

© Akademia Medycyny

## Samocena stanu zdrowia Polaków po 65 roku życia na tle wybranych krajów Europy

### *Self-perceived health of Poles aged 65 and more in comparison to selected European countries*

**Rafał Maciąg**Zakład Rozwoju Pielęgniarstwa, Nauk Społecznych i Medycznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Warszawski  
Uniwersytet Medyczny

#### Streszczenie

**Wstęp.** Kondycja zdrowotna osób starszych jest badana przez Urząd Statystyczny Unii Europejskiej. Jego zadaniem są porównania w zakresie aspektów społecznych i demograficznych populacji w poszczególnych krajach członkowskich. **Cel.** Celem pracy jest analiza porównawcza badań samooceny stanu zdrowia mieszkańców po 65 roku życia w europejskich krajach postkomunistycznych. **Materiał i metody.** Przeprowadzono analizę danych na podstawie bazy Eurostat, prezentującej wyniki dwóch badań: Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) i Europejskiego Badania Warunków Życia i Ludności (EU-SILC). Podstawą doboru krajów jest dostępność wyników badań w bazie Eurostat; są to kraje unijne uczestniczące w projektach wspólnotowych. W zależności od rodzaju badania jest to 11 lub 12 krajów, w tym Polska. **Wyniki.** Porównywano deklarowany stan zdrowia osób starszych, częstość chorób przewlekłych, odczuwanie bólu fizycznego, stopień radzenia sobie z czynnościami codziennymi. Na tle innych krajów postkomunistycznych ocena stanu zdrowia Polaków jest przeciętna. Podobnie jest w przypadku odczuwania różnych dolegliwości i funkcjonowania w życiu codziennym. **Wnioski.** Chorwacja, Litwa, Łotwa i Polska należą do krajów o najniższym zadowoleniu ze zdrowia, mimo że z porównania z wcześniejszym badaniem wynika, iż następuje stopniowa poprawa w ocenach. Kobiety częściej narzekają na zdrowie niż mężczyźni, a dysproporcja ta jest większa niż średnia UE. *Geriatrics 2019; 13: 219-225.*

Słowa kluczowe: samoocena stanu zdrowia, osoby starsze

#### Abstract

**Background.** The health survey of elderly carry out the Statistical Office of the European Union. Its task is to compare the medical, social and demographic aspects of the population in individual member states. **Aim.** The aim of the study is to analyze of self-perceived health of Poles and residents of selected post-communist European countries 65. **Material and methods.** The data was analyzed on the basis of Eurostat database, presenting the results of two surveys: European Health Interview Survey (EHIS) and European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC). Poland and 11 countries with a high percentage of elderly people and the EU average were selected for comparisons. **Results.** The declared health condition of elderly, the frequency of chronic diseases, the severity of bodily pain, the degree of coping with everyday activities were compared. In comparison with other post-communist countries, the assessment of Poles' health is average. It is similar in the case of experiencing various diseases and functioning in everyday life. **Conclusions.** Croatia, Lithuania, Latvia and Poland are among the countries with the lowest health satisfaction, even though gradual improvement in grades has already been noted in previous editions of the study. Women are more likely to complain about health than men, and the disparity is greater than the EU average. *Geriatrics 2019; 13: 219-225.*

Keywords: self-perceived health, elderly

## Wstęp

Pojęcie samooceny stanu zdrowia definiowane jest jako subiektywne ujęcie zdrowia przez osobę biorącą udział w badaniu niezależnie od tego, czy posiada ona aktualne orzeczenie lekarskie, choruje przewlekłe czy czuje się zdrowa [1]. Wskaźniki oparte na tej koncepcji wykorzystywane są do oceny ogólnego stanu zdrowia, nierówności zdrowotnych i potrzeb opieki zdrowotnej na poziomie populacji krajowych i regionalnych. Badanie to zaleca Światowa Organizacja Zdrowia, a realizowane jest ono w Europejskim Systemie Statystycznym (ESS) w dwóch modułach: jako Europejskie Ankiety Badanie Zdrowia (EHIS) i Europejskie Badanie Warunków Życia i Ludności (EU-SILC) [2]. W Polsce realizuje je Główny Urząd Statystyczny. Badanie EU-SILC wykonywane jest co roku w gospodarstwach domowych, a EHIS – co sześć lat. Głównym źródłem poniższej analizy jest to ostatnie badanie, którego odbyły się dotąd dwie edycje, w 2008 i 2014 r. W Polsce w 2014 r. badanie zrealizowano na próbie losowej mieszkańców, która wynosiła ogółem 24 tys., opartej na spisie powszechnym, w tym 23% dotyczyło osób starszych po 60 roku życia [3]. Badanie jest wieloaspektowe i obejmuje różne dziedziny oceny potrzeb i opieki zdrowotnej. Materiał prezentuje najważniejsze aspekty stanu zdrowia osób starszych, to jest samoocenę zdrowia, częstość występowania chorób i dolegliwości, poziom trudności przy codziennych czynnościach osobistych i domowych oraz stopień odczuwania bólu [4].

## Cel pracy

Celem pracy jest analiza porównawcza badań samooceny stanu zdrowia, chorób przewlekłych i ograniczeń w funkcjonowaniu osób po 65 roku życia w europejskich krajach postkomunistycznych.

## Materiał i metody

Przeprowadzono analizę danych zdrowotnych wykorzystując bazę Komisji Europejskiej Eurostat dotyczącą populacji i warunków życia osób starszych [5], w której wyszczególniono zestawienia osób po 65 roku życia, a w porównaniach szczegółowych analizy kohortowe (65-74, 75 lat i powyżej).

Państwa unijne są zobowiązane do stosowania jednolitego wzorca kwestionariusza indywidualnego, ale ze względu na uwarunkowania społeczne i kulturowe Eurostat dopuszcza możliwość, gdzie pytania modyfikuje się lub wprowadza nowe, jak w wersji

polskiej [6]. Poniżej zaprezentowano dane zestandaryzowane według wzorca unijnego. Specyficzną kwestią dla Polski jest stosowana granica wieku podeszłego: w UE jest to 65 lat, natomiast GUS przesuwają ją na 60 z powodów polityki społecznej i emerytalnej.

Kryterium analizy stanowi przynależność krajów do byłego bloku wschodniego, czyli pozostawanie do 1989 r. w kręgu państw komunistycznych (w przypadku Litwy i Łotwy do 1991 r.), charakteryzujących się wyższą umieralnością i krótszą długością życia niż średnia europejska [7]. Niektóre kraje dobrane tutaj zmieniły swoje granice lub rozpadły się (ZSRR, Jugosławia, Czechosłowacja). Analiza obejmuje tylko kraje uczestniczące w badaniach; Serbia uczestniczy tylko w EU-SILC.

## Wyniki

Największe odsetki respondentów oceniających swoje zdrowie jako złe lub bardzo złe występują w Serbii i Chorwacji oraz na Litwie i Łotwie, stanowiąc w 2010 r. połowę badanych (tabela I). W Polsce oceny te zmalały o 11,9 pkt proc., czyli najwięcej ze wszystkich krajów. Średnia dla UE 28 w 2017 r. wyniosła 18,5%. We wszystkich krajach notuje się przyrost zadowolenia ze zdrowia w porównaniu z rokiem 2010, a najmniej ocen negatywnych wyrażają Rumuni, Czesi i Słowacy. Kobiety częściej narzekają na zdrowie niż mężczyźni. Jest to przeszło połowa mieszkanek Serbii i nieco mniej Chorwacji, a także Litwy i Łotwy. Mężczyźni czują się nieco lepiej, jednak najgorzej Chorwaci i Serbowie. O ile różnica między mężczyznami a kobietami w UE 28 wynosi zaledwie 3,5 pkt proc., to w państwach postkomunistycznych jest ona większa: na Litwie 13 pkt proc., w Serbii 10,7, Rumunii 8, w Polsce 6,3.

Główną trudnością w rozpoznaniu częstości chorób jest w miarę obiektywne uzyskanie potwierdzenia od respondentów istnienia danego schorzenia, gdyż wiedza potoczna najczęściej bywa ograniczona, a problem stanowi rozróżnienie między objawami a diagnozą. Jako podstawowe kryterium przy wyborze chorób przyjęto częstość występowania danej choroby, a także ocenę, na ile jest ona poważna z punktu widzenia medycznego i społecznego [8]. W europejskiej edycji badania lista chorób obejmowała 15 pozycji, a do polskiej dodano jeszcze 6 chorób, które wskazywali polscy respondenci (m.in. bóle dolnej i środkowej partii pleców, choroby tarczycy, bóle głowy, choroby prostaty [9]; tabela II ukazuje najczęściej zgłaszane dolegliwości w edycji europejskiej). Respondent wskazywał na kar-

Tabela I. Osoby w wieku 65 lat i więcej oceniające swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły – w %  
 Table I. Persons aged 65 years and older assessing their health status as bad or very bad – %

Kraje	Ogółem		mężczyźni		kobiety	
	2010	2017	2010	2017	2010	2017
UE (28)	23,2	18,5	19,7	16,5	25,8	20,0
Bułgaria	35,4	28,3	30,0	25,9	39,1	29,9
Czechy	29,7	22,9	25,6	21,8	32,7	23,5
Estonia	38,7	33,8	33,6	30,2	41,0	35,4
Chorwacja	53,3	46,1	48,6	43,6	56,3	47,8
Łotwa	45,6	41,8	41,6	37,4	47,4	44,0
Litwa	51,4	42,4	45,2	33,2	54,4	46,2
Węgry	43,1	32,4	38,9	28,7	45,5	34,6
Polska	46,2	34,3	40,5	30,4	49,5	36,7
Rumunia	27,9	21,9	21,2	17,1	32,5	25,1
Słowenia	32,7	23,0	30,4	20,2	34,2	25,1
Słowacja	45,5	35,2	39,9	32,8	49,1	36,8
Serbia	52,9*	46,5	44,2*	40,4	59,0*	51,1

\*2013 r.

Zródło danych: opracowanie własne na podstawie danych Eurostat (badanie EU-SILC)

Tabela II. Osoby w wieku 65 lat zgłaszające choroby i dolegliwości przewlekłe według płci w 2014 r. – w %  
 Table II. Persons reporting a chronic disease, by disease, sex and age level in 2014 – %

Kraje	Choroba zwyrodnieniowa stawów	Zaburzenia nerwicowe (lękowe) związane ze stresem i pod postacią somatyczną	Bóle lub inne przewlekłe dolegliwości szyi (karku)	Choroba niedokrwienne serca lub dławica piersiowa	Wysokie ciśnienie krwi	Nietrzymanie moczu, problemy z kontrolowaniem pęcherza	Cu-krzyca	Chroniczna depresja
mężczyźni								
UE (28)	27,2	30,7	19,6	11,4	46,8	12,7	19,0	5,7
Bułgaria	15,5	20,2	9,7	27,5	62,9	13,0	13,5	3,8
Czechy	23,5	27,8	9,3	16,7	54,8	15,9	21,4	3,4
Estonia	5,3	29,3	9,0	14,9	47,6	3,2	10,6	3,4
Chorwacja	9,4	41,9	31,6	12,7	49,5	19,5	16,7	6,8
Łotwa	16,1	41,7	25,9	16,7	47,8	17,6	8,6	6,8
Litwa	12,1	37,0	12,9	20,4	57,4	18,4	6,9	6,4
Węgry	41,7	47,4	22,8	13,7	60,2	14,9	18,6	3,9
Polska	32,2	37,3	24,3	28,2	50,5	10,0	20,0	4,2
Rumunia	13,5	27,7	12,0	9,6	44,4	8,0	11,0	1,5
Słowenia	8,8	46,9	24,6	9,9	51,1	22,3	19,3	7,4
Słowacja	29,3	28,6	18,4	22,4	60,0	15,7	22,8	4,7
kobiety								
UE (28)	44,5	39,8	29,2	10,2	51,4	16,5	16,5	11,0
Bułgaria	27,3	25,8	13,0	27,9	72,0	7,3	18,5	6,8
Czechy	38,3	31,2	20,8	13,7	55,4	17,6	22,1	6,9
Estonia	7,1	33,9	14,9	15,8	52,6	8,6	12,6	5,1

Chorwacja	20,9	53,8	42,7	15,3	56,3	17,7	16,3	11,9
Łotwa	32,1	50,0	33,4	17,8	61,6	25,2	10,5	13,4
Litwa	25,6	51,2	25,5	22,9	72,1	19,9	12,7	10,5
Węgry	50,6	54,7	30,4	15,3	71,1	17,9	18,5	10,8
Polska	51,5	46,5	34,4	33,4	61,4	18,2	20,2	8,7
Rumunia	18,8	30,5	18,2	11,3	55,8	4,2	15,3	3,5
Słowenia	16,2	59,3	39,2	10,4	56,7	21,8	15,8	12,5
Słowacja	43,8	41,1	28,4	22,5	71,6	18,9	22,6	8,5

Źródło danych: opracowanie własne na podstawie danych Eurostat (badanie EHIS)

Tabela III. Częstość występowania trudności w samoobsłudze u osób w przedziałach wieku 65-74 i 75 lat i powyżej – %

Table III. Frequency of difficulties in self-service for people in ages 65-74 and 75 and over – %

Kraje	Jedzenie posiłków		Kładzenie się i wstawanie z łóżka lub siadanie i wstawanie z krzesła		Ubieranie się i rozbieranie		Korzystanie z toalety (WC)		Kąpanie lub mycie się pod prysznicem	
	65-74	75+	65-74	75+	65-74	75+	65-74	75+	65-74	75+
UE (28)	2,3	9,2	10,1	25,9	8,1	23,3	4,2	15,6	8,7	28,3
Bułgaria	6,0	17,2	16,5	37,3	14,8	34,7	11,6	29,9	15,4	38,1
Czechy	1,7	10,4	21,3	51,9	13,5	40,8	6,7	25,0	14,0	44,1
Estonia	2,1	5,8	6,1	15,2	6,5	14,5	2,7	9,7	7,6	19,2
Chorwacja	3,3	6,4	16,5	33,8	13,9	28,5	7,7	18,8	11,4	30,0
Łotwa	1,9	8,8	13,1	29,5	9,8	26,9	5,3	20,8	12,4	34,8
Litwa	3,7	12,5	14,2	35,2	11,1	30,5	7,2	22,2	16,4	45,0
Węgry	5,1	9,4	17,3	34,7	12,9	30,9	8,5	21,8	14,3	36,4
Polska	5,0	13,6	18,6	39,4	13,8	34,1	7,8	23,6	14,7	41,0
Rumunia	3,0	12,3	14,2	36,6	9,3	30,2	6,3	22,7	11,4	35,7
Słowenia	1,8	10,6	9,0	27,1	8,1	27,9	3,6	18,6	7,5	29,5
Słowacja	2,8	13,0	19,5	48,6	16,9	46,3	7,6	28,5	21,1	53,7

Źródło danych: opracowanie własne na podstawie danych Eurostat (badanie EHIS)

cie dolegliwości, na które chorował w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Między krajami występują duże różnice, a największe problemy występują przede wszystkim u kobiet: wysokie ciśnienie krwi: u mieszkank Litwy (72,1%), Bułgarii (72,0%), Słowacji (71,6%), Węgier (71,1%), Polski (61,4%); choroba zwyrodnieniowa stawów: u Polek (51,5%) i mieszkank Węgier (50,6%); zaburzenia nerwicowe: u mieszkank Słowenii (59,3%), Węgier (54,7%), Chorwacji, Litwy, Łotwy, Polski (46,5%); bóle i dolegliwości szyi: u mieszkank Chorwacji (42,7%), Słowenii (39,2%) i Polski (34,4%). Chroniczna depresja, która jest charakterystyczna dla państw starej Unii, jest stosunkowo dużym problemem również w krajach południowych Europy, w tym w Chorwacji (11,9%), ale też w krajach postsowieckich

(Łotwa 13,4%, Litwa 10,5%). Na depresję skarży się też 8,7% Polek. Mężczyźni i kobiety w Polsce stosunkowo często chorują na cukrzycę (odpowiednio 20,0 i 20,2%). Notuje się u nas także jeden z najwyższych odsetków wysokiego ciśnienia krwi u kobiet (61,4), a przede wszystkim najwyższe odsetki u kobiet i mężczyzn choroby niedokrwiennej serca wśród analizowanych krajów (odpowiednio 33,4 i 28,2).

Następne dwa pytania dotyczyły zdolności do samoobsługi i czynności domowych w ostatnich czterech tygodniach poprzedzających badanie. Pierwsze z nich dotyczy występowania jakichkolwiek trudności w czynnościach codziennych (tabela III). Po 75 roku życia są one średnio o połowę częstsze niż w kohorcie 65-74. W Polsce najwięcej problemów respondenci

mają z kąpaniem się i myciem (41%), kładzeniem się i wstawaniem (39,4%) i ubieraniem się i rozbieraniem (34,1%). Dość podobne odsetki występują w Bułgarii, Rumunii i na Łotwie. Natomiast dużo gorsza sytuacja występuje w Czechach i w Słowacji oraz częściowo na Litwie, gdyż nieraz połowa respondentów nie radzi sobie z samoobsługą w wymienionych obszarach. Drugie pytanie dotyczyło czynności domowych, które wymagają ruchu, a także sprawności zmysłów (wzrok, słuch) (tabela IV). O wiele więcej trudności w tym zakresie zgłaszają respondenci po ukończeniu 75 roku życia i to prawie we wszystkich krajach, stosunkowo najrzadziej w Estonii i Słowenii. W analizie kohortowej taki wzrost trudności notuje się często dwukrotny, ale i pięciokrotny, jak w przypadku korzystania z telefonu (Polska, Litwa, Słowenia). Przyczyną jest postępujące pogorszenie wzroku i skomplikowana technologia telefonów [10]. Największą barierą w funkcjonowaniu stanowi jednak praca fizyczna, czyli wykonywanie ciężkich robót domowych, porządków, jak mycie okien, podłóg i czyszczenie dywanów, z czym trudności na ogół ma od dwóch trzecich do trzech czwartych respondentów (Polska 76,3%), a nawet więcej (Czechy

i Słowacja, do 85%). Polacy mają też duże problemy z lekkimi pracami, z gotowaniem, zmywaniem czy prasowaniem (48%), z robieniem zakupów (54,9%), z dbaniem o sprawy finansowe i opłaty (47,7%), z przygotowaniem posiłków (32,5%).

Częstość występowania bólu fizycznego również nasila się z wiekiem. Pytanie zadawano w odniesieniu do ostatnich czterech tygodni przed badaniem, a chodziło o intensywność bólu, jego poziom czy długość trwania. O ile 18,6% Polaków w kohorcie 65-74 zgłosiło duży lub bardzo duży ból, czyli najczęściej w tym przedziale, to po 75 roku życia było już 27,5%. Podobny wynik notuje się w Rumunii i na Słowacji (tabela V). Kobiety częściej niż mężczyźni skarżą się na dolegliwości bólowe, stosunkowo najczęściej dotyczy to jednej trzeciej mieszkanek Słowacji (32,9%) i Polski (31,6%) po 75 roku życia. Mężczyźni w tym samym wieku, mieszkańcy Słowacji, Rumunii i Polski, odczuwają dwa, a nawet trzy razy częściej ciężki ból niż ich rówieśnicy z innych krajów. Najrzadziej na ciężki ból skarżą się Łotysze: najrzadziej po 75 roku życia skarżą się na ciężki ból (spadek z 7,0 do 3,9%; można było jeszcze zgłosić ból umiarkowany lub lekki).

Tabela IV. Częstość występowania trudności w czynnościach domowych u osób w przedziałach wieku 65-74 i 75 lat i powyżej – %

Table IV. The frequency of difficulties in home activities in people ages 65-74 and 75 and over – %

Kraje	Przygotowanie posiłków		Korzystanie z telefonu domowego		Robienie zakupów		Stosowanie leków/ leczenia		Lekkie prace domowe		Okazjonalne ciężkie prace domowe		Dbanie o sprawy finansowe i codzienne sprawy administracyjne	
	65-74	75+	65-74	75+	65-74	75+	65-74	75+	65-74	75+	65-74	75+	65-74	75+
UE (28)	7,0	24,0	3,7	16,3	12,6	36,3	3,8	17,0	10,9	32,8	30,0	59,8	8,0	27,6
Bułgaria	19,0	44,1	11,5	30,4	27,6	57,8	8,8	22,4	20,1	43,8	50,7	76,6	20,9	44,6
Czechy	7,6	33,4	4,8	23,1	15,8	51,4	4,1	19,7	14,9	43,7	57,1	85,5	10,8	38,9
Estonia	6,9	23,1	2,0	10,5	13,1	38,5	1,2	6,1	10,5	30,4	16,8	42,3	4,5	19,7
Chorwacja	8,9	21,9	3,9	12,0	15,5	36,7	4,8	12,9	14,8	32,7	37,1	59,9	9,7	25,7
Łotwa	7,7	29,4	4,4	15,3	17,3	44,9	3,4	14,0	19,7	48,1	55,4	79,2	.	.
Litwa	11,3	38,2	4,7	21,1	21,9	56,2	4,5	18,7	18,4	47,9	54,0	77,8	16,5	47,0
Węgry	14,4	35,5	5,7	17,9	24,6	57,1	4,7	15,6	15,1	38,8	42,4	72,3	12,0	36,3
Polska	8,9	32,5	5,2	25,1	20,9	54,9	4,8	24,9	16,4	48,0	42,0	76,3	13,2	47,7
Rumunia	12,7	34,4	6,3	21,6	23,0	51,2	7,2	23,4	23,3	49,6	43,2	68,0	9,3	31,1
Słowenia	5,9	27,9	2,3	16,3	9,8	38,8	1,9	13,9	10,7	36,7	31,9	64,9	6,0	27,5
Słowacja	15,5	38,9	6,3	19,7	24,4	56,9	4,3	16,3	19,8	50,1	60,3	84,5	11,1	33,0

Źródło danych: opracowanie własne na podstawie danych Eurostat (badanie EHIS)

Tabela V. Odczuwanie dużego i bardzo dużego bólu fizycznego (pominięto „umiarkowany”, „łagodny” i „bardzo łagodny”) u osób w przedziałach wieku 65-74 i 75 i powyżej – w %

Table V. Severe and very severe bodily pain (except “moderate”, “mild” and “very mild”) in people ages 65-74 and 75 and above – %

Kraje	Ogółem		mężczyźni		kobiety	
	65-74	75+	65-74	75+	65-74	75+
UE (28)	11,8	18,9	8,4	12,6	14,7	23,2
Bułgaria	9,0	20,2	6,6	16,1	10,6	22,7
Czechy	6,5	14,0	5,6	10,7	7,1	16,2
Estonia	14,2	12,8	12,1	10,1	15,6	14,0
Chorwacja	14,3	20,4	9,6	15,9	17,8	22,7
Łotwa	5,6	9,7	7,0	3,9	4,9	11,7
Litwa	15,1	23,4	10,8	12,8	17,8	28,1
Węgry	15,2	22,2	12,5	14,3	17,1	26,0
Polska	18,6	<b>27,5</b>	14,2	<b>19,3</b>	21,8	<b>31,6</b>
Rumunia	11,1	<b>25,4</b>	8,0	<b>21,5</b>	13,5	<b>27,7</b>
Słowenia	14,0	22,4	8,7	17,3	18,1	25,0
Słowacja	18,3	<b>30,0</b>	18,0	<b>24,1</b>	18,5	<b>32,9</b>

Źródło danych: opracowanie własne na podstawie danych Eurostat (badanie EHIS)

## Omówienie

Stan zdrowia najlepiej oceniany jest w krajach skandynawskich i zachodnich, a najgorzej w południowych i postkomunistycznych. Według Survey of Health, Ageing and Retirement of Europe (SHARE) z 2010/2012 spośród 16 krajów europejskich najgorzej oceniają swoje zdrowie mieszkańcy krajów postkomunistycznych, kolejno Polacy, Estończycy, Węgrzy, Czesi, i na szóstym miejscu Słowacy [11]. Janiszewska twierdzi, że najmniejszy odsetek osób oceniających pozytywnie swoje zdrowie występuje na Litwie i Łotwie [12]. Samoocena stanu zdrowia była zróżnicowana przede wszystkim ze względu na płeć: największe dysproporcje między mężczyznami a kobietami, które gorzej je oceniają, występują w wymienionych krajach postsowietycznych oraz – wg tej autorki największa dysproporcja – w Chorwacji (ok. 15 pkt proc.; Serbia bierze udział w badaniu od 2013 r.). W krajach postkomunistycznych do tej różnicy przyczynia się częstsza niż w pozostałych krajach unijnych nadumieralność mężczyzn z powodu zewnętrznych przyczyn urazów i zatruc, natomiast u starszych mężczyzn przyczyny zgonów stanowią choroby układu krążenia i nowotwory [13].

Z analiz wynika, że płeć jest wyznacznikiem nierówności w zdrowiu. Jak zauważają Slany i Kluzowa [14], należy rozróżnić płeć biologiczną (*sex*) oraz

płeć kulturową (*gender*), gdyż ma to duże znaczenie dla zachowań zdrowotnych. Oprócz przyczyn biologicznych, nierówności w stanie zdrowia wynikają z odmiennych wzorów zachowań w ramach pełnionych ról społecznych, stylów życia oraz postaw wobec zdrowia i choroby. Te czynniki uwarunkowane są z kolei innymi zmiennymi, jak wykształcenie i proces socjalizacji, w którym kształtują się społeczno-kulturowe nawyki zachowań prozdrowotnych i antyzdrowotnych.

Czapiński i Błędowski z ogólnopolskiej perspektywy wykazują, że natężenie objawów chorobowych u osób po 60 roku życia jest skorelowane z płcią i wiekiem [15]. Przeciętna liczba tych objawów trwających co najmniej pół miesiąca w grupie osób 80 lat i więcej jest niemal o połowę większa niż w grupie 60-69 lat. Kobiety we wszystkich grupach wieku częściej odczuwają objawy niż mężczyźni, a różnica ta rośnie z wiekiem w grupie 80+ i jest trzykrotnie wyższa niż w grupie 60-69. Jednocześnie wnioski te odnoszą się do pomiaru występowania bólu, gdyż objawy te oznaczają w cytowanym badaniu odpowiednio łamanie i bóle w całym ciele oraz ból albo napięcie mięśni karku i ramion. Raport Czapińskiego i Błędowskiego potwierdza wyniki dotyczące częstości występowania dolegliwości fizycznych utrudniających poruszanie się poza domem (w EHIS jest to załatwianie spraw, robienie

zakupów). Ponadto istnieją dowody [16], że wiek istotnie wpływa na pogorszenie sprawności funkcjonalnej u osób starszych; innym istotnym czynnikiem jest poziom wykształcenia.

## Wnioski

1. Najwięcej ocen negatywnych o stanie zdrowia deklarują osoby starsze w Serbii, Chorwacji, na Litwie i Łotwie.
2. W Polsce w analizowanym okresie ubyłoby najwięcej ocen negatywnych o stanie zdrowia wśród osób w wieku podeszłym.
3. Kobiety na ogół częściej skarżą się na zdrowie i dolegliwości niż mężczyźni. Notuje się większe dysproporcje ocen między płciami aniżeli średnia UE.

4. Pogorszenie trudności w funkcjonowaniu w życiu codziennym występuje wraz z wiekiem, a w kilku krajach odbiega znacząco od średniej UE.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji / Correspondence address

✉ Rafał Maciąg

Zakład Rozwoju Pielęgniarstwa, Nauk Społecznych i Medycznych, Wydział Nauk o Zdrowiu

Warszawski Uniwersytet Medyczny

ul. Erazma Ciołka 27; 01-445 Warszawa

☎ (+48 22) 877 35 97

✉ rafal.maciag@wum.edu.pl

## Piśmiennictwo / References

1. Nowicki GJ, Młynarska M, Ślusarska B i wsp. Samoocena stanu zdrowia i jej wybrane uwarunkowania w grupie osób po 65 roku życia, pacjentów Podstawowej Opieki Zdrowotnej = The self-assessment of health and its selected conditions within a group of over-65-year-old primary-care patients. *J Educ Health Sport.* 2016;6(4):447-57. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.50611> <http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/3492>.
2. Quality report of the second wave of the European Health Interview Survey, Statistical Reports, Eurostat, 2018 edition. [https://ec.europa.eu/eurostat/search?p\\_auth=gITGx5WG&p\\_p\\_id=estatsearchportlet\\_WAR\\_estatsearchportlet&p\\_p\\_lifecycle=1&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&\\_estatsearchportlet\\_WAR\\_estatsearchportlet\\_action=search&text=European+Health+Interview+Survey+%28EHIS+wave+2%29+-+Methodological+manual+-+2013+edition](https://ec.europa.eu/eurostat/search?p_auth=gITGx5WG&p_p_id=estatsearchportlet_WAR_estatsearchportlet&p_p_lifecycle=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_estatsearchportlet_WAR_estatsearchportlet_action=search&text=European+Health+Interview+Survey+%28EHIS+wave+2%29+-+Methodological+manual+-+2013+edition) (pobrane 2019-10-12).
3. Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2016. s. 50. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2014-r-,6,6.html> (pobrane 2019-10-12).
4. European Health Interview Survey (EHIS), Reference Metadata in Euro SDMX Metadata Structure (ESMS), Eurostat, 2018 [https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/hlth\\_det\\_esms.htm](https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/hlth_det_esms.htm) (pobrane 2019-10-12).
5. Eurostat Database, <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (pobrane 2019-10-11)
6. Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2016. s. 65-66.
7. Eurostat Database, <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (pobrane 2019-10-11)
8. Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 216. s. 64-66.
9. Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2016. s. 67.
10. Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2016. s. 73.
11. Czapiński J, Błędowski P. Aktywność społeczna osób starszych w kontekście percepcji Polaków. *Diagnoza społeczna 2013. Raport tematyczny.* Warszawa 2014, s. 40. [http://www.diagnoza.com/pliki/raporty\\_tematyczne/Aktywnosc\\_spooleczna\\_osob\\_starszych.pdf](http://www.diagnoza.com/pliki/raporty_tematyczne/Aktywnosc_spooleczna_osob_starszych.pdf) (pobrane 2019-10-14); *Zob.: Survey of Health, Ageing and Retirement of Europe* <http://www.share-project.org/data-documentation/share-data-releases.html> (pobrane 2019-10-14).
12. Janiszewska A. Obraz starości demograficznej w krajach UE a stan zdrowia jej mieszkańców. W: Janiszewska A. (red.). *Jakość życia ludzi starych – wybrane problemy, „Space – Society – Economy”, 14*, Łódź: Department of Population and Services Studies, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego; 2015. s. 25-48. DOI: <https://doi.org/10.18778/1733-3180.14.02>.
13. Michalski T. *Sytuacja zdrowotna w europejskich krajach postkomunistycznych w dobie transformacji.* Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego; 2010.
14. Slany K, Kluzowa K. *Kształtowanie systemu wartości jako kierunek działań polityki ludnościowej.* W: Graniewska D (red.). *Sytuacja rodzin i polityka rodzinna w Polsce. Uwarunkowania demograficzne i społeczne,* Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa; 2004.
15. Czapiński J, Błędowski P. *Aktywność społeczna...*, tamże, s. 33-9.
16. Fidecki W, Wysokiński M, Wrońska I i wsp. *Sprawność funkcjonalna pacjentów w podeszłym wieku hospitalizowanych w oddziałach neurologicznych. Piel Neurol Neurochir.* 2017;6(3):102-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.15225/PNN.2017.6.3.1>.