

**UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE**

Barbara Poličnik

Zdravstveno stanje starejših

Diplomsko delo

Ljubljana, 2009

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Barbara Poličnik
Mentorica: doc. dr. Blanka Tivadar

Zdravstveno stanje starejših

Diplomsko delo

Ljubljana, 2009

Zdravstveno stanje starejših

V zadnjih letih svetovna populacija nadaljuje svoj izreden prehod iz stanja visoke rodnosti in umrljivosti v stanje nizke rodnosti ter umrljivosti. V osrčju prehoda je rast števila in deleža starejših. Staranje prebivalstva je tudi v Sloveniji proces, ki se mu nismo izognili. Do konca tretjega desetletja tega stoletja naj bi imeli že eno najstarejših prebivalstev na svetu. S pomočjo statističnih in raziskovalnih podatkov, ki se nanašajo na zadnjih 10 let, sem analizirala zdravstveno stanje starejših. Ugotovila sem, da umrljivost v zadnjih letih pada, največja je med starejšimi in s starostjo strmo narašča; starejši najpogosteje umirajo zaradi bolezni obtočil, novotvorb in bolezni dihal; povprečna starost umrlih narašča; narašča tudi pričakovana življenjska doba; sklenitev zakonskih zvez je med starejšimi skoraj najmanj v populaciji, narašča število razvez; čim starejši so prebivalci, slabše je po samooceni njihovo zdravstveno stanje; med starejšimi je največ hospitalizacij v populaciji; pogostost obiskov zobozdravnika se s starostjo zmanjšuje, narašča pa pogostost obiskov splošnega zdravnika; najpogostejše bolezni ali bolezenska stanja starejših so zvišan krvni pritisk, bolečine v križu in vnetje sklepov; več kot polovica starejših je zaradi zdravstvenih težav ovirana pri običajnih aktivnostih.

Ključne besede: zdravje, starejši, zdravstveno stanje, sociologija, staranje prebivalstva

Health state of the elderly

Over the past few years, the world's population has continued on its remarkable transition path from a state of high birth and death rates to one characterized by low birth and death rates. At the heart of that transition has been the growth in the number and proportion of older persons. Population ageing has not been avoided in Slovenia as well. By the end of the third decade of this century it is predicted to have one of the oldest populations in the world. By means of statistical and research data of the past decade I examine state of health of the elderly. My findings are: Mortality rate has declined over the past years, the highest is among elderly and steeply rises with age; the most common causes of death among elderly are circulatory system diseases, neoplasms and respiratory system diseases; average lifespan and life expectancy rise; marriage rates among elderly are nearly the lowest in population, divorce rate increases; the higher the age of the respondents, the worse is their evaluation of their health in general; elderly have the highest rate of hospitalizations; frequency of visits of the dentist declines with age but frequency of visits of the physician increases; the most common diseases among elderly are high blood pressure, lumbargo and inflammation of the joints; more than half of elderly have difficulty doing some of the everyday activities due to their health problems.

Key words: health, elderly, state of health, sociology, population ageing

Kazalo

1	Uvod.....	5
1.1	Staranje prebivalstva	6
2	Ugotavljanje značilnosti zdravstvenega stanja starejših	10
2.1	Stopnja umrljivosti	11
2.2	Umrljivost po vzroku smrti	13
2.3	Povprečna življenjska doba	16
2.4	Pričakovano trajanje življenja	17
2.5	Odstotki sklenjenih in razvezanih zakonskih zvez.....	19
2.6	Subjektivne ocene zdravstvenega stanja	23
2.7	Hospitalizacije	24
2.8	Čas zadnjega obiska zobozdravnika ter splošnega zdravnika.....	27
2.9	Prisotnost nekaterih bolezni ali bolezenskih stanj.....	28
2.10	Oviranost pri vsakdanjih aktivnostih zaradi zdravstvenih težav	29
3	Povzetek glavnih ugotovitev o zdravstvenem stanju starejših	30
4	Sklep	32
5	Literatura.....	35

1 Uvod

Po letu 1970 smo priča izrazitemu porastu starejših ljudi v svetu in pri nas. Razlogi za to so različni: boljše zdravstveno varstvo prebivalstva, upadanje nalezljivih bolezni, dostopnost različnih zdravil, večja industrializacija in urbanizacija prebivalstva, manjša nataliteta in tudi fertilitetnost v posameznih delih sveta ob izredno zmanjšani umrljivosti otrok (glej Accetto in drugi 1991, 23).

Po Accettu (1991, 23) v Sloveniji vključujemo v skupino stare populacije prebivalce, ki so stari 60 in več let. Narodi, ki imajo danes že več starejših prebivalcev, uporabljajo za ločnico med srednje staro in staro populacijo leto 65, narodi, ki pa imajo manj takih prebivalcev, pa uporabljajo 60-eto leto starosti. Pentekova (1995 a, 8) pa pravi, da po mednarodnih dogovorih sestavljajo skupino starejših ljudi vsi, ki so stari 65 let in več. Po Jakošu (1995, 16) so z vidika zdravstva »stari« vsi, ki potrebujejo določeno oskrbo. Na splošno jih danes tako opredeljuje starostna meja 65 let, ki se sčasoma seveda spreminja. Pred stotimi leti so na primer prebivalci, starejši od 65-ih let, bili taka izjema, kot so zdaj stoletniki. Z daljšanjem življenjske dobe pa lahko pričakujemo, da se bo mogoče ta meja premaknila še navzgor. Zato tudi v demografiji pogosto kot posebno starostno skupino že prikazujejo tudi prebivalstvo, starejše od 85 let. Tudi Statistični urad RS opredeljuje starejše s starostno mejo 65 let in ker diplomsko delo temelji na sekundarni analizi njihovih raziskovalnih in statističnih podatkov, se bom tudi sama osredotočila na to populacijo.

Kategorija starejših predstavlja veliko raznolikost ljudi z zastopanjem vseh kultur, razredov, spolov, spolnih usmeritev in etničnih skupin. Kljub temu pa se je uveljavilo nekaj razločevanj med starejšimi. Eno od njih je razlikovanje med »tretjim starostnim obdobjem« (50–74) – *obdobjem življenja, ko ljudem pogosto ni več potrebno skrbeti za svoje otroke, se upokojijo in zaživijo bolj aktivno in neodvisno življenje* – in »četrtim starostnim obdobjem« – *obdobjem morebitne odvisnosti* (glej Laslett v Macionis in Plummer 2005, 348). Drugo razlikovanje je med zelo veliko skupino – »mlajših starejših« (65–75) – *ki so dobrega zdravja in so finančno varni, so značilno neodvisni in pogosto živijo v parih* – in »starejšimi med starejšimi« (75–85), *ki postanejo vedno bolj odvisni zaradi zdravstvenih in finančnih težav*. Obstaja tudi rastoča skupina »zelo starih«. Oba načina grupiranja starejših sugerirata premik iz obdobja povečane aktivnosti in avtonomije v obdobje vedno večje odvisnosti (glej Macionis in Plummer 2005, 348–9).

V zadnjih tisočletjih se je povprečna življenjska doba izredno spremenila (Accetto 1987, 36). V bronasti dobi je bila povprečna življenjska doba v Angliji 18 let, v srednjem veku pa 33 let; povprečna življenjska doba v Ameriki je okoli leta 1900 znašala 49 let, leta 1946 pa 66,7 leta.

Ta osnovni podatek nam že pove, kako se je v teku stoletij življenjska doba intenzivno daljšala (Accetto v Accetto in drugi 1991, 23).

V zadnjem tisočletju se je močno spremenila tudi krivulja preživetja ljudi in kaže na boljše sanitarne življenjske razmere, ustrežnejšo prehrano, odlično higieno in obvladovanje bolezni. Predvsem zaradi napredka medicine in obvladovanja bolezni, pogostih v starosti, lahko pričakujemo, da se bo doba človekovega preživetja podaljšala na približno 110 let, ne da bi se bazično staranje celic, tkiv in organov kakorkoli upočasnilo. Tudi to je dokaz, da starosti in bolezni ne moremo enačiti (glej Accetto 1987, 20).

Za zdaj je doba preživetja še krajša, kot bi lahko bila glede na fiziološko staranje. Zaradi bolezni, predvsem žilja, srca in pljuč, človek ne doseže skrajne možne starosti. S tega vidika je zanimiva misel patologa Aschoffa, da »človek ne umre, temveč je ubit« (od bolezni). To trditev je že v 19. stoletju utemeljeval s spoznanjem, da na obdukcijski mizi ni ugotavljal primerov naravne smrti zaradi starosti, nasprotno, skoraj vsi obducirani so umrli zaradi bolezenskih sprememb (glej Accetto 1987, 37).

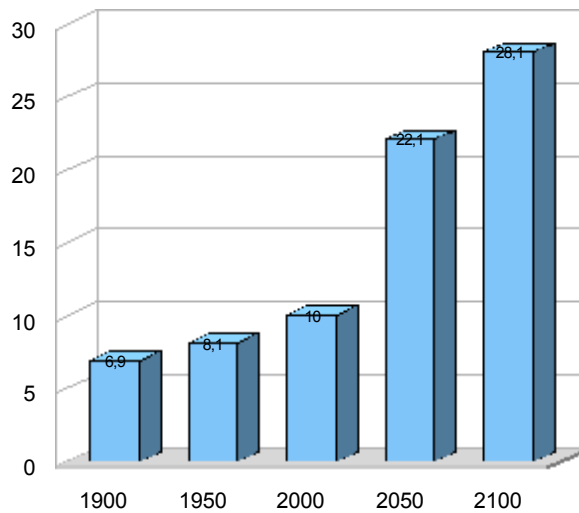
V neki Grevillovi študiji iz leta 1976 beremo, da bi lahko človeku podaljšali življenje za določeno število let, če bi odpravili posamezne bolezni. Predvsem je osupljiv podatek, da bi se lahko človekovo življenje podaljšalo za 11 do 12 let, če bi odpravili glavne srčne, žilne in ledvične bolezni. Samo srčne bolezni nam skrajšujejo življenje približno za 5 do 6 let (Accetto 1987, 106).

1.1 Staranje prebivalstva

V zadnjih letih svetovna populacija nadaljuje svoj izreden prehod iz stanja visoke rodnosti in umrljivosti v stanje nizke rodnosti ter umrljivosti. V osrčju prehoda je rast števila in deleža starejših. Tako hitre, razsežne in vsenavzoče rasti ni bilo nikoli v zgodovini civilizacije. Sedanji demografski preobrat naj bi se nadaljeval še dolgo v prihajajoča stoletja. Njegove glavne značilnosti so po Organizaciji združenih narodov naslednje (glej United Nations 2007):

- Danes je vsak deseti človek star 60 let ali več; do leta 2050 bo tak vsak peti.

Graf 1.1: Odstotek svetovne populacije, stare 60 let ali več



Vir: United Nations v Macionis in Plummer (2005, 347).

- Populacija starejših se stara. Najstarejši med starejšimi (80 let ali več) so najhitreje rastoči segment starejše populacije. Trenutno zavzemajo 13 % starostne skupine 60+ in njihov delež se bo povečal na 20 % do leta 2050. Število stoletnikov (starih 100 let ali več) naj bi se povečalo za štirinajstkrat iz približno 265000 leta 2005 na 3.7 milijona do leta 2050.
- Večina starejših (55 %) je žensk. Med najstarejšimi od starejših je 64 % žensk.
- Izrazite so razlike med regijami. Vsak peti Evropejec in le vsak dvajseti Afričan je star 60 ali več let.
- V nekaterih razvitih državah je starejši že vsak četrti. V prvi polovici 21. stoletja bo v nekaterih državah starejši skoraj vsak drugi.
- Ker se populacija stara hitreje v državah v razvoju kot v razvitih državah, bodo imele države v razvoju manj časa kot razvite države, da se prilagodijo posledicam staranja prebivalstva.
- Približno polovica svetovne starejše populacije živi v urbanem okolju. Pred tridesetimi leti je bil ta delež približno 40 %. Velike razlike obstajajo med bolj in manj razvitimi državami. V povprečju približno 70 % starejših v bolj razvitih državah in le 38 % starejših v najmanj razvitih državah živi v urbanem okolju.
- V drugi polovici 20. stoletja se je pričakovano trajanje življenja povečalo za 20 let. Tako skupno pričakovano trajanje življenja danes znaša 66 let, a obstajajo velike razlike med državami. V najmanj razvitih državah lahko moški, stari 60 let, pričakujejo le še 15 let življenja, ženske pa še 17 let, medtem ko je v bolj razvitih regijah pričakovano trajanje življenja pri 60-ih letih še 19 let za moške ter 23 let za ženske.

- Vpliv staranja prebivalstva je vedno bolj opazen v koeficientu starostne odvisnosti, ki nam pove, koliko prebivalcev, starih 65 let ali več, je oz. bo odvisnih od 100-tih delovno sposobnih, in se uporablja kot indikator »bremena odvisnosti« na delovno sposobne. Med letoma 2005 in 2050 se bo koeficient starostne odvisnosti skoraj podvojil v bolj razvitih regijah in skoraj potrojil v manj razvitih.

Staranje prebivalstva je velik izziv tudi za evropsko družbo, saj se z njim srečuje prvič v zgodovini. Do leta 2035 se bo po Evrostatovih projekcijah prebivalstva Evropop2008 število prebivalcev še povečevalo in se s 495-ih milijonov – toliko jih je bilo leta 2008 – povečalo na 521 milijonov, potem pa se bo začelo zmanjševati in že leta 2060 bo (po projekcijah) štelo le še 506 milijonov. Po teh projekcijah se bo staranje prebivalstva intenzivno nadaljevalo, saj se bo delež prebivalcev, starejših od 65-ih let, ki se je v letu 2008 povzpел na 17,1 %, povzpел leta 2060 na 30 %, delež prebivalcev, starih osemdeset let in več, pa se bo z zdajšnjih 4,4 % povzpел do leta 2060 na 12,1 %. Ker bodo posledice nizke rodnosti in vedno daljšega pričakovanega trajanja življenja ob rojstvu vrsto evropskih držav, posebej držav vzhodne in srednje Evrope (Slovenija, Hrvaška, Češka, Bolgarija, Madžarska) uvrstile med regije z najstarejšim prebivalstvom na svetu, bodo njihove vlade prisiljene vedno več vlagati v socialno in zdravstveno varnost starejših (Statistični urad RS 2008).

V Sloveniji narašča število starejših prebivalcev, medtem ko se zmanjšuje odstotek prebivalcev do 19-ega leta starosti, z drugimi besedami, manj ko bo otrok, več bo starejših (glej Accetto 1987, 19). Ob prvem popisu po vojni, leta 1948, je bilo med prebivalstvom Slovenije 7,3 % takih, ki so bili stari 65 let ali več, leta 2008 jih je bilo že 16,4 %. Evropski statistični urad Eurostat je izračunal, da bo leta 2050 v Sloveniji živelo 1900849 prebivalcev. Med njimi bo slaba tretjina (31,1 %) starejša od 64-ih let (Statistični urad RS 2006). Pričakujejo predvsem porast skupine ljudi, starih nad 85 let, ki jih je bilo leta 2008 1,44 % (glej Pentek 1995 a, 8 in Statistični urad RS).

Po podatkih Evrostatovih projekcij prebivalstva Evropop2008 za obdobje 2008–2060 in po študiji Svetovne banke bo imela Slovenija do konca tretjega desetletja tega stoletja že eno najstarejših prebivalstev na svetu. Slovenija je med novopridruženimi državami Evropske unije država s skoraj najnižjim deležem mladega prebivalstva, leta 2007 je bilo prebivalcev, mlajših od 15 let, le 14 %, to je za več kot 7 % manj, kot jih je na Islandiji in Irskem (tam je namreč vsega prebivalstva, mlajšega od 15 let, še več kot petina). Med državami EU-27 imata manjši delež mladega prebivalstva kot Slovenija le Nemčija in Bolgarija. Leta 2007 je delež prebivalstva, starega 65 let ali več, v Sloveniji obsegal 14,9 %. Večji delež toliko starega prebivalstva, kot ga je imela Slovenija v letu 2007, je imelo tedaj 18 držav EU-27, manjšega

pa Avstrija, Danska, Madžarska, Nizozemska, Poljska, Latvija, Finska, Grčija in Islandija (Statistični urad RS 2008).

Posledice velikega povečanja starejše populacije si lahko le zamislimo. S tem ko se starejši upokojujejo, delež nedelovne odrasle populacije povzroča vedno večje potrebe po socialnih virih in planih. Ko se bo razmerje starejših v primerjavi z delovno sposobnimi v naslednjih 50-ih letih skoraj podvojilo (zvišalo z 20–37 starejših na 100 ljudi med 18-imi in 64-imi leti), bi to lahko premaknilo davčno breme na mlade, ki ga ne bodo zmogli plačevati. Nekateri menijo, da bi to prav lahko vodilo v velik spor med generacijami (glej Kotlikoff in Burns v Macionis in Plummer 2005, 348). Eno od zaskrbljujočih področij je na primer zdravstvo, saj starejši danes potrošijo četrtno vseh zdravstvenih izdatkov. Z vedno višjimi zdravstvenimi stroški bo na desetine milijonov dodatnih starejših ljudi po vsem svetu tako obremenilo zdravstveni sistem, kot ga niso še nikoli v zgodovini (glej Macionis in Plummer 2005, 348). Prehod »baby boomerjev« v obdobje starosti nekateri analitiki slikajo kot sodni dan modernega sveta, kot »Kalkuto 21. stoletja« z obupanimi in umirajočimi starejšimi na vsakem koraku (glej Longino v Macionis in Plummer 2005, 358). Za mnoge bo prihodnost žalostna, ko se bodo srečevali z revščino, pomanjkanjem integracije, strahom pred kriminalom in podobnim (glej Macionis in Plummer 2005, 358).

A ne napovedujejo vsa znamenja takšne nesrečne usode. Kot prvo, zdravje jutrišnjih starejših (t.j. današnjih mladih in ljudi srednjih let) je boljše kot kdajkoli prej: kajenje upada in narašča potrošnja zdrave prehrane. Takšna trenda verjetno pomenita, da bodo starejši v tem 21. stoletju bolj čili in neodvisni, kot so starejši danes. Poleg tega bo veliko jutrišnjih starejših deležno stalno napredujoče medicinske tehnologije, čeprav bodo morda zahtevali velike izdatke na teh področjih (Macionis in Plummer 2005, 358).

Drugo pozitivno znamenje bi lahko bila finančna moč starejših. Življenjski stroški bodo zanesljivo še rasli, a jutrišnji starejši se bodo z njimi soočili z razpoložljivimi sredstvi brez primere. »Baby boomerji« bodo prva kohorta starejših, v kateri je bila večina žensk del delovne sile, kar se bo odražalo v njihovih znatnejših prihrankih in pokojninah (glej Macionis in Plummer 2005, 358).

Ko gledamo v prihodnost, obstajajo razlogi tako za skrb kot za optimizem. Ni pa dvoma, da se bodo mlajši odrasli soočali z naraščajočo odgovornostjo za skrb za starajoče starše. Ko rodnost upada in narašča populacija starejših, bodo verjetno v naši družbi nudili pomoč vsi, od tistih zelo mladih do tistih zelo starih (glej Macionis in Plummer 2005, 358).

Nazadnje pa bo starajoča populacija skoraj zagotovo prinesla spremembo načina, kako gledamo na smrt. Po vsej verjetnosti bo smrt postala manjši družbeni tabu in bolj naravni del

življenjskega poteka, kot je bila v preteklosti. Če se bo to zgodilo, bodo s tem pridobili tako mladi kot starejši (glej Macionis in Plummer 2005, 358).

2 Ugotavljanje značilnosti zdravstvenega stanja starejših

Značilnosti o zdravstvenem stanju prebivalstva ugotavljamo:

- po podatkih o zdravstveno pomembnih dogajanjih med prebivalstvom v zadnjih osmih ali več letih;
- z indikatorji zdravstvenega stanja, kot so: splošna in specifična umrljivost, poprečna starost umrlih, neto reprodukcija prebivalstva, pričakovano trajanje življenja, umrljivost po vzrokih smrti, umrljivost dojenčkov, standardizirana umrljivost, koeficient zboljšanja umrljivosti in invalidnosti;
- s statističnimi analizami demografskih podatkov (glej Cvahte in drugi 1972, 43–44).

Po Mausnerju in Kramerju (v Tivadar 1996, 143–144) zdravstveno stanje starejših posredno kažejo še raba alkohola, tobaka in drugih drog, odstotki sklenjenih in razvezanih zakonskih zvez, razširjenost odraslega kriminala, odstotek revnega prebivalstva, prebivalcev, ki živijo v neprimernih stanovanjskih razmerah ter uporabnikov psihiatričnih storitev.

Za ocenjevanje zdravstvenega stanja posameznih starostnih skupin prebivalcev se lahko uporabi tudi bolj splošne kazalce, kot so denimo grobe stopnje rodnosti in umrljivosti ter starostno, spolno in vzročno specifične stopnje umrljivosti. Pri kazalcih zdravja, ki jih priporočata Mausner in Kramer (v Tivadar 1996, 144), je treba upoštevati dvoje:

- uporabimo jih lahko predvsem za ocenjevanje zdravstvenega stanja prebivalstva »prvega sveta«; zdravstveno stanje prebivalcev in prebivalcev v državah »tretjega sveta« ocenjujemo s pomočjo drugih kazalcev, npr. z odstotki prebivalstva, ki imajo dostop do pitne vode in zdravstvenih uslug, z odstotkom rojstev pod zdravniškim nadzorom, ipd.;
- opredelitev kazalcev ne predpostavlja zdravja, ampak bolezni. Zdravje z njimi ocenjujemo zgolj posredno in sicer kot odsotnost telesnih in duševnih bolezni, škodljivih navad, socialnega blagostanja in socialnih patologij.

Za analizo zdravstvenega stanja starejših sem izbrala naslednje kazalce:

- stopnja umrljivosti,
- umrljivost po vzroku smrti,
- povprečna življenjska doba,
- pričakovano trajanje življenja,
- odstotki sklenjenih in razvezanih zakonskih zvez,
- subjektivne ocene zdravstvenega stanja,

- hospitalizacije,
- čas zadnjega obiska zobozdravnika ter splošnega zdravnika,
- prisotnost nekaterih bolezni ali bolezenskih stanj,
- oviranost pri vsakdanjih aktivnostih zaradi zdravstvenih težav.

Pri tem mi bodo v pomoč statistični in raziskovalni podatki Statističnega urada RS, Inštituta za varovanje zdravja RS, Evropske družboslovne raziskave ter Evrostata.

2.1 Stopnja umrljivosti

Umrljivost je količnik med številom umrlih in srednjim številom prebivalstva. Količnik, pomnožen s tisoč, nam pove, koliko ljudi umre povprečno na leto na 1000 prebivalcev. Imenujemo ga splošna umrljivost ali pa krajše: umrljivost (Cvahte in drugi 1972, 8).

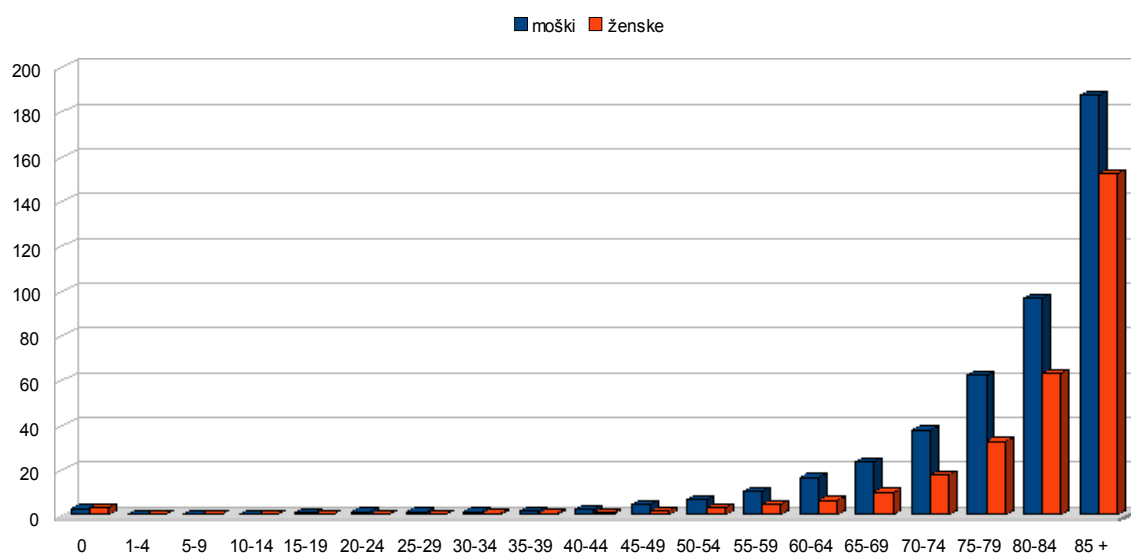
Kazalci umrljivosti sodijo med najbolj zanesljive kazalce zdravstvenega stanja prebivalstva. Njihova zanesljivost izvira iz dejstva, da je smrt enkrat in dokončen dogodek. Poleg tega so sestavni del vitalne statistike ali raziskovalnih podatkov v vsaki državi (Šelb in drugi v Tivadar 1996, 168).

V predindustrijski dobi je bila umrljivost prebivalstva zelo visoka (30–40 ‰) in je močno nihala. Tri spremljevalke človeštva: lakota, bolezen in vojna so povzročale, da je krivulja umrljivosti od časa do časa močno nihala. Z industrializacijo so se življenjske razmere začele urejati in izboljševati; lakota se je postopoma zmanjšala, bolezni so prenehale s smrtonosnimi epidemijami in umrljivost je začela padati. Padala je, razen v času vojne, nepretrgoma iz leta v leto, sto in več let in zato tudi dobila posebno ime: sekularno padanje umrljivosti (Cvahte in drugi 1972, 8).

Kakor v drugih evropskih deželah je padala umrljivost tudi v Sloveniji. V letih 1881–1890 je umrljivost znašala 30 ‰. Po prvi svetovni vojni leta 1922 je znašala še 19,3 ‰ in nato nepretrgoma padala vse do druge svetovne vojne. V vojnem času se umrljivost poveča, toda po končani vojni se znižuje nadalje vse do 1953-ega leta, ko se zaustavi na stopnji okrog 9,7 ‰ in stagnira na tej višini do današnjih dni (Cvahte in drugi 1972, 8).

Umrljivost je v različnih obdobjih človekovega življenja različna in je odvisna tudi od fizioloških lastnosti, prevladujočih pri človeku v posameznem biološkem obdobju. Pri nas je umrljivost najnižja pri majhnih otrocih in šolarjih, v obdobju srednje šole se predvsem pri fantih poveča zaradi umrlih v prometnih nezgodah, potem je približno enaka za vse do štiridesetega leta starosti; nato se začne počasi dvigati in se strmo povečuje po dopolnjenem šestdesetem letu starosti (glej Statistični urad RS).

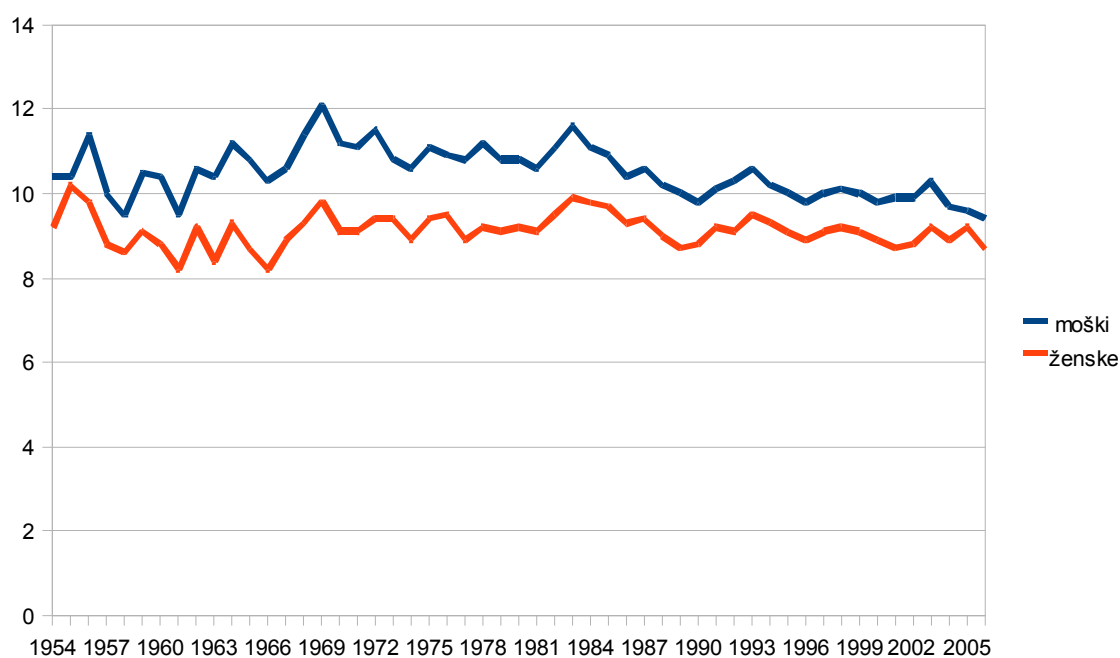
Graf 2.1: Umrljivost na 1000 prebivalcev po starostnih skupinah in spolu za leto 2007



Vir: Statistični urad RS (2007).

Ko pregledujemo podatke o umrljivosti po spolu, vidimo, da je umrljivost moških vedno nekoliko večja kakor pri ženskah. Potek in tudi nihanje umrljivosti sta skoraj vzporedna (Cvahte in drugi 1972, 10). V obdobju 1954–2006 je znašala povprečna umrljivost pri moških 10,7 ‰, pri ženskah pa 9,3 ‰, kar pomeni, da je umrljivost moških za 1,4 ‰ večja kakor pri ženskah.

Graf 2.2: Umrljivost na 1000 prebivalcev po spolu



Vir: Statistični urad RS (2007).

V zadnjih letih je umrljivost padala v vseh starostnih skupinah, kar je pripeljalo do povečanega deleža zelo starih prebivalcev. Pričakuje se, da bo še naprej padala, ni pa jasno, ali se zmanjšuje zaradi manjše incidence obolenosti, blažjega poteka bolezni ali boljšega zdravljenja, kar vse odloži smrt (glej Šelb 1995, 29).

2.2 Umrljivost po vzroku smrti

Podatki o vzroku smrti se zbirajo z obrazci, ki jih izpolnjujejo zdravniki – mrliški ogledniki ali obducenti. Vzroki smrti so vse bolezni, bolezenska stanja ali poškodbe, ki so povzročile smrt ali so privedle do smrti, in okoliščine nezgode ali nasilja, ki so povzročile take poškodbe (Statistični urad RS).

Dva najpomembnejša vzroka smrti med odraslimi in starimi prebivalci v Evropi sta bila leta 1985: bolezni srca in ožilja ter rak. Zajela sta 75 % vseh smrti moških in žensk, starih nad 65 let. Delež smrti zaradi bolezni srca in ožilja je bil višji pri ženskah (59,9 %), delež smrti zaradi raka pa pri moških 20,5 %. Pri moških so bile na tretjem mestu smrti zaradi bolezni dihal (9,9 %), pri ženskah pa zaradi poškodb in zastrupitev 3 % (Šelb 1995, 27).

Tudi med starimi prebivalci Slovenije sta bila leta 1985 dva najpomembnejša vzroka smrti bolezni srca in ožilja ter rak. Njun delež je 78,2 % vseh smrti med moškimi in 80,5 % med ženskami, obojimi starimi nad 65 let. Delež smrti zaradi bolezni in ožilja je bil višji pri ženskah (66,1 %) kot pri moških (58 %), delež smrti zaradi raka pa je višji pri moških (20,2 %) kot pri ženskah (14,4 %). Na tretjem mestu so bile pri moških smrti zaradi bolezni dihal (6,4 %) in poškodb, pri ženskah pa zaradi zastrupitev (4,2 %) (glej Šelb 1995, 28).

V obdobju od leta 1985 do 1994 je umrljivost med moškimi in ženskami, starejšimi od 64 let, upadala. Zmanjšala se je umrljivost zaradi večine bolezni, ki jih po Mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB) razporejamo v skupine. Umrljivost je v opazovanem obdobju rasla zaradi bolezni: endokrinih žlez in metabolizma (520 % med moškimi in 333 % med ženskami), dihal (21 % med moškimi in 18 % med ženskami) in nedefiniranih stanj (258 % med moškimi in 325 % med ženskami). Rasla je tudi umrljivost zaradi raka, vendar rast ni statistično značilna (glej Šelb 1995, 28-29).

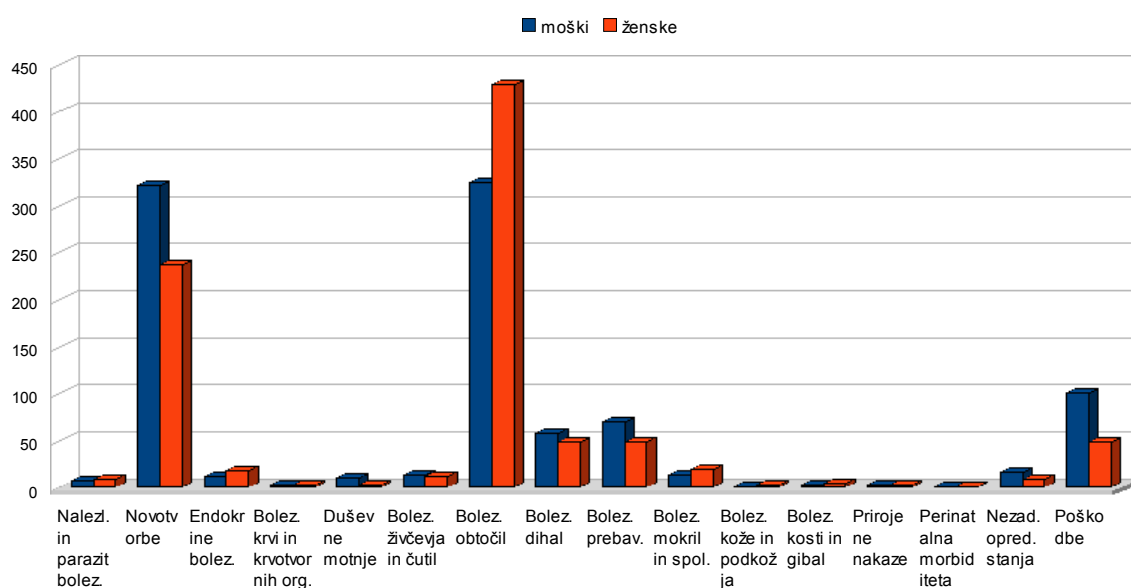
Leta 1994 so tako bili najpogostejši vzrok smrti za oba spola bolezni srca in ožilja (4,34 na 1000), novotvorbe (2,24 na 1000) in bolezni prebavil (0,58 na 1000). Umrljivost zaradi bolezni srca in ožilja je bila za 23,3 % višja pri ženskah kot pri moških¹, umrljivost zaradi

¹ 23 % višja umrljivost žensk zaradi bolezni srca in ožilja kot pa moških je lahko posledica resnično večje obolenosti starih žensk zaradi degenerativnih in ostalih bolezni srca in ožilja, ker moški umirajo že prej – mlajši

ostalnih najpogostejših boleznih pa je bila višja pri moških in sicer od 23 do 56 odstotkov (glej Šelb in drugi v Tivadar 1996, 168-169).

Po podatkih Statističnega urada RS pa so bili leta 2007 za oba spola najpogostejši vzrok smrti bolezni obtočil (428 žensk, 325 moških na 100000), novotvorbe (237 žensk, 321 moških na 100000) in poškodb (49 žensk, 101 moški na 100000). Umrljivost zaradi bolezni obtočil je tako bila za 15,2 % višja pri ženskah kot pri moških, umrljivost zaradi novotvorb je bila višja pri moških (za 13,6 %), medtem ko je bila umrljivost zaradi poškodb pri moških višja kar za 34 %.

Graf 2.3: Umrljivost po vzroku smrti in spolu na 100000 prebivalcev za leto 2007

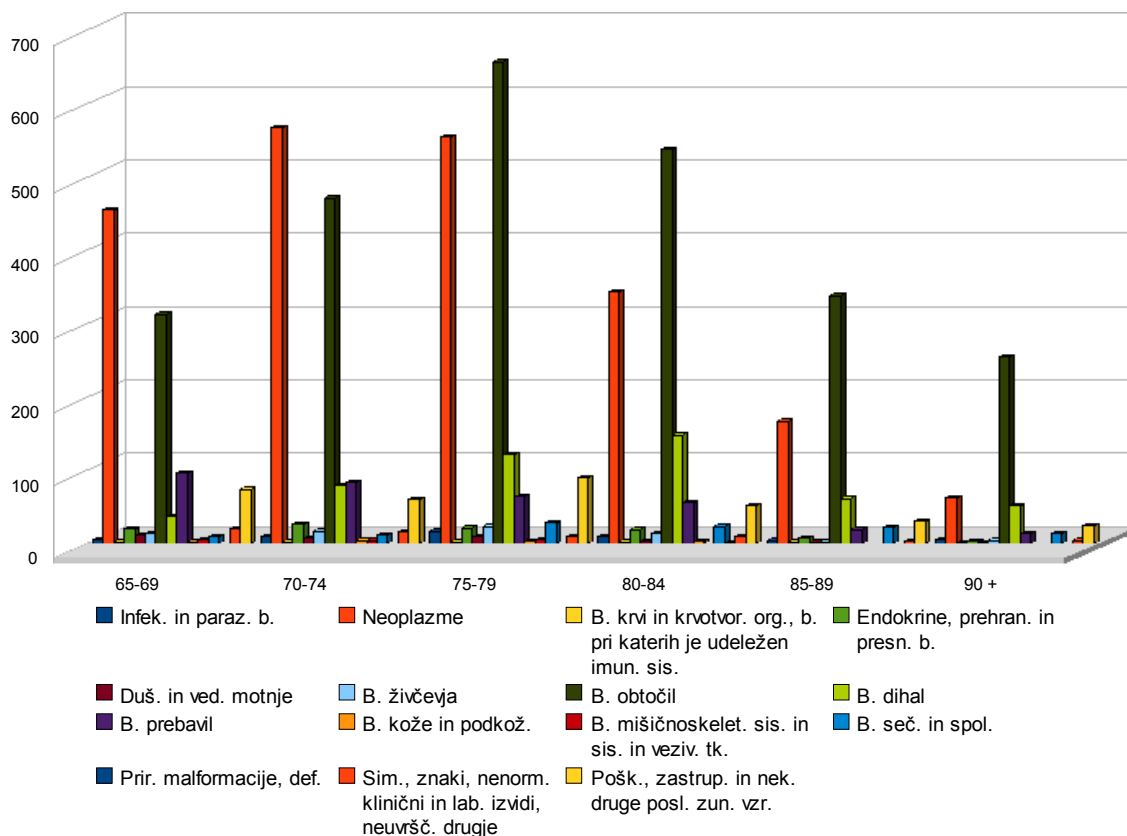


Vir: Statistični urad RS (2007).

Kot velja za splošno populacijo, so tudi moški in ženske, stari 65 let in več, v letu 2007 najpogosteje umirali zaradi bolezni obtočil, ki so bile pogostejše pri ženskah, ter neoplazem (novotvorb), ki so bile pogostejše pri moških. Na tretjem mestu pa poškodbe pri splošni populaciji pri starejših pri obeh spolih zamenjajo bolezni dihal. Najpogostejši vzroki smrti za oba spola so bile še bolezni prebavil, poškodbe, zastrupitve ter nekatere druge posledice zunanjih vzrokov.

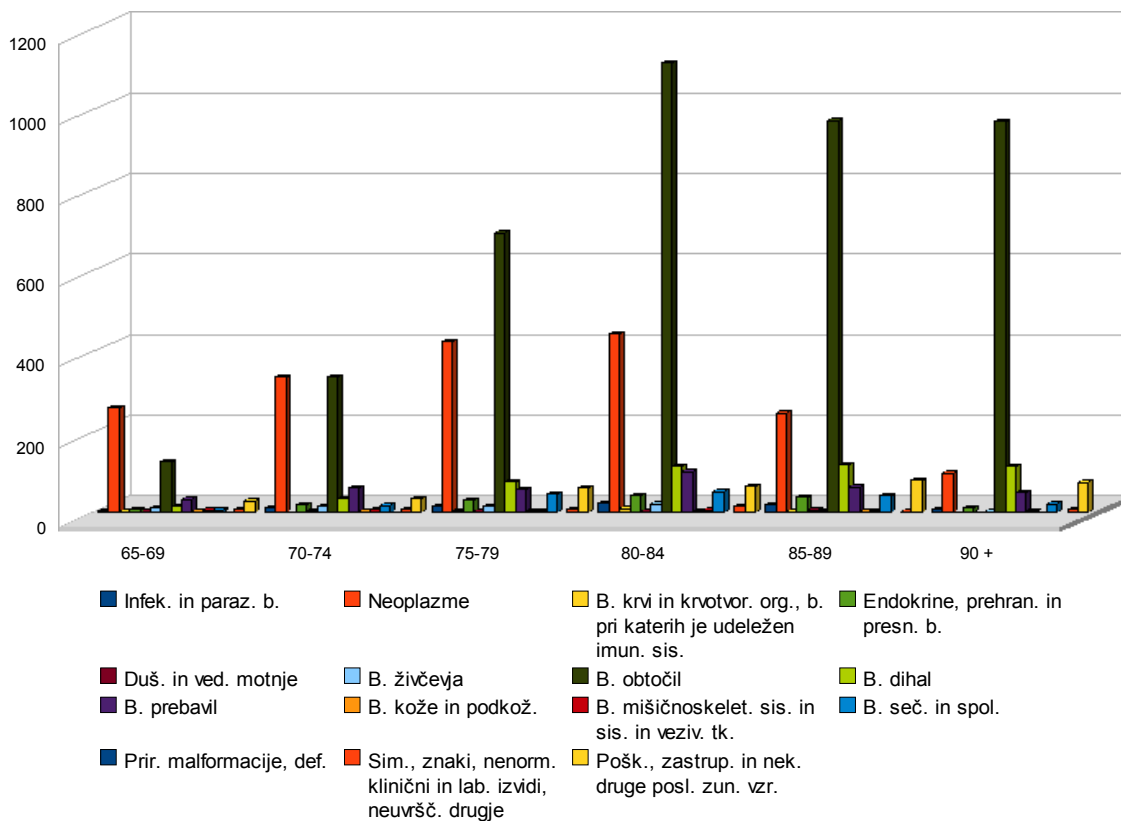
zaradi drugih bolezni, ali pa poenostavljenega ugotavljanja vzrokov smrti pri starih ženskah, kar gre na račun drugih redkejših vzrokov smrti, kar je lahko sistematična napaka pri beleženju vzrokov smrti (Šelb in drugi v Tivadar 1996, 168).

Graf 2.4: Umrli moški, stari 65 let ali več, po vzroku smrti za leto 2007



Vir: Statistični urad RS (2007).

Graf 2.5: Umrle ženske, stare 65 let ali več, po vzroku smrti za leto 2007

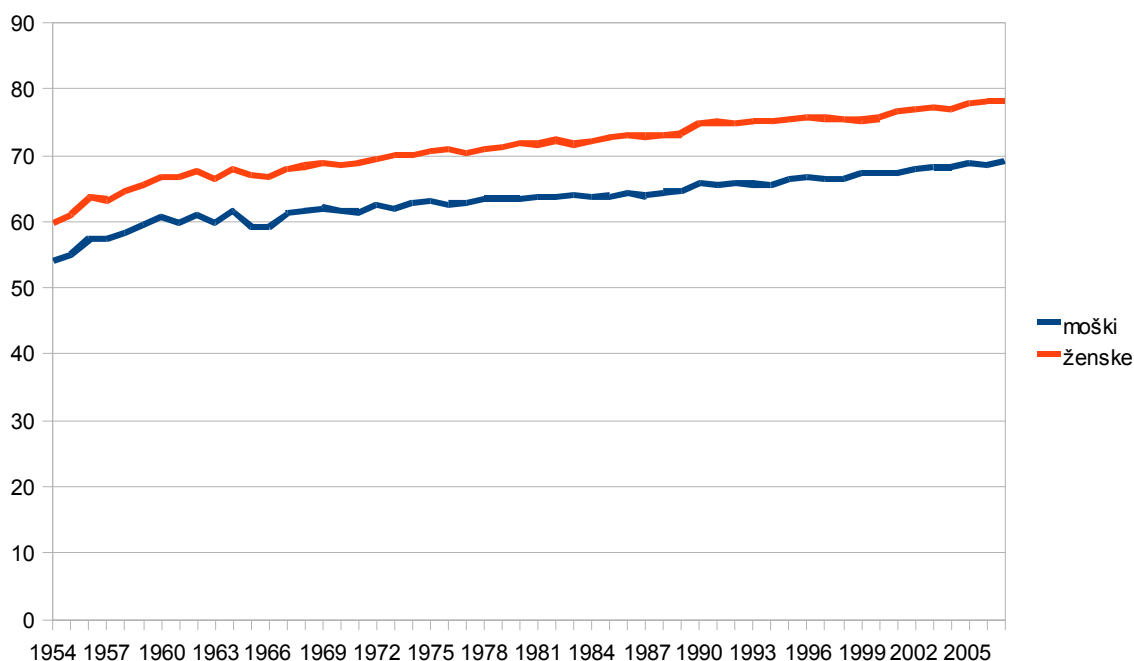


Vir: Statistični urad RS (2007).

2.3 Povprečna življenjska doba

Medtem ko rojstva govorijo le o številu novih življenj, smrti pa o tem, koliko oseb je prenehalo živeti, ne glede na starost, v kateri je nastopila smrt, nam povprečna starost pokaže trajanje življenja in tako poveže rojstva s smrtjo (Cvahte in drugi 1972, 10).

Graf 2.6: Povprečna starost umrlih po spolu

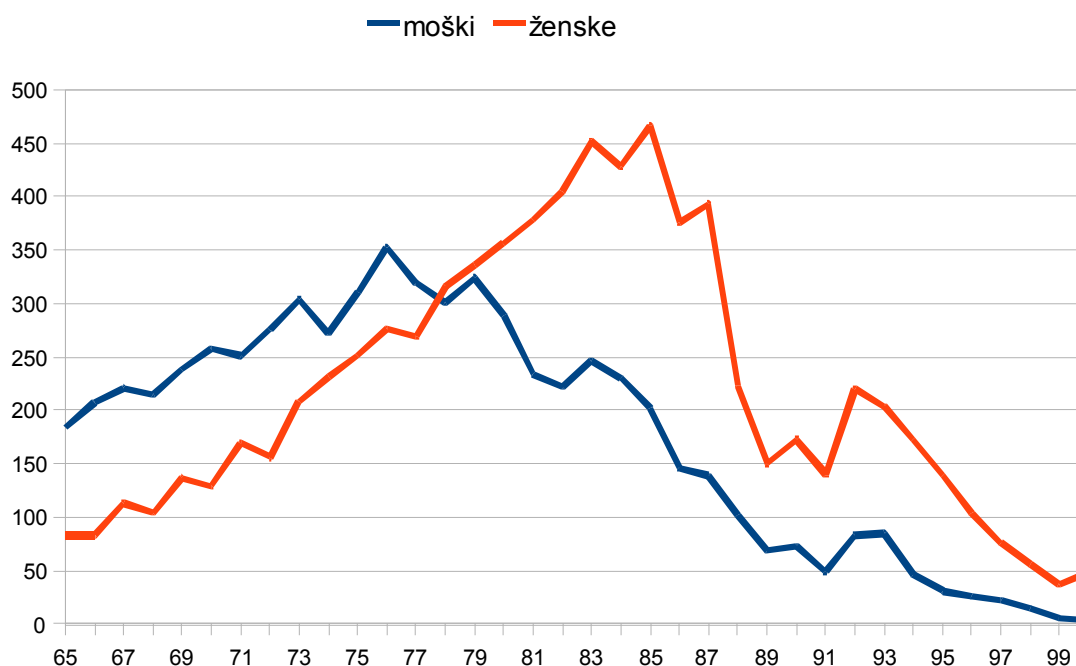


Vir: Statistični urad RS (2007).

Če primerjamo podatke o umrljivosti s povprečno starostjo umrlih, dobimo rahlo negativno korelacijo. To nam pove, da se z zmanjšanjem umrljivosti dosega višja starost v času smrti (Cvahte in drugi 1972, 11).

Od leta 1954 do leta 2007 narašča povprečna starost umrlih prebivalcev dokaj enakomerno pri obeh spolih. V zadnjih treh desetletjih se je povprečna starost umrlega moškega v Sloveniji povečala za nekaj več kot 6 let (6,3), povprečna starost umrle ženske pa skoraj za 8 let (7,8). Povprečna starost v letu 2007 umrlih moških je bila za 0,6 leta, povprečna starost žensk, umrlih v tem letu, pa za 0,1 leta višja kot povprečna starost moških oz. žensk, umrlih v letu prej (glej Statistični urad RS 2008). Povprečna starost žensk ob smrti je bila leta 2007 78,2, moških pa 69,1. Življenje ženskega prebivalstva v Sloveniji je tako poprečno za 9,1 leta daljše kakor pri moškem.

Graf 2.7: Umrlj, stari 65 let ali več, po dopoljenem letu starosti in spolu za leto 2007



Vir: Statistični urad RS (2007).

Povprečna starost v letu 2007 umrlih moških, starih 65 let ali več, je bila 73 let, povprečna starost žensk, starih 65 let ali več, umrlih v tem letu, pa 82 let, kar je 4 leta več od povprečne življenjske dobe celotne populacije in potrjuje splošni vzorec, tj. da ženske živijo dlje oz. da moški umirajo mlajši, saj razlika med spoloma ostaja 9 let.

2.4 Pričakovano trajanje življenja

Pričakovana dolgost življenja nam pove, koliko let bodo ljudje določene starosti še živeli, če bodo življenjske razmere ostale takšne, kakršne so bile v času, za katerega so bile izdelane življenjske ali umrljivostne tablice. Po metodi življenjskih tablic se lahko določi pričakovana dolgost življenja za vsako starost ali starostno skupino posebej. Od vseh je najpomembnejša dolgost živorojenih otrok, in sicer zato, ker ta zajema potek celotnega življenja od rojstva do smrti. Zaradi lastnosti, da združuje ali sintetizira vsa ugodja in neugodja v eno število, se pričakovana dolgost življenja jemlje za sintetični indikator zdravstvenega stanja med prebivalstvom. Z njim lahko natančno merimo spremembe v umrljivosti, omogoča pa tudi primerjanje med različnimi skupinami ljudi, ki živijo na različnih področjih ali v različnih časih (glej Cvahte in drugi 1972, 11–12).

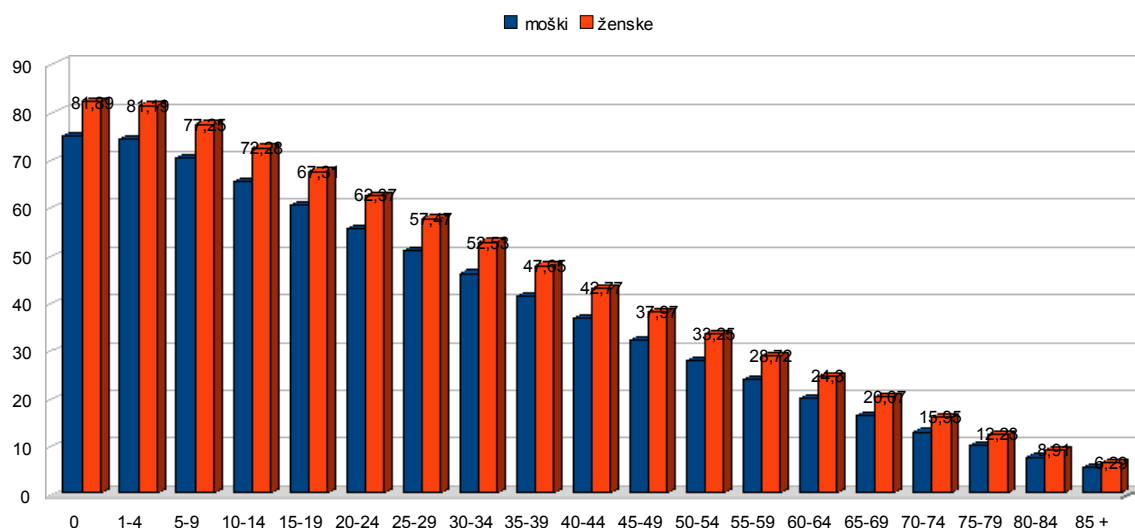
Pričakovano trajanje življenja se je, po ocenah Združenih narodov, v drugi polovici prejšnjega stoletja podaljšalo v vseh delih sveta – v povprečju za 18,5 leta: ob začetku petdesetih let 20. stoletja je bilo 46,5 leta, ob koncu tega stoletja pa je človek lahko pričakoval, da bo dočakal svoj 65. rojstni dan (Statistični urad RS 2008).

V zadnjih 50-ih letih se je življenjska doba najbolj povečala v manj razvitih območjih sveta, in sicer za 22 let, in je danes okrog 63 let. V razvitem svetu, kjer je bila sorazmerno visoka že pred tem, pa se je povečala za 11 let, na približno 75 let. Na svetovni ravni je pričakovana življenjska doba 65 let za moške in 69 za ženske (Statistični urad RS 2008).

V Evropi je pričakovano trajanje življenja praviloma daljše v severnih, zahodnih in južnih državah. Prebivalci Islandije npr. lahko pričakujejo, da bodo ob nespremenjeni umrljivosti dočakali najvišjo starost. V EU-27 se je pričakovana življenjska doba ob rojstvu v zadnjih štirih desetletjih povečala za 8 let. Za moške je presegla 79 let, za ženske pa 84 let (Statistični urad RS 2008).

Med državami EU-27 lahko deček, rojen leta 2005 ali 2006, kar v šestnajstih državah pričakuje, da bo doživel vsaj 75 let, v devetnajstih državah pa lahko deklica, rojena v tem obdobju, pričakuje, da bo doživela 80 let (med njimi tudi deklice, rojene v Sloveniji). Med temi državami je pričakovano trajanje življenja moškega in ženske najdaljše v Islandiji in na Švedskem. Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu je bistveno krajše v državah vzhodne Evrope in v Litvi, Latviji in Estoniji (Statistični urad RS 2008).

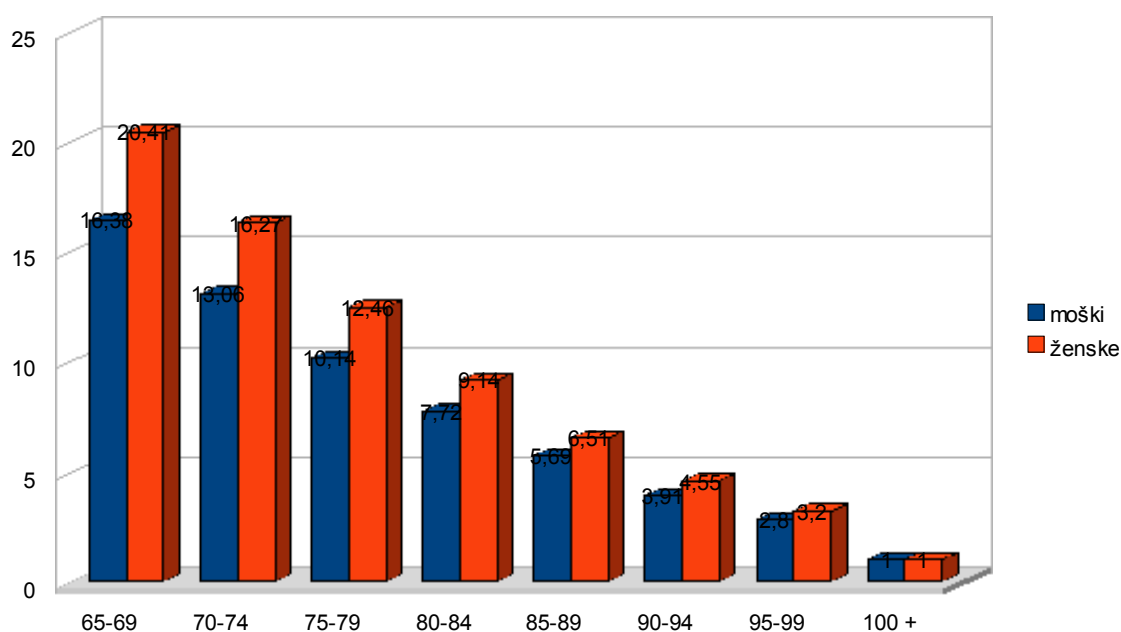
Graf 2.8: Pričakovano trajanje življenja po starostnih skupinah in spolu za Slovenijo za leti 2005-6



Vir: Statistični urad RS (2006).

Pričakovano trajanje življenja novorojenega otroka v Sloveniji je krajše kot v bolj razvitih državah EU-27, v primerjavi s pričakovanim trajanjem življenja novorojenčka v novopridruženih državah članicah EU pa eno izmed daljših. Deček, rojen v Sloveniji v letih 2005 ali 2006, lahko pričakuje, da bo dočakal skoraj 75 let, deklica pa, da bo dosegla skoraj 82 let starosti. V zadnjih dvajsetih letih se je pričakovano trajanje življenja ob rojstvu pri nas povečalo za nekaj manj kot 6 let za ženske in skoraj za 7 let za moške. V primerjavi z razvitimi zahodnoevropskimi državami pa glede na vrednost tega kazalnika še vedno zaostajamo, in sicer za 2,25 leta pri ženskah in 2,48 leta pri moških (Statistični urad RS 2008).

Graf 2.9: Pričakovano trajanje življenja po starostnih skupinah za leto 2007



Vir: Statistični urad RS (2007).

Pri starejših so razlike med spoloma največje med najmlajšimi starejšimi, tj. med starejšimi, starimi med 65 in 69 let. Ženske lahko tako pričakujejo še 20,4 leta življenja, medtem ko jih lahko moški pričakujejo še 16,4. Razlika med spoloma se zmanjšuje z višjo starostjo in se izenači pri starosti 100 let ali več, ko lahko tako moški kot ženske pričakujejo le še eno leto življenja.

2.5 Odstotki sklenjenih in razvezanih zakonskih zvez

Verbrugge je na podlagi raziskav v ZDA že leta 1979 ugotovil, da je zakonski status močno povezan z umrljivostjo, fizičnim in duševnim zdravjem (glej Umberson in Williams 1999, 240–241; Verbrugge 1979, 267). Tako je ugotovil, da samski ljudje bolj pogosto umirajo kot

poročeni, posebno zaradi vzrokov, povezanih z »življenjskim stilom«, kot so kajenje, uživanje alkohola in posledice prometnih nesreč. Najpogosteje pa umirajo ločeni, ki so tudi najslabšega zdravja. Prav tako imajo ti najvišji delež kroničnih bolezni, ki jih omejujejo pri družbenih aktivnostih. Za njimi so najslabšega zdravja ovdoveli, njim pa sledijo samski. Poročeni so najboljšega zdravja, med drugim imajo nizke odstotke kroničnih bolezni (glej Verbrugge 1979, 267).

Poročeni moški naj bi živeli kar do 5 let dlje od samskih (glej Kulman 2004, 77; Gupta 2004, 134). Razširjena razlaga za razlike v umrljivosti je ta, da so poročeni ljudje manj izpostavljeni stresu kot samski, zaradi česar se manj izpostavljajo zdravstveno tveganim oblikam vedenja, kot sta kajenje in pitje alkohola (glej Verbrugge 1979, 267; Oliwenstein 2008, 57). Poleg tega naj bi se bolni ljudje težje poročali (in ponovno poročali). Poročeni ljudje so deležni več socialne opore zaradi svojih zdravstvenih težav, zaradi česar hitreje okrevajo (glej Verbrugge 1979, 267).

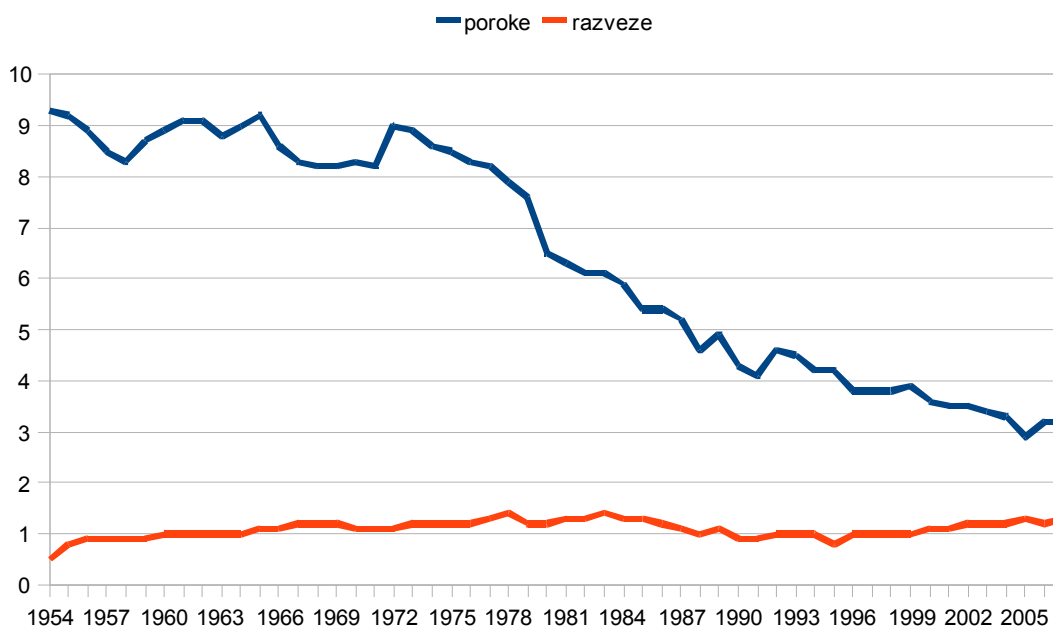
Raziskovalci pozitiven vpliv zakonske zveze na zdravje pojasnjujejo z učinkom čustvene podpore med partnerji in z boljšim materialnim stanjem po vstopu v zakonski jarem (glej Liu in Umberson, 2008, 239; Gove in Hughes 1983, 122), zaradi česar naj bi bili v splošnem poročeni ljudje srečnejši od neporočenih (glej Bradburn in Glen v Verbrugge 1979, 268), poleg tega pa tudi bolj fizično in duševno zdravi kot samski (glej Kulman 2004, 77; Oliwenstein 2008, 57; Gupta 2004, 134; Hayes in Prior 2003, 124; Liu in Umberson, 2008, 239). Zakonska zveza naj bi pozitivno vplivala predvsem na zdravje moških (glej Liu in Umberson, 2008, 239). Seveda je pomembna tudi kakovost zakonske zveze. Tisti, ki živijo v nesrečnem zakonu, so slabšega zdravja od tistih, ki so srečni (glej Hart in Zheng 2002, 420; Gupta 2004, 134).

Vsakršna sprememba zakonske zveze je stresen dogodek, še posebno njen razpad (glej Holmes in Masuda v Verbrugge 1979, 268), ki se odraža tudi v poslabšanju tako fizičnega kot duševnega zdravja (glej Hart in Zheng 2002, 420; Hayes in Prior 2003, 124; Liu in Umberson, 2008, 239; Hughes in Waite 2009, 344). Ljudje lajšajo stres z alkoholom, kajenjem in drugimi zdravju škodljivimi vedenji. Najbolj so takemu vedenju izpostavljeni ločeni, za njimi pa ovdoveli. Drugi naj bi namreč imeli več socialne opore preko prijateljev, prav tako pa jim pomagajo tudi vsakdanje navade, ki so jih pridobili v času zakona (glej Verbrugge 1979, 268).

V državah članicah Evropske unije se število sklenjenih zakonskih zvez zmanjšuje, povečuje pa se število razvez.. Slovenija je bila leta 2007 s 3,2 sklenitve zakonske zveze na 1000 prebivalcev po številu sklenitev zakonskih zvez zadnja med državami članicami. Število

razvez zakonskih zvez je bilo v primerjavi s številom prebivalcev in številom sklenitev zakonskih zvez visoko, vendar v primerjavi z drugimi državami članicami EU eno najnižjih. Po podatkih Evrostata za leto 2007 spada Slovenija med države članice EU z najnižjim koeficientom razveznosti (glej Statistični urad RS).

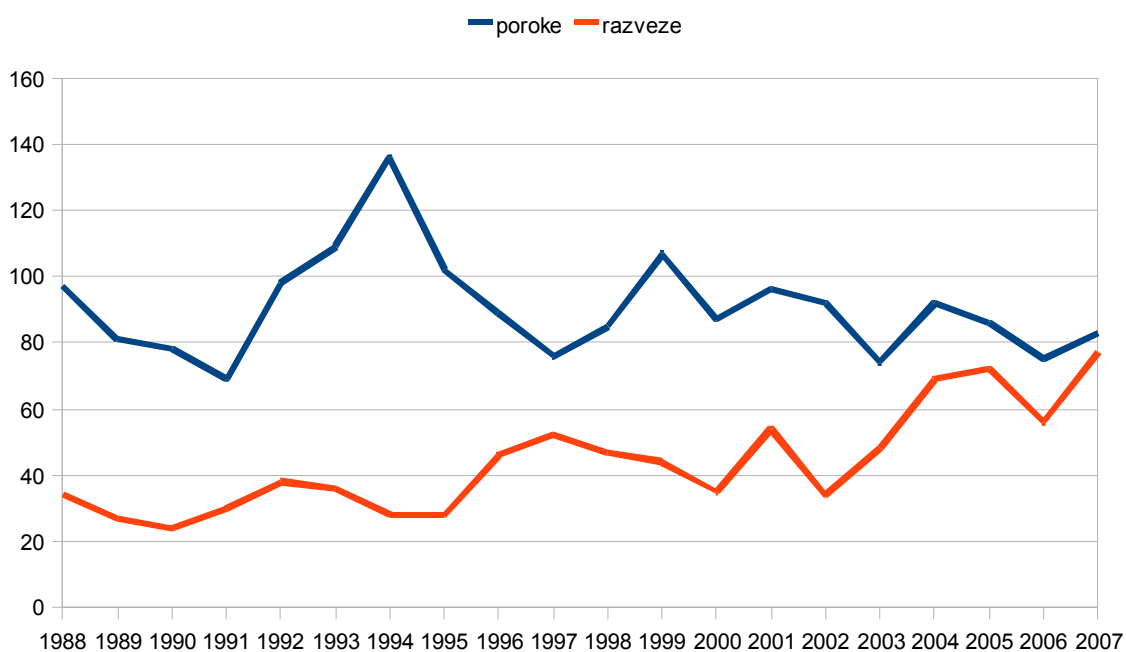
Graf 2.10: Sklenitve zakonskih zvez in razveze na 1000 prebivalcev v Sloveniji



Vir: Statistični urad RS (2007).

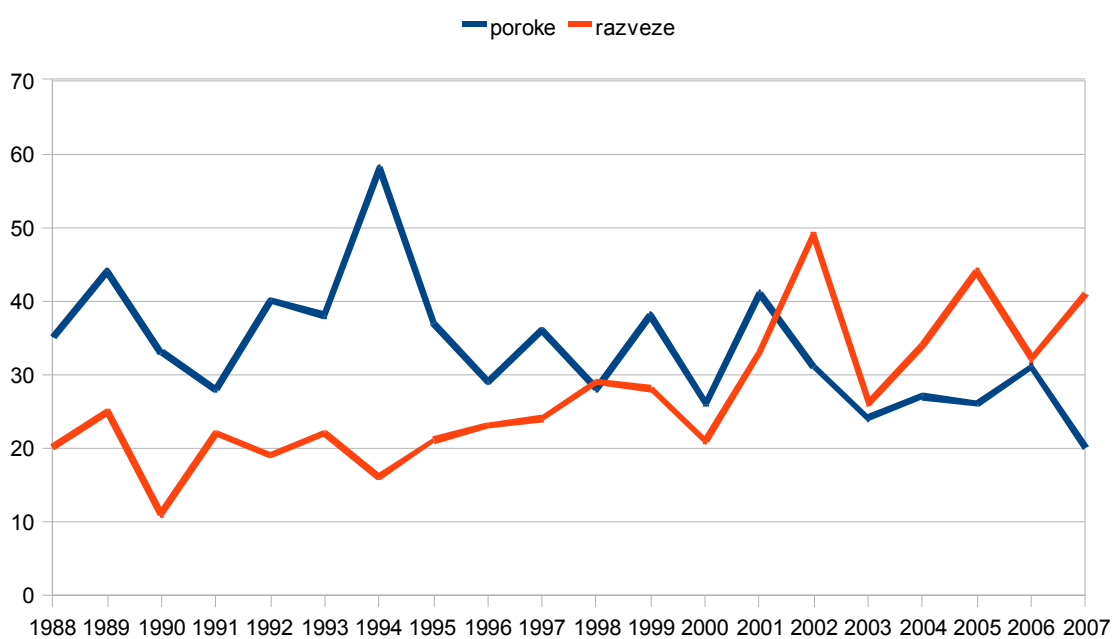
Glede na celotno populacijo je sklenitev zakonskih zvez med starejšimi skoraj najmanj v populaciji. Manj porok je le še med mladimi do 19-ega leta starosti. Tudi po številu razvez so med zadnjimi, saj je manj razvez le še med mladimi, kjer je žena stara do 20 let ter mož do 24. Tudi med starejšimi upada število sklenitev zakonskih zvez ter narašča število razvez. Število razvez je pri ženskah leta 2007 že preseglo število porok – ločilo se je kar dvakrat toliko žensk, kot poročilo – kar je verjetno posledica tega, da se ženske poročajo s starejšimi moškimi. Med starejšimi se je leta 2007 poročilo skoraj štirikrat več moških kot žensk, ločilo pa se jih je skoraj dvakrat toliko.

Graf 2.11: Sklenitve zakonskih zvez in razveze za ženina/moža, starega 65 let ali več



Vir: Statistični urad RS (2007).

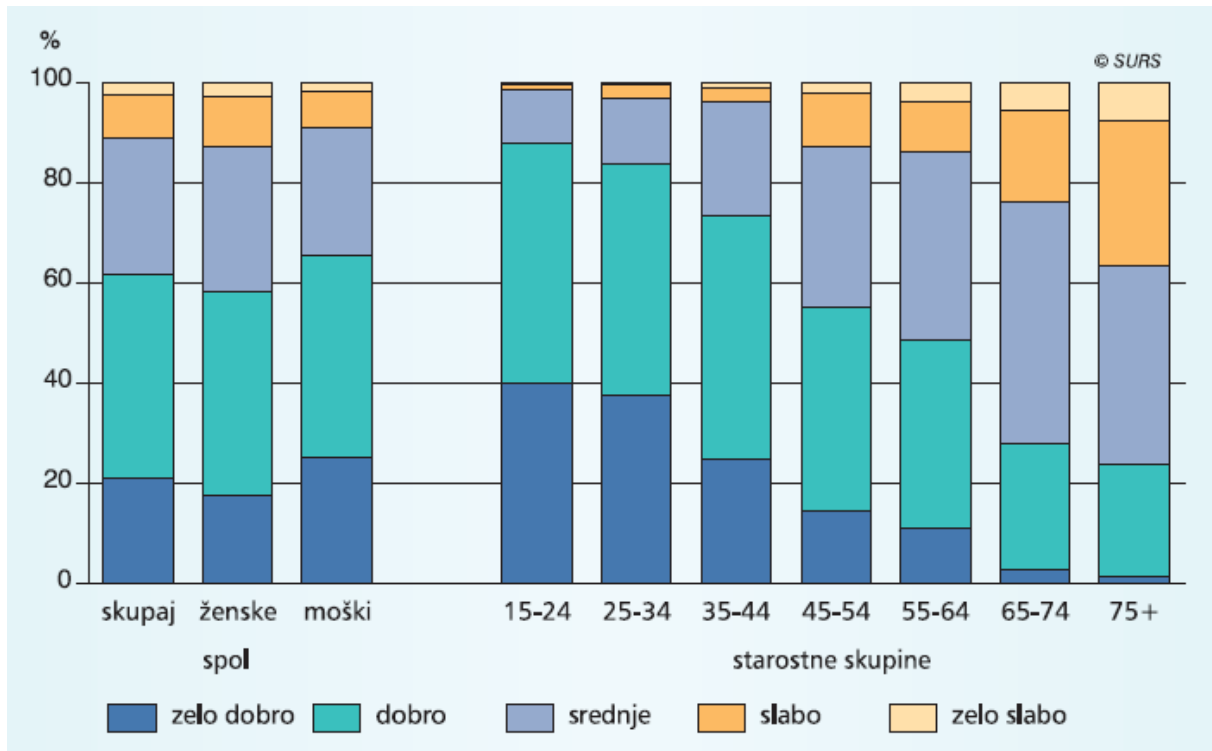
Graf 2.12: Sklenitve zakonskih zvez in razveze za nevesto/ženo, staro 65 let ali več



Vir: Statistični urad RS (2007).

2.6 Subjektivne ocene zdravstvenega stanja

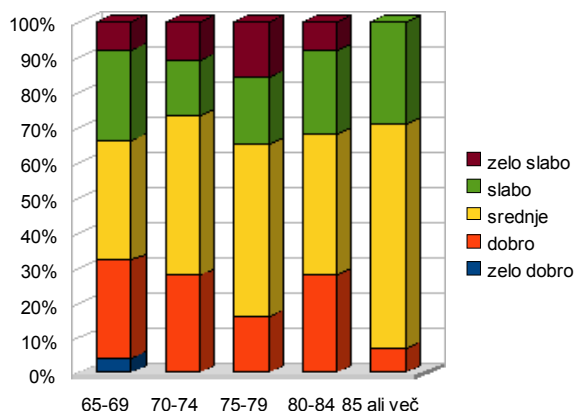
Graf 2.13: Splošno zdravstveno stanje prebivalstva po spolu in starostnih skupinah za leto 2007



Vir: Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu 2007, Inštitut za varovanje zdravja RS v Božič in Zupanič 2009, 31.

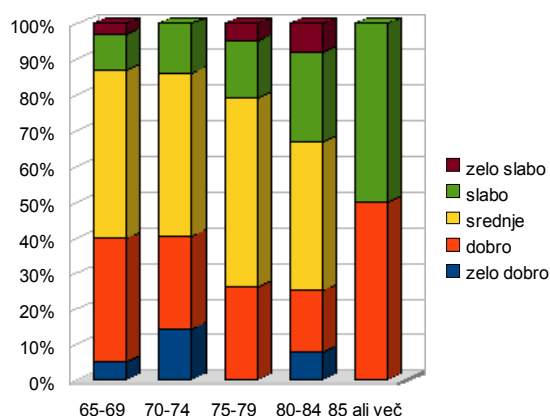
Skoraj dve tretjini (61,8 %) prebivalcev Slovenije, starih 15 let ali več, sta ocenili svoje splošno zdravstveno stanje kot *dobro* ali *zelo dobro*, 27,1 % pa ga je ocenilo kot *srednje dobro*. Moški imajo o svojem splošnem zdravstvenem stanju nekoliko boljše mnenje, kot imajo ženske o svojem, prav tako imajo boljše mnenje tudi mlajši prebivalci od starejših. Povedano drugače: čim starejši so prebivalci, tem slabše je njihovo splošno zdravstveno stanje. Tako je med osebami v starosti od 15 do 24 let svoje zdravstveno stanje v navedenem letu ocenilo kot *dobro* ali *zelo dobro* 87,9 % oseb, med osebami, starimi 65 let ali več, je bilo takih 26 % oseb, v starosti nad 75 let pa 24 % (glej Božič in Zupanič 2009, 31).

Graf 2.14: Subjektivne ocene splošnega zdravja
žensk za leto 2006



Vir: European Social Survey (2006).

Graf 2.15: Subjektivne ocene splošnega zdravja
moških za leto 2006



Vir: European Social Survey (2006).

Tudi Evropska družboslovna raziskava iz leta 2006 je pokazala podobne rezultate. Kot *dobro* ali *zelo dobro* je svoje splošno zdravje ocenilo 29 % starejših, starih 65 let ali več, od tega je bilo 15 % žensk in 14 % moških. V starosti 80 let ali več je svoje splošno zdravje kot dobro ali zelo dobro ocenilo 23 % oseb, od tega 15 % žensk in 8 % moških. V starostni skupini med 65 in 79 let več moških kot žensk ocenjuje svoje splošno zdravje kot *zelo dobro* ali *dobro*, v starostni skupini nad 79 let pa se situacija obrne.

2.7 Hospitalizacije

Podatke o zdravstvu pošilja Statističnemu uradu Republike Slovenije Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Ta jih zbere na podlagi rednih poročil izvajalcev zdravstvene dejavnosti in rednih letnih poročil o značilnostih zdravstvenih služb, ki jih izvaja posamezni izvajalec zdravstvene dejavnosti (Statistični urad RS).

Hospitalizacija je neprekinjena, več kot 24 ur (ali vsaj preko noči) trajajoča zdravstvena oskrba osebe v posteljni enoti bolnišnice. Začne se s sprejemom, nadaljuje z eno ali več epizodami in zaključi z odpustom. Izjemoma je hospitalizacija, krajša kot 24 ur, če je bila oseba že prvi dan hospitalizacije premeščena v drugo bolnišnico ali če je v tem času umrla (Inštitut za varovanje zdravja RS).

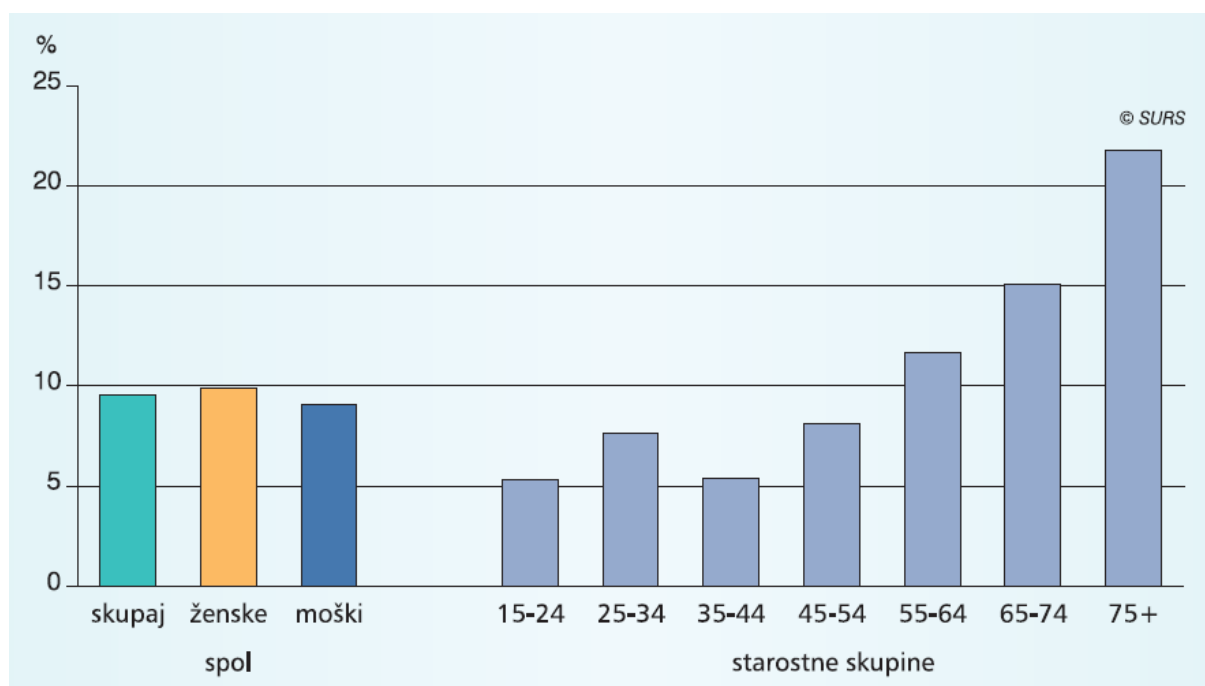
Hospitalizacije zaradi določene bolezni so približna mera za pojavljanje posamezne bolezni med prebivalci, ker število bolnišničnih sprejemov ni enako številu bolnikov. V enem letu je isti bolnik zaradi iste bolezni lahko večkrat hospitaliziran (Šelb 1995, 26).

Poleg tega so omejitve uporabe bolnišnične statistike še:

- ne vsebuje primerov, ki jih obravnavajo splošne in specialistične ambulante in ne zahtevajo bolnišničnega zdravljenja;
- ne vsebuje primerov, ki se pozdravijo zunaj uradne zdravstvene dejavnosti.

Poleg tega sprejem v bolnišnico ni odvisen samo od resnosti obolenja, ampak vsaj še od dostopa do bolnišničnih storitev, razpoložljivosti postelj in bolnikove osebne odločitve (glej Tivadar 1996, 161).

Graf 2.16: Osebe, sprejete v bolnišnico, po spolu in starostnih skupinah za leto 2007



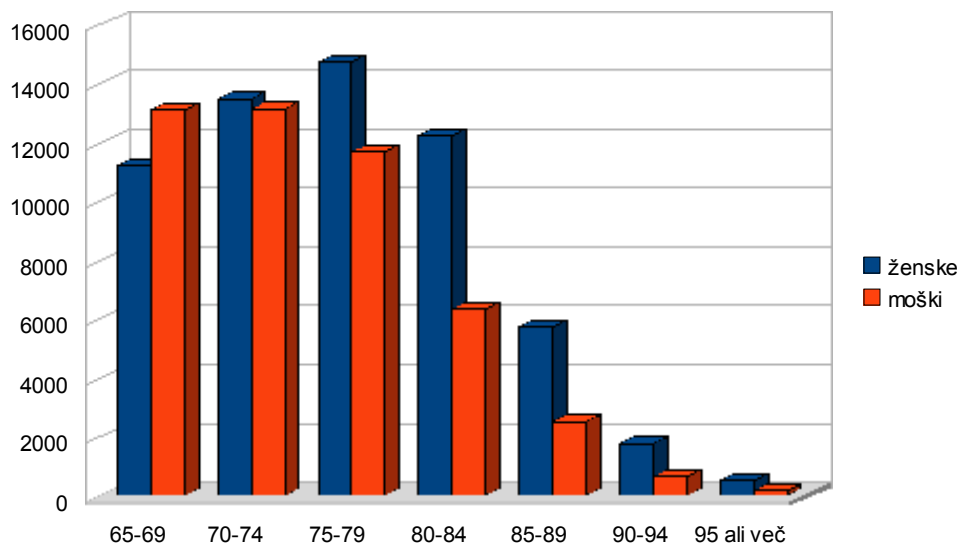
Vir: Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu 2007, Inštitut za varovanje zdravja RS v Božič in Zupanič 2009, 42.

V zadnjih 12-ih mesecih pred anketiranjem v letu 2007 je bilo sprejetih v bolnišnico in je tam ostalo čez noč ali daljši čas 9,5 % prebivalcev Slovenije (9,1 % moških in 9,9 % žensk), starih 15 let ali več. S starostjo se je delež oseb, ki so bile v navedenem obdobju sprejete v bolnišnico in so tam ostale čez noč ali daljši čas, povečeval. Po priporočilu zdravnika bi morale biti v navedenem obdobju sprejetih v bolnišnico še 2,7 % prebivalcev Slovenije, vendar se to (iz različnih razlogov) ni zgodilo; ta delež je bil nekoliko večji med ženskami. Glavni razlogi, da nekatere osebe kljub priporočilu zdravnika niso bile sprejete v bolnišnico v navedenem obdobju, so bili: čakalna doba, pomanjkanje časa (zaradi službe, zaradi skrbi za otroke ali za druge) in strah pred operacijskim posegom (glej Božič in Zupanič 2009, 42).

V enakem obdobju je bilo sprejetih v bolnišnico in je tam ostalo čez noč ali daljši čas 18 % starejših, ki s tem predstavljajo največji delež v populaciji. Med njimi je bilo nekaj več kot

polovico žensk (56 %). Po priporočilu zdravnika bi moralo biti v navedenem obdobju sprejetih v bolnišnico še 3,6 % starejših, vendar se to ni zgodilo. Glavna razloga za to sta bila čakalna doba in strah pred operacijskim posegom ali zdravljenjem (glej Evrostat in Inštitut za varovanje zdravja).

Graf 2.17: Število hospitaliziranih po starostnih skupinah v zadnjih 12-ih mesecih pred anketiranjem v letu 2007



Vir: Evrostat (2007).

S porastom starejših prebivalcev se večja tudi število starejših bolnikov. Določene bolezni se v mnogo večjem obsegu pojavljajo v kasnejšem življenjskem obdobju, ko gre že za manjšo odpornost, manjšo adaptabilnost starejšega organizma ob procesih staranja (Accetto in drugi 1991, 24). Šelbova (1995, 22) je z analizo vzrokov hospitalizacij in smrti prebivalcev, starejših od 65 let, in zdravstvene statistike za leto 1993 ugotovila, da so pri nas najpogostejši vzroki enaki tistim v razvitih državah; da tako pri nas kot v razvitem svetu prevladujejo bolezni srca in ožilja: ishemična obolenja srca, bolezni možganskih žil in različna obolenja srčne mišice in srčnih ovojnic. Na drugem mestu je rak, in sicer na prebavilih in dihalih pri moških ter na prebavilih in kosteh, vezivnem tkivu in dojki pri ženskah. Na tretjem mestu so bolezni dihal, s pljučnico in gripo ter kronična obstruktivna pljučna bolezen, na četrtem mestu poškodbe in zastrupitve s slučajnimi padci, samomori in prometnimi nezgodami.

V obdobju 1988–1993 je število hospitalizacij tako moških kot žensk, starejših od 65 let, značilno naraščalo ($P > 0,001$). Stopnja pri moških, starejših od 65 let, je bila 349 hospitalizacij na 1000 moških, kar je 9 % več kot leta 1988 (Šelb 1995, 27). Število hospitalizacij starejših, tako moških kot žensk, je še vedno naraščalo tudi v obdobju 1988–

2007. Stopnja pri moških, starejših od 65 let, je bila v letu 2007 374 hospitalizacij na 1000 moških, kar je 3 % več kot leta 1993.

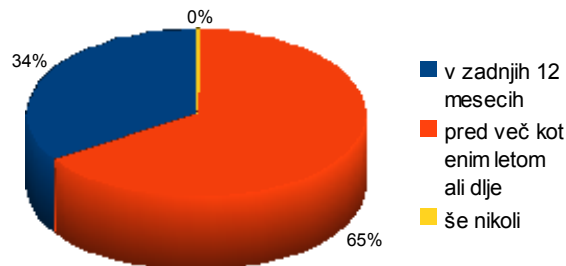
2.8 Čas zadnjega obiska zobozdravnika ter splošnega zdravnika

Ocene časa zadnjega obiska zobozdravnika in splošnega zdravnika je Inštitut za varovanje zdravja pridobil na podlagi individualnih ocen anketirancev.²

Poglavitna pomanjkljivost raziskovalnih podatkov o zdravju in bolezni, ki jih pridobimo s pomočjo individualnih ocen in poročil, je t.i. »podporočanost« (angl. underreporting). Anketirani nedosledno poročajo predvsem o številu obiskov splošnih in specialističnih ambulant ter o bivanju v bolnišnicah v določenem preteklem časovnem obdobju. Odstotek »podporočanosti« se viša z dolžino časa, ki je pretekel od dogodka, po katerem sprašujemo. Ko so raziskovalci primerjali uradne statistike o odpustih iz bolnišnic z informacijami respondentov, so ugotovili velika razhajanja. Če je od odpusta minilo od enega do deset tednov, so bili raziskovalni rezultati od uradne statistike nižji za 3 %, po preteku enega leta pa že za 42 %. Nedoslednost pri poročanju pa je pogosta tudi, kadar sprašujemo po stališčih, vedenjih in dogodkih, ki so družbeno nezaželeni. Raziskovalci ugotavljajo, da spol, stopnja izobrazbe in pripadnost družbenemu sloju ne vplivajo bistveno na doslednost poročanja; statistično pomembna zveza pa obstaja med starostjo in doslednostjo. Osebe, ki so mlajše od 35 let, poročajo bolj dosledno o uporabi zdravstvenih storitev kot starejše osebe. Na poročanje o uporabi zdravstvene storitve v večji meri kot demografske značilnosti vpliva vzrok, zaradi katerega je posameznik obiskal zdravnika (Mausner in Kramer v Tivadar 1996, 152).

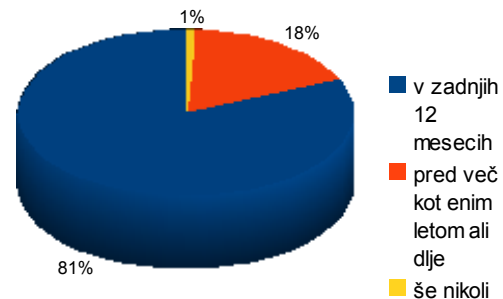
² Enako tudi ocene prisotnosti nekaterih bolezni ali bolezenskih stanj, dolgotrajne bolezni ali dolgotrajne zdravstvene težave in ocene oviranosti pri vsakdanjih aktivnostih zaradi zdravstvenih težav.

Graf 2.18: Ocene zadnjega obiska zobozdravnika ali ortodonta, 2007



Vir: Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu 2007, Inštitut za varovanje zdravja.

Graf 2.19 Ocene zadnjega posvetovanja s splošnim ali družinskim zdravnikom zaradi svojih zdravstvenih težav, 2007



Vir: Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu 2007, Inštitut za varovanje zdravja.

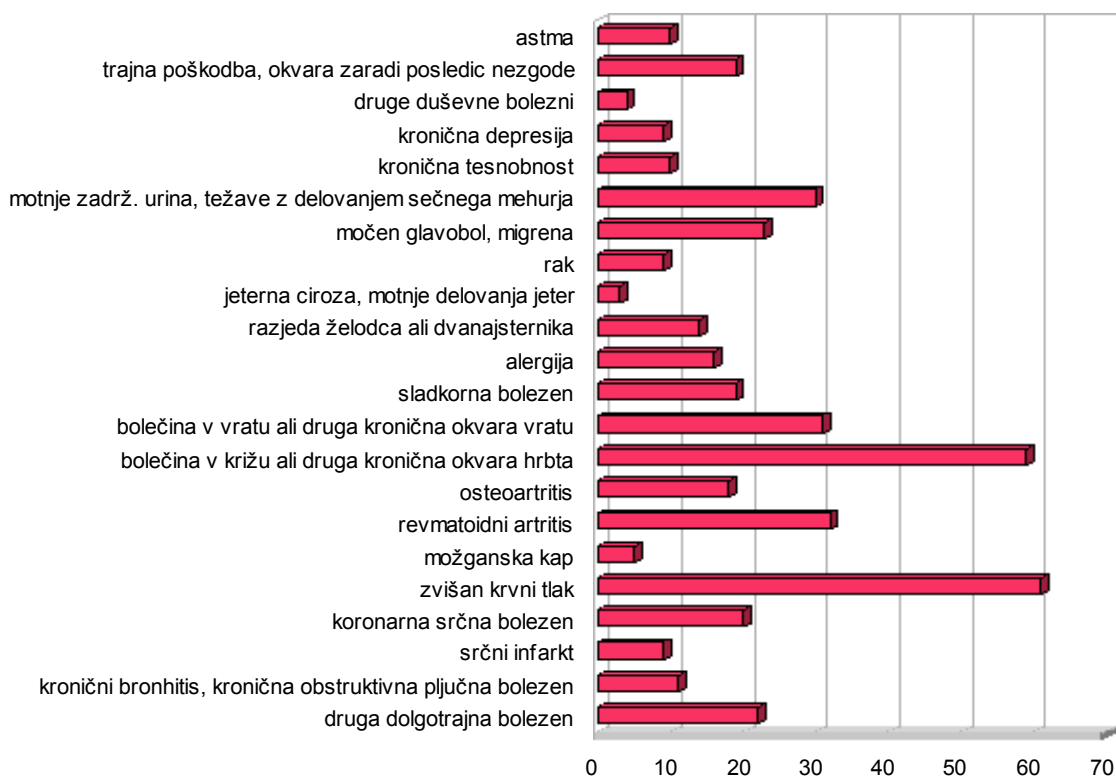
V zadnjih 12-ih mesecih pred anketiranjem v letu 2007 je zobozdravnika ali ortodonta obiskalo 34 % starejših, ostali pa so ga nazadnje obiskali pred več kot enim letom. S tem so starejši po obiskih zobozdravnika ali ortodonta na zadnjem mestu v populaciji, saj se pogostost obiskov s starostjo zmanjšuje.

Obraten trend pa so pokazali podatki o času zadnjega posvetovanja s splošnim ali družinskim zdravnikom zaradi svojih zdravstvenih težav, saj je v zadnjih 12-ih mesecih pred anketiranjem v letu 2007 zdravnika obiskalo 81 % starejših, ki so s tem na prvem mestu v populaciji.

2.9 Prisotnost nekaterih bolezni ali bolezenskih stanj

61 % starejših je povedalo, da je že kdaj imelo zvišan krvni pritisk, 59 % pa jih je imelo bolečine v križu ali drugo kronično okvaro hrbta. Druge najbolj pogoste bolezni, ki so jih imeli starejši po samooceni, so še revmatoidni artritis (vnetje sklepov), bolečine v vratu ali druga kronična okvara vratu, motnje zadrževanja urina in težave z delovanjem sečnega mehurja, ki jih je imelo okoli 30 % starejših.

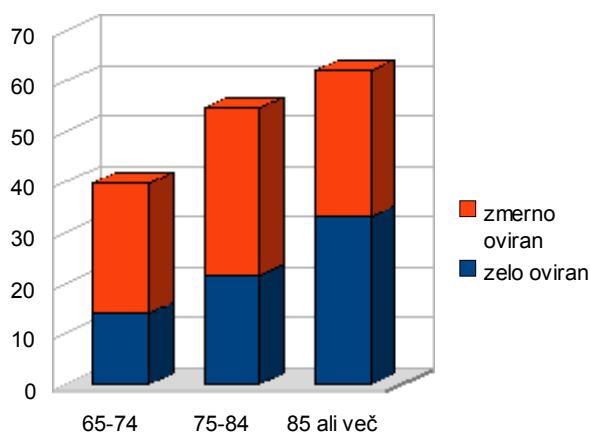
Graf 2.20: Ocene prisotnosti nekaterih bolezni ali bolezenskih stanj v odstotkih, 2007



Vir: Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu 2007, Inštitut za varovanje zdravja.

2.10 Oviranost pri vsakdanjih aktivnostih zaradi zdravstvenih težav

Graf 2.21: Ocene »zmerno oviran« in »zelo oviran« po starostnih skupinah v odstotkih, 2007



Vir: Evrostat (2007).

66 % starejših je ocenilo, da so bili v zadnjih 6-ih mesecih pred anketiranjem v letu 2007 ali dlje *zmerno ovirani* ali *zelo ovirani* zaradi zdravstvenih težav pri običajnih aktivnostih. Z višjo starostjo ta odstotek narašča, z nižjo pa pada. Pri vseh starostnih skupinah med starejšimi je odstotek nekoliko večji pri ženskah kot pri moških.

3 Povzetek glavnih ugotovitev o zdravstvenem stanju starejših

S pomočjo kazalcev zdravstvenega stanja in statističnih ter raziskovalnih podatkov sem ugotavljala zdravstveno stanje starejših. Moje ugotovitve so naslednje:

Staranje prebivalstva je tudi v Sloveniji proces, ki se mu nismo izognili. Njegov najpomembnejši vzrok je upadanje rodnosti in podaljševanje življenjske dobe prebivalstva v daljšem časovnem obdobju. Ob prvem popisu po vojni, leta 1948, je bilo med prebivalstvom Slovenije 7,3 % takih, ki so bili stari 65 let ali več, leta 2008 jih je bilo že 16,4 %. Evropski statistični urad Evrostat je izračunal, da bo leta 2050 vsak tretji prebivalec Slovenije in tudi EU star 65 let ali več (glej Statistični urad RS).

V zadnjih letih je umrljivost padala v vseh starostnih skupinah, še vedno pa je največja in se strmo povečuje po dopolnjenem 60-tem letu starosti (glej Statistični urad RS). Umrljivost moških je nekoliko večja kot pri ženskah.

Kot velja za splošno populacijo, so tudi starejši v letu 2007 najpogosteje umirali zaradi bolezni obtočil, ki so bile pogostejše pri ženskah, ter neoplazem (novotvorb), ki so bile pogostejše pri moških. Na tretjem mestu pa poškodbe pri splošni populaciji pri starejših pri obeh spolih zamenjajo bolezni dihal. Najpogostejši vzroki smrti za oba spola so bile še bolezni prebavil, poškodbe, zastrupitve ter nekatere druge posledice zunanjih vzrokov.

Od leta 1954 do leta 2007 narašča povprečna starost umrlih prebivalcev dokaj enakomerno pri obeh spolih (glej Statistični urad RS 2008). Povprečna starost žensk ob smrti je bila leta 2007 78,2, moških pa 69,1. Povprečna starost starejših moških je bila 73 let, povprečna starost starejših žensk pa 82 let, kar je 4 leta več od povprečne življenjske dobe celotne populacije in potrjuje splošni vzorec, tj. da ženske živijo dlje oz. da moški umirajo mlajši, saj razlika med spoloma ostaja 9 let.

V EU-27 se je pričakovana življenjska doba ob rojstvu v zadnjih štirih desetletjih povečala za 8 let. Za moške je preseгла 79 let, za ženske pa 84 let (Statistični urad RS 2008). V Sloveniji lahko ženske, stare od 65 do 69 let, pričakujejo še 20,4 leta življenja, medtem ko jih lahko moški pričakujejo še 16,4. Razlika med spoloma se zmanjšuje z višjo starostjo in se izenači pri starosti 100 let ali več, ko lahko tako moški kot ženske pričakujejo le še eno leto življenja.

Glede na celotno populacijo je sklenitev zakonskih zvez ter razvez med starejšimi skoraj najmanj v populaciji. Prav tako med starejšimi kot v ostali populaciji upada število sklenitev zakonskih zvez in narašča število razvez. Med starejšimi se je leta 2007 poročilo skoraj štirikrat več moških kot žensk, ločilo pa se jih je skoraj dvakrat toliko.

Starejši prebivalci Slovenije so v letu 2007 svoje splošno zdravstveno stanje ocenili slabše kot mlajši prebivalci. Povedano drugače: čim starejši so prebivalci, tem slabše je njihovo zdravstveno stanje. Tako je med osebami v starosti od 15 do 24 let svoje zdravstveno stanje v navedenem letu ocenilo kot *dobro* ali *zelo dobro* 87,9 % oseb, med osebami, stariimi 65 let ali več, je bilo takih 26 % oseb, v starosti nad 75 let pa 24 % (glej Božič in Zupanič 2009, 31).

V zadnjih 12-ih mesecih pred anketiranjem v letu 2007 je bilo sprejetih v bolnišnico in je tam ostalo čez noč ali daljši čas 18 % starejših, ki s tem predstavljajo največji delež v populaciji. Med njimi je bilo nekaj več kot polovico žensk (56 %). V obdobju 1988–2007 je število hospitaliziranih starejših, tako moških kot žensk, naraščalo. Stopnja pri moških, starejših od 65 let, je bila v letu 2007 374 hospitalizacij na 1000 moških, kar je 3 % več kot leta 1993.

V zadnjih 12-ih mesecih pred anketiranjem v letu 2007 je zobozdravnika ali ortodonta obiskalo 34 % starejših, ostali pa so ga nazadnje obiskali pred več kot enim letom. S tem so starejši po obiskih zobozdravnika ali ortodonta na zadnjem mestu v populaciji, saj se pogostost obiskov s starostjo zmanjšuje. Obraten trend pa so pokazali podatki o času zadnjega posvetovanja s splošnim ali družinskim zdravnikom zaradi svojih zdravstvenih težav, saj je v zadnjih 12-ih mesecih pred anketiranjem v letu 2007 zdravnika obiskalo 81 % starejših, ki so s tem na prvem mestu v populaciji.

Najpogostejše bolezni in bolezenska stanja, ki so jih po samooceni imeli starejši, so zvišan krvni pritisk (61 %), bolečine v križu ali druga kronična okvara hrbta (59 %), revmatoidni artritis (vnetje sklepov), bolečine v vratu ali druga kronična okvara vratu, motnje zadrževanja urina in težave z delovanjem mehurja.

66 % starejših je ocenilo, da so bili v zadnjih 6-ih mesecih pred anketiranjem v letu 2007 ali dlje zaradi zdravstvenih težav *zmerno ovirani* ali *zelo ovirani* pri običajnih aktivnostih. Z višjo starostjo ta odstotek narašča, z nižjo pa pada. Pri vseh starostnih skupinah med starejšimi je odstotek nekoliko večji pri ženskah kot pri moških.

4 Sklep

Staranje prebivalstva je neprecedenčno, brez primerjave v zgodovini človeštva in v veliki meri ireverzibilno. Povečevanje deleža starejših spremlja upadanje deleža mladih. Do leta 2050 bo prvič v zgodovini število vseh starejših na svetu preseglo število mladih. V bolj razvitih regijah se je to že zgodilo (United Nations 2007).

Globalno se populacija starejših povečuje za 2 % letno, kar je znatno več, kot je rast celotne populacije. Tako hitra rast bo v večini držav zahtevala dolgoročne ekonomske in družbene prilagoditve (glej United Nations 2007).

Staranje prebivalstva je prodoren globalni fenomen, ki vpliva na vsakega moškega, žensko in otroka. Stalno naraščanje starejših starostnih skupin v narodni populaciji, v absolutnem številu kot tudi v odnosu do delovno sposobne populacije, ima neposreden vpliv na medgeneracijsko in znotrajgeneracijsko pravičnost in solidarnost, ki sta temelja družbe (glej United Nations 2007).

Staranje prebivalstva ima daljnosežne posledice za vse fasete človeškega življenja. Na ekonomskem področju bo imelo staranje prebivalstva vpliv na ekonomsko rast, prihranke, investicije in potrošnjo, trge delovne sile, pokojnine, obdavčenje in medgeneracijske transferje. V družbeni sferi staranje prebivalstva vpliva na zdravje in zdravstveno varstvo, sestavo družin in ureditev življenja, bivanje in preseljevanje. Na političnem področju lahko staranje prebivalstva vpliva na vzorce glasovanja in predstavnost (glej United Nations 2007).

Koeficient starostne odvisnosti, ki narašča in bo še naraščal, močno vpliva na sheme socialne varnosti, posebno v tradicionalnih sistemih, kjer delovno sposobni finančno podpirajo upokojene. Konstantno naraščajoč koeficient pomoči staršem pa implicira, da bo vedno več mlajših starejših odgovornih za skrb enega ali večih najstarejših članov njihove družine (glej United Nations 2007).

Verjetno sta v starajoči družbi najresnejša problema financiranje zdravstva in pokojnin. V preteklosti je bila rast zdravstvenih izdatkov v veliki meri posledica tehnološkega in medicinskega napredka in ta trend se bo verjetno nadaljeval. Poleg tega bo k temu prispevalo tudi staranje v prihodnosti (glej Prinz 1997, 21).

Zaradi naraščajočega števila upokojencev bo potrebno spremeniti pokojninske sisteme, sicer bodo celotno breme nosile prihodnje generacije, posebno majhna generacija, ki sledi veliki »baby boom« generaciji (glej Prinz 1997, 22). Nekateri menijo, da bi to prav lahko vodilo v velik spor med generacijami (glej Kotlikoff in Burns v Macionis in Plummer 2005, 348). Pri naraščanju izdatkov za pokojnine obstajajo po mnenju Prinza (1997, 22–23) tri možne rešitve: dvig starostne meje ob upokojitvi, zmanjšanje nadomestila ali stopnje ugodnosti (okrepiti

odnos med posameznikovimi prispevki in ugodnostmi) in povečanje osnove prispevkov s povečanjem stopnje prispevkov ali povečanjem stopnje zaposlovanja žensk (kar se bo zgodilo v vsakem primeru). Najbolj verjetno se bo zgodila kombinacija vseh treh opcij. V nekaterih državah so tako že uvedli dolgoročne strukturne pokojninske reforme (prve med njimi so bile Italija, Švedska, Latvija).

Zviševanje povprečne starosti v Evropi bi lahko vplivalo na proces političnega odločanja in na razporeditev dohodka in premoženja med generacijami (glej Prinz 1997, 19–20). Zvišuje se tudi povprečna starost delovne populacije. Upad števila zaposlenih pod starostjo 40-ih let in porast tistih nad 40-imi leti bi lahko imela neposredne ekonomske posledice, odvisno od sprememb v razmerju med starostjo in delovno storilnostjo – če manj mladih vstopa na trg dela, a hkrati več starejših delavcev podaljšuje zaposlitev, bi to lahko vplivalo na rast storilnosti in tehnološke spremembe. Posledice trenutnega starostno-dohodkovnega profila, kjer je starejša delovna sila znatno dražja od mlajše, lahko po mnenju Prinza spremenimo le z zmanjševanjem zaposlenosti starejših, tj. spremeniti je potrebno plače, tako da ne bodo odvisne od starosti, temveč od storilnosti (glej Prinz 1997, 23–24). Seveda pa storilnost ni odvisna samo od starosti, temveč tudi od izkušenj, ki pa jih imajo starejši delavci več.

Jasno je, da neprecedenčne demografske spremembe, ki izvirajo iz 19. in 20. stoletja in se nadaljujejo v 21. stoletju, spreminjajo svet. Upad rodnosti s podaljševanjem življenja so sprožile in bodo še sprožale neprecedenčne spremembe v strukturah vseh družb, posebno zgodovinski preobrat deleža mladih in starejših. Daljnosežne, prodorne in trajne posledice staranja prebivalstva predstavljajo veliko priložnosti kot tudi veliko izzivov za vse družbe (glej United Nations 2007), v sociologiji pa izziv za različne teoretične perspektive in njihove teorije.

V zadnjih letih narašča trend opisovanja naraščanja števila starejših ljudi v populaciji kot problem. Starost se že več kot stoletje dojema kot družbeni problem (glej Bond in drugi 1993, 1). Če ne bomo spremenili pogleda na starejše kot katastrofo in kanal odtokanja sredstev, bo to postala samoizpolnjujoča prerokba. V družbi, ki bo imela veliko bolj pravokotno starostno razporeditev z enakim številom ljudi v vsaki starostni vrsti kot pa piramidno strukturo s hitro padajočim številom v vrhu, bodo potrebne določene prilagoditve. A kljub temu ni nobenega razloga, da take družbe ne bi bile sposobne preživeti. Večje spremembe so bolj verjetne v postindustrijski družbi kot v staranju prebivalstva. Politike in vedenje družbe se bodo morali spremeniti, da se bodo prilagodili takim spremembam. Ljudi vseh starosti bi morali ceniti ne le zaradi njihovega prispevka družbi, ampak tudi zaradi njihovega sedanjega in potencialnega prispevka (glej Bond in drugi 1993, 7).

Izziv za prihodnost je zagotoviti vsem ljudem brezskrbno in dostojanstveno staranje in možnost nadaljnjega sodelovanja v družbi kot državljani z vsemi pripadajočimi pravicami. Obenem pravice starejših ne smejo biti nezdržljive s pravicami ljudi drugih starostnih skupin in potrebno je gojiti in spodbujati recipročne odnose med generacijami (glej United Nations 2007).

5 Literatura

- Accetto, Bojan. 1987. *Starost in staranje: osnove medicinske gerontologije*. Ljubljana: Cankarjeva založba.
- Accetto, Bojan, Dražigost Pokorn, Nada Eržen, Romana Godeša, Barbara Gregorič, Tamara Poklar, Metka Uršič-Gaberšček, Igor Golobič, Stane Čelhar, Liljana Kokalj-Ločniškar, Vincenc Logar, Jožica Zakotnik, Cilka Perme in Neda Škrjanc. 1991. *Zdravstveno in prehrambeno stanje starejših prebivalcev na območju mesta Ljubljane v domovih za starejše občane*. Ljubljana: Inštitut za higieno, MF v Ljubljani.
- Bond, John, Peter Coleman in Sheila Peace. 1993. *Ageing in society: An introduction to social gerontology*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage.
- Božič, Ana in Tina Zupanič. 2009. *Zdravje in zdravstveno varstvo v Sloveniji*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije. Dostopno prek: <http://www.stat.si/doc/pub/Zdravje%20in%20zdravstveno%20varstvo-slo.pdf> (8. julij 2009).
- Cvahte, Saša, Ivan Kastelic, Robert Neubauer in Zvone Odar. *Zdravstveno stanje prebivalstva RS Slovenije*. Ljubljana: Zavod SRS za zdravstveno varstvo.
- *European Social Survey*. Dostopno prek: <http://www.europeansocialsurvey.org/> (29. avgust 2009).
- Eurostat. *Database*. Dostopno prek: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home> (30. avgust 2009).
- Gove, Walter R. in Michael Hughes. 1983. Does marriage have positive effects on the psychological well-being of the individual? *Journal of health and social behaviour* 24 (June): 122–131.
- Gupta, Sanjay. 2004. Say »I Do« to Health. *Time* 163 (23): 134.
- Hart, Randy in Wu Zheng. 2002. The Effects of Marital and Nonmarital Union Transition on Health. *Journal of marriage & family* 64 (2): 420–432.
- Hayes, Bernardette C. in Pauline M. Prior. 2003. The relationship between marital status and health: An Empirical Investigation of Differences in Bed Occupancy Within Health and Social Care Facilities in Britain, 1921–1991. *Journal of family issues* 24 (1): 124–148.
- Hughes, Mary Elizabeth in Linda J. Waite. 2009. Marital biography and health at mid-life. *Journal of health & social behaviour* 50 (3): 344–358.
- *Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije*. Dostopno prek: <http://www.ivz.si/> (8. julij 2009).

- Jakoš, Aleksander. 1995. Staranje prebivalstva v Sloveniji. V *Zdravo staranje*, ur. Metka Pentek, 15–21. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije: Inštitut za varovanje zdravja RS.
- Kulman, Linda. 2004. Get married. *U. S. News & World Report* 137 (23): 77.
- Liu, Hui in Debra J. Umberson. 2008. The Times They Are a Changin': Marital Status and Health Differentials from 1972 to 2003. *Journal of health & social behaviour* 49 (3): 239–253. Dostopno prek: <http://www.asanet.org/galleries/default-file/sep08jhsbfeature.pdf> (27. avgust 2009).
- Macionis, John J. in Ken Plummer. 2005. *Sociology: A global introduction*. Harlow: Pearson/Prentice Hall.
- Oliwenstein, Lori. 2008. Marry me. *Time Canada* 171 (5): 57–60.
- Pentek, Metka. 1995 a. Kaj vpliva na zdravo staranje - uvodne misli. V *Zdravo staranje*, ur. Metka Pentek, 7–14. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije: Inštitut za varovanje zdravja RS.
- Pentek, Metka. 1995 b. Starejši človek v domačem okolju in zdravstveno osebje na terenu. V *Zdravo staranje*, ur. Metka Pentek, 61–69. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije: Inštitut za varovanje zdravja RS.
- Prinz, Christopher. 1997. Population ageing: A three-level perspective. V *Social and economic aspects of ageing societies: an important social development issue: proceedings*, ur. Nada Stropnik, 9–26. Ljubljana: Institute for Economic Research.
- *Statistični urad Republike Slovenije*. Dostopno prek: <http://www.stat.si/> (7. julij 2009).
- Šelb, Jožica. 1995. Zdravstveno stanje prebivalcev Slovenije, starih nad 65 let, ocenjeno s podatki zdravstvene statistike. V *Zdravo staranje*, ur. Metka Pentek, 22–31. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije: Inštitut za varovanje zdravja RS.
- Tivadar, Blanka. 1996. Zdravstveno stanje. V *Mladina v devetdesetih*, ur. Mirjana Ule, 143–198. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče: Ministrstvo za šolstvo in šport Republike Slovenije, Urad Republike Slovenije za mladino.
- Umberson, Debra in Kristi Williams. 1999. Family status and mental health. V *Handbook of the sociology of mental health*, ur. Carol S. Aneshensel in Jo C. Phelan, 225–253. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- *United Nations*. Dostopno prek: <http://www.un.org/> (20. avgust 2009).
- Verbrugge, Lois M. 1979. Marital Status and Health. *Journal of Marriage & Family* 41 (2): 267–285.