

Anita Gębska-Kuczerowska

CHARAKTERYSTYKA GRUPY OSÓB W PODESZŁYM WIEKU UCZESTNICZĄCYCH W BADANIU ZALEŻNOŚCI MIĘDZY AKTYWNOŚCIĄ A STANEM ZDROWIA

Zakład Promocji Zdrowia Państwowego Zakładu Higieny
Kierownik Zakładu Promocji Zdrowia: M. Miller

Praca stanowi uzupełnienie analizy zależności między aktywnością i stanem zdrowia badanej populacji seniorów. Przedstawiono charakterystykę objętej badaniem grupy osób w wieku 65 lat i powyżej uwzględniając wyniki oceny częstości występowania chorób i dolegliwości, rozpowszechnienie niesprawności, infonacje o hospitalizacji, wskaźnik BMI, kondycję psychospołeczną oraz rozpowszechnienie różnych form aktywności. Wśród badanych 96% osób chorowało przewlekłe: 87% na choroby układu krążenia, 63% na choroby narządu ruchu. W okresie 5-ciu lat hospitalizowano 50% respondentów. Aktywność fizyczną, prospołeczną i intelektualną podejmowało 4,3% badanych osób.

Słowa kluczowe: starość, stan zdrowia, aktywność

Key words: old age, health status, activity

WSTĘP

W Polsce podobnie jak w większości krajów obserwujemy zjawisko starzenia się populacji co jest konsekwencją wydłużania się średniej długości życia oraz spadku przyrostu naturalnego (1, 2, 3, 4).

W Polsce odsetek osób powyżej 65 r. stanowił: 1985 r. - 9,4%, 1990 - 10,2%, 1995 - 11,2%, 1996 - 11,5%, 1997 - 11,7%, przy czym udział osób w wieku 65-79 lat zwiększył się w tym czasie z 7,7% do 9,4%, a osób powyżej 80 r. z 1,8% do 2,0% (GUS).

Zmiany demograficzne stanowią o wzrastających oczekiwaniach w dziedzinie profilaktyki, a przede wszystkim decydują o wzrastającym popycie na świadczenia medyczne (5, 6, 7, 8).

Stan zdrowia, a tym samym charakter starzenia, w około 50-60% zależy od czynników które mogą być modyfikowalne (3, 9). Pozwala to przypuszczać, że można uniknąć bądź zminimalizować progresję patologicznego starzenia poprzez wytworzenie lepszych mechanizmów adaptacyjnych związanych ze stylem życia i czynnikami środowiskowymi.

Szczególne znaczenie dla ludzi po 65 roku życia ma szeroko rozumiana aktywność. Aktywnie starzejący się wnoszą bardzo dużo dla społeczeństw, w których żyją i dlatego aktywność osób w podeszłym wieku jest wartością nie tylko dla nich samych, ale także dla tych społeczeństw, w których żyją (10). Rok 1999 przebiegał pod hasłem WHO „*active ageing makes differences*”. Również rok 2002 przebiega pod podobnym wezwaniem WHO, adresowanym do wszystkich generacji - „ruszaj się dla zdrowia” (*move for health*) (11, 12).

Celem pracy była analiza sytuacji zdrowotnej, struktury demograficznej oraz struktury aktywności badanej grupy. Celem badania była ocena zależności pomiędzy aktywnością fizyczną, intelektualną i prospołeczną osób w podeszłym wieku a stanem ich zdrowia.

MATERIAŁ I METODY

Badanie na terenie całej Polski objęło 2 072 osoby w wieku 65 lat i więcej, z których do dalszej analizy zakwalifikowano 1 910 osób (92,6%). Badaną grupę rozszerzono o słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku ze względu na niski odsetek osób aktywnych intelektualnie, fizycznie i prospołecznie w tej grupie wiekowej. Badanie ogólnopolskie poprzedzono w 1998 roku badaniem pilotażowym. Narzędziem badania były anonimowe ankiety, które zawierały następujące bloki informacji: dane demograficzne (wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny, miejsce zamieszkania), ocena stanu zdrowia (zgłaszane choroby i dolegliwości, posiadanie grupy inwalidzkiej, stopień niesprawności, korzystanie z opieki szpitalnej i ambulatoryjnej, pomiary antropometryczne, kondycja psychospołeczna (osamotnienie, przygnębienie, trudności, relacje interpersonalne, samoocena stanu zdrowia), rodzaj i częstotliwość podejmowanej aktywności. Do sporządzenia bazy danych oraz analizy statystycznej wykorzystano program Epi-info Version 6.

WYNIKI

W badaniu uczestniczyły 1 102 osoby (57,7 %), od 65 do 74 roku życia (tzw. okres wczesnej starości), 755 osób (39,5%) w wieku późnej starości (75-89 rok życia) i 53 osoby w wieku 90 lat i więcej (2,8% - długowieczni). Średnia wieku badanych osób wynosiła 74 lata (s.d.+/-6,9). W badanej grupie było 65,9 % kobiet: w przedziale wiekowym 65-74 - 66%, 75-89 lat - 65% oraz w wieku 90 lat i powyżej - 70%.

Najwyższy był odsetek (42,4%) osób z wykształceniem podstawowym. Wykształcenie średnie (ogólnokształcące lub zawodowe) posiadało 23,3% badanych, wykształcenie podstawowe nie ukończone -11,3%, a zasadnicze zawodowe -10,7%. Odsetek osób posiadających wykształcenie wyższe wynosił 5% i niepełne wyższe 3,7%. 3,7% badanych nie posiadało żadnego wykształcenia. Z wiekiem respondentów poziom wykształcenia zmniejszał się. Osoby z wykształceniem wyższym w badaniu były to głównie kobiety - 57%, aczkolwiek wśród kobiet odsetek osób z wykształceniem wyższym był niższy niż w grupie mężczyzn (4% i 7%). Wśród mężczyzn było dwukrotnie więcej osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym niż wśród kobiet (16% i 8%). Wśród mieszkańców miast było więcej osób z wyższym wykształceniem. Na wsi przeważała grupa osób z wykształceniem podstawowym (54%), niepełnym podstawowym (19%) oraz bez wykształcenia (5%). 1198 badanych osób mieszkało w mieście (63%).

Samotnie zamieszkiwała jedna trzecia badanych osób w wieku 75-89 lat, co czwarta w wieku 65-74 oraz co piąta osoba w wieku 90 lat i powyżej. Ogółem w badanej grupie 21% osób czasowo bądź na stałe przebywało w domach opieki lub pensjonatach. W coraz starszych grupach wiekowych obserwowany był wzrost udziału osób zamieszkujących domy opieki. W mieście mieszkało 64% badanych kobiet i 60% badanych mężczyzn. Około 30% kobiet i mężczyzn mieszkało samotnie, 50% mężczyzn i kobiet przebywało w mieszkaniu wraz z rodziną oraz około 20% przebywało w domu opieki. Osoby samotne stanowiły większość, również z wiekiem wzrastał udział osób samotnych w badanej grupie. W badaniu 51% to wdowcy i wdowy, 6% kawalerowie i panny, 6% osoby rozwiedzione lub będące w separacji. Jedynie 36% osób pozostawało w związku małżeńskim i 0,4% w konkubinacie. Wśród kobiet 26% (w czasie badania) miało partnera życiowego i 74% żyło samotnie, podczas gdy mężczyźni żyjących bez partnerki było 42%.

W mieście było znacznie więcej osób samotnych (69% i na wsi 52%).

Większość badanych osób (96%) zgłaszało przynajmniej jedną chorobę. Najczęstszymi chorobami, które aktualnie stanowiły powód leczenia się badanych były: choroby układu krążenia (87%), choroby narządu ruchu (63%), choroby płuc (25%), choroby układu moczowego (22%) i inne (udział mniejszy niż 2%). Wraz z wiekiem nieznacznie zmniejszał się udział osób zdrowych.

Wśród badanych osób 4% nie miało rozpoznanej choroby przewlekłej i 16% osób nie zgłaszało żadnych dolegliwości. W wieku od 65 do 74 roku życia 17% osób nie zgłaszało dolegliwości i w najstarszej grupie (powyżej 90 rż.) - 7%. Zdrowych kobiet w badaniu było dwukrotnie mniej (3%) niż mężczyzn (6%). Choroby układu krążenia dominowały liczebnie w strukturze chorób w różnych grupach wiekowych (86-89%). Udział chorób układu ruchu, chorób układu moczowego oraz chorób oczu (np. zaćma, jaskra) narastał wraz z wiekiem. Jednocześnie wraz z wiekiem zmniejszał się udział chorób gruczołów wydzielania wewnętrznego, rozpoznawanych chorób nowotworowych oraz zaburzeń nastroju. Odsetek chorób układu krążenia, układu moczowego i narządu ruchu był znacznie wyższy u kobiet niż u mężczyzn, natomiast u mężczyzn stwierdzano wyższy odsetek chorób układu oddechowego. Miejsce zamieszkania badanych (miastowieś) nie różnicowało badanej grupy pod względem częstości występowania chorób. W grupie chorób układu krążenia stwierdzono najczęściej: choroby naczyń obwodowych (żylnych i tętniczych - 67%), choroby serca (59%) oraz nadciśnienie tętnicze (51%). W grupie deklarującej choroby serca najczęściej stwierdzano: chorobę niedokrwinną serca (29%) oraz arytmie (26%). W strukturze chorób narządu ruchu dominujące ilościowo były choroby zwyrodnieniowe (78%), a następnie osteoporoza wraz z powikłaniami (22%).

Najczęstszymi dolegliwościami zgłaszanymi przez badanych (odpowiedzi na pytania otwarte) były bóle głowy i zawroty głowy (26%), dolegliwości bólowe związane z patologią układu kostno-stawowego (21%), układu krążenia (15%), układu pokarmowego (10%), narządów zmysłów oraz inne dolegliwości bólowe (10%). Kobiety nieznacznie częściej (18%) zgłaszały dolegliwości niż mężczyźni (15%). Zbliżone były odsetki osób z dolegliwościami w mieście i na wsi (17%). Częściej zgłaszanymi dolegliwościami przez kobiety były: zawroty głowy i bóle głowy, dolegliwości narządu ruchu, wynikające z oprotezowania, oraz z zakresu przewodu pokarmowego. Mężczyźni nieznacznie

częściej niż kobiety zgłaszali dolegliwości bólowe, wynikające z patologii narządów zmysłów, dolegliwości pooperacyjne, pourazowe. Wśród mieszkańców miast częściej zgłaszano dolegliwości z układu kostno-stawowego, układu krążenia, dolegliwości bólowe, nieznacznie częściej dolegliwości związane z patologią narządów zmysłów. Częściej zgłaszanymi przez mieszkańców wsi dolegliwościami były: zawroty i bóle głowy oraz zaburzenia związane z chorobami układu moczowo-płciowego.

Prawie połowa (47%) badanych osób miała orzeczoną grupę inwalidzką, z tego 20% - pierwszą i 10% osób - trzecią. Nieznacznie więcej w badanej grupie było niepełnosprawnych mężczyzn (49%) niż kobiet (47%) oraz więcej mieszkańców miast (48%) niż wsi (45%). Zarówno w mieście jak i na wsi najliczniejszą grupę niepełnosprawnych (prawnie) stanowiły osoby z pierwszą grupą inwalidzką (21% i 20%), a najmniejszy odsetek stanowili badani z trzecią grupą (9% i 10%). Odsetek osób nie posiadających orzeczenia o inwalidztwie rósł wraz z wiekiem. W grupie od 65 do 74 rż. odsetek inwalidów wynosił 50%, od 75 do 89 rż. - 44%, a w grupie długowiecznych (powyżej 90 rż.) - 34%. Udział osób z I grupą inwalidzką był większy wśród osób w wieku powyżej 75 rż., natomiast dla niższego przedziału wiekowego (od 65 do 74 rż.) nieznacznie wyższy był odsetek osób z II grupą. Najmniej liczną grupę we wszystkich przedziałach wiekowych stanowiły osoby z III grupą inwalidzką. Najczęstszą przyczyną ograniczeń w poruszaniu się osób powyżej 65 rż. były choroby narządu ruchu (38%) i choroby układu krążenia (36%). W obu wymienianych przyczynach niesprawności zaobserwowano 2-3 krotnie większe odsetki osób z bardzo ciężkimi (*choroby uniemożliwiają poruszanie się*) oraz ciężkimi ograniczeniami w poruszaniu się (*choroby bardzo utrudniają*) w porównaniu z innymi chorobami. Na pierwszym miejscu choroby narządu ruchu utrudniały w różnym stopniu poruszanie się zarówno mężczyzn jak i kobiet. W badanej grupie 36% kobiet i 26% mężczyzn deklarowało problem z poruszaniem się z powodu chorób układu ruchu oraz blisko 25% kobiet i 30% mężczyzn - z powodu chorób układu krążenia. Utrudnienie poruszania się (o różnym nasileniu) w zakresie wymienionych chorób było częściej deklarowane przez mieszkańców wsi. Im starsza była badana grupa, tym większy odsetek osób deklarował ograniczenia poruszania się z powodu chorób. Największą dynamikę przyrostu odsetka osób niepełnosprawnych w coraz starszych grupach wiekowych zanotowano w zakresie chorób układu ruchu oraz chorób układu krążenia.

Badani seniorzy pomoc medyczną ambulatoryjną uzyskiwali w: przychodniach rejonowych (68%), poradniach specjalistycznych (25%), stacjonarnie (w domach opieki 20%) i w gabinetach prywatnych (15%). Jedynie 5% badanych nie korzystało z opieki medycznej i 2% wybierało medycynę niekonwencjonalną, lecząc się u paramedyków (homeopaty, zielarza, bioenergoterapeuty). Ze wzrostem wieku badanych malał odsetek osób korzystających z opieki rejonowych poradni specjalistycznych i spółdzielni lekarskich, a równocześnie rósł odsetek osób korzystających z opieki stacjonarnej oraz preferujących prywatną opiekę lekarza. Rósł również udział osób nie korzystających z opieki ambulatoryjnej. Odsetek nie leczących się był większy wśród mężczyzn (7% i kobiety 4%) oraz na wsi (6%) niż w mieście (4%). Na wsi częściej niż w mieście korzystano również z opieki ambulatoryjnej w przychodni rejonowej (74%), rzadziej natomiast z opieki specjalistycznej (miasto 27%, wieś 22%), spółdzielni lekarskiej lub

gabinetów prywatnych, a także opieki stacjonarnej (domy opieki: miasto 22%, wieś 14%).

W ciągu ostatnich 5 lat połowa badanych była hospitalizowana. Odsetki hospitalizowanych kobiet i mężczyzn oraz mieszkańców miast i wsi były zbliżone. Najczęstszym powodem hospitalizacji było zaostrzenie choroby przewlekłej (61%). O połowę mniej osób (31%) hospitalizowano z powodu nowej choroby lub nowych dolegliwości, natomiast blisko 10% przebywało w szpitalach w celach diagnostycznych lub w wyniku wypadku i urazu. W grupie wszystkich hospitalizowanych (979 osób) kobiety hospitalizowano częściej niż mężczyzn z powodu zaplanowanej diagnostyki oraz urazu i wypadku. Natomiast mężczyźni częściej niż kobiety przebywali w szpitalu z powodu zaostrzenia choroby przewlekłej i nowej choroby (dolegliwości). Mieszkańców miast nieznacznie częściej przyjmowano do szpitala w celach diagnostycznych, z powodu urazu, natomiast mieszkańcy wsi częściej korzystali z opieki szpitalnej z powodu zaostrzenia choroby przewlekłej lub nowych dolegliwości (nowej choroby). Z narastającym wiekiem badanych wzrastał udział osób hospitalizowanych z powodu nowej choroby (dolegliwości) oraz z powodu urazu lub wypadku; jednocześnie malał odsetek osób hospitalizowanych w celach planowej diagnostyki. Odsetek badanych korzystających z opieki szpitalnej z powodu zaostrzenia objawów choroby przewlekłej w różnych grupach wiekowych był zbliżony w przedziale wiekowym 65-89 lat (ok. 60%) oraz był niższy w najstarszej grupie wiekowej (54%).

Osoby z prawidłowym wskaźnikiem masy ciała stanowiły 47% ogółu badanych, z nadwagą i otyłością 45% oraz z niedowagą 8%. Wśród kobiet i mężczyzn zbliżony był odsetek osób z niedowagą (K-8% i M-7%). Większy był odsetek kobiet z nadwagą i otyłością (49% i 38%). Na wsi więcej niż w mieście było osób z nadwagą i otyłością (48% i 44%) oraz mniej z niedowagą (7% i 9%). Wraz ze wzrostem wieku badanych wzrastał udział osób z niedowagą i malał odsetek osób z nadwagą i otyłością.

84% badanych osób zaobserwowało progresję lub pojawienie się różnych problemów wraz ze starzeniem się. Ponad połowa badanych, bez względu na płeć, miejsce zamieszkania i wiek, na pierwszym miejscu umieściła mniejszy zasób energii (napęd) i zmniejszone chęci do działania, następnie trudności finansowe (40%) i trudności związane z prowadzeniem domu (34%). Co dziesiąta osoba deklarowała pojawienie się problemów w kontaktach z otoczeniem. Trudności z nawiązywaniem nowych kontaktów zadeklarowało 12% badanych, obecność problemów z utrzymywaniem kontaktów z rodziną zadeklarowało 11% i 10% - ze znajomymi. Stosunkowo najmniej badanych osób (5%) określiło, że ma problemy w utrzymaniu kontaktów z przyjaciółmi; nie miało żadnych problemów 13% kobiet i blisko 20% mężczyzn. Kobiety częściej deklarowały problemy związane z trudnościami finansowymi (42% i 35%), prowadzeniem domu (39% i 25%) oraz nieznacznie mniejsze chęci do działania (57% i 53%). Mężczyźni nieznacznie częściej mieli problemy z nawiązywaniem nowych kontaktów (15% i 11%) oraz utrzymywaniem istniejących relacji ze znajomymi i przyjaciółmi. W mieście częściej niż na wsi deklarowano trudności utrzymania kontaktów ze znajomymi oraz przyjaciółmi. Na wsi nieznacznie częstsze były trudności w zorganizowaniu i prowadzeniu domu. Wraz z wiekiem badanych narastał udział osób mających trudności związane z prowadzeniem i zorganizowaniem domu. Wzrastały również trudności w nawiązywaniu, utrzymaniu kontaktów z innymi osobami i nowymi znajomymi oraz

rodziną. Wraz z wiekiem zmniejszał się natomiast udział osób deklarujących trudności finansowe.

Badani określili również swoje relacje z najbliższymi, dokonując samooceny związku z partnerem życiowym oraz ocenili istotne dla nich elementy relacji interpersonalnych. Związek z partnerem życiowym oceniono pozytywnie (bardzo dobrze i dobrze) 43% badanych. Mężczyźni 2-krotnie częściej oceniali związek pozytywnie (61% i 33%). Na wsi lepiej niż w mieście oceniano związek z obecnym partnerem (51% i 38%).

Badane osoby najbardziej ceniły sobie: pomoc udzielaną w codziennych obowiązkach (56%) oraz zapewnione poczucie bezpieczeństwa (53%). Satisfakcję, z powodu poczucia „bycia potrzebnym bliskim osobom” czerpało 38% badanych, poczucia „bycia kochanym” 29%. Nieznacznie mniejszy odsetek kobiet jak i mieszkańców miast był usatysfakcjonowany w wymienionych kategoriach, określających relacje z bliskimi. Wraz z wiekiem malał odsetek osób z zaspokojonym oczekiwaniem „bycia potrzebnym i kochanym”.

Ponad połowa badanych (52%) czuła się samotnie, z czego 20% stale odczuwało samotność, a 33% odczuwało samotność czasami. Wraz z wiekiem badanych wzrastał udział osób czujących się samotnie zarówno stale jak i incydentalnie. Wśród kobiet nieznacznie większy był odsetek osób czujących się samotnie (stale 21% i 18%, okresowo 38% i 24%). Blisko 69% osób oceniło, że występują u nich stany przygnębienia, przy czym 16% odczuwało stany przygnębienia kilka razy w tygodniu i tyleż samo osób - kilka razy w miesiącu (16%). Odsetek osób odczuwających stany przygnębienia rósł wraz z wiekiem. Najczęściej przygnębienie odczuwały osoby samotne i kobiety.

Bardzo dobrze i dobrze oceniano swoje zdrowie 23% badanych. Udział osób deklarujących zdecydowanie negatywną ocenę stanu zdrowia w badanej grupie wynosił 28%. Co druga osoba biorąca udział w badaniu oceniała stan zdrowia jako mierny. W grupie kobiet nieznacznie większy był odsetek deklarujących zły i bardzo zły stan zdrowia niż dobry i bardzo dobry. Większy odsetek pozytywnie oceniających stan swojego zdrowia był w grupie mężczyzn niż kobiet (28% i 21%). Wśród mężczyzn nieznacznie większy był udział osób z bardzo dobrą i dobrą oceną stanu zdrowia niż złą i bardzo złą. W mieście i na wsi odsetek osób deklarujących bardzo dobry i dobry stan zdrowia był zbliżony (23% i 24%), natomiast na wsi większy był udział oceniających swoje zdrowie jako złe bardzo złe (31% i 26%). Z wiekiem badanych zwiększał się udział osób niezadowolonych ze stanu swojego zdrowia, malał odsetek oceniających bardzo dobrze i dobrze stan zdrowia oraz zwiększał się udział oceniających źle i bardzo źle.

W badanej grupie 1 679 osób (88%) podejmowało zróżnicowaną aktywność fizyczną. Aktywność lekką (częściowe wykonywanie prac domowych; zakupy, sprzątanie, przygotowywanie posiłków, spacer) podejmowało 110 osób (6%).

Aktywność o średnim natężeniu (samodzielne wykonywanie prac domowych, sporadycznie podejmowanie ćwiczeń fizycznych, uprawianie działki) podejmowało 747 osób (39%) oraz aktywność ciężką (uprawianie sportu, stałe podejmowanie aktywności fizycznej w formie gimnastyki i inne) - 822 osoby (43%).

Osób aktywnych intelektualnie (w różnych kategoriach) było 10%, natomiast aktywnych społecznie (36%). Największy był udział osób pomagających rodzinie tj. opiekujących się innymi członkami rodziny i prowadzących dom 25% (486 osób). Bardziej spektakularną aktywność społeczną tj. pomoc potrzebującym spoza rodziny, działalność

w stowarzyszeniu: religijnym, politycznym, społecznym i innych organizacjach zadeklarowało 198 osób (10%).

PODSUMOWANIE WYNIKÓW

W grupie 1 910 osób w wieku 65 lat i więcej, 23% oceniało swój stan zdrowia pozytywnie. Najczęściej stwierdzaną patologią w badanej grupie były choroby układu krążenia (87%) i choroby narządu ruchu (63%), natomiast najczęstszymi dolegliwościami były bóle i zawroty głowy (26%) oraz dolegliwości bólowe ze strony narządu ruchu (21%). Przyznaną grupę inwalidzką miało 47 % badanych a 32% respondentów deklarowało różnego stopnia trudności poruszania się z powodu chorób narządu ruchu oraz 22% osób miało problemy z mobilnością wynikające z chorób układu krążenia. W okresie od 1994 do 1999 r. hospitalizowano 50% badanych. Najczęstszym powodem hospitalizacji było zaostrzenie objawów choroby przewlekłej. Wraz ze starzeniem się 84% badanych seniorów obserwowano pojawianie się nowych problemów i progresję już wcześniej istniejących -20 % stale odczuwało samotność i 16% osób deklarowało występowanie przygnębienia (kilka razy w tygodniu). Różnie natężoną aktywność fizyczną podejmowało 87% badanych, 10% deklarowało aktywność intelektualną i 36% osób zajmowało się aktywnością społeczną, 4% osób podejmowało wszystkie formy aktywności.

Anita Gębska-Kuczerowska

CHARACTERISTICS OF THE ELDERLY IN THE STUDY ON ASSESSMENT OF THE IMPACT OF THE ACTIVITY LEVEL ON HEALTH STATUS

SUMMARY

Objective: The aim of the study carried-out in 1999 was to describe and analyse the health status and activity forms in elderly subjects (65 and older).

Methods: Health status was assessed on self-reported questionnaire information on: diseases, hospitalisation, disability, mobility, BMI, level of life enthusiasm, relationships and satisfaction. Reported activity has been classified as physical, intellectual (mental) and pro-social. Study group health status, activity (level, forms) demographic features were presented and analysed with the use of Epi-info6.

Results of this research study are presented in the second part of this paper.

PIŚMIENNICTWO

1. Rozdział w książce. Golinowska S, Holzer J, Szwarz H, Pędich W. Starzenie się i starość; pojęcia, tendencje, cechy i struktury. W: Raport o rozwoju społecznym Polska 1999. Warszawa: UNDP;1999:7-13.
2. Rozdział w książce. Jabłońska-Chmielewska A. Podstawowe wiadomości o demografii lekarskiej. W: Jabłoński L, red. Epidemiologia. Lublin: Folium;1996:39-51.
3. Jabłoński L. Mierniki zdrowia. W: Zdrowie w medycynie i naukach społecznych. 2000:39-55.
4. Magdzik W, Naruszewicz-Lesiuk D, Czarkowski MP. Sytuacja demograficzna Polski w latach 1950-1998 i prognoza jej rozwoju do 2050 roku. Przegl Epidemiol 2000;54:201-25.
5. Miller M, Gębska-Kuczerowska A. Ocena stanu zdrowia ludzi w starszym wieku w Polsce. Gerontologia Polska 1998;VI(3-4):18-23.
6. Roszkowska H, Goryński P, Seroka W. Stan zdrowia osób w wieku starszym w świetle danych o hospitalizacji. Warszawa: PZH;1999.

7. GUS. Seniorzy w polskim społeczeństwie. Warszawa: GUS;1999.
8. Wnuk-Lipiński E, Golinowska S, Topińska I., Błędowski P, Włodarczyk C. Społeczeństwo i państwo wobec ludzi starszych. Opieka zdrowotna i usługi pielęgnacyjne dla ludzi starszych. W: Raport o rozwoju społecznym Polska 1999. Warszawa: UNDP; 1999:64-74.
9. WHO. Health across the life span. W: World Health Report 1998. Geneva: WHO;100-11.
10. WHO. Ageing-exploding the myths. Geneva: WHO;1999.
11. WHO. Agita Mundo, move for health. Geneva: WHO;2002.
12. WHO. World Health Day 07.04.02. Move for health. Geneva: WHO;2002.

Adres autorki:

Anita Gębska-Kuczerowska
Zakład Promocji Zdrowia Państwowego Zakładu Higieny
Ul.Chocimska 24, 00-791 Warszawa
akuczerowska@pzh.gov.pl