodu sposobów faktycznej ich realizacji, państwo wypełnia obowiązki wobec ludzi starszych w zakresie:

- prawa do uzyskania przez starego człowieka należytej pomocy w miejscu zamieszkania (usługi opiekuńcze, praca socjalna, adaptacja mieszkań),
- prawa do ochrony zdrowia (ceny leków, finansowe bariery w dostępie do usług medycznych, zaniechanie leczenia lub oszczędzanie na leczeniu ludzi starszych),
- prawa do ochrony życia rodzinnego (spojrzenie na rodzinę przez pryzmat potrzeb rodziców i ich niepełnoletnich dzieci, gorsza pozycja dziadków).

Zwrócono także uwagę, iż ludzie starzy, bardziej niż młodsze pokolenia, są narażeni na znalezienie się w kręgu osób dotkniętych takimi kwestiami społecznymi, jak: przestępczość, bezdomność i ubóstwo (rozumiane nie tylko jako niedostatek materialny, ale przede wszystkim jako ograniczenie w dostępie do takich wartości niematerialnych, jak kultura, społeczne uczestnictwo, poczucie przynależności do mikrośrodków).

Na koniec rysuje się kilka wniosków, które mogą mieć znaczenie aplikacyjne:

- podstawowym miejscem bytowania człowieka starego powinno być niewątpliwie środowisko rodzinne, a w wyjątkowych tylko przypadkach daleko idącej niepełnosprawności – opieka zinstytucjonalizowana;
- niezbędna staje się pomoc rodzinie, sprawującej opiekę nad ludźmi starszymi, ze strony pracowników socjalnych zawodowych oraz wolontariuszy. Pomoc ta powinna przybierać różne formy i zakresy;

- szczególne zadania w opiece nad człowiekiem starym w rodzinie przypadają lekarzom rodzinnym, którzy w obecnie zakreślonych kompetencjach nie są dostatecznie nastawieni na opiekę nad osobami starszymi (brak odpowiedniego przeszkolenia w zakresie geriatry określonej coraz częściej jako gerontologia kliniczna i gerontologii społecznej);
 - niedostateczny poziom edukacji społecznej w zakresie promocji zdrowia powodujący zły stan zdrowia ogółu ludności, w tym szczególnie ludności starszej, wymaga wielokierunkowych działań obejmujących całe społeczeństwo;
 - proces wychowania do starości – a zatem przystosowania się do zmieniających się w miarę upływu lat możliwości psychofizycznych wymaga odpowiedniego przygotowania, które powinno stać się elementem systemu edukacji;
 - niezbędne staje się upowszechnienie dostępu do edukacji samych osób starszych (rozwój andragogiki) – organizacji uniwersytetów III wieku, co przyczynić się powinno do niwelacji istniejących obecnie różnicowań międzypokoleniowych w poziomie edukacyjnym;
 - niedostateczne zaopatrzenie ludności starszej w aparaty, protezy, izoluje ludność starszą, utrudnia integrację w środowisku rodzinnym, utrudnia współczesnictwo w otaczającym środowisku społecznym;
 - warunki mieszkaniowe osób starszych zamieszkujących samotnie lub w rodzinie wymagają szczególnych preferencji w zakresie standardów i dostosowania do niepełnosprawności (pokonanie barier architektonicznych);
 - lokalizacja mieszkań osób starszych powinna umożliwiać kontakty rodzinne; znajdować się w strefach „przychylnych starości”, tj. o dobrej infrastrukturze dostosowanej do potrzeb ludności starszej. Wymaga to wprowadzenia sprawnego systemu wymiany mieszkań;
 - zmieniające się warunki życia ludzi starszych, ich preferencje, upodobania, stan sprawności i inne wymagają poszerzonych badań społecznych mających na celu rozeznanie potrzeb ludności starszej, a tym samym inspirujących rozwiązania jej odpowiadające;
 - niezbędny staje się większy niż dotychczas udział osób starszych we władzach ustawodawczych i samorządowych różnych szczebli, ponieważ wiele podejmowanych decyzji wymaga uwzględnienia potrzeb najstarszej generacji, które najlepiej potrafią wyartykułować swoje zainteresowania.
- Spełnienie choćby części postulowanych tu działań niewątpliwie mogłoby zapobiec ekskluzji społecznej coraz liczniejszej grupy osób dożywających starości.

BIBLIOGRAFIA

1. Ekspertyza Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, *Prawa obywatelskie ludzi starych w Polsce a europejskie deklaracje praw człowieka*, VI Euroforum, Białystok 1996.
2. Frąckiewicz L.: *Karta praw człowieka starego*, Warszawa 1985.
3. Kucińska-Ciesielska M.: *O ludziach starych w roku im poświęconym*, „Wiadomości Statystyczne” nr 7, 1982.

4. Kurzynowski A.: *Rodzina w okresie transformacji ustrojowej*, Warszawa 1995
5. *Ludzie starsi w Polsce – ich warunki i potrzeby*, GUS, Warszawa 1982, z. 16.
6. Piotrowski J.: *Człowiek stary w rodzinie i społeczeństwie*, Warszawa 1973.
7. Piątek K.: *Polityka społeczna a praca osób o ograniczonych możliwościach aktywności zawodowej*, Toruń 1993.
8. Radziewicz-Winnicki A.: *Emerycy i Renciści wobec społecznego ubóstwa*, Katowice 1997.
9. *Stan zdrowia ludności Polski w r. 1996*, GUS, Warszawa 1997.
10. *Sytuacja bytowa ludzi starych w r. 1985*, GUS, Warszawa, „Materiały Statystyczne”, z. 36.
11. *Tendencje zmian struktury ludności gospodarstw domowych i rodzin w latach 1988 - 1995*, GUS, Warszawa 1998.
12. Trafiałek E.: *Człowiek stary w Polsce w latach 1994 - 1997*, Katowice 1998.
13. Tournier P.: *Pod wieczór życia*, Warszawa 1980.
14. Urbaniak B.: *Praca zawodowa po przejściu na emeryturę*, Łódź 1998.
15. Worach-Kardas H.: *Ludzie starsi w Polsce – ich warunki i potrzeby*, Warszawa 1982.
16. Woźniak Z.: *Najstarsi z poznańskich seniorów*, Poznań 1997.

AGEING OF POLISH POPULATION AND ITS CONSEQUENCES

S u m m a r y

The article comprises newest data on: average life length, women fecundity, state of health of the society, frequency of chronic illnesses, number of hospitalised persons, mobility of matured persons. When characterising the situation of the elderly in Poland the Author states among others that a family milieu should be fundamental place of the living of an aged person, and a help for such a family should be offered by professionals and volunteers from social care division as well as by competent 'home doctors'. The Author emphasises an insufficient level of social education as far as health promotion is concerned what in result causes a bad condition of the health of the whole population and in particular – of the elderly. Housing conditions and general accommodation should be of special preference as to their standards and adaptation to invalidity. Also of much importance is the process of „education for the old age”, i.e. capacity of the elderly to adapt themselves to worsening psychological and physical possibilities.