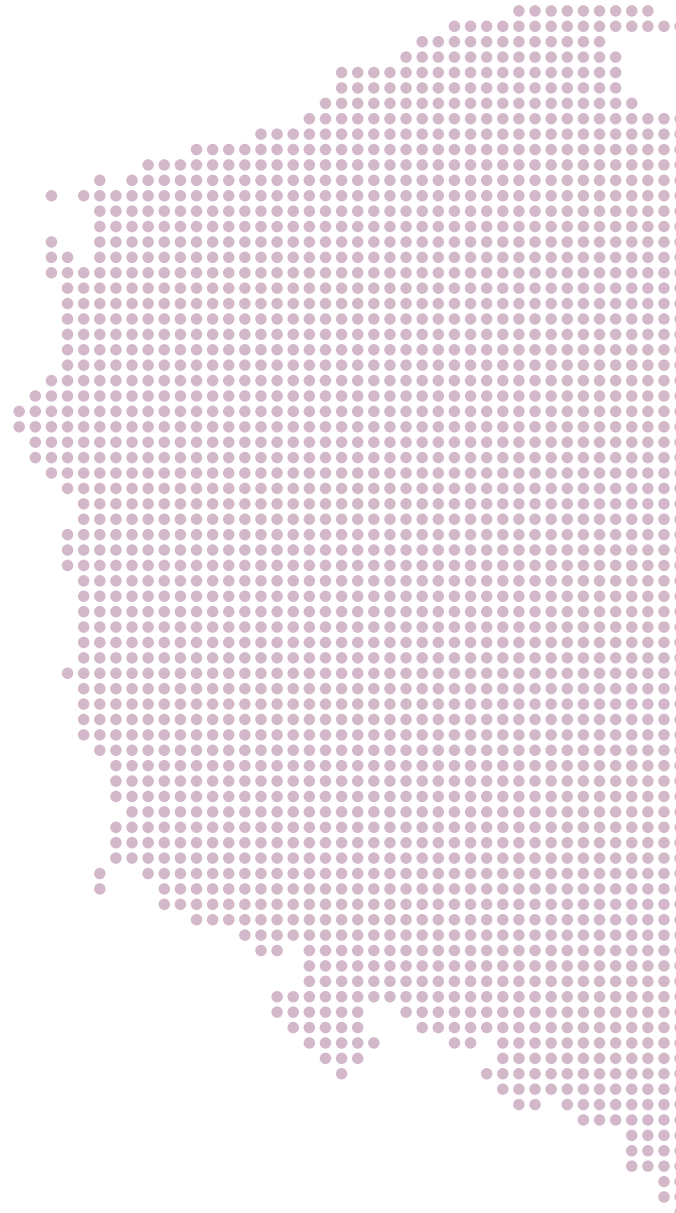


# Raport **P**olki 50 plus

Zdrowie i jego zagrożenia





# Raport **P**olki 50 plus

## Zdrowie i jego zagrożenia

Redakcja naukowa:  
Prof. dr hab. Antonina Ostrowska

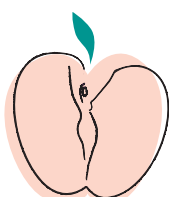
---

Instytut Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk  
Wiceprzewodnicząca Rady Programowej Fundacji MSD dla Zdrowia Kobiet

Recenzja:  
Prof. dr hab. n. med. Piotr Tyszka

---

Dyrektor Instytutu Medycyny Społecznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego



Fundacja **MSD**  
dla **zdrowia kobiet**



# Spis treści

Wstęp	5
Wprowadzenie	6
Kobiety 50+ w Polsce. Społeczny kontekst starzenia się	8
Analiza stanu zdrowia kobiet 50+ w Polsce w świetle danych europejskich	15
Choroby układu krążenia	25
Nowotwory złośliwe u kobiet	30
Udar mózgu u kobiet – problem kobiet starszych	38
Cukrzyca i jej skutki dla innych narządów	44
Menopauza jako zdrowotne i psychologiczne doświadczenie w życiu kobiety	50
Otyłość starszych kobiet	55
Choroba zwyrodnieniowa i osteoporoza u kobiet w wieku 50 +	59
Choroby tarczycy u kobiet po 50. roku życia	66
Zaburzenia wzroku wśród starszych kobiet	71
Zaburzenia układu moczowo-płciowego	78
Problemy zdrowia psychicznego kobiet 50+	84
Przemoc wobec starszych kobiet	92
Proces starzenia się a promocja zdrowia i opieka zdrowotna dla kobiet w wieku 50+	99
Ekonomiczny wymiar dłuższego życia kobiet	105
Posłowie	110

ISBN 978-83-943823-0-8

Copyright by Fundacja MSD dla Zdrowia Kobiet

Przedruk materiałów w całości lub części możliwy jest wyłącznie za podaniem źródła

Projekt i skład Agencja Interaktywna WARSKI



## Wstęp

Drodzy Czytelnicy!

Oddajemy w Państwa ręce Raport Polki 50 plus, drugą po Raporcie „Polki 2013. Zdrowie i jego zagrożenia” publikację przygotowaną z inicjatywy Fundacji MSD dla Zdrowia Kobiet we współpracy z Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładem Higieny. Problem starzenia się naszego społeczeństwa jest w ostatnim czasie mocno akcentowany w debacie publicznej, ale mało miejsca poświęca się w niej specyficznej w tym kontekście sytuacji kobiet. Kobiety żyją dłużej niż mężczyźni, wydaje się więc - są zdrowsze i silniejsze. Tymczasem liczba i uciążliwość obciążeń zdrowotnych, z którymi polskim kobietom przychodzi zmagać się w jesieni życia stawia je w niekorzystnej sytuacji nie tylko wobec mężczyzn, ale częstokroć także kobiet z innych krajów europejskich. Dynamika przyrostu liczby starszych kobiet jest w Polsce niemal najwyższa w Europie, a stawiane przed nimi oczekiwania, jak np. dłuższa aktywność zawodowa, czy wypełnianie funkcji opiekuńczych wobec członków rodziny, stanowią poważne wyzwanie dla podmiotów kształtujących politykę społeczną i zdrowotną państwa.

Oprócz usprawnienia systemu opieki zdrowotnej i poprawy wyników leczenia chorób przewlekłych w populacji starszych osób kluczowym wydaje się wypracowanie i odpowiednio wczesne wdrożenie rozwiązań w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia, dopasowanych do specyficznych potrzeb i zasobów grupy docelowej, które pozwolą nie tylko na ograniczenie wydatków służby zdrowia, ale także umożliwią dłuższe funkcjonowanie kobiet na rynku pracy i osiągnięcie lepszych wskaźników jakości życia.

Fundacja MSD dla Zdrowia Kobiet skupia się w swoich programach na podnoszeniu świadomości zdrowotnej i promowaniu zdrowych nawyków wśród Polek. Intencją twórców niniejszego Raportu jest zachęcenie decydentów na szczeblu centralnym, w samorządach lokalnych, a także w organizacjach pozarządowych do zwrócenia szczególnej uwagi na potrzeby zdrowotne kobiet w wieku postmenopauzalnym. Powinno to bowiem przynieść korzyść nie tylko im samym, ale także przełożyć się na wzorce rodzinne, a tym samym w dalszej perspektywie na zdrowie publiczne.

Kilkunastu czołowych ekspertów epidemiologii, różnych dziedzin medycyny, socjologii, zdrowia publicznego, komunikacji społecznej i ekonomii przeanalizowało na potrzeby niniejszego opracowania główne zagrożenia i problemy zdrowotne polskich kobiet w wieku powyżej 50. roku życia. Zarekomendowali oni szereg działań, które powinny zostać podjęte, by Polki mogły znacznie dłużej żyć w dobrym zdrowiu i pełnej sprawności. Mamy głęboką nadzieję, że rekomendacje te staną się inspiracją do konkretnych działań na rzecz poprawy zdrowia Polek.



# Wprowadzenie

## Polki 50 + Zdrowie i jego zagrożenia

Zmiany demograficzne zachodzące w strukturze ludności Polski stają się coraz częściej przedmiotem społecznej refleksji. Dynamika starzenia się ludności, a szczególnie szybki przyrost odsetka osób po 65. roku życia, stwarza nowe wyzwania pod adresem szeregu systemów społecznych i ekonomicznych naszego kraju. Zgodnie z prognozami GUS, należy oczekiwać, że do 2035 roku osoby te będą stanowić ok ¼ naszego społeczeństwa, w tym ponad dwukrotnemu zwiększeniu ulegnie populacja osób osiemdziesięcioletnich i starszych. Liczba starych kobiet w najbliższych latach będzie przyrastać stosunkowo szybciej niż starych mężczyzn; istniejące szacunki wskazują, że w roku 2035 ich udział wzrośnie z 16,3% do 26,5%. Dynamika taka należy do jednej z najszybszych w Unii Europejskiej. Zarówno sytuacja aktualna jak i istniejące prognozy świadczą o tym, że proces starzenia się w Polsce jest w wysokim stopniu sfeminizowany.

Proces starzenia się społeczeństw stawia przed polityką społeczną konieczność określenia czym jest udana starość, jakie są jej wyznaczniki i co w praktyce oznacza takie sformułowanie jak właściwa jakość życia starszych osób. W toczących się na ten temat debatach europejskich podkreśla się, że wśród wielu czynników takich jak niezależność ekonomiczna, posiadanie wsparcia społecznego i bliskich osób wokół siebie, prowadzenie aktywnego życia, ciekawość poznawcza czy posiadanie zainteresowań, na pierwszym miejscu pojawia się przede wszystkim zachowanie dobrego zdrowia fizycznego i psychicznego. Także badacze problemów życiowych starszych osób wskazują, że na listach najbardziej pożądanых przez nie wartości, na pierwszym miejscu wymienia się nieodmiennie zachowanie możliwie jak najlepszego zdrowia, sprawności i samodzielnego funkcjonowania

aż do śmierci. Tym samym zadania medycyny w coraz wyraźniejszy sposób są formułowane jako „dodawanie życia do lat, a nie lat do życia”.

Starzenie się społeczeństwa wymaga szeregu działań dostosowawczych ze strony finansów publicznych, tworzenia odpowiednich ram prawnych i rozwoju szeregu instytucji nastawionych na wspomaganie rosnącego segmentu starszych osób. Wśród nich, ogromna rola przypada instytucjom opieki zdrowotnej, tym bardziej, że postępy medycyny będą wyzwać coraz silniejsze oczekiwania związane z możliwościami zwalczania chorób i eliminowaniem niepotrzebnych cierpień, które na co dzień towarzyszą wielu starszym osobom. Niezależnie od potrzeby efektywnego zaspakajania rosnących potrzeb w zakresie leczenia, niezmiernie ważną staje się profilaktyka i promocja zdrowia wśród osób znajdujących się jeszcze na przedpolu starości, wtedy gdy możliwe jest wyprzedzenie rosnącej fali zachorowań. Ta idea przyświeca rozważaniom na temat zdrowia kobiet, stanowiącym temat niniejszego Raportu. Jego zadaniem jest prezentacja specyfiki problemów zdrowotnych, doświadczanych przez starzejące się i już starsze kobiety, a przede wszystkim tych, które odpowiedzialne są za wysoką umieralność lub poważne ograniczenia w jakości ich życia.

Większość analiz dotyczących zdrowia i funkcjonowania kobiet w Polsce koncentruje się na ich zdrowiu i życiu w wieku reprodukcyjnym (16-49 lat), bądź na problemach zdrowotnych kobiet starszych, po 60. czy 65. roku życia, zgodnie z przyjmowanymi na ogół koncepcjami początków starości. W analizach tych umykają tym samym z pola widzenia problemy kobiet znajdujących się dopiero u progu starszego wieku, zasilające kategorię 50-59 lat. Wyjątek stanowią tu obszerne



badania z cyklu PolSenior, prezentujące różne aspekty starzenia się populacji polskiej (a więc także kobiet), definiujące początek starości na 65 rok życia, ale uwzględniające także w niektórych analizach, jako grupę referencyjną, osoby znajdujące się na „przedpolu starości”, w wieku 55-64 lata.

W okresie tym jednak zaczynają się już pojawiać wyraźniejsze i postępujące objawy „zużywania” się organizmu, powodujące w konsekwencji szereg niekorzystnych zjawisk zdrowotnych i psychicznych, które będą miały tendencję do intensyfikowania się w dalszych latach. Dwukrotnie w stosunku do wcześniejszej dekady wieku – wzrasta otyłość, będąca poważnym czynnikiem ryzyka wielu chorób przewlekłych, narasta też częstość występowania wielu upośledzających funkcjonowanie dolegliwości. Pogarsza się stan samopoczucia psychicznego, pojawiają się trudności ze snem, depresyjność. (Raport Polki 2013). Nie bez znaczenia dla zdrowia, samopoczucia i funkcjonowania kobiet po 50-tym roku życia mają zmiany fizjologiczne związane z okresem menopauzy, które często w sposób odczuwalny zaburzą aktywność kobiet w różnych sferach życia. Ta szczególna sytuacja zdrowotna tej grupy kobiet, przy jednoczesnym niedoreprezentowaniu ich problemów w badaniach społecznych i medycznych sprawia, że do rozważań na temat potrzeb i problemów zdrowotnych starszych kobiet włączamy grupę wieku 50+ i poświęcamy jej stosunkowo więcej uwagi. Wiąże się to także ze wskazaną wcześniej potrzebą wdrażania szeregu działań, zapobiegających rozwojowi chorób i dysfunkcji, rozwijających się często w następnych dekadach wieku.

Pod względem stanu zdrowia, kobiety w starszym wieku stanowią kategorię zróżnicowaną wewnętrznie. W zależności od przyjętego wieku, uznano za początek starości i od długości życia, może ona obejmować okres kilkudziesięciu lat; w sposób oczywisty przemiany zdrowia zachodzące w tym okresie mają zróżnicowany charakter i zróżnicowaną dynamikę. Stwierdzenia ogólne, dotyczące kondycji starszych kobiet są więc wypadkową bardzo wielu sytuacji indywidualnych, sumujących przebiegające w różny sposób procesy biologiczne, psychiczne i społeczne. Ujęcia takie z konieczności zawierają wiele

uproszczeń. Aby ich uniknąć - gdy tylko będzie to możliwe ze względu na charakter istniejących danych - informacje na temat zdrowia kobiet przedstawiane będą z uwzględnieniem zróżnicowań występujących w poszczególnych dekadach wieku.

Na Raport składają się analizy epidemiologiczne, prezentujące skalę i koncentrację problemów zdrowotnych doświadczanych przez starsze kobiety w Polsce, na tle wybranych krajów europejskich, oraz wypowiedzi ekspertów, naświetlające najpoważniejsze zagrożenia dla zdrowia kobiet. Ukazują one charakter schorzeń i upośledzeń przez nie niesionych, wskazują czynniki ryzyka, a także rekomendacje dotyczące skuteczniejszego leczenia i profilaktyki. Oprócz schorzeń stanowiących największe ryzyko dla życia kobiet, omawiane też są problemy ich zdrowia, które nie są bezpośrednio odpowiedzialne za przedwczesne zgony, ale stanowią częstą przyczynę poważnej niepełnosprawności, ograniczając funkcjonowanie i prowadząc do obniżenia jakości życia.

Wśród nich znajduje się także analiza problemów doświadczanych przez kobiety 50+ w związku menopauzą; ten skąd inąd naturalny proces fizjologiczny bywa dla wielu kobiet trudnym doświadczeniem i powinien spotkać się z większą uwagą i zrozumieniem zarówno ze strony profesjonalistów medycznych jak ich otoczenia społecznego, dla którego zbyt często jest ono wyłącznie przedmiotem dowcipów. W prezentowanym tekście omawiane są także zagadnienia przemocy wobec starszych kobiet, zagadnienia, którego skali do końca nie znamy, jednak przypuszczać można że jest ono znacznie bardziej powszechne niż się na ogół sądzi, a jego konsekwencje dla zdrowia fizycznego i psychicznego starszych kobiet nie mogą być ignorowane.

Do Raportu włączono także wypowiedzi ekspertów z dziedziny nauk społecznych, rozszerzające kontekst naszych rozważań o problemy zdrowia z perspektywy makrospołecznej i organizacyjnej. Nawiązują one do całokształtu sytuacji starszych kobiet w naszym społeczeństwie, kosztów ale i możliwych zysków związanych z ich starzeniem się oraz niezbędnych zmian w opiece zdrowotnej, nakierowanej na potrzeby jak najlepszego zdrowia starzejącego się społeczeństwa.



## Kobiety 50+ w Polsce Społeczny kontekst starzenia się

Analizę zagrożeń zdrowia kobiet po 50. roku życia warto poprzedzić choćby krótką ich społeczną charakterystyką. Miejsce w strukturze społecznej, warunki w jakich żyją i wyzwania jakie napotykają, stanowią istotną ramę dla rozważań na temat uwarunkowań zdrowia, jego zagrożeń i możliwości leczenia, analizowanych w dalszych częściach tego Raportu. Pokazują też społeczny kontekst starzenia się kobiet w Polsce. Zmiany położenia społecznego w miarę upływu lat, dominujące wzory i wartości związane ze starością pozostają bowiem w wyraźnym związku z ich zdrowiem i szansami na jego poprawianie.

### Problemy zdrowia i samopoczucia starszych kobiet

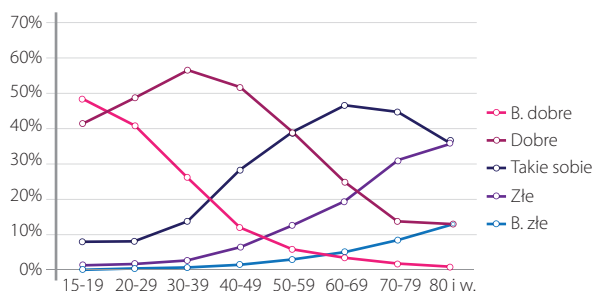
Wraz z postępującym wiekiem stan zdrowia i sprawności każdego człowieka w sposób oczywisty pogarsza się. Starzenie się kobiet przebiega jednak inaczej niż analogiczny proces u mężczyzn, na co składają się zarówno czynniki biologiczne, jak i psychospołeczne. Dłuższe życie kobiet jest często utożsamiane z lepszym stanem ich zdrowia. Jednak stereotyp ten nie potwierdza się, gdy weźmiemy pod uwagę inne wskaźniki niż tylko trwanie życia, a spojrzymy raczej na jego jakość. Pomimo przeciętnie dłuższego życia, kobiety częściej chorują, a także występuje wśród nich większa kumulacja chorób, zwłaszcza przewlekłych i niepełnosprawności. Posłużenie się takimi miarami jak np. HLY (*Healthy Life Years*), czy DALY (*Disability Adjusted Life Years*), które oprócz długości życia, pokazują ekwiwalent utraconych lat w zdrowiu z powodu chorób i niepełnosprawności i lat przeżytych w zdrowiu, wskazuje na bardziej niekorzystną sytuację kobiet niż mężczyzn i dzieje się tak we wszystkich krajach, niezależnie od ich poziomu rozwoju ekonomicznego. Raporty ekspertów europejskich wskazują, że po ukończeniu 65. roku życia, okres niedołęstwa starczego stanowi średnio 38% dalszego trwania życia

kobiet i 27% mężczyzn tej samej grupy wiekowej. Na przestrzeni całego życia kobiety narażone są na więcej ostrych i przewlekłych chorób, które prowadzić mogą do niepełnosprawności lub odznaczają się znaczną uciążliwością, ale nie są związane z bezpośrednim ryzykiem zgonu. Nasilają się one szczególnie wśród starszych, dłużej żyjących kobiet. Także koncentracja przewlekłych dolegliwości wśród kobiet i mężczyzn prezentuje się odmiennie; wg. badania GUS (2012) średnia liczba deklarowanych schorzeń wśród mężczyzn wynosiła 1,2, podczas gdy wśród kobiet – 1,7. Na niekorzyść kobiet wypada także porównanie występowania ograniczeń sprawności. Ograniczenia takie (w zakresie codziennej aktywności) pojawiają się u 25,5% kobiet i u 21,8%





mężczyzn. Według ostatniego spisu powszechnego współczynnik niepełnosprawności wynosił 13,9 dla mężczyzn i 14,7 dla kobiet. Dynamikę pogarszania się stanu zdrowia kobiet w miarę postępu procesu starzenia się (na podstawie samooceny) ukazuje wykres 1. Zwraca tu uwagę fakt, że w grupie wieku 50-59 lat już mniej niż połowa kobiet ocenia swoje zdrowie jako satysfakcjonujące.



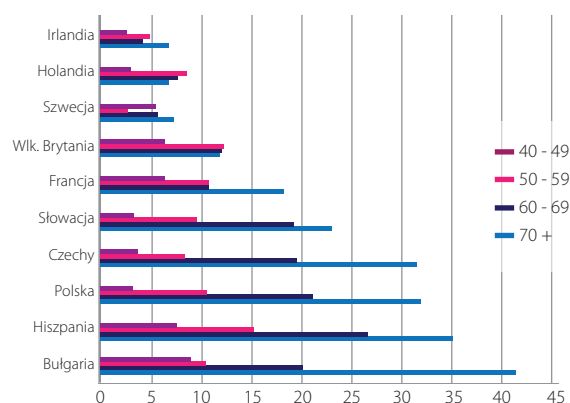
**Wykres 1.** Oceny stanu zdrowia kobiet w kolejnych dekadach wieku (%).

Źródło: GUS 2012

Badania GUS-u pozwalają też wskazać na znaczne różnice między zachorowalnością kobiet i mężczyzn na poszczególne jednostki chorobowe czy raportowane dolegliwości. Wskazują one nie tylko na wyższą zachorowalność wśród kobiet, ale także odmienną dominujących obrazów chorób dla obu płci i ich dynamiki, związanej z procesem starzenia się. Niezależnie od chorób stanowiących najczęstsze przyczyny zgonów kobiet (choroby układu krążenia, choroby nowotworowe), cierpią one z powodu wielu dolegliwości nie stanowiących bezpośredniej przyczyny zgonu, ale pogarszających stan zdrowia i samopoczucia i obniżających możliwości funkcjonowania. Są to głównie choroby kobiece, stawów i kości, nerwice, depresje, choroby tarczycy, uczulenia i alergię, choroby układu moczowo – płciowego, a także szereg innych schorzeń związanych z długowiecznością. Ze względu na to, że są to schorzenia występujące częściej (czasami wielokrotnie częściej) wśród kobiet niż mężczyzn, możemy mówić o odrębnej specyfice obrazu chorób starszych kobiet. Na specyfikę tę składają się także odmienne warunki

i doświadczenia życiowe, realizowane zadania i wzory karier w przeszłości, konsekwencje odmiennych stylów życia, a także niejednokrotnie różniące się hierarchie wartości.

W porównaniu ze stanem zdrowia kobiet w innych krajach europejskich sytuacja Polek nie przedstawia się korzystnie (wykres 2). Zestawienie częstości deklaracji o złym lub bardzo złym zdrowiu w dziesięciu krajach wskazuje, że oceny zdrowia przedstawiają się podobnie jak w Czechach i stosunkowo lepiej niż w Hiszpanii i Bułgarii, jednak wyraźny dystans uwidacznia się w stosunku do pozostałych krajów, a szczególnie Irlandii, Holandii i Szwecji. Najbardziej dramatyczne różnice ukazuje porównanie ocen zdrowia kobiet po 70-tym roku życia, które odbiegają też znacznie od wcześniejszych grup wieku Polek.



**Wykres 2.** Negatywne oceny stanu zdrowia kobiet („złe i bardzo złe”) w 10 krajach europejskich (%).

Europejski Sondaż Społeczny, 2012 (obliczenia własne)

## Wybrane dane demograficzno - społeczne

W roku 2013 kobiet, które przekroczyły 50. rok życia było w Polsce 7 740 tys., co stanowi blisko 20,1% ogółu mieszkańców. Odsetek mężczyzn w analogicznym wieku wynosił w tym czasie 15,8%. Przeciętnie starszy wiek kobiet ukazują wartości mediany wieku dla obu płci: 37,4 dla mężczyzn i 40,9 dla kobiet.



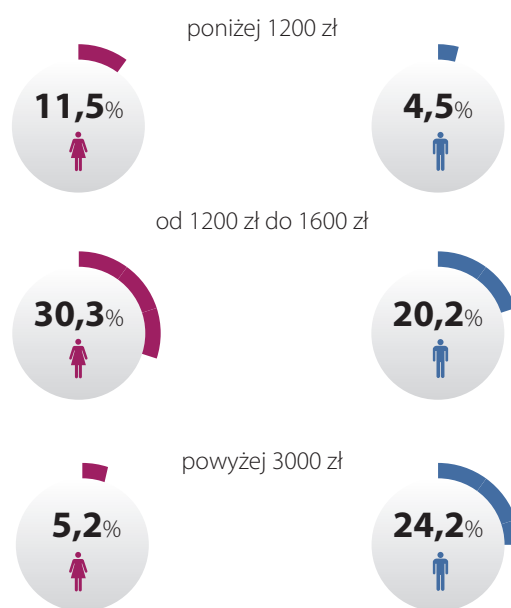
Porównanie struktury wieku starszych kobiet z mężczyznami wskazuje jednocześnie na rosnący proporcjonalnie szybciej odsetek najstarszych kobiet, a więc tych, wymagających wielowymiarowej pomocy i opieki. Wśród osób powyżej 80-tego roku życia jest ich ponad dwukrotnie więcej niż mężczyzn.

W przedziale wieku 50 – 59 większość kobiet w Polsce posiada jeszcze małżonka i tylko co 10 –ta kobieta żyje samotnie. W kolejnej dekadzie, 60 – 69 lat, mieszkających samotnie kobiet jest już dwukrotnie więcej. Temu rosnącemu trendowi odpowiada malejąca w kolejnych grupach wiekowych proporcja kobiet z gospodarstw trzyosobowych i większych. Zmiany te wynikają z jednej strony z postępującego wdowieństwa, a z drugiej odchodzenia dorosłych dzieci, które założyły już własne rodziny.

Wdowieństwo jest znacznie powszechniejsze wśród kobiet niż mężczyzn (15% w stosunku do 2,8%), ze względu na przeciętnie dłuższe ich życie. Zarówno wdowieństwo jak i odejście dzieci do własnych gospodarstw wymagają przystosowania się do życia w innym kształcie - zmianę ról rodzinnych, struktury obowiązków, społecznych interakcji a często także samotności. Jeżeli dołącza się do nich przejście na emeryturę, następuje zmiana pozycji materialnej i zawodowej co przekłada się na obniżenie pozycji społecznej.

Wskaźniki zatrudnienia kobiet w wieku produkcyjnym, niższe od analogicznych wskaźników dla mężczyzn, ulegają dalszemu obniżeniu wraz z wiekiem, co wynika z szeregu przyczyn. M. in. z dotychczas obowiązujących przepisów emerytalnych sprzyjających przechodzeniu przez nie na wcześniejszą emeryturę, ale także mniejszego zapotrzebowania na pracę starszych kobiet ze strony pracodawców. Zwiększają się tym samym różnice między aktywnością ekonomiczną obu płci. Współczynniki aktywności zawodowej w miarę zbliżone jeszcze dla grupy wieku 45 – 54 lata (mężczyźni 80,5; kobiety 74,7), ale dla grupy wieku 55 – 64 wynoszą już odpowiednio: 51,0 i 28,2. W porównaniu z innymi krajami, niewiele osób w wieku emerytalnym jest u nas aktywnych zawodowo, jednak odsetek pracujących jest

ciągle wyższy wśród mężczyzn. Powszechniejsze zatrudnienie mężczyzn w starszym wieku i generalnie wyższe zarobki na porównywalnych stanowiskach i w poszczególnych grupach wykształcenia sprawiają, że przeciętna wysokość emerytur kobiet jest znacząco niższa. W przedziale otrzymujących najniższe emerytury (do 1200 zł) w roku 2014 było 4,5% mężczyzn i 11,5% kobiet. Emerytury w przedziale wysokości 1200,01 – 1600 zł otrzymywało 20,2% mężczyzn i 30,3% kobiet. Proporcje są odwrotne w grupie najwyższych emerytur, powyżej 3000 zł. W takiej wysokości otrzymywało je 24,2% mężczyzn i 5,2% kobiet.



Dysproporcje w uposażeniu emerytalnym kobiet i mężczyzn w 2014 roku.

Sytuacja materialna starszych kobiet niejednokrotnie skazuje je na życie w ubóstwie, szczególnie jeśli gospodarują samotnie, bez wsparcia innych członków rodziny. Prowadzi to do niskiego, niesatysfakcjonującego poziomu życia i niemożności realizacji wielu potrzeb, także zdrowotnych. Ich nasilające się problemy zdrowotne, przy nieadekwatnym poziomie ich zaspokajania przez publiczną służbę zdrowia i niemożności korzystania z usług prywatnych, prowadzą do pogłębiającej się deprivacji jakości życia i upośledzonej możliwości samodzielnego funkcjonowania.



## Społeczno - kulturowy kontekst starzenia się kobiet w Polsce

Bez względu na przyjęty punkt graniczny między wiekiem dojrzałym a starością, w miarę upływu czasu w fizjologii organizmu notuje się szereg zmian w intensywności odradzania się komórek, w procesach przemiany materii i zmianach hormonalnych, w aktywności wielu układów, a szczególnie wyraźnie układu nerwowego. Widoczne objawy starości to: osłabienie siły mięśni, sztywnienie stawów, pogorszenie wzroku i słuchu, zaburzenia pamięci i koncentracji, zmęczenie. Wszystkie te zmiany – aczkolwiek o charakterze fizjologicznym – mają silną komponentę psychiczną i społeczną. Osłabiają się możliwości aktywnego życia i równie efektywnego jak dawniej pełnienia wielu ról społecznych.

Pojawiają się też problemy zmieniającego się wizerunku swojego ciała - jego wyglądu i sprawności. Ze względu na istniejące normy kulturowe, zagrożenie utratą takich wartości jak: młodość, uroda, atrakcyjność seksualna czy zdolność do reprodukcji (na których często opierała się samoocena), jest wyraźniejsze wśród kobiet niż mężczyzn. W sensie społecznym, kobiety starzeją się szybciej; postrzeganie mężczyzn i kobiet w starszym wieku pozostaje u nas bowiem pod znacznym wpływem stereotypów płci. Jest to częściowo uwarunkowane obowiązującym przez wiele lat prawodawstwem, różnicującym ich wiek emerytalny i ograniczającym wiek przydatności zawodowej kobiet (a zatem szybsze „społeczne starzenie się”), ale także odzwierciedla kulturowe wzory wizerunków atrakcyjności przypisywane tradycyjnie obu płciom i oczekiwania związane z ich realizacją w praktyce. Starzenie się zmienia także interakcje z otoczeniem. Osłabiają się kontakty społeczne związane z pracą, zmienia się też skład grup towarzyskich – przyjaciół i znajomych, ze względu na proporcję osób obu płci. Starsze kobiety coraz częściej przebywają w towarzystwie innych kobiet – niż mężczyzn. Fakt ten, wraz z postępującym wdowieństwem kieruje uwagę ku kwestii życia intym-

nego. Jednak w dominującym u nas kulturowym wzorze starzejącej się kobiety niewiele jest miejsca na seksualność. Intymne relacje z płcią przeciwną stają się więc trudniejsze, także dlatego, że kobiety uświadamiają sobie swoją malejącą atrakcyjność cielesną, co wpływa na kształt ich tożsamości. Wszystkie te zmiany nie mogą być obojętne dla samopoczucia kobiet. Problem ten ma charakter niemal uniwersalny i pojawia się w wielu krajach – jednak w Polsce dotyczy on relatywnie młodszej wiekiem grupy kobiet.

Ograniczenie aktywności zawodowej ma wieloaspektowe konsekwencje, zarówno psychiczne, jak i społeczne. Oprócz zmieniającego się statusu społeczno – ekonomicznego zmienia się struktura codziennych czynności i obowiązków, która po pierwszych reakcjach typu „mam wreszcie czas dla siebie” niejednokrotnie przeradza się w pustkę i nadmiar wolnego czasu. Przeciwwagą dla dawnych aktywności i uwolnionego od pracy czasu staje się podejmowanie ról opiekuńczych w rodzinie (szczególnie w stosunku do wnuków), do pełnienia których są kobiety motywowane emocjonalnie i niejednokrotnie też obligowane moralnie. Dotyczy to także kobiet nie pracujących uprzednio zawodowo; oczekiwania młodszej generacji sprawiają, że niejako automatycznie wchodzą one w rolę babć. W Polsce, okoliczność ta jest wzmacniana niedostatkiem infrastruktury opiekuńczej i edukacyjnej dla dzieci w wieku przedszkolnym. Prowadzi to do koncentrowania się kobiet raczej na rodzinach młodszego pokolenia – synach, córkach i ich wnukach, niż poszukiwaniu aktywności dla siebie samej. Często także - w związku z przedłużaniem się przeciętnej długości trwania życia - wyzwaniem dla nich staje się opieka nad ciągle obecnymi bardzo starymi rodzicami, która stanowi znaczne obciążenie zarówno fizyczne, jak i psychologiczne.



Kwestią modyfikującą indywidualne plany, aktywności i kariery zawodowe kobiet, stały się w ostatnich latach zmiany systemu zabezpieczenia społecznego w Polsce, przedłużające okres ich aktywności zawodowej, a tym samym opóźniające nabywania przez nie praw emerytalnych. Przed wprowadzeniem tych zmian, dzięki możliwości nabywania wcześniejszych świadczeń, wiele kobiet zaprzestawało pracować po osiągnięciu 55. roku życia, a niejednokrotnie wcześniej, przyczyniając się do gwałtownego, widocznego w statystykach spadku ich aktywności zawodowej. W okresie tym, w porównaniu z innymi krajami Unii Europejskiej udział Polek 50+ w rynku pracy należał do najniższych, obok takich krajów jak Grecja, Hiszpania, czy Włochy charakteryzującymi się najniższymi współczynnikami zatrudnienia kobiet w ogóle.

W toczącej się debacie, reakcje samych kobiet na opóźnienie wieku emerytalnego były mieszane. Głosy „za” pochodziły przede wszystkim od kobiet wykształconych, wykonujących interesującą je pracę, dla których jest ona wyzwaniem intelektualnym, a nie tylko koniecznością zarobkowania – głosy „przeciw” od kobiet wykonujących wyczerpującą pracę fizyczną lub też nużącą, nisko opłacaną, pracę umysłową, określaną jako „kierat”. Dla tych ostatnich szczególnie uciążliwe w ich doświadczeniu życiowym jest godzenie obowiązków domowych i zawodowych. Można też sądzić, że ich subiektywne poczucie zmęczenia życiem i pracą jest większe, a stresy jakich doświadczają, mają bardziej przewlekły charakter. Dane na temat stanu zdrowia kobiet z różnych klas społecznych z wielu krajów, potwierdzają wyraźniejsze „zużycie” organizmów kobiet z klas niższych, niż wyższych.

Problem społecznej i zawodowej aktywizacji kobiet jest zagadnieniem kompleksowym i warto go analizować z wielu różnych, makro – i mikrospołecznych punktów widzenia. Są to na pewno problemy ekonomiczne kraju, sytuacja na rynku pracy, czy efektywność systemu emerytalnego, ale uwzględnienia wymagają także psychofizyczne, zdrowotne

i społeczne możliwości starszych kobiet. Im też będą poświęcone dalsze części tego Raportu. Tu warto także wspomnieć o stereotypach, kulturowo uwarunkowanych sposobach postrzegania starszych kobiet, które utrudniają ich obecność na rynku pracy. Ich wizerunki, doświadczenie i przydatność zawodowa ulegają „przedawnieniu”, nie nadążają bowiem za „postępem” i nowoczesną dynamiką życia na równi z młodymi. Generalnie, społeczny wizerunek starszych kobiet zawiera u nas więcej cech negatywnych niż pozytywnych: łączy się z chorobą, depresją, nieatrakcyjnym ciałem, ubytkami sprawności fizycznej i intelektualnej i życiem ze skromnej emerytury.

Wypadaniu z rynku pracy towarzyszy pogarszająca się na ogół sytuacja materialna i zdrowotna. Dotyka ona silniej kobiet niż mężczyzn, gdyż – jak wykazaliśmy wcześniej - nawet we wcześniejszych okresach życia trudniej im było o pracę, ich zarobki były przeciętnie niższe i takie też w konsekwencji są ich emerytury. Tym samym proces starzenia się jest źródłem wielu niepewności i nie bywa ani powodem do zadowolenia ani do dumy. Jednocześnie rosnący liczebnie segment ludzi starszych (zwłaszcza kobiet) stwarza konieczność rozwijania ich potencjału i właściwego „zagospodarowania” ich w społeczeństwie.

Tak w Polsce jak i w innych krajach polityka społeczna w swoich regulacjach dotyczących sytuacji ludzi starszych kieruje się w znacznej mierze względami ekonomicznymi - nakładami na emerytury i zasiłki, leczenie, utrzymanie ośrodków stacjonarnej opieki. I chociaż wiele się mówi o konieczności zapewnienia godnego starzenia się, nadmiernie rozrośniętą sferę wydatków socjalnych, a szczególnie obciążenia z tytułu świadczeń emerytalnych uznaje się za jeden z głównych problemów gospodarczych. Wydłużająca się przeciętna długość życia kobiet sprawiająca, że statystycznie rzecz biorąc przez blisko 20 lat otrzymywały one świadczenia emerytalne, podczas gdy ich stan zdrowia i sprawności w momencie przechodzenia na emeryturę często nie wskazywał na konieczność przerwania pracy, stał



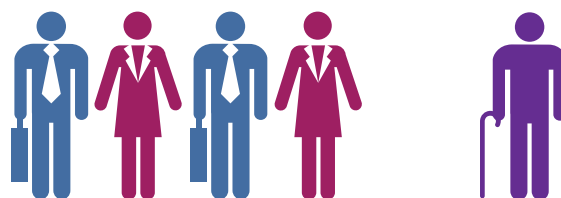
się koronnym argumentem na rzecz wprowadzenia nowych zasad systemu emerytalnego.

Większość niewątpliwie słusznych uzasadnień, odnoszących się do aktywizacji zawodowej kobiet, traktowało je – z uwagi na wcześniejszy wiek emerytalny jako wyłącznie nieproduktywnych konsumentów środków publicznych. Nie uwzględniano w nich jednak faktu, że rosnący udział starszych kobiet jako konsumentów usług opłacanych ze środków publicznych był przynajmniej częściowo równoważony przez usługi oferowane przez nie nieodpłatnie na rzecz innych, często młodszych członków rodzin, umożliwiające im aktywność zawodową, (prace w gospodarstwach domowych i usługi opiekuńcze), o czym już była mowa w tym tekście. Starsze kobiety były i są więc poddawane dwóm rodzajom nacisków: z jednej strony oczekiwań państwa związanych z kontynuacją pracy zawodowej, z drugiej strony oczekiwań środowisk rodzinnych związanych z realizacją funkcji opiekuńczych. Problem ten jest więc niewątpliwie bardziej skomplikowany niż wynikałoby to z oficjalnych, politycznych dokumentów.

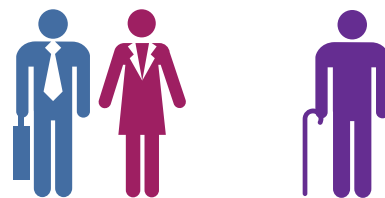
Przedłużająca się przeciętna długość życia – skądinąd pozytywny wskaźnik rozwoju społecznego - stanowi poważny problem dla polityki społecznej wszystkich krajów rozwiniętych. Już teraz proporcja osób po 60. roku życia jest w nich wyższa od proporcji osób w wieku 12 – 24 lata. Pojawiające się prognozy wskazują, że w roku 2050 w krajach unii Europejskiej proporcja osób w wieku aktywności zawodowej w stosunku do emerytów (old age dependency ratio) zmieni się z 4:1 do 2:1. Problem ten jest znacznie bardziej wyrazisty wśród tzw. nowych członków UE. Stwarza on konieczność reformowania systemów emerytalnych i zwiększania udziału starszych osób przede wszystkim rynku pracy, a szczególnie kobiet. Także Strategia Lizbońska (Rada Europy 2000) zaleca reformy mające na celu lepsze wykorzystanie siły roboczej i wydajności starszych osób. Potrzeba kreowania użytecznych ról społecznych dla wszystkich, którzy pragną je realizować jest

więc coraz wyraźniej podkreślanym wyzwaniem dla współczesnych polityk społecznych. Jednocześnie jednak warunkiem efektywnych działań ze strony starszych ludzi jest przede wszystkim adekwatny do podejmowanych zadań stan zdrowia. Oczekiwania co do przedłużającej się aktywności zawodowej kobiet (i także mężczyzn) nie idą jednak u nas w parze choćby z zabezpieczeniem niezbędnej opieki zdrowotnej. Na uwagę zasługuje tu niski stopień nasycenia opieki zdrowotnej specjalistami z zakresu geriatry i niewielkie zainteresowanie problemami opieki zdrowotnej dla starszych ludzi wśród lekarzy pierwszego kontaktu. W efekcie tego, wiele problemów zdrowotnych nie jest dostatecznie zdiagnozowanych, lub diagnozowanych zbyt późno. W tej sytuacji wyraźnie uwidacznia się potrzeba wdrożenia działań profilaktycznych, a zwłaszcza badań przesiewowych, nakierowanych na wczesne wykrywanie chorób, najbardziej zagrażających populacji starszych kobiet.

Oprócz realnej dostępności opieki zdrowotnej, chodzi też o jej wymiar organizacyjny – nastawiony na sprawne i dogodne z niej korzystanie. Ważnym aspektem opieki zdrowotnej nad starszymi ludźmi jest też respektowanie ich godności, potrzeby



**2014 r.** proporcja osób aktywnych zawodowo do emerytów **4:1**



**2050 r.** prognoza proporcji osób aktywnych zawodowo do emerytów **2:1**



partnerstwa, i współdecydowania o charakterze otrzymywanej pomocy. Badania wskazują jednak, że starsze kobiety są często traktowane przedmiotowo, a ich udział w relacjach z instytucjami medycyny sprowadzany bywa do biernego odbioru zaleceń. Postęp medycyny, jaki dokonuje się w ostatnich latach stwarza szanse na pokonywanie coraz większej liczby zagrożeń zdrowotnych, przysparzających cierpień i ograniczających funkcjonowanie kobiet, czy w ogóle starszych ludzi. Ważne jest, aby szanse te były lepiej wykorzystywane w praktyce.

Zmiany zachodzące w Polsce wymagają więc przemian sposobu myślenia o starości i bardziej aktywnego przygotowania do niej. Z tej perspektywy niezbędne jest wprowadzenie i realizacja „scenariusza modernizacyjnego”, a więc odpowiedniej, długofalowej polityki państwa wobec starzenia się i starości jako cyklu życia. Na tle tych wyzwań społecznych, niezwykle istotnym problemem jest zapewnienie kobietom dostępu do jak najlepszej opieki medycznej.

---

## PIŚMIENNICTWO

1. Arber, S., Thomas, H. 2001. *From Women's Health to a Gender Analysis of Health* w: W.C. Cockerham (red). *The Blackwell Companion to Medical Sociology*. Malden, Oxford : Blackwell Publishers
2. Golinowska, S., 2011. Przestrzenny wymiar nierówności zdrowia i polityki spójności. *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* , tom IX, nr 2.
3. Halik, J., *Starzy ludzie w Polsce. Społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa*. 2002. Warszawa, Instytut Spraw Publicznych.
4. Kotowska, I., Sztanderska, U., Wóycicka (red).2007. *Aktywność zawodowa i edukacyjna a obowiązki rodzinne w Polsce*. Warszawa, Scholar.
5. Mossakowska, M., Więcek, A., Błędowski P. (red). 2012. *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce (PolSenior)*. Warszawa, Termedia.
6. Ostrowska, A. 2012. *Health Inequalities – Gender Perspective*. *Przegląd Lekarski*, tom 69, nr 2.
7. Tobiasz – Adamczyk, B. , Brzyski, P., Bajka, J., 2004. *Społeczne uwarunkowania jakości życia kobiet u progu starszego wieku*. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
8. *First European Quality of Life Survey*. 2007. *Time use and work – life options over the life course*. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and working conditions.
9. GUS. 2012. *Stan zdrowia ludności Polski w 2011 roku*. Warszawa
10. *Struktura wysokości rent i emerytur wpłacanych przez ZUS po waloryzacji w marcu 2014*. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki i Prognoz. ([www.zus.pl/files](http://www.zus.pl/files)), ost. dost.10.07.2015



# Analiza stanu zdrowia kobiet 50+ w Polsce w świetle danych europejskich

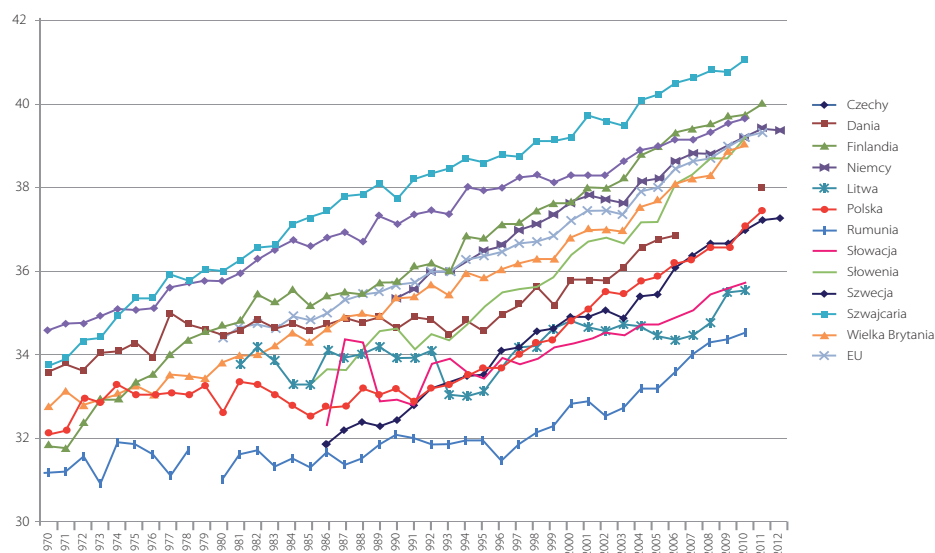
## Wstęp

Najstarsze wiekiem Polki stoją przed poważnymi zagrożeniami zdrowotnymi, które dotyczą kobiet w podobnym wieku również w innych krajach, choć skala ich jest odmienna. Składa się na to wiele przyczyn. Przeciętne dalsze trwanie życia ogólnie ilustruje stan zdrowia danej grupy ludności, ale jednocześnie jest wypadkową wielu sił stymulujących do przetrwania, lub obniżających zdolność przeżycia, w czym niemałą rolę odgrywa stabilność społeczna i polityczna kraju, jego poziom ekonomiczny, a także kultura nadająca zdrowiu i życiu miejsce wśród innych wysoko cenionych wartości. Te czynniki zmieniają się w czasie i w przestrzeni, dlatego warto prześledzić dynamikę wydłużania dalszego trwania życia kobiet w Polsce i istniejące zagrożenia zdrowotne na tle innych krajów.

Dla potrzeb tej analizy przyjmujemy, że wiek 65 lat i starszy (nazwany tutaj starszą analizowaną grupą) ma swoje „przedpole”, w którym procesy życiowe stanowią załączek niekorzystnych zmian w zdrowiu.

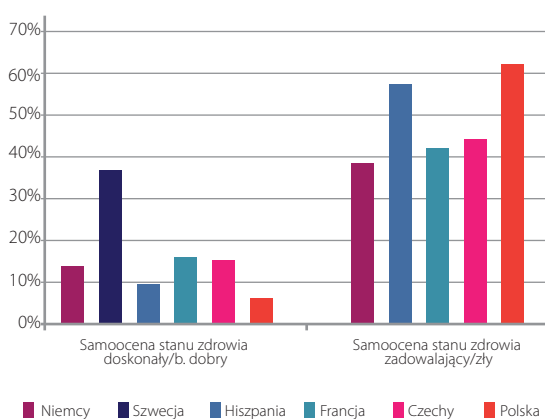
Za takie przedpole uznajemy grupę wieku między 50. i 64. rokiem życia (nazywaną w tej pracy młodszą analizowaną grupą). Podział ten wynika zarówno z uwzględnienia przeciętnej długości życia jak i odmiennej dynamiki narastania zagrożeń zdrowotnych. Do lat dziewięćdziesiątych, kobiety w wieku 45 lat mogły dożyć 78 lat. W 1991 roku, dalsze trwanie życia kobiet zaczęło intensywnie rosnąć i w 2012 roku średni wiek Polki wynosił 82,41 lat. Można sądzić, że na zdrowie miała wówczas silny wpływ transformacja ustrojowa, gospodarcza i społeczna. Tak szybki przyrost dalszego trwania życia w tym samym okresie obserwujemy jeszcze w Czechach i Słowenii. W tych dwóch dekadach w krajach Europy przesunęły się granice dalszego trwania życia kobiet 45 -letnich z 36 lat na 39 lat, więc poprawa jest wolniejsza niż w naszym kraju. Średnia europejska jest bardzo wysoka, ale tę średnią wartość kształtują dane ze Szwajcarii, Finlandii i Szwecji (rys. 1).

Rys. 1. Przeciętne dalsze trwanie życia kobiet w wieku 45 lat w Polsce, Unii Europejskiej i wybranych analizowanych krajach (opracowanie własne za: WHO HFA DB) 2014



Korzystając z danych WHO HFA DB, Eurostatu i badania SHARE pokazujemy sytuację zdrowotną kobiet w Polsce początku XXI wieku, ale – przypomnijmy - urodzonych przed 1965 rokiem. Są to pokolenia dzieci wojennych i powojennych, doświadczonych przez „wiatr historii”, przeżywających niecodzienne, niezwykle dynamiczne zmiany społeczne, ówczesne niedostatki i ograniczenia obyczajowe. Należy zatem ostrożnie oceniać różnice między Polską a krajami, które podczas wojny zostały mniej uszkodzone i nie przechodziły kolejnych zmian ustrojowych tak głębokich jak Polska. Do dalszych porównań międzynarodowych wybrano: Czechy, Danię, Finlandię, Litwę, Rumunię, Słowację, Słowenię, Szwajcarię, Szwecję i Wielką Brytanię, objęte w/w międzynarodowymi badaniami. Inne kraje natomiast były porównywane w badaniu SHARE, z którego także skorzystano, co skłania do uważniejszej interpretacji dostępnych danych.

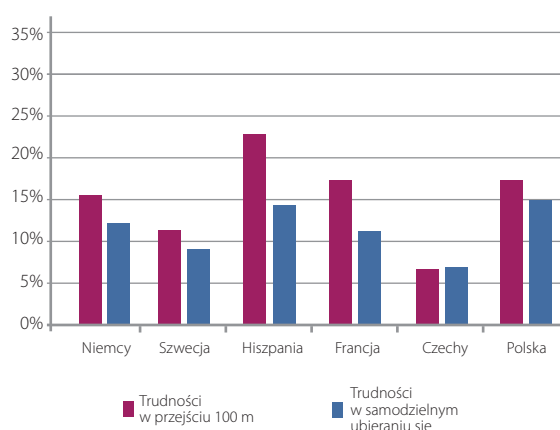
Samoocena stanu zdrowia, mimo swojego subiektywnego charakteru, jest interpretowana jako trafny wskaźnik predykcyjny umieralności. Wyniki polskiego badania w populacji starszych kobiet w nawet w porównaniu z mieszkankami sąsiednich Czech są pesymistyczne. Brak podstaw do uznania swojego zdrowia za dobre czy dosko-



Rys. 2. Samoocena zdrowia kobiet wieku kobiety 50+ w Polsce i wybranych krajach  
Wyniki badania (SHARE 2014)

nałe wydaje się niepokojący, oddala od poczucia przyzwoitej jakości życia i europejskich standardów zdrowotnych.

Nawet tak ogólny wskaźnik jak ocena kondycji fizycznej kobiet w naszym kraju na tle innych krajów Unii Europejskiej wypada niezadowolająco. Trudności w chodzeniu są czynnikiem najmocniej powiązaniem z występowaniem niesprawności. Czeski i Szwedki w starszym wieku zgłaszają nieograniczoną zdolność przejścia 100 metrów dużo częściej niż Polki (rys. 3.). Trudność w samodzielny ubraniu się ma 15% kobiet w Polsce, co jest zdecydowanie najgorszym obrazem niesprawności w codziennym życiu spośród wszystkich krajów objętych badaniem. Wyniki badania PolSenior wykazują wyraźne różnice w sprawności w zależności od płci z częściej występującą niesprawnością u kobiet, zwłaszcza w starszych grupach wiekowych. Stopniowa utrata niezależności w wykonywaniu codziennych czynności jest czynnikiem – jak piszą autorzy badania – „wiązanym z występowaniem zespołu słabości, większym ryzykiem upadków i większej śmiertelności”. Dla jakości życia poczucie niezależności od pomocy osób trzecich ma pierwszoplanowe znaczenie psychologiczne i kształtuje zdrowe relacje z najbliższym otoczeniem.



Rys. 3. Kondycja fizyczna kobiet 50+ w Polsce i wybranych krajach  
(Opracowanie własne. Źródło: wyniki badania SHARE 2014)



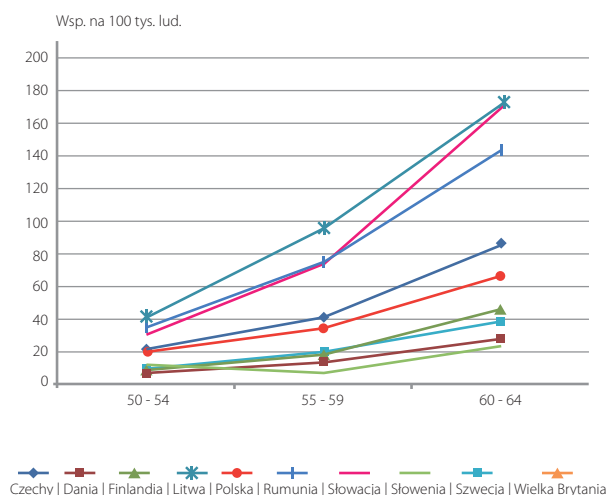


## Najważniejsze zagrożenia zdrowotne

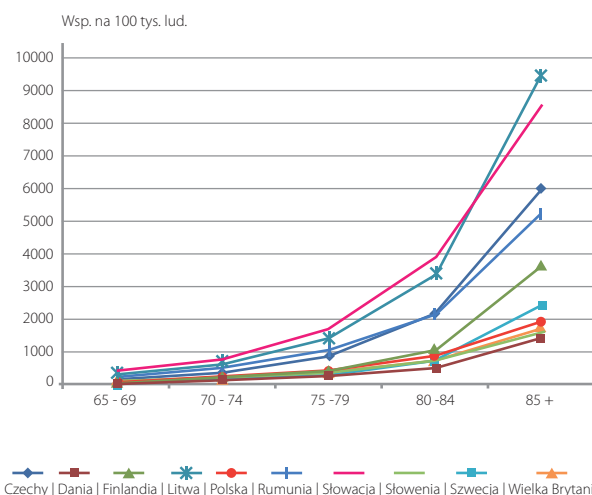
### Niedokrwienna choroba serca

Choroba niedokrwienna serca stanowi dla starszych kobiet w Polsce większe zagrożenie życia niż przeciętnie dla mieszkanki UE, zwłaszcza w grupie 55-59 lat (współczynnik 35,5/100 tys.). Zaledwie w czterech krajach: Czechach, Rumunii, Słowacji i na Litwie związany z wiekiem wzrost umieralności z powodu niedokrwiennnej choroby serca jest bardziej niekorzystny niż w Polsce. Współczynnik umieralności z powodu niedokrwiennnej choroby serca

bardzo szybko rośnie wśród kobiet po 80. roku życia zarówno w Polsce (współczynnik 844,9/100 tys.) jak i w innych krajach. Lepiej jest tylko w Danii, Słowenii i Wielkiej Brytanii. Warto też odnotować, że kobiety po ukończeniu 75 lat są w naszym kraju leczone w szpitalach z tej przyczyny coraz rzadziej. Dla kontrastu - Finlandia dla tej właśnie grupy wiekowej hospitalizacje kobiet intensyfikuje.



Rys. 4. Współczynniki umieralności kobiet w Polsce i wybranych krajach Europy z powodu niedokrwiennnej choroby serca w wieku do 64 lat



Rys. 5. Współczynniki umieralności kobiet w Polsce i wybranych krajach Europy z powodu niedokrwiennnej choroby serca w wieku powyżej 65 lat (rok 2012)

Opracowanie własne za: Eurostat rok 2012

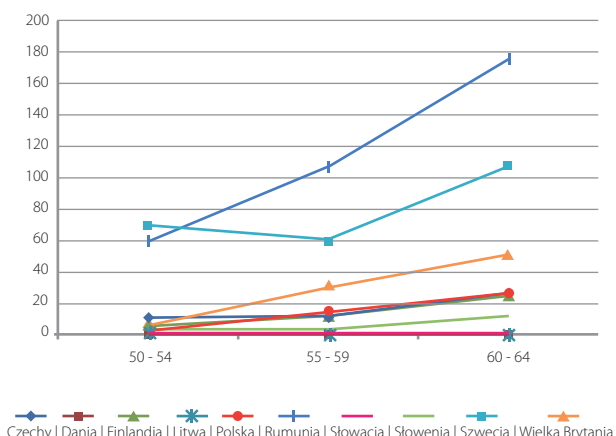
### Nadciśnienie tętnicze

Tempo zwiększania ryzyka zgonu w grupie wieku 55-59 lat jest podobne jak w całej Europie, jednak w większości krajów sytuacja jest nieco korzystniejsza niż w Polsce. „Biegunem” największego zagrożenia zgonem z powodu nadciśnienia tętniczego jest Rumunia. W Polsce w grupach wieku powyżej 65 lat

ryzyko zgonu z tego powodu nadal wzrasta wraz z wiekiem, a po 80. roku życia jest wyraźnie większe niż w latach poprzedzających. Jednocześnie obserwujemy spadki współczynników hospitalizacji z powodu nadciśnienia.

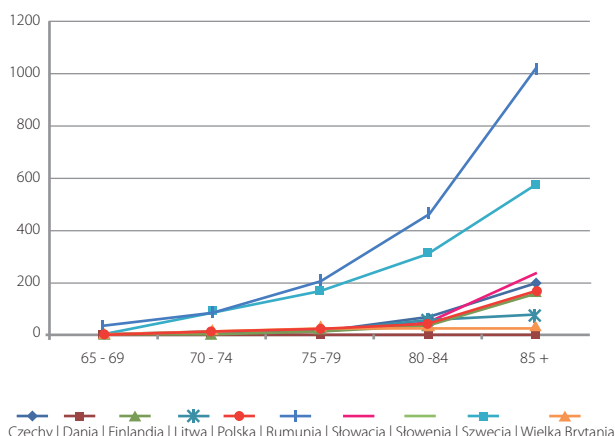


Wsp. na 100 tys. lud.



Rys. 8. Współczynniki umieralności kobiet w Polsce i wybranych krajach Europy z powodu nadciśnienia tętniczego w wieku do 65 lat (rok 2012)

Wsp. na 100 tys. lud.



Rys. 9. Współczynniki umieralności kobiet w Polsce i wybranych krajach Europy z powodu nadciśnienia tętniczego w wieku powyżej 65 lat i więcej (rok 2012)

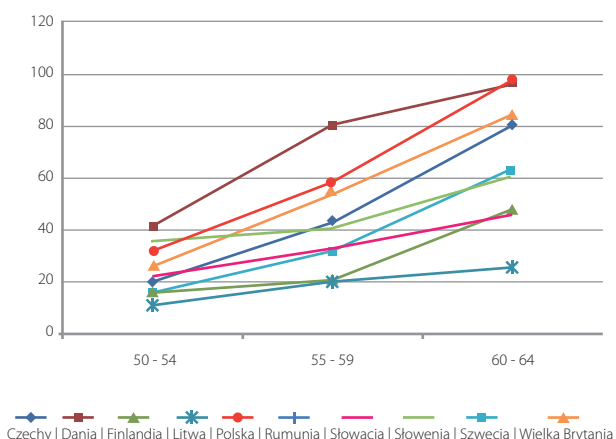
## Nowotwory oskrzeli i płuc

Ryzyko zgonu kobiet z powodu nowotworu oskrzela i płuca jest znacznie wyższe w Polsce niż w większości krajów europejskich. Grupa wieku 55-59 ma już dwukrotnie wyższy, a grupa 60-64 trzykrotnie wyższy niż w grupie 50-54 współczynnik umieralności z powodu nowotworu oskrzela i płuca.

Równie źle i gorzej jest tylko na Węgrzech, w Holandii i w Danii

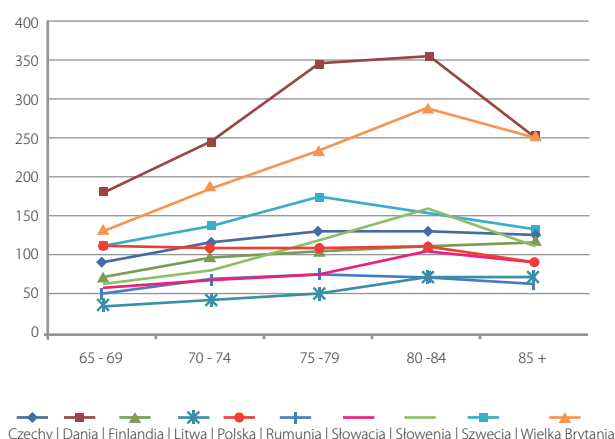
Wśród kobiet powyżej 65 lat sytuacja jest dużo korzystniejsza niż w młodszych grupach wieku. Ryzyko jest wyrównane dla osób pomiędzy 65. i 84. rokiem życia, a wśród najstarszych kobiet współczyn-

Wsp. na 100 tys. lud.



Rys. 10. Współczynniki umieralności kobiet w Polsce i wybranych krajach Europy z powodu nowotworu oskrzela i płuca w wieku do 65 lat (rok 2012)

Wsp. na 100 tys. lud.

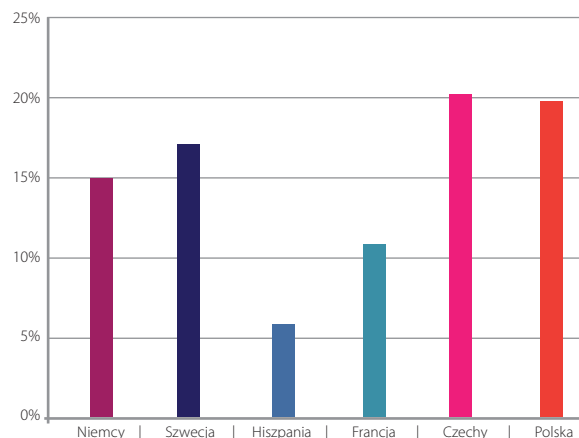


Rys. 11. Współczynniki umieralności kobiet w Polsce i wybranych krajach Europy z powodu nowotworu oskrzela i płuca w wieku powyżej 64 lat (rok 2012)



niki umieralności jeszcze się zmniejszają. Możliwe, że zmiany obyczajowe ułatwiające młodym kobietom i dziewczętom palenie tytoniu odblokowały pewien zakaz towarzyski, który ograniczał kobietom dostęp do papierosów, podczas gdy najstarsze Polki nie paliły za młodu.

Ze względu na główny czynnik ryzyka choroby nowotworowej oskrzela i płuca, jakim jest palenie tytoniu, podkreślimy że Polska lokuje się w grupie krajów o wysokim odsetku palących kobiet.



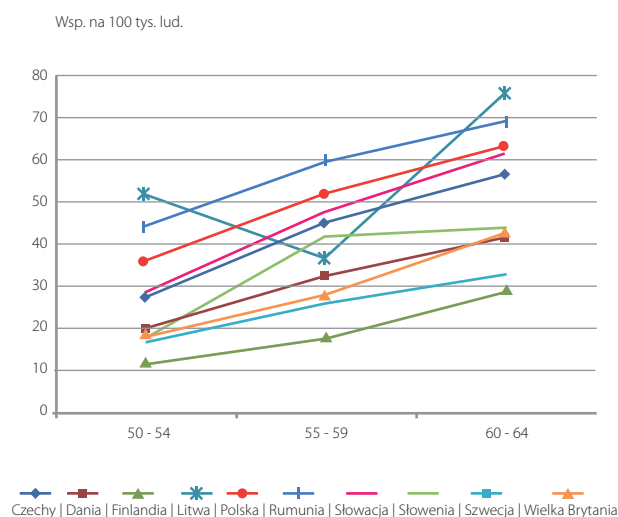
Rys. 12. Palenie papierosów wśród kobiet w wieku 50 lat i więcej (obecnie) Badanie SHARE 2014

## Nowotwory kobiecych narządów rodnych

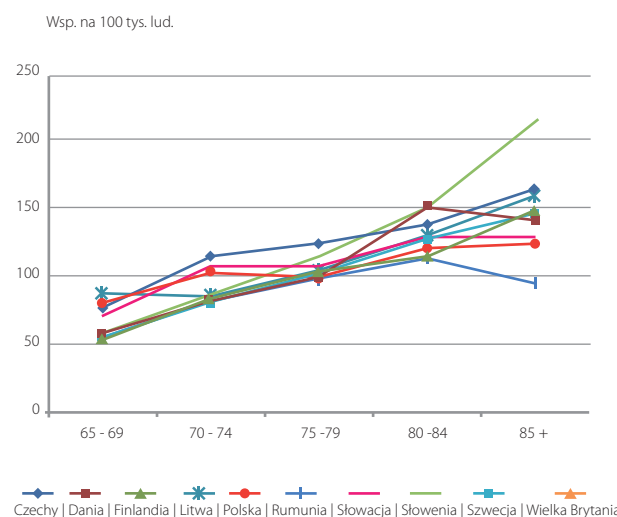
Na tle krajów europejskich w Polsce w młodszej grupie wiekowej (50 – 64 lata) współczynniki umieralności są dramatycznie wysokie. Jednocześnie hospitalizacja jest u nas wykorzystywana najrzadziej. Wartość współczynnika zgonów z tego powodu

może być znacząco obniżona, co widzimy na przykładzie Finlandii.

Natomiast zagrożenie zgonem kobiet powyżej 65 lat z powodu nowotworów kobiecych narządów płciowych jest już podobne jak w innych krajach Europy.



Rys. 13. Współczynniki umieralności kobiet w Polsce i wybranych krajach Europy z powodu nowotworów żeńskich narządów płciowych w wieku do 65 lat (rok 2012)



Rys. 14. Współczynniki umieralności kobiet w Polsce i wybranych krajach Europy z powodu nowotworów żeńskich narządów płciowych w wieku 65+ (rok 2012)



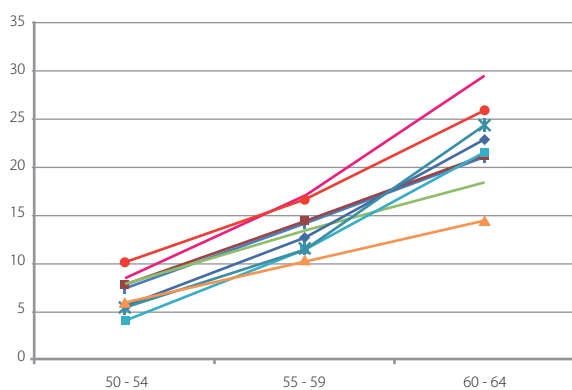
## Nowotwór jelita grubego

Współczynnik umieralności w grupie 60-64 zwiększa się dwuipółkrotnie w porównaniu ze współczynnikiem w grupie 50-54. Na tle danych europejskich jesteśmy wśród 10 najbardziej zagrożonych krajów. Ponieważ ten nowotwór rozprzestrzeniony jest w najbogatszych krajach świata, możliwe że poprawa warunków materialnych naszego społeczeństwa

rozpowszechniła styl jedzenia „do syta”, zwiększając ryzyko rozwoju nowotworu jelita grubego.

Inaczej wśród starszych roczników: procesy zagrożenia są bardzo podobne jak w innych krajach Europy. Polki 65+ są wśród 10 krajów w sytuacji korzystniejszej niż pozostałe. Tak więc obserwujemy późne pozytywne skutki niedoborów żywieniowych w młodości.

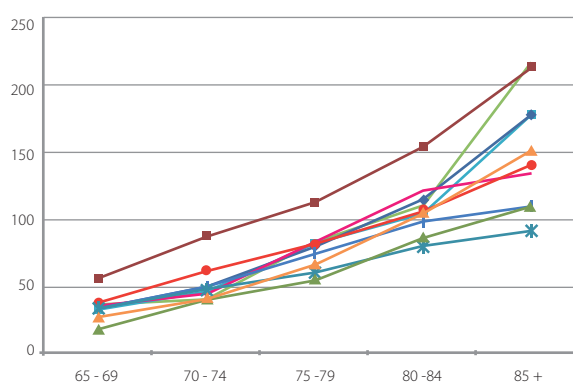
Wsp. na 100 tys. lud.



Czechy | Dania | Finlandia | Litwa | Polska | Rumunia | Słowacja | Słowenia | Szwecja | Wielka Brytania

Rys. 15. Współczynniki umieralności kobiet w Polsce i wybranych krajach Europy z powodu nowotworu jelita grubego w wieku do 65. roku życia (rok 2012)

Wsp. na 100 tys. lud.



Czechy | Dania | Finlandia | Litwa | Polska | Rumunia | Słowacja | Słowenia | Szwecja | Wielka Brytania

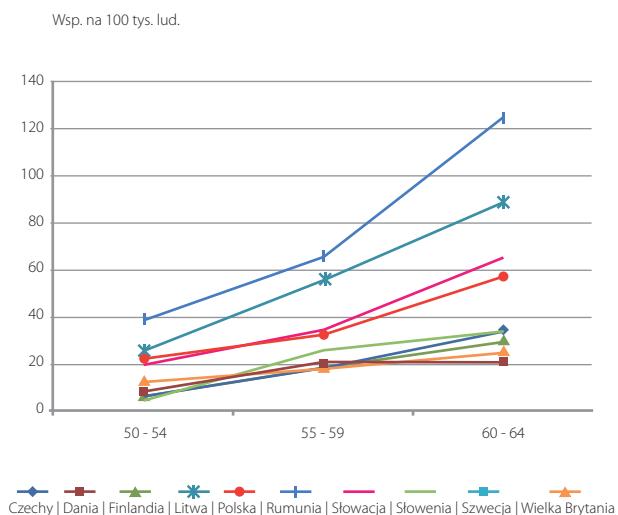
Rys. 16. Współczynniki umieralności kobiet w Polsce i wybranych krajach Europy z powodu nowotworu jelita grubego w wieku powyżej 65. roku życia (rok 2012)

## Choroby naczyń mózgowych

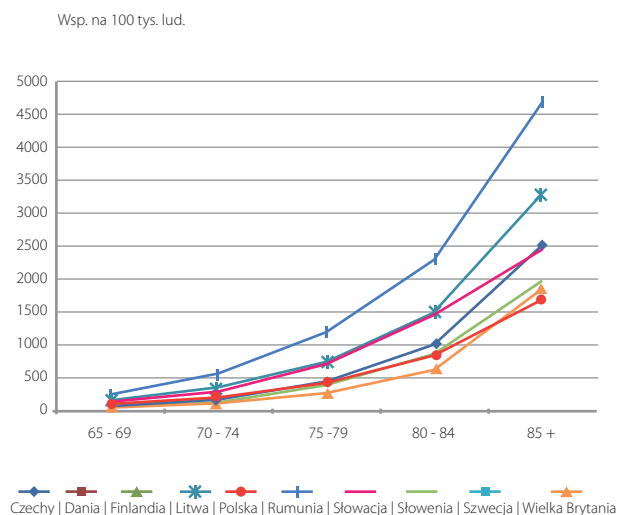
Częstość zgonów z powodu chorób naczyń mózgowych nieuchronnie narasta w coraz starszych grupach wieku. Zagrożenie w wieku powyżej 65 lat jest dramatyczne (zakres wartości współczynników waha się od 90 do 1700/100 tys.). Tylko Rumunia ma

współczynniki jeszcze wyższe, niż Polska. Są jednak kraje, jak Dania czy Szwecja, które do poziomu zagrożenia Polek mających 60-64 lata (59/100 tys.) dochodzą dopiero w grupie wieku 70-74.





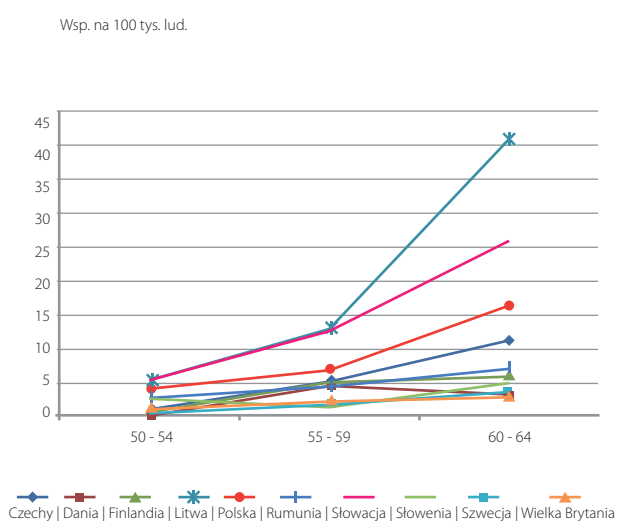
Rys. 17. Współczynniki umieralności kobiet w Polsce i wybranych krajach Europy z powodu chorób naczyń mózgowych w wieku do 64 lat (rok 2012)



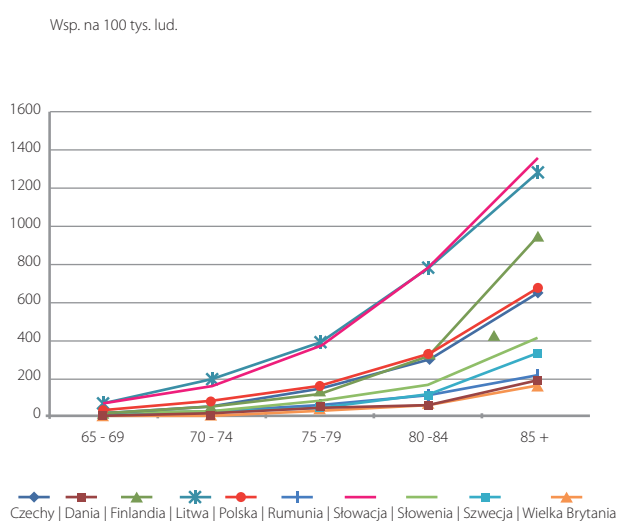
Rys. 18. Współczynniki umieralności kobiet w Polsce i wybranych krajach Europy z powodu chorób naczyń mózgowych w wieku do 64 lat (rok 2012)

## Udar mózgu

Niekorzystna sytuacja wystąpienia śmiertelnego w skutkach udaru mózgu pojawia się w dekadzie między 50. a 60. rokiem. Skok ilościowy po 60. roku życia stanowi niemal czterokrotność zgonów w grupie 50-54 lata. Gorsze współczynniki znajdujemy w statystykach zgonów Słowacji i Litwy. Docelowo należy rozważyć obniżenie współczynników do poziomu osiągniętego w Wielkiej Brytanii.



Rys. 19. Współczynniki umieralności kobiet w Polsce i wybranych krajach Europy z powodu udaru mózgu w wieku do 64 roku życia (rok 2012)



Rys. 20. Współczynniki umieralności kobiet w Polsce i wybranych krajach Europy z powodu udaru mózgu w wieku powyżej 65 lat (rok 2012)

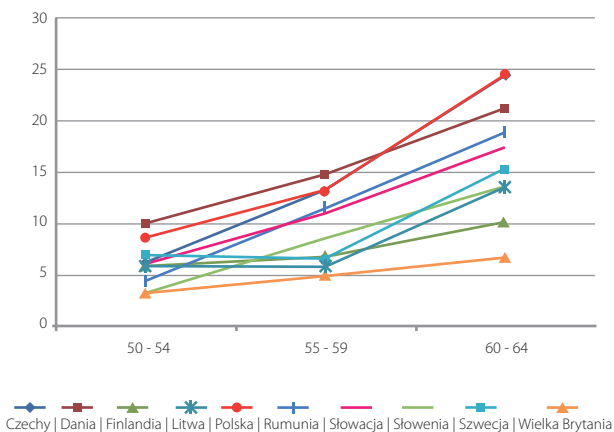


## Cukrzyca

W Polsce bardzo wysoka jest dynamika umieralności, szczególnie wśród kobiet w wieku 50-65 lat. W Wielkiej Brytanii poziom umieralności jest bardzo niski, najniższy w Europie, chociaż odnotowuje się wzrost współczynnika wraz z wiekiem. U nas możliwa jest realizacja „dobrego” scenariusza brytyjskiego: zapobieganie otyłości, wczesna diagnoza, prewencja powikłań ocznych, nerkowych i „stopy cukrzycowej”. Korzyścią z takiego podejścia będzie nie tylko poprawa stanu zdrowia starszych kobiet, ale i zmniejszenie kosztów opieki zdrowotnej.

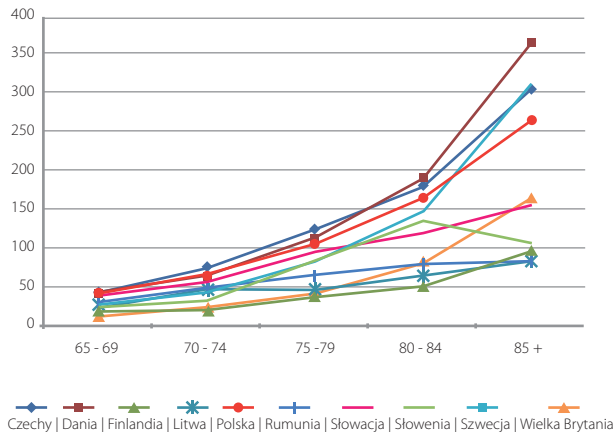
Wśród diabetyków obserwuje się liczne choroby współwystępujące – choroby naczyń, serca, choroby umierają z powodu powikłań pooperacyjnych np. po amputacjach kończyn. Należy uprzytomnić sobie większy wpływ cukrzycy na zagrożenie życia, nawet jeśli to nie jest zgon rejestrowany jako bezpośrednio spowodowany cukrzycą. Z uwagi na współistnienie innych chorób, które są często kwalifikowane jako wyjściowa przyczyna zgonu, można przyjąć, że zgony z powodu cukrzycy są w Polsce w znacznym stopniu niedoszacowane.

Wsp. na 100 tys. lud.



Rys. 21. Współczynniki umieralności kobiet w Polsce i wybranych krajach Europy z powodu cukrzycy w wieku do 64 lat (rok 2012)

Wsp. na 100 tys. lud.



Rys. 22. Współczynniki umieralności kobiet w Polsce i wybranych krajach Europy z powodu cukrzycy w wieku 65+ lat (rok 2012)

## Choroba zwyrodnieniowa stawów, otyłość, osteoporoza

Dania, Finlandia, Szwecja, Wielka Brytania raportują takie przyczyny zgonów, jak choroba zwyrodnieniowa stawów, osteoporoza lub otyłość. Środowisko medyczne w Polsce reprezentuje inną „szkołę”, podobnie jak Słowenia. Ponieważ współczynniki

-ki są bliskie zera, przypuszczalnie nie rejestrujemy takich przyczyn. Dlatego też dane dotyczące umieralności z naszego kraju nie nadają się do analizy porównawczej.

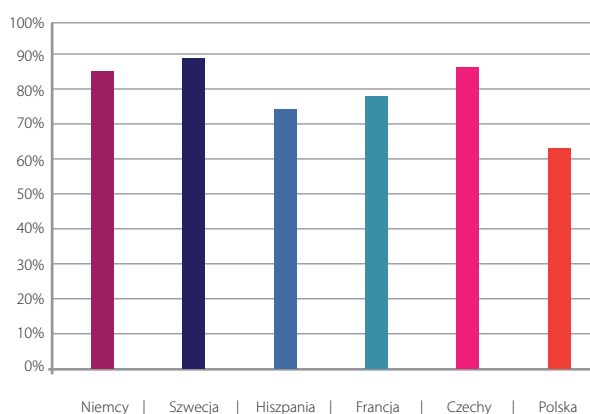


## Czynniki związane ze stylem życia.

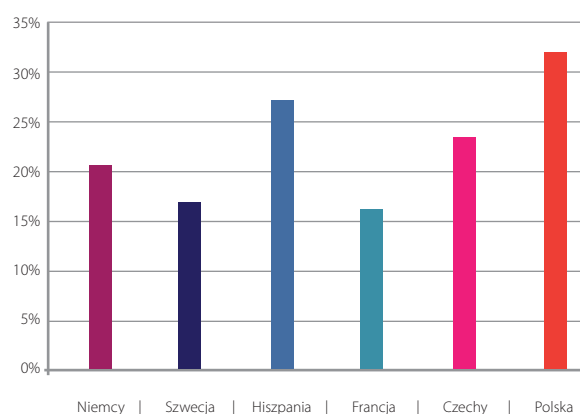
Regularna aktywność fizyczna stanowi bardzo ważny element subiektywnego poczucia zdrowia, sprawności i wspomaga zapobieganie wielu chorobom starszego wieku. Z cytowanego wcześniej badania PolSenior codzienną aktywność fizyczną „dla zdrowia” podejmuje niespełna 20% osób starszych w Polsce. Barię ograniczającą aktywność ruchową stanowi według respondentów zły stan zdrowia. Mniej ostre kryterium oceny zastosowano w badaniu SHARE, z którego dowiadujemy się, że ponad 30% kobiet w Polsce podejmuje ćwiczenia raz w tygodniu (rys. 23). Można oczekiwać, że sprawność fizyczna starszych kobiet istotnie poprawi się w następnych dziesięcioleciach.

W Polsce świadomość prawidłowej, „zdrowej” wagi, stosownej do wzrostu i wieku zazwyczaj nie wynika z rozmowy z lekarzem. Poradnictwo, zachę-

cające do zmniejszania wagi ciała to domena kolorowych czasopism, proponujących nowe stroje na kolejny sezon i przepisy kulinarne. Czytelniczkami kolorowej prasy są młode dziewczyny, co oddala starsze kobiety od poważnego potraktowania ograniczeń w diecie. Natomiast do roli teściowej czy babci należy krzątanie się po kuchni, gotowanie posiłków i przygotowywanie tradycyjnych, zwykle ciężkostrawnych deserów. Z ryciny 24 ilustrującej porównanie Polek z bardziej wyemancypowanymi mieszkankami Francji lub Szwecji widzimy nasze najgorsze w Europie miejsce pod względem notowanej otyłości. Co więcej, będące w podeszłym wieku, ale bardziej wyemancypowane mieszkanki miast w Polsce istotnie rzadziej cierpią z powodu otyłości niż zależne, tradycyjne kobiety ze wsi, co ujawniają wyniki przywoływanego badania PolSenior.



Rys. 23. Aktywność fizyczna kobiet w Polsce, umiarkowana lub intensywna, (co najmniej 1x w tygodniu), wyniki badania SHARE 2012 r.



Rys. 24. Otyłość (BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>) kobiet w wieku 50+ w Polsce i wybranych krajach w 2013 r., wyniki badania SHARE



## Podsumowanie

1. Zaskakujący rezultat przeprowadzonej analizy to rozbieżne obrazy załamania zdrowotnych w grupie wiekowej 50-64 oraz w grupie wiekowej 65 i więcej lat. Upływ lat nie powoduje kontynuacji i nasilenia wcześniejszego ryzyka zdrowotnego. Trzeba podkreślić, że podobnie zróżnicowany wizerunek umieralności w tych grupach wiekowych obserwujemy w pozostałych krajach Europy.

2. W Polsce w „młodszej” grupie wieku przyczyną największej liczby zgonów są: nowotwór oskrzela i płuca (zakres współczynnika 30-100/100 tys.), niedokrwienna choroba serca (20-70/100 tys.) i nowotwory narządów płciowych (35-65/100 tys.).

3. Odmienne przyczyny lub w innym stopniu są największym zagrożeniem życia w starszej analizowanej grupie Polek. Niedokrwienna choroba serca w wieku 80 i więcej lat powoduje aż 1000 zgonów na 100 tysięcy ludności i prawie 2000/100 tys. powyżej 85. roku życia. Umieralność z powodu chorób naczyń mózgowych wynosi 90-1700/100 tys., a z powodu udaru mózgu 20-700/100 tys. Dwie

ostatnie przyczyny stanowią mniejszy problem w młodszej populacji kobiet, które przekroczyły 50. rok życia.

4. Zagrożenie kobiet, właśnie między 50. i 64. rokiem życia, nowotworem oskrzela i płuca wymaga w naszym kraju nagłośnienia i skutecznych kampanii społecznych. Jak wiadomo, groźne skutki nowotworów narządów płciowych są pozornie znane opinii publicznej, niemniej dotychczasowe przedsięwzięcia profilaktyczne nie przynoszą widocznych rezultatów zdrowotnych.

5. Styl życia, elementy kultury życia codziennego mogą znacząco wpływać na przedstawione trendy zmian w umieralności kobiet w Polsce. Obyczaje dotyczące palenia papierosów, niekontrolowanej diety, unikania aktywności fizycznej mogą się zmieniać wraz z rosnącym wpływem młodszych pokoleń kobiet, mającym już wymiar europejski, splecionym dodatkowo z postępującym procesem globalizacji. W osiągnięciu takiego celu nie da się przecenić działania organizacji pozarządowych.

---

## PIŚMIENNICTWO

<sup>1</sup> Gilejko, L.K. Polska transformacja – Próba bilansu i nowa perspektywa. Res Humana nr 3/2009 s.17-21

<sup>2</sup> [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/statistics/search\\_database](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/statistics/search_database)

<sup>3</sup> Survey of Health, Aging, and Retirement in Europe. 50+ Europe.

<sup>4</sup> Benyamini Y. Health and Illness Perceptions s.294 w: The Oxford Handbook of Health Psychology, red.H.S.Friedman Oxford University Press 2011

<sup>5</sup> Portret generacji 50+ w Polsce i Europie. Wyniki badania zdrowia, starzenia się i przechodzenia na emeryturę (SHARE) red. A. Chłoń-Domińczak Warszawa 2014

<sup>6</sup> Wizner B i in. Ocena stanu funkcjonalnego u osób w starszym wieku w: Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce Red. M.Mossakowska, A.Więciec, P. Błędowski Poznań 2012 s.81

<sup>7</sup> Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. Red. B.Wojtyński, P.Goryński, B.Moskalewicz. Warszawa 2012

<sup>8</sup> Goryński P. i in. Chorobowość hospitalizowana s.128-152 w: Sytuacja zdrowotna...

<sup>9</sup> Op.cit. Rowiński R., Dąbrowski A. Aktywność fizyczna Polaków w wieku podeszłym. s.544

<sup>10</sup> PolSenior op. Cit.S. 341

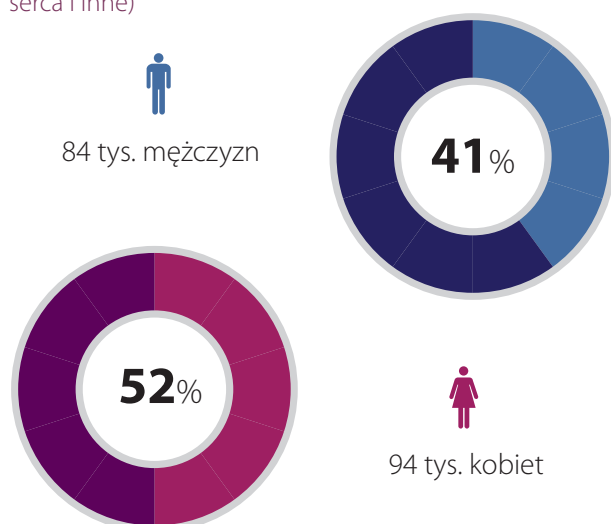




## Choroby układu krążenia

Choroby układu krążenia są główną przyczyną zgonów, chorobowości i inwalidztwa w krajach rozwiniętych. Z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego (zawał serca, udar mózgu, niewydolność serca i inne) umiera w Polsce rocznie około 84 tys. mężczyzn oraz około 94 tys. kobiet, co stanowi około 41% wszystkich zgonów mężczyzn oraz około 52% wszystkich zgonów kobiet. Na drugim miejscu, jeżeli chodzi o przyczyny zgonu, znajdują się choroby nowotworowe, które są przyczyną o prawie połowę mniejszej liczby zgonów. Dane te wskazują, iż najważniejszą przyczyną zgonów zarówno Polek, jak i Polaków są choroby układu krążenia. Niemniej należy podkreślić, iż zagrożenie kobiet zgonami z powodu układu krążenia rośnie wraz z wiekiem. O ile zagrożenie jest stosunkowo niewielkie u dziewcząt i młodych kobiet to stopniowo rośnie z wiekiem, by stać się dominującą przyczyną zgonów w populacji po 70. roku życia. Podobne relacje obserwuje się w zakresie zapadalności i chorobowości, na przykład w zakresie przyczyn hospitalizacji, przy czym choroby układu krążenia stają się dominującą przyczyną hospitalizacji kobiet już od 60. roku życia.

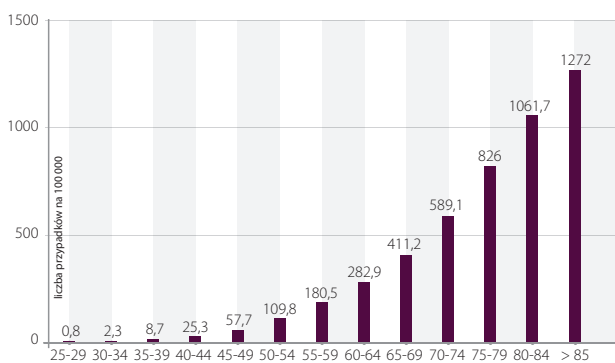
Zgony w ciągu roku z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego (zawał serca, udar mózgu, niewydolność serca i inne)



Co istotne, w ciągu ostatniego ćwierćwiecza obserwuje się stopniowe zmniejszanie się współczynników umieralności z powodu chorób układu krążenia w Polsce. I tak, w ciągu ostatnich dziesięciu lat wskaźnik umieralności z powodu chorób układu krążenia zmniejszył się u kobiet o 29%, a u mężczyzn o 26%. Natomiast od 1991 r. wartość tego współczynnika u kobiet zmniejszyła się o 49%. W podobnym stopniu od początku wieku zmniejszyły się współczynniki zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca oraz udarów, a także zmalała zapadalność na zawał serca. Należy jednak podkreślić, że mimo wspomnianych korzystnych zmian choroby układu krążenia wciąż są najważniejszym (dominującym) zagrożeniem zdrowia kobiet.

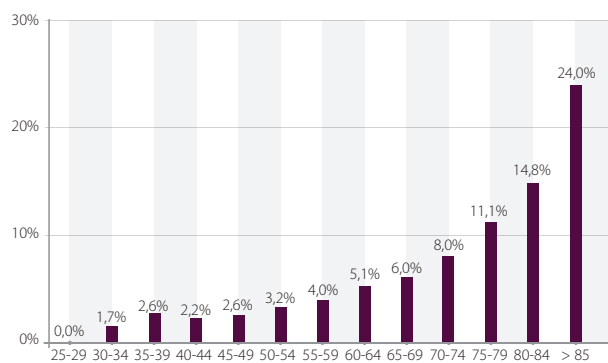
Zapadalność na zawał serca jest ściśle powiązana z wiekiem (Rycina 1). O ile wśród kobiet w wieku 25-29 lat zapadalność wynosi 0,8 na 100 tys, to w wieku 60-64 lat 282,9 na 100 tys, a w wieku  $\geq 85$  lat 1272 na 100 tys. W każdym wieku zapadalność na zawał serca jest niższa u kobiet niż u mężczyzn, jednak o ile w grupie wiekowej 25-29 lat zapadalność wśród mężczyzn jest większa ponad sześciokrotnie od zapadalności wśród kobiet, to w wieku  $\geq 85$  lat o 46%. Również śmiertelność w zawale serca jest ściśle związana z wiekiem (Rycina 2): wśród kobiet w wieku 25-29 lat śmiertelność szpitalna w Polsce wynosi poniżej 1%, w wieku 60-64 lat 5,1%, oraz 24% w wieku  $\geq 85$  lat. Co ważne, po uwzględnieniu różnic w wieku ryzyko zgonu w przebiegu zawału serca wśród kobiet jest podobne do ryzyka zgonu mężczyzn, a w okresie po zawale nawet niższe.





Rys. 1. Zapadalność na zawał serca kobiet w Polsce w zależności od wieku.

Na podstawie publikacji danych z Rejestru AMI-PL.



Rys. 2. Śmiertelność wewnątrzszpitalna w przebiegu zawału serca kobiet w Polsce w zależności od wieku.

Na podstawie publikacji danych z Rejestru AMI-PL.

W Polsce, podobnie jak w innych krajach zapadalność mężczyzn na udar mózgu w Polsce wynosi 147/100 tys. osób, a kobiet 126/100 tys. Różnice te zacierają się jednak z wiekiem i w okresie pomenopauzalnym istotnie wzrasta liczba kobiet z udarem mózgu. Wśród młodszych kobiet na wystąpienie udaru niedokrwiennego mózgu są narażone kobiety stosujące hormonalną antykoncepcję, zwłaszcza palące tytoń oraz obciążone migreną. Ryzyko dodatkowo wrasta przy współistnieniu nadciśnienia tętniczego i cukrzycy.

U podłoża większości chorób układu krążenia leżą zmiany miażdżycowe. Światowa Organizacja Zdrowia wymienia blisko 300 czynników ryzyka miażdżycy, dzieląc je na modyfikowalne i niemodyfikowalne. Spośród niemodyfikowalnych najważniejsze są wiek i płeć męska (płeć żeńska ma działanie ochronne) oraz czynniki genetyczne. Modyfikowalne czynniki ryzyka miażdżycy to czynniki które poddaje się modyfikacji (poprzez zmianę stylu życia lub leczenie farmakologiczne), co związane jest z neutralizacją ich negatywnego wpływu na ryzyko sercowo-naczyniowe. Do takich czynników należą: palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemia, otyłość i częściowo zaburzenia gospodarki węglowodanowej, w tym cukrzyca. Identyfikacja tych czynników, również dzięki wykonywaniu takich badań jak ocena

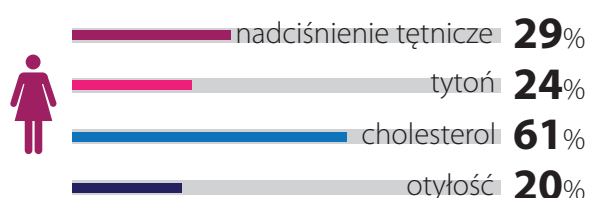
stężenia glukozy i cholesterolu, a także odpowiednie ich leczenie, stanowią główne cele działania z punktu widzenia profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego.

Kobiety zapadają na choroby układu krążenia później niż mężczyźni. Wyniki wielu badań wskazują, że różnica ta wynosi średnio 10 lat. Tradycyjnie różnicę tę tłumaczy się ochronną rolą estrogenów w okresie przedmenopauzalnym. Jednak leczenie estrogenami (np. w formie hormonalnej terapii zastępczej, ale również hormonalnej antykoncepcji) nie wydłuża życia, ani nie zmniejsza ryzyka sercowo-naczyniowego. Co więcej, w niektórych krajach obserwuje się obecnie zmniejszanie różnicy wieku wystąpienia pierwszego zawału serca. Na przykład we Francji różnica wynosi obecnie około 4 lata. Dysponujemy coraz większą liczbą dowodów wskazujących na obserwowane współcześnie dynamiczne zmiany stylu życia jako jednej z głównych przyczyn stopniowego zmniejszania się międzypłciowej różnicy wieku wystąpienia pierwszej choroby układu krążenia. Jako przykład wskazuje się na istotną rolę zmniejszającej się różnicy w częstości palenia tytoniu (o ile przed 30 laty częstość palenia wśród mężczyzn sięgała 60%, a wśród kobiet wynosiła około 30%, to obecnie różnica wynosi około 9%).



Duże, prowadzone w 52 krajach na czterech kontynentach badanie INTERHEART dowiodło, że obecność nadciśnienia tętniczego i cukrzycy stanowi większe zagrożenie dla zdrowia kobiet niż dla mężczyzn (cukrzyca zwiększa czterokrotnie ryzyko wystąpienia zawału serca u kobiet i trzykrotnie u mężczyzn, a nadciśnienie odpowiednio trzy- i dwukrotnie). Z kolei aktywność fizyczna ma większe znaczenie ochronne u kobiet, a indywidualne zagrożenie związane z paleniem tytoniu, hipercholesterolemią, niezdrową dietą, otyłością brzusznią oraz czynnikami psychosocjalnymi jest podobne u obu płci. Hipercholesterolemia, palenie tytoniu, cukrzyca i nadciśnienie tętnicze stanowią szczególnie duże zagrożenie zdrowia u kobiet młodych i w średnim wieku.

Obecnie palenie tytoniu deklaruje 24% Polek, przy czym częstość palenia kobiet słabo wykształconych jest istotnie większa niż częstość palenia kobiet z wyższym wykształceniem. Ponadto 63% kobiet deklaruje codzienne spożywanie owoców, a 66% warzyw. Badania epidemiologiczne wskazują, że na nadciśnienie tętnicze choruje 29% Polek, na cukrzycę 6%, 61% Polek ma za duże stężenie cholesterolu, a 20% otyłość. Wyniki wspomnianego badania IN-



TERHEART wskazują, że ryzyko przypisane populacji kobiet dla głównych czynników ryzyka wynosi 96%. Dlatego można sądzić, że gdyby udało się wyeliminować wszystkie główne czynniki ryzyka liczba kobiet zapadających na zawał serca zmniejszyłaby się dwudziestopięciokrotnie, a choroba niedokrwienna serca przestałaby być problemem społecznym w Polsce.

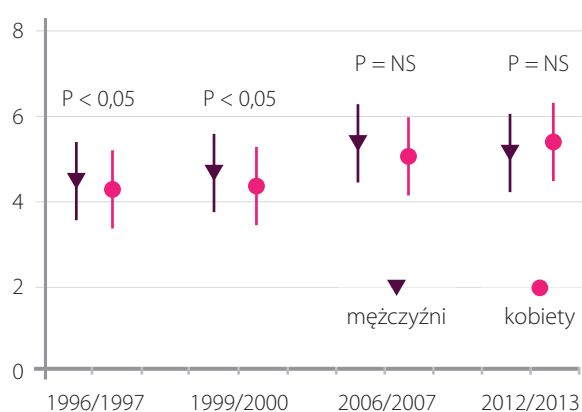
W przeszłości przez wiele lat nie zauważano odmienności epidemiologii i przebiegu klinicznego

chorób układu krążenia, w szczególności choroby niedokrwiennej serca, w tym zawału serca, u kobiet w porównaniu z mężczyznami. Fakt ten był jedną z głównych przyczyn gorszych wyników leczenia chorób serca i naczyń u kobiet w porównaniu z mężczyznami. Dostrzegając wagę tego problemu, w ciągu ostatnich dwudziestu lat wiele instytucji w krajach rozwiniętych prowadziło inicjatywy mające na celu poprawę sytuacji w tym zakresie. Na przykład Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne podjęło inicjatywę, której celem jest edukacja i poszerzenie wiedzy naukowej na temat chorób układu krążenia u kobiet. Z zainteresowań tych zrodziła się seria analiz przeprowadzona w ramach projektu Euro Heart Survey, uwzględniająca między innymi zależne od płci różnice w dostępności do opieki kardiologicznej. Analiza danych z programu Euro Heart Survey dotyczyła m.in. niewydolności serca, ostrych zespołów wieńcowych, rewaskularyzacji wieńcowych oraz stabilnej choroby wieńcowej. W świetle tych badań kobiety z niewydolnością serca rzadziej niż mężczyźni były poddawane diagnostyce obrazowej (41% vs 58%), a u pacjentek z chorobą wieńcową rzadziej niż u mężczyzn wykonywano angiografię tętnic wieńcowych (47% vs 60%). Podobnie, niektóre analizy wskazały na nieco rzadsze stosowanie leków kardioprotekcyjnych u kobiet w porównaniu z mężczyznami. Z analiz naukowych wynika, że rzadsze stosowanie różnych procedur kardiologicznych może prowadzić do gorszego rokowania kobiet z chorobami serca i naczyń. Dostępne dane wskazują, że obecnie w Polsce sytuacja w zakresie dostępu do zabiegowego leczenia chorób serca jest lepsza, tzn. dostęp kobiet do procedur kardiologicznych nie jest gorszy niż mężczyzn.

W przeszłości wielokrotnie stwierdzano zależne od płci różnice pod względem częstości stosowania leczenia farmakologicznego chorób serca, a także częstości właściwej kontroli czynników ryzyka. Na przykład badania prowadzone przez Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne w wielu krajach Europy wykazały, że ciśnienie tętnicze oraz stężenie



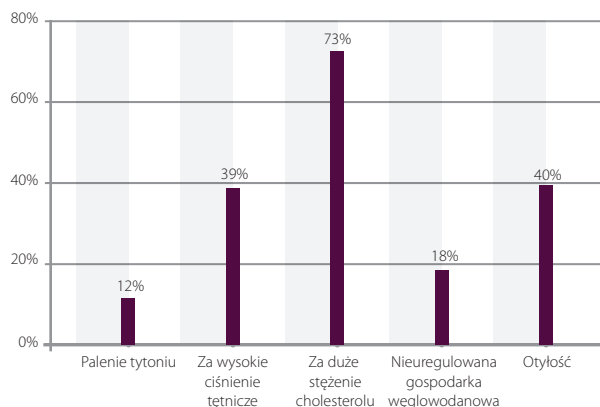
cholesterolu całkowitego u kobiet z chorobą niedokrwienną serca są wyższe niż u mężczyzn, co może tłumaczyć zwiększone ryzyko zgonu kobiet. Wspomniane liczne inicjatywy mające na celu edukację całego społeczeństwa, jak i pracowników sektora ochrony zdrowia doprowadziły jednak to poprawy sytuacji w tym zakresie. Dobrym dowodem są wyniki Krakowskiego Programu Wtórnej Prewencji Choroby Niedokrwiennej Serca, który jest prowadzony od 1996 roku, i w którym udział bierze pięć krakowskich szpitali. Analizy prowadzone w ramach „Krakowskiego Programu” wykazały, że w latach dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku, a także jeszcze na przełomie wieków wartość współczynnika wtórnej prewencji była wyraźnie niższa u kobiet niż u mężczyzn (współczynnik wtórnej prewencji jest uznawany za jeden ze wskaźników jakości opieki medycznej u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca). Jednak w pierwszej dekadzie XXI wieku wartość współczynnika była podobna u mężczyzn i kobiet, a w ostatnich latach była nawet nieznacznie wyższa u kobiet (Rycina 3). Wyniki „Krakowskiego Programu” Wtórnej Prewencji Choroby Niedokrwiennej Serca dowodzą, że liczne inicjatywy prowadzone w ostatnich kilkunastu latach odniosły pożądaną skuteczną i obecnie płeć nie wpływa na jakość opieki medycznej nad pacjentami z chorobą niedokrwienną serca w Polsce.



Rys. 3. Wartość współczynnika wtórnej prewencji choroby niedokrwiennej serca (miernika jakości opieki medycznej u osób z chorobą niedokrwienną serca u kobiet i mężczyzn).

Mimo korzystnych zmian wciąż do rozwiązania pozostaje wiele istotnych problemów. Z badań prowadzonych w ostatnich latach w Polsce wynika, że 39% kobiet po zawale serca ma za wysokie ciśnienie tętnicze, 73% za duże stężenie cholesterolu, 12% pali tytoń, a 18% ma nieuregulowaną gospodarkę węglowodanami (Rycina 4). Ponadto, 40 % kobiet po zawale serca jest otyła (wskaźnik masy ciała co najmniej 30 kg/m<sup>2</sup>). Ponieważ długość i jakość życia po zawale serca - ale też np. po zabiegu angioplastyki wieńcowej czy po operacji pomostowania aortalno-wieńcowego - zależy w dużym stopniu od kontroli głównych czynników ryzyka, dane te wskazują na możliwość znaczącego wydłużenia życia Polek z chorobą niedokrwienną serca poprzez poprawę stylu życia (unikanie dymu papierosowego, regularną aktywność fizyczną, zdrową dietę) i jeszcze wyższą jakość opieki zdrowotnej w zakresie wtórnej prewencji miażdżycy. Dlatego Polskie Towarzystwo Kardiologiczne zainicjowało projekt nazwany "Optymalny Model Kompleksowej Rehabilitacji i Wtórnej Prewencji Choroby Niedokrwiennej Serca". W "Optymalnym Modelu" opisano ramy organizacyjne prowadzenia profilaktyki i rehabilitacji. Eksperti oceniają, że szerokie wprowadzenie w życie tych propozycji zmniejszyłoby o kilkanaście tysięcy rocznie liczbę kobiet umierających z powodów chorób układu krążenia lub doznających zawału serca albo wymagających wykonania zabiegów rewaskularyzacji mięśnia sercowego.





Rys. 4. Częstość niewystarczającej kontroli głównych czynników ryzyka u kobiet w rok po hospitalizacji z powodu ostrego zespołu wieńcowego lub w celu rewaskularyzacji mięśnia sercowego.

Dane z Krakowskiego Programu Wtórnej Prewencji Choroby Niedokrwiennej Serca za lata 2012-2013.

Za wysokie ciśnienie tętnicze definiowano jako ciśnienie  $\geq 140/90$  mmHg, za duże stężenie cholesterolu jako stężenie cholesterolu frakcji LDL  $\geq 1,8$  mmol/l, nieuregulowaną gospodarkę węglowodanową jako stężenie hemoglobiny glikowanej  $\geq 7,0\%$ , a otyłość jako wskaźnik masy ciała  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>.

## Podsumowanie

Mimo znaczącego postępu w diagnostyce i leczeniu choroby niedokrwiennej serca, pozostaje ona nadal główną przyczyną zgonów Polek. Znajomość czynników sprzyjających rozwojowi chorób układu krążenia u kobiet oraz możliwość ich modyfikacji może znacznie poprawić długość i jakość ich życia. Wczesna identyfikacja pacjentek obciążonych ryzykiem choroby niedokrwiennej serca ma zasadnicze znaczenie w profilaktyce chorób układu sercowo-naczyniowego. Ocenę czynników ryzyka należy przeprowadzać u kobiet w każdym wieku, szczególnie starannie należy jednak analizować czynniki

ryzyka u kobiet w okresie około menopauzalnym. Wskazana jest poprawa organizacji i dostępności do procedur z zakresu wtórnej profilaktyki i rehabilitacji kardiologicznej. Badania ostatnich lat dostarczyły nowych danych na temat poszczególnych metod diagnostycznych u kobiet z podejrzeniem niedokrwienia serca, jednocześnie ciężar zainteresowania z diagnostycznej dokładności wykrywania zwężeń w tętnicach wieńcowych został przesunięty w kierunku identyfikacji i zwalczania czynników ryzyka choroby wieńcowej u kobiet.

## PIŚMIENNICTWO

1. Anand S.S, Islam S, Rosengren A i wsp. Risk factors for myocardial infarction in women and men: insights from the INTERHEART study. *Eur Heart J.* 2008; 29: 932-40.
2. European health for all database (HFA-DB). <http://data.euro.who.int/hfad/>
3. [http://www.escardio.org/The-ESC/Communities/European-Association-for-Cardiovascular-Prevention-&-Rehabilitation-\(EACPR\)/Prevention-in-your-country/Country-of-the-Month-Poland](http://www.escardio.org/The-ESC/Communities/European-Association-for-Cardiovascular-Prevention-&-Rehabilitation-(EACPR)/Prevention-in-your-country/Country-of-the-Month-Poland)
4. Gierlotka M, Zdrojewski T, Wojtyński B i wsp. Incidence, treatment, in-hospital mortality and one-year outcomes of acute myocardial infarction in Poland in 2009-2012 – nationwide AMI-PL database. *Kardiologia Pol.* 2015; 73: 142-58.
5. Jankowski P, Czarnecka D, Kawecka-Jaszcz K i wsp. Gender does not influence event-free survival in patients with ischaemic heart disease undergoing non-emergency coronary angiography. A single centre analysis. *Kardiologia Pol.* 2007; 65: 475-84.
6. Jankowski P, Czarnecka D, Wolfshaut-Wolak R i wsp. Secondary prevention of coronary artery disease in contemporary clinical practice. *Cardiol J.* 2015; 22: 219-26.
7. Jankowski P, Niewada M, Bochenek A i wsp. Optymalny Model Kompleksowej Rehabilitacji i Wtórnej Prewencji. *Kardiologia Pol.* 2013; 71: 995-1003.
8. Nichols M, Townsend N, Scarborough P i wsp. Cardiovascular disease in Europe 2014: epidemiological update. *Eur Heart J.* 2014; 35: 2950-9.
9. Special Eurobarometer 429. Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_429\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_429_en.pdf)
10. Zdrojewski T, Rutkowski M, Bandosz P i wsp. Prevalence and control of cardiovascular risk factors in Poland. Assumptions and objectives of the NATPOL 2011 Survey. *Kardiologia Pol.* 2013; 71: 381-92.



## Nowotwory złośliwe u kobiet

Nowotwory złośliwe to obok chorób układu krążenia najczęstsza przyczyna zgonów wśród kobiet w Polsce. Co czwarta kobieta umiera z tego właśnie powodu. W 2012 r. ponad 94% z 42 tys. wszystkich zgonów z powodu nowotworów złośliwych wśród kobiet stwierdzono u tych po 50. r.ż. Ta grupa jest szczególnie narażona na ryzyko zgonu z powodu nowotworów złośliwych. Zwiększająca się długość życia i działanie środowiskowych czynników ryzyka znacząco bowiem wpływają na rozwój tej choroby.

Wśród czynników kształtujących obraz epidemiologii nowotworów złośliwych wyróżnić można te, które możliwe są do modyfikacji i te które są niemodyfikowalne<sup>1</sup>. Do pierwszych można zaliczyć przede wszystkim czynniki stylu życia (np. palenie tytoniu, picie alkoholu, sposób odżywiania, aktywność fizyczna), ale także czynniki związane z działalnością człowieka (np. zanieczyszczenie powietrza, narażenie na substancje rakotwórcze w miejscu pracy). Do czynników niemodyfikowalnych (lub modyfikowalnych tylko w określonym stopniu) zwiększających ryzyko zachorowania z powodu nowotworów należą: biologia, zmiana struktury wieku populacji, i procesy genetyczne (np. predyspozycje genetyczne czy tzw. mutacja spontaniczna), czynniki generowane warunkami środowiska naturalnego, w którym człowiek żyje (np. promieniowanie słoneczne lub naturalne).

Niemodyfikowalnym, kluczowym elementem kształtującym zachorowalność na nowotwory złośliwe w populacji jest zmiana struktury jej wieku, wynikająca ze zwiększającej się długości życia populacji. Większość nowotworów złośliwych charakteryzuje się długim okresem latencji liczonym w dziesięcio-

leciach od chwili rozpoczęcia ekspozycji na czynnik rakotwórczy (na przykład rozpoczęcia palenia) do chwili pojawienia się objawów schorzenia. Nowotworowe przekształcenie zdrowej komórki odbywa się w wyniku mutacji genetycznej. Zmiana w DNA może być wywołana działaniem zewnętrznych i środowiskowych czynników mutagennych, np. dymu tytoniowego czy wirusów, np. Human Papilloma Virus (HPV). Następnie zmutowana nowotworowo komórka musi przełamać system mechanizmów obronnych w trakcie niezliczonej liczby podziałów. Dopiero wtedy mamy do czynienia z rozwojem choroby nowotworowej przechodzącej do fazy klinicznej. Jednak są też inne przyczyny powstawania nowotworów złośliwych, jak mutacja „spontaniczna”, (ang. random mutation), czy predyspozycje genetyczne (obie niemodyfikowalne), szacowane jako przyczyna zachorowań 5-10% wszystkich nowotworów.

W kontroli nowotworów złośliwych, oprócz leczenia niezwykle istotne znaczenie ma prewencja pierwotna i wtórna tych chorób. Podstawę onkologii prewencyjnej stanowi założenie, że 1/3 zachorowań na nowotwory złośliwe można zapobiec poprzez promowanie prawidłowych zachowań związanych ze stylem życia oraz budowanie kompetencji zdrowotnych w zakresie chorób nowotworowych, a 1/3 nowotworów można wcześniej wykryć (stany przednowotworowe) i skutecznie wyleczyć.

Obserwacje epidemiologiczne wykazały, że spośród 80% zachorowań na nowotwory złośliwe przypisanych czynnikom środowiskowym, znaczącej liczbie (30-50%) można zapobiec, poprzez modyfikację zachowań takich jak sposób żywienia, miejsce



pracy i zamieszkania, czy zachowania społeczno-kulturowe. Dotyczy to szczególnie tych lokalizacji nowotworowych, w których przyczyna i mechanizm powstania jest znany oraz istnieją możliwości skutecznej interwencji.

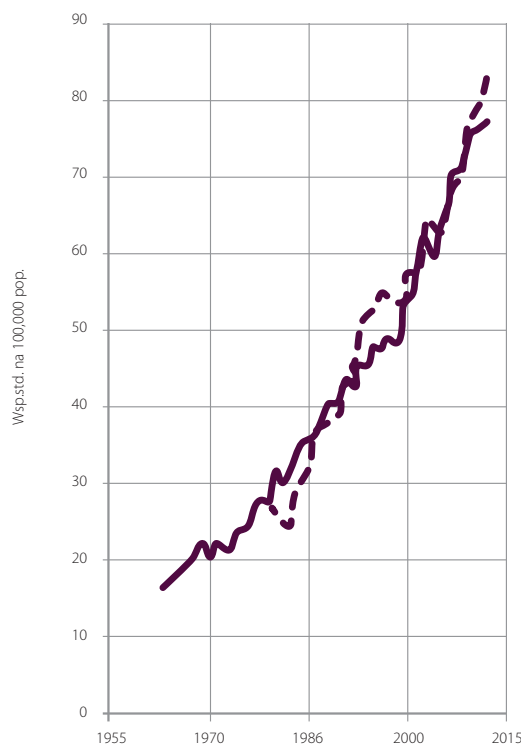
Ostatnio opublikowana IV edycja Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem zwraca uwagę na to, że najczęstszą przyczyną nowotworów w krajach Unii Europejskiej jest palenie tytoniu. Dodatkowo nadwaga i otyłość, nieprawidłowy sposób żywienia, brak aktywności fizycznej, picie alkoholu, mogą stanowić istotne przyczyny rozwoju chorób nowotworowych. Podobnie ekspozycja na promieniowanie słoneczne i niektóre inne rodzaje promieniowania jonizującego (np. radonu), jak również narażenie na czynniki rakotwórcze w miejscu pracy oraz niektóre infekcje (m.in. wywołane wirusem zapalenia wątroby, wirusem brodawczaka ludzkiego, czy *Helicobacter pylori*) są istotnymi czynnikami odpowiedzialnymi za powstawanie nowotworów. Ryzyko rozwoju nowotworu jest tym większe, im większe narażenie na ww. czynniki (znaczenie ma czas trwania, częstość i poziom ekspozycji). Prewencja pierwotna nowotworów zakłada działania prowadzące do zmniejszenia zachorowań poprzez wyeliminowanie lub zmniejszenie ekspozycji na czynniki rakotwórcze, których rola w etiologii choroby nowotworowej została dostatecznie udowodniona w badaniach epidemiologicznych.

Nowotwory złośliwe płuca, piersi i jelita grubego to najczęstsze nowotwory diagnozowane u kobiet w Polsce. Znaczącą zachorowalność i umieralność obserwuje się także w przypadku nowotworów złośliwych szyjki macicy, trzonu macicy oraz jajnika.

## Nowotwory złośliwe płuca

Od początku lat 80. XX wieku obserwuje się dramatyczny wzrost zachorowalności na nowotwory złośliwe płuca wśród kobiet w Polsce. Współczynnik standaryzowany w tym okresie wzrósł z poziomu 25 do ponad 80 zachorowań na każde 100 tys. kobiet 50+. W 2012 roku rozpoznano 6,673 przypadki zachorowań na nowotwory złośliwe płuca, z czego ponad 6,400 wśród kobiet po 50. r.ż. Nowotwór złośliwy płuca od kilku lat jest pierwszą nowotworową przyczyną zgonów wśród kobiet!

Linie przebiegu trendów umieralności i zachorowalności na nowotwory złośliwe płuca praktycznie się pokrywają (Rys. 1), co wskazuje na prawie identyczny poziom zachorowalności i umieralności. Oznacza to, że do tej pory nie znaleziono skutecznej metody leczenia tej lokalizacji nowotworowej. W Polsce w 2012 r. umarły z tej przyczyny 6,444 kobiety, 97% z nich było w wieku 50+. Wartość współczynnika standaryzowanego umieralności wzrosła z poziomu ok. 16/100 tys. populacji obserwowanego na początku lat 60. XX wieku do ponad 77/100 tys. w 2012 r.



Rys. 1. Nowotwory złośliwe płuca w Polsce, kobiety 50+

Zmniejszenie ekspozycji na dym tytoniowy jest najważniejszym działaniem dla zmniejszenia liczby zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe. W Polsce szacuje się frakcję zachorowalności na nowotwory płuca wynikającą z palenia (Tobacco Attributable Fraction) na około 60-70% u kobiet. Oszacowano, że obecnie w Polsce pali prawie 8 mln osób, w tym ok. 20% kobiet.

Istnieje wiele metod oraz środków farmakologicznych wspomagających proces rzucania palenia o potwierdzonej badaniami naukowymi skuteczności i bezpieczeństwie. Dostępna jest również specja-

listyczna pomoc i doradztwo dla osób, które chcą przestać palić. Od 1996 r. działa ogólnopolska Telefoniczna Poradnia Pomocy Palącym (TPPP: numer tel. 801 108 108). Dzwoniące do poradni osoby mogą uzyskać specjalistyczną poradę i wsparcie psychologiczne, informacje na temat leków, adresy poradni i gabinetów lekarskich leczących uzależnienie od tytoniu w ich miejscu zamieszkania oraz zamówić materiały edukacyjne. Jest to szczególnie cenne dla osób, które wcześniej podejmowały nieudane próby rzucania palenia, obecnie przygotowują się do odstawienia papierosów lub są w trakcie rzucania palenia i potrzebują konsultacji specjalisty.

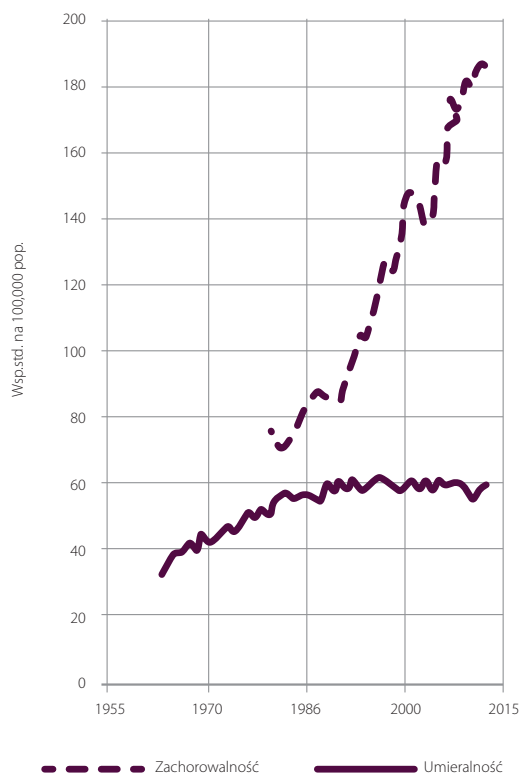
## Nowotwory złośliwe piersi

Nowotwór złośliwy piersi jest najczęstszym nowotworem rozpoznawanym u kobiet w Polsce, i podobnie jak w przypadku nowotworów złośliwych płuca, od początku lat 80. XX wieku obserwuje się dramatyczny wzrost zachorowalności na ten typ nowotworu. Współczynnik standaryzowany wzrósł z poziomu ok. 70 w 1980 r. do ponad 185 zachorowań na każde 100 tys. kobiet w wieku 50+. W 2012 roku zdiagnozowano 17 tys. przypadków zachorowań na nowotwory złośliwe płuca, z czego prawie 14 tys. wśród kobiet po pięćdziesiątce.

Gwałtownemu wzrostowi zachorowalności nie towarzyszy wzrost umieralności (Rys. 2). W ostatnim dwudziestoleciu obserwuje się wyraźną stabilizację umieralności z powodu nowotworów złośliwych piersi na poziomie ok. 60/100 tys. kobiet w wieku 50+. W Polsce w 2012 r. zmarło z tej przyczyny 5,570 kobiet, ponad 90% z nich było w wieku 50+. Wartość współczynnika standaryzowanego umieralności wzrosła z poziomu ok. 33/100 tys. populacji obserwowanego na początku lat 60. XX wieku do ok. 60/100 tys. w 2012 r.

Ryzyko zachorowania na raka piersi zależy od wielu czynników. Przede wszystkim na wzrost ryzyka ma wpływ wiek, wczesne wystąpienie pierw-

szej i późne wystąpienie ostatniej miesiączki, długotrwałe stosowanie hormonalnej terapii zastępczej i tabletek antykoncepcyjnych, narażenie na promieniowanie jonizujące, historia rodzinnego występowania raka piersi i nosicielstwo mutacji niektórych



Rys. 2. Nowotwory złośliwe piersi w Polsce, kobiety 50+





genów, gruczołowa budowa tkanek piersi, brak potomstwa lub późny wiek urodzenia pierwszego dziecka, niekarmienie piersią, spożywanie alkoholu (nawet w niewielkich ilościach), otyłość po menopauzie (szczególnie brzuszna) oraz brak aktywności fizycznej. Część z tych czynników zależy od samych kobiet, stąd bardzo ważnym elementem są działania dla budowania ich kompetencji zdrowotnych w tym zakresie poprzez różnego rodzaju działania edukacyjne.

W przypadku raka piersi, w badaniach naukowych udowodniono efektywność prowadzenia badań przesiewowych (mammografii) u kobiet bez

objawów nowotworów dla zmniejszenia umieralności z tej przyczyny. Wprowadzenie nowych technik wczesnej diagnostyki z wykorzystaniem urządzeń mammograficznych o niezwykle dużej czułości i wzrost liczby wykonywanych mammografii w Polsce spowodowały znaczący wzrost liczby wcześniej rozpoznawanych nowotworów piersi (w ostatniej dekadzie – z 11 tys. do prawie 17 tys.). Jednak wskaźniki epidemiologiczne takie jak rozejście się trendów czasowych zachorowalności i umieralności na raka piersi mogą wskazywać na rosnące zjawisko nadrozpoznowalności (ang. overdiagnosis) tego nowotworu.

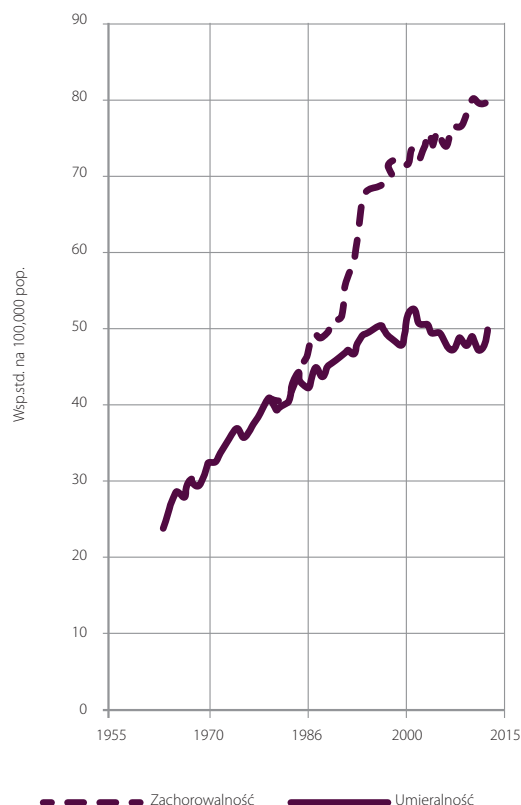
## Nowotwory złośliwe jelita grubego

Nowotwory jelita grubego są drugim z kolei najczęściej diagnozowanym nowotworem u kobiet w Polsce. Zachorowalność na ten typ nowotworu stale rośnie. Współczynnik standaryzowany wzrósł dwukrotnie w okresie obserwacji: z poziomu ok. 40 w 1980 r. do 80 zachorowań na każde 100,000 kobiet w wieku 50+. W 2012 roku na nowotwory złośliwe jelita grubego zachorowało ponad 7,500 kobiet, z czego prawie 7,100 kobiet po 50. r.ż.

Podobnie jak w przypadku nowotworów złośliwych piersi, wzrostowi zachorowalności obecnie nie towarzyszy wzrost umieralności (Rys. 3). W ostatnim dziesięcioleciu obserwuje się wyraźny spadek umieralności z powodu nowotworów złośliwych jelita grubego wśród kobiet w wieku 50+. W Polsce w 2012 r. liczba zgonów z tej przyczyny wśród kobiet wynosiła łącznie 5117, ponad 97% z nich było w wieku 50+. Wartość współczynnika standaryzowanego umieralności dla analizowanej grupy kobiet wzrosła z poziomu ok. 26/100 tys. populacji obserwowanego na początku lat 60. XX. wieku do ok. 53/100 tys. w 2001 r., a w 2012 r. wynosiła 50/100 tys. populacji.

Na zwiększone ryzyko zachorowania na nowotwór jelita grubego wpływa historia rodzinna występowania tego nowotworu, wiek, brak aktywności

fizycznej, nadwaga i otyłość oraz nieodpowiedni sposób żywienia (szczególnie wysokie spożycie czerwonego mięsa).



Rys. 3. Nowotwory złośliwe jelita grubego w Polsce, kobiety 50+



Efektywna kontrola nowotworów złośliwych jelita grubego możliwa jest m.in. dzięki zorganizowanemu populacyjnemu programowi badań przesiewowych. Obecnie program wczesnej diagnostyki nowotworów jelita grubego znajduje się we wczesnym etapie przygotowania do realizacji na skalę populacyjną. Nastąpił ogromny postęp w szkoleniu personelu medycznego oraz wyposażeniu ośrodków w niezbędny sprzęt, a także przeprowadzono pilotowe programy w wielu regionach Polski, a prowadzone prace w tym zakresie uzyskały pozytywny odbiór ze strony międzynarodowego środowiska

naukowego. Pełny program badań przesiewowych w kierunku nowotworów jelita grubego na skalę populacyjną wymaga jednak uruchomienia znacznie większych środków finansowych oraz powołania organizacji do jego stałej realizacji, co zawarte jest w propozycji powołania Narodowego Instytutu Onkologii i Hematologii w Warszawie. Dopiero taki program może doprowadzić do zmniejszenia umieralności z powodu nowotworów jelita grubego w Polsce.

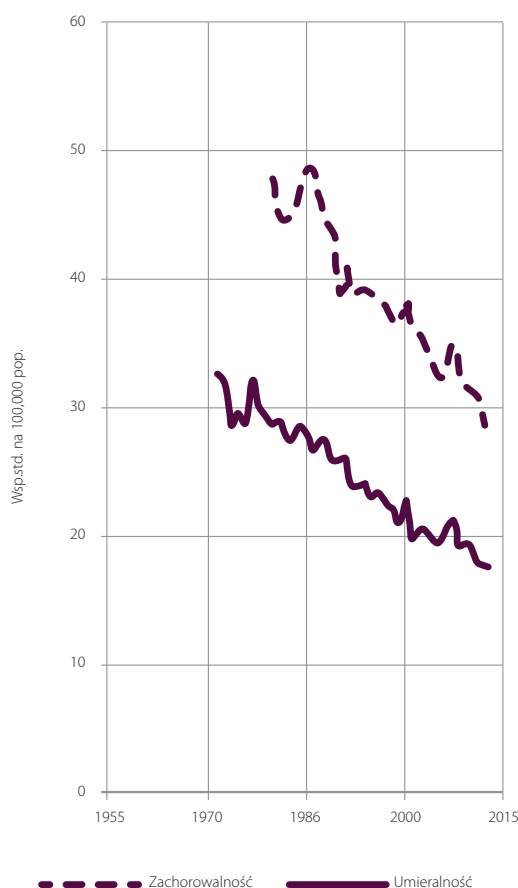
## Nowotwory złośliwe szyjki macicy

Nowotwory złośliwe szyjki macicy są dość rzadkim schorzeniem. Ponadto, zachorowalność na ten typ nowotworu w Polsce stale maleje od początku lat 80. ubiegłego wieku. Współczynnik standaryzowany znacząco obniżył się w okresie obserwacji: z poziomu ok. 45 w 1980 r. do 28 zachorowań na każde 100 tys. kobiet w wieku 50+ na początku II dekady XXI wieku. W 2012 roku na nowotwory złośliwe szyjki macicy zachorowało około 2,780 kobiet, z czego prawie 2,100 po 50 r.ż.

Umieralność z tej przyczyny także wykazuje długoletnią tendencję malejącą (Rys. 4). W 2012 r. z powodu nowotworów złośliwych szyjki macicy zmarło około 1,670 kobiet, prawie 85% z nich było w wieku 50+.

Choroba ta jest jednak bardzo ważna z dwóch powodów. Po pierwsze ze względu na dużo wyższe zagrożenie tym nowotworem w Polsce niż w innych krajach europejskich, zwłaszcza zachodnich. Drugim powodem jest skuteczna możliwość zapobiegania temu schorzeniu.

Głównym czynnikiem ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy jest zakażenie wirusem bro-



Rys. 4. Nowotwory złośliwe szyjki macicy w Polsce, kobiety 50+



dawczaka ludzkiego (HPV). Dotychczas opisano ponad 150 typów wirusów HPV, z których ok. kilkunastu to typy onkogenne. Onkogenne typy wirusa przyczyniają się do rozwoju zmian przednowotworowych oraz nowotworów szyjki macicy, odbytu, sromu, pochwy oraz prawdopodobnie niektórych nowotworów jamy ustnej, gardła i krtani. Najbardziej rozpowszechnioną drogą przenoszenia HPV jest droga kontaktów seksualnych i szacuje się, że nawet do 80% kobiet i mężczyzn w trakcie życia ulega zakażeniu HPV. Najczęściej zakażenie HPV przebiega bezobjawowo i jest przemijające (70-80% zakażeń ustępuje samoistnie). Najbardziej groźne są przetrwałe (ponad 12-24 miesiące) zakażenia typami onkogennymi, gdyż mogą prowadzić do rozwoju stanów przedrakowych i raka.

W przypadku raka szyjki macicy istnieje możliwość skutecznego zapobiegania w ramach prewencji pierwotnej (szczepienia, edukacja w celu wyeliminowania czynników ryzyka) oraz wtórnej (wykrywanie stanów przedrakowych za pomocą badania cytologicznego i skuteczne leczenie).

Oprócz prewencji pierwotnej w tym zakresie, w Polsce prowadzony jest populacyjny program badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy dla kobiet w wieku 25-59 lat. Jednak w Polsce aż 27% kobiet nigdy w życiu nie wykonywało badania

cytologicznego, a wśród pozostałych 17% wykonuje je w odstępach większych niż 5 lat a 13% co 4-5 lat, czyli rzadziej niż wynika z zaleceń. Współczynnik umieralności na raka szyjki macicy jest odwrotnie proporcjonalny do poziomu wykształcenia. Według danych z badań sondażowych Zakładu Epidemiologii Centrum Onkologii-Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie gorzej wykształcone Polki bardzo rzadko uczestniczą w cytologicznych badaniach przesiewowych, podczas gdy Polki z wyższym wykształceniem badania te wykonują wielokrotnie częściej.

Populacyjny skryning nowotworów złośliwych szyjki macicy doprowadził do istotnego spadku współczynników umieralności z powodu nowotworów szyjki macicy we wszystkich grupach wiekowych i we wszystkich regionach Polski. Konieczne jest stworzenie programów, które doprowadzą do zmniejszenia liczby kobiet, które nie uczestniczą w badaniach.

Wyniki badania cytologicznego zależą od jakości pobranych próbek i opierają się na doświadczeniu osoby je oceniającej. Zgodnie z zaleceniami Amerykańskimi rekomendowane jest prowadzenie jednoczesnego skryningu cytologicznego wraz ze skryningiem molekularnym. Jednak takie rozwiązanie nie zostało jeszcze wprowadzone w Polsce na skalę populacyjną.

---

## Nowotwory złośliwe trzonu macicy i jajnika

W parze ze spadkiem zachorowalności na nowotwory złośliwe szyjki macicy nie idzie wzrost zachorowalności na nowotwory trzonu macicy lub nieokreślonej części macicy. Od początku lat 80. XX wieku u kobiet w Polsce obserwuje się dramatyczny wzrost zachorowalności na ten typ nowotworu. Współczynnik standaryzowany wzrósł z poziomu ok. 30 w 1980 r. do ponad 65 zachorowań na każde 100,000 kobiet w wieku 50+. W 2012 roku zdiagnozowano prawie 5,500 przypadków zachorowań na nowotwory złośliwe trzonu macicy, z czego prawie 5,100 wśród kobiet po pięćdziesiątce.

Bardzo szybkiemu wzrostowi zachorowalności na nowotwory złośliwe trzonu macicy nie towarzyszy jednak wzrost umieralności (Rys. 5). W latach 60. i 70. ubiegłego wieku obserwowano istotny spadek umieralności z tej przyczyny. Ostatnie dwudziestolecie to także okres spadku umieralności, ale w wyraźniej wolniejszym tempie. W Polsce w 2012 r. umarło z tej przyczyny 1,375 kobiet, 97% z nich było w wieku 50+. Wartość współczynnika standaryzowanego umieralności wynosiła w 2012 r. ok. 15/100 tys. populacji.



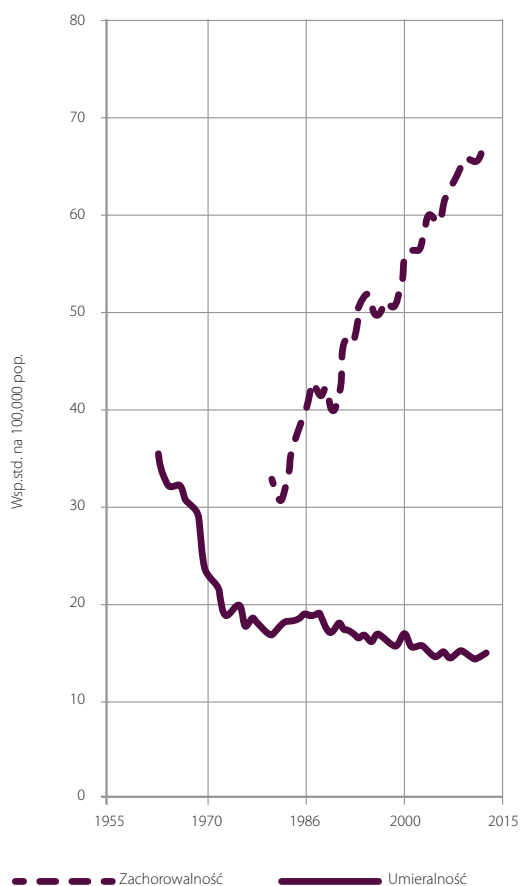
Rak trzonu macicy występuje istotnie częściej u kobiet w wieku po menopauzie oraz otyłych, z nadciśnieniem tętniczym oraz zaburzeniami hormonalnymi.

W Polsce, znaczącą zachorowalność i umieralność odnotowuje się także w przypadku nowotworów złośliwych jajnika. Od początku lat 80. XX wieku do połowy lat 90. obserwowano dramatyczny wzrost zachorowalności na ten typ nowotworu. Współczynnik standaryzowany wzrósł z poziomu ok. 24 w 1980 r. do ponad 40 zachorowań na każde 100,000 kobiet w wieku 50+ w 1996 r. W ostatnim dwudziestoleciu zachorowalność oscylowała na poziomie ok. 37/100 tys. populacji. W 2012 roku zdiagnozowano ponad 3,540 przypadków zachorowań

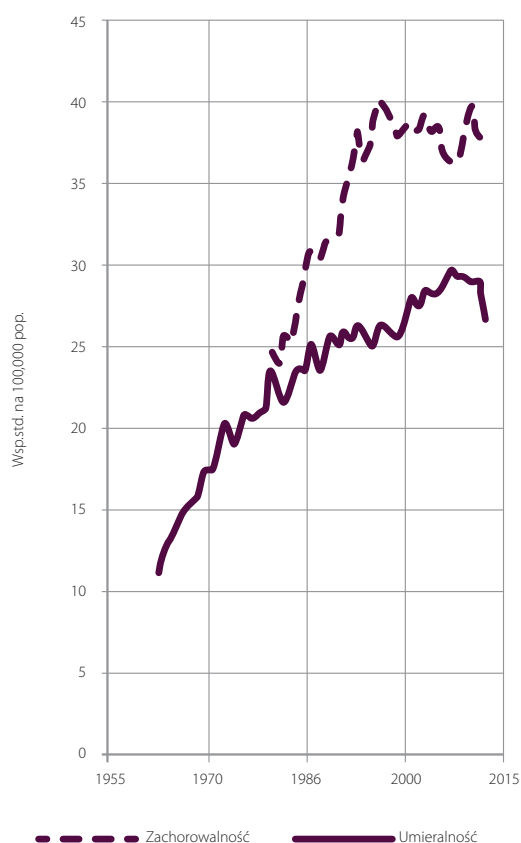
na nowotwory złośliwe jajnika, z czego 2,860 wśród kobiet po pięćdziesiątce.

Wzrost umieralności z powodu nowotworów złośliwych jajnika obserwowano do 2005 r. (Rys. 6). W ostatnich latach tendencja ta powoli zaczęła się odwracać. W Polsce w 2012 r. umarło z tej przyczyny 2,430 kobiet, ponad 91% z nich było w wieku 50+. Wartość współczynnika standaryzowanego umieralności dla kobiet w grupie wieku 50+ wyniósł w 2012 r. 27/100 tys. populacji.

Czynnikami ryzyka raka jajnika może być nosicielstwo mutacji w genach BRCA, a także bezdzietność i nieskuteczne pobudzanie owulacji.



Rys. 5. Nowotwory złośliwe trzonu macicy w Polsce, kobiety 50+



Rys. 6. Nowotwory złośliwe jajnika w Polsce, kobiety 50+



## Podsumowanie

Polska należy do grupy krajów europejskich o średniej zachorowalności na nowotwory, ale umieralność z powodu nowotworów złośliwych jest dość wysoka i jest najważniejszą przyczyną przedwczesnych zgonów. Do nasilenia działań na rzecz zmniejszenia zachorowalności i umieralności z powodu nowotworów złośliwych powinien mobilizować fakt, iż w przypadku niektórych nowotworów (np. płuca i szyjki macicy) istnieją skuteczne metody prewencji pierwotnej oraz wczesnego rozpoznawania i leczenia zmian przedrakowych.

Choroby nowotworowe stanowią nie tylko poważny problem zdrowotny, ale także społeczny. Wiele nowotworów występuje częściej u osób mniej wykształconych i gorzej sytuowanych materialnie. Najczęściej ma to związek z częstszą ekspozycją na czynniki rakotwórcze w niższych warstwach społecznych, np. paleniem tytoniu lub piciem alkoholu, ale także z ich trudniejszym dostępem do programów prewencyjnych i terapeutycznych.

---

*Tekst został opracowany m.in. na podstawie artykułu Zatoński WA, Sulkowska U, Didkowska J. Kilka uwag o epidemiologii nowotworów w Polsce. Nowotwory 2015;65(3):179-196 oraz Krzakowski M. Najważniejsze nowotwory złośliwe u kobiet w Polsce. W: Ostrowska A. Raport Polki 2013 - zdrowie i jego zagrożenia. Fundacja MSD dla Zdrowia Kobiet.*

---

## PIŚMIENNICTWO

1. Zatoński W, Sulkowska U, Przewoźniak K, Zatoński M: Epidemiologia nowotworów złośliwych w Polsce; W: Potrykowska A, Strzelecki Z, Szymborski J, Witkowski J (red.): Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski. Warszawa, Rządowa Rada Ludnościowa, 2014;30-49.
2. Caulin AF, Maley CC: Peto's Paradox: evolution's prescription for cancer prevention. Trends Ecol Evol 2011;26:175-182.
3. Peto R, Roe FJ, Lee PN, Levy L, Clack J: Cancer and ageing in mice and men. Br J Cancer 1975;32:411-426.
4. Boyle P, Autier P, Bartelink H, Baselga J, Boffetta P, i in.: European Code Against Cancer and scientific justification: third version (2003). Ann Oncol 2003;14:973-1005. Polskie wydanie pod red. W. Zatońskiego. Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2009.
5. Schuz J, Espina C, Villain P, Herrero R, Leon ME, i in.: European Code against Cancer 4th edition: 12 ways to reduce your cancer risk. Cancer Epidemiol 7-8-2015.
6. Zatoński WA, Manczuk M, Powles J, Negri E: Convergence of male and female lung cancer mortality at younger ages in the European Union and Russia. Eur J Public Health 2007;17:450-454.
7. Zatoński WA: Powołanie Narodowego Instytutu Onkologii i Hematologii - warunek konieczny do skutecznej walki z rakiem w Polsce. Nowotwory 2013;63:375-381.
8. Kaminski MF, Regula J, Kraszewska E, Polkowski M, Wojciechowska U, i in.: Quality indicators for colonoscopy and the risk of interval cancer. N Engl J Med 5-13-2010;362:1795-1803.
9. Regula J, Rupinski M, Kraszewska E, Polkowski M, Pachlewski J, i in.: Colonoscopy in colorectal-cancer screening for detection of advanced neoplasia. N Engl J Med 11-2-2006;355:1863-1872.
10. Zatoński WA, Sulkowska U, Didkowska J: Kilka uwag o epidemiologii nowotworów w Polsce. Nowotwory 2015;65:179-196.
11. Saslow D, Solomon D, Lawson HW, Killackey M, Kulasingam SL, i in.: American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. Am J Clin Pathol 2012;137:516-542.



## Udar mózgu u kobiet – problem kobiet starszych

Udar mózgu to nagłe wystąpienie ogniskowych lub uogólnionych zaburzeń czynności mózgu, trwających dłużej niż 24 h (o ile wcześniej nie doprowadza do zgonu) i spowodowanych wyłącznie przyczynami naczyniowymi, związanymi z mózgowym przepływem krwi. Jest to definicja WHO z 1970 roku, którą zmodyfikowano w 2013 r., przyjmując, że udar mózgu należy rozpoznawać również w sytuacji, gdy typowe kliniczne objawy udaru trwają krócej niż 24 h, ale ognisko niedokrwienne odpowiedzialne za zespół chorobowy jest udokumentowane jednoznacznie za pomocą badań neuroobrazowych (tomografia komputerowa – TK lub rezonans magnetyczny MR). Jeżeli objawy typowe dla udaru trwają krócej niż 24 godziny i nie stwierdza się zmian w badaniu neuroobrazowym, lub badania nie można było wykonać, to stan ten określamy mianem przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA z ang.)

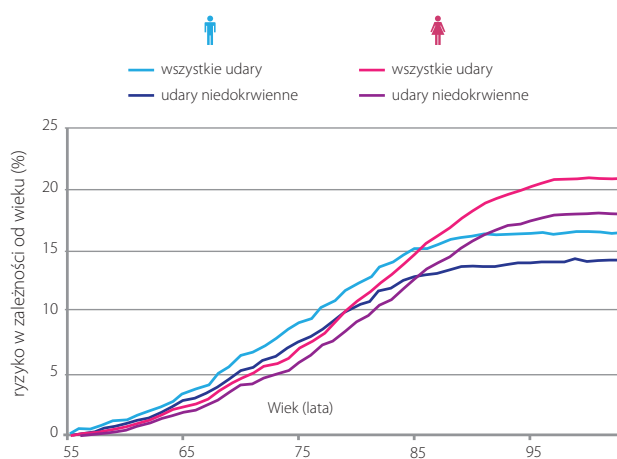
Podstawowymi objawami udaru są: niedowład połowiczny lub porażenie połowiczne, zaburzenia mowy (utrudnione lub zniesione i wypowiedania myśli, niemożność nazywania przedmiotów, brak płynności mowy), zaburzenia widzenia np. niedowidzenie połowiczne, zaburzenia czucia pod postacią osłabienia lub braku czucia zazwyczaj połowy ciała lub odwrotnie – przeczulica, zawroty głowy z zaburzeniami równowagi. W ciężkich przypadkach mogą być wymioty, silny ból głowy i zaburzenia świadomości. Na świecie 15 milionów osób doznaje udaru w ciągu roku (2 miliony w Europie), spośród których 6 milionów umiera w ciągu roku, a ponad połowa tych co przeżyją, wymaga pomocy w czynnościach dnia codziennego. Udar może być spowodowany niedokrwieniem (85% udarów) lub krwotokiem śródmózgowym. Najczęstszą przyczyną udaru w wieku powyżej 50. roku jest miażdżyca naczyń mózgowych i choroby serca.

### Dlaczego warto zwrócić uwagę na udar mózgu u kobiet?

Zapadalność na udar u mężczyzn jest większa niż u kobiet, jednakże rozpowszechnienie udaru w ciągu całego życia u kobiet jest wyższe i wynosi 20%, podczas gdy u mężczyzn 17%. Ponadto 60% wszystkich udarów niedokrwiniennych występuje właśnie u kobiet. W dużej mierze wynika to z dłuższe-

go życia kobiet, a udar jest chorobą charakterystyczną dla wieku starszego. Badania epidemiologiczne wykazały, że u starszych kobiet powyżej 80 lat udar niedokrwienno mózgu występuje istotnie częściej aniżeli u mężczyzn (rys.1). Udary mózgu u kobiet są cięższe i częściej zakończ-





Rys.1. Rozpowszechnienie udaru u kobiet i mężczyzn w ciągu życia

zaadoptowane z pracy Seshadri S i Wolf PA. Lifetime risk of stroke and dementia: current concepts, and estimates from the Framingham Study. *Lancet Neurology* 2007; 6: 1106-14.

zione zgonem lub dużą niesprawnością. W badaniu przeprowadzonym w II Klinice Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie wykazano, że 30 dni po udarze aż 59,9% kobiet wymagało pomocy przy poruszaniu się i w czynnościach dnia codziennego, w porównaniu do 46,2% mężczyzn i częściej były one wypisywane do oddziałów opiekuńczych. Także 30 dniowa śmiertelność była wyższa u kobiet i wynosiła 17,2% vs 13,1% u mężczyzn. Zwraca uwagę także fakt, że leczenie ostrego udaru niedokrwiennego mózgu powinno przebiegać podobnie u kobiet i mężczyzn, gdzie leczenie swoiste za pomocą rt-PA odgrywa kluczową rolę. Okazuje się jednak, że kobiety rzadziej otrzymują leczenie trombolityczne aniżeli mężczyźni, pomimo, że w części badań kobiety odnosiły większe korzyści z tego leczenia.

Krwawienie stanowi poniżej 20% wszystkich udarów. Badania epidemiologiczne wykazały częstsze występowanie tego udaru wśród mężczyzn (o 60%), jednak wśród powikłań - u kobiet z krwotokiem śródmózgowym częściej zdarzała się zakrzepica żył głębokich oraz obserwowano gorszy stan neurologiczny i większą niesprawność w porówna-

niu z mężczyznami. Bardziej na krwotok śródmózgowy narażone są kobiety w okresie postmenopauzalnym (ryzyko krwotoku po menopauzie było 2,5 razy większe w porównaniu do kobiet miesiączkujących).

## Czynniki ryzyka udaru mózgu

Najważniejszymi i dobrze udokumentowanymi czynnikami ryzyka udaru mózgu zarówno u kobiet jak i mężczyzn są: nadciśnienie tętnicze, choroby sercowo-naczyniowe, a zwłaszcza migotanie przedsionków, choroba naczyń wieńcowych z zakrzepem przyściennym i wady zastawkowe, cukrzyca, hiperlipidemia, czynniki środowiskowe i styl życia: palenie papierosów, otyłość i brak aktywności fizycznej, czynniki dietetyczne: zbyt duża podaż sodu > 2300 mg/dobę, niedostateczna podaż potasu < 4700 mg, hiperhomocysteinemia.

Pewne czynniki ryzyka obecne są tylko u kobiet lub występują u obu płci z przewagą kobiet (tab. 1., tab. 2.).

Czynnik ryzyka	Czynnik typowy dla kobiet	Czynnik częściej występujący u kobiet vs mężczyźni
Ciąża	+	
Stan przedrzucawkowy/rzucawka	+	
Cukrzyca ciążowych	+	
Doustne środki antykoncepcyjne	+	
Hormonalna terapia zastępcza postmenopauzalna	+	
Zmiany w stanie hormonalnym	+	
Migotanie przedsionków		+
Migrena z aurą		+
Cukrzyca		+

Tabela 1. Czynniki ryzyka specyficzne dla kobiet

(zaadoptowane z pracy Bushnell C i wsp. Guidelines for the prevention of stroke in women: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2014; 45 (5): 1545-88.)



Czynnik ryzyka	Czynnik częściej występujący u kobiet	Czynniki o podobnym rozpowszechnieniu u kobiet i mężczyzn
Nadciśnienie tętnicze	+	
Brak aktywności fizycznej		+
Wiek		+
Choroby sercowo-naczyniowe		+
Otyłość		+
Dieta		+
Palenie		+
Zespół metaboliczny		+
Depresja	+	
Stres psychosocjalny	+	

Tabela 2. Czynniki ryzyka związane z płcią (wg Bushnell C i wsp. Guidelines for the prevention of stroke in women: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2014; 45 (5): 1545-88.)

## Poniżej zostaną omówione niektóre czynniki ryzyka udaru

### Nadciśnienie tętnicze

Jest to najważniejszy czynnik ryzyka każdego udaru mózgu i stwierdzany jest u 50-70% chorych z udarem. Ryzyko udaru oraz śmiertelności zwiększa zarówno podwyższone ciśnienie krwi skurczowe, jak

i rozkurczowe niezależnie od wieku i płci. Obniżenie ciśnienia skurczowego o 11 mmHg i rozkurczowego o 6 mmHg, zmniejsza ryzyko udaru mózgu o około 40% u obu płci niezależnie od wieku. Ciśnienie tętnicze należy obniżyć do wartości 140/85 mmHg lub niższych. Dobór leku hipotensyjnego powinien być zindywidualizowany w zależności od wieku chorego, współistniejących chorób, stosowanych leków, stanu hormonalnego kobiet.

U kobiet w wieku średnim 55-64 lat zaobserwowano istotnie wyższe wartości średniego ciśnienia krwi oraz częstsze występowanie udaru w porównaniu z mężczyznami. Wieloletnie obserwacje 7302 kobiet bez incydentu sercowo-naczyniowego, w momencie rozpoczęcia obserwacji w wieku 18-39 lat wykazały, że kobiety z nadciśnieniem i drugim poważnym czynnikiem ryzyka miały sześciokrotnie wyższy współczynnik zgonów na rok w porównaniu do kobiet z jednym lub bez poważnego czynnika ryzyka udaru. Dlatego też kobiety w wieku średnim powinny wykonywać częściej pomiary ciśnienia tętniczego, aby wcześniej zastosować u nich w razie potrzeby terapię.

### Migotanie przedsionków – najczęstsza przyczyna zatoru mózgowego

Migotanie przedsionków częstsze jest wśród kobiet i jego rozpowszechnienie wzrasta wraz z wiekiem u obu płci (tab. 1). W niektórych badaniach populacyjnych kobiety z migotaniem przedsionków częściej doznają zatoru mózgowego w porównaniu z mężczyznami. U kobiet migotanie przedsionków było niezależnym złym prognostycznie czynnikiem niepomyślnego zakończenia udaru (zgon lub znaczne inwalidztwo) oraz czynnikiem ryzyka zgonu wewnątrzszpitalnego. Po udarze mózgu z powodu

migotania przedsionków zaleca się przyjmowanie doustnych leków przeciwkrzepliwych: antagoniści witaminy K (warfaryna lub acenocumarol pod kontrolą wskaźnika INR), nowe doustne leki przeciwzakrzepowe (dabigatran, rywaroksaban, apiksaban). Po kardiogennym TIA należy jak najszybciej wdrożyć leczenie przeciwzakrzepowe, po wykluczeniu krwawienia w badaniu neuroobrazowym, o ile nie ma przeciwwskazań.





## Migrena z aurą a udar mózgu

Migrena częściej występuje u kobiet. U kobiet cierpiących na migrenę z aurą zakłada się, iż na każde 100 tys. kobiet na rok dodatkowo u 4 wystąpi udar w porównaniu do kobiet bez migreny. Ponadto

ryzyko udaru znacznie wzrasta u kobiet z migreną, które palą papierosy i przyjmują doustne środki antykoncepcyjne lub hormonalną terapię zastępczą.

---

## Choroby metaboliczne a udar mózgu

### Cukrzyca

Główny przedstawiciel chorób metabolicznych jest niezależnym czynnikiem ryzyka chorób naczyniowych, w tym udaru mózgu. Wykazano, że cukrzyca jest niezależnym czynnikiem ryzyka niepełności i zgonu u kobiet w ciągu roku po udarze oraz jest niezależnym czynnikiem ryzyka różnych powikłań podczas hospitalizacji z powodu udaru zarówno u kobiet, jak i mężczyzn. W polskim rejestrze udarów Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu wśród 12 396 pacjentów z udarem niedokrwiennym cukrzycę stwierdzono u 35,9% pacjentów. Najczęściej występowała w gru-

pie wiekowej 66-80 lat, z przewagą kobiet: u 25,9% kobiet i 19,7% mężczyzn (różnica znamionowa statystycznie;  $p < 0,001$ ). Uważa się, że kobiety z cukrzycą mają większe ryzyko zapadalności na udar w porównaniu z mężczyznami. Cukrzyca i hiperglikemia niekorzystnie wpływają na kliniczny przebieg udaru. Bardzo ważne jest dobre prowadzenie cukrzycy, aby poziom hemoglobiny glikozylowanej nie przekraczał 7%; takie postępowanie zmniejsza występowanie powikłań naczyniowych, w tym udaru mózgu.

---

### Zaburzenia gospodarki lipidowej

Są one bardzo ważnym czynnikiem ryzyka choroby niedokrwiennej serca, jednak nie wykazano tak prostego związku z udarem. Hiperlipidemia sprzyja rozwojowi miażdżycy także w naczyniach dogłowych i mózgu. Statyny zmniejszają proces zmian miażdżycowych w tętnicach i zmniejsza się wówczas ryzyko incydentów naczyniowych, w tym udaru mózgu u obu płci. Przeprowadzona metaanaliza z 61 badań europejskich i z Ameryki Północnej dotycząca 900 tys. dorosłych bez wcześniejszych schorzeń wykazała, że obniżenie poziomu cholesterolu całkowitego o 1 mmol/L było związane ze

zmniejszeniem umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca i udaru zarówno u kobiet jak i u mężczyzn po 40. roku życia.

Z gospodarką lipidową wykazuje związek alkohol, który spożywany w małych ilościach podwyższa poziom frakcji ochronnej cholesterolu -HDL cholesterolu (cholesterol o dużej gęstości). Uważa się, że 5-15g alkoholu etylowego dziennie u kobiet w średnim wieku, a 10-30g u mężczyzn zmniejsza ryzyko udaru niedokrwinnego. Niestety nawet małe dawki alkoholu nie wykazują takiego ochronnego działania w stosunku do udaru krwotocznego.

## Nadwaga i otyłość – związek z udarem

Wśród kobiet nadwaga i otyłość są niezależnymi czynnikami ryzyka udaru. Dlatego też u kobiet ważną rolę odgrywa dieta niskotłuszczowa i niskosodowa, jak również aktywność fizyczna, które redukują otyłość i zmniejszają ryzyko chorób naczyniowych. Regularny 30 minutowy wysiłek fizyczny, najlepiej codzienny, powoduje spadek poziomu cholesterolu, zmniejsza ciśnienie krwi, pozytywnie wpływa na poziom glukozy i obniża ryzyko chorób naczyniowych do 30%. Zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn najniższa umieralność jest gdy BMI (wskaźnik masy ciała z ang.) wynosi około 22,5-25kg/m<sup>2</sup>.

Po 40. roku życia wraz ze wzrostem BMI ryzyko udaru niedokrwinnego, jak i krwotocznego zwiększa się u obu płci oraz wzrasta umieralność z powodu udaru. U kobiet szybciej niż u mężczyzn rozwija się zespół metaboliczny, w którym wcześniej dochodzi do zmian miażdżycowych w tętnicach szyjnych i znacznie wzrasta ryzyko udaru mózgu. Dlatego też kobiety z nadwagą wymagają wcześniejszej i zdecydowanej strategii prewencyjnej, aby nie dopuścić do rozwinięcia się powikłań naczyniowych, w tym udaru mózgu.

---

## Hormonoterapia zastępcza

W badaniach na zwierzętach wykazano, że naturalne estrogeny wywierają efekt neuroprotekcyny, czyli chronią mózg przed skutkami udaru, jak również, że zwalniają rozwój miażdżycy. Nie znalazło to jednak potwierdzenia w badaniach u kobiet. W prospektywnym badaniu HERS obejmującym 2 763 kobiety po menopauzie hormonoterapia zastępcza (HTZ) nie zmniejszyła ani ryzyka udaru ani TIA, a ryzyko zawału serca w pierwszym roku jej stosowania nawet wzrosło. Również inne duże badania: WEST i WHI wykazały niekorzystny wpływ HTZ

na udar mózgu i na chorobę niedokrwinną serca, zwiększając ryzyko ich wystąpienia. Jeżeli HTZ jest konieczna ze względów medycznych u kobiet ze schorzeniami sercowo-naczyniowymi w okresie menopauzalnym i postmenopauzalnym, to najmniejsze ryzyko powikłań zakrzepowych dają preparaty estrogenowo-progestogenowe (progestogen neutralny metabolicznie) podawane w formie transdermalnej. Jeżeli u kobiet stosujących HTZ wystąpi udar mózgu, to po udarze nie są one ponownie zalecane.

---

## Następstwa udaru u kobiet

Po udarze, w części badań, obserwowano gorsze następstwa udaru u kobiet starszych i w średnim wieku w porównaniu z mężczyznami, takie jak: słabsza aktywność dnia codziennego, zaburzenia psychiczne i depresyjne oraz zespół przewlekłego zmęczenia, wypisywanie do ośrodka opiekuńczego. Na stan po udarze bardzo wpływa u kobiet stan funkcjonowania przed udarem – im ten stan lepszy tym rokowanie lepsze. Dlatego też bardzo ważna

jest dbałość zarówno o kondycję psychiczno-poznawczą, jak i sprawność fizyczną.

Udar może być problemem kobiet młodszych, ale wówczas jest to schorzenie niezwykle rzadkie. U kobiet młodszych do udaru predysponują zapalenia naczyń, zaburzenia krzepnięcia, w szczególnych sytuacjach ciąża, środki antykoncepcyjne, zwłaszcza kiedy współistnieją inne czynniki ryzyka.



## Rekomendacje

Wskazane jest prowadzenie dalszych badań w celu lepszego poznania biologii i różnic płciowych w odniesieniu do czynników ryzyka i przebiegu udaru zarówno niedokrwinnego, jak i krwotocznego, po to, aby działania profilaktyczne i lecznicze wpłynęły na coraz lepsze postępowanie u kobiet, jak

i mężczyzn, uwzględniając specyfikę płci. Konieczne są także dalsze wielokierunkowe badania, oceniające wpływ hormonów płciowych na przebieg krwotoku śródmózgowego, a także dokładniejsza ocena innych czynników mających wpływ na krwotok u obu płci.

---

## PIŚMIENNICTWO

1. Bushnell C, McCullough LD, Awad IA, I wsp. Guidelines for the prevention of stroke in women: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2014; 45 (5): 1545-88.
2. Cappy H, Lucas C, Catteau-Jonard S, Robin G. Migrain and contraception. *Gynecol Obstet Fertil.* 2015; 43 (3):234-41.
3. Gokhale S, Caplan LR, James ML. Sex differences in incidence, pathophysiology, and outcome of primary intracerebral hemorrhage. *Stroke* 2015; 46: 886-892.
4. Jauch EC, Saver JL, Adams HP I wsp. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke. *Stroke* 2013; 44: 870-947.
5. Niewada M, Kobayashi A, Sandercock P I wsp. Influence of gender on baseline features and clinical outcome among 17,370 patients with confirmed ischaemic stroke in the international stroke trial. *Neuroepidemiology* 2006; 24: 123-128.
6. Postępowanie w udarze mózgu. Wytyczne Grupy Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. *Neurol Neurochir Pol* 2012; 46; 1 (supl. 1)
7. Simon JA, Hsia J, Cauley JA i wsp. Postmenopausal hormone therapy and risk of stroke: The Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS). *Circulation* 2001; 103: 638-642.
8. Wiszniewska M, Kobayashi A, Milewska D, Szych Z, Członkowska A. Czy przebieg oraz następstwa udaru niedokrwinnego mózgu są różne u kobiet i mężczyzn w zależności od wieku? *Postępy Psych Neurol* 2006; 15: 11-15.
9. Wiszniewska M., Członkowska A., Kobayashi A. i wsp. Różnice pomiędzy czynnikami ryzyka u mężczyzn i kobiet z udarem niedokrwinnym mózgu w różnym wieku.



# Cukrzyca i jej skutki dla innych narządów

## Wstęp

Według Światowej Organizacji Zdrowia pojęcie cukrzycy obejmuje grupę chorób metabolicznych o różnorodnej etiologii charakteryzujących się zwiększonym poziomem glukozy (przewlekłą hiperglikemią) i zaburzeniami metabolizmu węglowodanów, tłuszczów i białek w wyniku defektu wydzielania insuliny lub (i) działania insuliny. Insulina jest niezbędnym do życia hormonem wydzielanym przez komórki B trzustki odpowiedzialnym za szereg przemian metabolicznych.

Na świecie dynamicznie wzrastają zapadalność i chorobowość związane z cukrzycą. Na świecie choruje obecnie około 390 milionów osób i grupa tych chorych powiększy się prawdopodobnie o kolejne 200 milionów w ciągu nadchodzących 20 lat. Wzrost liczby chorych na cukrzycę jest spowodowany głównie wzrostem zapadalności na cukrzycę typu 2, która stanowi ok. 85-95 % wszystkich przypadków tej choroby. Bezpośrednie przyczyny wzrostu zachorowalności na cukrzycę typu 2 to: starzenie się, wzrost występowania otyłości i zwiększająca się kaloryczność stosowanej diety oraz coraz mniejsza aktywność fizyczna populacji światowej.

W populacji europejskiej, gdy uwzględniono wpływ czasu życia i częstość cukrzycy nieznanej, występowanie cukrzycy określa się nawet na 30-40%. Z przeprowadzonych w różnych populacjach badań wynika, że ponad połowa osób z cukrzycą nie jest świadoma obecności choroby. Jak wykazały badania NATPOL Plus, w Polsce określa się na 6,7%, w tym 6,4% u kobiet i 7% w grupie mężczyzn. Ostatnie raporty Międzynarodowej Federacji Cukrzycy informują, że w Polsce cukrzycę zdiagnozowano u około 2 mln 100 tys. osób. Biorąc pod uwagę osoby niezdiagnozowane w naszym kraju chorobą tą dotkniętych jest około 3 mln osób. Jak wynika ze statystyk, do 50. roku życia zapadalność na cukrzycę jest podobna u kobiet i mężczyzn, natomiast po 50. roku życia kobiety częściej zapadają na cukrzycę. W grupie wiekowej 65-74 lat częstość ta wynosi ok. 16% u mężczyzn, natomiast u kobiet ponad 20%. Podobnie jak w innych populacjach, w Polsce częstość cukrzycy nieznanej (niewykrytej) jest wysoka i stanowi ok. 1/3 wszystkich przypadków cukrzycy.

## Podział, rozpoznawanie cukrzycy i stanów przedcukrzycowych

Światowa Organizacja Zdrowia wyróżnia 4 główne kategorie etiologiczne cukrzycy:

**1. cukrzyca typu 1-** charakteryzuje się deficytem insuliny w wyniku uszkodzenia komórek B trzustki. Zwykle występuje u osób młodych, ale może zdarzać się w każdym wieku.

**2. cukrzyca typu 2-** jest spowodowana zarówno zaburzeniami wydzielania insuliny jak i zmniejszeniem wrażliwości komórek i tkanek organizmu na insulinę

**3. do innych specyficznych typów cukrzycy należy cukrzyca o znanym czynniku patogenetycznym**



np. spowodowana mutacją pojedynczego genu, a także cukrzyca wtórna, która stanowi powikłanie innych chorób lub stosowanego leczenia.

4. specjalną grupę zaburzeń węglowodanowych stanowi hiperglikemia u kobiet w ciąży.

Do stanów związanych z zaburzeniami węglowodanowymi należą też stany przedcukrzycowe: nieprawidłowa glikemia na czczo i nieprawidłowa tolerancja glukozy. Stany przedcukrzycowe mogą wyprzedzać wystąpienie cukrzycy o różnej etiologii.

Z uwagi na dominującą częstość występowania i stały wzrost zachorowalności w populacji, a także generowanie ogromnych kosztów, cukrzyca typu 2 stanowi wyzwanie dla współczesnych społeczeństw i systemów opieki zdrowotnej. Cukrzyca typu 2 i stany przedcukrzycowe często współistnieją z innymi czynnikami ryzyka chorób na tle miażdżycy: nadciśnieniem tętniczym, zaburzeniami lipidowymi i otyłością.

Na obecność cukrzycy mogą wskazywać objawy kliniczne: zmniejszenie masy ciała, wzmożone pragnienie, wielomocz, osłabienie, pojawienie się zmian ropnych na skórze oraz trudnych do leczenia stanów zapalnych, głównie narządów moczowo-płciowych.

Wówczas do rozpoznania cukrzycy na ogół wystarcza oznaczenie poziomu glukozy przygodnej (tzn. w próbce krwi pobranej o dowolnej porze dnia niezależnie od posiłku). U ponad połowy chorych na cukrzycę objawy kliniczne nie występują. Konieczne jest więc przeprowadzanie badań przesiewowych i czynne poszukiwanie cukrzycy.

Jeśli nie występują objawy hiperglikemii, badanie w kierunku cukrzycy (poziom glukozy na czczo i dostny test tolerancji glukozy) należy przeprowadzić raz w ciągu 3 lat u każdej osoby powyżej 45. roku życia. Ponadto, niezależnie od wieku, badanie to należy wykonać co roku u osób, z takich grup ryzyka jak osoby: z nadwagą (BMI > 25 kg/m<sup>2</sup>, z cukrzycą występującą w rodzinie, o niskiej aktywności fizycznej, u których w poprzednim badaniu stwierdzono stan przedcukrzycowy (nieprawidłową glikemię na czczo lub nietolerancję glukozy), z nadciśnieniem tętniczym (> 140/90 mm Hg), z przebytą cukrzycą ciążową; u kobiet, które urodziły dziecko o masie ciała > 4 kg; z hiperlipidemią (stężenie cholesterolu frakcji HDL < 40 mg/dl (< 1,0 mmol/l) i/lub triglicerydów > 250 mg/dl (2,85 mmol/l), z zespołem policystycznych jajników, z mukowiscydozą i z chorobą układu sercowo-naczyniowego.

---

## Przewlekłe powikłania cukrzycy i zagrożenie innymi schorzeniami u chorych na cukrzycę

Jak wynika z definicji Światowej Organizacji Zdrowia w cukrzycy przewlekła hiperglikemia może prowadzić do uszkodzenia, dysfunkcji i niewydolności różnych narządów: narządu wzroku - retinopatii cukrzycowej, nerek - nefropatii cukrzycowej, układu nerwowego - neuropatii, wiąże się z ryzykiem rozwoju stopy cukrzycowej oraz zwiększonym ryzykiem występowania chorób serca, naczyń obwodowych i choroby naczyniowej mózgu.

Obecność cukrzycy jest także związana ze zwiększeniem ryzyka nowotworów. Względne ryzyko związane z cukrzycą typu 2 wzrasta ponad dwukrotnie w odniesieniu do raka trzustki, raka endometrium i nowotworów wątroby oraz 1,2-1,5 razy w stosunku do raka jelita grubego, raka sutka i pęcherza moczowego.

Przewlekłe powikłania cukrzycy są główną przyczyną zwiększonej umieralności i inwalidztwa cho-



rych na cukrzycę. Generują także najwyższe koszty dla systemów opieki zdrowotnej i koszty społeczne. W licznych badaniach dowiedziono, że wczesne wykrycie i właściwe kompleksowe leczenie chorych na cukrzycę może zredukować ryzyko wystąpienia

i progresji przewlekłych powikłań cukrzycy. W leczeniu cukrzycy należy dążyć do osiągnięcia wszystkich wartości docelowych gospodarki węglowodanowej, lipidowej, ciśnienia tętniczego, a także do normalizacji masy ciała.

---

## Cukrzyca i stany przedcukrzycowe a choroby rozwijające się na podłożu miażdżycy

Hiperglikemia jest związana ze wzrostem ryzyka zachorowania i zgonu z powodu chorób serca i naczyń rozwijających się na podłożu miażdżycy: głównie choroby niedokrwiennej serca, ale także choroby naczyniowej mózgu i choroby tętnic obwodowych. Bezobjawowe zaburzenia metabolizmu glukozy (niewykryta cukrzyca lub stan przedcukrzycowy) zwiększają ponad dwukrotnie ryzyko zawału serca i udaru mózgu, a rozpoznanie choroby często dopiero w okresie rozwiniętych przewlekłych powikłań naczyniowych ma istotne znaczenie rokownicze.

U chorych na cukrzycę w porównaniu do osób bez cukrzycy względne ryzyko wystąpienia chorób serca i naczyń wzrasta około 2-3-krotnie u mężczyzn i 3-5-krotnie u kobiet. Ryzyko to jest zróżnicowane zależnie od typu cukrzycy i populacji.

W cukrzycy typu 1 ryzyko całkowite chorób naczyń i serca jest zależne od wieku i czasu trwania choroby, wzrasta też gwałtownie u chorych z cukrzycową chorobą nerek.

W cukrzycy 2 typu ryzyko chorób naczyniowo-sercowych jest zwiększone u wszystkich chorych, co więcej wzrasta już w okresie przedcukrzycowym. Ze względu na dominującą częstość cukrzycy typu 2 skala występowania powikłań naczyniowych jest tutaj znacznie większa i w obliczu progresywnego wzrostu częstości cukrzycy 2 typu na świecie będzie narastać. Główną przyczyną zgonów chorych na cukrzycę jest choroba niedokrwienna serca.

Poziom ryzyka zgonu w cukrzycy 2 typu jest równoważny poziomowi ryzyka związanego z przebytym wcześniej zawałem serca. U kobiet większy jest wpływ cukrzycy na ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych i zgonu, natomiast u mężczyzn większe znaczenie dla wzrostu ryzyka posiada przebyte zawału serca. Dowiedziono, że przebyte zawału serca przez chorego z cukrzycą zwiększa ryzyko kolejnego zawału lub zgonu do 45%.

Do głównych przyczyn negatywnego wpływu cukrzycy na rokowanie należą: kumulacja czynników ryzyka prowadząca do zaawansowanych i szybko postępujących zmian miażdżycowych, obecność uszkodzenia mikrokrążenia oraz bezpośrednie skutki przewlekłej i ostrej hiperglikemii. Śmiertelność z przyczyn sercowo-naczyniowych wzrasta w miarę progresji cukrzycy, a więc postępu zarówno zaburzeń metabolicznych, jak i wzrostu ciężkości powikłań.

U około 60% pacjentów hospitalizowanych z powodu ostrego zespołu wieńcowego i u około 40% pacjentów z udarem mózgu cukrzyca lub nietolerancja glukozy jest rozpoznawana po raz pierwszy. Konieczne jest więc czynne poszukiwanie cukrzycy w tych grupach chorych. Wzrost ryzyka zgonu w przebiegu choroby niedokrwiennej serca jest stwierdzany u osób już w okresie upośledzonej tolerancji glukozy. W obu typach cukrzycy wzrost ryzyka choroby serca i naczyń wynika z obecności cukrzycy

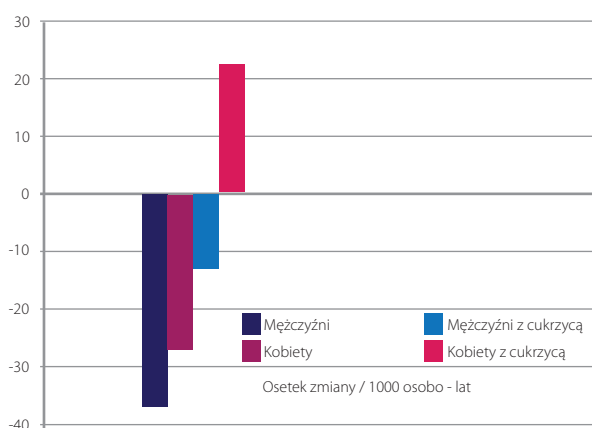


oraz związanych z nią czynników ryzyka. Współistnienie cukrzycy z wielokrotnia ryzyko bezwzględne

związane z innymi czynnikami ryzyka.

## Specyfika przewlekłych naczyniowych powikłań cukrzycy u kobiet

Obraz kliniczny cukrzycy i powikłań sercowo-naczyniowych u kobiet nie różni się istotnie w porównaniu do grupy mężczyzn, ale rokowanie jest gorsze. Z badań NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey) przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych wynika, że w ciągu 20 lat obserwacji, pomimo globalnego zmniejszenia umieralności z powodu chorób układu krążenia nie zaobserwowano podobnych tendencji w grupie kobiet chorych na cukrzycę. Wskaźnik umieralności kobiet uległ bowiem pogorszeniu (ryc1).



Rys. 1. Zmiany w śmiertelności z powodu chorób układu krążenia z uwzględnieniem wieku i płci w 30 - letnim okresie obserwacji w Narodowym Badaniu Stanu Zdrowia i Odżywiania (NHANES-I) (N=9639).

U kobiet chorych na cukrzycę, a także u kobiet z insulinoopornością, już w okresie przedmenopauzalnym, wzrasta ryzyko ostrych zespołów wieńcowych i zgonu sercowego w porównaniu do populacji kobiet bez cukrzycy, a także w porównaniu do mężczyzn. Związane z cukrzycą względne ryzyko zgonu z powodu choroby wieńcowej jest o 50% wyższe u kobiet niż u mężczyzn. Wśród czynników

sprawczych wymieniane są: hiperglikemia, oporność na insulinę i hiperinsulinemia, dyslipidemia i obniżone stężenie HDL-cholesterolu oraz uszkodzenie śródbłonna naczyniowego.

Jednym z podstawowych czynników ryzyka zarówno cukrzycy jak i chorób układu krążenia u kobiet jest otyłość brzuszna (typu „jabłko”) charakteryzująca się nagromadzeniem tkanki tłuszczowej w okolicy trzewnej. Częstość występowania nadwagi i otyłości u kobiet w Polsce ocenia się na ponad 50%. U kobiet po okresie menopauzy istnieje tendencja do redystrybucji tkanki tłuszczowej i wystąpienia otyłości brzusznej, zwiększa się też ryzyko tworzenia zakrzepów, wystąpienia zaburzeń lipidowych i przyspieszenia miażdżycy. Otyłość brzuszna w skojarzeniu z innymi czynnikami ryzyka chorób serca i naczyń, jak nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, cukrzyca stanowią zespół metaboliczny. Zespół metaboliczny dotyczy w Polsce ok. 25% kobiet. Obecność tkanki tłuszczowej trzewnej powoduje zarówno oporność na działanie insuliny, co jest jednym z czynników prowadzących do rozwoju cukrzycy i stanowi źródło czynników zapalnych odpowiedzialnych za procesy miażdżycowe. Wykazano, że u kobiet z cechami zespołu metabolicznego wskaźniki zapalne przepowiadają wystąpienie ostrego zespołu wieńcowego. Wykazano ponadto, że u otyłych kobiet zaburzenia gospodarki węglowodanowej są czynnikiem ryzyka choroby niedokrwiennej serca.

Okazuje się także, że występowanie nadwagi w okresie młodzieńczym u kobiet w ponad 2-krotnie większym stopniu niż u mężczyzn zwiększa zagrożenie wystąpieniem choroby układu krążenia w przyszłości.



## Prewencja lub opóźnianie wystąpienia cukrzycy typu 2

Celem działań prewencyjnych jest zmniejszenie częstości występowania zachorowań na cukrzycę. Istnieją dwa podejścia do prewencji cukrzycy:

- strategia ogólnopopulacyjna
- strategia wysokiego ryzyka.

Strategia ogólnopopulacyjna polega na zmniejszeniu narażenia lub eliminacji czynników ryzyka zachorowania na cukrzycę. Jest ona domeną zdrowia publicznego i powinna być realizowana głównie przez jednostki administracji państwowej i inne jednostki użyteczności publicznej we współpracy ze środkami masowego przekazu, przy poparciu zakładów opieki zdrowotnej.

Metody działania to edukacja i promocja zdrowia, a także tworzenie infrastruktury umożliwiającej zdrowy tryb życia.

Dowodów na skuteczność strategii ogólnopopulacyjnej dostarczyło badanie przeprowadzone w ramach Narodowego Programu Prewencji i Opieki Diabetologicznej w Finlandii (Development Programme for the Prevention and Care of Diabetes in Finland). Poprzez interwencję dotyczącą zmiany stylu życia, badanie to wykazało skuteczność prewencyjnych działań populacyjnych w odniesieniu do zapobiegania otyłości i cukrzycy typu 2. Poddana interwencji populacja odniosła także korzyści w zakresie obniżenia wyliczonego wskaźnika wystąpienia choroby układu krążenia.

Dotychczasowe prewencyjne działania populacyjne okazały się skuteczne w odniesieniu do chorób naczyń i serca w populacji ogólnej. W podgrupach chorych na cukrzycę efektywność tych działań była niewielka, a całkowite ryzyko sercowo-naczyniowe było 2-krotnie wyższe niż u osób bez cukrzycy.

Strategia wysokiego ryzyka polega na czynnym wyszukiwaniu zagrożonych cukrzycą osób i objęciu ich opieką i poradnictwem. Stanowi to zadanie dla

instytucji opieki zdrowotnej w szczególności podstawowej opieki zdrowotnej.

Postępowanie interwencyjne u pacjentów charakteryzujących się obecnością stanu przedcukrzycowego polega na zaleceniu zmniejszenia masy ciała i zwiększenia aktywności fizycznej. Zaleca się także badanie chorych pod kątem występowania innych czynników ryzyka chorób układu sercowo – naczyniowego (np. palenia tytoniu, nadciśnienia tętniczego, zaburzeń lipidowych) oraz ich eliminację i leczenie. Osoby cechujące się podwyższonym ryzykiem rozwoju cukrzycy powinny wiedzieć o korzyściach związanych z umiarkowanym zmniejszeniem masy ciała (około 10%) i regularną aktywnością fizyczną (30-45 min. dziennie). Dla skuteczności prewencji decydujące znaczenie ma powtarzanie porad dotyczących zmian stylu życia. U osób charakteryzujących się obecnością stanu przedcukrzycowego badania w kierunku rozpoznania cukrzycy powinno się przeprowadzać co 1 – 2 lata.

U chorych z upośledzoną tolerancją glukozy dowiedziono redukcji ryzyka (lub opóźnienia rozwoju) cukrzycy o prawie 60% w wyniku zmiany stylu życia oraz o około 25 - 37% w wyniku zastosowania niektórych leków. W niektórych z cytowanych badań uzyskano redukcję czynników ryzyka chorób naczyń i serca, a wśród nich poprawę ciśnienia tętniczego, lipidów, wskaźników zapalnych.

Z badań prewencyjnych dotyczących chorób układu krążenia wynika silny związek regularnej aktywności fizycznej z redukcją ryzyka wystąpienia choroby układu krążenia i zgonu, dotyczący także podgrup chorych z cukrzycą.





## Podsumowanie

Rozpowszechnienie czynników ryzyka cukrzycy i chorób układu krążenia u kobiet jest duże i wzrasta wraz z wiekiem. Przyczyną jest brak aktywności fizycznej, stosowanie wysokokalorycznej i bogatej w węglowodany diety. Zagrożenia wynikające ze współczesnego stylu życia kobiet powinny skłaniać do podejmowania działań prewencyjnych zarówno w wymiarze ogólnopopulacyjnym, jak u osób wysokiego ryzyka.

Programami prewencyjnym, jak wynika z badań, należy objąć już dzieci i młodzież, bo wtedy kształtują się nawyki żywieniowe i dotyczące stylu życia, w tym aktywności fizycznej w przyszłości. Działania prozdrowotne zarówno na poziomie populacyjnym, jak i u osób zwiększonego ryzyka rozwoju cukrzycy i chorób układu krążenia dają szanse zmniejszenia umieralności i poprawy jakości życia w populacji kobiet.

Przewlekłe powikłania cukrzycy są główną przyczyną zwiększonej umieralności i inwalidztwa chorych na cukrzycę. Kobiety chore na cukrzycę wcześniej zapadają na choroby układu sercowo-naczyniowego i gorzej rokują. Generują także najwyższe koszty dla systemów opieki zdrowotnej i koszty społeczne.

W licznych badaniach dowiedziono, że wczesne wykrycie i właściwe kompleksowe specjalistyczne leczenie chorych na cukrzycę może redukować ryzyko wystąpienia i progresji przewlekłych powikłań cukrzycy również w grupie kobiet.

---

## PIŚMIENNICTWO

1. Kozek E: Cukrzyca i stany przedcukrzycowe a choroby sercowo-naczyniowe. W Podręczniku Polskiego Forum Profilaktyki, tom 1 pod red. P. Podolca. Medycyna Praktyczna; Kraków 2007.
2. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2015. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Diabetologia Kliniczna, 2015, tom 4, supl. A.
3. Rutkowski M, Bandosz P, Czupryniak L. i wsp. Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in Poland- the NATPOL 2011 Study. Diabet Med. 2014; 31: 1568-71.
4. Gu K1, Cowie CC, Harris MI. Diabetes and decline in heart disease mortality in US adults. JAMA. 1999, 281:1291-7.
5. Cho E, Rimm EB, Stampfer MJ: The impact of diabetes mellitus and prior myocardial infarction on mortality from all causes and from coronary heart disease in men. J Am Coll Cardiol. 2002, 40, 954-60
6. Lindström J1, Absetz P, Hemiö K, Peltonmäki P, Peltonen M. Reducing the risk of type 2 diabetes with nutrition and physical activity - efficacy and implementation of lifestyle interventions in Finland. Public Health Nutr. 2010;13(6A):993-9.
7. Tuomiletho J, Lindstrom J, Eroksson JG, Valle TT, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P. et al: Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N. Engl. J. Med. 2001, 344, 1343-1350.



# Menopauza jako zdrowotne i psychologiczne doświadczenie w życiu kobiety

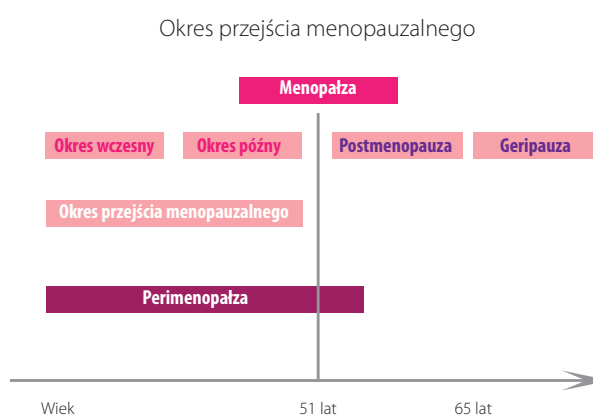
## Czas występowania, zachodzące zmiany

Z punktu widzenia procesów prokreacji, w życiu kobiet wyodrębnia się trzy okresy: przygotowawczy, rozrodczy i czas po zakończeniu rozrodczości. Kryterium wyznaczającym ramy czasowe tych okresów jest wiek wystąpienia pierwszej (menarche) i ostatniej (menopauza) miesiączki w życiu kobiety. Ostatecznie zmiany te prowadzą do nieodwracalnej utraty płodności – przeciętnie na 5–10 lat przed wystąpieniem w życiu kobiety ostatniej miesiączki. Okres, po zakończeniu rozrodczości, charakteryzują zmiany inwolucyjne (zanikowe), występujące w układzie rozrodczym najwcześniej ze wszystkich układów w organizmie kobiet. Niniejszy artykuł zostanie poświęcony zmianom fizjologicznym i psychologicznym, jakie zachodzą u kobiet w okresie menopauzy.

Wiek, w którym występuje menopauza u kobiet, w kręgu kultury zachodniej to średnio 50 lat. Badania przeprowadzone w Wielkiej Brytanii określają ten wiek na 50,8, badania amerykańskie przeprowadzone na populacji kobiet z Massachusetts - na 51,3, a polskie badania przeprowadzone na populacji kobiet wielkopolskich - na  $49 \pm 3,9$ . (dane z 2001 roku). Obecnie, w związku ze znacznym wydłużeniem średniej wieku przeżycia kobiet, wiele z nich pragnie przedłużyć swoją aktywność, często sięgając po hormonoterapię zastępczą, odsuwając w czasie menopauzę i przejście w stan „hormonalnego spoczynku”. Istniejąca presja kultury współczesnej, waloryzująca silnie młodość, stwarza dodatkową potrzebę odsuwania od siebie starości. Mediana wieku menopauzy naturalnej, wyznaczona metodą Kaplana-Meiera dla populacji 8 tys. losowo wybranych

kobiet (w wieku 25-60) wynosi 51,25 lat. Ogólnie w chwili obecnej przyjmuje się, iż Polki przechodzą menopauzę przeciętnie między 48. a 52. rokiem życia.

Na to, w jakim wieku wystąpi menopauza, wpływają następujące czynniki: socjoekonomiczne, dziedziczne, klimatyczne, a także palenie papierosów, utrata jajnika w młodym wieku, przyjmowanie doustnych środków antykoncepcyjnych, picie alkoholu (w ograniczonym zakresie). Dotychczas uważano również, iż wiek pojawienia się pierwszej miesiączki miał wpływ na wcześniejsze lub późniejsze wystąpienie menopauzy, jednak badania populacyjne nie do końca potwierdzają tę teorię. Obserwuje się różnice w średniej wieku menopauzy pomiędzy poszczególnymi krajami. Polki w porównaniu ze Słowenkami i Francuzkami przechodzą menopauzę o rok wcześniej.



Okres przekwitania, to czas tzw. „zawirowań hormonalnych”. W okresie poprzedzającym bezpo-



średnio menopauzę dochodzi do spadku stężenia estrogenów, progesteronu, inhibin, androgenów jajnikowych i nadnerczowych. Stężenie estradiolu w surowicy zwykle osiąga wartość poniżej 30 pg/ml. Równocześnie dochodzi do wzrostu stężenia gonadotropin (hormonów przysadkowych- FSH i LH). Wzrost stężenia FSH poprzedza wystąpienie menopauzy o około 6 lat, a wzrost stężenia LH o około 4 lata. W okresie po wystąpieniu menopauzy stężenie FSH i LH przewyższa wielokrotnie te, obserwowane w okresie reprodukcyjnym. Wydzielanie gonadoliberyny jest niezaburzone. Stężenie estradiolu jest bardzo niskie. Głównym estrogenem po menopauzie jest estron, którego ilość waha się w granicach 20-60 pg/ml. Wzrost stężenia estronu powyżej 70-75 pg/ml może być związany z występowaniem epizodów nieprawidłowych krwawień z macicy.

Okres menopauzy to czas pojawiania się różnych objawów somatycznych u kobiet. Zespołem klimakterycznym jest nazywany zespół objawów związanych z przekwitaniem, do których zalicza się objawy naczynioruchowe (uderzenia gorąca, nocne pocenie), somatyczne (zawroty i bóle głowy, parestezje) i psychiczne (nadpobudliwość, obniżenie nastroju, labilność emocjonalna). Uderzenia gorąca pojawiają się u większości kobiet w 6-12 miesięcy przed menopauzą, a zanikają zwykle w 2-3 lata po menopauzie. Objawy naczynioruchowe utrzymują się u 60-80% pacjentek po menopauzie. Czynniki sprzyjające ich występowaniu to: gorąca i wilgotna pogoda, gorące pokarmy, używki (nikotyna, alkohol) oraz stres psychiczny. Uderzenia gorąca są szczególnie nasilone w pewnych stanach patologicznych, takich jak nadczynność tarczycy, guzy chromochłonne nadnerczy. Za występowanie objawów wypadowych są odpowiedzialne zmiany w stężeniach takich substancji: jak adrenalina, dopamina, serotonina i prostaglandyny. Również w innych układach organizmu kobiety zachodzą zmiany. Przyjmuje się, iż główną przyczyną umieralności kobiet po menopauzie jest choroba niedokrwienna serca. Niedobór estrogenów jest przyczyną niekorzystnych zmian w profilu lipidowym, zmian w obrębie ściany

naczyniowej promujących powstawanie blaszki miażdżycowej i agregację płytek, co prowadzi do zwężenia światła naczyń i turbulentnego przepływu krwi. Po menopauzie stwierdzono zmniejszenie wydzielania insuliny przez trzustkę w połączeniu z względną hiperinsulinemią na tle narastającej insulinooporności tkanek obwodowych. Insulinooporność ma wiele konsekwencji medycznych, takich jak nadciśnienie, hiperlipidemia i miażdżycy.

Zmiany zachodzące w strukturze mineralnej kości związane są ze spadkiem stężenia 17-beta-estradiolu. W sytuacji niedoboru estrogenów dochodzi do zwiększenia dojrzewania osteoklastów (komórek odpowiedzialnych za rozkład i modelowanie struktury kości), przy równoczesnym zmniejszeniu lokalnej produkcji cytokin pobudzających wzrost gęstości kości. Inne czynniki sprzyjające wystąpieniu osteoporozy postmenopauzalnej to: siedzący tryb życia, złamanie szyjki kości udowej u matki, BMI < 19 kg/m<sup>2</sup>, stosowanie leków, takich jak glikokortykosteroidy, leki przeciwdrgawkowe, heparyna i cytostatyki, oraz używek, takich jak papierosy, kawa i alkohol.

W obrębie kręgow utrata gęstości tkanki kostnej wynosi około 12% rocznie w ciągu kilku pierwszych lat, a potem 3% rocznie. Zaobserwowano, iż w pierwszych 10 latach po menopauzie utrata gęstości mineralnej szyjki kości udowej wynosi 9,1%, a obniżenie gęstości kości kręgow odcinka lędźwiowo-krzyżowego 10,6%. Należy pamiętać, że utrata masy kostnej wywołana niedoborem estrogenów trwa do końca życia pacjentki.

Deficyt estrogenów obok czynników dziedzicznych i działania promieni ultrafioletowych jest wymieniany wśród głównych czynników odpowiedzialnych za starzenie się skóry. Stwierdzono, że stan ten prowadzi do spadku zawartości kolagenu i kwasu hialuronowego w skórze, zmniejszenie grubości warstwy naskórka oraz spadku liczby i aktywności fibroblastów w tkance podskórnej, w wyniku czego dochodzi do znacznego obniżenia jędrności skóry. Badania ukazują, że zawartość podstawowych włókien łącznotkankowych w skórze



zmniejsza się średnio o 1% z każdym rokiem. Żeńskie hormony płciowe są zaangażowane w proces tworzenia nowych naczyń włosowatych skóry właściwej i tkanki podskórnej, zaopatrujących zewnętrzną powłokę ciała w substancje odżywcze, budulcowe i tlen. Zmniejszenie ich stężenia znacznie pogarsza stopień odżywienia skóry. Zmienione właściwości skóry i błon śluzowych sprzyjają wystąpieniu wielu chorób typowych dla okresu klimakterium, takich jak: rogowacenie starcze, zanikowe zapalenie sromu i pochwy oraz liszaj twardzinowy sromu.

Dolegliwości związane ze zmianami zanikowymi w układzie moczowo-płciowym występują u około połowy kobiet po 60. roku życia. Niedobór hormonów płciowych prowadzi do zmniejszenia napięcia mięśni gładkich i poprzecznie prążkowanych oraz zmian zanikowych w obrębie tkanki łącznej otoczenia pęcherza i cewki moczowej oraz przypochwia. W odniesieniu do cewki moczowej stwierdza się: zmniejszenie: grubości błony śluzowej, ukrwienia i zawartości kolagenu oraz zmiany w aparacie podtrzymującym mięśniowym i łącznotkankowym. Zmiany te prowadzą często do obniżenia się (lub wypadania) narządu rodnego i pojawienia się nietrzymania moczu. Niedobór estrogenów prowadzi również do zmian zanikowych w obrębie błon śluzowych. Zmiany te najsilniej są wyrażone w śluzówkach macicy i pochwy. Obniżenie stężenia estrogenów na poziomie pochwy prowadzi do zmniejszenia ilości glikogenu w obrębie komórek błony śluzowej oraz wzrostu pH środowiska pochwy, czego efektem jest zanik prawidłowej flory bakteryjnej pochwy i zwiększona podatność na zakażenia. Również do zmian dochodzi w śluzówce jamy ustnej.

Dolegliwości powyższe są często nieprzyjemne i uciążliwe, ponieważ błona śluzowa wyściełająca jamę ustną jest bardzo wrażliwa i dosyć dobrze unerwiona. W badaniu mikroskopowym przypomina ona błonę śluzową pochwy, dlatego zmiany w niej zachodzące mają podobny charakter. Błona śluzowa jamy ustnej, również zawiera receptory estrogenowe. Zmiany stężeń hormonów płciowych mogą mieć więc bezpośredni wpływ również na stan jamy ustnej. Niektóre badania ujawniają, że ok. 43% kobiet po menopauzie cierpi na

dolegliwości w obszarze jamy ustnej. Najczęściej zgłaszane objawy po 50. roku życia, dotyczące jamy ustnej o: uczucie suchości, zmniejszenie wydzielania śliny, pieczenie błony śluzowej, zaburzenia odczuwania smaku, zmiana tolerancji na ból i zmniejszenie tolerancji dla utrzymania ruchomych uzupełnień protetycznych. Kserostomia (czyli suchość w jamie ustnej) dotyczy najczęściej pacjentów po 50. roku życia i szczególnie często występuje u kobiet w okresie około- i pomenopauzalnym.

W wyniku obniżenia stężenia wolnego estradiolu w surowicy krwi kobiet po menopauzie dochodzi do zachwiania gospodarki lipidowej organizmu. Odnotowuje się wyraźny wzrost stężenia cholesterolu całkowitego i cholesterolu LDL oraz spadek stężenia cholesterolu HDL z okresowo obserwowanym niekorzystnym podwyższeniem stężenia triglicerydów.

Zmiany zachodzące w organizmie kobiety po menopauzie dotyczą nie tylko sfery fizjologicznej, ale również mają swoje odzwierciedlenie w aspektach psychologicznych. Okres przekwitania u kobiet, często wiąże się z obniżeniem nastroju, obniżeniem jakości życia (w tym również życia seksualnego). Rozpoznanie depresji można postawić u prawie połowy kobiet zgłaszających się do lekarza z powodu dolegliwości okresu klimakterium. Cechy charakterystyczne zespołów depresyjnych występujących w okresie klimakterium to: duże uczucie lęku, wyrażające się w niepokoju psychicznym, trwode i podnieceniu ruchowym, urojenia depresyjne (rzadziej), często o treści nihilistycznej, niekiedy absurdalnej, którym towarzyszą tendencje samobójcze. Uważa się, że przyczyną występowania objawów psychicznych zespołu klimakterycznego jest niedobór estrogenów oraz wywołane nim zmniejszenie stężenia i aktywności neurotransmiterów odpowiedzialnych za nastrój (serotonina) i napęd (adrenalina i dopamina) w obrębie ośrodkowego układu nerwowego, a także brak pobudzenia receptorów estrogenowych zlokalizowanych w obrębie układu limbicznego w ośrodkowym układzie nerwowym. Przyczyną pojawienia się objawów psychicznych mogą być inne objawy zespołu klimakterycznego działające na zasadzie tzw. efektu domina. Objawy psychiczne częściej występują w powiązaniu



z: depresją w przeszłości, niższym statusem socjoekonomicznym, stresami w życiu osobistym, problemami seksualnymi, długotrwałymi kłopotami ze zdrowiem, utratą partnera lub zatrudnienia oraz izolacją społeczną. Zmiany psychiczne towarzyszące klimakterium nie zawsze spotykają się z wyrozumiałością otoczenia. Kobiety niejednokrotnie spotykają się z krytycznymi uwagami, wskazującymi na ich nadmierną nerwowość, nadpobudliwość i zmiany charakterologiczne, co jeszcze pogarsza ich sytuację.

W 2010 roku w Lublinie przeprowadzono badanie populacyjne, w którym wzięły udział kobiety w wieku 50-65 lat. W trakcie badania oceniano obniżenie funkcji poznawczych, zaburzenia pamięci, koncentracji i obniżenie jakości życia pacjentek. Badane kobiety po menopauzie niemające cech demencji miały nieznacznie obniżone funkcje poznawcze. Największe zaburzenia stwierdzono w zakresie plastyczności poznawczej, szybkości przetwarzania i funkcji wykonawczych. Starsze kobiety w okresie około menopauzalnym niżej oceniały swoją satysfak-

cję z życia. Te, które doświadczają częstych objawów psychologicznych i somatycznych związanych z menopauzą, miały wyraźnie niższą samoocenę. Dane te wskazują, że kobiety po menopauzie stanowią grupę narażoną na niekorzystne zmiany w sferze psychicznej i powinny być objęte szczególnymi działaniami profilaktycznymi.

Na obniżenie samopoczucia kobiet w okresie klimakterium mają także wpływ panujące u nas stereotypy na temat zanikania kobiecości, utraty zmysłowości i zainteresowań życiem seksualnym kobiet 50+. Wraz ze zmieniającą się cielesnością, stawiają one kobiety bardziej w roli matron, które swoje najlepsze lata mają już za sobą, niż kobiet, które ciągle jeszcze chcą i mogą cieszyć się poza reprodukcyjną seksualnością. Niezależnie od środków farmakologicznych, które mogą pomóc kobietom przejść przez ten trudny okres, ważne są tu także przemiany obyczajowości i społecznych nastawień wobec kobiecości i jej trwania.

---

## Terapie zmniejszające dokuczliwość objawów

Okres menopauzy był opisywany przez Arystotelesa w czasach starożytnych jako czas, w którym kobieta przestaje miesiączkować. Wówczas okres ten przypisywano kobietom w wieku ok 40. r.ż. Menopauza, nawet traktowana jako wydarzenie rozwojowe (zmiany fizjologiczne), jest dość powszechnie, przynajmniej w kręgu kultury zachodniej, interpretowana negatywnie, zwłaszcza przez osoby młode, oczekujące jej nadejścia. Często osoby wchodzące w okres menopauzy nie potrafią się pogodzić z tym faktem. Niektóre kobiety poprzez utratę cyklicznych krwawień menstruacyjnych przestają czuć się w pełni kobietą. Analizując podejście do procesów starzenia się oraz wchodzenia przez kobiety w okres menopauzy, można dostrzec różnice socjologiczno - kulturowe. Różnice kulturowe związane z menopauzą ujawniają się na kilka sposobów: po

pierwsze – w koncepcji menopauzy i terminologii stosowanej do jej opisywania, po drugie – w charakterze doświadczeń i objawów łączonych z menopauzą, po trzecie – w źródłach i zakresie wiedzy o menopauzie, po czwarte – w sposobach radzenia sobie. Można jednak zauważyć wspólne zjawisko dla praktycznie wszystkich krajów. Badania wskazują, że kobiety nie zawsze mają dostateczną wiedzę na temat biologicznego mechanizmu menopauzy, a także jej następstw zdrowotnych. Dotyczy to zarówno mieszkanek krajów europejskich, jak i krajów pozaeuropejskich.

Aby poradzić sobie z uciążliwymi objawami wypadowymi związanymi z obniżaniem się stężenia estrogenów w organizmie, zaczęto szukać rozwiązania w postaci suplementacji tych hormonów.



W hormonalnej terapii zastępczej (HTZ) stosuje się estrogeny naturalne: 17-beta-estradiol, estriol, estrogeny skoniugowane i związki steroidowe o częściowym działaniu estrogennym (tibolon). Estriol wywiera korzystny wpływ na błonę śluzową układu moczowo-płciowego, dlatego jest stosowany w leczeniu zmian zanikowych, stanów zapalnych pochwy i cewki moczowej oraz nietrzymania moczu. Odnotowano pozytywny wpływ także na samopoczucie kobiety oraz wzrost samooceny. Terapia doustna nie jest wskazana w przypadku występowania kamicy pęcherzyka żółciowego oraz w stanach zaburzonej czynności wątroby u pacjentek. Zaleca się również znaczną ostrożność przy stosowaniu estrogenoterapii doustnej w przypadkach umiarkowanego nadciśnienia i leczonego wyrównanego nadciśnienia. Jednocześnie stosowanie hormonoterapii zastępczej zmniejsza ryzyko względnego zgonu z powodu choroby niedokrwiennej serca. Korzystny wpływ estrogenów na układ sercowo-naczyniowy wiąże się z ich pozytywnym wpływem na profil lipidowy. Korzystnym efektem podawania estrogenów naturalnych jest obniżenie stężenia cholesterolu całkowitego i cholesterolu LDL oraz wzrost stężenia cholesterolu HDL. Leczenie doustne wywiera wpływ na układ krzepnięcia (działanie zwiększające krzepliwość), nie jest więc zalecane w przypadku stwierdzenia zapalenia żył w wywiadzie. HTZ zwiększa ryzyko wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowej. Ryzyko wystąpienia powikłań jest podwyższone zwłaszcza na początku terapii. Estrogeny powodują wzrost stężenia czynników krzepnięcia II, VII, IX i X, powodują wzrost stężenia fibrynogenu i spadek

stężenia antytrombiny III oraz zwiększenie agregacji płytek krwi.

Podawanie pozajelitowe estradiolu pozwala na uniknięcie wysokiego stężenia substancji czynnej w krążeniu wrotnym wątroby. Stosowane są m.in.: plastry, implanty podskórne, wstrzyknięcia domięśniowe, kremy, żele. W monoterapii estrogenowej stosuje się następujące schematy leczenia: schemat cykliczny (estrogeny przyjmowane są przez 21 dni z 7 dniowym okresem przerwy) oraz schemat ciągły (estrogeny przyjmowane są codziennie). W terapii estrogenowo-progestagenowej stosuje się następujące schematy leczenia: schemat sekwencyjny: estrogeny przyjmowane są przez 21 dni, gestagen dodatkowo przez 13 ostatnich dni stosowania estrogenów lub schemat ciągły: estrogeny i gestageny przyjmowane są codziennie. Wśród zalecanych badań dodatkowych wymienia się również ocenę parametrów profilu lipidowego i układu krzepnięcia oraz wykonanie prób wątrobowych przed włączeniem suplementacji.

Terapia estrogenowa, pomimo swojej udowodnionej skuteczności, ma jednak swoje ograniczenia. Przeciwwskazania do stosowania HTZ to: niezdiagnozowane krwawienia z narządu płciowego, niektóre schorzenia ośrodkowego układu nerwowego, ostra faza zakrzepicy naczyń głębokich, ostra niewydolność wątroby, przebyty lub aktualnie występujący nowotwór złośliwy piersi lub rozpoznany rak endometrium.

---

## PIŚMIENNICTWO

1. Bręborowicz G. Położnictwo i Ginekologia. PZWL 2007 Warszawa, t.2 s716
2. Sobstyl M., Bednarek W., Tkaczuk-Włach J., et al. Objawy naczynioruchowe w menopauzie – diagnostyka i leczenie. Przegląd Menopauzalny 2011; 3: 254–259
3. Elias-Smale SE, Günal A, Maas AH Gynecardiology: Distinct patterns of ischemic heart disease in middle-aged women. *Maturitas*. 2015 Jul;81(3):348-352
4. Cauley JA. Estrogen and bone health in men and women. *Steroids*. 2015 Jul;99(Pt A):11-15.
5. Pelka M., Broniarczyk-Dyła G. Wpływ menopauzy na strukturę i procesy fizjologiczne skóry. *Przegląd Menopauzalny* 2008; 6: 319–322
6. Srebrzyńska-Witek A., Koszowski R. Wpływ menopauzy na ślinianki i błonę śluzową jamy ustnej. *Przegląd Menopauzalny* 2013; 17 (5): 423-428
7. Cifková R, Krajčoviechová A. Dyslipidemia and cardiovascular disease in women. *Curr Cardiol Rep*. 2015 Jul;17(7):609.
8. Bielawska-Batorowicz E. Koncepcje menopauzy. Część I – ujęcie demograficzne i kulturowe *Przegląd Menopauzy* 2005; 2: 10-18
9. Peruga J., Kopff A., Krzemińska-Pakuła M. Hormonoterapia zastępcza – punkt widzenia kardiologa. *Przegląd Menopauzalny* 2007; 1: 8–12



## Otyłość starszych kobiet

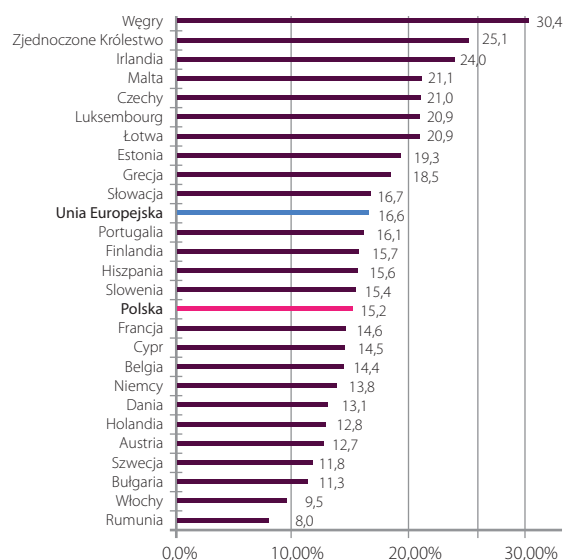
Nadwaga i otyłość, będące w głównym stopniu wynikiem nierównowagi między dostarczaną organizmowi ilością energii, a jej spalaniem, stanowią jeden z najbardziej rozpowszechnionych problemów zdrowotnych w krajach rozwiniętych. Również w Polsce problem ten staje się coraz poważniejszy. Nadwaga i otyłość są podstawowymi czynnikami ryzyka wielu chorób przewlekłych (między innymi nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, chorób serca, stawów, udaru mózgu, chorób układu oddechowego, niektórych nowotworów), a także przedwczesnych zgonów. Oszacowano, że nadwaga i otyłość odpowiedzialne są za 4% zgonów na świecie (dla porównania nadciśnienie tętnicze 7,0%, a palenie tytoniu 6,3%). Otyłość stwarza także problemy natury estetycznej i psychologicznej. Psychologiczne konsekwencje otyłości obejmują zaniżoną samoocenę, stany lękowe oraz depresję.

Z ostatnich danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) wynika, że częstość występowania otyłości (wskaźnik masy ciała  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>) wśród osób w wieku  $\geq 15$  lat w Polsce wynosi 15,2% u kobiet oraz 16,6% u mężczyzn, a częstość stwierdzenia nadwagi (wskaźnik masy ciała w zakresie 25-30 kg/m<sup>2</sup>) odpowiednio 29,5% i 44,8%. Należy jednak zauważyć, że GUS opiera swe obliczenia o deklaracje respondentów. Ogólnopolskie badania epidemiologiczne (WOBASZ, NATPOL), w których mierzono wzrost i masę ciała wskazują na istotnie wyższe odsetki osób z nadwagą i otyłością. I tak, dane z badania WOBASZ wskazują, że częstość występowania otyłości w latach 2003-2005 wynosiła 22% u kobiet oraz 28% u mężczyzn, a częstość nadwagi odpowiednio 28% i 40%. Na podstawie danych z badania WOBASZ oraz kolejnych badań NATPOL można oszacować, że częstość występowania otyłości w Polsce rośnie

o około 2-3% na każdą dekadę. W innych krajach europejskich obserwuje się podobny niekorzystny trend.

Istotnym problemem jest też rozpowszechnienie otyłości brzusznej, która jest silniej związana z ryzykiem wystąpienia powikłań zdrowotnych niż otyłość pośladowko-udowa. Otyłość brzuszną stwierdzono u 40% kobiet (otyłość brzuszną zdefiniowano jako obwód pasa  $\geq 88$  cm) oraz 28% mężczyzn (obwód pasa  $\geq 102$  cm) uczestniczących w badaniu WOBASZ, przy czym średnia obwodu pasa u kobiet wyniosła  $86 \pm 12$  cm, a wśród mężczyzn  $95 \pm 11$  cm.

Analizy danych międzynarodowych wskazują, że częstość występowania otyłości wśród Polek jest nieco mniejsza niż średnio w Unii Europejskiej (Rys. 1).



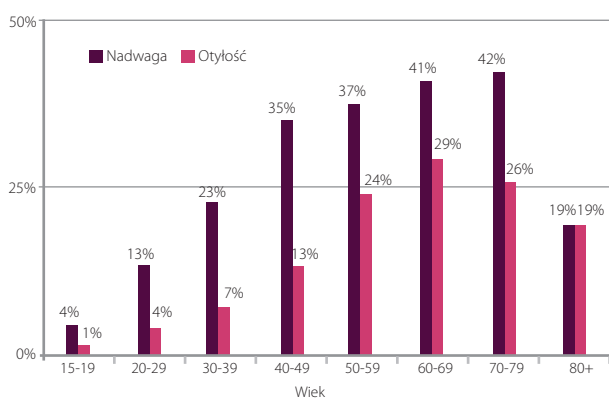
Rys. 1. Częstość występowania otyłości u kobiet w krajach Unii Europejskiej (dane za 2012 r. lub ostatnie dostępne). Na podstawie: OECD Health Statistics 2014 oraz Eurostat Statistics Database.



Z danych OECD oraz Eurostatu wynika, że krajem o najniższej częstości występowania otyłości jest Rumunia, a krajem, gdzie otyłość występuje najczęściej są Węgry. Biorąc pod uwagę różne metody badań prowadzonych w poszczególnych krajach można uznać, że otyłość nie występuje istotnie częściej wśród Polek niż wśród ogółu mieszkank Unii Europejskiej.

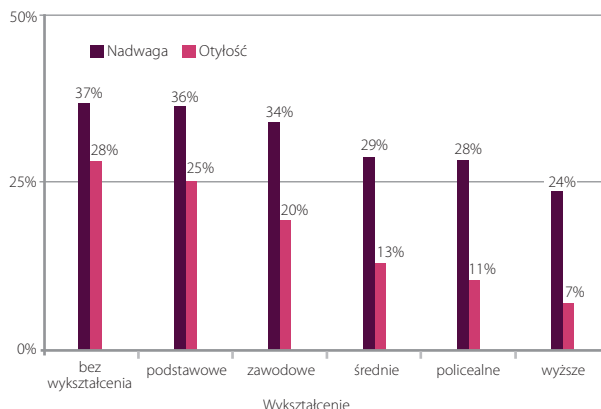
Polskie badania pozwalają na ocenę występowania otyłości i nadwagi w zależności od wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania. Na rycinie 2. przedstawiono częstość występowania otyłości w zależności od wieku na podstawie danych GUS-u. Nadwaga występuje najczęściej w ósmej dekadzie życia, a otyłość u kobiet w wieku 60-69 lat. Należy zwrócić uwagę, że wśród kobiet po 50. roku życia jedynie mniej niż 40% nie ma otyłości lub nadwagi. Częstość występowania otyłości jest ściśle związana z wykształceniem kobiet (Rycina 3), natomiast w grupie mężczyzn nie stwierdza się tak silnej korelacji. Otyłość występuje u 7% kobiet z wyższym wykształceniem i aż u 25% Polek z wykształceniem podstawowym.

Częstość występowania różni się też w zależności od miejsca zamieszkania. GUS ocenił, że otyłość stwierdza się u 14,3% mieszkank miast oraz u 16,9%



Rys. 2. Częstość występowania nadwagi i otyłości u kobiet w zależności od wieku

dane Głównego Urzędu Statystycznego



Rys. 3. Częstość występowania nadwagi i otyłości u kobiet w zależności od wykształcenia

(dane Głównego Urzędu Statystycznego).

mieszkanek wsi. Nadwaga występuje odpowiednio u 28,5% oraz 30,2% kobiet. Wyniki badania WOBASZ wskazują na istotne różnice międzyregionalne pod względem częstości występowania nadwagi i otyłości: największy odsetek kobiet z otyłością stwierdzono w województwie opolskim, a najmniejszy w województwie podkarpackim. Natomiast prawidłową masę ciała najczęściej stwierdzano w województwie dolnośląskim, a najrzadziej w województwie mazowieckim.

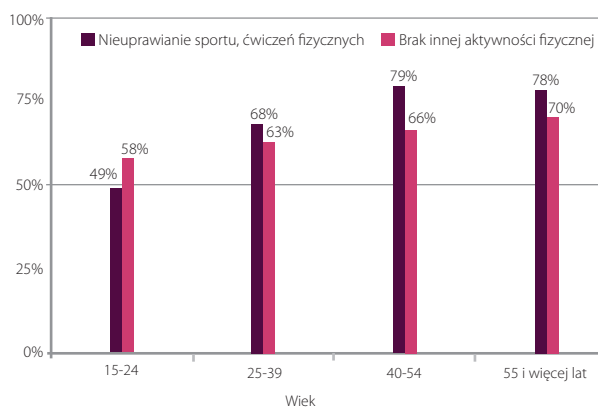
Przyczyny otyłości są złożone; u jej podstaw mogą leżeć czynniki dziedziczne, hormonalne, a przede wszystkim związane ze stylem życia. Otyłość najczęściej jest skutkiem spożywania nadmiernej ilości kalorii oraz siedzącego trybu życia i za małej aktywności fizycznej. Inne przyczyny, jak na przykład choroby uwarunkowane genetycznie, nie mają dużego znaczenia, jeśli zagrożenie jest oceniane na poziomie populacyjnym. Niektóre analizy wskazują, że najważniejszą przyczyną obserwowanej epidemii otyłości jest siedzący tryb życia, a w nieco mniejszym stopniu za duża kaloryczność posiłków. Regularna aktywność fizyczna pozwala utrzymać masę ciała na stałym poziomie i działa jak czynnik ochronny przed rozwojem nadwagi lub otyłości. Skłonność do siedzącego trybu życia zwykle prowadzi do przyrostu masy ciała.





Jedynie 5% mieszkańców Polski deklaruje regularne uprawianie sportu lub ćwiczeń fizycznych, a jedynie 8% podejmuje aktywność fizyczną o innym charakterze (np. praca w ogródku, taniec, jazda na rowerze, itp.). Z badań Eurostatu wynika, że 71% Polek (średnia dla Unii Europejskiej: 63%) deklaruje nieuprawianie sportu, ani żadnych ćwiczeń fizycznych, a 65% nie podejmuje żadnej aktywności fizycznej (średnia dla Unii Europejskiej: 55%). Na rycinie 4. przedstawiono odsetki Polek deklarujących brak aktywności fizycznej (np. praca w ogródku, taniec, jazda na rowerze, itp.) w zależności od wieku. Uwidacznia ona, że aktywność fizyczna kobiet, a szczególnie uprawianie sportu czy wykonywanie ćwiczeń, stosunkowo rzadkie we wszystkich grupach wieku, po 40. roku życia ma miejsce tylko u orientacyjnie co piątej kobiety i na zbliżonym poziomie utrzymuje się wśród kobiet starszych (55 lat i więcej). Ostatnia kategoria wieku w cytowanym badaniu jest szeroka; jednak także badania GUS-u (2009) wskazują na podobną aktywność wśród osób po 70. roku życia.

Polki deklarują codzienne jedzenie warzyw nieco częściej niż przeciętnie mieszkanki Unii Europejskiej (Polska 66%, Unia Europejska 63%) i częściej niż pol-



Rys. 4. Częstość deklarowania przez Polki nieuprawiania sportu/ćwiczeń fizycznych oraz braku innej aktywności fizycznej (np. praca w ogródku, taniec, jazda na rowerze, itp.) w zależności od wieku.

Na podstawie: Eurobarometer 412. Sport and physical activity



Rys. 5. Częstość deklarowania codziennego spożywania owoców przez mieszkanki krajów Unii Europejskiej.

Na podstawie: Health at glance 2014. Europe 2014.

scy mężczyźni (59%). Podobnie Polki częściej deklarują codzienne spożywanie owoców niż Polacy (odpowiednio 67% i 55%). Natomiast częstość deklarowania codziennego spożywania owoców nie odbiega od średniej dla Europejki (Rys. 5).

Ograniczona aktywność fizyczna i niewłaściwe nawyki żywieniowe najczęściej przekazywane są młodszemu pokoleniu. Dużym zagrożeniem dla zdrowia mieszkańców Polski, w tym dla zdrowia Polek, jest narastanie częstości występowania nadwagi i otyłości u dzieci, co wskazuje na konieczność rozpoczęcia działań profilaktycznych zdecydowanie wcześniej. W ciągu ostatnich kilkunastu lat częstość nadwagi i otyłości u polskich dziewcząt zwiększyła się o połowę. Analizy międzynarodowe wskazują, że spośród krajów OECD częstość występowania nadwagi od 2001 r. w największym stopniu zwiększyła się wśród polskich nastolatków. Obecnie jedynie 23% dziewcząt w wieku 11 lat oraz jedynie 10% piętnastolatek uczestniczy codziennie w aktywności ruchowej o co najmniej umiarkowanej intensywności. Odsetki te są znacznie wyższe w grupie chłopców. Z badań prowadzonych w Instytucie Matki i Dziecka wynika, że o ile w ciągu ostatnich kilku-



nastu lat zwiększyła się nieco aktywność fizyczna dziewcząt w wieku 11-12 lat, to nie uległa istotnej zmianie aktywność dziewcząt starszych. Z drugiej strony, polskie dziewczęta częściej niż chłopcy deklarują codzienne spożywanie owoców i warzyw. Należy jednak podkreślić, że odsetki te są niskie:

warzywa codziennie spożywa 30% piętnastolatek, a owoce 26%. Z badań Instytutu Matki i Dziecka wynika, że coraz więcej polskich dzieci dokonuje niekorzystnych dla zdrowia wyborów żywieniowych.

---

## Podsumowanie

Otyłość jest przewlekłą chorobą, której leczenie (trwała normalizacja masy ciała) jest trudne do osiągnięcia. Ponieważ metody chirurgicznego leczenia otyłości są zarezerwowane dla wyjątkowych przypadków i jednocześnie obecnie nie ma skutecznego, i bezpiecznego leczenia farmakologicznego, właściwą metodą leczenia otyłości pozostaje ograniczenie spożywanych kalorii oraz regularna aktywność fizyczna. Jednak powrót do prawidłowej masy

ciała w ciągu roku udaje się jedynie 1 na 100 kobiet z otyłością, dlatego należy zwiększyć nakłady na profilaktykę otyłości. Z punktu widzenia populacyjnego najlepszym rozwiązaniem jest zapobieganie rozwojowi nadwagi i otyłości wśród młodzieży i młodych osób dorosłych poprzez promocję zdrowych nawyków żywieniowych i regularnej aktywności fizycznej.

---

## PIŚMIENNICTWO

1. Biela U, Pająk A, Kaczmarczyk-Chalas K i wsp. Częstość występowania nadwagi i otyłości u kobiet i mężczyzn w wieku 20-74 lat. Wyniki programu WOBASZ. *Kardiol. Pol.* 2005; 63 (supl. 4): 614-9.
2. Eurobarometer 412. Sport and physical activity. [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_412\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_412_en.pdf)
3. European health for all database (HFA-DB). <http://data.euro.who.int/hfad/>
4. Fildes A, Charlton J, Rudisill C i wsp. Probability of an Obese Person Attaining Normal Body Weight: Cohort Study Using Electronic Health Records. *Am J Public Health.* 2015 Jul 16:e1-e6.
5. Health at glance 2013. OECD Indicators. <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>
6. Health at glance 2014. Europe 2014. [http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health\\_glance\\_2014\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2014_en.pdf)
7. [http://www.escardio.org/The-ESC/Communities/European-Association-for-Cardiovascular-Prevention-&-Rehabilitation-\(EACPR\)/Prevention-in-your-country/Country-of-the-Month-Poland](http://www.escardio.org/The-ESC/Communities/European-Association-for-Cardiovascular-Prevention-&-Rehabilitation-(EACPR)/Prevention-in-your-country/Country-of-the-Month-Poland)
8. Fijałkowska A, Jankowski P, Jodkowska M i wsp. Trends in adolescents lifestyle in post-communist country following the accession to the European Union (EU). *Eur Heart J* 2015.
9. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G i wsp. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380: 2224-60.
10. Nichols M, Townsend N, Scarborough P i wsp. Cardiovascular disease in Europe 2014: epidemiological update. *Eur Heart J.* 2014; 35: 2950-9.
11. OECD Health Statistics 2014. <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en-completed-with-Eurostat-Statistics-Database>.



## Choroba zwyrodnieniowa i osteoporoza u kobiet w wieku 50+

Choroba zwyrodnieniowa stawów i osteoporoza to jedne z głównych przyczyn niepełnosprawności wśród starszych kobiet. Są one powodem poważnych i pogłębiających się ograniczeń, rzutujących niemal na wszystkie aspekty życia. Ma to ogromny wpływ na jakość życia kobiet; poza odczuwanymi dolegliwościami ogranicza ich możliwości funkcjonowania i samodzielność, uzależniając je od otoczenia. Choroby te, nasilające się po 50. roku życia, stanowią też znaczne obciążenie finansowe dla państwa, spowodowane kosztami związanymi z niezdolnością do pracy, a także wydatkami w sektorze zdrowia i opieki społecznej.

### Ogólna charakterystyka schorzeń

#### Choroba zwyrodnieniowa stawów

Jest najczęstszą niezapalną chorobą reumatyczną. Do jej rozwoju dochodzi w wyniku działania wielu czynników mechanicznych i biologicznych, które powodują zaburzenia w powiązanych ze sobą procesach niszczenia i tworzenia chrząstki stawowej wraz z warstwą podchrzęstną kości, w ostateczności prowadząc do zmian we wszystkich strukturach stawu. Chorobę zwyrodnieniową dzielimy na pierwotną (częstsza i o nieznanej przyczynie) i wtórną. Wtórna choroba zwyrodnieniowa jest wynikiem przebytych urazów, wad układu ruchu oraz schorzeń współistniejących np. cukrzyca, otyłość. Pierwotna choroba zwyrodnieniowa stawów ze względu na lokalizację zmian

zwyrodnieniowych dzieli się na chorobę zwyrodnieniową: rąk, stóp, stawów kolanowych, stawów biodrowych, kręgosłupa, innych pojedynczych stawów, np. ramiennego, skroniowo-żuchwowego. W przypadku stwierdzenia 3 lub więcej lokalizacji zmian zwyrodnieniowych rozpoznaje się uogólnioną chorobę zwyrodnieniową stawów. Podstawowymi objawami choroby zwyrodnieniowej stawów są: ból, ograniczenie ruchomości zajętego stawu, trzeszczenia podczas ruchu, niekiedy można zaobserwować wysięki w stawie.

#### Osteoporoza

To choroba układu ruchu, w której dochodzi do zmniejszenia odporności mechanicznej kości i zwiększenia ryzyka złamania kości. Odporność mechaniczna kości jest zależna od gęstości mine-

ralnej kości i od jakości tkanki kostnej. Ze względu na etiopatogenezę osteoporozę dzielimy na pierwotną i wtórną. Osteoporoza pierwotna dotyczy głównie kobiet po menopauzie oraz mężczyzn



w podeszłym wieku. Osteoporoza wtórna jest wynikiem schorzeń i zaburzeń współistniejących, np. nadczynność tarczycy, celiakia, choroby nerek lub działaniem stosowanych z innych powodów leków, np. glikokortykosteroidów. Choroba w początko-

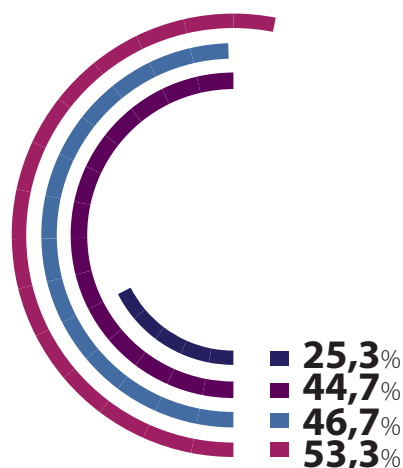
wym okresie nie daje żadnych objawów. Pierwsze objawy choroby to ból najczęściej w wyniku złamaniaiskoenergetycznego kości w przebiegu osteoporozy.

## Epidemiologia

### Choroba zwyrodnieniowa

Jest najczęstszą chorobą układu ruchu w populacji światowej i dotyczy 10% ogółu dorosłego społeczeństwa. Choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych ze zmianami radiologicznymi nie dająca objawów występuje u 19,6%, a dająca objawy u 4,2% społeczeństwa dorosłych. W przypadku choroby zwyrodnieniowej stawów kolanowych zmiany radiologiczne obserwowane są u 25,4%, a objawy stwierdzane są u 15,4%. Ryzyko wystąpienia objawowej choroby zwyrodnieniowej rośnie wraz z wiekiem, a w populacji osób po 75. roku życia stwierdza się ją u około 80% chorych. Badania populacji europejskiej wykazały, że na chorobę zwyrodnieniową chorują częściej kobiety 53,3% vs mężczyźni 46,7%. W ostatnich latach obserwuje się też zwiększoną zachorowalność na chorobę zwyrodnieniową związaną ze zwiększoną otyłością społeczeństwa. Dane z Anglii wykazują, że ryzyko zachorowania na objawową chorobę zwyrodnieniową stawów kolano-

wych i biodrowych w tym kraju wynosi aż 44,7% i 25,3%.



Choroba zwyrodnieniowa  
częstość występowania  
w populacji europejskiej



Ryzyko zachorowania  
na chorobę zwyrodnieniową  
kolan i stawów biodrowych

### Osteoporoza

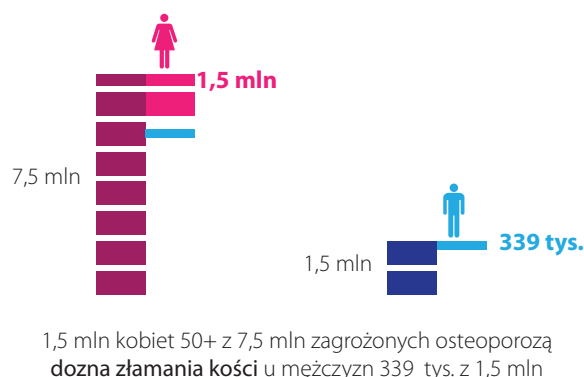
Utrata masy kostnej rozpoczyna się u kobiet od 39. roku życia. Uważa się, że 1 na 3 kobiet 50+ dozna złamania osteoporotycznego, w porównaniu do mężczyzn, gdzie takiego złamania dozna 1 na 5 mężczyzn 50+. Kobiety białe w wieku 50+ mają aż 16% ryzyko złamania osteoporotycznego kręgosłupa w porównaniu do 5% ryzyka u białych

mężczyzn w wieku 50+. Opierając się na kryteriach WHO rozpoznania osteoporozy w 2010 roku w Europie około 22 miliony kobiet i 5,5 miliona mężczyzn w wieku 50-84 lat miało stwierdzoną osteoporozę. Ze względu na starzenie się społeczeństwa w roku 2025 liczba ta wzrośnie o 23%. W badaniu epidemiologicznym przeprowadzonym w Polsce wyka-



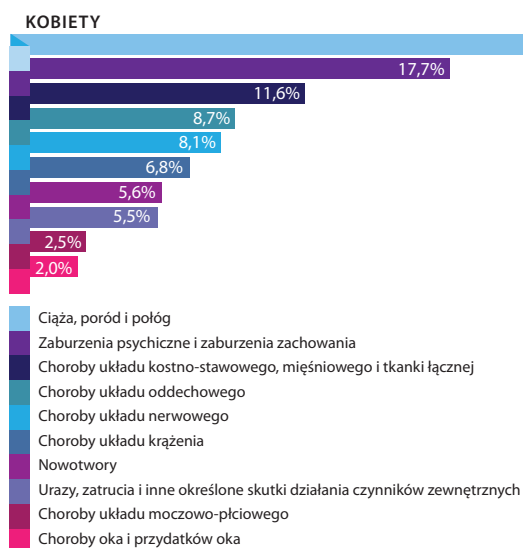
zono, że w 2010 roku ryzyko osteoporozy w populacji kobiet 50+ stwierdzono aż u 7 528 tys. kobiet i u 5 822 tys. mężczyzn. Częstość złamań będących wynikiem osteoporozy w wieku 50+ u kobiet wynosiła 1 509 772, a u mężczyzn 338 756.

Pojawienie się złamania w przebiegu osteoporozy zwiększa ryzyko śmiertelności: w przypadku złamania bliższego końca kości udowej po roku od złamania śmiertelność wynosi aż 15-40%.



## Konsekwencje choroby zwyrodnieniowej i osteoporozy dla zdrowia i funkcjonowania kobiet

Choroby układu mięśniowo-szkieletowego, w tym choroba zwyrodnieniowa, były na 3. miejscu (12,9%) po zaburzeniach psychicznych z zaburzeniami zachowania (16,8%) i chorobach układu krążenia (14,5%) w Polsce w wydatkach ogółem na świadczenia zdrowotne poniesione z tytułu niezdolności do pracy w 2013 roku. Kobiety stanowiły 39,4 % ogółu chorych korzystających ze świadczeń z tytułu niezdolności do pracy z powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowego (Rys.1).



Rys.1. Ranking 10 grup chorobowych generujących ogółem najwyższe wydatki na świadczenia zdrowotne związane z niezdolnością do pracy.

Najwięcej wydatków na rehabilitację leczniczą związanych jest z rehabilitacją chorób układu kostno-stawowego – 49,1%, a następnie urazów i zatruc – 14,8%, chorób układu nerwowego – 13,2% oraz chorób układu krążenia – 11,0%). U kobiet wśród jednostek chorobowych powodujących niezdolność do pracy i generujących najwyższe wydatki na świadczenia związane z tą niezdolnością w Polsce na 5. miejscu, po opiece położniczej z powodu stanów związanych z ciążą (18,0%), schizofrenią (3,4%), zaburzeniami korzeni nerwowych, które też mogą wynikać z choroby zwyrodnieniowej (3,1%), krwawieniami we wczesnym okresie ciąży (2,3%), jest choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa, stanowiąca 2,1% ogółu wydatków.

W wydatkach na renty z tytułu niezdolności do pracy w 2013 roku u kobiet choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej znajdowały się na drugim miejscu, po zaburzeniach psychicznych i zaburzeniach zachowania (26,6%), co stanowiło 15,1% wydatków na renty u kobiet ogółem w przeciwieństwie do mężczyzn były większe niż wydatki na choroby układu krążenia (14,5%). Wszystkie te dane wskazują na to, że choroby układu mięśniowo-stawowego, w tym



choroba zwyrodnieniowa, powoduje u kobiet jedną z najczęstszych przyczyn absencji chorobowej i inwalidztwa. Choroba zwyrodnieniowa powoduje również obniżenie jakości życia. Udokumentowane jest, że kobiety z chorobą zwyrodnieniową stawów kolanowych i biodrowych po endoprotezoplastyce mają gorszą jakość życia niż mężczyźni przez odczuwanie większego bólu, większe zaburzenia funkcji stawu, występowanie depresji i lęku i aktywnością fizyczną. Również choroba zwyrodnieniowa stawów rąk powoduje pogorszenie jakości życia u kobiet.

Osteoporoza nie tylko powoduje zwiększenie śmiertelności z powodu złamań osteoporotycznych, ale znacząco obniża jakość życia kobiet. Obniżenie jakości życia dotyczy głównie kobiet ze złamaniami osteoporotycznymi kręgosłupa i jest wynikiem ograniczenia sprawności chorych, zmiany stanu emocjonalnego (objawów depresji), objawów klinicznych, m.in. takich jak ból kręgosłupa, zmniejszenie wzrostu. Największe obniżenie jakości życia obserwuje się przy złamaniach w odcinku lędźwiowym kręgosłupa na poziomie L1-L4 i koreluje z liczbą złamań.

---

## Czynniki ryzyka choroby zwyrodnieniowej i osteoporozy

### Do czynników ryzyka rozwoju choroby zwyrodnieniowej należą:

- wiek,
- płeć żeńska (kobiety chorują zwykle 2-krotnie częściej niż mężczyźni),
- czynniki genetyczne,
- nadwaga i otyłość,
- przebyte urazy,
- rodzaj wykonywanej pracy zawodowej, zwłaszcza związanej z przenoszeniem ciężarów,
- uprawianie niektórych sportów,
- wady wrodzone układu ruchu, np. dysplazja stawów biodrowych.

Wykazano, że u kobiet z chorobą zwyrodnieniową stawu biodrowego aż 72% stanowią chore z nadwagą i otyłością, a w przypadku choroby zwyrodnieniowej stawu kolanowego aż u 90% kobiet stwierdza się otyłość.

### Do czynników ryzyka rozwoju osteoporozy należą:

- płeć żeńska,
- uwarunkowania genetyczne (między innymi gen sterującego syntezę witaminy D),
- uwarunkowania rodzinne (większe prawdopodobieństwo występowania u kobiety, której matka miała osteoporozę),
- wczesna menopauza,
- podeszły wiek,
- zaburzenia wchłaniania,
- niewystarczająca ilość wapnia i witaminy D w diecie,
- niedostateczny poziom aktywności fizycznej,
- palenie papierosów,
- nadmierne spożywanie alkoholu,
- przyjmowane leki, np. glikokortykosteroidy,
- współistniejące choroby, np. nadczynność tarczycy.



## Kierunki niezbędnych działań

### Działania w kierunku lepszej profilaktyki choroby zwyrodnieniowej i osteoporozy

Do podstawowych zadań współczesnej profilaktyki choroby zwyrodnieniowej i osteoporozy należy kształtowanie świadomości społecznej wśród młodych osób dotyczącej profilaktyki tych chorób. Już w szkołach podstawowych powinny być prowadzone zajęcia dotyczące profilaktyki chorób cywilizacyjnych jakimi są choroba zwyrodnieniowa i osteoporoza.

W świadomości młodego społeczeństwa powinny istnieć podstawowe zasady zapobiegania chorobie zwyrodnieniowej. Są to zasady, na które my sami mamy wpływ.

### Kontrola wagi ciała

Otyłe kobiety chorują 4-krotnie częściej na chorobę zwyrodnieniową niż kobiety bez otyłości. Wykazano, że obniżenie wartości indeksu masy ciała (BMI) o 2 mniejsza ryzyko choroby zwyrodnieniowej stawów kolanowych o 50%.

Choroba zwyrodnieniowa - częstość zachorowań



kobiety otyłe



kobiety bez otyłości

### Regularne ćwiczenia

Umiarkowana aktywność fizyczna zmniejsza ryzyko choroby zwyrodnieniowej, a najbezpieczniejsze są ćwiczenia najmniej obciążające stawy masą

ciała takie jak: jazda na rowerze, pływanie i inne ćwiczenia w wodzie. Osłabienie mięśni czworogłowych ud zwiększa ryzyko choroby zwyrodnieniowej stawów kolanowych.

### Unikanie urazów stawów, a w przypadku ich wystąpienia prawidłowe leczenie

Badania dużej populacji młodych ludzi wykazało, że uraz kolana w okresie dojrzewania lub wczesnej młodości zwiększa 3-krotnie ryzyko choroby zwyrodnieniowej stawów kolanowych, natomiast osoby dorosłe z urazem stawu kolanowego mają 5-krotny wzrost ryzyka choroby zwyrodnieniowej stawów kolanowych.

### Prawidłowe odżywanie się

Nie ma diet, które jednoznacznie wpłynęłyby na zmniejszenie ryzyka choroby zwyrodnieniowej. Natomiast dieta bogata w omega-3 kwasy tłuszczowe zawarte w tranie, olejach (orzechy włoskie, rzepak, soja) i oliwie może zredukować nieznacznie zapalenie towarzyszące chorobie. Wykazano, że umiarkowane spożycie witaminy C (120-200mg dziennie) zmniejsza 3-krotnie ryzyko progresji choroby zwyrodnieniowej. Witamina C zawarta jest w zielonej papryce, owocach cytrusowych, truskawkach, ziemniakach, pomidorach, brokułach i warzywach liściastych. Niedobór witaminy D u chorych na chorobę zwyrodnieniową stawów kolanowych zwiększa 3-krotnie ryzyko dalszego postępu choroby.



**Profilaktyka osteoporozy oparta jest na redukcji czynników ryzyka jej powstania, na które mamy wpływ, takie jak :**

1. Utrzymanie prawidłowej diety z prawidłowym spożyciem wapnia, która dla wieku 18-50 lat wynosi 1000mg dziennie, a dla kobiet 50+ 1200 mg dziennie
2. Kontrola poziomu witaminy D i w przypadku jej niedoboru skuteczna suplementacja
3. Aktywność fizyczna. Wiele badań wykazuje znaczący wpływ aktywności fizycznej w profilaktyce osteoporozy. Istotny jest również rodzaj ćwiczeń, gdyż niektóre ćwiczenia nie mają wpływu na późniejsze wystąpienie osteoporozy, np. tai chi. Istotne jest zatem opracowanie programu ćwiczeń lub innej aktywności fizycznej warunkujących dobrą prewencję osteoporozy
4. Ograniczenie spożycia alkoholu jeżeli przekracza 2 jednostki dziennie
5. Zaprzestanie palenia papierosów
6. Wczesna diagnostyka i prawidłowe leczenie schorzeń współistniejących powodujących osteoporozę, takich jak np: nadczynność tarczycy, cukrzyca
7. Stosowanie możliwie jak najniższych dawek, jeżeli nie jest możliwe ich odstawienie, leków powodujących osteoporozę, np: glikokortykostreoidów
8. Wczesne wykonywanie badań w kierunku osteoporozy u kobiet z wczesną menopauzą oraz u kobiet, u których matki miały osteoporozę.

---

## **Wskazania dla skuteczniejszego leczenia choroby zwyrodnieniowej i osteoporozy**

Skuteczne leczenie tych chorób oparte jest w dużej mierze na skutecznym ich hamowaniu.

W przypadku choroby zwyrodnieniowej podstawowe zasady leczenia polegają na redukcji wagi ciała przy występowaniu nadwagi lub otyłości oraz na systematycznych ćwiczeniach w najmniejszym obciążeniu własną masą ciała. Niestety w populacji polskiej jest to najtrudniejsze do realizacji, gdyż w świadomości pacjentów chorych na choroby zwyrodnieniowe te aspekty terapeutyczne nie istnieją. Pacjenci z chorobą zwyrodnieniową oczekują na skuteczne leczenie farmakologiczne, które na obecnym etapie rozwoju medycyny nie istnieje.

W przypadku osteoporozy skuteczność leczenia oparta jest na wczesnym rozpoznaniu osteoporozy i prewencji złamań, włączaniu leczenia przeciwoste-

oporotycznego w przypadku każdego niskoenergetycznego złamania oraz kształcenie świadomości pacjenta z osteoporozą tak aby dostosowywał się do zaleceń lekarza i kontynuował zalecane leczenie.

Z danych wynika, że u 90% kobiet trafiających do Klinik Ortopedyczno-Urazowych z powodu złamań wymagających leczenia z powodu osteoporozy tylko 7% ma takie leczenie zalecane.

Kolejny problem to kontynuowanie zaleconego leczenia przez pacjentów z rozpoznaną osteoporozą. 53% chorych nigdy nie włączyło zalecanego leczenia przeciwosteoporotycznego. Przyjmowanie bisfosfonianów przez kobiety z osteoporozą pomonopauzalną kontynuuje tylko 46% kobiet po 7-12 miesiącach terapii. W przypadku wystąpienia złamań zlokalizowanych poza kręgosłupem terapię bisfosfo-





nianami kontynuuje tylko 16 % kobiet, w przypadku złamań szyjki kości udowej 28%, a w przypadku złamań kręgosłupa 43%. U kobiet nie przyjmujących bisfosfonianów ryzyko złamania wzrasta o 46%. Podobna sytuacja jest w przypadku preparatów wapnia i witaminy D, gdzie tylko 50-60% kontynuuje terapię po roku stosowania.

Najnowsze leki nie poprawiają compliance. W przypadku teryparatydu około 80% pacjentów

kontynuuje terapię po roku leczenia, a - denosumabu 75% pacjentów kontynuuje terapię po 3 latach leczenia.

Kolejnym problemem skuteczności leczenia osteoporozy w Polsce jest system refundacyjny leków stosowanych w osteoporozie, który ogranicza dostęp do leczenia wielu chorym, co jeszcze powoduje zmniejszenie liczby chorych przyjmujących skuteczne leczenie.

---

## Rekomendacje dla polityki społecznej i zdrowotnej

Polityka społeczna i zdrowotna powinna się skupić w najbliższych latach na 3 głównych kierunkach działania:

1. edukacji społeczeństwa w aspekcie profilaktyki choroby zwyrodnieniowej i osteoporozy
2. wczesnym wykrywaniu tych schorzeń i opracowania kompleksowego programu leczenia obejmującego również edukację pacjenta, zwiększenie aktywności fizycznej, zdrowego stylu życia, rehabilitację

3. opracowaniu strategii utrzymania pacjenta w leczeniu i monitorowania jego skuteczności.

---

## PIŚMIENNICTWO

1. Kliimiuk PA., Kurylczyn-Moskal A. Choroba zwyrodnieniowa stawów. Reumatologia. 2012; 50,2 :162-165.
2. Goncerz G. Diagnostyka i leczenie w osteoporozie – wytyczne 2013. Medycyna praktyczna, wyd. specj. Reumatologia 1/2013.
3. Allen KD, Golightly YM. Epidemiology of osteoarthritis: state of the evidence. Curr Opin Rheumatol. 2015; 27(3): 276-283.
4. Schaap LA, Peeters G MEE, Dennison WM. i wsp. European Project on Osteoarthritis (EPOSA): methodological challenges in harmonization of existing data from five European population – based cohorts on aging. BMC Musculoskeletal Disorders. 2011; 12: 272-284.
5. Murphy LB, Schwarz TA, Herlmick CG, i wsp. LOifetime risk of symptomatic knee osteoarthritis. Arthritis Rheum. 2008;59: 1207-1213.
6. Glusko P, Lorenc RS, Karczmarewicz E. i wsp. Polish guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis: a review of 2013 update. Pol Arch Med. Wewn. 2014; 124(5): 255-263.
7. Hernlund E, Svedbom A, Ivergard M i wsp. Osteoporosis in the Europe Union: Medical Management, Epidemiology and Economic Burden. A report prepared in collaboration with the International Osteoporosis Foundation (IOF) and the European. DOI 10.1007/s11657-013-0136-1.
8. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych. Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2013 r. Warszawa 2015. 1-74.
9. Tonelli SM, Rakel BA, Cooper NA i wsp. Women with knee osteoarthritis have more pain and poorer function than men, but similar activity prior to total knee replacement. Biology of Sex Differences. 2011; 2: 12-24.
10. Salaffi F, Cimmino MA, Malavolta N. i wsp. The burden of prevalent fractures on health-related quality of life in postmenopausal women with osteoporosis: the IMOF study. J Rheumatol. 2007; 34 (7): 1551-1560.
11. Gundle R, Simpson AH. Should women attending fracture clinics be counselled about osteoporosis?, Injury. 1993; 24: 441-442.
12. Rabenda V, Reginster JY. Overcoming Problems with Adherence to Osteoporosis Medication. Expert Rev Pharmacoeconomics Outcomes Res. 2010; 10 (6): 677-689.



## Choroby tarczycy u kobiet po 50. roku życia

W powszechnym odczuciu choroby tarczycy dotyczą głównie kobiet. To przekonanie potwierdzają dane epidemiologiczne: schorzenia gruczołu tarczowego występują 5-10 krotnie częściej u kobiet niż u mężczyzn. Dodatkowo, ich częstość wzrasta wraz z wiekiem, co oznacza, że największą grupę pacjentów z chorobami tarczycy stanowią kobiety w średnim i starszym wieku. Najważniejszymi chorobami tarczycy z punktu widzenia częstości występowania i następstw zdrowotnych są: niedoczynność i nadczynność tarczycy, wole obojętne oraz rak. Mimo, że schorzenia te nie są głównymi przyczynami zgonów na poziomie populacyjnym, to większość badań epidemiologicznych wskazuje, że zarówno nadczynność, jak i niedoczynność gruczołu tarczowego zwiększają ryzyko zgonu i to w stopniu zależnym od długości trwania tych zaburzeń. Prawdopodobnym

mechanizmem wiodącym do zgonu są: zaburzenia rytmu, niewydolność lub choroba niedokrwienna serca spowodowane nadmiarem lub niedoborem hormonów tarczycy. Dane powyższe wskazują na istotne znaczenie wczesnego wykrywania zaburzeń czynności hormonalnej tarczycy. Tymczasem objawy tych chorób mogą rozwijać się stopniowo i podstępnie, a dodatkowo, być maskowane przez typowe dolegliwości okresu przekwitania, takie, jak: niestabilność emocjonalna, bezsenność, nadmierna potliwość i wahania masy ciała. Stąd istotna jest zarówno świadomość społeczna dotycząca znaczenia chorób tarczycy, jak i odpowiednie kształcenie lekarzy oraz polityka zdrowotna ukierunkowana na wczesne wykrywanie i leczenie schorzeń gruczołu tarczowego.

### Niedoczynność tarczycy

Należy do najbardziej rozpowszechnionych chorób endokrynologicznych: w europejskim badaniu epidemiologicznym Whickham oceniono, że dotyczy 7,6% ogółu kobiet i 1,3% mężczyzn. Jej częstość typowo rośnie z wiekiem: w tym samym badaniu stwierdzono, że roczna zapadalność na niedoczynność tarczycy wśród kobiet pomiędzy 65. a 74. r.ż jest 5-krotnie większa a powyżej 75. r.ż nawet 10-krotnie większa niż u kobiet w przedziale wiekowym 18-24 lata. Ta zależność od płci i wieku została potwierdzona w obserwacjach amerykańskich (badanie Colorado, National Health and Nutrition Examination Survey III). Niedoczynność gruczołu tarczowego jest chorobą rozwijającą się powoli; z tego powodu długo pozostaje niezauważona zarówno

przez chorego, jak i lekarza. Powoduje uczucie zmęczenia, obniżenie nastroju, senność, pogorszenie pamięci i koncentracji, przybywanie na wadze, marnięcie, wzrost ciśnienia tętniczego, zaparcia, zaburzenia metabolizmu lipidów i węglowodanów. Jej objawy są często mylone z dolegliwościami okresu menopauzy lub naturalnym procesem starzenia. Jest chorobą, która nie tylko pogarsza jakość życia, ale u osób czynnych zawodowo zmniejsza wydajność pracy, a co najistotniejsze zwiększa ryzyko rozwoju chorób sercowo-naczyniowych i zgonu.

Główną przyczyną niedoczynności tarczycy jest choroba Hashimoto (syn. przewlekłe limfocytowe zapalenie tarczycy), której częstość w Polsce w ostat-



nich latach wyraźnie wzrasta. Jest to choroba w 60-70% uwarunkowana genetycznie, a jej wystąpieniu sprzyja stres, infekcje wirusowe i prawdopodobnie niedobór selenu. Niedoczynność tarczycy może również rozwinąć się w następstwie prawidłowo przeprowadzonej operacji tarczycy, leczenia radio-

jodem, nadczynności gruczołu tarczowego, radioterapii nowotworów okolicy szyi i klatki piersiowej, np. raka piersi, czy stosowania leków i substancji o dużej zawartości jodu, tj. kontrast do tomografii komputerowej.

---

## Nadczynność tarczycy

Dotyczy ok. 2% ogólnej populacji z prawie 10-krotną przewagą kobiet w stosunku do mężczyzn. Jedną z przyczyn nadczynności tarczycy - wole guzowate nadczynne jest ściśle związana z wiekiem: w badaniu przeprowadzonym na obszarze niedoboru jodu we Włoszech wykazano, że była czynnikiem etiologicznym nadczynności tarczycy u 6,4% ogólnej populacji i u 15% osób po 75. r.ż. Występowanie choroby Gravesa i Basedowa, będącej drugą ważną przyczyną nadczynności tarczycy, jest jednakowe u kobiet w przedziale wiekowym 35- 80 lat. Typowe objawy nadczynności tarczycy to nadmierna pobudliwość emocjonalna, płaczliwość, bezsenność, zwiększona potliwość, uczucie przyspieszonej i niemierności serca oraz chudnięcie. Część z nich może być mylnie przypisana dolegliwościom okresu menopauzy. Z kolei u starszych chorych manifestacja choroby może być nietypowa, z dominującym stanem apatii, osłabieniem i chudnięciem lub objawami ze strony układu krążenia - niewydolnością serca i zaburzeniami rytmu. Nadczynność tarczycy podobnie jak niedoczynność pogarsza jakość życia, a zwłaszcza relacje społeczne. Jest uznanym

czynnikiem ryzyka osteoporozy u kobiet po menopauzie i prawdopodobnie także demencji, a nieleczona - zwiększa ryzyko zgonu.

Do wystąpienia nadczynności tarczycy predysponują czynniki genetyczne i podaż jodu. Na obszarach niedoboru jodu, do których należała Polska do czasu wprowadzenia obowiązkowego jodowania soli kuchennej w 1997 r. dominującą przyczyną nadczynności tarczycy było wole guzowate nadczynne. U osób urodzonych po 1997 r. częstość występowania tej choroby będzie malała. Z kolei choroba Gravesa i Basedowa, której częstość zwiększa się wraz ze zwiększoną podażą jodu, będzie w przyszłości odpowiedzialna za większość przypadków nadczynności tarczycy. Należy także zwrócić uwagę, że u osób starszych częściej niż u młodszych występuje nadczynność tarczycy wywołana suprafizjologicznymi dawkami jodu (lek antyarytmiczny - amiodaron, badania diagnostyczne z użyciem jodowych środków kontrastowych) oraz nadczynność tarczycy spowodowana przedawkowaniem hormonów tarczycy stosowanych w leczeniu niedoczynności.

---

## Wole obojętne

Wole obojętne to choroba przebiegająca z powiększeniem tarczycy, któremu może towarzyszyć guzkowa przebudowa miąższu, ale czynność hormonalna gruczołu jest zachowana prawidłowo.

Należy do najczęściej występujących na świecie i w Polsce chorób tarczycy. Według WHO dotkniętych jest nią ok. 300 mln ludzi. Badania polskie przeprowadzone w 1996 r. przed wprowadzeniem pro-



filaktyki jodowej, szacowały jej częstość w populacji ludzi dorosłych na 22%. Należy oczekiwać, że wśród Polaków urodzonych po 1997 r. częstość tej choroby będzie się zmniejszać, co już zaobserwowano u dzieci i kobiet ciężarnych. Wśród dzieci w wieku szkolnym występowanie wola obojętnego obniżyło się z 35% do poniżej 5%, a u kobiet ciężarnych z 35-80% do poniżej 30%. Jednak u osób urodzonych w Polsce w okresie niedoboru jodu wola obojętne jest nadal istotnym problemem epidemiologicznym: czułe badania ultrasonograficzne wykazują jego obecność u ok. 50-75 % kobiet po 60. r. ż. i ok. 30% mężczyzn. Obecność tej choroby jest zatem bardzo częsta u kobiet w wieku średnim i starszym.

Objawy i dolegliwości związane z wolem obojętnym są ściśle związane z jego wielkością: im większe, tym większe ryzyko zwężenia tchawicy i przełyku, deformacji szyi, zaburzeń krążenia żylnego w obrębie głowy, szyi i klatki piersiowej. Powiększenie się masy guzków może z czasem doprowadzić do nadprodukcji hormonów i rozwoju nadczynności tarczycy. Na przeciwnym biegunie znajdują się przypadki niewielkiego wola nie wywołującego subiektywnych dolegliwości i wykrywanego przypadkowo w trakcie diagnostyki przeprowadzanej z innych przyczyn, np. badań ultrasonograficznych szyi oceniających przepływy krwi w tętnicach szyjnych.

Najistotniejszym czynnikiem ryzyka rozwoju wola obojętnego, podobnie jak wola guzowego

nadczylnego, jest niedobór jodu, pierwiastka będącego ważnym składnikiem hormonów tarczycy. Predispozycja genetyczna ma dużo mniejsze znaczenie niż w przypadku choroby Hashimoto, czy Gravesa i Basedowa. W Polsce, podobnie jak w większości krajów europejskich, panuje umiarkowany i łagodny niedobór jodu, co wynika z budowy geologicznej terenu. Dla zapewnienia dostatecznego spożycia jodu, co dla osoby dorosłej oznacza 150 µg tego pierwiastka dziennie, kraje rozwinięte wprowadzają profilaktykę jodową polegającą na wzbogacaniu w jod żywności, wody pitnej, czy paszy dla zwierząt. W naszym kraju profilaktyka jodowa polega na wprowadzeniu na mocy ustawy z 1997 r. obowiązkowego jodowania soli kuchennej przeznaczonej dla gospodarstw domowych. Dzięki temu podaż jodu u dzieci i ludzi dorosłych jest prawidłowa, ale ciągle jeszcze niedostateczna u kobiet ciężarnych i karmiących. Walka z niedoborem jodu oznacza nie tylko zmniejszenie częstości występowania wola obojętnego i wola guzowego nadczynnego- częstych chorób wieku średniego i starszego u kobiet. Niedobór jodu w okresie życia płodowego i wczesnego dzieciństwa zaburza rozwój mózgu i ostatecznie prowadzi do niższego poziomu inteligencji w wymiarze osobniczym i populacyjnym, a w konsekwencji gorszego rozwoju socjoekonomicznego kraju.

---

## Rak tarczycy

Jest najczęściej wysoko zróżnicowanym nowotworem złośliwym o dość łagodnym przebiegu. Bardzo rzadko w gruczole tarczowym rozwija się wybitnie złośliwa postać nowotworu o złym rokowaniu - rak anaplastyczny.

Częstość występowania raka tarczycy w Polsce jest niewielka: roczna zapadalność wynosi 40-50

osób na 1 mln, podczas, gdy w Stanach Zjednoczonych jest 1,5 razy wyższa. W ostatnich latach na świecie odnotowuje się wzrost zachorowalności na raka tarczycy, co prawdopodobnie wynika z upowszechnienia badań ultrasonograficznych i biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej. Pojawiają się nawet sygnały o nadrozpoznowalności raka tarczycy, tzn. wy-



krywaniu bardzo małych, kilkumilimetrowych form nowotworu, które nie zdążyłyby się ujawnić przed śmiercią. Tymczasem, jeśli są wykryte, pociągają konieczność specjalistycznego leczenia, którego elementem jest całkowite wycięcie gruczołu tarczowego z możliwością ewentualnych powikłań zabiegu chirurgicznego, a ponadto powodują stres związany z obecnością choroby nowotworowej. Rak tarczycy 3-4 razy częściej dotyka kobiet niż mężczyzn, a najczęstszy wiek zachorowań to okres pomiędzy 40. a 50. r. ż.

Rak tarczycy manifestuje się jako twardy guz szyi, któremu może towarzyszyć powiększenie lokalnych węzłów chłonnych. W bardziej zaawansowanych przypadkach występują chrypa i zaburzenia połykania. Czynność hormonalna tarczycy jest zwykle prawidłowo zachowana.

Rokowanie w większości przypadków raka tarczycy jest bardzo dobre; prawidłowe leczenie sprawia, że ponad 90% chorych przeżywa 20 lat. Leczenie obejmuje jednak operację całkowitego wycięcia tarczycy, terapię jodem promieniotwórczym i całościowe przyjmowanie dużych dawek hormonów tarczycy, co samo w sobie bywa obciążające. U osób powyżej 45. r.ż. rak tarczycy wiąże się z gorszym ro-

kowaniem niż u osób <45. r.ż. U starszych pacjentów zabieg operacyjny jest obarczony większym ryzykiem powikłań niż u osób młodszych. Gorsza niż u osób młodszych jest także tolerancja leczenia dużymi dawkami hormonów tarczycy.

Ważnym czynnikiem ryzyka wystąpienia choroby jest narażenie na promieniowanie jonizujące przed 20. r. ż. zwłaszcza w dzieciństwie, wynikające na przykład ze skażenia radioaktywnego (awaria elektrowni jądrowej, wybuch bomby atomowej) lub radioterapii nowotworów złośliwych, np. ziarnicy. Istotna jest też predyspozycja rodzinna: występowanie raka tarczycy u krewnych 4-krotnie zwiększa ryzyko zachorowania na raka zróżnicowanego tarczycy. Według niektórych obserwacji istnieje pewna zależność pomiędzy zawartością jodu w diecie, a występowaniem raka tarczycy: na obszarach niedoboru jodu zwiększa się częstość występowania raka pęcherzykowego mającego gorsze rokowanie niż rak brodawkowy, który dominuje na obszarach o prawidłowej podaży tego pierwiastka. Dostateczna podaż jodu dodatkowo chroni tarczycę przed skutkami skażenia radioaktywnego, ponieważ pierwiastki promieniotwórcze są wówczas słabiej wchłaniane przez gruczoł.

---

## Kierunki niezbędnych działań

Powinny zmierzać zarówno w stronę zapobiegania chorobom tarczycy, jak i wczesnego ich wykrywania oraz leczenia. W związku z tym, że choroby gruczołu tarczowego są w dużej mierze uwarunkowane genetycznie i możliwości ich zapobiegania są ograniczone, na pierwszy plan wysuwa się diagnostyka. Wczesna diagnostyka to także edukowanie społeczeństwa na temat znaczenia i symptomatologii chorób tarczycy poprzez programy oświatowe i artykuły popularnonaukowe. Najważniejsze jest jednak usprawnienie opieki medycznej: uwrażliwienie lekarzy rodzinnych na częste występowanie

chorób tarczycy w populacji kobiet po 50. r. ż. i konieczność okresowego wykonywania badań hormonalnych w kierunku wykrycia nadczynności i niedoczynności tarczycy (test przesiewowy to badanie stęż. TSH we krwi). Wykonywanie oznaczeń hormonalnych jest w tych przypadkach niezbędne z uwagi na słabo wyrażone i trudne do interpretacji dolegliwości w tej grupie chorych. W związku z tym, że większość chorób tarczycy ma charakter przewlekły, istotne jest, aby pacjenci po ustaleniu postępowania leczniczego przez specjalistę endokrynologa, mogli powrócić pod skrzydła lekarza rodzinnego. W prze-



ciwnym razie poradnie endokrynologiczne, sprawując całościową opiekę nad pacjentami z chorobami tarczycy, będą niedostępne dla nowych chorych czy nagłych przypadków, co obecnie ma miejsce. Dotyczy to głównie chorych z wolem obojętnym, którzy w większości wymagają jedynie obserwacji i osób z niedoczynnością tarczycy, u których leczenie jest stosunkowo proste. Wydaje się, że nie należy dążyć do zwiększania ilości wykonywanych badań ultrasonograficznych tarczycy, ponieważ aż 75% starszych kobiet może mieć guzki tarczycy, które w 95% mają charakter nienowotworowy i nie wpływają negatywnie na stan zdrowia. Ważne jest jednak, aby dokładne badanie palpacyjne szyi połączone z oceną gruczołu tarczowego stało się rutynowym elementem oceny stanu zdrowia pacjenta.

Działania profilaktyczne w tyreologii to głównie zapewnienie prawidłowej ilości jodu w diecie codziennej. Z uwagi na fakt, że profilaktyka jodowa w Polsce opiera się na jodowaniu soli kuchennej, a jej spożycie w naszym kraju jest nadmierne i zmierzają do jego ograniczenia, należy dążyć do wzbogacania w jod paszy dla zwierząt i wybranych wód mineralnych. Czynnikiem koordynującym profilaktykę jodową w Polsce jest Polska Komisja ds. Kontroli Zaburzeń z Niedoboru Jodu, oraz Narodowy Program Eliminacji Niedoboru Jodu finansowany przez Ministerstwo Zdrowia.

---

## PIŚMIENNICTWO

- <sup>1</sup> Vanderpump M, Tunbridge W, French J, et al. The incidence of thyroid disorders in the community: a twenty-year follow-up of the Whickham Survey. *Clin Endocrinol* 1995; 43: 55-68
- <sup>2</sup> Szybiński Z, Delange F, Lewiński A et al. A programme of iodine supplementation using only iodised household salt is efficient- the case of Poland. *Europ J Endocrinol* 2001; 144: 331-337.
- <sup>3</sup> Choroby tarczycy w: *Wielka Interna, Endokrynologia*. Red. W. Zgliczyński, Medical Tribune, wyd 1, Warszawa 2011
- <sup>4</sup> Bowers J, Terrien J, Clerget-Froidevaux M.S, et al. Thyroid Hormone Signaling and Homeostasis During Aging. *Endocr Rev* 2013; 34: 556-589
- <sup>5</sup> Laulund A.S, Nybo M, Brix T. H, et al. Duration of Thyroid Dysfunction Correlates with All-Cause Mortality. The OPENTHYRO Register Cohort. *PLoS One*. 2014; 9(10): e110437.



## Zaburzenia wzroku wśród starszych kobiet

Zaburzenia wzroku są niemal nieodłącznym elementem procesu starzenia się. Częstość ich występowania i stopień upośledzenia wzroku nasilają się wraz z wiekiem, prowadząc nierzadko do ślepoty. W Polsce, według danych GUS - u (2011), stanowią one częstą przyczynę niepełnosprawności. Zarówno ze względu na przeciętnie dłuższe życie kobiet, jak i pewne specyficzne czynniki ryzyka, choroby okulistyczne występują częściej wśród kobiet. Najczęstszymi, poważnymi schorzeniami starszych osób są: zwyrodnienie plamki żółtej, jaskra i zaćma.

### Zwyrodnienie plamki związane z wiekiem (age related macular degeneration - AMD)

AMD - zwyrodnienie plamki związane z wiekiem jest główną przyczyną ślepoty w krajach wysokorozwiniętych na świecie - doprowadza do nieodwracalnego uszkodzenia fotoreceptorów, zaniku komórek nabłonka barwnikowego siatkówki.

Pojawiają się problemy z wyraźnym widzeniem w polu centralnym, zniekształcenie obrazu w postaci metamorfopsji, obniżenie kontrastu, pogorszenie widzenia barw, w końcowym stadium ciemne, nieregularne plamy w polu widzenia. Choroba jest ściśle związana z wiekiem - jest to skorelowane ze zwiększeniem się populacji osób starszych.

AMD - dotyczy zwłaszcza osób starszych, po 60.-70. roku życia (jest to najważniejsza przyczyna ślepoty u osób po 65. roku życia!). Zachorowalność znacznie wzrasta zwłaszcza pomiędzy 70. a 80. r.ż. AMD dotyczy około 25 milionów ludzi na całym świecie. Według niektórych badań przeprowadzonych w naszym kraju liczbę chorych ocenia się na około 1,2 mln, przy czym na postać zaawansowaną choruje około 250 tys. osób. Według innych źródeł AMD ma 1,9 mln pacjentów, zaś postać późną około 600 tys. pacjentów. Przewiduje się, że liczba osób cierpiących na starcze zwyrodnienie plamki

Prognoza wzrostu zachorowań  
na AMD (starcze zwyrodnienie plamki)  
2015 - 2040



ulegnie potrojeniu w ciągu kolejnych, najbliższych 25 lat. Według danych epidemiologicznych co roku na świecie przybywa około 5 mln chorych na postać suchą i 500 tys. na postać wysiękową. Chorobowość u osób pomiędzy 55. a 64. r.ż. stanowi od 2,8% do 14,4%, powyżej 85. r.ż. od 26,6% do 46,5%. Ślepota w przebiegu AMD jest obecna u około 1,7% chorych powyżej 50. r.ż. oraz obejmuje 18% badanych osób powyżej 85. r.ż.

Kobiety nieco częściej chorują niż mężczyźni, badania populacyjne pokazują, że ryzyko rozwinięcia się AMD u kobiet jest większe niż u mężczyzn po 75. r.ż. Z najnowszych danych dowiadujemy się, że ryzyko wystąpienia wysiękowej postaci AMD w ciągu 5-letniej obserwacji od początku choroby jest większe u kobiet (1,2%) niż u płci męskiej (0,6%). U osób



chorujących na AMD istnieje niekorzystna prognoza co do zajęcia drugiego oka - ryzyko dla oka towarzyszącego wynosi 50% zachorowalności w ciągu 5 lat.

Wyróżniamy dwie postaci AMD - postać suchą (druzy), najczęstszą, która stanowi 90% przypadków (brak jak dotąd skutecznych możliwości leczenia) oraz postać wysiękową, mokrą - należy do niej pozostałe 10% pacjentów, która występuje rzadziej, może jednak doprowadzić do bardzo groźnych powikłań, takich jak neowaskularyzacja podsiatkówkowa (CNV), czy też odwarstwienie nabłonka barwnikowego siatkówki (PED). Doprowadza to w niedługim czasie do znacznego upośledzenia widzenia centralnego.

Czynniki ryzyka to:

- wiek
- płeć
- rasa
- jasny kolor tęczówki
- predyspozycja genetyczna
- czynniki środowiskowe, choroby sercowo naczyniowe, nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, podwyższony poziom cholesterolu
- nieprawidłowa dieta, niedobór przeciwutleniaczy takich jak wit. E, C, beta-karoten, luteiny, zeaksantyny
- palenie tytoniu
- otyłość, dieta bogatotłuszczowa, wysoki wskaźnik BMI
- ekspozycja na światło słoneczne

- stan po operacji zaćmy
- obecność AMD w jednym oku, zwiększa ryzyko w oku towarzyszącym.

Profilaktyka to przede wszystkim unikanie w miarę możliwości tych czynników ryzyka, na które możemy mieć częściowo wpływ - stosowanie okularów ochronnych z odpowiednim filtrem, unikanie nadmiernej ekspozycji słonecznej, suplementacja witamin, minerałów, modyfikacja diety, zdrowy styl życia, zaprzestanie palenia tytoniu. Stosowanie zarówno witamin, suplementów, antyoksydantów, jak i kwasów Omega 3 u osób z początkiem AMD może spowolnić rozwój choroby (choć nie zapobiega jej wystąpieniu). Według badania AREDS w stosowanym preparacie do spożycia powinno się znaleźć: 500 mg wit. C, 400 IU wit. E, 15mg beta -karotenu, 80 mg cynku i 2mg miedzi. Poza tym, zaleca się preparaty zawierające dodatkowo -luteinę, zeaksantynę i kwasy Omega 3. Pacjent z suchym AMD powinien regularnie, samodzielnie, w warunkach domowych, dokonywać samooceny swojego wzroku za pomocą testu Amslera - w razie pogorszenia widzenia w postaci wykrzywionego obrazu, zniekształconych linii zgłosić się do specjalisty chorób oczu. W przypadku bardzo słabej ostrości wzroku w przebiegu AMD - należy poinformować pacjenta o dostępności pomocy optycznych (takich jak lupy, lornetki). Uważa się, że zdrowy tryb życia od najmłodszych lat, właściwa dieta pełna zielonych warzyw, ryb morskich jest najlepszą profilaktyką zapobiegającą postępowi choroby.

---

## Jaskra (glaucoma)

Jedną z głównych przyczyn nieodwracalnej utraty ostrości widzenia (nierzadko prowadzącej do ślepoty) w krajach cywilizacyjnych u osób po 50. roku

życia - jest jaskra. Choroba, która charakteryzuje się postępującym uszkodzeniem nerwu wzrokowego, utratą komórek zwojowych siatkówki, prowadząc





do postępujących ubytków w polu widzenia. Skutkuje to neuropatią nerwu wzrokowego - nieodwracalną dysfunkcją wzroku.

Częstość występowania jaskry wynosi 2-3% u osób powyżej 40. roku życia. Wykazano zależność od wieku od 0,5% przed 50. r.ż. do 10% po 80. r.ż. Na całym świecie 7 mln chorych stanowi grupę osób niewidomych. W Polsce jest około 800 tys. osób z jaskrą, przy czym spośród nich około 50% to pacjenci z wykrytą chorobą, pozostała część jest nieświadoma zagrożenia. Leczy się jedynie 120 tys. osób (tj. 16% spośród danej populacji). W latach 1992-2002 przeprowadzono badanie epidemiologiczne, z którego wynikało, że na 10 osób, u których zdiagnozowano jaskrę, aż 7 nie była tego świadoma. Obecnie na jaskrę choruje 60 mln ludzi na całym świecie. Przewiduje się, że w roku 2020 liczba ta bę-

Prognozowany wzrost zachorowań na jaskrę w 2020 r.

**11 milionów niewidomych**  
z czego aż **60% to kobiety**



dzie znacznie wyższa, osiągając wartość 79,6 mln, z czego prawdopodobnie 11 mln będzie niewidoma. Z przeprowadzonych doniesień wynika, że 6 na 10 pacjentów będą to kobiety. U osób powyżej 15. r.ż. jest 420 tys. zdiagnozowanych przypadków jaskry w Polsce (według doniesień GUS-u). Szacuje się, że liczba zachorowań w kraju wzrośnie do ponad 600 tys. do 2035 roku (doniesienia Agencji CEESTAHC). Brak jest dokładnych badań epidemiologicznych określających dokładny rozkład zachorowań w zależności od płci.

Jaskrę dzielimy na pierwotną (o nieznanym etiologii) oraz wtórna (spowodowana przez znaną przyczynę), najczęściej nabytą, występującą po 40. roku

życia, której przyczyną może być: zmętnienie soczewki, patologiczna neowaskularyzacja, np. w przebiegu cukrzycy, zakrzepu żyły środkowej siatkówki. Uzależniając morfologię kąta przesączenia, podział obejmuje kąt szeroki, otwarty bądź wąski, zamykający się. Poza tym wyróżniamy - jaskrę wrodzoną (występuje u noworodków, małych dzieci). U kobiet częściej spotykamy jaskrę normalnego ciśnienia, z wąskim kątem przesączenia oraz jaskrę pierwotną zamkniętego kąta (stosunek kobiet do mężczyzn wynosi 4:1), zaś u mężczyzn jaskrę pseudoeksfoliacyjną (choć zespół pseudoeksfoliacyjny - PEX obserwuje się częściej u kobiet) oraz jaskrę barwnikową w przebiegu zespołu rozproszonego barwnika. Poza tym, u płci żeńskiej częściej spotyka się jaskrę z niskim ciśnieniem, przyczynę upatruje się w niższej niż u mężczyzn wrażliwości tarczy nerwu wzrokowego na zwyżki ciśnienia śródgałkowego.

Badanie ciśnienia wewnątrzgałkowego jest istotnym elementem każdego badania okulistycznego. Prawidłowa wartość ciśnienia wewnątrzgałkowego waha się w granicach 11-21 mm Hg. Obserwuje się u starszych kobiet wyższe wartości ciśnienia wewnątrzgałkowego (powyżej 21 mm Hg, które ocenia się jako prawidłowe, nie powodujące neuropatii), w porównaniu do osób młodszych. Jest ono różne dla każdego pacjenta, waha się w ciągu doby, dlatego bardzo ważne jest wyznaczenie krzywej dobowej (pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego kilka razy w ciągu doby w regularnych odstępach czasu).

Pierwsze objawy jaskry to zmiany w górnej części pola widzenia pod postacią mroczków, następnie ubytki głównie po stronie nosowej, co ostatecznie doprowadza do wyspy widzenia centralnego i skroniowego. W momencie - kiedy pacjent dostrzega zmiany pod postacią pogorszeniu ostrości wzroku - efektem jest już uszkodzenie pola widzenia i leczenie nie przynosi spodziewanych korzyści.

Bardzo ważne jest poznanie najważniejszych czynników ryzyka oraz przede wszystkim właściwa profilaktyka, co zapewnia wcześniejsze wykrycie



uszkodzenia nerwu wzrokowego. Szybkie wdrożenie właściwego leczenia powoduje spowolnienie tej kaskadowo postępującej lawiny zdarzeń. Jaskra to choroba, którą opisuje się, jako tę „która nie boli” i „nigdy nie oddaje tego co zabrała”. Uszkodzenie komórek nerwowych siatkówki skutkuje bowiem nieodwracalnymi zmianami, prowadząc do stopniowej utraty zdolności funkcji wzrokowych siatkówki. Początkowy etap choroby jest niezauważalny dla pacjenta - utrata zdolności widzenia jest zauważana stopniowo, pacjent nie dostrzega pogłębiających się zmian, użyteczna zdolność widzenia może być długo zachowana.

Jedną z głównych przyczyn uszkodzenia nerwu wzrokowego jest przewlekłe niedokrwienie, spowodowane najczęściej narastaniem blaszek miażdżycowych w tętnicach (w przebiegu miażdżycy). Upośledzenie krążenia krwi, zaburzenie hemodynamiki krążenia systemowego, prowadzi do apoptozy, destrukcji komórek nerwowych. Istotne są obecne i przebyte choroby, takie jak: choroba niedokrwien na serca, zawał serca, cukrzyca, przebyte udar mózgu. Zarówno nadciśnienie, niedociśnienie, hipotonia nocna (gwałtowny spadek ciśnienia tętniczego pod wpływem intensywnego leczenia lekami hipotensyjnymi) wpływają negatywnie na zaburzenia krążenia krwi w gałce ocznej. Niektóre czynniki ryzyka występują częściej u kobiet - np. bóle migrenowe, prowadzące do skurczu naczyń krwionośnych (upatruje się związek z genetyczną predyspozycją do nadwrażliwych reakcji neuronaczyniowych).

Pozostałe czynniki ryzyka:

- wiek powyżej 40. r.ż.
- płeć żeńska
- predyspozycje genetyczne.

Jeżeli nie stwierdza się jaskry w rodzinie, zazwyczaj pierwsze badanie przeprowadza się u osób około 40. rok życia. Gdy wywiad rodzinny jest dodatni, zwłaszcza w linii żeńskiej u matki, profilaktykę należy przeprowadzić wcześniej.

Pacjent podczas wizyty okulistycznej powinien być poinformowany o możliwościach terapeutycznych leczenia - początkowo terapia oparta jest na lekach w postaci kropli (ważne jest poinformowanie o prawidłowym kropieniu leków, gdyż część niepowodzeń wynika z ich nieprawidłowego stosowania do worka spojówkowego). Celem leczenia jest uzyskanie takiej ostrości wzroku, by w jak najmniejszym stopniu wpływało to na jakość życia. Przy wyborze terapii uwzględniamy wiek, zaawansowanie choroby, tryb życia oraz przede wszystkim wartość wyjściową ciśnienia wewnątrzgałkowego. Niekiedy oprócz leczenia farmakologicznego należy wdrożyć leczenie operacyjne (wytworzenie nowych, dodatkowych dróg odpływu cieczy wodnistej między komorą przednią, tylną a przestrzenią podspojówkową).

Bardzo ważne są profilaktyczne badania - regularne wizyty u okulisty, które pozwalają ocenić, czy występują czynniki ryzyka. Profilaktyka jaskry to działania, które będą zmierzać do wyeliminowania, bądź zredukowania czynników, które zwiększają ryzyko uszkodzenia komórek nerwowych siatkówki. Poszukiwanie osób zagrożonych jaskrą, powinno być przeprowadzone na etapie wizyty u lekarza medycyny rodzinnej (poinformowanie pacjenta na temat zagrożenia oraz przekierowanie celem diagnostyki do specjalisty chorób oczu). Takie działania przesiewowe pozwolą na przyspieszenie diagnozy i wdrożenie wcześniej odpowiedniego leczenia, tak aby zachować użyteczne funkcje wzrokowe jak najdłużej. Niezmiernie ważna jest tu odpowiednia edukacja społeczeństwa, a także programy szkoleń dla lekarzy medycyny rodzinnej (mających często pierwszy kontakt z pacjentem chorym na jaskrę, który podczas wizyty może zgłaszać pierwsze symptomy choroby w postaci niespecyficznych okresowych bólów głowy, zaburzeń widzenia).

W 1998 powstało Polskie Towarzystwo Profilaktyki Jaskry, którego celem jest: upowszechnianie wiedzy o zagrożeniach spowodowanych jaskrą - poradnictwo w zakresie diagnostyki i leczenia jaskry,

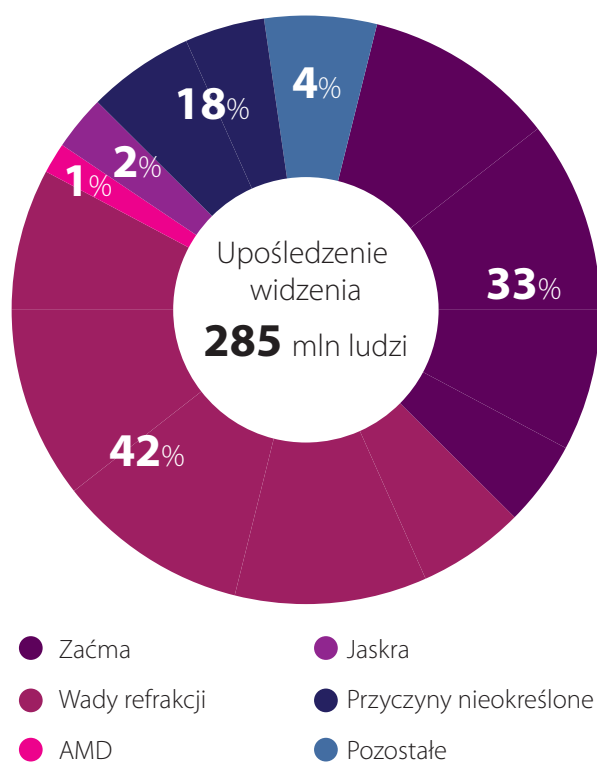


szkolenie dla lekarzy rodzinnych, psychologów, terapeutów w zakresie jaskry. Realizuje ono swoje cele poprzez: organizowanie, prowadzenie kampanii informacyjnych, obronę interesów chorych, współ-

pracę z organami administracji rządowej i samorządowej, zakładami opieki zdrowotnej oraz środkami masowego przekazu.

## Zaćma (cataracta)

Według Światowej Organizacji Zdrowia - WHO u 285 mln ludzi stwierdza się upośledzenie widzenia, spośród których zaćma stanowi aż 33% (wady refrakcji 42%, jaskra 2%, AMD 1%, przyczyny nieokreślone 18%, pozostałe 4%). W krajach rozwiniętych zaćma powoduje spadek ostrości wzroku, natomiast w krajach rozwijających się jest to najczęstsza (odwracalna) przyczyna ślepoty.



Zaćma prowadzi do zmętnienia soczewki (poprzez utratę swojej cechy optycznej czyli przejrzystości). Choroba rozwija się bezboleśnie, stopniowo

postępując przez dłuższy czas. Dopiero zmętnienie soczewki upośledza funkcje wzrokowe, przyczyniając się do zamazanego, niewyraźnego obrazu, widzenia jak przez mgłę, co jest przyczyną zgłoszenia się pacjenta do gabinetu okulistycznego.

Zaćma starcza występuje w 50. - 60. roku życia, jednak początki obserwuje się już nawet w wieku 40 lat. Nie ma żadnych skutecznych metod leczenia zmętnienia soczewki, za wyjątkiem operacji chirurgicznej. Zaćma stanowi połowę wszystkich hospitalizacji na oddziałach okulistycznych. Jest to najczęściej wykonywany zabieg chirurgiczny (niekiedy chirurgia jednego dnia), a szybka rehabilitacja pacjenta już w parę godzin po zabiegu daje powrót do pełnej aktywności. Pacjent po operacji czuje się usatysfakcjonowany, a jakość jego życia i zdolność funkcjonowania w społeczeństwie ulega znacznej poprawie. Obserwuje się podniesienie standardu życia i zwiększony komfort podczas wykonywania podstawowych, codziennych czynności życiowych (osoby starsze to często osoby samotne).

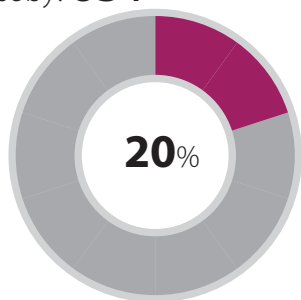
Około 60 mln ludzi na całym świecie ma obniżoną ostrość wzroku z powodu zaćmy. Z przeprowadzonych badań epidemiologicznych wynika, że średni wiek pacjenta w momencie operacji to około 70.4 lat (badanie przeprowadzone na 4385 pacjentach, w tym 2791 stanowiły kobiety). Zwracają uwagę różnice związane ze średnim wiekiem pacjentów w momencie operacji w poszczególnych latach-1997r. (69,7 lat), 2000r. (71.6 lat), 2002r. (71.4 lat). W 2004 r. kobiety były operowane 2 lata później niż mężczyźni (średni wiek kobiet około 71.1, średni wiek mężczyzn około 69.1). Przeciętny czas oczeki-



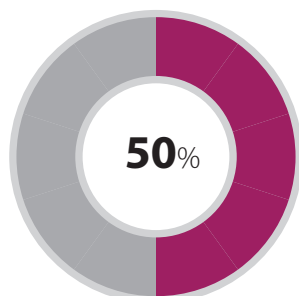
wania na operację zaćmy w Polsce to około 3,5 roku (tryb pilny pozwala na operację w ciągu 6 miesięcy). W roku 2004 w Polsce na zaćmę zachorowało 773 tys. pacjentów (dane GUS -u), czyli 2,4% populacji. Patologia związana ze zmętnieniem soczewki u osób powyżej 50. roku życia występuje częściej u kobiet (70% przypadków), rzadziej zaś u mężczyzn. W grupie wiekowej od 50-69 lat zachorowalność kobiet stanowi 171,3 tys. (w porównaniu do płci męskiej, gdzie w tej samej grupie wiekowej zapadalność wynosi 81 tys.). Zmniejszona przejrzystość soczewki jest obecna u 20% osób po 65. roku życia i u 50% osób po 75. roku życia. Wyraźnie widać tendencje wzrostową tego schorzenia; w roku 2008 było 770 tys. zaćm, jednak prognozuje się, że liczba ta wzrośnie. Przewiduje się, że w dalekiej przyszłości w związku ze zwiększoną liczbą osób starszych w społeczeństwie w roku 2035 liczba pacjentów wzrośnie o około 50% i wyniesie w przybliżeniu 1,3 mln.

#### Zmniejszenie przejrzystości soczewki

osoby: **65+**



osoby: **75+**



Zaćma może występować niemalże w każdym wieku jako zaćma wrodzona, młodzieńcza, starcza. Główne czynniki ryzyka to:

- podeszły wiek, jako główna, powszechna, najczęściej występująca przyczyna,
- płeć żeńska (kobiety znajdują się w grupie o zwiększonej zachorowalności),
- dodatni wywiad rodzinny, predyspozycja genetyczna, zespoły genetyczne. -nadmierna ekspozycja na światło słoneczne(w ramach profilaktyki zaleca się stosowanie okularów przeciwsłonecznych, z odpowiednimi filtrami UVA/UVB, unikanie solarium),
- ekspozycja na promieniowanie jonizujące (zaćma po ekspozycji może występować od kilku miesięcy do lat) promienie podczerwone, promieniowania X, radioterapia w przypadku nowotworów,
- długotrwałe stosowanie leków - kortykosteroidowych i innych leków, takich jak: amiodaron, chlorpromazyna, allopurinol, tamoksifen,
- choroby układowe: cukrzyca (zaćma starcza pojawia się wcześniej, z tendencją do szybkiej progresji), atopowe zapalenie skóry, hiperwitaminiza D, niedoczynność tarczycy i inne,
- podwyższony poziom trójglicerydów we krwi, nieprawidłowy styl życia, otyłość, nadużywanie alkoholu, palenie papierosów (podwyższona ilość wolnych rodników u palaczy tytoniu),
- stan zapalny przedniego odcinka błony naczyniowej, stan po ostrym ataku jaskry, wysoka krótkowzroczność, dziedziczne dystrofie siatkówki stan po urazie tętnym, penetrującym (zmętnienie w różnym czasie od urazu), stan po porażeniu prądem,
- przebyte zabiegi operacyjne, chirurgiczne leczenie odwarstwienia siatkówki, usunięcie krwotoków z komory ciała szklistego, przebyte operacje przeciwjaskrowe.



Jedyną wspomnianą skuteczną metodą usunięcia zaćmy jest leczenie operacyjne - wykonanie operacji przez niewielkie nacięcia, usunięcie dzięki metodzie fakoemulsyfikacji soczewki własnej (za pomocą ultradźwięków) oraz wszczepienie implantu soczewki sztucznej, najczęściej do torebki. Metoda fakoemulsyfikacji (rozdrobienie, następnie odessanie jądra soczewki) - jest zabiegiem prostym, bezpiecznym, szybkim. Może być wykonywana w znie-

czuleniu kroplowym - wymaga jednak umiejętności operatora. Pozwala na uniknięcie dużego pooperacyjnego astygmatyzmu, osiągnięcie przewidywanej refrakcji po zabiegu dzięki mikrochirurgicznemu nacięciu, które nie narusza, aż tak znacznie integralności rogówki w przeciwieństwie do bardziej inwazyjnych zabiegów operacyjnych wykonywanych w przeszłości.

---

## PIŚMIENNICTWO

1. Kałużny BJ: Epidemiologia starczego zwyrodnienia plamki. *Okulistyka* 2002; 2:5-8.
2. Mitchell P, Wang JJ, Foran S, Smith W: Five-year incidence of age-related maculopathy lesions: the Blue Mountains eye study. *Ophthalmology*, 2002, 109, 1092-1097.
3. Demography: Eurostat. European Social Statistics - Office For Official Publications of the European Communities; 2000.
4. Edbom-Kolarz A, Marcinkowski J.T. Starczowzrocność spowodowana zwyrodnieniem plamki żółtej związanym z wiekiem (AMD) i jego praktyczne konsekwencje. *Hygeia Public Health* 2012, 47(1):37-43.
5. GUS, 2007. Stan zdrowia ludności Polski w przekroju terytorialnym w 2004 r.
6. Dostęp do opieki okulistycznej w Polsce. Podejście systemowe. Najważniejsze problemy związane z dostępem doświadczeń okulistycznych. CEESTAHC 2012.
7. Quigley HA, Broman AT, The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020. *Br J Ophthalmol* 2005; 90: 262-267.
8. Olszewska H, Wojciechowska K, Jegier A. Profilaktyka jaskry. *Medycyna Rodzinna* 2/2009, s. 29-37.
9. Niżankowska MH, Kaczmarek R, Jakubaszko J: Detection level of glaucoma and ocular hypertension in Wrocław population - Wrocław Epidemiological Study. *Advanced in Clinical and Experimental Medicine* 2004; 13: 607-613.
10. Mulak M, Majewska K, Pieniżek M, Spera A, Zaręba A, Problemy terapeutyczno-kliniczne w rozpoznawaniu i leczeniu jaskry. *Nowa Medycyna* 2/2007, s. 36-40.
11. Bilińska E, Moll A, Kowalczyk G, Omulecki W. Epidemiology of cataract in clinical material of Department of Ophthalmology, Medical University of Łódź, *Klinika Oczna, Suplement do nr-u 3/2004*.
12. Cumming RG, Mitchell P, Leeder SR. Use of inhaled corticosteroids and the risk of cataract. *N Engl J Med* 1997; 337: 8-14.
13. Barbara Iwaszkiewicz-Bilikiewicz. Zaćma. *Geriatrics* 2008; 2; 252-254.
14. Strzałka A. Choroby okulistyczne wymagające hospitalizacji u pacjentów w podeszłym wieku. *Gerontom. Pol.* 2006; 14 (3): 125-129.
15. Polskie Towarzystwo Profilaktyki jaskry, [www.jaskra.org.pl](http://www.jaskra.org.pl)



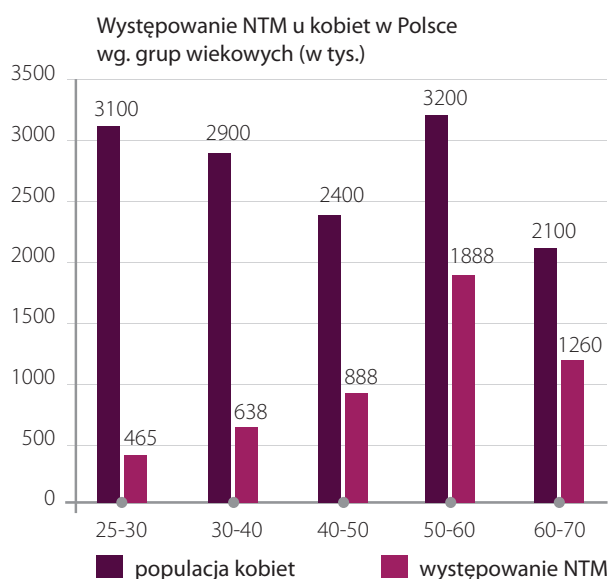
## Zaburzenia układu moczowo-płciowego

### Wstęp

W okresie menopauzy, obok występowania objawów naczynioruchowych, osteoporozy, zmian w układzie sercowo-naczyniowym, uważa się iż głównymi przyczynami pogarszania się jakości życia u kobiet po wystąpieniu menopauzy są nietrzymanie moczu, suchość pochwy oraz obniżenie narządu płciowego. Problemy te nierzadko obserwowane są równocześnie. Aktualnie utrwalił się pogląd, że u niemiesiączkujących już kobiet główną przyczyną wywołującą powstawanie wspomnianych chorób jest deficyt estrogenów spowodowany prawie zupełnym wygaśnięciem funkcji endokrynnej jajników. Skala problemu jest duża, natomiast statystyka kobiet zgłaszających się z problemem nietrzymania moczu, suchości pochwy czy zaburzeń statyki stanowi jedynie niewielki procent kobiet cierpiących z powodu tych dolegliwości. Często pacjentki unikają wizyt u lekarza ginekologa, traktują pojawienie się objawów związanych z okresem menopauzy za problem, z którym trzeba się zmierzyć w „okresie starości”. Braki edukacyjne i ograniczenie świadomości w zakresie sposobów radzenia sobie z opisanymi problemami. Dlatego bardzo istotne jest prowadzenie edukacji pacjentek, zwłaszcza w poradniach i gabinetach lekarskich. Naświetlenie pacjentce istoty problemu i zachęcenie do podjęcia profilaktyki i leczenia zaowocuje zmniejszeniem objawów ze strony układu moczowo-płciowego oraz poprawą jakości życia pacjentki.

### Nietrzymanie moczu

Jest to zjawisko, w którym dochodzi do braku kontroli pacjentki nad oddawaniem moczu. Taki stan prowadzi często do zaburzeń higieny oraz utrudnia kontakty międzyludzkie. U kobiet w okresie przekwitania najczęściej spotykana jest postać wysiłkowego nietrzymania moczu, która stanowi około 50% patologii. Spowodowane jest nadmierną ruchomością szyi pęcherza moczowego lub niewydolnością zwieracza cewki moczowej. Częstość występowania nietrzymania moczu (NTM) jest trudna do dokładnego określenia, ponieważ nie ustalono dotychczas jednorodnych kryteriów rozpoznania. Zapadalność na NTM u kobiet wynosi 2–11%, całkowita remisja następuje u 0–13%. Roczna zachorowalność na wypadanie narządu rodowego wynosi 0,16–0,2%, a skumulowane ryzyko poddania się operacji z tego powodu 7–11% według danych europejskich.



Według wielu autorów problem ten dotyczy głównie kobiet i choroba dotyka 17–60% ich populacji. Przyjmuje się, że w krajach wysoko rozwiniętych omawiany problem dotyczy ok. 10% populacji kobiet, a w grupie kobiet po 50. roku życia nawet 60%. W badaniu epidemiologicznym przeprowadzonym w 2002 roku z 500 przebadanych kobiet około 34,4%, pacjentek w grupie wiekowej 51-60 lat zgłaszało problem z nietrzymaniem moczu. W przedziale wiekowym 61-70 lat procent ten wynosił ok. 35,5. Zauważalna jest wzrastająca z wiekiem zapadalność na nietrzymanie moczu u kobiet po 50. roku życia. Problem nietrzymania moczu może dotyczyć nawet 3 - 4 mln osób w Polsce, około 10% populacji. Jednakże niektórzy specjaliści sugerują, że odsetek chorych może być znacznie wyższy, niż wskazywany w publikowanych badaniach, z racji intymnego charakteru tego schorzenia i trudności w zebraniu rzetelnych danych.

Nietrzymanie moczu jest coraz poważniejszym i niepokojącym problemem dotyczącym Polaków w różnym wieku. Schorzenie to, ze względu na swoje objawy, wciąż jest uważane za wstydliwe, dlatego aż 2/3 pacjentów zataja jego występowanie przed swoim lekarzem.

Istotnymi czynnikami ryzyka NTM u kobiet są ciąża i porody drogami natury, jednakże ich znaczenie kliniczne zmniejsza się wraz z wiekiem pacjentek. W większości doniesień naukowych jako czynnik ryzyka wskazuje się również cukrzycę. Badania sugerują również, że ważnymi modyfikowalnymi czynnikami ryzyka nietrzymania moczu jest substytucja estrogenowa. Odnotowano wyraźny wzrost zapadalności na wysiłkowe nietrzymanie moczu u kobiet, których wskaźnik masy ciała (body mass index – BMI) przekraczał 30 kg/m<sup>2</sup>. Łagodna utrata funkcji poznawczych, jakkolwiek nie jest czynnikiem ryzyka, nasila konsekwencje nietrzymania moczu. Palenie tytoniu, nieodpowiednia dieta, depresja, nawracające zakażenia dróg moczowych (ZUM) i wysiłek fizyczny również zaliczane są do czynników ryzyka.

Dane epidemiologiczne, pomimo iż nie do końca odzwierciedlają ilość populacji, która cierpi z powodu NTM, alarmują o powadze i skali problemu. Problem nietrzymania moczu, to nie tylko problem natury medycznej. Istnieje wiele badań przeprowadzonych pod kątem natury psychologicznej jak i socjoekonomicznej omawianego zjawiska. Zdaniem polskich specjalistów zajmujących się problematyką nietrzymania moczu, nie stanowi ono poważnej choroby fizycznej. Jest jednak czynnikiem znacznie obniżającym jakość życia pacjentek związanym z ich zdrowiem psychicznym. Głównie objawia się poczuciem wstydu, zakłopotaniem, zaburzeniami samooceny chorej, a także przejawia się w postaci zaburzeń depresyjnych. Problem ten dotyka również sfery seksualnej. Pacjentki często boją się braku akceptacji i odrzucenia przez partnera, obniża się ich komfort odbywania stosunków płciowych i w konsekwencji często dochodzi do unikania zbliżeń, popadania w kompleksy i znacznego obniżenia jakości życia. W skrajnych przypadkach odnotowano nawet rozpad rodzin.

Z punktu socjoekonomicznego nakłady bezpośrednio związane z diagnostyką, leczeniem i utrzymaniem higieny u pacjentów z nietrzymaniem moczu stanowią koszty: badań diagnostycznych, refundacji leków, zabiegów operacyjnych, wizyt u specjalistów, koszty środków absorpcyjnych. Według danych uzyskanych z centrali NFZ w 2011 roku z budżetu państwa przeznaczono 722 000 złotych na refundację badań urodynamicznych. W 2012 roku koszty wykonania badania urodynamicznego wzrosły o 108% w stosunku do roku poprzedniego. Obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia refunduje dwa leki stosowane w terapii pacjentów z nietrzymaniem moczu. W 2011 roku zrefundowano leki stosowanych w leczeniu nietrzymania moczu, na łączną kwotę 3 230 490 złotych. W 2012 roku NFZ zrefundował o 105% więcej opakowań leków stosowanych w leczeniu NTM. Łączna kwota przeznaczona na refundację tych preparatów wzrosła o 135% w stosunku do 2011r. Natomiast straty spowodowane absencją zawodową



oszacowane na podstawie danych statystycznych z GUS -u (2010) wyniosły ok. 1 mld 689 mln zł/rok.

Wskazane jest szerokie edukowanie oraz informowanie opinii publicznej o skali występowania problemu NTM, możliwościach leczenia, a także o metodach profilaktyki. Również niezrozumiała dla pacjentów jest zasada refundacji środków absorpcyjnych (skomplikowana, niedoszacowana i całkowicie odmienna od standardów UE). Edukacja lekarzy pierwszego kontaktu oraz personelu pielęgniarskiego odnośnie profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia NTM. Aż w 80-85% przypadków poprawnie przeprowadzona podstawowa diagnostyka pozwala na ustalenie przyczyn nietrzymania moczu, a co za tym idzie szybsze wyleczenie.

W Polsce wciąż brakuje programów informacyjnych oraz profilaktycznych w zakresie leczenia nietrzymania moczu. W Polsce leczeniem NTM zajmują się głównie urologi i ginekolodzy. Zaleca się także poszerzenie kompetencji personelu pielęgniarskiego w zakresie profilaktyki i zaopatrywania osób z NTM w środki absorpcyjne, a także utworzenie narodowego programu walki z nietrzymaniem moczu. Kompleksową opieką powinny zostać objęte już młode kobiety, przed urodzeniem pierwszego dziecka. Opieka ta powinna być kontynuowana i poszerzana podczas ciąży i porodu, a także w następnych etapach życia i uwzględniać takie aspekty jak: edukacja - podczas rutynowych

wizyt u ginekologa, nauka ćwiczeń mięśni Kegla w szkołach rodzenia, szczególna opieka nad kobietami w ciąży, kierowanie młodych mam, przez personel medyczny, na zajęcia z fizjoterapeutą. Ważne jest także poszerzenie możliwości terapeutycznych o nowoczesne terapie, zagwarantowanie chorym dostępu do wszystkich skutecznych form leczenia sprawdzonych na świecie i wprowadzenie standardów postępowania wobec pacjentów z NTM. Na liście tych postulatów umieścić także trzeba wprowadzenie na listę leków refundowanych jak największej liczby preparatów stosowanych w leczeniu NTM i wprowadzenie refundacji zachowawczych metod leczenia (np. biofeedback, elektrostymulacja, ćwiczenia mięśni dna miednicy).

Podsumowując opisywany problem, konieczne staje się zwrócenie uwagi nie tylko na wywiad położniczy kobiety, lecz także na modyfikację przez nią nawyków żywieniowych i aktywności fizycznej. Dopiero kolejnym etapem terapeutycznym powinno być postępowanie specjalistyczne, dotyczące zaburzeń statyki narządu rodnego lub NTM. Wzrost świadomości (wśród lekarzy i pacjentów) problemu, jakim jest nadwaga i otyłość w etiopatogenezie NTM oraz obniżenia narządu rodnego, zmodyfikuje postępowanie diagnostyczne i poprawi efekty leczenia opisywanych schorzeń.

---

## Wypadanie narządów miednicy mniejszej

Wypadanie narządów miednicy mniejszej to znane i coraz częściej rozpoznawane zaburzenie ich statyki. Definiowane jest jako wypuklenie i/lub obniżenie ścian pochwy oraz narządów miednicy małej (często) przez szparę sromową. Około 34 mln kobiet w Stanach Zjednoczonych cierpi z powodu obniżenia lub wypadania narządów miednicy mniejszej.

W Polsce przyjmuje się że u jednej kobiety na cztery po 40. roku życia rozpoczyna się proces zaburzeń statyki narządów miednicy małej. Rozwija się on powoli i czasem całkowicie niezauważalnie. Szacuje się, że do obniżenia narządów dochodzi u ok. 50 % kobiet, które rodziło siłami natury, będących po 80. roku życia.





Dane z badań przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych przez Women Health Initiative wykazały, że obniżenie ścian pochwy (tylnej lub przedniej) zaobserwowano u 53,9% przebadanych kobiet, a 14,3% cierpiało z powodu wypadania macicy. Przewodzenie statystyki dotyczącej tej patologii nie jest łatwe, gdyż stanowi ona tzw. „wstydlivy problem” kobiet, o którym często nie rozmawiają ze swoim lekarzem. Wiele kobiet z tego powodu unika wizyty u lekarza-ginekologa. Badania populacyjne ukazują, że liczba kobiet z problemem wypadania narządów miednicy mniejszej wieku od 20 do 59 lat wzrasta średnio dwukrotnie co kolejne 10 lat.

Za przyczynę powstawania tego zaburzenia przyjmuje się osłabienie lub uszkodzenie struktur anatomicznych odpowiedzialnych za prawidłowe zawieszenie i podparcie narządów miednicy. W głównej mierze są to: tkanka łączna powięzi dna miednicy oraz mięśnie: guziczny i dźwigacz odbytu. Najczęściej wymienianymi czynnikami predykcijnymi są porody siłami natury, lecz także otyłość, wiek pacjentek i okres pomenoapuzalny (brak HTZ), jak również stan po usunięciu macicy. Badania przeprowadzone wśród hiszpańskich kobiet wykazały, iż II st. wypadania narządów miało 18% kobiet po 6 miesiącach od porodu siłami natury w stosunku do 7%, które rodziły drogą cięcia cesarskiego.

Wypadanie narządów miednicy małej nie jest dla pacjentek obojętne. Bardzo często w początkowym stadium nie powoduje niepokojących objawów, lecz zazwyczaj po przekroczeniu stopnia II (czyli płaszczyny błony dziewiczej) zaczynają się pojawiać dolegliwości.

Najczęściej zgłaszane są: uczucie ciągnięcia w pochwie lub dolnej części pleców, uczucie ciała obcego w pochwie lub poza nią, objawy ze strony układu moczowego, takie jak osłabiony strumień moczu, uczucie niekompletnego opróżnienia pęcherza moczowego, parcia na pęcherz, zwiększenie częstotliwości oddawania moczu, wysiłkowe nietrzymanie moczu, objawy jelitowe, takie jak trudności w trawieniu, uczucie zalegania treści jelitowej, ko-

nieczność uciskania ściany pochwy, aby opróżnić jelito, dyskomfort w trakcie współżycia seksualnego.

Wieloletnie obserwacje zaburzeń statyki narządów płciowych, różny stopień ich zaawansowania oraz różny stopień poprawy uzyskany w drodze leczenia chirurgicznego spowodowały utworzenie systemu obiektywnej oceny wypadania narządu płciowego POP-Q (pelvic organ prolapse quantification system), autoryzowanego przez towarzystwa medyczne AUGS, SGS, ICS oraz National Institute of Health USA. Uzyskane pomiary pozwalają na określenie stopnia wypadania narządu płciowego u kobiet, metody częściej stosowanej przez ginekologów niż urologów.

Wykrywalność i liczba zabiegów operacyjnych korekcji wypadania narządów miednicy mniejszej na świecie wzrasta z każdym rokiem. W USA w 2010 roku zdiagnozowano 28,1 mln przypadków tej patologii i szacuje się, że do 2050 roku liczba ta wzrośnie do 43,8 mln. Problem wypadania narządów jest nie tylko wstydlivy, ale jak się okazuje również kosztowny. W 1997 roku w USA koszty leczenia operacyjnego pacjentek wyniosły 262 mln\$, natomiast w 2006 wzrosły do kwoty 412 mln\$.

Na podstawie powyższej analizy można wnioskować na temat ogromnej skali problemu. Naszym zdaniem wskazane jest znaczne poszerzenie edukacji oraz informowanie opinii publicznej, a zwłaszcza kobiet, o skali występowania problemu zaburzenia statyki narządów rodnych, możliwościach leczenia, a także na temat licznych metod profilaktyki. Niezbędna jest także edukacja lekarzy pierwszego kontaktu oraz personelu pielęgniarskiego odnośnie profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia zaburzeń statyki. Istotne byłoby stworzenie ośrodków referencyjnych zajmujących się leczeniem kobiet z obniżeniem lub wypadaniem narządu rodnego. Należy również zwiększyć nakłady finansowe na refundację profilaktyki i leczenia (zarówno metod fizjoterapeutycznych, jak i chirurgicznych) u kobiet z problemem obniżenia narządu będących po 50. roku życia.



## Suchość pochwy

Suchość pochwy to problem, z którym zmagają się coraz większa liczba kobiet, najczęściej po 50. roku życia. W dużej mierze związany jest z obniżeniem stężenia wolnych estrogenów. Dotyka on kobiet w każdym wieku. Najczęściej problem jest obserwowany u kobiet przechodzących menopauzę, kobiet po urodzeniu dziecka, karmiących piersią, cierpiących na przewlekłe infekcje intymne, przyjmujących leki, czy stosujących antykoncepcję hormonalną. Dotychczas prowadzone są jedynie statystyki dotyczące pacjentek w okresie około-menopauzalnym i po menopauzie. W Polsce i na świecie obserwuje się pojawienie niepokojących dolegliwości u ok 50% kobiet między 50. i 60. rokiem życia i ponad 70% w wieku powyżej 70 lat. Niestety dane statystyczne nie obejmują kobiet w wieku rozrodczym, które zgłaszają się najczęściej z powodu bolesnych i nieprzyjemnych stosunków płciowych oraz nawracających infekcji pochwy, często nieświadome, że przyczyną dolegliwości jest niedostateczne nawilżenie błony śluzowej pochwy.

Proces zmniejszenia produkcji śluzu pochwowego (naturalnej bariery ochronnej) stanowi istotny czynnik zwiększający częstość infekcji pochwy. Za produkcję odpowiedniej ilości śluzu pochwowego oraz utrzymanie kwaśnego pH odpowiadają m.in. hormony płciowe - estrogeny. Brak odpowiedniej ilości estrogenów wpływa na wzrost pH środowiska pochwy, co w konsekwencji prowadzi do wyparcia fizjologicznej flory bakteryjnej pochwy przez drobnoustroje patogenne (bakterie oraz grzyby) migrujące z okolic cewki moczowej oraz odbytu. Przewlekłe infekcje pochwy wynikające z deficytu śluzu pochwowego mogą w konsekwencji prowadzić do zanikowego zapalenia pochwy. Uznaje się, że problem niedostatecznego nawilżenia pochwy dotyczy 2-3 milionów kobiet w Polsce. Nawilżenie pochwy u młodych zdrowych kobiet pojawia się po ok. 10-30 sek., natomiast u kobiet z obniżonym poziomem ilości estrogenów po ok. 2-3 min. Z prowadzonych obserwacji wynika, że tylko 1/4 kobiet zgłasza się do

lekarza z powodu niepokojących objawów suchości pochwy. Duże znaczenie mają tutaj media, które oferują w reklamach mnóstwo różnych preparatów i suplementów dostępnych bez recepty. Pacjentki chętniej sięgają po preparat bez recepty (nie zawsze skuteczny) niż korzystają z fachowej pomocy lekarza specjalisty. W procesie leczenia ważne jest szczerą rozmowa i uświadomienie partnera, aby uniknąć nieprzyjemnych sytuacji i niepotrzebnych oskarżeń.

Kontakty seksualne są istotnym elementem pielęgnacji uczuć i mają być źródłem przyjemnych doznań. Powinny nieść przyjemność i wzmacniać więź u obojga partnerów. W sytuacji obniżonej produkcji śluzu w pochwie może dochodzić do odbywania stosunków bolesnych dla obojga partnerów. Często porusza się problem dyspareunii (bolesnego współżycia) u kobiet z suchością pochwy, natomiast pomija się w tym procesie czynnik męski. Niewystarczające nawilżenie, pomimo odpowiedniej stymulacji seksualnej, może utrudniać penetrację pochwy przez męski członek oraz powodować nieprzyjemne doznania o charakterze bólu, pieczenia lub szczypania. Niestety większość mężczyzn unika tego tematu i nie chce go poruszać.

Poza problemem z satysfakcjonującym prowadzeniem życia seksualnego, pacjentki zgłaszają często takie objawy jak podrażnienie miejsc intymnych, uczucie pieczenia, szczypania, świądu oraz klucia w okolicach intymnych. Często pojawienie się cuchnących, nieprzyjemnych, infekcyjnych upławów może być wynikiem niedostatecznej produkcji śluzu pochwowego. W wyniku długo utrzymującego się procesu może dochodzić do plamień i krwawień, w wyniku mikrourazów błony śluzowej pochwy po odbytych stosunkach płciowych. Każdy z opisanych objawów powinien być skonsultowany z lekarzem, zwłaszcza jeśli proces ten utrzymuje się dłuższy czas, a objawy ulegają stopniowemu nasileniu.

Proces leczenia suchości pochwy jest procesem złożonym, uzależnionym m.in. od wieku i preferencji



pacjentki oraz dolegliwości, z jakimi musi się zmagać. Obecnie na rynku farmaceutycznym znajduje się wiele preparatów, które mają łagodzić objawy związane z obniżoną produkcją estrogenów. Przeznaczone zarówno dla młodych kobiet stosujących antykoncepcję oraz dla kobiet będących w okresie przekwitania lub po menopauzie. Wśród nich możemy wyróżnić preparaty działające ogólnoustrojowo oraz miejscowo. W przypadku leczenia ogólnoustrojowego należy pamiętać o hormonoterapii zastępczej zarezerwowanej w głównej mierze dla pacjentek po menopauzie. Wśród preparatów stosowanych miejscowo ważne jest leczenie przyczynowe (stosowanie żelu lub globulek dopochwowych zawierających estrogeny) oraz objawowe. Wśród preparatów łagodzących objawy związane z problemem suchości pochwy wyróżnia się m.in. preparaty na bazie kwasu hialuronowego, kwasu mlekowego, lipidów, glikogenu, czy hydrożelu (na bazie wody). Preparaty te w zasadzie nie posiadają ograniczeń wiekowych i mogą być stosowane u kobiet w każdym okresie życia. Proces leczenia - jego długość, wybór preparatów - jest uzależniony od

zaawansowania procesu oraz nasilenia dolegliwości i preferencji pacjentki.

Przewlekły, nieleczoney proces niedostatecznej produkcji śluzu pochwowego, wzrost pH w środowisku pochwy oraz częste infekcje mogą doprowadzić do sytuacji zaniku nabłonka, który wyściela kanał pochwy, i doprowadzić do przewlekłego procesu zapalnego, tzw. zanikowego zapalenia pochwy. Może również doprowadzić do nasilenia nieprzyjemnych objawów.

Powszechnie wiadomo, że problem suchości pochwy oraz związane z nim prowadzenie niesatysfakcjonującego życia seksualnego negatywnie wpływa na kondycję psychiczną kobiety. Dodatkowo w sytuacjach bolesnych stosunków płciowych często pojawia się poczucie winy z powodu niezaspokojenia potrzeb seksualnych obojga partnerów, uczucie wstydu i pojawianie się wzajemnych oskarżeń. Kolejnym problemem negatywnie wpływającym na sferę psychiki kobiet jest borykanie się z nawracającymi infekcjami dróg rodnych, długotrwały proces leczenia oraz częste wizyty u lekarza ginekologa.

---

## PIŚMIENNICTWO

1. Dybowski B. Urologia czynnościowa i uro-ginekologia podczas 27. Kongresu EAU w Paryżu. Przegląd Urologiczny 2012/4(74)
2. Wpływ NTM na koszty społeczno-ekonomiczne w Polsce. Raport 2012
3. D. Kurpas, M. Bujanowska-Fedak, A. Steciwko, Epidemiologia i etiopatogeneza nietrzymania moczu, w: A. Steciwko (red.), Wybrane zagadnienia z praktyki lekarza rodzinnego, Wrocław 2002, s. 21-26
4. V. Skrzypulec, B. Piela, A. Droszdol, Życie seksualne kobiet po operacjach uroginekologicznych, Seksuologia Polska 2006, 4, 1, s. 16-20
5. Krotkiewski M., Stangel-Wójcikiewicz K., Mika M., et al. Nietrzymanie moczu i stolca, zaburzenia statyki dna miednicy oraz zaburzenia życia seksualnego a nadwaga, otyłość i zespół metaboliczny. Przegląd Menopauzalny 2012; 2: 115-118.
6. Surkont G. Właźlak E. Suzin J. Operacyjne leczenie zaburzeń statyki narządu płciowego u kobiet - gdzie jesteśmy, dokąd zmierzamy. Przegląd Urologiczny 2006/4 (38).
7. Nygaard I, Barber MD, Burgio KL et al. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. JAMA 300, 1311-1316 (2008).
8. Hendrix SL, Clark A, Nygaard I, et al. Pelvic organ prolapsed in Women's Health Initiative: gravity and gravidity. Am J Obstet Gynecol 2002;186:1160-1166.
9. Jonathan S. Berek, Emil Novak Ginekologia. Medipage 2008, tom II, p.979-1022
10. Gutman RE, Ford DE, Quiroz LH, et al. Is there a pelvic organ prolapse threshold that predicts pelvic floor symptoms. Am J Obstet Gynecol. 2008; 199:683.
11. Swift SE, Tate SB, Nicholas J. Correlation of symptoms with degree of pelvic organ support in a general population of women: what is pelvic organ prolapse. Am J Obstet Gynecol. 2003; 189:372-377.
12. [https://iuga.site-ym.com/resource/resmgr/Brochures/pol\_pop.pdf] dn.27.06.201
13. [http://pulsmedycyny.pl/2581077,36919,wypadanie-narzadov-plciowych-u-kobiety] dn. 27.06.2015
14. Mac Bride MB, Rhodes DJ, Shuster LT Vulvovaginal atrophy. Mayo Clin Proc. 2010 Jan; 85(1):87-94.
15. Management of symptomatic vulvovaginal atrophy: 2013 position statement of The North American Menopause Society. Menopause. 2013 Sep; 20(9):888-902;
16. Sarah H Lindahl Reviewing the options for local estrogen treatment of vaginal atrophy Int J Womens Health. 2014; 6: 307-31



## Problemy zdrowia psychicznego kobiet 50+

Zaburzenia zdrowia psychicznego w szybkim tempie stają się podstawowym problemem zdrowotnym na całym świecie. Jest to istotny problemem nie tylko ze względu na subiektywne obciążenie objawami odczuwanymi przez chorych, ale również ze względu na towarzyszący im wzrost zapadalności na inne choroby, a także obserwowany w tej grupie chorych wzrost śmiertelności. Szczególnie dotyczy to osób powyżej 65. roku życia, gdyż w tej grupie wiekowej częstość występowania epizodów depresyjnych jest bardzo wysoka.

Dane europejskie wskazują na znaczne rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych, co pociąga za sobą narastające koszty społeczne i gospodarcze. W 2004 roku 27% dorosłych mieszkańców Europy doświadczało zaburzenia zdrowia psychicznego. Najczęściej występujące problemy zdrowia psychicznego to zaburzenia lękowe i depresje. Przewiduje się, że do 2020 roku depresja będzie najpowszechniej występującym zaburzeniem psychicznym. Należy podkreślić, że zaburzenia psychiczne kosztują państwo utratę 3-4% PKB i są najczęstszą przyczyną pobierania rent inwalidzkich.

### Czym jest depresja? Obraz kliniczny

Termin depresja ma w powszechnym języku i komunikacji społecznej treść wieloznaczną. W języku codziennym często depresją określa się różnego rodzaju stany złego samopoczucia, przygnębienia, „chandrę”. Natomiast w medycynie (w psychiatrii określa ją jako Wielką Depresję) to powszechne i wyniszczające zaburzenie psychiczne, wyróżniające się występowaniem zespołu objawów związanych z obniżaniem nastroju oraz istotnym ograniczeniem funkcjonalnym. Zasadniczą cechą kliniczną depresji typu Wielka Depresja jest jej przewlekły charakter, w opozycji do zaburzeń o przebiegu ostrym – w przypadku tej postaci depresji charakterystyczne są częste nawroty i okresowe remisje objawów.

Warunkiem prawidłowego rozpoznania depresji jest traktowanie jej jako zespołu, a nie jako objawu innej choroby lub wyrazu trudności o charakterze

psychospołecznym. Jest to szczególnie ważne, gdy depresja współistnieje z chorobami somatycznymi lub gdy stwierdzamy, takie czynniki jak: utrata pracy, rozwód, żałoba.

Zaburzenia depresyjne należy traktować jako schorzenia o przebiegu ciężkim, inwalidyzującym. Wynika to z ich:

- nawrotowości (wynosi 80-100%; średnia liczba nawrotów 3 (1-6); długość nawrotów 6-9 miesięcy (i dłużej); pełne wyzdrowienie po upływie 1 roku od początku nawrotu dotyczy 50% chorych);
- przewlekłego charakteru (występowanie u 10-20% chorych, wieloletnie utrzymywanie się zaburzeń; mała skuteczność leków przeciwdepresyjnych pojawia się u ok. 25% leczonych).

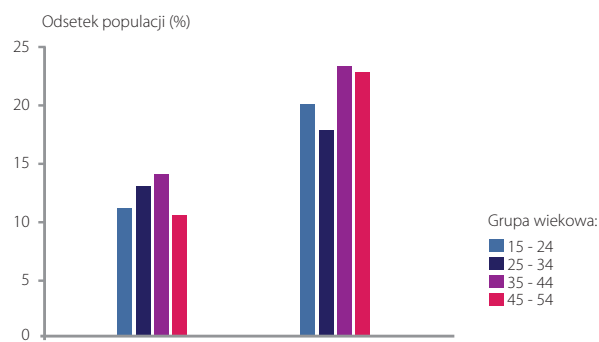


## Depresja u kobiet

Depresja i zaburzenia lękowe występują dwukrotnie częściej u kobiet niż u mężczyzn.

Wskaźnik wystąpienia przynajmniej jednego epizodu depresyjnego u kobiet wynosi 7-21% w porównaniu do mężczyzn, gdzie wskaźnik ten wynosi 2,6-13%. Te różnice płci są spójne na całym świecie.

Dane epidemiologiczne co do częstości rozpoznań i zapadalności na zaburzenia depresyjne w Polsce są oparte przede wszystkim o informację „Rocznika Statystycznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii”. Jednak te dane nie odzwierciedlają rzeczywistego stopnia zachorowalności, jak również



Wykres 1. Zaburzenia depresyjne u kobiet w Polsce (dane za rok 2009)

nie przekazują istotnej wiedzy na temat zachorowalności psychiatrycznej w grupie wiekowej 50+. Obejmują grupy 65+, co wiąże się z zafałszowaniem informacji. Cennymi zbliżonymi do rzeczywistej sytuacji epidemiologicznej, są badania wykonane pod kierunkiem /A. Kiejny/ w oparciu o „Badanie EZOP Polska”.

Warto pamiętać, że wyższa częstość występowania depresji nie jest związana tylko z samą depresją, ale również z chorobą afektywną sezonową (SAD), jak i zaburzeniami dystymicznymi, choć nie dotyczy choroby afektywnej dwubiegunowej (depresja maniakalna), za wyjątkiem bardzo szybkich zmian nastroju (rapid mood cycling) występujących prawie wyłącznie u kobiet.

Należy mieć również na uwadze, że występuje istotna przewaga częstości występowania ogólnej liczby zaburzeń lękowych u kobiet, napadów paniki, większości fobii, zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych (OCD), jak również zespołu stresu pourazowego.

Utrzymywanie się różnic płci w trakcie życia reprodukcyjnego i ich ewentualnego spadku po menopauzie u kobiet, może sugerować, iż w patobiologii depresji istotną rolę odgrywają żeńskie hormony płciowe - estrogeny i progesteron. Prawdopodobnie związane jest to z menstruacyjną cyklicznością i niestabilnością tych hormonów w okresie życia rozrodczego.

Diagnoza	Wiek 18 - 50		Powyżej 50	
	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni
„Duża depresja”	10,4%	5,2%	5,5%	2,4%
Mała depresja	1,6%	1,1%	0,3%	0,3%
Dystymia	2,5%	1,2%	1,1%	0,5%
<b>Ogół</b>	<b>14,5%</b>	<b>7,5%</b>	<b>6,9%</b>	<b>3,2%</b>

Tabela 1. Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych wśród kobiet i mężczyzn.

(Kiejna A., i współ.) EZOP- Polska.

Patomechanizm zaburzeń psychicznych u kobiet jest kombinacją czynników genetycznych, hormonalnych (hormony związane z regulacją cyklu miesięczkowego, oś podwzgórze – przysadka – nadnercza, układ serotoninericzny) i psychospołecznych związanych z funkcjonowaniem w rodzinie, życiu zawodowym. Stąd też pojawiają się one w życiu kobiet z różną intensywnością w poszczególnych jego cyklach. Z perspektywy zdrowia psychicznego kobiet w wieku 50+, na szczególną uwagę zasługuje okres okołomenopauzalny i pomenopauzalny.



## Okres okołomenopauzalny i pomenopauzalny

Okres okołomenopauzalny jest okresem hormonalnych i psychologicznych przemian w życiu kobiety, od rozmnażania się do okresu menopauzy. Przez wiele lat uważano, że kobiety po menopauzie mogą cierpieć bardziej z powodu depresji, a termin "melancholii inwolucyjnej" był używany w przypadku ciężkiej depresji, przygnębienia i urojeń hipochondrycznych. Aż do 10% kobiet doświadcza objawów dysfotycznych, które mogą być bezpośrednio powiązane z okresem okołomenopauzalnym. W tym okresie wskaźnik zaburzeń afektywnych w stosunku kobiet do mężczyzn zwiększa się z 2:1 do 3-4:1. Interesujący jest również fakt, że ten okres spadku hormonalnego i niestabilności prawdopodobnie związany jest z początkiem choroby dwubiegowej u kobiet, w przeciwieństwie do mężczyzn w tym samym wieku.

U dużej liczby kobiet z depresją (do 15%) w okresie okołomenopauzalnym, jak również w okresie menopauzalnym, czynnikiem przyczyniającym się do depresji może być niedoczynność tarczycy. Dane empiryczne podkreślają większą podatność kobiet na występowanie zaburzeń nastroju i depresji w trzech klinicznych momentach życia kobiet: ciąży, okresu poporodowego i okresu okołomenopauzalnego. Wyniki badań neurobiologicznych podkreślają szczególne znaczenie zmian poziomu estroge-

nów na występowanie zaburzeń nastroju u kobiet w okresie menopauzalnym.

Występowanie zaburzeń o charakterze depresyjnym wśród kobiet w okresie menopauzy dobrze oddają badania ich samooceny:

- 90% zgłasza drażliwość i „depresyjność”
- 51% uważa się za „depresyjną”
- 40% postrzega menopauzę jako trudny emocjonalnie okres zwiększonego ryzyka wystąpienia chorób somatycznych
- 20-30% zgłasza objawy psychiczne stwarzające problemy (rozdrażnienie, depresja, lęk, zaburzenia pamięci, niezaradność).

Czynniki ryzyka wystąpienia depresji w menopauzie przedstawia rysunek 1.

DEPRESJE W MENOPAUZIE - CZYNNIKI RYZYKA	
Niższy wiek menopauzy	menopauza przed 46. r.ż. - ryzyko rozwoju depresji 14% menopauza w 47. r.ż. i później - ryzyko rozwoju depresji 6%
Wiek pre- i perimenopauzalny	5 lat przed właściwą menopauzą
Menopauza pooperacyjna	
Epizody depresji w wywiadzie	
Obciążenia rodzinne	
Terapia hormonalna	gestageny
Choroby somatyczne	
Czynniki psychospołeczne	niższy status ekonomiczny

Rys. 1. Czynniki ryzyka wystąpienia depresji w menopauzie.

## Depresja w menopauzie - obraz kliniczny

Współwystępowanie lęku i depresji:

- W depresji okresu przekwitania częsty jest wysoki poziom lęku oraz pobudzenie psychoruchowe (agitacja)
- Objawy depresyjne występują u 45-70% osób z rozpoznaniem lęku
- Objawy lękowe występują u 60-80% pacjentów z rozpoznaną depresją
- U 24% chorych następuje zmiana rozpoznania od lęku do depresji.



Obraz kliniczny depresji w menopauzie przedstawia rysunek 2.

DEPRESJA W MENOPAUZIE - OBRAZ KLINICZNY	
Zespół depresyjny łagodny lub umiarkowany	ponad 80% pacjentek
Wysoki poziom lęku	dominują objawy pobudzenia, typowe objawy zahamowania psychoruchowego widoczne w tle (ponad 80% pacjentek)
Zaburzenia snu	budzenie śródnocne
Związek czasowy między wystąpieniem objawów depresji a objawami zmniejszonej czynności jajników	u ponad 65% pacjentek z pierwszym w życiu epizodem depresyjnym
Trudny wywiad	choroba współistniejąca, autodiagnoza, cechy napięcia, niepokoju
Sklonność do „bilansowania”	
Depresje maskowane	pierwszoplanową skargą jest często objaw spoza klasycznej symptomatologii depresji
Dobra reakcja na leki przeciwdepresyjne	przy kuracji pierwszorazowej skuteczność terapeutyczna w granicach 65 - 70%
Pacjentki w trakcie leczenia HTZ (HRT)	

Rys. 2. Obraz kliniczny depresji w menopauzie.

Diagnozowanie depresji u kobiet w wieku około-menopauzalnym nastręcza specjalistom trudności,

ze względu na szereg czynników społeczno – kulturowych i symptomatologicznych, składających się na tzw. klimakteryczną maskę depresji.

Uwarunkowania kulturowe:

- negatywne nastawienie do klimakterium,
- model „matki- Polki” poświęcającej się dla dzieci, pogodzonej z dolegliwościami.

Podobieństwo symptomatologii depresyjnej do objawów niedoboru estrogenów:

- bezesenność, zmiana nastroju, niepokoju, nadmierna drażliwość, utrata koncentracji, zaburzenia pamięci, spadek libido.

Częste depresje maskowane i atypowe:

- często zgłaszane dolegliwości somatyczne, np. bóle stawów i kości (32% pacjentek Poradni Menopauzy ze znaczącymi klinicznie objawami depresyjnymi).

## Zaburzenia lękowe u kobiet Istota lęku

Lęk jest jednym z podstawowych elementów zachowania adaptacyjnego; przystosowanie się do środowiska każdej żywej istoty. Lęk to sygnał dla osobnika o grożącym niebezpieczeństwie, jest więc ściśle związany z reakcją „walcz lub uciekaj”. Ta reakcja jest strategią, która uruchamia wszystkie niezbędne zasoby organizmu do skutecznej obrony w sytuacji zagrożenia.

Lęk to reakcja na zagrożenie, którego nie umiemy wyraźnie nazwać, wskazać konkretnej przyczyny, dla której powstaje ta pełna mobilizacja do „działania”. Człowiek w tym stanie ma trudności z rozpoznawaniem wzrastającego niepokoju i napięcia – jest irracjonalny, a niebezpieczny obiekt jest niejasny.

Takie emocje zdarzają się w życiu większości ludzi, ale jeśli trwają długo, występują często, stają się cierpieniem, jak również pogarszając funkcjonowanie człowieka w jego różnych aspektach życia, to wtedy mamy do czynienia z zaburzeniem,

stanem chorobowym.

Wiarygodnych danych co do rozpowszechnienia zaburzeń lękowych u Polaków, w tym również Polek powyżej 50. roku życia, są dane z raportu EZOP Polska zrealizowanego przez zespół prof. Andrzeja Kiejny. Według badań epidemiologicznych zaburzenia lękowe są więc najbardziej rozpowszechnioną grupą zaburzeń psychicznych.

Diagnoza	Wiek 18 - 50		Powyżej 50	
	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni
Napad paniczny	22,2%	8,6%	11,4%	6,4%
Zaburzenia paniczne	0,8%	0,2%	0,8%	0,5%
Agorafobia	2,8%	0,5%	0,6%	0,1%
Zespół lęku społecznego	5,3%	4,7%	1,3%	0,6%
Fobie specyficzne	14,0%	6,8%	5,3%	1,8%
Zespół lęku uogólnionego	4,0%	1,7%	2,0%	1,0%
<b>Ogół</b>	<b>49,1%</b>	<b>22,5%</b>	<b>21,4%</b>	<b>10,4%</b>

Rys. 3. Obraz kliniczny depresji w menopauzie.



W Europie roczna zachorowalność na zaburzenia lękowe wynosi aż 14,6% populacji, tj. więcej nawet niż osób chorujących z powodu depresji (6,9%). W wieku od 18-65 roku życia cierpi na zaburzenia lękowe 43,1 mln Europejczyków, ale leczonych jest tylko 26 mln. Ta zaniżona zgłaszalność wynika z tego, że pacjenci z zaburzeniami lękowymi nie szukają pomocy, traktując ten stan jako własną słabość i stąd dla przykładu zgłaszalność mężczyzn jest niższa niż kobiet. Wielu pacjentów zgłaszających się po pomoc do lekarza z dużą trudnością i obawami przyjmuje informację, że ich dolegliwości nie mają charakteru somatycznego. Dlatego też

często pacjenci nie chcą, aby kierować ich do psychiatry.

Zaburzenia lękowe w aktualnie obowiązującej klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10 znalazły się w ramach kategorii diagnostycznych: zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną (F 40 – F 48). Tabela prezentuje zasadnicze zespoły zaburzeń lękowych ujmowanych w obu wymienionych systemach klasyfikacyjnych.

---

## Diagnostyka zaburzeń lękowych

Etiopatogeneza zaburzeń lękowych jest złożona, uwarunkowana zarówno czynnikami neurobiologicznymi, jak i czynnikami psychologicznymi. Znaczenie tych czynników w określonych typach (zespółach) zaburzeń lękowych jest różne; zespół lęku napadowego (zaburzenie paniczne) w znacznie większym stopniu jest uwarunkowany biologicznie niż zespół lęku uogólnionego, czy fobie.

### Zaburzenia lękowe z napadami lęku (zespół lęku napadowego – zaburzenia paniczne)

Podstawową cechą tego zaburzenia są nawracające napady ciężkiego lęku (panika), które nie są ograniczone do jakiegokolwiek szczególnej sytuacji czy okoliczności, a których tym samym nie można przewidzieć. Tak jak w innych zaburzeniach lękowych, dominujące objawy różnią się u różnych osób, ale powszechne są: napad bicia serca lub bólu w klatce piersiowej, uczucie duszności, zawroty głowy lub poczucie nierealności (depersonalizacja lub derealizacja). Występuje także niemal zawsze wtórny strach przed śmiercią (umieraniem), przed utratą kontroli nad sobą lub przed chorobą psychiczną.

Ogranicza to bardzo często pełnienie dotychczasowych ról społecznych i zadań. Doprowadza to do depresji lub uzależnień.

Około 7% mężczyzn i 11% kobiet w populacji ogólnej doświadczyło co najmniej jednego ataku paniki w swoim życiu. Zachorowalność z powodu ataków wynosi w okresie pół roku wynosi ok. 3%. Schorzenie jest ponad dwukrotnie częstsze u kobiet (1,6%-2,9%), niż u mężczyzn (0,4%-1,7%).

### Agorafobia

Agorafobia – także częściej występująca u kobiet - to lęk przed znalezieniem się w miejscu, z którego trudno się wydostać, albo w którym trudno uzyskać pomoc w przypadku wystąpienia dolegliwości zdrowotnych. Termin „agorafobia” obejmuje nie tylko lęk przed otwartą przestrzenią, ale i przed innymi sytuacjami: jak obecność w tłumie, wyjście z domu, wejście do sklepu lub innych miejsc publicznych, odbywanie samotnych podróży pociągami, autobusem, samolotem.





## Fobie społeczne (zespół lęku społecznego)

Zaburzenie to polega na strachu przed oceną innych ludzi, który prowadzi do unikania sytuacji społecznych (unikanie jedzenia w miejscach publicznych i spotkań towarzyskich). Bardziej uogólnione fobie społeczne zwykle wiążą się z niską samooceną i strachem przed krytyką. Mogą pojawić się jako skargi na czerwienienie się, drżenie rąk, nudności lub parcie na mocz. Objawy mogą się nasilać aż do napadu lęku panicznego.

Fobia społeczna występuje częściej u kobiet. W badaniach epidemiologicznych wśród osób z fobią społeczną stosunek liczby kobiet do mężczyzn wynosił 1,5:1. W materiale klinicznym obserwuje się nieznaczną przewagę mężczyzn. Kobiety z fobią społeczną łatwiej akceptują ograniczenia wynikające z objawów zaburzenia, ponieważ częściej pozwalają im na to ich rola społeczna.

## Zaburzenia lękowe uogólnione

Istotną cechą jest lęk uogólniony i uporczywy, lecz występujący niezależnie od jakichkolwiek szczególnych okoliczności zewnętrznych, ani nawet nie nasilający się pod ich wpływem (tzn. jest „wolnopły-

nący”). Jak w innych zaburzeniach lękowych, objawy dominujące są bardzo zróżnicowane, do pospolitych skarg należą: stałe uczucie zdenerwowania, drżenie, napięcie mięśniowe, pocenie się, zawroty głowy, przyspieszone bicie serca i poczucie „niepokoju” w nadbrzuszu. Pacjent wyraża obawy, że on sam lub ktoś z bliskich wkrótce zachoruje lub będzie miał wypadek, występują również inne obawy i przewidywania złych wydarzeń. Zaburzenie to najczęściej występuje u kobiet, szczególnie po 45. roku życia i często jest związane z przewlekłą sytuacją stresową. Częstość występowania to 5,9-9%. Przebieg bywa różny, ale najczęściej jest przewlekły ze zmiennym nasileniem objawów.

Konsekwencje zaburzeń lękowych są poważne, zarówno w aspekcie jednostkowym, jak i społecznym. Są to:

- obniżenie jakości życia pacjentów
- nadużywanie alkoholu i leków
- utrata pracy, obniżenie wydajności pracy, absencja chorobowa
- zwiększone ryzyko podjęcia próby samobójczej.

## Kobiety a samobójstwo

Każdorazowo depresja i silne stany lękowe to wysoki stopień zagrożenia zamachem samobójczym. W zachodnim świecie wskaźnik samobójstw konsekwentnie obejmuje większą śmiertelność w przypadku mężczyzn. Stanowi to kontrast dla wskaźnika hospitalizacji prób samobójczych, w którym znów dominują kobiety. Może to być związane z faktem, że kobiety częściej mają tendencję do wyboru mniej śmiertelnych i agresywnych metod niż mężczyźni. Stosunek wskaźnika samobójstw mężczyzn do samobójstw kobiet w szpitalnym leczeniu psychiatrycznym wynosi zwykle od 1,5 -1:1. Wiele da-

nych wskazuje na dość wyraźny wzrost samobójstw wśród kobiet w okresie pomenopauzalnym.

Niezależnie od czynników psychopatologicznych samobójstwa są konsekwencją wielu innych czynników ekonomicznych, społecznych, rodzinnych i sytuacyjnych. Zmniejszenia zagrożeń zamachami samobójczymi należy upatrywać jako szeroko rozumianej prewencji zachowań samobójczych. Niezbędne działania, to:

- poprawa diagnostyki zaburzeń psychicznych szczególnie w zakresie depresji, uzależnień oraz rozpoznawanie szeroko rozumianych stresorów psy-



chospołecznych (np. przemoc w rodzinie, mobbing w pracy),

- wsparcie i leczenie osób z grupy ryzyka: osób chorujących na depresję, osób w wieku podeszłym, samotnych, ale i młodzieży, ofiar przemocy - dom, szkoła),

- edukowanie społeczeństwa na różnych poziomach; uczniowie, studenci, nauczyciele, środowisko pracodawców, ale również lekarze pierwszego kontaktu, jak i pracownicy innych sektorów opieki medycznej,

- promowanie programów wiedzy na temat problematyki zdrowia psychicznego.

---

## Alkohol a zaburzenia depresyjne i lękowe u kobiet po 50. roku życia

U kobiet w średnim wieku ryzyko uzależnienia od alkoholu wiąże się z zaburzeniami hormonalnymi, menopauzą, a także licznymi kryzysami związanymi z rozpadem związku czy usamodzielnieniem się dzieci. W tym okresie życia- szczególnie wśród kobiet z wyższym wykształceniem i aktywnych w wielu obszarach życia- wzrasta ryzyko suicydalne podczas upojenia alkoholowego, co wiąże się z funkcjonowaniem w rolach życiowych. Dla kobiet starszych- jeśli nie nadużywały wcześniej alkoholu- czynnikami

ryzyka mogą być doświadczenia samotności, utrata bliskiej osoby, picie przez męża/ partnera, brak satysfakcjonujących zajęć, nasilenie zaburzeń depresyjnych, używanie leków nasennych, choć nadużywanie alkoholu częściej dotyczyło kobiet w przedziale wieku 30 - 39 w porównaniu z osobami po 50-tym roku życia, to uzależnienie u starszych pań stanowi znacznie trudniejszy problem zdrowotny i terapeutyczny.

---

## Podsumowanie

Badania populacyjne w zakresie czynników ryzyka (takich jak czynniki środowiskowe) oraz kryteria wczesnej diagnostyki są niezwykle istotne w zapobieganiu rozwojowi, ale i skuteczniejszym leczeniu depresji kobiet.

Wydaje się, że najefektywniejsze jest podejście wielodyscyplinarne, obejmujące diagnozę, leczenie, profilaktykę oraz badania społeczne. Jednak prowadzenie badań epidemiologicznych tylko w grupach o wysokim stopniu rozpowszechnienia depresji, tj. osób w wieku 18 - 65 lat pomija grupy populacyjne, w których w ostatniej dekadzie obserwuje się znaczny wzrost zachorowalności na depresję.

Szczególną grupą o wysokim ryzyku rozwoju choroby są osoby w wieku podeszłym. Badania powinny uwzględnić związek pomiędzy procesem starzenia a demencją i depresją w wieku podeszłym. Programy badawcze powinny skupiać się przede wszystkim na profilaktyce, metodach wczesnej diagnostyki opartych na podejściu wielodyscyplinarnym. Szczególną rolę mogą odegrać lekarze rodzinni i lekarze ginekolodzy.

Wysoka współchorobowość depresji i chorób somatycznych, szczególnie chorób układu krążenia, chorób metabolicznych, chorób nowotworowych, reumatycznych wskazuje na tę grupę osób, u któ-



rych istnieje wysoki stopień ryzyka depresji. Stąd konieczność świadomości i wiedzy na ten temat lekarzy, szczególnie lekarzy I-go kontaktu. Wczesna diagnostyka i adekwatne leczenie przeciwdepresyjne daje poprawę ogólnego stanu zdrowia oraz jakości życia.

Należy szczególnie wzmocnić działania edukacyjne i to zarówno w stosunku do ogółu społeczeństwa, jak i do lekarzy. Mimo, że z danych prezentowanych w oparciu o Biuletyn Statystyczny Instytutu Psychiatrii i Neurologii wynika, że jest zdecydowanie większe rozpowszechnienie depresji u kobiet, to skala tego zjawiska nie jest dobrze znana. Na podstawie obserwacji zachowań Polaków raczej należy przyjąć, że duża ich grupa nie zgłasza się do psychiatry. Sąd ten opiera się choćby na dwóch faktach. W projekcie oceniającym rozpowszechnienie depresji w okresie menopauzalnym realizowanym w 2001 r. lekarze ginekolodzy przy zastosowaniu skal mierzących depresję i po wstępnym rozpoznaniu depresji kierowali te pacjentki na konsultację do psychiatry. Do psychiatry zgłosiło się 49% pacjentek.

Prawdopodobnie jest to związane z obawą przed stygmatyzacją chorobą psychiczną. Fakt drugi – szczególnego komentarza wymaga zużycie leków przeciwdepresyjnych w Europie. W Polsce zużycie leków przeciwdepresyjnych jest daleko mniejsze niż w większości krajów europejskich. Wskazywać to może na mniejszą liczbę osób leczonych, choć rozpowszechnienie depresji jest w Polsce podobne, ale również na brak wiedzy na temat współczesnych standardów leczenia depresji.

Dość powszechnym sposobem „samoleczenia się” z depresji jest stosowanie alkoholu lub leków uspokajających. Zarówno alkohol jak i leki uspokajające, szczególnie z grupy benzodiazepin prowadzą do uzależnienia, co z kolei znacznie komplikuje sytuację zdrowotną osób z depresją. Coraz częściej pojawiają się pacjentki z „podwójną diagnozą” (dual pathology) – depresja i uzależnienie.

---

## PIŚMIENNICTWO

1. Araszkiwicz A.: Zaburzenia lękowe. w. A. Araszkiwicz /red./ Lęki białych kołnierzyków. Wyd. ER Investment. Milanówek 2010, 101-129.
2. Dudek D.: Związek depresji z chorobami cywilizacyjnymi: chorobą niedokrwinną serca, cukrzycą i lękami białych kołnierzyków. Wyd. ER Investment. Milanówek 2010, 77-100.
3. Goodwin R.D, et al.: The epidemiology in Europe. *European Neuropsychopharmacology*. 2005, 15; 435-443.
4. Kiejna A.; i współ.: Rozpowszechnienie wybranych zaburzeń psychicznych w populacji dorosłych Polaków z odniesieniem do płci i struktury wieku - badanie E ZOP Polska. *Psychiatria Pol.*; 2015 49(1): 15-17.
5. Kiejna A., i współ.: Epidemiologia zaburzeń psychicznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej. EZOP- Polska"- metodologia badania. *Psychiatria Pol.*; 2015;49 (1):5-14).
6. Kłoszewski I.: Lęk i depresja w otępieniu. w *Otępienie* red. A. Szczudlik, P. Liberski, M. Barcikowska., Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2004., 71- 74.
7. Lieb R., Becker E., Altamura.: The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *Enropean Neuropsychopharmacology*. 2005, 15; 445- 452.
8. Moskalewicz J., Klejna A., Wojtyniak B.: Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. rozdz. 4.2 *Kondycja zdrowotna*. Warszawa 2012, IPiN, 111- 169.
9. Parry L. Barbara: Depresja okołomenopausalna. *Perimenopausal depression*. *American Journal of Psychiatry*, 2008; 165: 23-27.
10. Witkin G.: *Stres Kobiety. Kobieta po czterdzieste*. Wyd. Rbis. Poznań 1998, 309-334.



## Przemoc wobec starszych kobiet

Od kiedy w 1975 roku w renomowanym czasopiśmie medycznym został opisany przypadek maltretowanej babci (granny baterring), nastąpił wyraźny przełom w temacie „tabu”, jakim było niedostrzeganie zjawiska złego traktowania osób starszych lub niedopuszczania tego problemu do świadomości społecznej. Temat przemocy wobec osób starszych został podjęty i nagłośniony równocześnie w Wielkiej Brytanii i w Stanach Zjednoczonych, a w ostatnich dekadach przyniósł rzeczywisty wzrost zainteresowania badaczy i polityków społecznych również w Polsce nie tylko próbami rozpoznania tego zjawiska, określenia czynników ryzyka sprzyjających przemocy wobec osób starszych, ale także zapoczątkowane zostały programy zapobiegawcze i działania interwencyjne.

Dotychczasowe doświadczenia dowodzą, że przemoc jest zjawiskiem przewidywalnym, zatem można podjąć wobec niej określone działania zapobiegawcze i uruchomić mechanizmy kontroli społecznej, które pozwalają nie tylko rozpoznać ofiary przemocy, ale także skutecznie bronić je przed sprawcami.

Jakkolwiek w większości opracowań pojęcie przemocy wobec osób starszych nie ma „płci”, co oznacza, że omawia się ten problem ogólnie, w odniesieniu do pewnej umownie zdefiniowanej kategorii wiekowej, to jednak kwestie te zwykle są utożsamiane z przemocą wobec kobiet, jako głównych ofiar różnych form złego traktowania.

Przez ostatnie dekady zaproponowano wiele definicji przemocy, podobnie jak i dokonano szeregu klasyfikacji różnych jej form i przejawów, niemniej nadal wielu badaczy podkreśla nieprecyzyjność tego pojęcia i jego wieloznaczność.

Większość definicji określa przemoc wobec osób starszych jako jednorazowy lub powtarzający się akt, który staje się przyczyną zranienia lub niesie za sobą ryzyko zranienia (bez względu czy jest to działanie intencjonalne, czy też nie) podatnej osoby starszej, pozostającej w opiece opiekuna lub ze strony innych osób, pozostających z nią w relacjach, które powinny opierać się na wzajemnym zaufaniu. Są to zatem zachowania destrukcyjne, których natężenie i częstość powtarzania się prowadzą do fizycznego, psychicznego, społecznego i finansowego zranienia osoby starszej, a ich konsekwencją jest niepotrzebne cierpienie, zranienie, ból lub złamanie praw osoby starszej i gorsza jakość życia w wieku starszym.

Pomimo wzrostu zainteresowania przemocą wobec osób młodych i w średnim wieku, głównie kobiet i częstość tego zjawiska można statystycznie określić, to nadal brak jest rzetelnych danych wskazujących na liczbę ofiar przemocy domowej i pozadomowej wśród kobiet starszych. Dzieje się tak, gdyż zwykle są one wykluczane z badań sondażowych, bo przemoc wobec nich jest traktowana jako część ogólnego zjawiska, jakim jest złe traktowanie osób starszych. Ignorowanie sytuacji starszych kobiet powoduje, że „cierpią one po cichu”. Trudności w rozpoznawaniu przemocy wśród starszych kobiet mogą wynikać z lęku ofiar przed konsekwencjami ujawnienia tego faktu (nasilenia wobec nich zachowań przemocowych ze strony domowników), szczególnie w sytuacji zależności od sprawcy przemocy, występującego w roli opiekuna; podobnie może się dzieć w instytucji opiekuńczej, gdzie pensjonariuszka jest zależna od personelu. Wiele obszarów złego traktowania starszych kobiet jest dotąd nierozpoznanych i niezbadanych – np. jak są one jako pacjentki traktowane przez perso-



nel medyczny w instytucjach medycznych. Ponadto zdiagnozowana przemoc wobec starszych kobiet niejednokrotnie spotyka się z zaprzeczeniem tego faktu przez same ofiary.

Wyniki międzynarodowego projektu „Breaking the Taboo. Empowering health and social service professional to combat violence against older women within families”, w którym uczestniczyła również Polska wskazują, że zarówno w Polsce, jak i w innych krajach europejskich, określenie częstości przemocy domowej wobec starszych kobiet jest niemiernoradne, gdyż przemoc ta nie jest zgłaszana. W odniesieniu do starszych kobiet można wyróżnić następujące rodzaje przemocy w zależności od miejsca jej zaistnienia i relacji ze sprawcą:

1. przemoc domowa pomiędzy małżonkami lub przemoc wobec starszej kobiety dokonywana przez dorosłe dzieci, wnuków lub osoby powinowate,
2. przemoc w środowisku domowym dokonana przez nieznaną sprawców (kradzieże, napady, pobicia),
3. przemoc na zewnątrz mieszkania, dokonana przez nieznaną sprawców (np. na klatce schodowej, w windzie, w pobliżu domu, w środkach

komunikacji publicznej). Na tę formę przemocy częściej narażone są kobiety poniżej 75. roku życia,

4. przemoc w instytucjach opiekuńczych ze strony personelu (opiekunów formalnych) lub innych pacjentów.

Na przemoc wobec kobiety starszej trzeba patrzeć z perspektywy przebiegu jej całego życia: wymaga to wskazania momentu, kiedy przemoc pojawiła się po raz pierwszy i czy trwała przez poszczególne etapy życia, bo można być ofiarą przemocy już w dzieciństwie (ze strony rodziców, rodzeństwa, innych krewnych); ta przemoc może się pojawiać lub trwać nadal w wieku dorosłym, a jej sprawcą zwykle jest mąż /partner lub dzieci, wreszcie może ujawnić się dopiero w wieku starszym kobiety jako wynik splotu niekorzystnych uwarunkowań lub być dalszym ciągiem wcześniejszej przemocy, której kobieta doznawała (zmieniają się tylko sprawcy – z męża na dorosłe dzieci, głównie syna, lub wnuki). Przemoc zadawana sobie przez małżonków, których powinny łączyć intymne relacje, często jest konsekwencją wcześniejszych zachowań tego typu, stosowanych przez sprawcę wobec kobiety w poprzednich okresach małżeństwa.

---

## Rodzaje, przyczyny przemocy wobec starszych kobiet

Przyczyn stosowania przemocy wobec starszych kobiet należy dopatrywać się w wielu uwarunkowaniach demograficznych, zdrowotnych, społecznych i kulturowych. Kobiety w większości krajów, również w Polsce, żyją o 7-8 lat dłużej niż mężczyźni. Natomiast szereg wskaźników epidemiologicznych i zdrowotnych wyraźnie wskazuje nie tylko na gorszy stan zdrowia kobiet i wyższe ograniczenia wstaniefunkcjonalnym, w konsekwencji prowadzące do uzależnienia kobiety starszej od otoczenia,

przede wszystkim od opiekunów rodzinnych, opiekunów profesjonalnych i ryzyka instytucjonalizacji, a zamykające się za kobietą starszą (szczególnie samotną, bez rodziny) drzwi instytucji, pozostawiają otwartym pytanie, co za tymi drzwiami instytucji opiekuńczej się dzieje.

Zaniedbywanie starszej kobiety, szczególnie niesamodzielnej w wykonywaniu czynności dnia codziennego lub obłożnie chorej („przykutej do łóżka”), wymagającej często wielogodzinnej opieki oznacza



ze strony opiekuna rodzinnego zamierzone niewywiązywanie się z obowiązków względem starszej kobiety, ale może być uwarunkowane nieumiejętnością lub niemożnością wywiązania się przez opiekuna z zadań opiekuńczych.

Wykorzystywanie finansowe przez bliskich, jakkolwiek jest z jednej strony formą czystej przemocy materialnej, to niejednokrotnie jest usprawiedliwiane faktem, że emerytura starszej kobiety stanowi jedyne źródło utrzymania jej dorosłych dzieci lub wnuków. Nierzadko zdarza się, że wbrew swojej woli starsza kobieta jest pozbawiana zasobów materialnych, wymusza się na niej zrzeczenie się na rzecz dorosłych dzieci mieszkania, czy domu (szczególnie gdy kobieta starsza jest zasobna, a jej rodzina finansowo od niej zależna). Inną formą przemocy finansowej są wyłudzenia dokonywane przez osoby postronne, oszustwa, których ofiarami padają starsze kobiety, przede wszystkim samotne – rozwiedzione lub owdowiałe.

Również w instytucjach opiekuńczych starsze kobiety są częściej narażone na różne formy wykorzystania, np. na kradzież biżuterii, ubrań, pieniędzy. Uważa się również, że w domach opieki może dochodzić do różnych form przemocy seksualnej, np. obnażania i fotografowania rozebranej kobiety, wymuszania niechcianego kontaktu seksualnego oraz agresywnego, przynoszącego ból dotykania narządów kobiety (np. podczas mycia).

Przemoc werbalna to używanie wobec starszych kobiet wulgarnego języka, posługiwanie się wobec nich obraźliwymi przezwiskami, ale także okazywanie lekceważenia, wyśmiewanie lub poniżanie. Przemoc werbalna jest utożsamiana z przemocą emocjonalną (psychiczną), z różnymi formami poniżania starszej kobiety, jak również nieokazywania pozytywnych uczuć, co prowadzi do wyrobienia u starszej kobiety poczucia, że jest niekochana, niechciana, stanowi ciężar dla rodziny, i może obniżyć wolę dalszego życia.

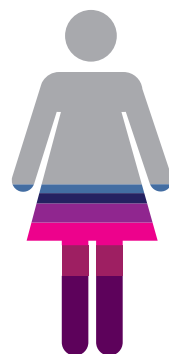
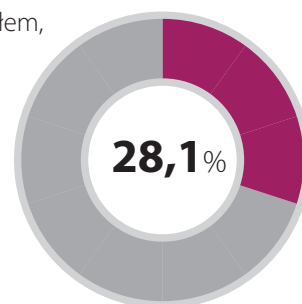
## Częstość przemocy

Przemoc wobec starszych kobiet postrzegana jest jako nieodłączny element ogólnego procesu starzenia się populacji krajów Unii Europejskiej, tym bardziej, że kobiety stanowią dominującą część starzejących się społeczeństw, a przemoc wobec osób starszych waha się w granicach od 0,8 do 29,3%.

Wyniki badania Abuse and Violence against Older Women in Europe (AVOW-study) przeprowadzone w pięciu krajach Unii Europejskiej, tj. w Finlandii, Austrii, Belgii, w Portugalii i na Litwie w 2010 roku, które objęły swym zasięgiem 2880 starszych wiekiem kobiet (nie zamieszkujących w instytucjach) pokazały, że ogółem na przemoc było narażonych 28,1% kobiet, w tym na przemoc fizyczną 2,5%, na przemoc seksualną 3,1%, na zaniedbanie 5,4%, na łamanie praw obywatelskich 6,4%, na przemoc

Obecność przemocy ogółem, poniżej:

(ankieta przeprowadzona wśród 2880 kobiet)



- Przemoc emocjonalna 23,6 %
- Przemoc finansowa 8,8 %
- Łamanie praw obywatelskich 6,4 %
- Zaniedbanie 5,4 %
- Przemoc seksualna 3,1 %
- Przemoc fizyczna 2,5 %



finansową 8,8%, a najwięcej było ofiarami przemocy emocjonalnej (23,6%). Najczęściej sprawcą przemocy wobec starszej kobiety był mąż lub partner, a w następnej kolejności dzieci (głównie syn). W grupie wiekowej 60-69 lat sprawcą przemocy był głównie mąż/partner (53,9%) – w najstarszej grupie, tj. powyżej 80 lat tylko 12,2% doznawało przemocy z tej strony, natomiast sprawcami przemocy były dzieci lub partnerzy dorosłych dzieci (od 23,5% w młodszej grupie starszych kobiet do 34,0 - 31,6% w bardziej zaawansowanych wiekiem grupach kobiet).

Według danych Centrum Badania Opinii Publicznej (2005), 24% polskich kobiet w wieku 65 lat i więcej było ofiarami przemocy psychicznej (wyzwiska, obrażanie) ze strony męża, a na przemoc fizyczną (popychanie, uderzanie) przez męża skarżyło się 8% kobiet.

Badania Polsenior przeprowadzone w reprezentatywnej próbie populacji polskiej pokazały, że istotnie częściej ofiarami przemocy w starszym wieku okazały się kobiety (ogółem 6,8% w wieku 65 lat i więcej w porównaniu do 5,0% mężczyzn w tym samym wieku). Wśród doznawanych rodzajów przemocy najczęściej badane kobiety (6,3%) wskazywały na różne formy znieważenia (wyzwiska, ośmieszanie, lekceważenie). Kobiety częściej doświadczały znieważenia przez członka rodziny; podobnie przemoc fizyczna dokonywana była przez członków rodziny, zamieszkujących wspólnie ze starszą kobietą. Poczucie zaniedbania przez bliskich zgłaszane było przez 17,6% starszych kobiet i 11,5% mężczyzn.

Badania wśród 631 starszych wiekiem mieszkańców Krakowa (63,4% kobiet i 36,6% mężczyzn) pokazały odmienny w zależności od płci sposób oceniania różnych wskaźników złego traktowania osób starszych w Polsce. Badane kobiety istotnie częściej niż mężczyźni wskazywały na zaniedbywanie potrzeb materialnych osób starszych (niskie emerytury) (92,0%), oraz na brak udogodnień w życiu codziennym (wind, możliwości zmiany mieszkań) (64,5%).

Kobiety dwukrotnie częściej niż mężczyźni wskazywały na przemoc fizyczną wobec osób starszych jako problem społeczny, natomiast nie odnotowano istotnych różnic pomiędzy kobietami a mężczyznami w potwierdzeniu narażenia na przemoc fizyczną po ukończeniu 60. roku życia (3,3% vs 3,0%), a 11,2% kobiet samookreśliło się jako ofiary przemocy psychicznej. Warto podkreślić, że aż 18,6% kobiet było narażonych na tę formę przemocy ze strony swojej rodziny na przestrzeni całego życia (Tobiasz-Adamczyk 2009). Natomiast znacznie więcej starszych kobiet (20,2%) niż mężczyzn potwierdzało fakt, że w ich najbliższym otoczeniu są ich rówieśnice narażone na przemoc psychiczną. Równocześnie 86,6% kobiet (w porównaniu do 83,9% mężczyzn) wyraziło pogląd, że przemoc psychiczna jest w Polsce problemem dotyczącym osób starszych. Te same badania dowiodły, że starsze kobiety były ofiarami różnych form przemocy poza środowiskiem domowym: istotnie częściej niż mężczyźni doświadczyły okradzenia w sklepie lub w środkach masowej komunikacji (26,3%) (o 10 procent więcej niż mężczyźni), a także częściej były ofiarami przemocy finansowej (38,5%) - również o 10% więcej niż mężczyźni. Dwukrotnie więcej kobiet (62,2%) niż mężczyzn zwracało uwagę na wykorzystanie finansowe osób starszych przez ich najbliższych. Omawiane badania dowiodły, że starsze kobiety były znacznie częściej ofiarami każdej z form przemocy, tj. przemocy fizycznej, psychicznej, finansowej i zaniedbania. Potwierdziły także, że przemoc wobec kobiet nie była zjawiskiem pojawiającym się dopiero w wieku starszym, ale trajektoria przemocy rozpoczęta została we wcześniejszych okresach życia, jako wyraz dominacji i kontroli mężczyzny nad kobietą. Również badania jakościowe prowadzone przez Halicką i współ. pokazały, że przemoc wobec kobiet w wieku starszym ma swoje źródło znacznie wcześniej.

Raport z programu Daphne II pokazał odmienności pomiędzy krajami w odniesieniu do kontekstu występowania przemocy wobec starszych kobiet w rodzinach. Np. badania we Włoszech i Austrii wska-



zały na rolę konieczności długoterminowej opieki nad starszą osobą, co prowadziło do zmian w funkcjonowaniu rodziny, w dotychczasowych relacjach, poczucia utraty autonomii przez podopiecznych, a zależność od opiekunów budziła mieszane uczucia: z jednej strony wdzięczność za troskę, a z drugiej poczucie winy, że jest się obciążeniem i złość, co nie rzadko prowadziło do konfliktów i nieporozumień. Polskie dane pokazały, że to emocjonalna, finansowa i mieszkaniowa zależność dorosłego dziecka od starszych rodziców jest czynnikiem ryzyka wystąpienia przemocy w rodzinie, podobnie jak doświadczenia wynikające z międzypokoleniowego przenoszenia przemocy, kiedy to ofiara przemocy w dzieciństwie staje się sprawcą. Podobnie działo się w relacjach pomiędzy małżonkami, kiedy to żona, w przeszłości źle traktowana przez męża, brała odwet za wcześniejsze krzywdy. Analiza akt sądowych Sądu Rejonowego w Białymstoku za lata 2001-2010, dotycząca przestępstw z zakresu przemocy domowej, tj. naruszenia art. 207 Kodeksu Karnego, pozwoliła na zidentyfikowanie 70 przypadków przemocy na terenie województwa podlaskiego; 75,7% przypadków dotyczyło kobiet starszych, mieszkających w mieście, a 24,3% osób mieszkających na wsi. Najwięcej kobiet było w wieku 60 lat (51,4%). Kobiety doznające przemocy od męża/partnera częściej miały problemy zdrowotne (43% przewlekłe choroby somatyczne, 7,1% było osobami niesprawnymi fizycznie, 5,7% chorowało psychicznie, a 29% cierpiało na demencję, 1,4% nadużywało leków lub alkoholu). Podkreślić należy, że wśród kobiet – ofiar przemocy było 7,1% takich, które pomimo rozwodu wspólnie zamieszkiwały z byłym mężem/partnerem, a 5,7% ofiar znajdowało się w podobnej sytuacji pomimo separacji z mężem. Sprawcą przemocy był zwykle starszy mężczyzna w wieku 52-82 lat (w 38,6% chorujący na poważne choroby somatyczne, 14,3% było niepełnosprawnymi fizycznie, 2,9% chorowało na zaburzenia psychiczne, a 5,7% cierpiało na demencję). Wszyscy sprawcy przemocy nadużywali alkoholu. W odniesieniu do tych kobiet stosowana była przede wszystkim

przemoc fizyczna (92,9%), przemoc seksualna (10%), przemoc emocjonalną stosowano w odniesieniu do wszystkich (100%), nadużycia finansowe wobec 55,7% kobiet, wyganianie z domu przeżywało 30% badanych. Najczęściej sprawcy przemocy posuwali się do bicia (74,3% kobiet), szarpania (61,4%), kopania (30%), popychania (52,9%), jak również duszenia (14,3%) czy wykręcania rąk (12,9%). Doświadczenia pochodzące z badań w dokonanym przez McGarry i współpracowników przeglądzie dowodzą, że narażenie na przemoc fizyczną pociągało za sobą bezpośrednie i długotrwałe konsekwencje zdrowotne, skutkujące zarówno obniżeniem stanu zdrowia somatycznego, jak i wzrostem niepełnosprawności. Starsze kobiety badane w Australii, będące ofiarami przemocy domowej, częściej doznawały uszkodzeń ciała w wyniku traumatycznych doświadczeń, miały więcej zaburzeń żołądkowo-jelitowych, a także ze strony układu moczowo-płciowego i mięśniowo-szkieletowego. Starsze wiekiem (60 lat i więcej) ofiary przemocy fizycznej, psychicznej i seksualnej zgłaszały więcej problemów związanych zarówno ze zdrowiem somatycznym, jak i psychicznym, przede wszystkim wyższą częstość depresji i obniżenia nastroju, co mogło być konsekwencją trwających latami relacji domowych opartych na zachowaniach świadczących o stosowaniu wobec nich przemocy.

Badania prowadzone w Krakowie wśród starszych wiekiem kobiet, zmierzające do uchwycenia relacji pomiędzy jakością życia w wieku starszym, a ryzykiem przemocy pokazały, że starsze kobiety, które charakteryzowały się wyższym poziomem emocjonalnego poczucia samotności i niższym dobrostanem psychologicznym, były w wyższym stopniu ofiarami przemocy psychicznej. Poczucie zaniedbania zgłaszane było przez starsze kobiety uskarżające się na emocjonalną samotność, brak wsparcia społecznego i zły nastrój. Badanie to również jednoznacznie potwierdziło, że kobiety są częściej ofiarami przemocy domowej.





## Przeciwdziałanie przemocy

Badania przeprowadzone wśród profesjonalistów zajmujących się zawodowo osobami starszymi (pracowników socjalnych, pracowników zatrudnionych w instytucjach opiekuńczych, pielęgniarki środowiskowe, pielęgniarki geriatryczne i lekarzy geriatrów przyniosły szereg cennych, ale też kontrowersyjnych danych, świadczących o tym, że jakkolwiek zjawisko przemocy wobec osób starszych w Polsce jest postrzegane jako duży problem społeczny, to we własnych doświadczeniach zawodowych odnotowywane było znacznie rzadziej lub sporadycznie.

Zestawienie opinii profesjonalistów i samych starszych osób na temat tego, co myślą o skali przemocy wobec seniorów, pokazało istotne różnice w ocenach tego zjawiska: skala problemu była mocniej zauważana przez starsze osoby niż przedstawiciele zawodów zajmujących się osobami starszymi, niemniej zawsze wskazywano na kobiety jako potencjalne ofiary różnych form przemocy.

W opracowaniu przygotowanym przez Rzecznika Praw Obywatelskich „Przeciwdziałania przemocy wobec kobiet, w tym kobiet starszych i kobiet z niepełnosprawnościami” (2013) omówiono standardy ochrony wynikające z aktów prawa międzynarodowego. Wskazuje się w nim, że określając przemoc, powinno się mieć na uwadze sytuację i potrzeby niektórych kategorii kobiet, m.in. kobiet niepełnosprawnych i kobiet starszych (art.16 rezolucji Parlamentu Europejskiego w sprawie eliminacji przemocy wobec kobiet z 26 listopada 2009). „W aktach prawa międzynarodowego (...) przemoc wobec osób starszych uznano za poważny problem społeczny. Organizacja Narodów Zjednoczonych jako jeden z celów swojego działania wskazała zapewnienie pełnego korzystania z praw ekonomicznych, społecznych i kulturalnych, praw obywatelskich i politycznych oraz praw człowieka, i zwalczanie wszelkich form przemocy i dyskryminacji wobec osób starszych. Programy edukacyjne powinny poświęcać więcej uwagi pozytywnemu

postrzeganiu starości i zmieniającym się rolom kobiet i mężczyzn. Ważne jest także zapewnienie odpowiedniego kształcenia osób odpowiedzialnych za rejestrowanie przypadków przemocy i osób pracujących z kobietami będącymi ofiarami przemocy, celem zwiększenia ich wrażliwości i edukacja ogółu poprzez kampanie uświadamiające na temat nadużyć wobec starszych kobiet. M. Płatek, analizując ochronę prawną przed przemocą wobec kobiet i przemocą domową, stwierdziła: „model polski, w którym brak stypizowanego przestępstwa przemocy w rodzinie, a występuje zaledwie znęcanie się, pozwala dostrzec problem przemocy doznawanej przez kobiety i przemocy domowej, ale co najmniej sprzyja bierności w wyniku założenia, że organy ścigania mogą oczekiwać (...), by móc zakwalifikować to, co się dzieje jako przestępstwo znęcania się z art. 07 k.k. (...) Skutki uboczne polegają na wyrobieniu wśród sprawców poczucia bezkarności, wśród ofiar poczucia bezradności, osamotnienia i wiedzy, że nie bardzo mogą liczyć na organa ścigania”. Dotychczas przeprowadzane w Polsce badania nad występowaniem przemocy wobec starszych kobiet jednoznacznie wskazują na potrzebę podejmowania działań i programów edukacyjnych, „uczulających” na obecność w przestrzeni społecznej starszych kobiet – ofiar przemocy. Szkolenia w zakresie umiejętności rozpoznawania przemocy powinny obejmować tych, którzy zawodowo zajmują się kobietami starszymi – lekarzy pierwszego kontaktu, pielęgniarki środowiskowe, geriatrów, pielęgniarki geriatryczne, a także pracowników pomocy społecznej. Budowanie kapitału społecznego poprzez włączenie kobiet starszych w sieci społeczne, dające im wsparcie, stanowi kolejne wyzwanie dla uporania się ze złym traktowaniem starszych kobiet.



---

## PIŚMIENNICTWO

1. Alwin D.F., Hofer S.M., McCammon R.J., Modeling the Effects of Time Integration Demographic and Developmental Perspectives, w: R.H. Binstock. L.K George (red.), Handbook of Aging and the Social Sciences, 6th Edition, Elsevier, 2006, 20-38.
2. Anetzberger G.J., Abuse and the elderly, w: J. Keeling, T. Mason (red.) Domestic Violence. A Multi-Professional Approach for Healthcare Practitioners, Open University Press, 2008, s. 11-20.
3. CBOS, Przemoc i konflikty w domu, data dostępu: 22 listopada 2007, ze strony [http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2005/K\\_027\\_05.PDF](http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2005/K_027_05.PDF), 2005.
4. De Donder L., Lang G., Luoma M.L., Penhale B., Ferreira Alves J., Tamutiene I., Santos A.J., Koivusilta M., Enzenhofer E., Perttu S., Savola T., Verté D., Perpetrators of abuse against older woman: a multi-national study in Europe, w: The Journal of Adult Protection, 2011, 13 (6), Emerald Group Publishing limited, s. 302-314.
5. Halicka M., Halicki J., Ślusarczyk P., Przemoc w stosunku do osób starszych, w: M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski, Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce - Polsenior, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań, 2012.
6. Halicka M., Halicki J., Czykier K., Kramkowska E., Laskowska K., Szafranek A., Doskonalenie działań interwencyjnych w przypadku przemocy wobec kobiet w starszym wieku w związku małżeńskim/ partnerskim (Daphne III), Białystok 2013.
7. Lachs M.S., Pillemer K., Elder abuse, w: The Lancet, 2004, 364 (9441), 1263-1272.
8. McGarry J., Simpson Ch., Hinchliff-Smith K., The impact of domestic abuse for older women: a review of the literature, w: Health and Social Care in the Community, 2011, 19 (1), Blackwell Publishing Ltd, s. 3-14.
9. Payne B.K., Elder abuse, w: J. Miller, 21st Century Criminology, 2009, 581-590.
10. Płatek M., Ochrona prawna przed przemocą wobec kobiet i przemocą domową, w: Przeciwdziałanie przemocy wobec kobiet, w tym kobiet starszych i kobiet z niepełnosprawnościami - analiza i zalecenia, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa lipiec 2013, s. 22-29.
11. Tobiasz-Adamczyk B., Brzyski P., Brzyska M., Health-related quality of life in older age and risk of being a victim of domestic violence, w: Archives of Gerontology and Geriatrics, 2014, 58, 388-398.
12. Tobiasz-Adamczyk B. (red.), Przemoc wobec osób starszych, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2009.
13. Wilkońska-Zuromska K., Standardy ochrony wynikające z aktów prawa międzynarodowego, w: Przeciwdziałanie przemocy wobec kobiet, w tym kobiet starszych i kobiet z niepełnosprawnościami - analiza i zalecenia, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa, lipiec 2013, s. 12-21.
14. Woźniak B., Tobiasz-Adamczyk B., Brzyska M.: Omówienie wyników projektu Breaking the Taboo. Empowering health and social service professionals to combat violence against older women within families. Polska na tle wybranych krajów europejskich. Część 1, w: Gerontologia Polska 2010, 18 (1), 33-40.



# Proces starzenia się a promocja zdrowia i opieka zdrowotna dla kobiet w wieku 50+

## Cechy procesu starzenia się kobiet: kontekst społeczny i zdrowotny

To prawda, że zarówno kobiety, jak i mężczyźni podlegają wpływom czynników biologicznych oraz makro, mezo i mikrospołecznych. To jednak nie oznacza, że czynniki, a także skutki ich wpływu są takie same. Obok zmiennych takich jak status społeczno-ekonomiczny czy wpływy społeczno-kulturowe, zmienną która w istotnym stopniu pośredniczy między wpływami biologicznymi i społecznymi a szansami społecznymi i zdrowotnymi kobiet, są fazy życia. Bycie kobietą, w większym stopniu niż bycie mężczyzną, wiąże z fazami życia problemy zdrowotne i społeczne. Mimo, że wszystkie fazy życia kobiet zasługują na odrębną uwagę, nie wszystkie cieszą się równie silnym zainteresowaniem społecznym. Fazą, która ze względu na ogromne znaczenie populacyjne, przede wszystkim skupia uwagę systemów, instytucji i rodzin, choć trzeba dodać wciąż niewystarczająco, jest faza prokreacji.

Do podjęcia kwestii zdrowia kobiet w nowej odsłonie i skupienia się na ich problemach w kontekście późnych faz życia zmuszają wyniki prognoz GUS-u wskazujące na dramatyczne skutki toczących się makroprocesów. Jednym z najważniejszych jest, cechujący się narastającym tempem zmian, proces starzenia się polskiej populacji połączony z procesem depopulacji – do roku 2050 liczebność polskiej populacji spadnie o około 4,5 miliona obywateli, głównie w miastach.

Bardzo istotną cechą procesu starzenia się polskiej populacji jest jego feminizacja. Mimo, że zgodnie z prognozą przewiduje się spadek wartości współczynników feminizacji polskiej populacji

(liczba kobiet na 100 mężczyzn), w najbliższych dekadach nadal utrzyma się znaczna przewaga liczebności kobiet nad liczebnością mężczyzn w starszych grupach wieku.

Kolejną ważną cechą procesu starzenia się polskiej populacji jest jego dwutorowość, która nasila feminizację procesu starzenia się w starszych grupach wiekowych. Szybciej bowiem niż w przypadku ogółu osób starszych w wieku 65+ przyrasta liczba osób powyżej 80 r.ż., głównie kobiet. W roku 2040 osoby ponad osiemdziesięcioletnie, w tym głównie kobiety będą stanowiły aż 36% osób w wieku 65 lat i więcej. Potem odsetek ten nieco spadnie, osiągając wartość 32% w ostatnim roku prognozy, tj. w roku 2050.

Dlaczego długowieczność kobiet daje powody do niepokoju i nakazuje jak najszybsze rozpoczęcie działalności zapobiegającej potencjalnym zagrożeniom społecznym, społeczno-ekonomicznym i zdrowotnym związanym z ich starzeniem się? Na odpowiedź składa się kilka bardzo ważnych elementów:

1. GUS szacuje, że do roku 2050 liczba osób w wieku 80 lat i więcej zwiększy się ponad dwukrotnie i osiągnie poziom 3,5 mln. osób, co stanowić będzie 10,4% ludności ogółem. W tym czasie (rok 2050) odsetek kobiet wśród osiemdziesięciolatek w miastach wyniesie 65%, a na wsi 62%.
2. Czas przeżycia w zdrowiu nie obejmuje całości życia kobiet i jest krótszy niż w przypadku



mężczyzn. Zgodnie z ostatnimi danymi Eurostatu w roku 2013 odsetek lat przeżytych w zdrowiu w stosunku do średniej oczekiwanej długości życia w przypadku Polek wynosił 77,3%, a w przypadku Polaków 81,1%.

3. Przejście kobiet w fazę starości związane jest ze zwiększonym ryzykiem chorowania na choroby przewlekłe, występowania wielochorobowości, niesprawności, zależności od innych, ubóstwa, marginalizacji, wykluczenia oraz przemocy. Fakt najwyższej feminizacji procesu starzenia się w najstarszych kategoriach wieku oznacza nadchodzący problem konieczności zapewnienia leczenia, opieki i wsparcia ogromnej liczbie kobiet, w stopniu przekraczającym obecne możliwości systemów społecznych, w tym opieki zdrowotnej. Z racji specyfiki polskiego systemu emerytalnego w punkcie wejścia w fazę starości kobiety mają przeciętnie gorszy start materialny niż mężczyźni, co w połączeniu z zapowiedzią obniżenia wysokości emerytur w przyszłości oraz znacznymi kosztami starości, m.in. terapii, opieki i rehabilitacji może oznaczać poważne problemy z samodzielnym radzeniem sobie z życiowymi wymogami.

4. Przewidywane jest znaczne obciążenie rodzin funkcją opieki nad osobami starszymi, w tym z racji struktury osób starszych przede wszystkim kobietami. Zgodnie z prognozą GUS-u w okresie między rokiem 2013 a 2050 dojdzie do znacznego wzrostu wskaźnika obciążenia demo-

graficznego osobami starszymi wyrażanego liczbą osób w wieku 65+ przypadającą na 100 osób w wieku 15-64 lata. W roku 2050 wskaźnik ten wyniesie dla miast 66, a dla wsi 53.

W latach 2013-2050 spadnie współczynnik potencjalnego wsparcia (liczba osób w wieku 15-64 lata przypadająca na 100 osób w wieku 65 lat i więcej) z 458 do 169, a wzrośnie współczynnik potencjalnej opieki nad rodzicami (liczba osób w wieku 85 lat i więcej przypadająca na 100 osób w wieku 50-64 lata) z 8 do 38. W obliczu powyższych danych nie ulega wątpliwości, że w ciągu nadchodzących dekad zaistnieje konieczność zastępowania bądź istotnego wspierania rodzin w jej funkcjach opiekuńczych nad osobami w wieku senioralnym, szczególnie kobietami w wieku 80+. Obecnie, jak wynika z Diagnozy Społecznej z 2013 roku, co czwartą osobą w podeszłym wieku opiekują się domownicy.

5. Dodatkowy problem stanowi niski poziom kompetencji zdrowotnych w polskiej populacji. Co drugi mężczyzna, co druga kobieta nie są gotowi do zdobywania, rozumienia, oceny i zastosowania informacji zdrowotnych w obszarze promocji zdrowia, profilaktyki chorób i promocji zdrowia. Problem pogłębia się wraz z przechodzeniem do starszych grup wieku oraz obniżaniem się statusu społecznego.

---

## Rola promocji zdrowia

Promocja zdrowia, jako dziedzina zdrowia publicznego oparta na współpracy międzysektorowej, mająca na celu potęgowanie zasobów zdrowia, redukcję społecznych nierówności w zdrowiu, zapewnienie możliwie wysokiej jakości życia oraz wspomaganie procesu profilaktyki, leczenia i reha-

bilitacji - ma potencjalnie największe możliwości kompleksowego rozwiązywania problemów zdrowotnych kobiet w wieku 50+, poprzez równoległe zwiększanie ich szans społecznych i zdrowotnych. Finalnie chodzi tu o podjęcie nowych i nasilenie skutecznych, już realizowanych działań indywidualnych



i zbiorowych mających na celu przedłużenie życia w zdrowiu oraz zapewnienie względnie wysokiego poziomu jakości życia.

Promocja zdrowia, a w jej ramach edukacja zdrowotna, ma także ogromne znaczenie dla sfery opieki zdrowotnej, jako dziedzina uzupełniająca i wspierająca działania medyczne. Występowanie i przebieg głównych schorzeń, na które chorują kobiety w starszym wieku, jest uwarunkowane przez szeroko rozumiane czynniki środowiskowe, z naciskiem na środowisko społeczne. Mowa tu przede wszystkim o chorobach układu krążenia, niektórych nowotworach, chorobach reumatycznych i reumatoidalnych oraz zaburzeniach zdrowia psychicznego. Ograniczenie ich występowania oraz złagodzenia przebiegu wymaga komplementarnego współdziałania opieki zdrowotnej i promocji zdrowia. Niestety opieka zdrowotna już teraz napotyka na szereg problemów infrastrukturalnych (zasoby ludzkie, prawne, organizacyjne i finansowe), które w znacznym stopniu uniemożliwiają bądź znacznie ograniczają możliwość podejmowanie systematycznych działań z zakresu profilaktyki pierwotnej i wtórnej oraz promocji zdrowia, będących warunkiem zapewnienia długoterminowych i skutecznych rezultatów działań klinicznych, zarówno na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, jak i szpitali. Chodzi tu przede wszystkim o niedostatki w zakresie profilaktyki chorób prowadzonej w ramach praktyki lekarskiej oraz

brak w obrębie opieki zdrowotnej łatwo dostępnego poradnictwa świadczonego przez personel medyczny i pozamedyczny z zakresu stylów życia oraz zasad życia z chorobą. Badanie WOBASZ zrealizowane w latach 2003-2005 potwierdziło fakt znacznych niedostatków w realizacji zasad prewencji chorób układu krążenia wśród lekarzy POZ. Odsetek osób, w polskiej populacji, którym lekarz wykonał pomiar ciśnienia tętniczego wynosił 55%, a odsetek osób, którym lekarz zalecił zaprzestanie palenia, wynosił 47 % dla mężczyzn i 36% dla kobiet. Przez lata sytuacja niewiele się zmieniała, ponieważ nadal problem niskich osiągnięć z zakresu profilaktyki pierwotnej i wtórnej chorób układu krążenia jest przedmiotem dyskusji w środowisku kardiologicznym.

Wśród ekspertów zajmujących się promocją zdrowia i nierównościami społecznymi pojawiają się głosy o konieczności przekształcenia interwencji z zakresu promocji zdrowia w taki sposób, aby uwzględniały wpływ płci na zdrowie. Niestety, jak pokazują dotychczasowe krajowe doświadczenia, promocja zdrowia nie ma wielkich osiągnięć w tym względzie. Brak zainteresowania promocją zdrowia starszych kobiet w Polsce jest efektem wieloletniego braku zainteresowania promocją zdrowia osób starszych jako takich. W praktyce działalność skierowana do kobiet i prowadzona pod szyldem promocji to najczęściej profilaktyka chorób, głównie badania przesiewowe.

---

## Potrzeby zdrowotne kobiet w wieku 50 - 60 lat i możliwość ich zaspokojenia

Faza życia kobiet przypadająca na wiek między 50. i 60. r. ż. to początek procesu dezaktywizacji zawodowej, ciągle znacznej aktywności rodzinnej (rola żony, matki młodych dorosłych i rola babki) oraz

okres nowych a także nasilających się, wcześniejszych problemów zdrowotnych. W sensie biologicznym najbardziej charakterystyczną cechą tej fazy jest klimakterium rozpoczynające się najczęściej



po pięćdziesiątym roku życia. Choć jest to stan naturalny, u znacznej liczby kobiet niesie ze sobą szereg dolegliwości natury biologicznej, psychicznej i psychologicznej obniżających jakość życia i nierzadko wymagających pomocy profesjonalnej. W ramach publicznej opieki zdrowotnej mamy do czynienia z niską dostępnością i brakiem właściwego przygotowania lekarzy pierwszego kontaktu do udzielania pomocy kobietom będącym w fazie klimakterium, szczególnie w zakresie terapii hormonalnej, trudnym dostępem do endokrynologów (bardzo długi czas oczekiwania na wizytę) oraz psychologów (jest ich bardzo mało w publicznym systemie opieki zdrowotnej). Bariery te utrudniają bądź wręcz uniemożliwiają kontakt z profesjonalistą oraz uzyskanie pomocy wtedy, kiedy jest ona niezbędna.

Niewiele wiadomo o tym, jaka jest wiedza Polaków na temat klimakterium i kłopotów, na które napotykają kobiety w życiu codziennym w związku z tym stanem, a także jakie stan ten może mieć przełożenia na zdrowie i funkcjonowanie społeczne kobiet. W ramach działań z zakresu promocji zdrowia potrzebna jest kampania społeczna pogłębiająca wiedzę populacji na temat biologicznych i społecznych aspektów klimakterium, a także programy wspomagające kobiety, np. w zakresie żywienia, aktywności fizycznej i radzenia sobie ze stresem i stanami depresyjnymi.

Omawiana faza życia to także okres zaawansowania bądź początku chorób przewlekłych. Chodzi tu przede wszystkim o choroby nowotworowe, choroby serca i naczyń oraz prowadzące do niepełnosprawności ruchowej choroby reumatyczne. Liczbę chorych dotkniętych ostatnimi z wymienionych chorób szacuje się w Polsce na około 10 mln., z czego znacząca większość to kobiety - na jednego mężczyznę przypada ich trzy. Już teraz zasadnicze problemy sprawiają bardzo ograniczone możliwości, traktowanej po macoszemu, rehabilitacji. Dla wszystkich kobiet żyjących w omawianej fazie życia, także tych bez poważniejszych problemów zdrowotnych, to okres, który powinien być przeznaczony na aktywne pomnażanie zasobów zdrowia oraz systematyczną jego kontrolę z myślą o zdrowej i aktywnej starości. Stąd w ramach promocji zdrowia powinny odbywać się kampanie społeczne, pokazujące wagę tego okresu dla rozwoju zasobów zdrowia, z myślą o zdrowym i aktywnym starzeniu się. Powinien być także stymulowany i kontynuowany rozwój łatwo dostępnych, instytucjonalnych form wspierania zdrowia kobiet: infrastruktury dla sportu i rekreacji, poradnictwa w zakresie zdrowych stylów życia, funkcjonującego poza opieką zdrowotną oraz podnoszony poziom indywidualnych i zbiorowych kompetencji zdrowotnych.

---

## Potrzeby zdrowotne i społeczne kobiet w fazie starości (wiek 60+) i możliwości ich zaspokojenia

W grupie tej na wyróżnienie zasługują kobiety w wieku „młodej starości”. To okres przechodzenia na emeryturę. Sytuacja zawodowa kobiet jest tu zróżnicowana; mimo znacznej dezaktywacji zawodowej część z nich jeszcze pracuje, nie pobierając emerytury. Dla przykładu wśród kobiet w wieku 60-64 lata kobiet takich jest 17,6%. Oczywiście wraz z wiekiem odsetek ten maleje i już w kolejnej grupie

wiekowej wynosi jedynie 1,9 %. Jest również kategoria kobiet pobierających emeryturę i pracujących. We wspomnianych wyżej grupach wieku odsetek ten wynosi odpowiednio 4,2% i 5,0%. W kontekście przyjmowanej na świecie strategii aktywnego starzenia się problemem jest przechodzenie kobiet na emeryturę przed ukończeniem wieku emerytalnego (około 70%).



Jak pokazują wyniki Diagnozy Społecznej 2013 po 60. r. ż. poziom aktywności rodzinnej, fizycznej i społecznej zależy od wykształcenia. Podobnie jak w wielu innych przypadkach ujawnia się tu wpływ statusu społeczno-ekonomicznego na zachowania. Przeważa bierny sposób spędzania czasu polegający głównie na oglądaniu telewizji. Z punktu widzenia chorób, na które cierpią osoby w wieku senioralnym, głównie chodzi tu o powszechnie występujące choroby reumatyczne; aktywność jest lekarstwem, bierny tryb życia zagrożeniem. Można sądzić, że w tym przypadku mamy do czynienia nie tylko z koniecznością poszerzenia oferty z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia, ale przede wszystkim budowania popytu na te oferty. Aktywnie uczestniczy w różnych organizacjach (religijnych, towarzyskich, kołach zainteresowań, komitetach mieszkańców i uniwersytetach trzeciego wieku) jedynie 9,4% osób w podeszłym wieku. Ponieważ odsetek ten jest prawie identyczny z odsetkiem osób aktywnych (9,6%), stwierdzonym w przypadku osób młodych, potwierdza się zdroworozsądkowa teza, że jeśli ktoś był aktywny w młodości, będzie również aktywny na starość. W ramach promocji zdrowia powinny być opracowane i wdrażane programy edukacyjne zmieniające wizerunek i stosunek do okresu starości w społeczeństwie.

Jeśli chodzi o udział opieki zdrowotnej w zaspakajaniu potrzeb zdrowotnych seniorów najważniejszą kwestią, obok poprawy funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i zlikwidowania omówionych wcześniej barier ograniczających możliwości efektywnego oddziaływania na zdrowie pacjentów, jest podniesienie jakości relacji lekarz-pacjent. Wśród osób o niskim statusie społeczno-ekonomicznym będących w wieku 65+ jest około 20% takich, które zgłaszają, że nie rozumieją, co do nich mówi lekarz. Nie ulega więc wątpliwości, że właśnie osoby starsze, w tym kobiety, powinny być szczególnie wspierane przez system opieki w zakresie prawidłowego komunikowania się z lekarzami i to nie tylko z powodu ich własnych potrzeb, ale także i dlatego, że kobiety przez większość życia sprawują funkcje opiekuńcze i edukacyjne także w starszym wieku, a w sferze zdrowia rodziny pełnią rolę liderów sterujących zachowaniami zdrowotnymi, w tym własnych mężów. W celu poprawy jakości komunikacji szkoleni powinni być nie tylko pacjenci i ich ewentualni opiekunowie, ale również lekarze i pielęgniarki. Ogromne zadanie staje także przed promocją zdrowia i edukacją zdrowotną w zakresie podnoszenia poziomu kompetencji zdrowotnych kobiet, od których to zależy ich dobre funkcjonowanie w sferze leczenia i opieki, profilaktyki oraz promocji zdrowia. Istnieje ogromna liczba badań potwierdzająca wagę tego problemu.

---

## Rekomendacje

Warunkami sine qua non uzyskania powodzenia w rozwiązywaniu problemów kobiet w wieku senioralnym w Polsce jest wprowadzenie do placówek służby zdrowia łatwo dostępnego poradnictwa zarówno medycznego, jak i z zakresu budowania indywidualnych zasobów zdrowia oraz życia z chorobą, skrócenie czasu oczekiwania na wizytę u lekarzy pierwszego kontaktu oraz specjalistów, a także zwiększenie aktywności edukacyjnej i efektywności komunikacyjnej personelu medycznego i pozame-

dycznego, rozwój łatwo dostępnej rehabilitacji oraz stworzenie warunków dla wdrażania interwencji z zakresu promocji zdrowia sprofilowanych na potrzeby społeczne i zdrowotne kobiet w wieku przed-senioralnym i senioralnym

Promocja zdrowia w wersji uwzględniającej odmienną społeczność i biologiczną kobiet powinna przede wszystkim koncentrować się na trzech czynnikach: diecie, aktywności fizycznej oraz stresie. Jak wiadomo czynniki te odgrywają ogromną rolę



w zapobieganiu, przebiegu leczenia oraz rehabilitacji najpoważniejszych schorzeń dotyczących kobiet, mają też oraz ogromne znaczenie w budowaniu zasobów zdrowia.

Jednym z wielu możliwych sposobów oddziaływania populacyjnego, obok kampanii edukacyjnych, jest wdrażanie programów z zakresu promocji zdrowia i prewencji występowania czynników ryzyka chorób. Do rekomendowanych programów promocji zdrowia kobiet należy „Program Rekreacji Ruchowej Osób Starszych”, program aktywizacji seniorów „Stowarzyszenie Samopomocowe Rada Seniorów Dzielnicy Antoniuk w Białymstoku” oraz warszawski program przeciwdziałania przemocy w rodzinie „Starszy pan, starsza pani”. Ważny jest także rozwój działających od wielu lat sieci Uniwersytetów Trzeciego Wieku.

Bardzo istotną kwestią jest podnoszenie poziomu kompetencji zdrowotnych nie tylko w przypadku osób starszych, ale także osób wchodzących w skład sieci społecznych (osoby z którymi osoba starsza wchodzi we względnie trwałe relacje), do których starsze osoby przynależą. Otoczenie pomaga właściwie, kiedy samo jest przeszkolone.

Ze względu na ogromną liczbę kobiet z niepełnosprawnością, które pojawią w ciągu najbliższych

dekad, bardzo istotną kwestią jest stopniowe zwiększenie potencjału opieki społecznej.

Zaleca się staranne dobieranie grupy docelowej programów oraz dopasowywanie programu do jej potrzeb i zasobów. Wskazane jest zaangażowanie grupy docelowej w proces tworzenia projektu, a także korzystanie z mediów religijnych jako kanału komunikacji z osobami starszymi. Ważne jest, by pamiętać o osobach biernych, które wymagają dodatkowych działań zachęcających do uczestnictwa. Zespoły opracowujące i wdrażające programy promocji zdrowia dla starszych osób, w tym kobiet powinny być interdyscyplinarne, a same programy powinny zaspokajać jednocześnie różne rodzaje potrzeb, np. potrzeby towarzyskie i potrzebę aktywności fizycznej. W trakcie podejmowanych w przyszłości działań trzeba unikać popełnianych do tej pory błędów polegających na: braku kontroli nad wpływem struktury społecznej na nierówności w zdrowiu i nieuwzględnianiu tego faktu w podejmowanych działaniach, planowaniu tak programów, że miały okazję dotrzeć jedynie do osób aktywnych, nieuwzględnianie konieczności tworzenia odrębnych programów promocji zdrowia dla kobiet i mężczyzn, braku ewaluacji i dokumentacji realizowanych programów oraz ich popularyzacji.

---

## PIŚMIENNICTWO

1. Prognoza ludności na lata 2014-2050 Warszawa : GUS. Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy
2. Szatur-Jaworska, 2012. Sytuacja rodzinna i więzi rodzinne ludzi starych i osób na przedpolu starości. W: Mossakowska M. Więcek A. Błędowski P. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne procesu starzenia się ludzi w Polsce.
3. Diagnoza Społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków. Raport Czapirski J., Panek T. (red.) Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego
4. Słońska Z. 2014. Kompetencje zdrowotne i ich znaczenie dla zdrowia. W: Jasiewicz J. Zybert E.B. Czas przemian- czas wyzwania. Warszawa: Wydawnictwo SBP: 339-353
5. Piwońska A., Piwoński J., Piotrowski W., Posadzy-Małczyńska A., Drygas W. i in. 2005. Realizacja zasad prewencji chorób układu krążenia przez lekarzy POZ w populacji generalnej. Wyniki Programu WOBASZ. Kardiol. Pol. 63. Supplement 4: 645-648.
6. Pederson A. Greaves L. Poole N. Gender-transformative health promotion for women: a framework for action. 2014. Health Promotion International. 30. 1. doi10.1093/heapro/dau083
7. Tobiasz-Adamczyk B. Brzyska M. Woźniak B. Kopacz M.S. 2009 The current state and challenges for the future of health promotion in Polish older people. Int J Public Health 54: 341-348
8. Wiktorowicz J. 2015. Dezaktywizacja zawodowa w Polsce. Wiadomości Statystyczne 4: 28-41
9. Woźniak B. Tobiasz-Adamczyk B. Brzyska M. 2009. Promocja zdrowia wśród osób starszych w Polsce w świetle badań przeprowadzonych w projekcie health PROelderly- wypracowanie oparte na faktach przewodnika dotyczącego promocji zdrowia wśród osób starszych. Probl Hig Epidemiol 90(4): 459-464





# Ekonomiczny wymiar dłuższego życia kobiet

## Wprowadzenie

Różnica przeciętnego trwania życia kobiet i mężczyzn, wynosząca w Polsce 8,5 lat – to jest, jak na standardy zachodnioeuropejskie, dość dużo. W krajach Europy Zachodniej różnica ta jest bowiem znacznie mniejsza – 3-4 lata, ale w krajach Europy Wschodniej – znacznie większa – 12 lat. Sytuacja polskiej populacji jest pod tym względem sytuacją „środkową”.

Relatywnie duża różnica w przeciętnym trwaniu życia kobiet i mężczyzn odzwierciedla inne cechy gorszego położenia społecznego krajów w procesie rozwoju. Gdy różnica ta się zmniejsza, to oznacza, że dany kraj zmniejsza dystans w poziomie życia w porównaniu z krajami wysokiego dochodu.

Różnica w przeciętnym trwaniu życia kobiet i mężczyzn jest przedmiotem analiz ekonomicznych, podobnie jak wiele innych aspektów życia ludzkiego. Do prowadzenia analiz ekonomicznych nawet tam, gdzie kiedyś nie byłoby to do pomyślenia (np. małżeństwa) przyczynił się niedawno zmarły, amerykański ekonomista Garry Becker, nota bene laureat nagrody Nobla.

Analiza ekonomiczna, w skrócie ujmując, polega na porównaniu korzyści z kosztami. Jakie są więc korzyści i koszty dłuższego życia kobiet? To porównanie jest przedmiotem rozważań tego tekstu, przygotowanego w upalne lato 2015 r.

## Korzyści dłuższego życia kobiet

W analizach ekonomicznych korzyści są postrzegane w kategoriach użyteczności. Tę kategorię wprowadził do ekonomii Jeremy Bentham w XVIII wieku i rozwinął Johna Stewart Mill w XIX wieku. Pojęcie użyteczności jest interpretowane zarówno jako osiągnięcie indywidualnego dobrobytu, a nawet szczęścia (powiązanego z przyjemnością i unikaniem bólu), a obecnie także jako przyczynianie się do pożytku społecznego.

Rozważanie i analizowanie dłuższego życia kobiet w kategoriach indywidualnej użyteczności i pożytku społecznego zwraca uwagę na to, że ocenie podlega ta aktywność życiowa, która przyczynia się do wzrostu dobrobytu. Z taką oceną w przypadku kobiet są problemy, ponieważ kobiety znacznie

częściej są aktywne w sferze prywatnej (rodzinnej), w której świadczą pracę nieopłacaną. Praca ta nie jest ujmowana w PKB, co stanowi jeden z istotnych wątków krytyki tej powszechnej miary dobrobytu.

Wydłużanie się życia ludzkiego w ramach uniwersalnego procesu starzenia się populacji zwróciło uwagę na znaczenie pracy opiekuńczej kobiet nad starszymi i niesamodzielnymi już członkami rodzin (partnerem, rodzicami, teściami i innymi krewnymi czy powinowatymi). Zaczęto wręcz alarmować, że kończy się tzw. potencjał opiekuńczy kobiet, ponieważ generalnie populacja w wieku produkcyjnym jest relatywnie mniejsza, a ponadto kobiety w większym zakresie uczestniczą w rynku pracy; w pracy opłacanej.



Zaczęto też oceniać potencjał aktywności kobiet w wymiarze zdrowia. Z jednej strony ze względu na potrzebę wykonywania pracy opiekuńczej przez kobiety, ponieważ tylko dostatecznie zdrowe i sprawne osoby mogą taką pracę świadczyć. Po drugie ze względu na zdrowie i sprawność życia kobiet w jego wydłużonym okresie, aby same nie wymagały opieki. A kobiety starsze w wieku 80 lat i więcej stanowią w Polsce 75% populacji w tym wieku.

Zdrowie kobiet w starzejących się społeczeństwach ma znaczną i dodatkową w porównaniu z mężczyznami wartość ekonomiczną. Coraz częściej ukierunkowuje się więc nakłady publiczne na podtrzymanie zdrowia kobiet, ponieważ z takiej polityki wynikają policzalne korzyści ekonomiczne.

## Zdrowie kobiet i mężczyzn w dłuższym życiu

Dłuższe życie ludzi oraz postęp medycyny przyczyniły się do tego, że współczesnym problemem stały się w dominującym stopniu niezakaźne choroby przewlekłe, a nie zakaźne, jak to było kilkadziesiąt lat temu. Do tej grupy chorób należą choroby układu krążenia (sercowo- naczyniowe), a szczególnie niedokrwienna choroba serca oraz udar, następnie choroby nowotworowe, choroby układu oddechowego, cukrzyca i choroby psychiczne. W miarę, jak postęp w medycynie oraz w organizacji ochrony zdrowia, przyczynia się do zmniejszania umieralności z powodu pierwszej grupy chorób: sercowo- naczyniowych, wzrasta uciążliwość pozostałych, szczególnie nowotworowych i psychicznych.

Z powodu chorób przewlekłych częściej umierają mężczyźni, mimo że kobiety chorują na nie w większej skali. Nawet w przypadku chorób psychicznych, to mężczyźni częściej popełniają samobójstwa oraz umierają z ich powodu niż kobiety, które częściej mają zaburzenia psychiczne. Mężczyźni są bardziej podatni na ryzyka związane z występowaniem chorób przewlekłych, takich jak: palenie, nadmierne picie alkoholu, niska aktywność fizyczna, niezdrowa dieta, skłonność do ryzyka związanego z wypadkami (szczególnie komunikacyjno- transportowymi) i urazami oraz sytuacje stresowe.

W konsekwencji większej podatności na choroby przewlekłe będące przyczyną zgonów, męż-

czyźni tracą więcej lat życia z powodu przedwczesnej umieralności. Ujmują to dwa wskaźniki: YLLs (years of life lost due to premature mortality) oraz PYLL (potential years of life lost). Pod względem obu wskaźników sytuacja w Polsce jest generalnie gorsza niż w innych krajach europejskich, niezależnie od płci, ale zbliżona do sytuacji w innych krajach regionu Europy Środkowej i Wschodniej. Zaprezentowany poniżej wykres ukazuje poprawę w kształtowaniu się wskaźnika PYLL w europejskich krajach OECD w ciągu kilkunastu przedkryzysowych lat (1995-2007). Jako że poprawa w tym względzie wystę-

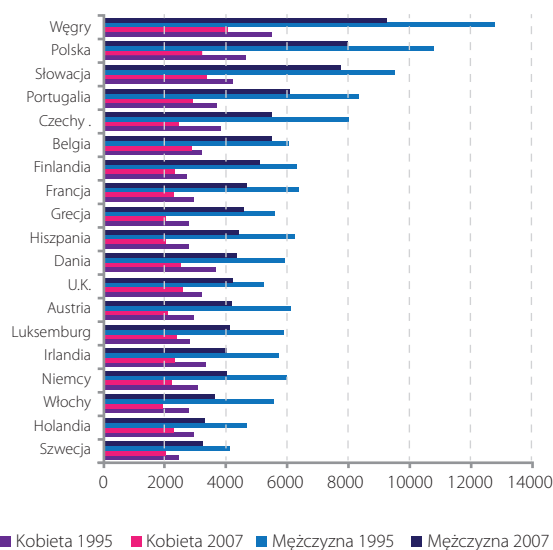


Tabela: Wskaźnik PYLL na 100 tys. populacji według płci w 1995 r. i 2007 r.

Źródło: na podstawie danych OECD oszacowanych przez LSE w 2010 r.



puje podobnie we wszystkich krajach, to poprawa w Polsce nie prowadzi do zmniejszenia dystansu w stosunku do innych krajów europejskich, zaprezentowanych na wykresie).

Szacuje się, że około 75% populacji po 65. roku życia dotyka zjawisko wielochorobowości. Kobiety cierpią na wiele chorób przewlekłych w zwiększającej liczbie wraz z dłuższym życiem. W wymiarze medycznym jest to zjawisko trudne do leczenia. W wymiarze indywidualnym prowadzi do częstszego wśród kobiet występowania niepełnosprawności.

Wskaźniki lat życia z niepełnosprawnością (years lived with disability - YLDs) są generalnie – niezależnie od wieku - wyższe u kobiet niż u mężczyzn. Dane WHO wskazują, że w populacji osób, które żyły z niepełnosprawnością, przewaga kobiet w regionie europejskim była o około 10% wyższa niż mężczyzn (baza danych WHO 2015).

W odniesieniu do osób starszych powszechnie stosowanym wskaźnikiem obciążenia chorobami jest DALY (Disability-adjusted life years - DALY). Jest to wskaźnik syntetyczny, obejmujący lata stracone z powodu przedwczesnej śmierci oraz lata przeżyte z niepełnosprawnością. Szacunki tego wskaźnika w badaniach międzynarodowych (global burden of diseases) w odniesieniu do kobiet 60+ wskazują, że największy udział mają choroby sercowo-naczyniowe, podobnie jak u mężczyzn, następnie choroby układu oddechowego i płuc (1/3 oszacowanych DALY dla kobiet). Kolejna grupa – to zaburzenia psychiczne; szczególnie depresja i postępująca ograniczenia poznawcze związane z demencją

i chorobą Alzheimera. Znaczący udział w całości DALYs mają ograniczenia widzenia i słuchu (7%). W tych dwóch przypadkach udział kobiet jest wyższy niż mężczyzn w oszacowanym DALYs dla mężczyzn, co ma związek z dłuższym trwaniem ich życia.

Poniższy wykres ukazuje różnice stosowanych wskaźników w przekroju płci. Tylko wskaźnik YLDs, czyli lata życia z niepełnosprawnością ukazują gorsze ocenę sytuacji kobiet niż mężczyzn. Są to dane dotyczące całej populacji świata (Global Burden of Diseases), szacowane w międzynarodowym Instytucie Pomiaru Zdrowia i Ewaluacji - IHME.



Wykres 2: Różnice obciążenia chorobami w przekroju płci (we wskaźnikach niemonetarnych, liczonych dla całego świata w milionach lat)

źródło: Kissimova- Skarbek 2015 na podstawie danych IHME

## Ekonomiczna wartość dłuższego życia kobiet

W ekonomicznych analizach bierze się pod uwagę zróżnicowanie epidemiologiczne populacji w przekroju płci, uwzględniając rachunki zarów-

no utraconych lat życia z powodu przedwczesnej śmierci (kapitału ludzkiego i dobrobytu), jak i koszty dłuższego chorowania i niepełnosprawności. Przed-



wczesna umieralność mężczyzn w analizach ekonomicznych ochrony zdrowia na ogół jest traktowana jako strata kapitału ludzkiego, który potencjalnie mógłby wytworzyć konkretnie oszacowaną wartość dobrobytu. Z kolei dłuższe życie kobiet bywa analizowane poprzez koszty chorowania z pogorszoną jakością życia. Wyniki podawane są w walucie, określonej jako międzynarodowe dolary (szacowane dla

celów porównawczych). Są to wielkości miliardów dolarów rocznie w skali globalnej. Przewiduje się, że straty w potencjale PKB do 2030 r. na skutek chorób przewlekłych w krajach rozwiniętych, do których zalicza się także Polskę, będą stanowiły około 54% całkowitych strat wzrostu PKB na świecie (z analiz GBD – Bloom i inni 2011).

---

## Wyzwania dla polityki zdrowotnej wynikające ze starzenia się populacji

Reakcja na proces starzenia się i na związaną z nim zmianę obrazu epidemiologicznego starszej populacji w przekroju płci jest ze strony polityki zdrowotnej w wielu krajach niejednoznaczna, także w Polsce. Natomiast w WHO oraz w Unii Europejskiej zostały wyartykułowane określone kierunki takiej polityki. Koncentrują się wokół trzech zachodzących na siebie pojęć: zdrowego starzenia się (healthy aging), aktywnego starzenia się (active aging) i pomyślnego starzenia się (successful aging).

Polityka aktywnego starzenia się polega na podtrzymywaniu uczestnictwa osób starszych na rynku pracy oraz partycypacji w życiu społecznym. Przez polityków bywa niekiedy traktowana jako polityka podwyższania wieku emerytalnego i wprowadzania przepisów antidyskryminacyjnych ze względu na wiek i płeć. Istotnym czynnikiem (filarem) tej polityki jest troska o zdrowie starszej populacji. W tym obszarze nadal jest wiele do zrobienia.

Koncepcja zdrowego starzenia się jest natomiast nastawiona na podtrzymywanie zdrowia osób starszych poprzez działania w szerokim spectrum zdrowia publicznego; oddziaływania na prowadzenie zdrowego stylu życia i unikanie ryzyka. W odniesieniu do kobiet jest to często polityka związana z profilaktyką zaburzeń psychicznych poprzez działania

związane z integracją i partycypacją społeczną oraz przeciwdziałaniem przemocy.

Koncepcja pomyślnego starzenia się uwzględnia fakt, że starzenie się w naturalny sposób (biologicznie) pogarsza funkcjonowanie organów ludzkiego ciała i sprzyja występowaniu wielu chorób. W związku z tym istotne jest, aby w polityce zdrowotnej wobec osób starszych brać to pod uwagę i proponować programy tych, którzy mają pewne ograniczenia, ale jest to naturalne, a ich starzenie się jest pomyślne. W koncepcji pomyślnego starzenia się istotną rolę pełni gospodarka. Dzięki przemysłowi (nie tylko farmaceutycznemu), ale także różnego rodzaju sprzętu wspomagającego funkcjonowanie osób starszych: okularów, aparatów słuchowych, endoprotez, wózków, chodzików itd., rozwija się tzw. srebrna gospodarka. Jej potencjał innowacyjny oraz dochodowość nie są niższe niż zabawek i sprzętów dla dzieci.

W ramach srebrnej gospodarki istotną część stanowią usługi rehabilitacyjne, sanatoryjne i typu spa oraz oczywiście – usługi medyczne oraz opiekuńcze. Nie wszystkie wchodzą i mogą wchodzić w zakres koszyków świadczeń zdrowotnych gwarantowanych przez państwo. Mogą być częściowo odpłatne, a przede wszystkim powinny stanowić przedmiot ubezpieczeń prywatnych i publiczno – prywatnych.



Trzy koncepcje polityki zdrowotnej wobec starzenia się i osób starszych mają wspólne części i wzajemnie się wspierają. Polityka aktywnego starzenia się tworząc przestrzeń dla osób starszych w sferze publicznej, sprzyja ich zdrowiu (są na to dowody badawcze) i zmniejsza potrzeby międzypokoleniowej redystrybucji dochodów na rzecz pokolenia starszego. W ramach polityki zdrowego starzenia się promuje się i organizuje warunki dla zdrowego stylu życia i przeciwdziała ryzykom głównych chorób przewlekłych. W polityce pomyślnego starzenia się mieszczą się kompleksowe działania gospodar-

cze służące zaspokajaniu potrzeb osób starszych, posiadających naturalne ograniczenia w takim funkcjonowaniu, jakie było ich udziałem w młodszych latach. Beneficjentami tej kompleksowej polityki w większym stopniu początkowo będą kobiety. Jednak z czasem wzrośnie udział mężczyzn. Przyczyniać się bowiem będzie do zmniejszania różnicy w trwaniu życia między mężczyznami i kobietami, szczególnie w ramach dwóch pierwszych rodzajów polityki, czyli aktywnego i zdrowego starzenia się.

---

## PIŚMIENNICTWO

1. Bloom DE., Cafiero E.T., Jané-Llopis E., Abrahams-Gessel S., Bloom L.R., Fathima S., Feigl A.B., Gaziano T., Mowafi M., Pandya A., Prettner K., Rosenberg L., Seligman B., Stein A., Weinstein C. (2011), *The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases*. Geneva: World Economic Forum.
2. Golinowska S. (2012 i 2014), *Srebrna gospodarka – ekonomiczny wymiar procesu starzenia się populacji*, *Małopolskie Studia Regionalne*
3. Guralnik JM, Fried LP, Simonsick EM, Kasper JD, Lafferty ME (eds.) (1995), *The Women's Health and Aging Study: Health and Social Characteristics of Older Women with Disability*. Bethesda, MD: National Institute on Aging, 1995; NIH Pub. No. 95-4009.
4. Kissimova – Skarbek K. 92015), *Koszty obciążenia chorobami*, w: S. Golinowska red.: *Ekonomika zdrowia. Od ekonomii do ekonomiki zdrowia*, w0wa PWN (w druku)
5. Ostrowska A. (2014), *Zdrowie kobiet*, Raport WHO UNFPA (2007) *Women, Ageing and Health: A Framework for Action. Focus on Gender*. WHO: Geneva



## POSŁOWIE

Raport ten jest wielowątkowym studium zdrowia kobiet, mających obecnie więcej niż 50 lat, który przynosi dobrze udokumentowaną wiedzę na temat stanu ich zdrowia, głównych zagrożeń, szans zapobiegania czynnikom ryzyka i warunków do aktywnego, pomyślnego przeżycia długich lat w zdrowiu.

W pierwszym etapie życia przed zdrowymi początkowo dziećmi i młodzieżą (w naszej perspektywie – dziewczynkami) stają zagrożenia i wyzwania, które zmniejszają stopniowo ich potencjał zdrowia. Analizy eksperckie pokazują, że w ostatnim etapie straty zdrowotne generowane przez choroby układu sercowo-naczyniowego, nowotwory złośliwe i inne choroby przewlekłe, jak depresja, choroby układu ruchu, cukrzyca, skutki udarów mózgu, są ogromne. Przedwczesna śmierć to w skali populacji wielka utrata kapitału ludzkiego i dobrobytu. Z drugiej strony, dłuższe chorowanie i niepełnosprawność zmuszają do ponoszenia znacznych kosztów ekonomicznych, o których czytamy w rozdziale „Ekonomiczny wymiar dłuższego życia kobiet”. Dość wspomnieć, że choroby przewlekłe tworzą 54% strat wzrostu PKB na świecie. Autorka tego rozdziału pisze o gospodarczych aspektach troski o zdrowie, wchodząc tym samym w kategorię poznawcze Zdrowia Publicznego. Ujawnia opłacalność zajęcia się tą częścią populacji, o której zaledwie wspominamy w obecnej polityce zdrowotnej.

Programy prozdrowotne, akcje i kampanie medialne dotyczą zazwyczaj zdrowia dzieci i młodzieży, mężczyzn, czy zdrowia kobiet w wieku reprodukcyjnym. Problemy zdrowia publicznego ułożone w starszej grupie kobiet życia dotychczas były prawie niewidoczne w powszechnej świadomości. Dzięki

ki wiedzy zawartej w Raporcie zyskujemy dostęp do najnowszych informacji o postępach w diagnostyce i leczeniu, o udowodnionej skuteczności metod profilaktyki i wadze rehabilitacji w poszczególnych specjalnościach medycyny.

Wstrząsające są uwagi końcowe umieszczone w rozdziałach „klinicznych”. Otóż istniejące, akceptowane oficjalnie procedury prewencji pierwotnej i wtórnej wymagają korekt. Są niedostępne lub bardzo trudno dostępne w praktyce, co oznacza zamknięte drzwi nowoczesnej medycyny dla osób gorzej sytuowanych i mniej wykształconych! Tak więc problem nierówności w zdrowiu, stawiany w centrum uwagi konsekwentnie od lat przez Światową Organizację Zdrowia i Komisję Europejską podczas projektowania i finansowania badań naukowych wyłonił się również z materiału służącego rozpoznaniu stanu zdrowia Polek po 50. roku życia.

W większości konkluzji odnoszących się do konkretnych chorób, takich jak nowotwory złośliwe, choroby układu krążenia, czy inne choroby przewlekłe, przewija się oczekiwanie zwiększenia nakładów na profilaktykę. W tym kontekście pamiętać należy, że teza udowodnionej opłacalności inwestowania w zdrowie publiczne, czyli przede wszystkim zapobieganie chorobom, została uznana na forum WHO za fundament polityki zdrowotnej regionu Europy powiązanej ze znaną strategią Zdrowie 2020.

Wydany w 2014 roku dokument WHO/EURO („The case for investing in Public Health”) poświęcony opłacalności inwestycji w obszarze zdrowia publicznego mówi w pierwszym rzędzie o procesie starzenia się populacji, co jest całkowicie zbieżne z głównym celem Raportu. Dalsze argumenty przemawiające za przesunięciem inwestycji właśnie



na zdrowie publiczne, to olbrzymie koszty nierówności w zdrowiu ponoszone w regionie Europy, wydatki spowodowane przez choroby układu sercowo-naczyniowego, straty związane z paleniem, zanieczyszczeniem środowiska, a ponadto koszty otyłości i wreszcie nakłady na leczenie chorób psychicznych. Udowodniono, że zaangażowanie nawet niewielkich nakładów w skuteczną prewencję spowoduje wielkie korzyści w dziedzinie zdrowia. Przykłady opłacalnych inwestycji z zakresu promocji zdrowia psychicznego, zapobiegania przemocy, stwarzania zdrowych warunków zatrudnienia, czy promocji aktywności fizycznej mówią same za siebie. W polskich warunkach aktywność fizyczna kobiet w starszym wieku może mieć istotny korzystny wpływ na zmniejszenie liczby zgonów z powodu chorób układu krążenia, a także na skuteczną interwencję w przebieg cukrzycy, czy też zmniejszenie zagrożenia chorobą zwyrodnieniową i osteoporozą. Niewątpliwie regularna aktywność fizyczna stanowi jeden z podstawowych elementów promocji zdrowia.

Układ Raportu ewidentnie zaprzecza konserwatywnemu modelowi zdrowia pojmowanemu jako brak choroby. Sięgnięto nawet do takich zagadnień, jak przemoc, której doznają kobiety w starszym wieku, czy ograniczenie aktywnego udziału w życiu społecznym przez uciążliwość objawów menopauzy.

Wartości kompleksowej analizy zawartej w Raporcie nie da się przecenić, ponieważ uwzględnia kluczowe zagadnienia zdrowia publicznego na naszym kontynencie, przekłada problemy ogólne na fakty obserwowane w Polsce i wnikliwie ukazuje zalety i wady opieki zdrowotnej w naszym kraju. Skupienie analiz na najstarszej grupie kobiet w Polsce ujawniło palącą potrzebę popularyzacji

istniejącej wiedzy eksperckiej oraz zaangażowania w to zagadnienie kręgów tworzących politykę zdrowotną, decydentów wszystkich szczebli, struktur rządowych i samorządowych, a nade wszystko samych zainteresowanych. Starsze kobiety, mające swoje kluczowe miejsce w życiu publicznym, angażujące się w działalność organizacji rządowych i pozarządowych, otrzymują dzięki Raportowi mocne naukowe argumenty za umieszczeniem zdrowia kobiet 50+ wśród spraw najważniejszych dla dobrostanu całego społeczeństwa.



## „Wybierz życie – pierwszy krok”

- program edukacyjny dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych dotyczący profilaktyki raka szyjki macicy i zakażeń HPV.

Cel - kształtowanie świadomości zdrowotnej młodzieży w zakresie profilaktyki wtórnej i pierwotnej raka szyjki macicy. Ponad 2200 koordynatorów z 2000 szkół z 11 województw wzięło udział w projekcie w latach 2009-2013. Dotychczas edukacją objęto ponad 680 000 nastolatków.

Partnerzy: inspekcja sanitarna, samorządy lokalne

[www.pierwszykrok.edu.pl](http://www.pierwszykrok.edu.pl)



## „Nie płac za błędy. Zapobiegaj!”

- profilaktyka HPV i raka szyjki macicy adresowana do środowisk kobiet i dziewcząt zagrożonych wykluczeniem społecznym.

Cel - zwiększenie świadomości na temat ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy i zakażenia HPV wśród kobiet ze środowisk zagrożonych wykluczeniem poprzez zaangażowanie pracowników socjalnych ośrodków pomocy społecznej oraz efektywne nakłonienie możliwie licznej grupy kobiet do regularnego wykonywania badań cytologicznych.

Program realizowany w woj. mazowieckim, lubuskim i śląskim.

Partnerzy: OPS, Urzędy Marszałkowskie, Śląska Koalicja na Rzecz Walki z RSM

[www.zapobiegaj.org.pl](http://www.zapobiegaj.org.pl)



## „Jestem przy Tobie”

- program wsparcia dla kobiet z nowotworami narządów płciowych, w trakcie terapii oraz po jej zakończeniu, a także dla ich rodzin.

Cel - psychoonkologiczna pomoc dla kobiet z nowotworami narządów płciowych, przebywających w oddziałach ginekologicznych lub pozostających pod opieką ginekologicznych poradni przyszpitalnych.

Partnerzy: Fundacja „Różowa Konwalia” im. Prof. Jana Zielińskiego, Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Onkologicznych, Stowarzyszenie „Kwiat Kobiecości”.

[www.jestemprzytobie.pl](http://www.jestemprzytobie.pl)



## Forum Promocji Zdrowia Kobiet

- platforma współpracy dla różnych podmiotów rynku zdrowia, służąca prowadzeniu konstruktywnego dialogu pomiędzy specjalistami z zakresu medycyny, zdrowia publicznego, instytucjami publicznymi, samorządami terytorialnymi, a także organizacjami pozarządowymi oraz rozwijaniu mechanizmów umożliwiających efektywne wdrażanie wypracowywanych rozwiązań.

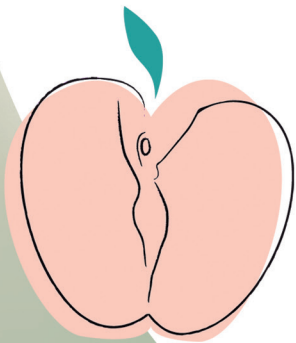
## Polska Koalicja na Rzecz Walki z Rakiem Szyjki Macicy

- platforma zrzeszająca niemal 100 podmiotów działających w obszarze profilaktyki raka szyjki macicy

[www.koalicjaRSM.pl](http://www.koalicjaRSM.pl)







# Fundacja MSD dla **zdrowia kobiet**



Jestem  
przy Tobie

**FORUM**  
PROMOCJI ZDROWIA KOBIEC



Współdziałajmy  
wspierając w walce z chorobami

**Nie płac  
za błędy  
Zapobiegaj!**



## Fundacja MSD dla Zdrowia Kobiet

powstała w 2009 r. z inicjatywy MSD Polska Sp. z o. o., jako transparentna organizacja non-profit. Prowadzi działania mające na celu zwiększenie świadomości zagrożenia kobiet różnymi chorobami cywilizacyjnymi, promocję profilaktyki i edukacji zdrowotnej oraz poprawę jakości świadczeń zdrowotnych w Polsce.

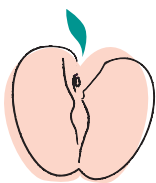
Fundacja tworzy i realizuje projekty edukacyjne adresowane do różnych grup odbiorców, opierając swe działania o bliską współpracę z organizacjami z sektora pozarządowego oraz instytucjami publicznymi. Fundacja wspiera skoordynowane inicjatywy prowadzące do rzeczywistej poprawy sytuacji zdrowotnej kobiet w Polsce.

[www.fzk.org.pl](http://www.fzk.org.pl)









Fundacja **MSD**  
dla **zdrowia kobiet**

ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa  
[www.fzk.org.pl](http://www.fzk.org.pl)



Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego  
Państwowy Zakład Higieny

ul. Chocimska 24, 00 - 791 Warszawa  
[www.pzh.gov.pl](http://www.pzh.gov.pl)