

ZAKŁAD DEMOGRAFII  
UNIwersYTETU ŁÓDZKIEGO

# Profesor Edward Rosset

demograf i statystyk – w setną rocznicę urodzin

Materiały na Konferencję Jubileuszową  
Łódź, 27–28 listopada 1997 r.



HALINA WORACH-KARDAS

Instytut Medycyny Pracy  
im. Prof. J. Nofera w Łodzi

## TRWANIE ŻYCIA LUDZKIEGO JAKO WSKAŹNIK SYTUACJI ZDROWOTNEJ SPOŁECZEŃSTWA

Życie ludzkie wydłuża się dzięki poprawie warunków bytowych, godnym uwagi postępom w dziedzinie ochrony zdrowia i podnoszeniu się poziomu kulturalnego szerokich warstw społeczeństwa" -

E. Rosset

### 1. Wprowadzenie

Współcześnie starość, wiek późny stały się dość powszechnym udziałem ludzi żyjących w krajach rozwiniętych, krajach naszego kręgu cywilizacyjnego. W przeszłości długie życie, osiągnięcie wieku starości dane było bowiem tylko nielicznym, w szczególności zaś osobom stojącym na szczycie ówczesnej hierarchii społecznej.

Przeciętne trwanie życia jest obrazem nie tylko kondycji zdrowotnej społeczeństwa, ale także stopnia społeczno-ekonomicznego rozwoju kraju, jak również stanu środowiska przyrodniczego. Obok przeciętnego trwania życia ludzkiego przywołuje się nader często inny wskaźnik, a mianowicie poziom umieralności, czyli liczbę zgonów przypadających na 10 000 lub 100 000 osób. Statystyki dostarczają danych o częstości tego typu zdarzeń, co umożliwia porównanie stanu zdrowotności w skali kraju, jak też w porównaniach o szerszym zasięgu międzynarodowym.

Umieralność stanowi negatywny wskaźnik stanu zdrowia ludności powiązany dość ściśle ze stanem środowiska, warunkami społeczno-ekonomicznymi oraz sposobem życia ludności. Częstość oraz wiek, w jakim zdarzenia te występowały w przeszłości, obecnie również znajdują odzwierciedlenie w parametrach długości życia ludzkiego. E. Rosset wielokrotnie w swych pracach podejmował kwestię długości trwania życia ludzkiego, określając je mianem „barometru postępu społecznego” [7, 8, 9].

Celem niniejszego opracowania jest analiza przeciętnego trwania życia ludzkiego w Polsce na tle innych krajów, jak również ukazanie niektórych aspektów zdrowotnych tego zjawiska.

## 2. Ewolucja i stan trwania życia ludzkiego w Polsce

Na terenach polskich, podobnie jak w innych krajach europejskich w ciągu XIX i XX w., życie ludzkie ulegało stopniowemu wydłużeniu, co wynikało z poprawy ogólnych warunków życia i wzrostu higieny społecznej oraz zmian w sposobie życia, między innymi w zakresie wyżywienia.

W Polsce przeciętne trwanie życia w latach 1931–1932, w świetle oficjalnych tablic umieralności, wynosiło jednak dla obu płci zaledwie 50 lat, zaś z uwzględnieniem płci – 48,2 lat dla mężczyzn i 51,4 lat dla kobiet. Na niskie parametry trwania życia niewątpliwie wpływ miała wysoka umieralność wśród niemowląt i dzieci [7].

W całym okresie powojennym odnotowuje się niewątpliwy postęp w tym zakresie. W latach 1952–1953 przeciętne trwanie życia dla mężczyzn wynosiło w Polsce – 58,6 lat, zaś dla kobiet – 64,2 lata. Kolejne lata przynosiły dalsze wydłużanie się życia ludzkiego (tab. 1). Długość życia kształtowała się szczególnie korzystnie w połowie lat siedemdziesiątych. Trwanie życia mężczyzn wyniosło wówczas 67,3 lata zaś dla kobiet 75,4 lat.

W następnych latach obserwowano jednak nie tyle wydłużanie się, co raczej stopniowy spadek przeciętnego trwania życia mężczyzn w Polsce. Obniżanie się parametrów trwania życia rozciągnęło się do roku 1991.

Okres transformacji przyniósł różnokierunkowe i dynamiczne zmiany w aspekcie zdrowia. Pojawiły się nowe, niedostępne wcześniej szanse dla jednostek, ale też i nowe czynniki ryzyka dla zdrowia (np. bezrobocie). Z kolei ożywienie gospodarcze, poprawa bytu społeczeństwa zdają się wywierać pozytywny wpływ na stan zdrowia i w konsekwencji na długość trwania życia ludzkiego.

I tak, począwszy od 1992 r. życie ludzkie w Polsce ulega wydłużeniu. Dane za rok 1995 wskazują nawet, iż jest to najdłuższe przeciętne trwanie życia noworodka w okresie powojennym, zarówno dla płci męskiej, jak i żeńskiej. W porównaniu z rokiem 1952–1953 życie mężczyzn w Polsce wydłużyło się przeciętnie o 9 lat, a kobiet aż o 12 lat. Jeśli wydłużenie się życia ludzkiego jest oznaką postępu społeczno-ekonomicznego, to postęp ten można uważać za znaczący. Należy przy tym zaznaczyć, iż długość życia w Polsce jest zróżnicowana przestrzennie; poszczególne województwa bowiem cechuje różna częstość zgonów w populacji [4].

Tabela 1

Przeciętne dalsze trwanie życia w Polsce w latach 1952–1995

Lata	Mężczyźni						Kobiety					
	przeciętna liczba lat dalszego trwania życia dla osób w wieku lat											
	0	1	15	30	45	60	0	1	15	30	45	60
1952–1953	58,6	64,3	52,1	38,9	25,9	14,7	64,2	69,0	56,7	43,0	29,6	17,3
1955–1956	61,8	66,5	53,9	40,2	26,9	15,4	67,8	71,7	58,9	44,8	31,1	18,5
1960–1961	64,8	68,0	54,8	41,1	27,6	15,8	70,5	73,1	59,9	45,5	31,5	18,6
1965–1966	66,8	69,0	55,6	41,7	28,2	16,1	72,8	74,4	61,0	46,5	32,3	19,3
1970–1972	66,8	68,0	54,6	40,7	27,3	15,5	73,8	74,6	61,1	46,5	32,3	19,3
1975–1976	67,3	68,2	54,7	40,8	27,5	16,0	75,0	75,6	62,0	47,4	33,2	20,1
1980–1981	66,9	67,5	54,0	40,1	26,9	15,7	75,4	75,8	62,2	47,6	33,4	20,3
1985–1986	66,9	67,2	53,6	39,5	26,3	15,3	75,3	75,5	61,8	47,2	32,9	19,9
1990–1991	66,7	66,9	53,3	39,3	26,2	15,5	76,3	76,3	62,6	48,0	33,8	20,8
1991	66,1	66,2	52,6	38,6	25,6	15,1	75,3	75,3	61,5	46,9	32,7	19,7
1992	66,7	66,8	53,1	39,1	26,1	15,4	75,7	75,6	61,9	47,2	33,0	20,0
1993	67,4	67,4	53,7	39,6	26,4	15,5	76,0	75,9	62,1	47,4	33,2	20,1
1941	67,5	67,6	53,9	39,8	26,7	15,8	76,1	76,1	62,4	47,7	33,4	20,4
1995	67,6	67,6	53,9	39,8	26,7	15,5	76,4	76,3	62,6	47,9	33,6	20,5

Źródło: Rocznik statystyczny 1996, s. 66 tabl. 29(96).

Przeciętne trwanie życia ludzkiego wyniosło w roku 1995 dla mężczyzn 67,6 lat, zaś dla kobiet 76,4 lat. Na tle innych krajów Europy Centralnej i Wschodniej długość życia ludzkiego kształtuje się w Polsce relatywnie korzystnie (tab. 2 i 3).

Średnie trwanie życia w Polsce przedstawia się jednak mało korzystnie na tle Europy Zachodniej; pod tym względem kraj nasz plasuje się znacznie poniżej średniej europejskiej. W krajach Europy Zachodniej długość życia ludzkiego waha się bowiem średnio w granicach 70–75 lat dla mężczyzn i 78–80 lat dla kobiet. W czołówce znajdują się kraje skandynawskie, gdzie długość życia dla noworodka oscyluje wokół 80 lat dla kobiet i niewiele mniej dla mężczyzn. W Islandii średnie trwanie życia wynosi dla mężczyzn 75,7 lat oraz 80,9 lat dla kobiet, w Szwecji 75,4 lat dla mężczyzn i 81,2 lat dla kobiet, w Norwegii odpowiednio 74,1 lat i 80,3 lat.

W porównaniu ze Szwecją mężczyzna w Polsce żyje średnio o 8 lat krócej, natomiast kobieta niecałe 4 lata krócej. A zatem, pomimo że życie ludzkie wydłużyło się w Polsce, to jednak ciągle istnieje dość znaczna niekorzystna różnica pomiędzy jego trwaniem w naszym kraju, w porównaniu z innymi krajami, w szczególności skandynawskimi i zachodnimi.

Istnieją kontrowersje czy o różnicach w trwaniu życia decydują zasady i nawyki racjonalnego i higienicznego trybu życia, jakość środowiska, warunki bytowe, cechy dziedziczne, wielkość nakładów na ochronę zdrowia ze strony państwa. Wpływ wywierają zapewne wszystkie te (a także inne)

czynnikami, które powodują – w skali jednostkowej i społecznej – dłuższe i zdrowsze życie w jednych społeczeństwach, a krótsze i bardziej obciążone chorobami w innych [3, 5, 13].

Wśród mierników dających najwięcej informacji o stanie zdrowia należy wymienić – obok przeciętnego trwania życia – współczynniki umieralności niemowląt, oraz wskaźniki zgonów biologicznie nieuzasadnionych, czyli śmiertelne zejścia przed osiągnięciem starości.

Tabela 2

Przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzn w wybranych krajach europejskich

Kraj	Lata	Mężczyźni w wieku lat			
		0	30	45	60
Kraje Europy Centralnej i Wschodniej					
b. Jugosławia	1988–1990	68,64	41,61	27,91	16,33
Bułgaria	1988–1990	68,12	40,77	27,32	15,97
Polska	1993	67,37	39,56	26,36	15,48
b. Czecho-Słowacja	1990	67,25	39,19	25,69	14,69
Rumunia	1992–1994	66,56	40,04	26,96	15,96
Ukraina	1989–1990	65,87	38,81	26,04	15,43
Białoruś	1991	65,54	38,43	25,79	15,47
Litwa	1992	64,92	38,11	25,98	15,94
Węgry	1992	64,55	36,74	36,74	14,52
Estonia	1992	64,05	37,32	24,88	14,43
Łotwa	1992	63,25	36,72	24,93	14,83
Rosja	1992	62,02	35,85	24,10	14,46
Pozostałe kraje europejskie					
Islandia	1991–1992	75,74	47,19	32,84	19,83
Szwecja	1992	75,35	46,52	32,36	19,32
Szwajcaria	1990–1991	74,30	46,20	32,30	19,40
Holandia	1991–1992	74,20	45,55	31,29	18,28
Norwegia	1992	74,16	45,64	31,51	18,67
W. Brytania	1992	73,52	44,92	30,72	17,93
Włochy	1989	73,49	45,18	31,03	18,31
Hiszpania	1990–1991	73,40	45,48	31,74	19,20
Francja	1991	72,91	44,82	31,30	19,18
Austria	1992	72,87	44,57	30,70	18,39
Grecja	1986–1987	72,60	b.d.	31,00	14,50 <sup>a</sup>
Belgia	1985	72,46	b.d.	30,20	14,00 <sup>a</sup>
Niemcy	1988–1990	72,20	b.d.	30,00	14,20
Dania	1990–1991	72,18	43,78	29,92	17,61
Irlandia	1985–1987	71,01	42,65	28,46	15,98
Finlandia	1990	70,93	42,57	29,12	17,09
Portugalia	1990–1991	70,03	42,70	29,24	17,13

<sup>a</sup> Dla wieku 65 lat.

Tabela 3

Przeciętne alsze trwanie życia kobiet w wybranych krajach europejskich

Kraj	Lata	Kobiety w wieku lat			
		0	30	45	60
Kraje Europy Centralnej i Wschodniej					
Litwa	1992	76,02	46,99	33,99	21,15
Polska	1993	76,00	47,44	33,20	20,10
b. Czecho-Słowacja	1990	75,81	47,11	32,75	19,59
Białoruś	1988-1990	75,48	47,15	33,02	20,12
Estonia	1992	75,03	46,92	32,79	19,82
Ukraina	1989-1990	75,03	46,80	32,67	19,74
Łotwa	1992	74,83	46,99	33,04	20,74
Bułgaria	1988-1990	74,77	46,64	32,37	19,18
b. Jugosławia	1988-1990	74,48	46,98	32,67	19,50
Rosja	1992	73,75	46,04	32,17	14,46
Węgry	1992	73,73	45,31	31,53	19,10
Rumunia	1992-1994	73,17	45,83	31,77	18,82
Pozostałe kraje europejskie					
Szwajcaria	1990-1991	81,20	52,30	37,90	24,20
Szwecja	1992	81,20	52,30	37,90	24,20
Francja	1991	81,13	52,27	37,95	24,38
Islandia	1991-1992	80,89	51,65	37,10	23,61
Hiszpania	1992	80,49	51,71	37,26	23,49
Norwegia	1992	80,34	51,23	36,75	23,17
Holandia	1991-1992	80,18	51,08	36,67	23,15
Włochy	1989	80,02	51,09	36,59	22,90
Austria	1992	79,35	50,40	36,00	22,49
Belgia	1988-1990	79,10	b.d.	35,90	18,30 <sup>a</sup>
W. Brytania	1992	79,05	49,96	35,52	22,11
Finlandia	1990	78,87	49,90	35,52	21,91
Niemcy	1991	78,80	b.d.	35,50	18,00
Dania	1991	77,74	48,78	34,46	21,60
Grecja	1985	77,60	b.d.	34,80	16,90 <sup>a</sup>
Portugalia	1990-1991	77,26	48,81	34,54	21,14
Irlandia	1985-1987	76,70	47,76	33,30	20,06

<sup>a</sup> Dla wieku 65 lat.

Źródło: Jak w tab. 2.

Sytuacja w Polsce w zakresie stanu zdrowotności w latach osiemdziesiątych i początku dziewięćdziesiątych została określona mianem „kryzysu zdrowotnego” [6] Kryzys ten sprowadzał się do:

- 1) pogarszania się stanu zdrowia większości grup ludności,
- 2) zaburzeń wzorca umieralności, co znalazło wyraz w obniżeniu się przeciętnego trwania życia ludzkiego.

Warto w związku z tym zwrócić uwagę na fakt, że prawdopodobieństwo dożycia proggu starości (jeśli za taki uznać wiek 65 lat) pozostało w Polsce, w latach 1960–1989, w zasadzie na tym samym poziomie. Szanse dożycia tego wieku gwałtownie obniżyły się wśród osób, które osiągały wiek 40 lat.

Podstawowe znaczenie dla niekorzystnych tendencji w stanie zdrowia miało w Polsce (a także w innych krajach Europy Wschodniej) załamanie się zdrowotności osób dorosłych – w szczególności mężczyzn – osiągających ten przełomowy wiek [14].

Stan zdrowotny społeczeństwa odzwierciedla się w różnych wskaźnikach i miernikach, takich jak np. odsetek cięż patologicznych, urodzeń przedwczesnych, urodzeń z niedowagą – co pośrednio jest wynikiem stanu zdrowia młodych kobiet, potencjalnych matek.

Stan zdrowia populacji można mierzyć różnymi miernikami. Wśród nich jest zachorowalność, absencja chorobowa, inwalidztwo, umieralność.

Dotychczasowe badania sygnalizują wysoką częstość zgonów przedwczesnych w Polsce w stosunku do kształtowania się tego zjawiska w większości krajów Europy. Szczególnie wyraźne jest to w grupie wieku produkcyjnego. Kompletność, pełność danych dotyczących zgonów przesądza o ich wartości merytorycznej jako najważniejszych – aczkolwiek negatywnych – wskaźników stanu zdrowia ludności.

W niniejszym opracowaniu wychodzimy z założenia, że poziom umieralności przedwczesnej odzwierciedla kondycję zdrowotną ludności, jej stopień odporności na czynniki zagrażające zdrowiu i życiu.

Polska na tle zachodnich krajów europejskich charakteryzuje się wysoką umieralnością przedwczesną, przez co należy rozumieć umieralność przed osiągnięciem 65 roku życia (czyli przed przekroczeniem umownego proggu starości). Analiza danych za ostatnie lata pokazuje, że aż 44% zgonów mężczyzn i 21% zgonów kobiet to zgony przedwczesne, biologicznie nieuzasadnione [1]. Stanowią one ewidentną stratę, tak w sensie potencjału ludnościowego, jak też w aspekcie społecznym i ekonomicznym. Zgony te występują szczególnie często w drugiej połowie wieku produkcyjnego, czyli w wieku 45–64 lata. Umieralność przedwczesna, z racji definicji dotyczy zgonów przed osiągnięciem proggu starości, za jaki umownie przyjmuje się wiek 65 lat. Oznacza to, że danej jednostce nie było dane przeżyć całego cyklu życiowego, na który składa się, w sensie rozwoju biologicznego: dzieciństwo, młodość, wiek dojrzały, starość. Długie i zdrowe życie jest wszak odwiecznym ludzkim dążeniem, a także hasłem wielu systemów politycznych i religijnych.

Nie ma jednoznacznych rozstrzygnięć w kwestii tego, jaki jest wpływ poszczególnych czynników na kondycję zdrowotną populacji dorosłych. Źródeł negatywnych zjawisk zdrowotnych szukać należy w warunkach socjo-ekonomicznych, zanieczyszczonym środowisku przyrodniczym i niekorzystnych warunkach komunalnych, warunkach pracy, jak również w coraz

większym stopniu w indywidualnych zachowaniach pro- lub antyzdrowotnych. „Owszem – potrzeba nam dobrobytu gwarantującego odpowiedni poziom życia społeczeństwa, potrzeba nam dobrze zorganizowanej wyposażonej opieki medycznej, ale poza tym pozostaje prawda podstawowa, że główne sprawy zdrowia poszczególnych jednostek, jak i złożonych z nich grup oraz całego społeczeństwa rozstrzygają się na poziomie indywidualnego stylu życia”[3].

W społeczeństwach wysoko rozwiniętych, w których zarówno ogólny poziom życia, jak też poziom ochrony zdrowia są wysokie, decydującym czynnikiem zdrowia są indywidualne zachowania zdrowotne, czyli styl życia ludzi. Indywidualne zachowania ludzi są odpowiedzialne zwłaszcza za choroby chroniczne. Szacuje się, że około 50% przypadków chorób chronicznych w USA związanych jest z indywidualnym zachowaniem poszczególnych jednostek.

Wśród czynników warunkujących zdrowie wymienia się następujące elementy: 1) biologia człowieka, 2) środowisko, 3) styl życia, 4) opieka medyczna. Stanowią one cztery wyodrębnione działy tzw. pola zdrowotnego.

Odnotowując wyraźne wydłużenie się życia ludzkiego pozostaje otwarte pytanie: czy wydłużone życie ludzkie oznacza wydłużone zdrowie, sprawne i niezależne życie, czy też – zaprzeczenie tych cech?

W literaturze anglojęzycznej ukuto nawet specjalny wskaźnik, określanany skrótem DFLE (*Disability Free Life Expectancy*), czyli długość życia bez niesprawności, trwanie życia w zdrowiu.

Ocenia się, że dla populacji mężczyzn w Europie Zachodniej życie w zdrowiu waha się w granicach od 80 do 90% jego przeciętnej długości, co dla tej populacji i w tych krajach oznacza wiek do 60–67 lat. Pozostałe lata wydłużonego życia cechuje znaczny stopień niesprawności i złego zdrowia [2].

Relacja pomiędzy przeciętnym trwaniem życia a przeciętnym trwaniem życia w zdrowiu może być użyta jako wskaźnik sytuacji zdrowotnej, a w jej bardziej rozbudowanej formie – jako pomoc w planowaniu polityki zdrowotnej i systemów społecznego zabezpieczenia.

A zatem istotna jest nie tylko długość życia odczytywana z tablic trwania życia lecz także proporcja życia sprawnego do niesprawnego, długość życia w zdrowiu i w chorobie. Znamienne np. jest, że w podziale na płeć proporcja ta jest mniej korzystna dla kobiet niż dla mężczyzn; kobiety wprawdzie dłużej żyją, ale też częściej i dłużej chorują. Zdaniem niektórych autorów, zagrożenia zdrowia nie tyle uległy na przestrzeni lat zmniejszeniu, co zmieniły się jakościowo. Dotyczy to zwłaszcza powstawania przewlekłych, degeneracyjnych chorób, stanowiących zagrożenie życia, zarazem obniżających jego jakość i pociągających za sobą wielostronne koszty społeczne [5].



### 3. Trwanie życia i umieralność osób w wieku produkcyjnym

Niepokojącym zjawiskiem jest utrzymująca się od lat podwyższona umieralność i skracające się w Polsce trwanie życia osób w wieku produkcyjnym [12, 14].

Przeciętne dalsze trwanie życia dorosłych mężczyzn w wieku 30 i 45 lat było w roku 1995 krótsze w porównaniu z latami pięćdziesiątymi i fakt ten należy uznać za niepokojący (tab. 1). Z tego wynika, że pogorszyły się warunki umieralności populacji w wieku dorosłym. O ile bowiem spadła wyraźnie umieralność w wieku dziecięcym i młodzieńczym, o tyle w wieku dorosłym – który zarazem jest wiekiem produkcyjnym – utrzymuje się wysoki poziom umieralności, co niewątpliwie rzutuje na ogólną długość trwania życia.

W odniesieniu do ludności w wieku dorosłym, produkcyjnym wskazuje się na wiele dodatkowych zagrożeń zdrowotnych, wynikających z obciążeń zawodowych; wzrastającej odpowiedzialności zawodowej, stresu psychospołecznego, niewłaściwych zachowań zdrowotnych. Do tego dochodzi zagrożenie brakiem pracy, czyli czynnik socjoekonomiczny, (ze szczególnym uwzględnieniem bezrobocia).

Warto prześledzić ewolucję długości przeciętnego dalszego trwania życia osób osiągających wiek 45 lat. W 1995 r. mężczyzna 45-letni w Polsce miał jeszcze do przeżycia 26,7 lat, podczas gdy w latach 1965/1966 – 28,2 lat. Życie mężczyzny w tym wieku skróciło się – a nie wydłużyło – o blisko dwa lata. Analogicznie jest, jeśli chodzi o wiek 30 lat; życie osób w tym wieku jest także o dwa lata krótsze od tego, jakie było udziałem równolatka z lat 1965–1966 (odpowiednie dane wynoszą obecnie 39,8 – wobec 41,7 sprzed 30 laty). Swoisty paradoks w zakresie trwania życia polega na tym, że życie ludzkie obliczone dla noworodka generalnie wydłuża się, ale w niektórych grupach wieku, w szczególności dorosłego, skraca się.

Należy przy tym dodać, iż wskaźniki dalszego trwania życia dla osób w wieku 60 lat są zdecydowanie korzystniejsze. Porównując analogiczne parametry dla mężczyzn z początku lat 50. stwierdzić można przyrost z 14,7 do 15,8 lat, czyli przyrost życia w tym wieku o 1 rok. Dla kobiet w tym wieku przyrost lat życia wyniósł 3 lata; kobieta 60-letnia miała przed sobą w roku 1952. jeszcze 17,3 lat zaś w roku 1995 – 20,5 lat życia. A zatem osoby które przeszły przez ten trudny okres, jakim jest wiek dorosły, produkcyjny, mają szansę żyć przeciętnie dłużej niż to miało miejsce kiedykolwiek wcześniej. Dla porównania warto przytoczyć informację o przeciętnym dalszym trwaniu życia mężczyzn i kobiet osiągających wiek 60 lat w okresie przedwojennym. Otóż w roku 1931 mężczyzna 60-letni mógł liczyć na dalszych 13,7 lat, kobieta zaś 15,1 lat życia. W porównaniu

z tamtym okresem życie 60-letniego mężczyzny wydłużyło się o 2 lata, zaś kobieta ma szansę na życie o 5 lat dłuższe w porównaniu do swojej rówieśnicy z lat międzywojennych.

Wysoka jest umieralność przedwczesna w wieku 45–64 lata; mężczyźni w Polsce umierają w tym wieku blisko trzykrotnie częściej niż w Irlandii czy Japonii. Nieco korzystniejsza jest sytuacja kobiet w tym wieku, ale i w tym przypadku współczynniki zgonów w Polsce są dwukrotnie wyższe od wartości minimalnych, jakimi cechuje się Japonia i Szwajcaria. Niekorzystnie zatem na tle krajów europejskich kształtuje się zwłaszcza w Polsce przeciętne trwanie życia mężczyzn w wieku produkcyjnym. W Raporcie Rządowej Komisji Ludnościowej stwierdza się, iż: „Mężczyzna w Polsce w roku 1994 w wieku 45 lat miał szansę na dalsze trwanie życia wynoszące 26,7 lat, co plasuje nasz kraj na 31 miejscu wśród 41 krajów europejskich, licząc od najwyższej wartości tego parametru, jakim w Europie charakteryzuje się Islandia [...] Z analizy przeciętnego trwania życia wynika, że stan zdrowia ludności Polski jest znacznie gorszy w porównaniu z wieloma krajami europejskimi. Od wielu lat powiększa się, na niekorzyść Polski, różnica pomiędzy długością życia w Polsce w porównaniu z większością krajów europejskich” [10]. Dotyczy to szczególnie mężczyzn. Analizując bowiem przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzny w wieku 30 lat i 45 lat stwierdza się, iż mimo wydłużenia się w ostatnich latach przeciętnego dalszego trwania życia mężczyzn, jest ono znacznie krótsze w porównaniu z latami 60., a nawet latami 50.

Zarówno lata 80., jak też początek lat 90. charakteryzują się niekorzystnymi tendencjami w zakresie kształtowania się umieralności mężczyzn w wieku dorosłym, produkcyjnym. Wyrażna nadumieralność mężczyzn (w stosunku do kobiet) występuje już w grupie powyżej 35 lat, lecz w szczególności w grupie wieku 45–64 lat. Przedwczesna umieralność mężczyzn w tym wieku kształtowała się na wyższym poziomie niż w latach 60. oraz 70. Oznaczało to zarazem obniżenie się trwania życia mężczyzn, w szczególności w wieku dorosłym, produkcyjnym, (szczególnie widoczne w roku 1991).

Poczynając od roku 1992 obserwujemy pewną poprawę w zakresie umieralności i przeciętnego trwania życia, tak mężczyzn, jak i kobiet w Polsce. jednakże poziom umieralności pozostaje w dalszym ciągu wysoki, zaś trwanie życia krótsze w porównaniu z krajami Europy Zachodniej.

Wymienia się między innymi następujące zagrożenia dla zdrowia i życia ludności: niewłaściwe warunki bezpieczeństwa pracy, wypadki drogowe, zły stan środowiska przyrodniczego, nadużywanie alkoholu i palenie tytoniu, brak powszechnej profilaktyki. Jakkolwiek czynniki te oddziałują zarówno na kobiety, jak i na mężczyzn, to jednak zdają się one wpływać szczególnie niekorzystnie na poziom umieralności i długość życia mężczyzn. Zaświadcza o tym fakt, że kobiety w Polsce żyją przeciętnie blisko 9 lat dłużej niż

mężczyźni. Można na sprawę spojrzeć inaczej – że mężczyźni w Polsce żyją o blisko 9 lat przeciętnie krócej niż kobiety. Należy przy tym zauważyć, że w latach 50. różnica pomiędzy długością trwania życia kobiet i mężczyzn wynosiła 6 lat. Przyczyny nadumieralności mężczyzn są różnorodne i nie do końca wyjaśnione. Wskazuje się wszakże na czynniki zarówno biologiczne, jak i społeczne, takie jak: mniejsze zdolności adaptacyjne, niewłaściwy tryb życia, w tym palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, niewłaściwe odżywianie się, stresy zawodowe i zwiększone narażenie na czynniki szkodliwe w miejscu pracy.

#### 4. Podsumowanie

Współcześnie w krajach rozwiniętych ludzie – pierwszy raz w historii – przeżywają cały swój cykl życiowy, tzn. dzieciństwo, młodość, wiek dojrzały i starość, w tym starość późną, sędziwą. Starość stała się zatem w tych krajach powszechnym udziałem ludzi. Osiągnięto ten stan nie tylko poprzez poprawę warunków bytowych społeczeństwa, ale także poprzez świadomą zmianę stylu życia, co E. Rosset określał jako „podnoszenie się poziomu kulturalnego szerokich warstw społeczeństwa”. Dlatego też ważną sprawą jest promocja zdrowia w różnych środowiskach, skierowana do różnych grup wieku, w tym ludzi dorosłych i starszych.

Prognozy GUS do 2020 r. zakładają, że w Polsce następować będzie stopniowy wzrost długości trwania życia aż do osiągnięcia w 2020 r. 72 lat dla mężczyzn i 78 lat dla kobiet. Oznaczałoby to istotny, bo wynoszący 5 lat przyrost życia dla mężczyzn oraz 2 lata dla kobiet, w stosunku do stanu obecnego. W docelowym roku mamy osiągnąć w Polsce przeciętną długość życia dla obu płci, zbliżoną do tej, jaka charakteryzuje już obecnie kraje zachodnie. Zakłada się bowiem, że w Polsce istnieją realne szanse ochrony i pomnażania potencjału zdrowia, a w konsekwencji także wydłużania się życia ludzkiego.

Długie i zdrowe życie członków społeczeństwa stanowi jeden z istotnych celów rozwoju społeczno-ekonomicznego każdego kraju. W okresie do roku 2020 dysproporcja z sytuacją zdrowotną ludności w krajach zachodniej i północnej Europy zmniejszy się.

Dłuższe obecnie życie członków społeczeństwa przywołuje jednak pytanie o jakość tego wydłużonego życia, o to, czy te dodatkowe lata życia będą spędzone w dobrym czy też złym stanie zdrowia. Zwłaszcza, że istotne przedłużenie się czasu trwania życia zwiększy znacznie populację ludności w starszym wieku.

Można spotkać się z dwoma skrajnie odmiennymi poglądami na ten temat. Optymistyczne podejście głosi, się wydłużenie się życia jest związane

ze spadkiem zachorowań, zaś choroby dotyczą tylko krótkiego okresu – przed zgonem. Przedłużenie życia oznaczałoby tym samym wydłużenie fazy zdrowia i sprawności – fizycznej i psychicznej – aż do wieku późnego.

Pesymiści natomiast oczekują zwiększonej zachorowalności, niepełnosprawności, narastania chorób chronicznych wraz z dalszym wydłużaniem się życia ludzkiego. Wedle tego poglądu interwencja medyczna przedłuża nie tyle okres sprawności, co fazę życia charakteryzującą się niesprawnością, przyczyniając się do rozpowszechnienia chorób przewlekłych, degeneracyjnych oraz psychicznej niemocy, znamiennej dla okresu sędziwej starości.

Należy uznać, iż wydłużenie życia ludzkiego, zatem i wzrost długowieczności oznacza na poziomie populacyjnym zarówno spadek częstości chorób, jak też – w jakiejś mierze – przedłużenie życia w stanie choroby i niesprawności, co rodzi nowe zadania dla opieki zdrowotnej i służb opiekuńczych. Wyzwaniem dla polityki zdrowotnej i społecznej jest bowiem to, aby jak największa liczba osób w możliwie dobrej kondycji przechodziła przez cały cykl życiowy: dzieciństwo, młodość, wiek średni i starość.

### Literatura

- [1] Andryszek C., Indulski J., Worach-Kardas H., *Dynamika i zróżnicowanie przestrzenne umieralności przedwczesnej populacji w wieku produkcyjnym – przesłanki do pogłębionych badań przyczyn i umieralności tego zjawiska*, „Medycyna Pracy” 1996, nr 6, s. 578–596
- [2] Bone M. R., *International Efforts to Measure Health Expectancy*, „Journal of Epid. and Comm. Health”, 1992, vol. 46, s. 555–558
- [3] Indulski J., Piwowarska-Pościk L., Dawydzik L., *Aktualne i perspektywiczne kierunki ochrony zdrowia pracujących*, „Medycyna Pracy” 1995, nr 3
- [4] Indulski J., Kowaleski J., *Częstość zgonów w ujęciu przestrzennym – sytuacja w województwach północnych*, referat na konferencję „Statystyka Regionalna”, Gdańsk 25–26 X 1993 r.
- [5] Kirschner H., *Stan zdrowia społeczeństwa polskiego na tle warunków środowiskowych*, [w:] *Środowisko i zdrowie*, red. B. Karski, J. Pawlak, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Warszawa 1995, s. 42–58.
- [6] Okólski M., *Kryzys zdrowotny w Polsce*, „Polityka Społeczna” 1993, nr 1
- [7] Rosset E., *Ludzie starzy. Studium demograficzne*, PWE, Warszawa 1967, s. 467
- [8] Rosset E., *Proces starzenia się ludności. Studium demograficzne*, PWG, Warszawa 1959, s. 763
- [9] Rosset E., *Demografia Polski*, t. 2, *Reprodukcja ludności*, PWN, Warszawa 1975, s. 634
- [10] *Sytuacja demograficzna Polski, Raport 1994*, CUP, Warszawa 1995
- [11] *Trwanie życia i umieralność według przyczyn w województwach w latach 1991–1995*, Informacje i Opracowania Statystyczne, Warszawa 1997
- [12] Szadkowska-Stańczyk J., Hanke W., Gdulewicz T., *Analiza umieralności populacji w wieku produkcyjnym w Polsce*, „Medycyna Pracy” 1990, nr 4

- [13] Valkonen T., *Problems in the Measurement and International Comparisons of Socio-economic Differences in Morality*, Soc. Sci. Med., vol. 36, No 4, 1993, s. 409–418
- [14] Wojtyniak B., Kopczyński J., *Przedwczesna umieralność ludności Polski, jej poziom i kierunki zmian*, PZH, Warszawa 1993
- [15] Worach-Kardas H., *Umieralność dorosłych jako wskaźnik stanu zdrowia społeczeństwa*, „Polityka Społeczna” 1996, nr 9, s. 4–6