Stanisława Golinowska

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medium
Instytut Pracy i Spraw Socjalnych[1]

Promocja zdrowia adresowana do osób starszych wśród europejskich strategii wobec starzenia się

Streszczenie

Artykuł jest poświęcony promocji zdrowia adresowanej do osób starszych w kontekście postulowanej i realizowanej strategii zdrowego starzenia się w Europie. Wyjaśniane są też inne strategie społeczno-zdrowotne postulowane w obliczu uniwersalnej tendencji starzenia się populacji. Na tle zaprezentowanych głównych cech statusu zdrowotnego oraz specyfiki ryzyka zdrowotnego osób starszych opisano główne działania z zakresu promocji zdrowia. Ukazano aspekty instytucjonalne i finansowe realizowanych programów. Zwrócono uwagę na znaczenie medycznie potwierdzonej i kosztowo efektywnej promocji zdrowia, pozwalającej na wzrost indywidualnego kontrolowania zdrowia i samoopieki jako pewnej alternatywy dla rosnących wydatków na usługi lecznicze dla starzejącego się społeczeństwa.

Podstawą rozważań jest koncepcja oraz wstępne wyniki badań europejskiego projektu *Promocja zdrowia i ochrona przed ryzykiem — działania na rzecz seniorów „Pro health 65+”*, realizowanego w ramach Drugiego Europejskiego Programu Zdrowia.

Słowa kluczowe: starzenie się, zdrowe starzenie się, aktywne starzenie się, zdrowie publiczne, promocja zdrowia, status zdrowotny osób starszych, wielochorobowość

---

[1] Instytut Zdrowia Publicznego, ul. Grzegórzecka 20, 31-531 Kraków; IPiSS, ul. Bellotiego 3B, 01-022 Warszawa; adresy elektroniczne autorki: stanislawa.golinowska@uj.edu.pl; stellag@onet.pl

Wprowadzenie

Proces starzenia się populacji jest *de facto* demograficzną rewolucją współczesnej doby. Objął w początkowym etapie przede wszystkim ludność w krajach dobrobytu, ale obecnie tendencje starzenia się występują także w krajach, w których dochody ludności utrzymują się na średnim poziomie, a w niektórych wypadkach — również na niskim poziomie (United Nations 2013). Jak mówią eksperci z tych krajów, starzenie się oznacza dla ich mieszkańców, w przeciwieństwie do mieszkańców krajów zamożnych, dłuższe życie w złych warunkach (Beard i in. 2011). Kraje te nie zdążyły bowiem osiągnąć pożądanego poziomu dobrobytu, a ludność już żyje znacznie dłużej niż jeszcze w nieodległej przeszłości.

Także w krajach europejskich wskaźnik udziału osób starszych w całej populacji oraz tempo starzenia się są tak samo wysokie bez względu na poziom zamożności. Z jednej strony na czele sytuują się Włochy i Niemcy, a z drugiej — Portugalia i Bułgaria. Prognozy demograficzne wskazują, że czołówkę krajów o najwyższym udziale osób starszych w populacji stanowić będą kraje postkomunistyczne, w tym również Polska.

Starzenie się stanowi ogromne wyzwanie dla wszystkich podstawowych polityk państwa — zarówno dla polityki gospodarczej, jak i społecznej oraz zdrowotnej. W polityce gospodarczej poszukuje się sposobów dynamizacji gospodarczej mimo siły oddziaływania czynników demograficznych osłabiających ogólną wydajność pracy. Stawiane są pytania, czy i jakie elementy wzrostu można odnaleźć w tzw. srebrnej gospodarce. W polityce społecznej rozważa się takie metody zabezpieczenia materialnego ludności starszej, jakie pozwalają zachować międzygeneracyjną równowagę finansowania systemów redystrybucji.

W polityce zdrowotnej analizuje się możliwości — z jednej strony — zapewnienia opieki zdrowotnej populacji starszej, której kondycja zdrowotna ulega naturalnemu pogorszeniu, a z drugiej — złagodzenia procesu starzenia się, tak aby osoby starsze były sprawne i samodzielne, jak najdłużej jest to możliwe (Rechel i in. 2009).

W prezentowanym artykule zawarte są rozważania i ustalenia związane z wyartykułowanymi w ciągu ostatnich trzech dekad koncepcjami prowadzenia polityki społeczno-zdrowotnej wobec procesu starzenia się populacji. Zwracam uwagę na wyrażenie „polityka społeczno-zdrowotna", które oznacza podejście wymagające nowej interdyscyplinarności, łączące elementy nauk społecznych z naukami biologicznymi (biologią medyczną). Tekst dotyczy przede wszystkim koncepcji promocji zdrowia osób starszych, usytuowanej w strategii zdrowego starzenia się. Oparty jest na ustaleniach oraz wstępnych wynikach badań prowadzonych w ramach jednego z europejskich projektów Drugiego Programu Unii Europejskiej w dziedzinie Zdrowia „Razem po zdrowie" (The Second Programme of Community Action in the Field of Health), projektu koordynowanego przez Collegium Medicum UJ[2], o akronimie „Pro health 65+". W projekcie tym poszukuje się aktywnych

[2] Autorka jest europejskim koordynatorem tego projektu: *Health Promotion and Prevention of Risk. Actions for Seniors* [polski tytuł: Promocja zdrowia i ochrona przed ryzykiem — działania na rzecz seniorów] — „Pro health 65+", http://pro-health65plus.eu W dotychczasowych programach Komisji Europejskiej w dziedzinie zdrowia zaplanowano i sfinansowano około 300 projektów, w których obok wielu zagadnień dotyczących skutecznego systemu ochrony zdrowia, wskazuje się potrzebę

form promocji zdrowia osób starszych — promocji o udowodnionej skuteczności zdrowotnej, kosztowo efektywnej oraz dobrze zorganizowanej, i analizuje się dogłębnie wskazane dobre praktyki.

Koncepcje polityki społeczno-zdrowotnej wobec starzenia się

Odpowiedzią polityków i ekspertów na globalną rewolucję demograficzną jest wdrażanie strategii rozwoju społecznego, które wyrażają trzy powiązane ze sobą koncepcje: aktywnego życia (ang. *active aging*), zdrowego starzenia (ang. *healthy aging*) i pomyślnego starzenia się (ang. *successful aging*). Wszystkie trzy strategie akcentują kolektywne i intencjonalne oddziaływania na indywidualne zachowania osób starszych. W każdej z tych koncepcji wyraża się oczekiwanie, że osoby starsze będą nadal aktywne, będą prowadziły zdrowe i w miarę możliwości niezależne oraz satysfakcjonujące życie.

W koncepcji aktywnego starzenia się przyjmuje się (również w formie postulatów), że osoby starsze nadal będą produktywne; będą pracować zarobkowo i niezarobkowo, uczyć się, udzielać się społecznie oraz rodzinnie w miarę swych sił i potrzeb. Dzięki temu będą dłużej samodzielne, będą utrzymywać relacje z innymi (w integracji społecznej), mogą liczyć na wzajemność i mieć więcej satysfakcji z życia. Jednocześnie prowadzone będą polityki, które umożliwią tę aktywność od strony instytucjonalnej i infrastrukturalnej oraz będą sprzyjać znoszeniu barier społecznych dalszej aktywności osób starszych. Koncepcja aktywnego starzenia się doczekała się zasadniczych opracowań (WHO 2002), zaprezentowane zostały kierunki i podstawowe treści aktywnych polityk oraz propozycje programów operacyjnych (np. AGE Platform Europe 2011). Unia Europejska ogłosiła rok 2012 Europejskim Rokiem Aktywnego Starzenia się i Solidarności Międzypokoleniowej (European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations), inicjując wiele korzystnych aktywności (ECORYS 2014). Skonstruowany został indeks wskaźników aktywnego starzenia się (UNECE and European Commission 2015), który obejmuje cztery domeny: (1) dalszą pracę, (2) uczestnictwo w życiu społeczeństwa, (3) niezależne i zabezpieczone życie z dostępem do usług zdrowotnych, (4) możliwości środowiskowe aktywnego życia. Dla każdej z nich wybrano i zdefiniowano wskaźniki, w odniesieniu do których przywołano wyniki odpowiednich badań prowadzonych w UE. I tak:

- Dla wskaźnika dalszej pracy (jako kontynuacji zatrudnienia) posłużono się wskaźnikiem stopy pracujących (ang. *employment rate*) w wieku 55–74 lat uzyskiwanym z europejskich badań aktywności ekonomicznej (LFS).
- Dla uczestnictwa w życiu społecznym wybrano cztery wskaźniki: wolontariat, opiekę nad dzieckiem, opiekę nad osobą starszą lub niepełnosprawną oraz aktywność polityczną. Dane do ich konstrukcji pochodzą z europejskich badań jakości życia (EQLS).
- Niezależne życie w zdrowiu i z zabezpieczeniem społecznym charakteryzuje osiem wskaźników: uprawianie ćwiczeń fizycznych, dostęp do usług zdrowotnych, samodzielne

---

promocji dobrego zdrowia w każdej fazie cyklu życia, jednak obecnie akcentuje się szczególnie fazę starzenia się: *Healthy Ageing across the Lifecycle* (European Commission 2012).

(lub z partnerem) prowadzenie gospodarstwa domowego w wieku 75+, dochody w wieku 65+ w porównaniu z dochodami osiąganymi wcześniej, stopa ubóstwa osób starszych (wg relatywnej linii ubóstwa — 50% mediany ekwiwalentnych dochodów do dyspozycji), stopień poważnej deprywacji materialnej, poczucie bezpieczeństwa w miejscu zamieszkania, dalsza aktywność edukacyjna w formach zorganizowanych. Dane do konstrukcji wskaźników pochodzą głównie z europejskich badań dochodów i warunków życia (EU-SILC).

– Możliwości aktywnego życia w środowisku zostały opisane przez sześć wskaźników: przeciętne dalsze trwanie życia osób w wieku 55 lat w porównaniu z osobami w wieku 50 lat, udział przeciętnego trwania życia w zdrowiu w wieku 55 lat w dalszym trwaniu życia w tym wieku, psychiczny dobrostan, korzystanie z komputera i Internetu, utrzymywanie więzi społecznych (spotkania co najmniej raz w miesiącu z przyjaciółmi, kolegami czy rodziną), osiągnięcia edukacyjne osób starszych (udział osób starszych w wieku 55–74 lat z wykształceniem wyższym lub średnim).

Dane do konstrukcji wskaźników pochodzą ze statystyki na temat przeciętnego trwania życia (*Joint Action-European Health and Life Expectancy Information System*) oraz europejskich badań społecznych (ESS).

Tabela 1. Indeks aktywnego życia oraz wskaźniki syntetyczne dla czterech jego domen — dane dla roku 2014

	Kontynuacja pracy (w wieku 55–74 lat)	**Uczestnictwo w życiu społecznym**	**Niezależne życie**	**Możliwości aktywnego i zdrowego życia**
Polska	22,4	12,1	64,9	47,9
Włochy	23,0	24,1	69,0	53,4
Niemcy	34,4	13,6	74,7	55,8
Holandia	33,9	22,4	78,9	61,8
Kraj o najwyższej wartości wskaźnika	Szwecja 43,4	Irlandia i Włochy 24,1	Dania 79,0	Szwecja 69,2
Kraj o najniższej wartości wskaźnika	Słowenia 19,1	Polska 12,1	Łotwa 58,7	Rumunia 40,9
Wskaźnik przeciętny UE 28	27,8	17,7	79,6	54,1

Źródło: na podstawie *UNECE and European Commission* (2015).

Ranking indeksu aktywnego starzenia się sytuuje kraje postkomunistyczne, w tym — Polskę (Breza, Perek-Białas 2011), w dolnej grupie krajów UE. Biorąc pod uwagę wysoką dynamikę starzenia się populacji w nadchodzących latach, stanowi to dla nich ogromne wyzwanie.

Koncepcja pomyślnego starzenia się zawiera elementy bardziej zorientowane na zdrowie w sensie medycznym (Bowling, Dieppe 2005). Wynika to z odniesienia się do naturalnego (biologicznego) wzoru zmian organizmu w życiu człowieka, zakładając równowagę w procesie „zużywania się" organizmu. Kondycja zdrowotna osób starszych ulega w naturalny sposób pogorszeniu. Zmniejsza się wydolność organów (w widoczny sposób — zmysłów), pojawiają się choroby przewlekłe, obniża się sprawność w codziennym funkcjonowaniu. Jednak niektóre osoby przechodzą ten proces pomyślnie: nie odczuwając gwałtownego pogorszenia kondycji zdrowotnej, a nawet utrzymując w dłuższym okresie wcześniejszy potencjał zdrowia. Inne natomiast starzeją się mniej pomyślnie. Choroby i niepełnosprawność dotyka je bardziej, pogarszając znacznie jakość życia. W badaniach geriatrycznych i gerontologicznych próbuje się dociec, od czego to zależy; jakie czynniki wpływają na proces pomyślnego starzenia się. W jakim stopniu mają one charakter społeczno-kulturowy, a w jakim są zdeterminowane biologicznie. Wyniki tych badań prowadzą do wskazywania działań na rzecz pomyślnego starzenia się; do opracowywania strategii optymalizacji trwania życia w równowadze zdrowia fizycznego, psychicznego oraz funkcjonalnej sprawności.

Paul Baltes, rozwijając teorię selektywnej optymalizacji oraz kompensacji (ang.: *Selective Optimization with Compensation* [SOC] *Theory*) (Baltes i Baltes 1990), wyjaśnił psychologiczny mechanizm pomyślnego starzenia się. Teoria ta opiera się na założeniu, że każdy człowiek na różnych etapach swego życia dąży do równowagi między wyborem (selekcją) celów życiowych, dostosowaniem metod ich osiągania oraz zastępowaniem ich w sytuacji, gdy dotychczasowe metody są nieosiągalne. W starszym wieku osiąganie satysfakcjonującej równowagi życiowej jest coraz trudniejsze. Szczególnie w wieku podeszłym, zwanym często czwartym wiekiem, gdy czynniki biologiczne zaczynają przeważać nad społeczno-kulturowymi, utrudniając pożądaną kompensację, pojawia się pogorszenie samopoczucia, depresja i następuje ucieczka od świata zewnętrznego, zamykanie się w sobie. W tej fazie życia klasyczne działania z zakresu promocji zdrowia są nieprzydatne. I ten okres pozostaje na ogół poza sferą zainteresowania z punktu widzenia zdrowia publicznego. Staje się przedmiotem działań w ramach opieki długoterminowej.

W europejskich programach zdrowia dominuje strategia **zdrowego starzenia się**. Koncepcja zdrowego starzenia się zbliżona jest do koncepcji pomyślnego starzenia się, nawet niekiedy obu terminów używa się jako synonimów, wymiennie. Funkcjonuje wiele definicji zdrowego starzenia się. Jedne uwzględniają bardziej perspektywę medyczną (utrzymywanie w równowadze zdrowia fizycznego i psychicznego oraz sprawności), inne psychospołeczną, czyli możliwość wykonywania także w starszym wieku funkcji społecznych, co dobrze wpływa na jakość życia. W jednym z opracowań Komisji Europejskiej

celowość strategii zdrowego starzenia interpretuje się przede wszystkim w kategoriach ekonomicznych — jako czynnik wzrostu gospodarczego (European Commission 2007)[3].

W europejskim projekcie realizowanym przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego w Szwecji (The Swedish National Institute of Public Health 2006) zdrowe starzenie się jest zdefiniowane jako „proces optymalizacji uwarunkowań zdrowia fizycznego i psychicznego w celu umożliwienia aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym bez dyskryminacji, w samodzielności i dobrej jakości życia".

We wskazywaniu działań na rzecz zdrowego starzenia się bierze się pod uwagę proces całego życia, w którym możliwe byłoby takie dbanie o zdrowie i utrzymywanie sprawności, aby w starszym wieku odczuwać dobrostan (WHO 2015). Kompleksowa strategia zdrowego starzenia wyznacza więc długą drogę do osiągania celu (Kuh i in. 2014). Z punktu widzenia populacji będącej już w starszym wieku koncepcja zdrowego starzenia się jest interpretowana jako możliwość kontynuacji swego życia umysłowego, fizycznego, społecznego oraz ekonomicznego, gdy ciało jest już słabsze i ogranicza ten proces (Hansen-Kyle 2005, s. 46).

Co można jednak robić dla populacji, która osiąga granicę starszego wieku (65 lat i więcej)? Czy na efektywną kontrolę własnego zdrowia u osób starszych nie jest za późno? Czy starsi ludzie mogą istotnie kontrolować swoje zdrowie tak, aby kondycja zdrowotna nie ulegała pogorszeniu, a nawet polepszała się, gdy przecież istnieją naturalne ograniczenia poprawy stanu zdrowia — często przewlekła wielochorobowość i gorsza sprawność? Niejednokrotnie istnieją ograniczone możliwości zmiany zachowań na skutek trwałych determinant materialnych, posiadanego *human capital* oraz warunków środowiska — zarówno naturalnego, jak i społecznego.

W sukurs przychodzą teorie, które pomagają zrozumieć możliwości dobrego dalszego życia (na przykład wspomniana teoria SOC — Baltes 1993) i obalają mity na temat starości (Rowe, Kahn 1987). Nawet w zaawansowanym wieku ludzie posiadają bowiem potencjał dostosowywania się do nowych sytuacji i wymagań, wzmacniany uczeniem się i wsparciem środowiska. A jeśli jest to coraz trudniejsze, to znajdują możliwości kompensacji (np. w sferze aktywności religijnej — Sowa, Golinowska i in. 2016). Ich dobrostan zmniejsza się, jeśli spojrzeć na to z perspektywy osób młodszych, niekoniecznie zaś — ich samych.

Jednocześnie wiadomo, że osoby starsze bardziej zwracają uwagę na własne zdrowie i dzięki temu mogą być i są bardziej podatne na informacje, porady, perswazje i chęć zdobywania szerszej wiedzy o zdrowiu i chorobach, które im dokuczają. Ich preferencje związane ze zdrowiem oraz czasowym wymiarem ich życia są inne niż osób młodszych. Wydaje się więc, że seniorzy są bardziej zmotywowani do podejmowania działań na rzecz zdrowia. Jednocześnie zaś, aby ich potrzeby zdrowotne mogły być zaspokajane, potrzebują oni bardziej dogodnych warunków: dobrej infrastruktury, przyjaznych instytucji, dostępnych usług ochrony zdrowia w środowisku, w którym żyją.

---

[3] Cytowany tekst, przygotowany w 2007 r. wspólnie przez trzy dyrekcje Komisji Europejskiej: zatrudnienia i spraw społecznych, finansów oraz zdrowia, został opatrzony podtytułem: *Discussion paper*.

Proces uczenia się i dostosowywania się do nowych sytuacji w starszym wieku nie jest wcale oczywisty i łatwy. Starsi ludzie ponoszą wiele strat, nie tylko zdrowotnych. Tracą swych rówieśników i partnerów. Cierpią ból na skutek wielu schorzeń, popadają w depresję, gdy środowisko ich odrzuca i sami się wycofują. Polityka wobec starzenia się i starości wymaga więc nie tylko medycznego profesjonalizmu, lecz także wrażliwości psychospołecznej.

W regionalnym europejskim raporcie WHO (2012) na temat kierunków polityki zdrowego starzenia się przypomina się o stałych zasadach europejskiej polityki zdrowotnej wobec osób starszych, takich jak:

- podejście partycypacyjne, polegające na włączaniu osób starszych w proces podejmowania decyzji, które ich dotyczą, oraz ewaluacji rezultatów tych decyzji;
- dowartościowywanie osób starszych na poziomie indywidualnym oraz wspólnoty, w której żyją;
- orientacja na równe traktowanie odnosząca się zwłaszcza do wrażliwych i defaworyzowanych grup osób starszych;
- uwzględnianie perspektywy płci z uwagi na znaczne różnice doświadczeń życiowych w zakresie pełnienia ról społecznych przez starsze kobiety i mężczyzn.

O promocji zdrowia adresowanej do osób starszych

W realizacji strategii zdrowego starzenia się szczególną rolę pełni zdrowie publiczne, a przede wszystkim rdzeń jego aktywności — promocja zdrowia. Promocja zdrowia kierowana do osób starszych ma na celu zarówno podtrzymywanie stylu życia sprzyjającego zdrowiu mimo pogorszenia indywidualnych możliwości, jak i jego zmianę, gdy dotychczasowe zachowania były dla zdrowia ryzykowne.

Promocja zdrowia adresowana do osób starszych jest w pewnym zakresie alternatywą dla programów wzrostu finansowania kosztownych usług leczniczych starzejącej się populacji. Przyjmuje się bowiem założenie, że osoby starsze coraz bardziej świadome swego zdrowia i prowadzące zdrowy styl życia będą z jednej strony mniej chorowały, a z drugiej — umiały sobie samodzielnie radzić z wieloma chorobami przewlekłymi, które wśród nich występują (Kemm 2015).

Główne elementy promocji zdrowia zostały zdefiniowane na konferencji w Kanadzie, gdzie w 1986 r. uchwalono Ottawską Kartę Promocji Zdrowia (Ottawa Charter for Health Promotion), zwaną w skrócie Kartą Ottawską (zob. WHO 1986). Stwierdza się w niej, że celem promocji zdrowia jest osiąganie indywidualnej zdolności do kontrolowania swego zdrowia. Ludziom należy więc wskazywać działania, które umożliwiają **kontrolowanie własnego zdrowia**, aby je utrzymać i poprawiać. W tym celu należy dostarczać informacji, wiedzy o tym, co — i dlaczego — sprzyja zdrowiu, doradzać, motywować oraz wspomagać przy nabywaniu umiejętności zastosowania tej wiedzy, a także udzielać wsparcia przy podejmowaniu tych działań oraz oddziaływaniu na innych (w tym także na polityków, na media), aby czynili podobnie. Jak założono w Ottawie, promocja zdrowia ma równie (a może nawet bardziej) istotne znaczenie dla osiągania dobrego zdrowia, jak inne usługi sektora ochrony zdrowia.

Działania w zakresie promocji zdrowia opierają się na wiedzy pochodzącej z wielu dyscyplin: psychologii, socjologii, komunikacji i zarządzania, społecznego marketingu, a także medycyny (Lincoln, Nutbeam 2006). Wymagają kompleksowej znajomości wielu obszarów indywidualnych zachowań człowieka (poznawczych, motywujących), a także zachowań grupowych (wpływanie i poddawanie się wpływom, mobilizowanie) oraz wiedzy o instytucjach o możliwościach i ograniczeniach prawnych, obowiązkach publicznych, nakazach i zakazach.

W operacyjnym określaniu zakresu promocji zdrowia klasyfikuje się działania, biorąc pod uwagę trzy główne kryteria:

1. Kryterium funkcjonalne, polegające na agregowaniu działań w ramach rodzajów funkcji.
   - Informacja zdrowotna — tworzenie informacji na temat zdrowia i zagrożenia chorobami i jej szerokie udostępnianie, także poprzez nowoczesne nośniki informacji, w tym e-health.
   - Edukacja zdrowotna — przekazywanie wiedzy o zachowaniach sprzyjających zdrowiu, wyjaśnianie czynników warunkujących zdrowie i wskazywanie ryzyk zdrowotnych w celu podniesienia świadomości zdrowotnej.
   - Badania przesiewowe — prowadzone ze względu na funkcję informacyjną, przy czym ich wyniki są adresowane nie tylko do osób badanych, lecz także do decydentów (ang. *policy makers*) sektora zdrowotnego, celem ukierunkowania polityki zdrowotnej w zakresie alokacji środków.
   - Prewencja pierwotna — działania zapobiegawcze (informacyjne, prowadzenie badań przesiewowych i kontrolnych, promowanie odpowiedniego stylu życia), podejmowane w odniesieniu do ryzyka konkretnych chorób, zwykle organizowane przez sektor zdrowotny, jako że wymagają pewnego zasobu wiedzy medycznej.
   - *Advocacy* — oddziaływanie na społeczeństwo (rodziny, pracodawców, media) i decydentów poprzez doradzanie, konsultowanie, wspieranie, lobbowanie w celu podniesienia wartości zdrowia i zdrowego stylu życia w społeczeństwie. W ich wyniku jest możliwe tworzenie sprzyjających zdrowiu warunków (środowiskowych, infrastrukturalnych i instytucjonalnych) oraz likwidowanie zagrożeń i barier zdrowego trybu życia. Potrzeba propagowania zdrowia wynika z faktu występowania konkurencji (Carlisle 2000) między różnymi celami — tak w życiu publicznym, jak i prywatnym. W dokumentach WHO podnosi się potrzebę politycznego angażowania się w sprawy zdrowia, ukazywania problemów i zagrożeń zdrowotnych oraz wskazywania uwarunkowań zdrowia i nierówności w zdrowiu, aby trafniej i skuteczniej interweniować (WHO 1986).
2. Kryterium miejsca promocji zdrowia.
   - Ochrona zdrowia w miejscu pracy i prewencja chorób zawodowych.
   - Ochrona zdrowia w jednostkach opieki zdrowotnej („zdrowy szpital") i socjalnej („zdrowy dom seniora") oraz prewencja zakażeń, wynikających z życia w instytucjach zbiorowych.
   - Ochrona zdrowia w miejscu zamieszkania (np. ruch „zdrowe miasta").
   - Obecność wartości zdrowego życia w każdej wspólnocie (ang. *community health*).

- Zdrowy dom.
- Zdrowe media (propagowanie zdrowego stylu życia, nie zaś reklamowanie produktów medycznych czy quasi-medycznych).

3. Kryterium rodzaju aktywności, które są wskazywane jako sprzyjające zdrowiu. Za najbardziej zdrowotnie skuteczne w odniesieniu do osób starszych uznaje się następujące formy:
   - aktywność fizyczną, w tym chodzenie dla zdrowia;
   - zdrowe odżywianie się;
   - szczepienie się;
   - unikanie ryzyka zdrowotnego, a szczególnie palenia, nadmiernego picia, nadwagi, upadków oraz samotności;
   - ochronę zdrowia psychicznego przez unikanie stresu, rozwijanie inteligencji emocjonalnej i aktywności intelektualnej[4], podtrzymywanie oraz rozwój więzi społecznych i integracji społecznej;
   - zdrowie seksualne, w tym prewencję chorób przenoszonych drogą płciową.

Cykl życia w okresie starości

Starzenie się jest długim procesem. Kiedy możemy powiedzieć, że wkraczamy w okres starości? Reprezentanci nauk biologicznych mają w tej mierze inne zdanie niż przedstawiciele nauk społecznych, a szczególnie ekonomicznych. Ci pierwsi dostrzegają zaczątki starzenia się organizmu i jego organów relatywnie wcześnie, szczególnie na poziomie komórkowym. Ekonomiści natomiast biorą pod uwagę zdolność do pracy i tworzenia dobrobytu, a te zależą nie tylko od indywidualnych możliwości ludzi, które są zróżnicowane i niekiedy relatywnie bardzo duże (w przypadku pomyślnego starzenia się mogą nawet trwać do końca życia), lecz także od polityki makroekonomicznej oraz rynku pracy w danym kraju.

Ocena zdolności do pracy stosowana w realnej polityce społeczno-ekonomicznej w istotnym stopniu zależy od sytuacji na rynku pracy oraz systemu zabezpieczenia dochodowego osób starszych (systemy emerytalne i rentowe). W wielu krajach, szczególnie w okresach kryzysów ekonomicznych, mamy do czynienia z wypychaniem starszych dorosłych (50+) z rynku pracy bez względu na ich indywidualną chęć i zdolność do pracy. Taka presja występuje ze strony pracodawców, a także ze strony państwa, gdy sytuacja na rynku pracy jest trudna i prowadzi do ustanawiania regulacji motywujących do wcześniejszego przechodzenia na emeryturę czy do „poluzowania" kryteriów w orzecznictwie inwalidzkim, aby umożliwić uzyskanie uprawnienia do renty inwalidzkiej.

W statystycznych definicjach wielu krajów w stosunku do osób, które wychodzą z rynku pracy z powodu formalnego ustanowienia określonego wieku przejścia na emeryturę, stosuje się termin „ludność w wieku poprodukcyjnym". To odzwierciedla tradycyjny stosunek

[4] Dalsza edukacja osób starszych ma istotne znaczenie dla podtrzymania zdrowia psychicznego — i to raczej zorganizowana edukacja niż samokształcenie. Wychodzenie z domu i integrowanie się z innymi osobami o podobnych zainteresowaniach i wyznawanych wartościach jest dodatkowym czynnikiem sprzyjającym zdrowiu (Golinowska i in. 2016).

państwa, pracodawców i społeczeństwa do traktowania osób wychodzących z rynku pracy jako już mniej ekonomicznie pożytecznych. Wydłużanie przeciętnego trwania życia sprzyja podnoszeniu wieku emerytalnego i ten fakt prowadzi też do odsuwania społecznej granicy starości oraz mniej wykluczającego definiowania wieku produkcyjnego.

Przyjęcie określonego wieku za moment wchodzenia w okres starości jest w gruncie rzeczy decyzją umowną, pewną konwencją, której uzasadnieniem są procesy demograficzno-społeczne, ukazujące postęp w wydłużaniu przeciętnego trwania życia, a przede wszystkim trwania życia w zdrowiu i z chęcią do społecznego uczestnictwa oraz integracji. Jeszcze kilka lat temu w ONZ przyjmowano 60 lat za moment wchodzenia w okres starości. Obecnie już powszechnie przyjmuje się raczej 65 lat.

Okres życia w starości jest obecnie nie tylko dłuższy, ale i zróżnicowany pod względem biologicznym (kondycji zdrowotnej) oraz społecznym. Biorąc pod uwagę czynnik biologiczny, eksperci WHO proponują wyróżnienie czterech faz starości: przedmurze czy przedpole starości (łac. *praesenium*) — 45–59 lat, wczesna starość (60–75), późna starość (75–89), długowieczność (90+). Uwzględniając natomiast bardziej czynnik społeczno-ekonomiczny, można przyjąć, że cykl życia w okresie starości obejmuje trzy fazy[5].

- Pierwsza faza starzenia się dotyczy ludności mieszczącej się w przedziale wieku od 55 (60) do 65 (67) lat, jeszcze pracującej (w wieku przedemerytalnym) i ogólnie aktywnej. W tej fazie występują już problemy zdrowotne i większego znaczenia nabiera prewencja oraz ograniczanie ryzyka chorób przewlekłych i wypadków. Tworzenie dobrych warunków pracy i utrzymywanie dobrych stosunków w pracy (ograniczanie stresu) oraz promocja zdrowia prowadzona w zakładach pracy przez pracodawców stanowią główny nurt aktywności w zakresie promocji zdrowia w tej fazie życia.
- Druga faza obejmuje życie na emeryturze, wiek od 65 (67) do 80/85 lat. Oczekuje się, że będzie to życie aktywne, co ma wpływ na utrzymanie zdrowia i dobrą jakość życia. Promocja zdrowia adresowana do tej grupy osób starszych obejmuje wiele programów i interwencji, zależnych z jednej strony od miejsca i środowiska, a z drugiej — od indywidualnych cech i zachowań: wykształcenia, statusu zdrowotnego, stylu życia, sytuacji rodzinnej
- Trzecia faza obejmuje populację w wieku 80/85+. W tej fazie życia pojawiają się potrzeby opiekuńcze, a nierzadko — pielęgnacyjne. Promocja zdrowia adresowana bezposrednio do osób starszych ma w tej fazie ograniczone możliwości oddziaływania, jeśli nie uwzględni opiekunów oraz rodziny[6].

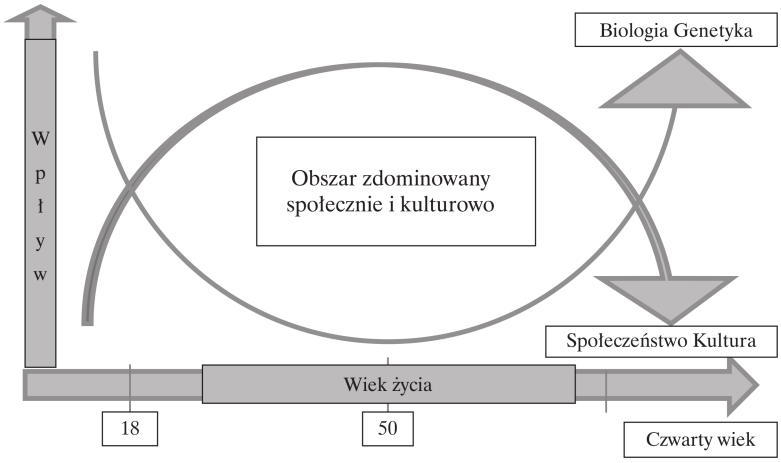
Wyróżnianie odmiennych okresów życia w starości ma zasadnicze znaczenie dla podejmowania właściwych działań w promocji zdrowia. Klasyczne aktywności opierają się coraz częściej na założeniach wynikających z odkrywania społecznych determinant zdrowia. Nie zawsze jednak dają się one odnieść wprost do starzejącej się populacji po

[5] Takie rozróżnienie faz życia w okresie starości przyjęto w projekcie „Pro health 65+".

[6] W działaniach z zakresu promocji zdrowia istotne byłoby uwzględnianie zróżnicowanej sytuacji życiowej osób starszych: prowadzenia życia samodzielnego, życia w rodzinie oraz przebywania w instytucji opiekuńczej.

przekroczeniu określonej granicy wieku. Wynika to ze wzrostu znaczenia determinant biologiczno-medycznych w starszym wieku w stosunku do czynników społecznych i kulturowych. Obrazuje to poniższy schemat (rys. 1) zaczerpnięty z prezentacji Paula Baltesa na kongresie gerontologicznym w Brazylii w 2005 r.

Rysunek 1. Dynamika oddziaływania biologii i kultury w cyklu życia: relatywny wpływ na poziomie indywidualnym



Źródło: na podstawie Baltes (2005).

Zdrowie osób starszych

Zestaw wskaźników, za pomocą których mierzy się status zdrowotny starszej populacji, jest inny niż zestaw wskaźników ogólny, odnoszący się do całej populacji (Sowa, Tobiasz-Adamczyk, Topór-Mądry i in. 2015). Wynika to ze zmian w stanie zdrowia, specyfiki chorowania i leczenia w okresie starości. Osoby starsze cierpią głównie na niezakaźne choroby przewlekłe, które obejmują:

- choroby układu krążenia, z niedokrwienną chorobą serca na czele,
- choroby nowotworowe,
- cukrzycę,
- chroniczne choroby oddechowe i płucne,
- choroby kostno-stawowe,
- zaburzenia psychiczne i demencję.

Choroby te są główną przyczyną niepełnosprawności i śmierci, często przedwczesnej i częściej odnotowywanej w przypadku mężczyzn niż kobiet. Szacuje się, że pięć z tych chorób (niedokrwienna choroba serca, choroby nowotworowe, cukrzyca, przewlekła choroba płuc i zaburzenia psychiczne) stanowi 77% obciążenia chorobami, a 86% przyczynia się do śmierci na terenie Europy (WHO European Region, http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/data-and-statistics).

Z chorobami przewlekłymi żyje się coraz dłużej, a ich efektem jest często znaczne pogorszenie jakości życia i niepełnosprawność. W krajach europejskich, które należą do zasobniejszych regionów świata (tzw. kraje o wysokich dochodach — ang. *high income countries*) i których mieszkańcy cieszą się dłuższym życiem, szczególnie trudnym problemem zdrowotnym starszego wieku są zaburzenia psychiczne, a przede wszystkim demencja, której występowanie wzrasta szczególnie wraz z dłuższym życiem. Dane na temat występowania chorób w ujęciu globalnym wskazują, że dwukrotnie zwiększa się występowanie demencji, gdy człowiek jest starszy o kolejne 6 lat; ze wskaźnika 3,9 na 1000 osobolat w wieku 60–64 do 104,8 na 1000 osobolat w wieku 90+ (ADI 2015).

Specyfiką chorowania w starszym wieku jest ponadto chorowanie na więcej niż jedno schorzenie (Marengoni i in. 2011; Salive 2013). **Wielochorobowość** dotyczy większości starszej populacji. W zależności od tego, jaki wskaźnik przyjmiemy za miarę wielochorobowości, uzyskujemy różne dane statystyczne (Diederichs, Berger, Bartels 2011). Jeśli przyjmiemy, że wielochorobowość oznacza występowanie dwóch i więcej schorzeń, to w krajach europejskich zjawisko to obejmuje ponad 50% populacji w wieku 65+. Gdy stosujemy wskaźnik w postaci jednej i więcej chorób, to zakres jest szerszy — ponad 60%. Zjawisko wielochorobowości jest niemal powszechne wśród osób w wieku około 80 lat, dochodząc do 80% przy wskaźniku występowania jednej choroby i więcej, a do 70% przy wskaźniku dwie choroby i więcej (wykres 1). Częściej występuje u starszych kobiet niż mężczyzn i częściej wśród osób z gorszym statusem materialnym (biedniejszych) niż wśród osób lepiej sytuowanych (Agborsangaya i in. 2012).

Analizy wielochorobowości wskazują, że istnieje pewna prawidłowość dotycząca współwystępowania (ang. *comorbidity*) chorób, pozwalająca na identyfikowanie tzw. indeksu chorób u starszych pacjentów. Przegląd literatury na temat współwystępowania chorób przewlekłych (Sinnige i in. 2013) ukazuje, że współwystępowanie wielu chorób najczęściej dotyczy depresji (występuje nawet z sześcioma innymi chorobami), następnie cukrzycy oraz nadciśnienia. Ponadto bardzo często choroby występują w parze, np. nadciśnienie często występuje przy zapaleniu kości i stawów (*osteoarthritis*), a także wraz z chorobą wieńcową.

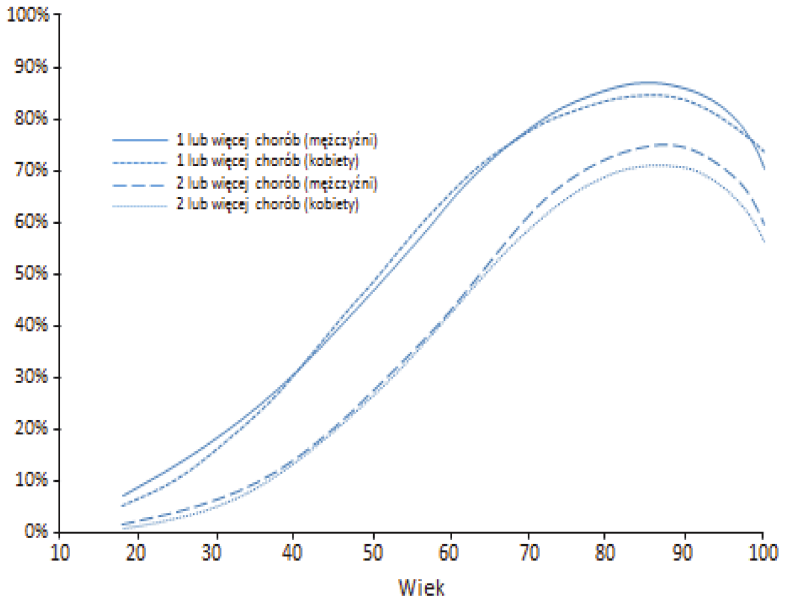
Stosunkowo mało wiadomo, jakie czynniki przyczyniają się do zjawiska wielochorobowości; w jakim stopniu odpowiadają za nie czynniki genetyczne i biologiczne, w jakim stopniu decyduje styl życia, w jakim zaś liczą się warunki środowiska naturalnego i społeczno-ekonomicznego. Wielochorobowość jest zjawiskiem uciążliwym nie tylko dla cierpiącego na nią człowieka, ale także dla systemu ochrony zdrowia: utrudnia leczenie (kontrolowanie interakcji między terapiami na pojedyncze choroby), zwiększa korzystanie z usług medycznych i podnosi koszty leczenia.

Długie chorowanie prowadzi do ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu, do niepełnosprawności (Verbrugge, Jette 1994). Wraz z wiekiem postępuje więc niepełnosprawność.

Informacje o występowaniu niepełnosprawności opierają się na różnych definicjach, które utrudniają porównania. W ostatnich latach dokonał się jednak istotny postęp w standaryzacji. Rozpoczęto badania niepełnosprawności na podstawie definicji wynikającej

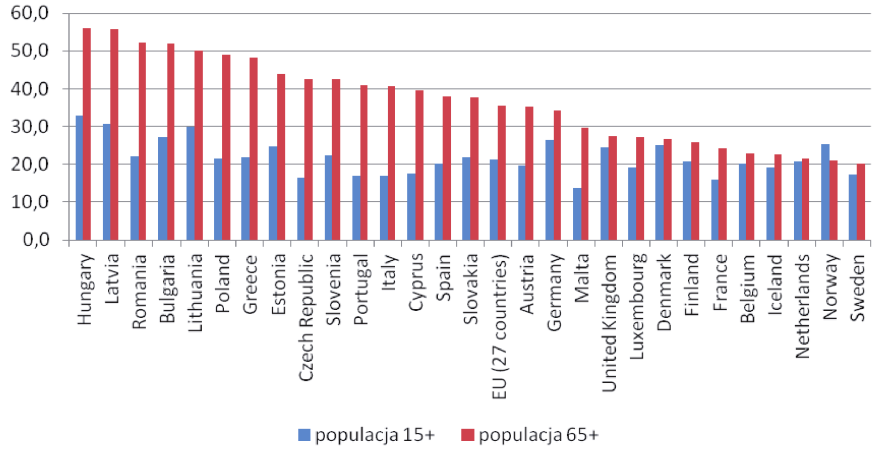
z konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych, która uwzględnia 10 rodzajów barier w codziennym funkcjonowaniu: transportowe, architektoniczne, w dostępie do edukacji i szkoleń, w zatrudnieniu, odpowiednim traktowaniu, w kontaktach społecznych, w korzystaniu z Internetu, w sprawach ekonomicznych oraz zajęciach czasu wolnego. Wykres 2, sporządzony na podstawie badań, które jednorazowo przeprowadzono w 2012 r. w ramach Eurostatu, ukazuje, że niepełnosprawność w starszym wieku jest szczególnie wysoka w krajach postkomunistycznych, a następnie w krajach Europy Południowej. W krajach Europy Zachodniej, różnice są znacznie mniejsze, w niektórych wręcz minimalne. Osiągnięcie wskaźnika poprawy przeciętnego trwania życia bez niepełnosprawności (Healthy Life Expectancy — HLY) o dwa lata, co jest europejskim postulatem na 2020 r., stanowi ogromne wyzwanie dla Polski i pozostałych krajów regionu.

Wykres 1. Występowanie wielochorobowości według wieku i płci



Źródło: Ornstein i in. (2013) na podstawie badań amerykańskich.

Wykres 2. Udział ludności z ograniczeniami funkcjonowania w całej populacji dorosłych oraz wśród osób starszych (65+)



Źródło: badanie Eurostatu (European Health and Social Integration Survey — EHSIS) z 2012 r. http://ec.europa.eu/eurostat/portal/page/portal/health/disability).

Czynniki ryzyka zdrowotnego wśród osób starszych

Główne czynniki ryzyka chorób przewlekłych i niepełnosprawności wśród osób starszych występowały już we wcześniejszych fazach życia, ale gdy nadal występują w starszym wieku, szanse na pomyślne starzenie się są ograniczone. Należy do nich tzw. niezdrowy styl życia: brak aktywności fizycznej, palenie papierosów, nadużywanie alkoholu i ogólnie niezdrowa dieta.

Palenie papierosów jest w Europie zjawiskiem o spadającym natężeniu (OECD 2014), co można odczytywać jako rezultat nasilonej presji na jego ograniczanie. Już w latach 90. wskaźnik osób dorosłych palących codziennie zmniejszył się o 12 punktów procentowych. Wśród osób starszych stopa ta zawsze była znacznie niższa, przy czym w populacji seniorów, w której dominują kobiety, był to dodatkowo wyraz niższego wskaźnika palących kobiet w porównaniu z mężczyznami.

Nadmierne picie jest natomiast nadal problemem stylu życia, niedającym się skutecznie kontrolować, o negatywnych konsekwencjach dla zdrowia. Konsumpcja alkoholu w Europie jest bardzo wysoka — najwyższa na świecie (OECD 2014). Jednocześnie style picia i rodzaje alkoholi są bardzo różne. W dodatku opinie o szkodliwości picia alkoholu, a nawet stanowiska medyczne w tej kwestii nadal nie są jednoznaczne.

Poza powszechnymi czynnikami ryzyka zdrowotnego, osoby starsze narażone są dodatkowo na ryzyka specyficzne. Należą do nich zwłaszcza upadki, głębokie ubóstwo, samotność i brak opieki oraz podatność na złe traktowanie i przemoc.

Upadki, przynoszące w konsekwencji problemy ze zdrowiem, niepełnosprawność, a nierzadko i śmierć, nagminnie zdarzają się osobom starszym. W raporcie na ten temat

wskazuje się, że każdego roku ulega wypadkom około 30% osób powyżej 65. roku życia i 50% powyżej 80. (Todd, Skelton 2004). W wyniku upadków osoby starsze tracą sprawność i samodzielność. Rozpoznawanie przyczyn upadków oraz wskazywanie działań prewencyjnych należą do istotnego zakresu promocji zdrowia osób starszych (WHO 2004).

Mimo że w analizach epidemiologicznych na temat upadków i urazów wśród osób starszych dominuje problem kruchości (ang. *frailty*) i sarkopenii (Cesari i in. 2014), to jako czynnik ryzyka dostrzega się też otyłość (Agborsangaya i in. 2012). Zjawisko to występuje przede wszystkim w krajach o wysokich dochodach i w środowiskach prowadzących niezdrowy styl życia.

Wśród społecznych czynników ryzyka zdrowotnego osób starszych zasadnicze znaczenie ma samotność, która jest zagrożeniem zdrowia, gdyż wiąże się z szeregiem negatywnych zjawisk: depresją, podatnością na upadki, urazy i przemoc, trudnościami w dostępie do usług zdrowotnych oraz ograniczeniem dostatecznej opieki. Samotność jest w ostatnich latach przedmiotem pogłębionych badań[7]. Wskazują one, że zjawisko to wzrasta, dotyczy najczęściej późnej starości i występuje nie tylko w krajach Europy Zachodniej. Przeciwnie — w krajach Europy Południowej (na czele z Włochami!) oraz Wschodniej (także w Polsce!) występuje istotnie częściej; od 30 proc. do 50 proc., gdy w Europie Zachodniej — kilkanaście proc. (Hansen, Slagsvold 2015). Wyniki badań sugerują, że zjawisko samotności w podeszłym wieku pozostaje w związku z niskim poziomem życia oraz brakiem odpowiedniej polityki społecznej adresowanej do osób starszych.

Kto instytucjonalnie promuje zdrowie

Mimo że każdy indywidualnie decyduje o swoim zachowaniu i stylu życia, to w sprawach zdrowia akceptuje oddziaływanie innych i poddaje się mu, także w sposób zinstytucjonalizowany i niekiedy obligatoryjnie. Kto i w jaki sposób może i jest zdolny prowadzić promocję zdrowia, mając do tego prawo i niezbędną wiedzę oraz stosując odpowiednie metody? Odpowiedź na to pytanie może mieć charakter normatywny (kto powinien to robić) bądź badawczy (kto to *de facto* robi). W projekcie „Pro health 65+" poszukuje się odpowiedzi badawczej.

Promocję zdrowia jako działalność zinstytucjonalizowaną prowadzi wiele podmiotów: tak publicznych, jak i prywatnych; tak rządowych, jak i pozarządowych; zarówno na poziomie centralnym, jak i na poziomach lokalnych; w sposób ogólny (populacyjny) lub selektywny (dla wybranych grup ludności). Promocja zdrowia jest prowadzona w wielu sektorach, a w sektorze zdrowotnym jest prowadzona tylko częściowo.

Instytucjonalny obraz promocji zdrowia jest znacznie bardziej zróżnicowany niż opieki zdrowotnej, która w istotnym stopniu ma określone granice i jest standardowa, o czym decydują uniwersalnie stosowane standardy procedur medycznych.

---

[7] Badań ogólnoeuropejskich — *Generations and Gender Survey* i SHARE oraz krajowych: w Niemczech (subsample of Socio-Economic Panel — SOEP 2011, prowadzonych przez instytut DIW), Holandii (badania jakościowe instytutu NIDI) i w Wielkiej Brytanii (badania brytyjskiego urzędu statystycznego — *Opinion and Lifestyle Survey*).

Promocja zdrowia jest zależna od rozwoju instytucji publicznych w państwie, modelu ochrony zdrowia (Raphael 2011) oraz poziomu rozwoju obywatelskiej partycypacji w rozwiązywaniu życiowych spraw ludzi. W krajach o bardziej scentralizowanym modelu instytucji publicznych promocja zdrowia jako główna aktywność w zakresie zdrowia publicznego jest prowadzona przez agencje rządowe, narodowe instytuty zdrowia publicznego, ministerstwa zdrowia, ministerstwa edukacji i sportu, media publiczne. W krajach bardziej zdecentralizowanych, w których instytucje publiczne są sytuowane na szczeblach regionalnych i lokalnych, promocja zdrowia prowadzona jest także w sposób zdecentralizowany i niejednokrotnie w sposób autonomiczny, niezależny od szczebla centralnego.

Jako że skuteczność promocji zdrowia wyraża się w zmianie indywidualnych zachowań ludności (stylu życia) na bardziej sprzyjające zdrowiu, to szczególne znaczenie ma ten rodzaj oddziaływania instytucji, który jest zarówno wiarygodny i przekonywający, jak i bliżej zakotwiczony, czyli usytuowany we wspólnocie, w której ludzie żyją: mieszkają, uczą się, pracują, spędzają wspólnie czas, coraz częściej także w przestrzeni wirtualnej (Berlin 1997). Sens wspólnotowości, jak opisuje się w tekstach pochodzących z różnych dyscyplin społecznych (a szczególnie socjologii, w której wspólnota jest centralnym obiektem badań), polega na identyfikowaniu się z grupą, respektowaniu wartości bardziej czy mniej podzielanych, na akceptowaniu i przestrzeganiu pewnego standardu zachowań uznawanych za właściwe (Loue i in. 2002). Znaczenie wspólnoty (ang. *community*) dla ochrony zdrowia i prowadzenia zdrowego stylu życia jest powszechnie podkreślane. Rozwój i polityczne wzmocnienie wspólnot w promocji zdrowia zostało wprowadzone przez WHO do rekomendacji zawartych w Karcie Promocji Zdrowia z Bangkoku (The Bangkok Charter for Health Promotion, zob. WHO 2007).

Wspólnotowość jest podstawą i zarazem czynnikiem rozwoju organizacji społeczeństwa obywatelskiego i partycypacji społecznej, obejmujących swym zakresem także sprawy ochrony zdrowia i zdrowego stylu życia. Liczne organizacje pozarządowe, ruchy społeczne i lokalne inicjatywy zajmują się nie tylko głoszeniem potrzeby prowadzenia zdrowego trybu życia, lecz także propagowaniem aktywnych form spędzania wolnego czasu (np. wprowadzanie mody na bieganie, *nordic walking* czy jazdę rowerem), organizowaniem pokazów zdrowych produktów żywieniowych oraz sposobów przygotowywania zdrowych posiłków. Angażują się w to nie tyle lekarze i pielęgniarki, ile aktywiści społeczni o dość zróżnicowanych kwalifikacjach. Nie zawsze są specjalistami w zakresie zdrowia publicznego. Mimo że tendencja do demedykalizacji promocji zdrowia jest dobrze oceniana, to trzeba, jak się wydaje, zachować pewną ostrożność w przyjmowaniu całości tej społecznej aktywności na rzecz zdrowia. Zróżnicowany status zdrowotny i powszechne występowanie wielochorobowości wymagają zindywidualizowanej kontroli lekarza. Z drugiej strony ostrożności wymaga też nadmierna kontrola medyczna, aby nie wylać dziecka z kąpielą. Stąd postulowane jest poznawanie dobrych praktyk o udowodnionej skuteczności zdrowotnej.

Dotychczasowe analizy i postulaty, przedstawiane przede wszystkim przez WHO, podnosiły problem promowania i wymagania dobrych warunków dla zdrowia w miejscach powszechnego i codziennego przebywania ludzi. Ta idea zaowocowała koncepcją promocji zdrowia opartą na miejscu życia (ang.: *The Settings Based Approach* — SBA) i w konse-

kwencji licznymi programami zdrowia, takimi jak: zdrowe miasto, zdrowa szkoła[8], zdrowy uniwersytet, zdrowa firma, zdrowy dom czy zdrowy szpital. Koncepcja wdrażania zasad promocji zdrowia w miejscu przebywania ludzi zyskała sporo uznania, chociaż częściej dotyczy to miejsc w mniejszej skali (szkoły czy miejsca pracy) niż przestrzeni całego miasta (Dooris 2009; Barton 2014).

Warunki, w jakich ludzie codziennie przebywają, zależą od nich samych w bardzo ograniczonym stopniu. Częściej zależą od właścicieli i zarządzających tymi miejscami. Czy zapewnienie ludziom zdrowych warunków przebywania tam jest dla nich wytyczną działania? Zapewne w zakresie higieny wyznaczane są i utrzymywane prawne standardy (kontrolowane przez służby inspekcji sanitarnej).

Interwencje z zakresu promocji zdrowia adresowane do osób starszych mogłyby pójść dalej i być bardziej efektywne. Mogłyby wskazać trafnie podmioty mające uprawnienia i kompetencje do stosowania odpowiednich programów promocji zdrowia. To podejście, nazwijmy je sektorowym (ang.: *The Sectors Based Approach*), daje odpowiedź na pytanie, kto jest władny uruchomić program, sfinansować go oraz wdrożyć. Mieści się w ponadto koncepcji pod nazwą „Zdrowie we wszystkich politykach". Zdrowie wymaga bowiem starań wielu różnych podmiotów usytuowanych w różnych sektorach, na różnych poziomach władzy i w wielu miejscach życia ludzi. To podejście zostało zastosowane w analizach projektu „Pro health 65+" (tab. 2).

Tabela 2. Aktywności związane z promocją zdrowia

Aktywności z zakresu promocji zdrowia	Podmiot określający	Podmiot realizujący
strategie i plany promocji zdrowia	– rząd – samorząd terytorialny	– narodowe instytuty zdrowia – regionalne i lokalne instytucje zdrowia (zdrowia publicznego)
przekazywanie wiedzy na temat zdrowia i informowanie o zdrowym stylu życia	– Ministerstwo Zdrowia – agencje sektora zdrowotnego	– instytucje edukacyjne i szkoleniowe – media – brokerzy informacji (ang. *information brokers*)
motywowanie do zdrowego stylu życia	– rząd — regulacje prawne i finansowe – sektor edukacyjny – pracodawcy	– lekarze (POZ i AOS) – instytucje opiekuńcze – szkoły i uniwersytety – zakłady pracy

[8] Polska należy do krajów, które najwcześniej podjęły inicjatywę pod hasłem „Szkoła promująca zdrowie" (SzPZ). W 2013 r. do wojewódzkich sieci tych szkół należało ok. 3000 placówek (Woynarowska, Woynarowska-Sołdan 2015).

Tabela 2. cd.

Aktywności z zakresu promocji zdrowia	Podmiot określający	Podmiot realizujący
advocacy	– jednostki badawcze – *think tanki* – twórcy opinii	NGOs
prewencja	Ministerstwo Zdrowia	– POZ – inspekcja sanitarna – inne jednostki sektora ochrony zdrowia

Źródło: opracowanie własne.

Jak finansowana jest promocja zdrowia

Promocja zdrowia, stanowiąc rdzeń zdrowia publicznego, finansowana jest podobnie jak zdrowie publiczne. A zdrowie publiczne jako część systemu zdrowotnego ma zwykle zdefiniowane źródła i metody finansowania, w większości mieszczące się w ramach systemu zdrowotnego. Jednak znaczne zróżnicowanie aktywności z zakresu promocji zdrowia powoduje, że w wielu krajach zróżnicowane są również źródła środków na promowanie zdrowia. Głównym źródłem środków na finansowanie zdrowia publicznego i promocji zdrowia jest budżet państwa tworzony z podatków ogólnych. Do niego dodawane są środki budżetów regionalnych i lokalnych, które są zasilane albo bezpośrednio z podatków nakładanych przez zdecentralizowane władze, albo z transferów od władz centralnych, które mają monopol na nakładanie i ściąganie podstawowych podatków: PIT, CIT i VAT (tak jak ma to miejsce w Polsce) (rys. 2).

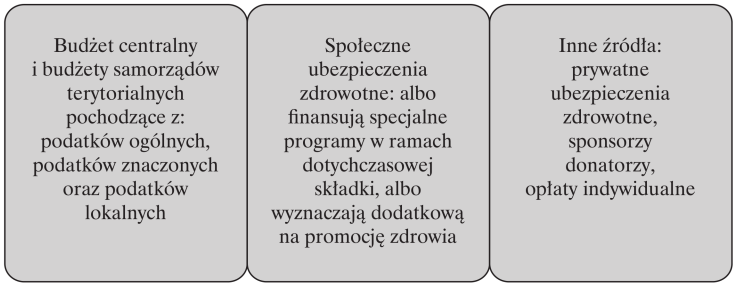
Analizy źródeł finansowania promocji zdrowia wskazują na znaczny udział środków publicznych sektora ochrony zdrowia (Arsenijevic i in. 2016). Aktywności w zakresie promocji zdrowia są bowiem w przeważającym stopniu realizowane w sektorze zdrowotnym. Biorąc pod uwagę dwa alternatywne modele finansowania sektora zdrowotnego w krajach europejskich: ubezpieczeniowy lub budżetowy, należy zauważyć, że także społeczne ubezpieczenia zdrowotne biorą udział w finansowaniu licznych programów zdrowotnych na rzecz całej populacji (Rechel i in. 2014). Fundusze społecznego ubezpieczenia zdrowotnego są źródłem finansowania programów promocji zdrowia w Niemczech oraz Austrii (kasy chorych), a także w Polsce (Narodowy Fundusz Zdrowia). W takich przypadkach polityka zdrowia publicznego bywa uwarunkowana bardziej koncepcjami płatnika (i pracodawców) niż narodowymi strategiami zdrowia.

W niektórych krajach źródłem finansowania programów zdrowotnych jest podatek znaczony, np. akcyza zawarta w cenie alkoholu i wyrobów tytoniowych, który następnie jest przeznaczany (całkowicie lub w części) na cele zdrowotne (Rechel i in. 2014). Ten sposób, z jednej strony kontrolowania konsumpcji alkoholu i palenia papierosów, a z drugiej — finansowania określonych programów zdrowotnych, bywa oceniany jako słabo motywujący personel medyczny do realizacji misji na rzecz zdrowia publicznego (Rechel i in. 2014).

Formułowane są też opinie, że gdy środki z akcyzy są włączane do ogólnej puli środków budżetowych na zdrowie, a nie na konkretne programy, to konsumenci w mniejszym stopniu są skłonni akceptować podnoszenie cen dóbr obłożonych akcyzą, pojawia się czarny rynek tych dóbr (oparty na przemycie) i bywa, że rządy wycofują się ze stosowania podatku akcyzowego (np. w Australii, zob. Schang i in. 2013).

Prywatne źródła finansowania promocji zdrowia dotyczą głównie środków zakładów pracy, prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz organizacji pozarządowych (NGOs). Pracodawcy wydają na ochronę zdrowia wcale niemałe środki. W większym zakresie dotyczy to jednak zabezpieczenia opieki zdrowotnej dla pracowników oraz zdrowia publicznego (bezpieczne miejsca pracy) niż promocji zdrowia.

Rysunek 2. Źródła finansowania zdrowia publicznego i promocji zdrowia w krajach europejskich



Źródło: opracowanie własne.

W sumie, źródła finansowania promocji zdrowia są znacznie mniej stabilne niż opieki zdrowotnej, a także usług zdrowia publicznego. Fundusze przeznaczane na promocję są silnie uzależnione od dostępu do różnych programów, które są oferowane okresowo i nie zawsze kontynuowane. Dotyczy to także (a może nawet bardziej) promocji zdrowia adresowanej do osób starszych.

Wnioski i rekomendacje

Wobec promocji zdrowia adresowanej do całej populacji, a szczególnie do osób starszych, formułowane są oczekiwania sprostania wyzwaniu starzenia się populacji, a jednocześnie zachowania dobrej jakości życia w starszym wieku. Mimo naturalnego procesu pogarszania się funkcjonowania organizmu i obniżania się funkcjonalnej sprawności, osoby starsze posiadają potencjał pozwalający dostosowywać się do indywidualnych ograniczeń i zmieniać styl życia na bardziej sprzyjający zdrowiu, na co wskazuje wiele badań biologicznych, epidemiologicznych i społecznych.

Aby potencjał zdrowia osób starszych wydobyć i „uruchomić", potrzebne są trójstronne działania. Po pierwsze — działania promotorów zdrowia, dysponujących odpowiednią wiedzą i umiejętnościami jej przekazywania oraz wspierania w podejmowaniu przez osoby starsze różnych aktywności na rzecz zdrowia. W tych działaniach potrzebni są profesjona-

liści medyczni, w tym — lekarze. Ich pozyskanie do prowadzenia działalności w dziedzinie promocji zdrowia nie jest łatwe. Medyczny paradygmat przewagi leczenia i ratowania życia nad dbaniem o zdrowie prowadzi do niedoceniania przez lekarzy działań promocyjnych. Promocja zdrowia wymaga dowartościowania, czemu sprzyjają dowody na jej kliniczną skuteczność (Lis i in. 2008).

Po drugie — potrzebna jest chęć samych osób starszych do podjęcia działań służących zdrowiu i unikaniu ryzyka chorób oraz upadków. A podjęcie aktywności na rzecz dobrego zdrowia wymaga motywacji, pewnego wysiłku i niejednokrotnie wcale niemałych środków finansowych. Sprzyja tego rodzaju aktywności wsparcie rodziny i obecność w najbliższym otoczeniu osób, z których można pod tym względem brać przykład.

Po trzecie — potrzebne są działania publiczne sprzyjające aktywności osób starszych na rzecz zdrowia, gwarantujące: dostęp do bezpiecznych i dostosowanych dla osób starszych miejsc aktywności fizycznej i rehabilitacji, możliwości dalszej aktywności zawodowej i uczenia się, dostęp do zdrowej żywności i nabywania umiejętności zdrowego żywienia, dostęp do miejsc integrowania się osób starszych bez stygmatyzowania i upokarzania, dostęp do usług zdrowotnych pozwalających na zdobywanie umiejętności samodzielnego kontrolowania własnego zdrowia i w miarę możliwości — na samoopiekę. Programy promocji zdrowia osób starszych wymagają uwzględnienia odpowiedniego sprzętu medycznego czy zabiegu. Nierzadko wymagają szybszej i bardziej intensywnej interwencji, gdy chodzi np. o zahamowanie działania czynnika zagrażającego zdrowiu.

Komisja Europejska wskazuje następujące priorytetowe działania dotyczące promocji zdrowia osób starszych: szeroką promocję aktywności fizycznej; prewencję upadków i wypadków; wprowadzenie szczepień na choroby zakaźne oraz prewencję zakażeń (szczególnie w placówkach opieki zdrowotnej); wspieranie ze środków publicznych jak najdłuższej samodzielności osób starszych oraz opieki domowej, gdy już nie są samodzielni; rozwój zasobów kadr na potrzeby geriatrii i gerontologii zarówno w sektorze zdrowotnym, jak i opiekuńczym (European Commission 2012).

Prace w projekcie „Pro health 65+" nawet we wstępnej fazie badawczej zwracają uwagę na znaczny rozdźwięk między coraz bardziej przekonywującym i naukowo ugruntowanym formułowaniem kierunków polityki globalnej i europejskiej w odpowiedzi na wyzwania, jakie niesie ze sobą obecna rewolucja demograficzna, a działaniami krajowymi w tym zakresie (nie tylko w Polsce). Prowadzenie polityki zdrowego starzenia się należy do zdrowia publicznego, a przede wszystkim do promocji zdrowia. Działania na tych obszarach są instytucjonalnie rozproszone, a posiadane zasoby kadrowe i finansowe — ograniczone, nieporównanie bardziej niż w przypadku usług medycznych. Jednocześnie powstaje wiele wartościowych programów promocji zdrowia adresowanych do osób starszych (dobrych i bardzo dobrych praktyk), ale zbyt często mają one incydentalny charakter i niewielkie możliwości oddziaływania. Bywa jednak tak, że małe programy lokalne stają się wzorem strategii krajowych. Bywa też i tak, że pojawiają się szersze i dobre programy krajowe, koncypowane w narodowych gremiach zdrowia publicznego, których wdrożenie napotyka znaczne przeszkody, zwykle z powodu konkurencji, jaką stanowią inne słuszne cele w polityce państwa (Oxley 2009).

Proces wdrażania dobrych praktyk promocji zdrowia osób starszych staje się krótszy w sytuacji, gdy same osoby starsze, dobrze zorganizowane i z kompetentnym oraz aktywnym przywództwem, biorą sprawy w swoje ręce. Ich partycypacja w życiu społecznym i politycznym wymaga nie tyle werbalnej akceptacji czy nawet podziwu, lecz wyraźnego wstawiennictwa (*advocacy*) oraz realnego wsparcia politycznego.

Bibliografia

ADI (2015). *World Alzheimer Report 2015. The Global Impact of Dementia. An analysis of prevalence, incidence, cost and trends*. London: Alzheimer's Disease International.

Agborsangaya, C.B., Lau, D., Lahtinen, M., Cooke, T., Johnson, J.A. (2012). Multimorbidity prevalence and patterns across socioeconomic determinants: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 2012 Mar 19;12:201. Pobrano z: http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/201

AGE Platform Europe (2011). How to promote active ageing in Europe. EU support to local and regional actors. Brochure produced in partnership with the Committee of the Regions and the European Commission. Brussels.

Arsenijevic, J., Groot, W., Tambor, M., Golinowska, S., Sowada, Ch., Pavlova, M. (2016). A review of health promotion funding for older adults in Europe: a cross-country comparison. *BMC Health Research memo*.

Baltes, P.B., Baltes, M.M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation w: P.B. Baltes & M.M. Baltes (Eds.), Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences New York: Cambridge University Press, s. 1–34.

Baltes, P.B. (1993). The aging mind: Potential and limits. *The Gerontologist*, 33, s. 580–594.

Baltes, P.B. (2005). A psychological model of successful aging. Keynote Lecture, 2005 World Congress of Gerontology, Brazil. Pobrano z: http://www.margret-und-paul-baltes-stiftung.de/PBB-Website/Baltes_Rio_Gerontology.pdf

Barnett, K., Mercer, S.W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*, vol. 380, nr 9836, s. 37–43.

Barton, G. (2014). Health Promotion Settings — an Opportunity to Improve Health. *Occasional Paper Series of the Promotion Forum of New Zeland*.

Beard, J.R., Biggs, S., Bloom, D.E., Fried, L.P., Hogan, P., Kalache, A., Olshansky, S.Y. (red.) (2011). *Global Population Ageing: Peril or Promise*. Geneva: World Economic Forum.

Bowling, A., Dieppe, P. (2005). What is successful ageing and who should define it?. *British Medical Journal*, vol. 331, s. 1548–1551.

Breza, M., Perek-Białas, J. (2014). The Active Ageing Index and its extension to the regional Level. *Host country paper*, Peer Review in Poland: The Active Ageing Index and its extension to the regional level.

Carlisle, S. (2000). Health promotion, advocacy and inequalities. A conceptual framework. *Health Promotion International*, vol. 15, nr 4, s. 369–376.

Cesari, M., Landi, F., Vellas, B., Bernabei, R., Marzetti, E. (2014). Sarcopenia and Physical Frailty: Two Sides of the Same Coin. *Frontiers in Aging Neuroscience*, vol. 6, nr 192, s. 1–4.

Diederichs, C., Berger, K., Bartels, D. (2011). The measurement of multiple chronic diseases — a systematic review on existing multimorbidity indices. *Journals of Gerontology — Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, vol. 66, nr 3, s. 301–311.

Dooris, M. (2009). Holistic and sustainable health improvement: the contribution of the settings-based approach to health promotion. *Perspectives in Public Health*, vol. 129, nr 1, s. 29–36.

ECORYS (2014). Evaluation of the European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations. Rotterdam.

European Commission (2007). Healthy ageing: keystone for a sustainable Europe. EU health policy in the context of demographic change. Brussels: *Discussion paper of the Services of DG SANCO, DG ECFIN and DG EMPL*.

European Commission (2012). Taking forward the Strategic Implementation Plan of the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing. Brussels, COM(2012) 83.

Golinowska, S., Tambor, M. (2015). Finansowanie zdrowia publicznego. Źródła funduszy a polska ustawa o zdrowiu publicznym. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia*, t. 13, nr 2, s. 150–157.

Golinowska, S., Sowa, A., Deeg, D. Socci, M., Principi, A. i in. (2016). Participation in formal learning activities of older Europeans in poor and good health. *European Journal of Aging*, open access Springerlink.com

Hansen-Kyle, L. (2005). A concept analysis of healthy aging. *Nursing Forum*, vol. 40, nr 2, s. 45–57.

Hansen, T., Slagsvold, B. (2015), Late-Life Loneliness in 11 European Countries: Results from the Generations and Gender Survey, *Social Indicators Research*.

Kemm, J. (2015). *Health Promotion: Ideology, Discipline, and Specialism*. Oxford, UK: Oxford University Press.

Kuh, D., Cooper, R., Hardy, R., Richards, M., Ben-Shlomo, Y. (red.) (2014). *A Life Course Approach to Healthy Ageing*. Oxford, UK: Oxford University Press.

Lincoln, P., Nutbeam, D. (2006). Philosophy and theory of health promotion. W: M. Davies, W. Macdowall (red.), *Health Promotion Theory* (s. 5–46). New York–London: Open University Press.

Lis, K., Reichert, M., Cosack, A., Billings, J., Brown, P. (red.) (2008). *Evidence-Based Guidelines on Health Promotion for Older People*. Vienna: Austrian Red Cross.

Loue, S., Lloyd, L.S., O'Shea, D.J. (2002). *Community Health Advocacy*. New York: Kulver Academic Publishers.

Marengoni, A., Angleman, S., Melis, R., Mangialasche, F., Karp, A., Garmen A. i in. (2011). Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Research Reviews*, vol. 10, nr 4, s. 430–439.

Office for National Statistics UK (2015). Insights into Loneliness, Older People and Well--being, www.ons.gov.uk

Ornstein, S.M., Nietert, P.J., Jenkins, R.G., Litvin, C.B. (2013). The Prevalence of Chronic Diseases and Multimorbidity in Primary Care Practice: A PPRNet Report. *Journal of the American Board of Family Medicine*, vol. 26, nr 5, s. 518–524.

Oxley, H. (2009). Policies for Healthy Ageing. An Overview. *OECD Health Working Papers*, nr 42, Paris: OECD Publishing.

Raphael, D. (2011). The political economy of health promotion: part 1, national commitments to provision of the prerequisites of health. *Health Promotion International*, vol. 28, nr 1, s. 95–111.

Rechel, B., Doyle, Y., Grundy, E., McKee, M. (2009). How can health systems respond to population ageing?. *Policy Brief*, nr 10. Copenhagen: WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Rechel, B., Brand, H., McKee, M. (2014). Organization and financing of public health. W: B. Rechel, M. McKee (red.), *Facets of Public Health in Europe* (s. 233–253). Maidenhead, UK: Open University Press.

Rowe, J.W., Kahn, R.L. (1987). Human aging: usual and successful. *Science*, vol. 237, nr 4811, s. 143–149.

Salive, M. (2013). Multimorbidity in older adults. *Epidemiologic Reviews*, vol. 35, nr 1, s. 75–83. Published by Oxford University Press on behalf of the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.

Schang, L.K., Czabanowska, K.M., Lin, V. (2011). Securing funds for health promotion: lessons from health promotion foundations based on experiences from Austria, Australia, Germany, Hungary and Switzerland. *Health Promotion International*, vol. 2, nr 27, s. 1–11.

Sinnige, J., Braspenning, J., Schellevis, F., Stirbu-Wagner, I., Westert, G., Korevaar, J. (2013). The Prevalence of Disease Clusters in Older Adults with Multiple Chronic Diseases — A Systematic Literature Review. *PLoS ONE*, vol. 8, nr 11, s. 1–12, www.plosone.org

Sowa, A., Golinowska, S., Deeg, D., Principi, A. i in. (2016). Predictors of religious participation of older Europeans in good and poor health. *European Journal of Aging*, open access Springerlink.com

Sowa, A., Tobiasz-Adamczyk, B., Topór-Mądry, R., Poscia, A., la Milla, D. (2016). Health and health determinants among older people: public health policy targets, *BMC Health Research memo*.

The Swedish National Institute of Public Health (2006). *Healthy Ageing — A Challenge for Europe*, www.healthyageing.nu

Todd, C., Skelton, D. (2004). What are the main risk factors for falls among older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? *Health Evidence Network Report*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

UNECE and European Commission (2015). *Active Ageing Index 2014: Analytical Report*, prepared by Asghar Zaidi and David Stanton, Brussels.

United Nations (2013). *World Population Ageing 2013*. Department of Economic and Social Affairs, Population Division ST/ESA/SER.A/348.

WHO (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa, Ontario, Canada; www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf

WHO (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid 2002.

WHO (2004). What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? *Health Evidence Network*

WHO (2007). Financing health promotion, prepared by Dorjsuren Bayarsaikhan and Jorine Muiser. *Discussion Paper*, nr 4/2007.

WHO (2007). The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. *Health Promotion International*, vol. 21, supl. 1, s. 10–14.

WHO (2015). *World report on ageing and health*, Geneva.

Woynarowska, B., Woynarowska-Sołdan, M. (2015). Szkoła promująca zdrowie w Europie i Polsce: rozwój koncepcji i struktury dla jej wspierania w latach 1991–2015. *Pedagogika Społeczna*, nr 3 (57), s. 163–184.

Summary

This article focuses on health promotion for older people in the framework of the European strategy of healthy ageing, which is proposed or already implemented in European countries. Various health and social strategies related to universal ageing process are presented in the article. Against the backdrop of health status of older people and their specific health risk the main actions of health promotion are described. Institutional and financial dimensions of health promotion programs are discussed. It is shown that medically justified and cost-effective health promotion actions which stimulate individual health control and long individual independency can reduce the pressure on the growth of public funds allocated on medical services for elderly people. These considerations are based on the first results of the European project *Health Promotion and Prevention of Risk. Actions for Seniors — "Pro health 65+"*, being a part of the Second European Health Program.

Key words: ageing, healthy ageing, active ageing, public health, health promotion, health status of older people, multimorbidity, disability

Cytowanie

Stanisława Golinowska (2016), *Promocja zdrowia adresowana do osób starszych wśród europejskich strategii wobec starzenia się*, „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje" nr 34(3), s. 27–51. Dostępny w Internecie na www.problemypolitykispolecznej.pl [dostęp: dzień, miesiąc, rok]