
Rekreacja ruchowa seniorów

Jarosław Herbert, Katarzyna Stopyra, Małgorzata Stulin,
Kinga Kogut, Karolina Karaś, Vasylyna Petrovets,
Adrianna Liedke, Dominika Szydłowska,
Katarzyna Pazdan, Renata Grzywacz

Rekreacja ruchowa seniorów



WYDAWNICTWO
UNIwersytetu Rzeszowskiego
RZESZÓW 2024

Recenzowali
dr hab. WŁADYSŁAW PAŃCZYK
dr hab. ANNA MAZUREK-KUSIAK, prof. UP w Lublinie

Opracowanie redakcyjne i korekta
LUCYNA SOLAK

Opracowanie techniczne
EWA KUC

Łamanie
BARBARA DRAŹEK-OCZOŚ

Projekt okładki
JULIA SOŃSKA-LAMPART

© Copyright by
Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego
Rzeszów 2024

Publikacja jest dostępna na licencji Creative Commons
(CC BY-NC-ND 4.0 International)



ISBN 978-83-8277-186-2
DOI: 10.15584/978-83-8277-186-2

2118

WYDAWNICTWO UNIWERSYTETU RZESZOWSKIEGO
35-310 Rzeszów, ul. prof. S. Pigoń 6, tel.: 17 872 13 69, tel./faks: 17 872 14 26
e-mail: wydaw@ur.edu.pl; <https://wydawnictwo.ur.edu.pl>
Wydanie I, format B5, ark. wyd. 7, ark. druk. 7,25, zlec. red. 84/2023

SPIS TREŚCI

Wstęp	7
I. Podstawowa terminologia związana z rekreacją ruchową osób starszych	10
Piśmiennictwo	15
II. Wieloaspektowy charakter procesu starzenia	17
Teoretyczne podstawy procesu starzenia się	17
Gerontologia społeczna – założenia teoretyczne	19
Biologiczny i psychospołeczny wymiar procesu starzenia się	22
Demograficzna problematyka starzenia się oraz starości – stan obecny i perspektywy na przyszłość	25
Stereotypy starości człowieka – postrzeganie ludzi starszych	30
Piśmiennictwo	33
III. Zdrowie i jakość życia osób po 65. roku życia	36
Stan zdrowia seniorów w Polsce i na świecie – analiza porównawcza	38
Korzyści zdrowotne wynikające z uczestnictwa w rekreacji ruchowej	43
Wybrane problemy zdrowotne osób starszych oraz ich przyczyny w kontekście społeczno-biologicznym	49
Czynniki psychospołecznie uniemożliwiające lub ograniczające uczestnictwo seniorów w aktywności fizycznej	52
Piśmiennictwo	55
IV. Rola animacji w procesie aktywizacji ruchowej seniorów	57
Piśmiennictwo	69
V. Aktywizacja osób starszych do rekreacji ruchowej	70
Piśmiennictwo	78
VI. Trening zdrowotny dla osób starszych	80
Piśmiennictwo	86
VII. Programy rekreacji ruchowej seniorów	88
Polskie programy rekreacji ruchowej seniorów	89
Aktywni+	89
Senior+	89
Trzeci Wiek w Zdrowiu	90

Zdrowy Senior	90
Senior w Ruchu	91
Zagraniczne programy rekreacji ruchowej seniorów	91
Senior Olympics	91
Silver Swans	91
Seniors in Shape (seniorzy w formie)	92
Zumba Gold®	93
Dodatkowe formy rekreacji ruchowej dla seniorów	93
Piśmiennictwo	94
VIII. Testy i kwestionariusze sprawności i aktywności ruchowej seniorów	97
Próba Romberga	98
Skala Barthel	98
Skala subiektywnego odczuwania wysiłku wg Borga	99
Skala Lawtona IADL	100
Skala Katza ADL	101
Test Fugl-Meyer	101
Pomiar niezależności funkcjonalnej	102
Skala Tinetti	103
Skala równowagi Berga	104
Czynnościowy test sięgania	105
Test „wstań i idź”	105
Test Fullerton	106
Kwestionariusze IPAQ	108
Globalny kwestionariusz aktywności fizycznej	109
Kwestionariusz SF-36	110
Kwestionariusz PAR-Q	110
Piśmiennictwo	111
Podsumowanie i wnioski	112

WSTĘP

Wiek podeszły niesie ze sobą wyzwania związane z utrzymaniem zdrowia fizycznego i psychicznego. Jednym z kluczowych aspektów wspierających długoterminowe dobre samopoczucie osób starszych jest regularna rekreacja ruchowa. Polskie społeczeństwo, podobnie jak społeczeństwa innych krajów Unii Europejskiej, wchodzi w proces szybkiego starzenia się demograficznego przy zerowym przyroście naturalnym. Podejmowanie zagadnień dotyczących seniorów staje się istotne z wielu powodów, m.in.: zwiększającej się liczby osób w podeszłym wieku, nieodpowiedniego stanu ich zdrowia, sposobów opóźniania procesów starzenia oraz niewystarczającej aktywności ruchowej osób starszych (w tym rekreacji).

Publikacja jest adresowana głównie do studentów kierunków turystyka i rekreacja, wychowanie fizyczne, fizjoterapia, zdrowie publiczne i pielęgniarstwo. Z pewnością zainteresuje także trenerów zdrowia i osoby zajmujące się rekreacją ruchową.

Celem pracy jest analiza znaczenia rekreacji ruchowej w życiu seniorów na podstawie najnowszej literaturze polskiej i zagranicznej. Zastosowano w niej metodę monograficzną, która polega na analizie wybranych źródeł. Innymi słowy jest to publikacja przeglądowa, która przedstawia aktualny stan wiedzy z zakresu rekreacji ruchowej osób starszych. Opiera się głównie na publikacjach oryginalnych.

Podręcznik zawiera 8 rozdziałów, w których autorzy w sposób kompleksowy przedstawili zagadnienia związane z tematem rekreacji ruchowej osób starszych. W pierwszym rozdziale pt. *Podstawowa terminologia związana z rekreacją ruchową osób starszych* omówiono pojęcia dotyczące rekreacji ruchowej osób starszych, zaczynając od zdrowia i choroby poprzez kluczowe terminy związane ze sprawnością i wydolnością fizyczną, edukacją i promocją zdrowotną, aktywnością fizyczną. Ponadto w tej części znalazły się pojęcia dotyczące treningu zdrowotnego oraz rekreacji ruchowej.

Kolejny rozdział pt. *Wieloaspektowy charakter procesu starzenia* wprowadza czytelnika w podstawy związane z procesem starzenia się. Literatura przedmiotu przedstawia różne podziały i definicje starości, która jest zespołem czynników fizjologicznych, psychologicznych oraz społecznych. Rozdział ten omawia role społeczne i style życia charakterystyczne dla seniorów.

Autorzy podkreślają wielowymiarowość procesu starzenia się człowieka. W celu uzyskania pełnego jego obrazu należy wziąć pod uwagę nie tylko badania z zakresu nauk biomedycznych, ale również rozważania na płaszczyźnie społecznej oraz psychologicznej. Z kolei w drugiej części tego rozdziału autorzy przedstawili problematykę starzenia się oraz starości pod kątem stanu obecnego i perspektyw na przyszłość. Zwrócono uwagę na doniesienia głównego urzędu statystycznego (Polska) oraz *Department Of Economic And Social Affairs* i europejskiego urzędu statystycznego (Europa). Rozdział zamyka część związana z postrzeganiem ludzi starszych (dyskryminacja, ageizm, stereotypy).

W rozdziale trzecim pt. *Zdrowie i jakość życia osób po 65. roku życia* przybliżono pojęcia wywodzące się od terminu zdrowie, jak: edukacja zdrowotna czy mierniki jakości życia. Następnie autorzy omawiają stan zdrowia seniorów w Polsce i na świecie na zasadzie analizy porównawczej. Rozpoczynają od doniesień GUS-u, następnie ukazują wyniki badań (w tym analizy aktywności i sprawności fizycznej, czynniki wpływające na stan zdrowia oraz formy rekreacji ruchowej) wybranych autorów z ostatniej dekady. Na koniec tej części poruszane są problemy zdrowotne osób starszych oraz ich przyczyny w kontekście społeczno-biologicznym, takie jak występowanie chorób, utrata sprawności fizycznej oraz bariery w podejmowaniu aktywności fizycznej.

Czwarty rozdział pt. *Rola animacji w procesie aktywizacji ruchowej seniorów* autorzy rozpoczynają od omówienia funkcji animacji, która jest bodźcem do rozwoju umysłowego, fizycznego, uczuciowego i skłania osoby starsze do podejmowania doświadczeń pomagających im w samorozwoju i znalezieniu lepszych sposobów ekspresji. Następnie przechodzą do omówienia rodzajów aktywności fizycznej skierowanej do osób starszych oraz sposobów ich aktywizacji, takich jak m.in.: litoterapia czy kinezyterapia. Na koniec tej części dowiadujemy się m.in. o preferencjach seniorów dotyczących spędzania czasu wolnego.

Kolejny rozdział pt. *Aktywizacja osób starszych do rekreacji ruchowej* nawiązuje do rozdziału poprzedniego. Autorzy omawiają działania aktywizujące starszych ludzi, jak udział w zajęciach uniwersytetów trzeciego wieku i różnych programach. Pod koniec przeczytamy o propozycjach aktywności realizowanych w grupach dla seniorów.

Trening zdrowotny dla osób starszych to kolejny szósty już rozdział podręcznika. Autorzy przeprowadzają nas przez pojęcia związane z trenin- giem zdrowotnym, następnie przypominają o rekomendacjach dotyczących aktywności fizycznej dla seniorów. Następnie omawiają najczęściej spoty- kane formy treningu zdrowotnego, takie jak: spacer, nordic walking i jazda na rowerze.

Rozdział kolejny stanowi o programach rekreacji ruchowej seniorów. Tutaj autorzy opisali najbardziej rozpowszechnione programy realizowane w Polsce m.in. przez: rząd państwa polskiego, ośrodki promocji zdrowia i profilaktyki uzależnień oraz programy zagraniczne.

W rozdziale końcowym pt. *Testy i kwestionariusze sprawności i aktywności ruchowej seniorów* przedstawiono wybrane testy i skale służące do oceny sprawności seniorów. U osób starszych ważne jest monitorowanie sprawności funkcjonalnej opartej na całościowej ocenie geriatrycznej, w której bierzemy pod uwagę stan zdrowia, sprawność fizyczną i umysłową oraz uwarunkowanie socjalno-środowiskowe. W tym celu stosuje się wszelkiego rodzaju testy, których dobór powinien być indywidualny w zależności od takich czynników jak: stan zdrowia pacjenta, wydolność organizmu oraz podstawowe czynności życiowe.

I

PODSTAWOWA TERMINOLOGIA ZWIĄZANA Z REKREACJĄ RUCHOWĄ OSÓB STARSZYCH

W tej części pracy przedstawiono wybraną terminologię związaną z rekreacją ruchową osób starszych, zaczynając od najważniejszej, czyli zdrowia. Istnieje wiele definicji tego pojęcia, które zostały sformułowane przez różne organizacje i ekspertów. Szacuje się, że jest ich około 300. Najważniejszą z nich podaje Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, ang. *World Health Organization*).

Zdrowie [WHO 2023] to: „stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a nie tylko brak choroby lub kalectwa”. Definiowane jest również jako [Starzyńska-Kościszko 2010]: „zdolność do normalnego funkcjonowania organizmu, uwzględnia wszystkie jego organy i funkcje; jako zdolność do adaptacji w zmieniającym się środowisku; jako fizyczny i psychiczny potencjał warunkujący możliwość aktywnego rozwoju”. A także jako [Boorse 1977]: „zdolność do normalnego funkcjonowania, a więc gotowość każdej wewnętrznej części [organizmu] do wypełniania wszystkich jego normalnych funkcji we wszystkich typowych okolicznościach z przynajmniej typową skutecznością”.

Zdrowie to pojęcie wielowymiarowe. Wyróżnia się jego następujące wymiary (rys. 1) [Trzop i Walentynowicz-Moryl 2017]:

- fizyczny (związane jest z funkcjonowaniem organizmu);
- psychiczny, dzieli się na zdrowie umysłowe (powiązane z procesami; poznawczymi) i emocjonalne (umiejętność uwidocznienia oraz odczuwania emocji);
- społeczny (określa zdolność do nawiązywania i utrzymywania odpowiednich interakcji społecznych).

Ponadto zwraca się również uwagę na istnienie wymiaru duchowego (wiąże się z poczuciem sensu i celu w życiu jednostki), wymiaru środowiskowego (tyczy się interakcji ze środowiskiem zewnętrznym) i wymiaru zawodowego (odczucie satysfakcji z wykonywania swojej pracy, a także ocena atmosfery w miejscu zatrudnienia) [Walentynowicz-Moryl 2017].



Rys. 1. Wymiary zdrowia

Źródło: opracowanie własne na podstawie Trzop i Walentynowicz-Moryl [2017] oraz Walentynowicz-Moryl [2017].

Zdrowie jest kluczowym elementem w życiu każdego człowieka, wpływa na każdy jego aspekt. To od niego zależne jest między innymi: prawidłowe funkcjonowanie, dobre samopoczucie, samodzielność, wydajność, aktywność towarzyska, relacje społeczne czy jakość życia.

Powszechnie za przeciwieństwo zdrowia uważa się choroby. Często związane są z procesem starzenia się organizmu, a także z długotrwałym narażeniem na różnego rodzaju czynniki ryzyka, takie jak palenie papierosów, spożywanie alkoholu, nadwaga, brak aktywności fizycznej, stres, a także niezdrowe nawyki żywieniowe.

Choroba [za Herbert i wsp. 2022] to: „nieproporcjonalne do wieku uszkodzenia struktury i funkcji narządu lub zespołu narządów ciała”. Opisywana jest także jako [Muszała 2009]: „stan patologiczny, w jakim znajduje się organizm człowieka. Wywołuje ona cierpienia fizyczne i/lub psychiczne. Zazwyczaj proces chorobowy implikuje obniżoną zdolność do wykonywania zadań i ról społecznych”.

Zdrowie i choroba są silnie powiązane ze sprawnością ruchową, sprawnością fizyczną oraz wydolnością fizyczną. Sprawność ruchowa [Leszczyński i Leśniak 2021] to: „stopień opanowania swojego ciała, jako zdolność panowania

nad swoim aparatem ruchu. Składają się na nią przede wszystkim zbiór nabytych umiejętności, będący wynikiem indywidualnych doświadczeń, oraz właściwy stan rozwoju układu ruchowego, umożliwiający wykorzystanie tych umiejętności”. Sprawność ruchowa określana jest również jako [Jaroszuk 2018]: „umiejętność władania swoim aparatem ruchu dzięki opanowaniu podstawowych nawyków ruchowych”.

Inaczej sprawność fizyczna [Leszczyński i Leśniak 2021] to: „bieżąca ewentualność realizacji wszelkich działań motorycznych, decydujących o zaradności człowieka w życiu. Z wyjątkiem umiejętności ruchowych konieczna jest do tego wydolność wszystkich narządów i funkcji ustroju, wyrobienie cech motorycznych (siły, szybkości i wytrzymałości), właściwa motywacja, a niejednokrotnie także swoiste cechy budowy”. Inna definicja wskazuje, iż [Jaroszuk 2018]: „sprawność fizyczna ogólna to określony poziom rozwoju, wykształcenie zdolności motorycznych bądź też ujętych kompleksowo struktur ruchu”.

Kolejnym ważnym pojęciem jest wydolność fizyczna, która definiowana jest jako „zdolność do długotrwałego wysiłku fizycznego z udziałem dużych grup mięśniowych bez szybko narastającego zmęczenia i bez większych zmian fizjologicznych warunkujących jego rozwój w środowisku wewnętrznym organizmu, a także zdolność do szybkiej regeneracji po zakończeniu pracy” [za Herbert i wsp. 2022]. Wydolność fizyczna artykułowana jest także jako [Fedyk-Łukasik i wys. 2007]: „zdolność do wykonywania ciężkich i długotrwałych wysiłków fizycznych. Pojęcie to obejmuje także tolerancję na zmęczenie oraz czas powrotu do stanu wyjściowego po zakończeniu wysiłku fizycznego”.

W ostatnich kilku dekadach niezmiernie ważna stała się edukacja zdrowotna, która skupia się na dostarczaniu informacji i wiedzy w celu umożliwienia ludziom podejmowania właściwych decyzji dotyczących zdrowia. Może ona obejmować szereg działań, takich jak prowadzenie zajęć z zakresu zdrowia w szkołach, organizowanie warsztatów dla dorosłych, udzielanie porad przez specjalistów ds. zdrowia lub udostępnianie informacji o zdrowiu w mediach społecznościowych.

Edukacja zdrowotna ponadto jest [Krawański 2003]: „procesem pedagogiczno-społecznym wykorzystującym metody i techniki stosowane w naukach społecznych (pedagogice, psychologii, socjologii, ekonomii, prawodawstwie itd.) w kierunku zmian zachowań o charakterze prozdrowotnym osób i grup społecznych”.

Przy edukacji warto zwrócić uwagę na kolejne pojęcie, jakim jest promocja zdrowotna, która obejmuje szersze działania mające na celu zmianę środowiska i warunków życia w celu poprawy zdrowia i dobrego samopoczucia. Realizowana jest poprzez kampanie informacyjne, budowę ścieżek rowerowych, organizowanie wydarzeń sportowych, promowanie zdrowego stylu

życia w miejscu pracy i wiele innych. Promocja zdrowia jest [Woynarowska 2010] „globalną strategią działań na rzecz zdrowia, której kluczowym, niezbędnym komponentem jest edukacja zdrowotna”.

Z kolei zachowanie zdrowotne [za Herbert i wsp. 2022] to: „zachowanie, które na gruncie aktualnego stanu wiedzy medycznej może za sobą pociągać określone skutki zdrowotne”. Zachowania, które mają pozytywny wpływ na zdrowie, to między innymi: redukcja stresu, spożywanie zbilansowanych posiłków, unikanie przemęczenia, dbanie o higienę osobistą, regularne badania lekarskie, unikanie substancji szkodliwych dla zdrowia, a także regularna aktywność fizyczna.

Ostatnie wymienione zachowanie, aktywność fizyczna, [WHO 2023] to: „każdy ruch ciała wytwarzany przez mięśnie szkieletowe, który wymaga wydatku energetycznego. Aktywność fizyczna odnosi się do każdego ruchu, w tym w czasie wolnym, w celu dotarcia do miejsca i z miejsca lub jako część pracy. Zarówno aktywność fizyczna o umiarkowanej, jak i intensywnej intensywności poprawia stan zdrowia”. Opisywana jest także jako [Fijałkowska i wsp. 2018]: „różnego rodzaju zajęcia związane z ruchem i aktywizacją mięśni szkieletowych, powodujące wydatek energetyczny, wyższy niż w spoczynku”. Jak również jako [Szumiec 2018]: „spontaniczna aktywność ruchowa realizowana w czasie wolnym, w wybranej przez ćwiczącego formie i wielkości obciążeń dla zdrowia, rozrywki, przyjemności, wypoczynku czy też rozwoju osobowości i samodoskonalenia. Aktywność fizyczna, spełniając ważną funkcję w życiu każdego człowieka, pozwala utrzymać właściwą sylwetkę, zapewnia ochronę przed niektórymi dolegliwościami i chorobami cywilizacyjnymi, hartuje organizm i relaksuje”.

Najważniejszym pojęciem w publikacji jest rekreacja ruchowa czyli: [Skalski i wsp. 2021] „rodzaj aktywnego wypoczynku w czasie wolnym. Jest skuteczna w łagodzeniu napięcia nerwowego i stresu oraz źródłem pozytywnej energii. Udoskonala zainteresowania, aktywność i osobowość człowieka. Może także zapobiegać szeregu chorobom i spowalnia proces starzenia się”. Rekreacja ruchowa definiowana jest również jako [Ciućmański i Stanek 2009]: „zespół czynności związanych z ruchem i wysiłkiem fizycznym, mający za zadanie zapewnienie biologicznych sprawności organizmu przy jednoczesnej poprawie funkcjonowania psychicznego i w sferze działalności społecznej”. A także jako [GUS 2023]: „forma aktywności fizycznej, o charakterze sportowym, podejmowana dla wypoczynku i odnowy sił psychofizycznych”.

Jedną z form rekreacji ruchowej może być animacja czasu wolnego. W programach animacyjnych mogą być zawarte różnego rodzaju aktywności fizyczne, między innymi: gry zespołowe, warsztaty taneczne, tory przeszkód. Animacja czasu wolnego [Bączek 2011] to: „dział współczesnej turystyki i hotelarstwa, który zajmuje się organizacją czasu wolnego turystów przebywających

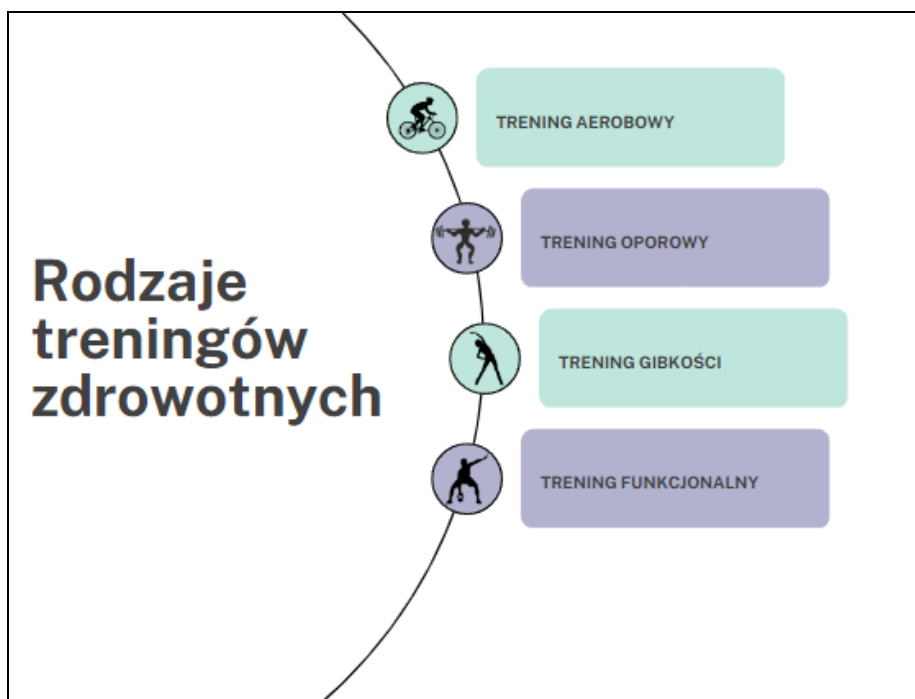
w ośrodkach noclegowych czy wypoczynkowych. Animacją nazywamy również wszelkie formy aktywizacji i zachęcania do wspólnego spędzania czasu w przyjemny sposób, które pojawiają się na wszelkiego rodzaju eventach i spotkaniach grup ludzi”.

Animacja czasu wolnego określana jest również jako [Litwicka 2011]: „celowe kierowanie zasobem ludzi w czasie wolnym od pracy przy jednoczesnym włączaniu ich do konkretnej aktywności ruchowej lub umysłowej. Celem tak pojmowanej animacji jest urozmaicenie czasu wolnego ważnymi w życiu człowieka wartościami, by zaspokoić określone potrzeby”.

Właśnie w czasie wolnym i dla zdrowia uprawia się trening zdrowotny, a jest to: „trwający proces najczęściej samodzielnego kierowania utrzymaniem lub poprawą zdrowia oraz hamowania procesów inwolucyjnych, poprzez aktywność fizyczną o zakresie obciążenia niemal wyłącznie w tych celach zalecanym” [Drabik 1996]. Trening zdrowotny opisywany jest także jako proces [Grabara i Witkowska 2021]: „polegający na celowym wykorzystaniu odpowiednio dobranych i ściśle określonych ćwiczeń fizycznych, tak aby uzyskać efekty fizyczne i psychiczne w postaci poprawy zdrowia i sprawności fizycznej oraz hamowania procesów inwolucyjnych”. Jest też [Kuński 1985]: „świadomie kierowanym procesem polegającym na celowym wykorzystaniu ściśle określonych ćwiczeń fizycznych dla uzyskania efektów fizycznych i psychicznych, przeciwdziałających obniżaniu się zdolności przystosowawczych organizmu do wysiłku”.

Wyodrębnia się takie rodzaje treningów (rys. 2) [Plucik-Mrozek i wsp. 2018] jak:

- aerobowy (interwałowy) – podczas którego ćwiczenia o wysokiej intensywności przenikają się z takim o niższej intensywności w krótkich seriach;
- oporowy – koncentruje się na dużych grupach mięśniowych i uwzględnia ich skurcz oraz rozkurcz, do jego przeprowadzania używa się różnego typu sprzętu sportowego;
- gibkości – w tego typu treningu wyodrębnia się dwa typy ćwiczeń: statyczny (podczas którego w spokojnym tempie rozciąga się mięśnie, w konkretnej pozycji należy pozostać przez kilkadziesiąt sekund) i dynamiczny (polegający na wolnym ruchu stawowym, obejmuje dzięki temu pełen zakres ruchu danego stawu), które przyczyniają się do większej elastyczności aparatu mięśniowo-ścięgnistego i zmniejszenia dolegliwości bólowych;
- funkcjonalny – jest to imitacja wykonywania codziennych czynności, jednak w większej intensywności, w tego rodzaju ćwiczeniach można wspomagać się różnorodnymi urządzeniami (worki z piaskiem, piłki lekarskie, ciężarki, drabinki czy drażki).



Rys. 2. Rodzaje treningów zdrowotnych

Źródło: opracowanie własne na podstawie Plucik-Mrozek A. i wsp. [2018].

Piśmiennictwo

- Bączek J. (2011). *Animacja w pigułce. Co musisz wiedzieć przed wylotem do pracy*. Wydawnictwo Stageman Polska, Warszawa.
- Boorse C. (1977). *Health as a theoretical concept*. Publisher The University of Chicago Press, Philos Sci, 542–573.
- Ciućmański B. i Stanek L. (2009). *Podstawowe metody, formy i środki dydaktyczne stosowane w metodyce rekreacji ruchowej*. Wydawnictwo Małopolskiej Wyższej Szkoły Ekonomicznej, Tarnów.
- Drabik J. (1996). *Aktywność fizyczna w treningu zdrowotnym osób dorosłych*. AWF, Gdańsk.
- Fedyk-Łukasik M. (2007). *Wydolność fizyczna u chorych z niewydolnością serca*. *Choroby Serca i Naczyń*, 4, 162–167.
- Fijałkowska A. i wsp. (2018). *Aktualna ocena poziomu aktywności fizycznej dzieci i młodzieży w wieku 3–19 lat w Polsce*. Ministerstwo Sportu i Rekreacji, Warszawa.
- Główny Urząd Statystyczny. *Pojęcia stosowane w statystyce publicznej*. <https://stat.gov.pl/metadata/terminy/sloownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/193,pojecie.html> (27.03.2023).
- Grabara M. i Witkowska A. (2021). *Aktywność fizyczna i trening zdrowotny seniorów*. Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego w Katowicach, Katowice.

- Herbert J. i wsp. (2022). Podstawy treningu zdrowotnego. Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów, s. 9.
- <https://dieteticy.org.pl/piramida-zywniowa-2017-opisem/> (3.04.2023).
- <https://www.gov.pl/web/wsse-olsztyn/promocja-zdrowia-i-oswiata-zdrowotna> (3.04.2023).
- <https://www.who.int/about/governance/constitution> (2.04.2023).
- Jaroszuk J. (2018). Poziom sprawności a poczucie jakości życia na przykładzie wybranych żołnierzy sił powietrznych. *Rocznik Lubuski*, 44(2), 259–269.
- Krawański A. (2003). Interaktywne uczenie się i nauczanie w wychowaniu fizycznym i fizjoterapii. AWF, Poznań, 150–165.
- Kuński H (1985). Podstawy treningu zdrowotnego. Wydawnictwo Sport Turystyka, Warszawa.
- Leszczyński H. i Leśniak G. (2021). Kształtowanie sprawności fizycznej poprzez atletykę terenową. *Kwartalnik Policyjny*, 3–4.
- Litwicka P. (2011). *Metodyka i technika pracy animatora czasu wolnego*. Wydawnictwo Prokonia, Kraków.
- Muszala A. (2009). *Encyklopedia bioetyki*. Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom.
- Nowak P. (2013). Trening zdrowoty w szkolnym procesie wychowania fizycznego. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 94(3): 413–418.
- Plucik-Mrożek A. i wsp. (2018). *Aktywność fizyczna dorosłych*. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa.
- Skalski D. i wsp. (2021). *Rekreacja ruchowa dla społeczeństwa – wybrane współczesne aspekty*. W: *Rehabilitation and Recreation*. Równe, Ukraina.
- Starzyńska-Kościuszko E. (2010). *Holistyczna (całościowa) koncepcja zdrowia: zdrowie jako wartość*. Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn.
- Szumiec M. (2018). *Aktywność fizyczna jako istotny czynnik wzmacniania potencjału zdrowotnego... – wyzwania dla edukacji zdrowotnej*. Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie, Kraków.
- Trzop B. i Walentynowicz-Moryl K. (2017). *Společne wymiary zdrowia i choroby: od teorii do praktyki*. Wydawnictwo Fundacja Obserwatorium Społeczne Inter Alia. Uniwersytet Zielonogórki, Zielona Góra.
- Walentynowicz-Moryl K. (2017). *Wielowymiarowe modele zdrowia*. Wydawnictwo Hygeia Public Health. Uniwersytet Zielonogórski, Zielona Góra.
- WHO. *Arkusze informacyjne. Aktywność fizyczna*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity> (3.04.2023).
- WHO. *Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia*. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu19480610477>
- Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiczna. *Promocja zdrowia i oświata zdrowotna*. <https://www.gov.pl/web/wsse-opole/promocja-zdrowia-i-oswiata-zdrowotna> (12.08.2023).
- Woynarowska B. (2010). *Edukacja zdrowotna*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 30.
- www.dieteticy.org.pl. *Piramida żywnościowa – grafika z opisem*.

II

WIELOASPEKTOWY CHARAKTER PROCESU STARZENIA

Teoretyczne podstawy procesu starzenia się

Proces starzenia się ludności przez wiele osób postrzegany jest jako wyzwanie XXI w. W ujęciu demograficznym starzenie się populacji jest efektem przede wszystkim niskiej liczby urodzeń dzieci oraz umieralności dorosłych, którzy dożywają sędziwego wieku. Konsekwencje procesu starzenia się mają wieloaspektowy charakter. Dotyczą sfery opieki zdrowotnej, ekonomii oraz relacji międzypokoleniowych. Poprawa przeżywalności związana z rozwojem gospodarczym i społecznym oraz postępem w dziedzinie zdrowia publicznego i medycyny doprowadziły do zmian w strukturze wiekowej populacji. Ze względu na wydłużanie się średniej życia oraz niski przyrost naturalny różnica liczebności w populacji pomiędzy osobami starszymi a najmłodszymi wraz z upływem lat będzie permanentnie się powiększać.

Definiowanie starości i jej periodyzacja determinuje zespół czynników fizjologicznych, psychologicznych oraz społecznych. W literaturze przedmiotu starość interpretowana jest w zależności od dyscypliny naukowej. Biologowie akcentują zmiany zachodzące w poszczególnych układach i narządach, psychologowie zmiany w osobowości, socjologowie zaś zwracają uwagę na pełnione role społeczne, wycofywanie się z nich czy podejmowanie nowych.

Klonowicz słusznie zaważa, że naukowe zdefiniowanie starości jest niemożliwe. Starzenie się jest procesem silnie zindywidualizowanym i z punktu widzenia nauki trudnym do zdefiniowania. Jego przebieg i prawidłowości można badać, jednak uniwersalnej definicji nikt dotychczas nie sformułował [za Kościńska 2010].

Pomimo zróżnicowania pojęcia starości można odnaleźć wspólne aspekty w interpretacji tego zjawiska. Przykładem jest definicja Zycha [2017] „starość to nieunikniony efekt starzenia się, w którym procesy biologiczne, psychiczne i społeczne zaczynają oddziaływać względem siebie synergicznie, prowadząc do naruszenia równowagi biologicznej i psychicznej bez możliwości

przeciwdziałania temu, czyli jest to końcowy okres procesu starzenia się (...) następuje po wieku dojrzałym, jest pojęciem statycznym, a nieuchronnym końcem starości jest śmierć”.

Trafnie pojęcie starości interpretuje Trafiałek, pisząc, że „starość jest naturalną fazą życia, następującą po młodości i dojrzałości, wieńczącą dynamiczny proces starzenia się. Określana mianem końcowej trzecji życia, utożsamiana jest ze spadkiem wydolności organizmu, utratą mobilności, osłabieniem sił immunologicznych (starość biologiczna, fizjologiczna), ograniczeniem zdolności przystosowania się do wszelkich zmian, a w kontekście socjoekonomicznym – nierządkiem też pauperyzacją, samotnością (starość psychiczna), koniecznością korzystania z pomocy innych (starość ekonomiczna) i funkcjonowaniem na marginesie życia społecznego (starość społeczna)” [za Rokicki 2016].

Istotna jest definicja Garncarek, jej zdaniem starość „można nazwać społecznym przeznaczeniem, ponieważ to od społeczeństwa zależy, kto uznany zostanie za człowieka starego, w jaki sposób postrzega się starość i jak się ją definiuje” [za Zalega 2016]. Powyższa definicja wskazuje na rozpatrywanie starości na podstawie indywidualnych doświadczeń z poprzednich etapów życia. Dodatkowo wskazuje, że starość oraz jej granica występowania w określonym kontekście tworzy sobie również sama jednostka. Stosunkowo łatwo można wyznaczyć ramy starości przez badania opinii społecznej określonej jako „społeczne kryterium starości” [za Zalega 2016].

Obecnie nie ma jednej uniwersalnej definicji starości, jednak w dyskursie socjologicznym istnieje zgoda co do tego, że starość jest pojęciem statycznym, zaś starzenie się jest procesem, który ma wieloaspektowy charakter. Starzenie się jest traktowane jako proces naturalny, rozwojowy, nieuchronny i nieodwracalny jednostki społecznej.

Literatura przedmiotu wskazuje również na brak określonej granicy starości. Jej umowna granica przyjmowana jest dla celów statystycznych w skali krajowej czy międzynarodowej, dla ilościowego zaprezentowania pewnych zjawisk. W związku z powyższym często przyjmuje się wiek 60 (WHO) lub 65 (ONZ) jako początek procesu starzenia się oraz szeroko rozumianej starości. W demograficznych periodyzacjach uwzględnia się również fakt, że proces starzenia się nie jest jednolity i wyróżnia się w nim podokresy.

W klasyfikacji WHO przyjmuje się trzy podokresy: wiek podeszły (60–74 lata), wiek starczy (75–89 lat) oraz wiek sędziwy (powyżej 90 lat) [Urbaniak i wsp. 2021].

Zgodnie z klasyfikacją starości rekomendowaną przez WHO do niedawna granicę starości wyznaczał 60. rok życia. Obecnie granica ta została nie tylko przekroczona, ale zaznacza się tendencja do usytuowania progu starości nawet w 70. roku życia.

Spirduso, ze względu na zjawisko wydłużania się życia, zwłaszcza okresu umownej starości, wyróżniła cztery jej podokresy:

- młodzi starzy (young-old) – 65–74 lat;
- średnio starzy (middle-old) – 75–84 lat;
- starzy starzy (old-old) – 85–99 lat;
- najstarsi starzy (oldest-old) > 100 lat [za Osiński 2013].

Analiza literatury wskazuje na używanie określeń III wiek (60–90 lat) i IV wiek (90 lat i więcej). Określenia choć mało precyzyjne są pozytywnie odbierane przez osoby starsze, ponieważ nie są nacechowane pejoratywnie.

W wieloaspektowym ujęciu starości i procesu starzenia się możemy wyróżnić dodatkowo poniższe pojęcia:

Inwolucja „odnosi się do procesów regresywnych związanych ze starzeniem się. W późniejszym okresie starości występuje zanik narządów i tkanek zwanych inwolucją starczą (zmiany zanikowe w ustroju w wieku starczym)” [Zych 2017].

Senilizm „starcze zniedołężnienie fizyczne i psychiczne” [Słownik języka polskiego PWN].

Starość jako etap w życiu człowieka jest procesem złożonym, całkowicie zindywidualizowanym. Wielowymiarowość procesów, które składają się na starzenie się jednostki powoduje, że jest to pojęcie, które nie zostało jednoznacznie, uniwersalnie zdefiniowane przez nauki społeczne czy biologiczne.

Żadna z definicji nie wyjaśnia w pełni tego zjawiska, zaś analiza poszczególnych teorii zawartych w dotychczasowej literaturze jednoznacznie wskazuje na wieloczynnikowe uwarunkowanie starości i brak powszechnie przyjętego określenia omawianego problemu.

Gerontologia społeczna – założenia teoretyczne

Gerontologia w ujęciu ogólnym to nauka o starości oraz procesach starzenia się człowieka. Obszar badań gerontologicznych obejmuje wszystkie aspekty życia ludzi starzejących się i starych: fizjologiczny, medyczny, demograficzny, kulturowy, psychologiczny, społeczny, ponieważ są one istotne dla zrozumienia zjawiska starzenia się. Gerontologia jest zatem wielodyscyplinarną dziedziną wiedzy i dzieli się na trzy podstawowe działy: gerontologię medyczną (obejmującą m.in. geriatrię), gerontologię eksperymentalną (obejmującą biologiczne aspekty starzenia się organizmu) oraz gerontologię społeczną.

Gerontologia społeczna „bada społeczne przyczyny i następstwa starzenia się społeczeństw oraz psychologiczne aspekty indywidualnego starzenia się, postawy społeczeństwa wobec osób starszych, ich miejsce w społeczeństwie

oraz – w coraz większym stopniu – ich stosunek do starzenia się biologicznego. Podejmuje również problemy masowej profilaktyki chorób wieku podeszłego, sposobu i stylu życia oraz rodzajów aktywności osób starszych” [Zych 2017].

Amerykański gerontolog Tibbits pisał o gerontologii społecznej, że „stara się z jednej strony zrozumieć, jak związane z wiekiem zmiany biologiczne i psychologiczne wpływają na rozwój osobowości i zachowania ludzi starszych, na ich rolę, status i zachowania w kolektywie. Równoległym jej celem jest zrozumienie procesu starzenia się jako zjawiska społecznego i zachodzących zmian społecznych – demografii starzenia się i wpływu osób starszych na ekonomiczną, społeczną i polityczną strukturę, na instytucje i funkcje społeczeństwa” [za Szatur-Jaworska, Błędowski, Dziegielewska 2006].

W gerontologii społecznej zostały również wyodrębnione następujące dyscypliny: geragogika, psychologia gerontologiczna oraz gerontosocjologia. Ponieważ zmiany psychologiczne oraz biologiczne związane z procesem starzenia zastały opisane w kolejnej części publikacji, w niniejszym podrozdziale zostaną zaprezentowane role społeczne oraz style życia osób starszych w ujęciu socjologicznym. Poniższa analiza zawiera ogólną charakterystykę ww. zagadnień.

Przyjmowanie określonych ról społecznych na każdym etapie życia człowieka jest jego podstawą funkcjonowania w grupach społecznych. Seniorzy część ról kontynuują z poprzednich cykli życia, niejednokrotnie podejmują nowe. Do najważniejszych ról społecznych seniora można zaliczyć:

- rolę rodzinną (małżonek, rodzic, dziadek, babcia);
- rolę zawodową;
- rolę członka wspólnoty religijnej, lokalnej, grupy towarzyskiej;
- rolę obywatela;
- rolę użytkownika czasu wolnego [Szatur-Jaworska, Błędowski, Dziegielewska 2006].

Po wykonaniu koniecznych, ale znacznie ograniczonych już obowiązków i zadań związanych z rodziną i codzienną egzystencją, należy wypełnić osobom starszym ich czas wolny treścią związaną z kulturą, turystyką i aktywnością fizyczną. Rola użytkownika czasu wolnego przez osoby starsze jest silnie zindywidualizowana oraz związana z rolami rodzinnymi, sąsiedzkimi czy towarzyskimi. Uczestnictwo seniorów we wszelkich formach rekreacji kulturalno-rozrywkowej czy twórczej jest zjawiskiem pozytywnym i powszechnie akceptowanym. Dodatkowo odpowiednia dla wieku i stanu zdrowia aktywność ruchowa jest jednym ze środków, który przebieg starzenia się może uczynić łagodniejszym oraz opóźnić procesy inwolucyjne. Podtrzymywanie aktywności osób starszych przyczynia się do lepszej wydolności intelektualnej, poczucia

własnej wartości oraz równowagi emocjonalnej. Przede wszystkim jednak pozwala na zachowanie dobrej kondycji fizycznej, a tym samym większej samodzielności w wieku starczym.

Role społeczne, które podejmuje (lub kontynuuje) osoba starsza są uwarunkowane stylem życia seniora. Pojęcie stylu życia obejmuje zachowania ludzkie oraz psychofizyczne mechanizmy leżące u podstaw owych zachowań: akceptowane wartości, motywacje, potrzeby, które wspólnie składają się na styl życia jednostki bądź określonej zbiorowości [Szatur-Jaworska, Błędowski, Dziegielewska 2006].

Czerniawska wyróżnia następujące style życia charakterystyczne dla seniorów:

- styl całkowicie bierny – charakterystyczny dla osób, które wycofują się z życia społecznego. Osoby starsze przybierające styl całkowicie bierny zazwyczaj pozostają w domu, wychodzą tylko w sytuacjach koniecznych;
- styl rodzinny – charakterystyczny dla seniorów, którzy przyjmują rolę babci czy dziadka, opieka nad wnukami dominuje w ich codziennej egzystencji, wypierając inne formy aktywności;
- styl wynikający z posiadania ogródka działkowego;
- styl oparty na aktywności w stowarzyszeniu społecznym – przyjmują go osoby starsze, które były aktywne społecznie w poprzednich cyklach życia, są towarzyskie. Seniorom realizującym ww. styl nie jest obojętne życie społeczne, problemy swojej grupy wiekowej;
- styl domocentryczny – znajduje się na pograniczu stylu biernego oraz rodzinnego. Przyjmują go osoby starsze, które niechętnie opuszczają dom, jednak ich aktywność koncentruje się m.in. na korzystaniu ze środków masowego przekazu, pomocy rodzinie czy realizacji swoich pasji (np. rozwiązywanie krzyżówek);
- styl pobożny, charakterystyczny dla osób, które w poprzednich etapach życia były religijne, zaś większa ilość czasu wolnego daje im możliwość na rozwinięcie działalności kościelnej i religijnej [za Kowalewski 2018].

Określony styl życia osób starszych jest uwarunkowany dodatkowo wieloma czynnikami, takimi jak: wykształcenie, poziom zdrowia psychofizycznego, środowisko lokalne czy warunki materialne. Wymienione czynniki motywują (lub ograniczają) do uczestnictwa w kulturze, życiu społecznym. Współczesne środki masowego przekazu oraz łatwiejszy dostęp do informacji, które powodują rozbudzenie i ciekawość innymi formami aktywności, motywują do osobistych spotkań z innymi, podejmowania nowych zachowań społecznych. Przykładem dynamicznego wzrostu aktywności społecznej ludzi starszych jest ich uczestnictwo we wspólnotach, stowarzyszeniach wyznaniowych, klubach seniora czy uniwersytetach trzeciego wieku (UTW).

Biologiczny i psychospołeczny wymiar procesu starzenia się

Zjawiska zachodzące w procesie starzenia się determinują zmiany biologiczne oraz psychospołeczne, które warunkują istotę starzenia się jednostki oraz wyznaczają sposób funkcjonowania osób starszych w społeczeństwie.

Zych [2017] twierdzi, że starzenie się biologiczne „cechuje stopniowe wygasanie funkcji poszczególnych narządów i układów przy jednoczesnym wykorzystaniu mechanizmów kompensacyjnych, które umożliwiają zachowanie stałości środowiska wewnętrznego, czyli homeostazy, a tym samym zachowania życia. Wraz z zaawansowaniem starzenia możliwości kompensacyjne jednak maleją, zmniejsza się prawdopodobieństwo zachowania życia, a wzrasta prawdopodobieństwo śmierci”.

W literaturze gerontologicznej autorzy podkreślają indywidualny charakter biologicznego starzenia się, który może przebiegać odmiennie i niepowtarzalnie dla każdej jednostki społecznej. Jest on rezultatem zmian zachodzących w układach organizmu człowieka oraz pogarszania się funkcji poszczególnych narządów. Proces starzenia się jest indywidualny dla każdej jednostki społecznej, jednak bez względu na sposób rozpatrywania jest powszechny (dotyczy każdego) oraz destrukcyjny (upośledzenie funkcji komórek, a co za tym idzie, również tkanek i narządów). Gerontologia upatruje przyczyn zagrożeń dla zdrowia i przyspieszenia procesu starzenia się w czynnikach biologicznych takich jak: niewłaściwie odżywianie, zmniejszenie lub brak aktywności fizycznej, przeciążenie układu nerwowego różnego rodzaju negatywnymi bodźcami (hałas, monotonia, stres psychiczny), palenie papierosów, picie alkoholu czy lekomania (szczególnie zauważalna wśród osób starszych). Ww. czynniki niewątpliwie wpływają na pogarszanie się biologicznych funkcji organizmu, którego skutki dostrzegane są przez człowieka i są jednymi z pierwszych objawów informujących o regresie organizmu [Bugajska 2005].

Ważną cechą biologicznego wymiaru starzenia się jest osłabienie układów obronnych organizmu, czego konsekwencją jest obniżona odporność, częstsze infekcje, procesy nowotworowe i zaostrzenie współistniejących chorób, np. cukrzycy czy niewydolności serca, chorób przewlekłych [Parnowski 2013]. W procesie starzenia się już w średnim wieku następuje stopniowy zanik (atrofia) czynnych komórek w poszczególnych tkankach i narządach, średnio o 1% na dekadę życia. Stopniowo zanika masa kostna i mięśniowa, spowalnia podstawowa przemiana materii, osłabieniu ulegają funkcje poszczególnych układów. Wiek podeszły koreluje ze wzrostem występowania osteoporozy, chorób nowotworowych, cukrzycy, zmian zwyrodnieniowych układu kostno-stawowego (dotykających 30–70% populacji osób po 65. roku życia), chorób płuc oraz uszkodzeń narządów zmysłów (pogorszenie wzroku następuje

u prawie 75% osób pomiędzy 65. a 70. rokiem życia, a upośledzenie słuchu u ok. 30% populacji powyżej 65. roku życia). Dodatkowo wraz z procesem starzenia zmienia się sylwetka ciała, ogólna sprawność funkcjonalna i intelektualna. Pojawiają się również problemy związane z aparatem ruchu, tj. ograniczenie mobilności, unieruchomienie, zaburzenia stabilności postawy, skłonność do upadków [Urbaniak i wsp. 2021]. Starość charakteryzuje się przewagą procesów katabolicznych nad anabolicznymi. W tej fazie życia tempo destrukcji jest mniejsze niż tempo budowy w młodości, aczkolwiek naturalne procesy starzenia się ulegają przyspieszeniu pod wpływem różnego rodzaju schorzeń starszego pokolenia.

Starzenie się człowieka jest procesem wielowymiarowym. W celu uzyskania pełnego jego obrazu należy wziąć pod uwagę nie tylko badania z zakresu nauk biomedycznych, ale również rozważania na płaszczyźnie społecznej oraz psychologicznej. Refleksja nad coraz bardziej ujawniającymi się symptomami regresu w wymiarze biologicznym pociąga za sobą rozważania nad zmianami wskazującymi na starzenie się w aspekcie psychicznym, w którym uwzględnia się jego indywidualny charakter, ale dostrzega się również liczne przejawy negatywnych, jak i pozytywnych zmian. Analiza starzenia się w wymiarze psychicznym dotyczy zmian z zakresu zdolności psychosomatycznych, myślenia, uczenia się, zapamiętywania czy umiejętności. Wśród charakterystycznych zachowań osób starszych wymienia się m.in apodyktyczność, hipochondrie, konserwatyzm czy egocentryzm. Inwolucji ulega pamięć, uwaga, szybkość odbierania bodźców zewnętrznych [Pecyna 1990].

Warto podkreślić, że w literaturze przedmiotu często spotyka się charakterystykę negatywnych zmian w sferze psychicznej, jednak proces starzenia się, jak i sama starość niesie za sobą również wachlarz pozytywnych zmian. Wraz z wiekiem utrwała się struktura osobowości, co daje poczucie stabilizacji, zmniejsza się niepokój wywołany szybkim tempem życia. Z biegiem czasu słabnie również chęć przekształcania otoczenia, słabną chęci do działania czy proces percepcji świata. Pozytywnym aspektem ww. zmian jest zdolność do realnej syntezy, dystans w stosunku do siebie samego jak i otoczenia. W wielu dziedzinach życia człowiek starszy ma większy repertuar zachowań, używa bardziej efektywnych strategii. Trafiałek twierdzi, że ludzie starzy potrafią korzystać ze swojego doświadczenia, chętnie się nim dzielą, potrafią unikać wielu błędów, racjonalnie oceniać realia rzeczywistości. Warto podkreślić, że mają oni dużą zdolność retrospektywnego myślenia, co powoduje, że potrafią odtworzyć zdarzenia z przeszłości z wieloma szczegółami. Są to walory niepowtarzalne i nieosiągalne w innych etapach życia. Według Eriksona starość to czas pełnej dojrzałości i mądrości, odnalezienia w życiu wartości i znaczenia rozwiązywania problemów [za Bugajska 2005].

Analizując wymiar psychiczny starości, warto podkreślić, że wraz z wprowadzeniem nowych metod i narzędzi badawczych zachwiano tzw. koncepcją deficytu intelektualnego ludzi starych mówiącą, że wraz z wiekiem inteligencja człowieka obniża się. Okazało się, że wraz z upływającym czasem niektóre elementy składowe inteligencji u osób starszych pogarszają się, inne zaś wręcz odwrotnie. Badania wykazały, że seniorzy mają gorszą pamięć, przy czym szybciej pogarsza się pamięć pierwotna niż długotrwała. Obok pamięci słabnie również szybkość psychomotoryczna, myślenie logiczno-abstrakcyjne czy zdolności kombinacyjne. Natomiast inwolucji nie ulegają wraz z wiekiem: umiejętność rozwiązywania codziennych problemów, praktycznego wnioskowania, wiedza czy koncentracja w czasie rozwiązywania zadań [Szatur-Jaworska, Błędowski, Dziegielewska 2006].

Proces starzenia się wyznaczony jest nie tylko przez zmiany psychiczne czy biologiczne, ale również przez sytuacje społeczne, w jakich znajdują się osoby starsze, uwarunkowane przyjętymi wyobrażeniami o starości i jej postrzeganiem. Zych [2017] wskazuje, że „starzenie się w wymiarze społecznym to przemiana potrzeb i ról społecznych, stylu życia i zabezpieczenia ekonomicznego osoby starzejącej się, a zarazem to, jak jednostka postrzega proces starzenia się i jak odnosi się do niej dane społeczeństwo”.

Obraz starości przybiera różne oblicza w zależności od korelacji, jaka zachodzi pomiędzy człowiekiem, społeczeństwem a kulturą. Pozycja społeczna człowieka starego w XXI w. nie daje mu poczucia bezpieczeństwa, czego w dużej mierze powodem jest model małej rodziny bez miejsca dla tzw. „trzeciej generacji”. Sytuacja ta niejednokrotnie stawia człowieka starego przed trudnymi problemami, takimi jak osamotnienie czy izolacja. Współczesny świat stawia na piedestale szeroko pojętą młodość, dla której wiek sędziwy nie jest symbolem mądrości, lecz raczej zniedołężnienia, zależności od innych czy finansowego obciążenia dla społeczeństwa.

W związku z powyższym osoby wkraczające w wiek senioralny muszą niejednokrotnie sprostać ekskluzji społecznej czy deprywacji, czego konsekwencją jest pogarszanie się procesów adaptacyjnych związanych z nowymi rolami społecznymi i poczucia życiowej satysfakcji. Mimo wszystko coraz częściej poprzez działania wielu instytucji, które dostrzegają rolę i znaczenie seniorów, zauważalny jest wzrost aktywności osób w wieku 65 lat i więcej. Daje to gwarancję pozytywnej starości, stając się czynnikiem obniżającym negatywne aspekty starzenia się na płaszczyźnie społecznej, biologicznej oraz psychicznej [Błońska 2016].

Badania prowadzone przez Miśkowiec [2015] na grupie 600 osób (uczniowie szkół podstawowych, gimnazjalnych, studenci oraz osoby młode do

35. roku życia) w latach 2013–2015 dotyczące postrzegania osób starszych wskazują, że młodzi ludzie doceniają doświadczenie i mądrość seniora. Zauważają jednak, że starsze pokolenie ma tendencje do nietolerancji, kontrolowania tego, co się dzieje, oraz wścibskości. Wśród problemów osób starszych dostrzeganych przez badanych najczęściej wymieniają choroby kojarzone z wiekiem starczym, samotność czy brak samodzielności. Warto zauważyć, że respondenci wskazują na konieczność aktywności ruchowej, która traktowana jest jako profilaktyka chorób, niwelowanie problemów wieku starczego.

Wiek podeszły jest zjawiskiem wielowymiarowym będącym implikacją poprzednich etapów życia, na które składają się zmiany biologiczne, psychiczne oraz społeczne uwarunkowane wzorcami kulturowymi starości oraz przynależności do kohorty.

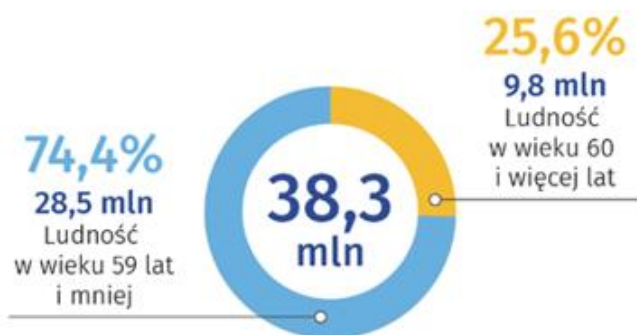
Demograficzna problematyka starzenia się oraz starości – stan obecny i perspektywy na przyszłość

Proces starzenia się społeczeństw, w których udział osób starszych w ogólnej liczbie ludności staje się coraz większy, jest jednym z najbardziej charakterystycznych zdarzeń demograficznych XXI w. Badania demograficzne dotyczące procesu starzenia się stanowią podstawę do ilościowego rozpoznania sytuacji obecnej i perspektyw na przyszłość. Pozwalają ponadto ocenić stopień zaawansowania zjawiska, jego dynamikę w mikro- i makroprzestrzeni oraz stanowią niewątpliwie wartość poznawczą ww. zagadnienia, jak również są podstawą do formułowania ocen i prognoz pozademograficznych badanego zjawiska.

Rzeczywistość demograficzna w populacjach obszarów rozwiniętych jak również przewidywania prognostyczne na kolejne lata sygnalizują rosnący w nich udział osób w wieku starczym bez względu na przyjmowane granice dla tego wieku w tych subpopulacjach.

W Polsce trwający proces starzenia się populacji jest konsekwencją wydłużania się życia i pogłębiany jest niskim poziomem dzietności. Jednocześnie powyższe zmiany są zintensyfikowane przez emigrację młodych osób do krajów lepiej rozwiniętych gospodarczo.

Na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego poniżej zaprezentowano udziały procentowe ludności w wieku 60 lat i więcej w populacji Polski potwierdzające stopniowy proces starzenia się społeczeństwa kraju (do analizy przyjęto przedział czasowy 2017–2020; wyk. 1–4).



LUDNOŚĆ OGÓŁEM

Wyk. 1. Ludność w wieku 60 + w populacji Polski w 2020 r.

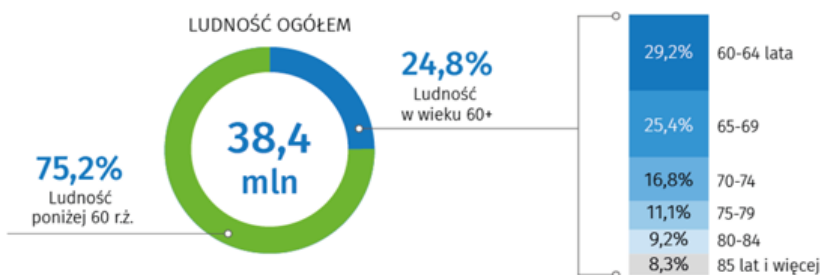
Źródło: GUS 2022.



LUDNOŚĆ OGÓŁEM

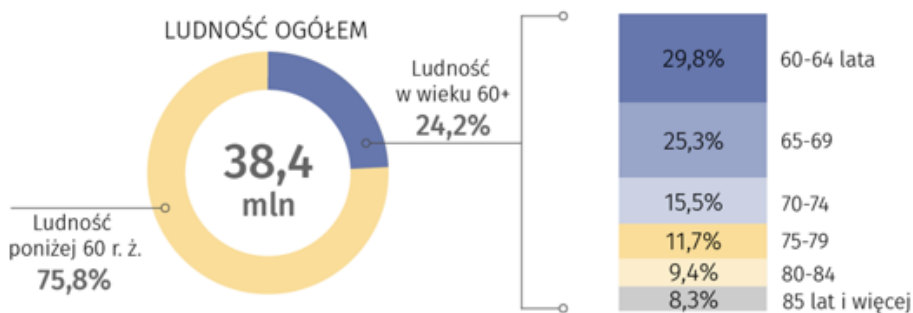
Wyk. 2. Ludność w wieku 60 + w populacji Polski w 2019 r.

Źródło: GUS 2021.



Wyk. 3. Ludność w wieku 60 + w populacji Polski w 2018 r.

Źródło: GUS 2020.

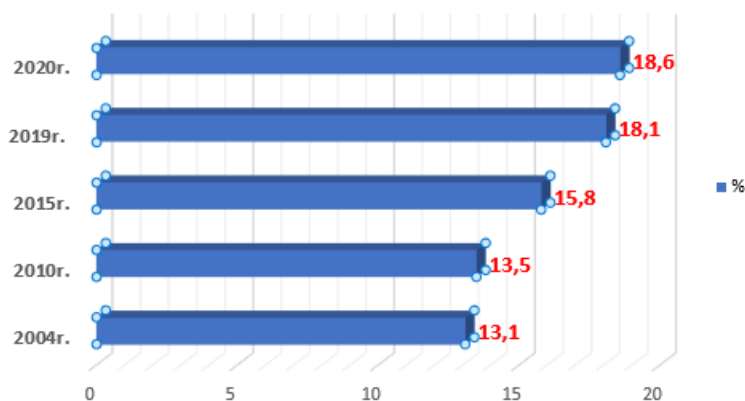


Wyk. 4. Ludność w wieku 60+ w populacji Polski w 2017 r.

Źródło: GUS 2019.

W dyskursie socjologicznym w miarę postępu i wydłużania się średniej życia pojawiają się kwestie korygowania umownego progu starości. Coraz częściej w badaniach socjologicznych za umowny próg starości przyjmuje się wiek 65 lat i więcej zamiast funkcjonującego dotychczas 60 lat i więcej. W związku z powyższym autorzy publikacji jako dolną granicę wieku senioralnego do dalszych analiz przyjęli wiek 65 lat.

W perspektywie kolejnych lat liczba osób w wieku 65 lat i więcej nadal będzie dynamicznie wzrastać ze względu na wchodzenie do niej osób urodzonych w okresie powojennym, tj. w latach 50. i 60. ubiegłego wieku [GUS 2014]. Według opracowania GUS w 2020 r. osoby w wieku 65 lat i więcej stanowiły 18,6% ludności ogółem w Polsce (wyk. 5). Dane statystyczne wskazują na stały wzrost odsetka osób starszych w strukturze społeczeństwa, w 2004 r. – było to 13,1%, w 2010 – 13,5%, w 2015 – 15,8%, a w roku 2019 – 18,1% [GUS 2021].



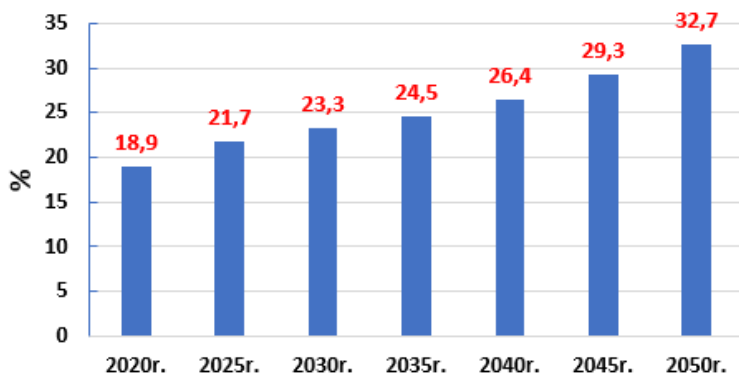
Wyk. 5. Osoby w wieku 65 lat i więcej w strukturze społeczeństwa polskiego (wybrane lata)

Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS 2021.

Istotną rolę w zwiększaniu się subpopulacji osób starszych będzie miało też wydłużanie się przeciętnej długości życia. Według informacji GUS-u w 2021 r. przeciętna długość życia mężczyzn w Polsce wyniosła 71,8 roku, natomiast kobiet – 79,7 roku. W porównaniu z 2019 r. skróciła się odpowiednio o 2,3 i 2,1 roku, co było związane z epidemią COVID-19, zaś w zestawieniu z rokiem 1990 wydłużyła się odpowiednio o 5,6 i 4,5 roku [GUS 2021].

Pomimo wydłużania się średniej długości życia Polska na tle innych krajów europejskich wypada nadal niekorzystnie. W 2020 r. pod względem oczekiwanej długości życia mężczyzn (72,5 roku) zajmowała dopiero 28. miejsce wśród 35 krajów uwzględnionych w bazach Eurostatu, wyprzedzając jedynie Bułgarię, Litwę, Rumunię, Łotwę, Serbię, Macedonię Północną oraz Węgry. W przypadku kobiet (80,7 roku) Polska była nieco wyżej w tym zestawieniu, tj. na 25. miejscu, gdyż przeciętna długość życia w tej grupie, oprócz wymienionych wyżej krajów, była dodatkowo dłuższa niż w Czarnogórze, Albanii i Słowacji [GUS 2021].

Polska znalazła się obecnie w sytuacji demograficznej, w której nawet wzrost współczynnika dzietności do poziomu prostej zastępowalności pokoleń nie spowoduje w krótkim okresie odwrócenia postępującego procesu starzenia się społeczeństwa. Według prognozy opracowanej przez Główny Urząd Statystyczny obejmującej okres do 2050 r. w strukturze ludności Polski nastąpi znaczne zmniejszenie się liczby dzieci i dorosłych, zaś zwiększy się udział osób starszych (wyk. 6). Powyższa prognoza przewiduje, iż w 2050 r. przekroczy on 30% ogólnej liczby ludności w Polsce.



Wyk. 6. Udział procentowy osób w wieku 65 lat i więcej w ogólnej liczbie ludności w Polsce (%)

Źródło: GUS 2014.

W strukturze ludności 65 lat i więcej do 2025 r. będzie wzrastał udział młodszej subpopulacji, tj. osób w wieku 65–79 lat, ponieważ ta grupa będzie zasilana przez osoby urodzone w wyżu demograficznym, który miał miejsce

w latach powojennych (1949–1965). Po 2025 r. wzrośnie odsetek osób w wieku 80 lat i więcej, ponieważ w wiek ten wejdą osoby pochodzące z tzw. powojennego boomu urodzeń (po 1945). Prognozuje się, że osoby w wieku 80 lat i więcej w końcu prognozowanego okresu, tj. w 2050 r., będą stanowiły ok. 32% subpopulacji osób starszych (65 lat i więcej) [GUS 2014, Murphy 2017].

Odzwierciedleniem postępującego procesu starzenia się społeczeństwa jest jedna z miar stosowana w analizach, tzw. całkowity współczynnik obciążenia demograficznego, który oznacza liczbę dzieci (0–14 lat) i starszych (65 lat i więcej) przypadającą na 100 osób w wieku 15–64 lata. Współczynnik obciążenia demograficznego osobami starszymi w 2013 r. miał zbliżone wartości zarówno dla miast, jak i wsi i było to odpowiednio 22 i 19 na 100 osób w wieku 15–64. Prognozy przewidują, że w miastach do 2050 r. liczba osób starszych przypadająca na 100 osób w wieku 15–64 lat ulegnie potrojeniu. Podobna skala zmian przewidywana jest na wsiach. Całkowity współczynnik obciążenia demograficznego wzrośnie z wartości 42 osób w 2013 do 81 w 2050 r. [GUS 2014].

The Department of Economic and Social Affairs (DESA) wskazuje, że współczynnik obciążenia demograficznego w 2019 r. w Europie wyniósł 30 osób w wieku 65 lat i więcej na 100 osób w wieku 20–64 lat (w wieku produkcyjnym). Raport przewiduje, że wskaźnik ten dynamicznie wzrośnie, osiągając w 2050 r. poziom 49 osób na 100 w skali europejskiej [DESA 2020]. Badania europejskie również zwracają uwagę na postępujący proces starzenia się populacji krajów Unii Europejskiej. Wyniki badań oraz prognoza zaprezentowane przez Europejski Urząd Statystyczny (Eurostat) wskazują, że populacja osób powyżej 65. r.ż. znacznie wzrośnie, od 90,5 mln osób w 2019 r. do 129,8 mln do 2050 r. Prognozuje się wzrost w omawianym okresie liczby osób w przedziale wiekowym 65–74 lata o 16,6%, zaś w wieku 75–84 o 56,1%. Najszybsze tempo wzrostu liczby osób przewiduje się w najstarszej subpopulacji seniorów, tj. w grupie wiekowej 85 lat i więcej. Prognozuje się, że liczba osób w tym wieku wzrośnie z 12,5 mln w 2019 r. do 26,8 mln w 2050 r. (wzrost ponaddwukrotny). Warto nadmienić, że liczba stulatków (osoby w wieku 100 lat lub więcej) wzrośnie z 96 600 w 2019 r. do blisko połowy miliona (484 000) do 2050 r. [Eurostat 2020].

Raport DESA przedstawia tempo wzrostu liczby osób starszych w wymiarze globalnym. W 2019 r. światowa populacja osób w wieku 65 lat lub starszych liczyła 703 mln. Przewiduje się, że liczba ta wzrośnie do 1,5 miliarda w 2050 r. Na całym świecie odsetek ludności w wieku 65 lat lub więcej wzrósł z 6% w 1990 r. do 9% w 2019 r. Prognozuje się, że odsetek ten wzrośnie do 16% w 2050 r., kiedy co szоста osoba na świecie będzie miała co najmniej 65 lat. W skali całego świata liczba osób w wieku 80 lat lub starszych

niemal się potroiła w latach 1990–2019, wzrosła z 54 mln do 143 mln. Wyniki raportu przewidują, że w latach 2019–2050 ponownie się potroi, osiągając 426 milionów. Niewątpliwie znaczący spadek dzietności oraz poprawa jakości życia w starszym wieku znacząco przyczyniły się do starzenia się populacji na całym świecie. W skali światowej osoba, która osiągnie wiek 65 lat w latach 2015–2020, może spodziewać się średnio dodatkowych 17 lat życia. Oczekuje się, że w latach 2045–2050 liczba ta wzrośnie do 19 lat [DESA 2020].

Warto dodać, że starzenie się społeczeństw przebiega jednocześnie z innymi zjawiskami demograficznymi, takimi jak: podwójne starzenie się, feminizacja i syngularyzacja starości. Zmiany demograficzne związane z podwójnym starzeniem się oznaczają dynamiczny wzrost liczby osób w wieku 80/85 lat i więcej mających specyficzne potrzeby zdrowotne czy bytowe [Szukalski 2014]. Feminizacja starości to konsekwencja nadumieralności mężczyzn oraz przeciętne dłuższe życie kobiet w kolejnych grupach wiekowych, czego konsekwencją jest nadwyżka kobiet nad mężczyznami (począwszy od 48–49 r.ż.). Ostatnie zjawisko zwane syngularyzacją jest niewątpliwie powiązane z feminizacją. Kobiety zmagają się z długotrwałym wdowieństwem, to prowadzi do syngularyzacji gospodarstw domowych, tj. do sytuacji, gdy większość osób najstarszych zamieszkuje w pojedynkę [Szukalski 2019].

W świetle raportów krajowych i zagranicznych wraz z upływem lat będzie rósł odsetek osób starszych. W związku z powyższym zmiany demograficzne współczesnej Europy, jak i świata wymagają głębszej analizy szeroko rozumianej problematyki starzenia się i starości oraz jej konsekwencji w celu utrzymania niezależności, samodzielności, odpowiedniego zdrowia, długoterminowej opieki oraz aktywności osób starszych.

Stereotypy starości człowieka – postrzeganie ludzi starszych

Powszechne postrzeganie starości ma pejoratywny wydźwięk, czego rezultatem jest negatywny obraz osób w wieku podeszłym. Literatura przedmiotu wskazuje również na zjawisko ageizmu, którego podmiotem są w szczególności osoby starsze. Starość posiada różne oblicza, dlatego ważny jest dyskurs społeczny, pokoleniowy, który wskaże również pozytywną wizję ostatniego etapu życia jednostki.

Stereotyp w naukach społecznych to „zbiór stałych, uproszczonych i nieuprawnionych, zabarwionych wartościująco uogólnień dotyczących pewnej grupy, klasy osób, sytuacji lub instytucji, często opartych na fałszywej lub niepełnej wiedzy, utrwalony przez tradycje i trudno podlegający zmianom [Zych 2017].

Odmierna ocena poszczególnych etapów życia ludzkiego prowadzi do występowania wielu stereotypów niejednokrotnie niewspółmiernych do rzeczywistości. Liczba seniorów w Polsce wciąż rośnie, dlatego ważne jest kształtowanie kultury współżycia społecznego, kultury poszanowania i akceptacji ludzi w tym etapie życia. Stereotypowe wyobrażenie osoby starszej w percepcji społecznej kreuje obraz istoty schorowanej, niedołążonej, wymagającej pomocy i stałej opieki, bezproduktywnej [Zych 2017].

Literatura przedmiotu wskazuje, że do najczęściej wymienianych stereotypów dotyczących osób starszych należy m.in. to, że: seniorzy wymagają opieki, niczego się już nie nauczą, z ludźmi starszymi nie można się porozumieć, wiele rzeczy seniorom z racji wieku nie wypada robić. Negatywny obraz seniora postrzegany jest przede wszystkim przez związek z takimi dziedzinami życia jak zdrowie, emerytura, kondycja finansowa. Często utrwalone stereotypy prowadzą do dyskryminacji. We współczesnym świecie osoby starsze spotykają się z następującymi formami dyskryminacji:

- dystansowaniem się;
- dewaluowaniem, czyli przekonaniem o dominacji negatywnych cech starzenia się i starości;
- delegitymizacją znajdującą odzwierciedlenie w przepisach prawa nieprzychylnych osobom starszym;
- segregacją;
- eksterminacją [Śliwa 2010].

Upředzenia oraz przyjęte i utrwalone stereotypy często prezentują seniorów jako osoby mniej sprawne i zdolne do wykonywania czynności o charakterze manualnym, emocjonalnym czy kognitywnym. Pozytywne cechy przypisywane i kojarzone z seniorami to szczególnie mądrość wynikająca z doświadczenia oraz życzliwość. Seniorzy bardzo często postrzegają samych siebie, tak jak ich postrzega znaczna część społeczeństwa. W związku z powyższym treść i znaczenie istniejących stereotypów pełni ważną funkcję i rolę w życiu osób starszych.

W literaturze przedmiotu pojawia się pojęcie ageizmu, czyli dyskryminacji wynikającej z występowania upředzeń związanych z wiekiem. Jego twórcą jest Butler, dyrektor Narodowego Instytutu Badań nad Starzeniem w USA, który uważa, że ageizm to „proces tworzenia stereotypów i dyskryminowania ludzi z powodu tego iż, są starzy” [za Palmore 1990]. WHO definiuje ageizm jako stereotypizację, upředzenia i dyskryminację osób na podstawie wieku [Officer, de la Fuente-Núñez 2018]. Późniejsi badacze podjęli się doprecyzowania ww. zagadnienia oraz rozszerzenia terminu na inne grupy wiekowe, jednak zgodnie z prezentowaną tematyką autorzy publikacji skupiają uwagę na ageizmie w stosunku do osób starszych.

Warto przytoczyć analizę pojęcia wg Szukalskiego, który uważa, że ageizm to zestaw przekonań, uprzedzeń i stereotypów mających swe podstawy w biologicznym zróżnicowaniu ludzi związanym z procesem starzenia się, które dotyczą kompetencji i potrzeb osób w zależności od ich chronologicznego wieku. Istota ageizmu w przypadku osób starszych polega na tym, że powyżej pewnego wieku każda osoba bezwzględnie nie jest w stanie wykonywać pewnych ról społecznych, zwłaszcza tych, które uważane są przez społeczeństwo za produktywne. Według Szukalskiego wynika to z przekonania o homogeniczności populacji osób starszych oraz o silnym związku pomiędzy wiekiem a zdrowiem i sprawnością [Szukalski 2008].

Zwrócono uwagę, że ageizm obejmuje nie tylko negatywne postawy wobec wieku starszego i procesów starzenia się, ale również postawy seniorów wobec siebie samych. Często osoby starsze przyjmują wobec siebie postawy deprecjonujące, które prowadzą do samoograniczania (np. rezygnacja z przynależnych praw, zgoda na nierównie traktowanie w sytuacjach codziennych, instytucjach, „bo my, ludzie starsi, już nie potrzebujemy...”). Przyjmowanie przez seniorów ww. postaw wobec własnej starości upowszechnia się, wpływa na ich oczekiwania i zachowania. Prowadzi to do internalizacji stereotypów wśród osób starszych, następnie dociera to do młodszych grup wiekowych, które z uznaniem zauważają zbieżność własnych poglądów z przekonaniami ludzi starszych [Urbanik i wsp. 2021]. Zjawisko to wyjaśnia Tomaszewska-Hońb, wskazując, że stereotypy starości ukształtowane w dzieciństwie i utrwalone w toku doświadczeń w kolejnych etapach życia powodują, że „siła uwewnętrznionego wzoru jest na tyle duża, że zgodnie z nim projektujemy własną starość, a wówczas zinternalizowane stereotypy stają się autostereotypami” [Tomaszewska-Hońb 2019].

Możemy wyróżnić dwa rodzaje ageizmu: pozytywny i negatywny. Z ageizmem pozytywnym mamy do czynienia – kiedy to osobom starszym przypisuje się szczególnie umiejętności wynikające z ich długiego życia. np. mądrość wynikająca z życiowego doświadczenia. W ogólnym ujęciu dotyczy on również pozytywnych cech przypisywanych seniorom, jak: cierpliwość, rozsądek, ostrożność, umiejętność radzenia sobie w trudnych sytuacjach [Wiktorowicz 2016]. Drugi rodzaj to ageizm negatywny – przejawia się głównie w myśleniu, że osoby starsze są niezdolne do wykonywania pewnych czynności zarówno w sensie manualnym, emocjonalnym, jak i kognitywnym. Ageizm negatywny może przybierać dwie podstawowe formy: indywidualną i instytucjonalną. Przejawem pierwszej jego postaci może być gerontofobia, czyli obawa przed kontaktem z osobami starszymi. Ageizm indywidualny pojawia się również w relacjach, postawach jednostek względem innych w starszym wieku. To np. różnego rodzaju nieprzyjemne zwroty, demonstrowanie zniecierpliwienia w relacjach młodszy – starszy. Występuje w rodzinie, jak i w różnych sferach życia publicznego.

Instytucjonalna forma ageizmu jest przejawem działalności określonych instytucji w stosunku do osób starszych, czego przykładem mogą być: dezaktywacja zawodowa ze względu na obligatoryjny wiek przejścia na emeryturę czy odmowa leczenia szpitalnego z powodu wieku. Kulturalne i społeczne podstawy ageizmu mają swe źródło w ludzkich postawach i przekonaniach. Może on objawiać się zarówno we wspomianej formie indywidualnej, jak i instytucjonalnej przez lekceważenie, ośmieszanie, protekcyjność, segregację, nadopiekuńczość itp. [Szukalski 2008, Eastman 2019].

Warto przytoczyć wyniki badań przeprowadzonych przez [Chang i wsp. 2020], które potwierdzają występowanie ageizmu instytucjonalnego w skali globalnej. Wskazują one, że osoby starsze spotykały się z problemem starzenia się na wszystkich etapach cyklu zatrudnienia. Pracodawcy znacznie rzadziej zatrudniają starszych niż młodszych kandydatów do pracy. Po zatrudnieniu starsi pracownicy mieli mniejszy dostęp do szkoleń, a ci, którzy czuli się dyskryminowani w miejscu pracy ze względu na wiek, częściej przechodzili na wcześniejszą emeryturę. Badania te obejmowały zarówno pracowników fizycznych, jak i umysłowych mieszkających w 17 krajach na czterech kontynentach.

Ageizm na poziomie strukturalnym jest nierozzerwalnie związany z tym na poziomie jednostkowym, ponieważ dyskredytujące poglądy na temat starzenia się, które są propagowane słowem i czynem na poziomie strukturalnym, są asymilowane na poziomie indywidualnym [Levy i wsp. 2018].

Obecnie szeroko rozumiana starość pozostaje w konflikcie ze standardami kultury współczesnej. Stereotypy niejednokrotnie niebędące odzwierciedleniem rzeczywistości, które towarzyszą współczesnej kulturze, powodują, że problematyka starzenia się schodzi na dalszy plan. Jednak znaczący udział osób starszych w społeczeństwie coraz częściej powoduje, że proces starzenia się i starość stają się ważnym tematem w aspekcie zachodzących zjawisk w kulturze. Należy zwrócić uwagę i jednoznacznie podkreślać znaczącą rolę osób starszych w (uwzględniając relacje pomiędzy jednostką, społeczeństwem a kulturą) w celu minimalizowania utrwalonych stereotypów i kreowania pozytywnego wizerunku seniora, czemu niewątpliwie służą m.in. uniwersytety trzeciego wieku.

Piśmiennictwo

- Błońska K. (2016). Aktywność – klucz do szczęśliwej starości. W: Kapica M., Olewicz T. (red.). Aktywność seniora jako wartość podmiotowa. Wydawnictwo WSZIA, Opole: 66–70.
- Bugajska B. (2005). Tożsamość człowieka w starości. Wydawnictwo Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin: 17–24.

- Chang E.-S., Kanno S., Levy S., Wang S.-Y., Lee J.E., Levy B.R. (2020). Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *PLoS ONE*, 15(1): 5.
- Department of Economic and Social Affairs. (2020). *World Population Ageing 2019*. United Nations, New York: 1–13.
- Eastman M. (2019). Compassionate Ageism: Reinforcing 'the terror of age; the weak, catastrophic victim of age? <https://www.independentage.org/ageism-plus/ageism-plus-blog/compassionate-ageism-reinforcing-terror-of-age-weak-catastrophic> (27.02.2023).
- Eurostat, European Statistical Office, Ageing Europe (2020) Looking at the lives of older people in the EU. Statistical books 2020 edition: 17.
- Główny Urząd Statystyczny (2014). Prognoza ludności na lata 2014–2050. Warszawa: 136–140.
- Główny Urząd Statystyczny (2019). Infografika, Warszawa.
- Główny Urząd Statystyczny (2020). Infografika, Warszawa.
- Główny Urząd Statystyczny (2021). Infografika, Warszawa.
- Główny Urząd Statystyczny (2021). *Rocznik demograficzny. Demographic Yearbook of Poland 2021*, Warszawa: 48.
- Główny Urząd Statystyczny (2021). *Trwanie życia w 2021 r.* Warszawa: 9–19.
- Główny Urząd Statystyczny (2022). Infografika – Dzień Babci i Dziadka.
- Kościńska E. (2010). *Edukacja zdrowotna seniorów i osób przewlekle chorych*. Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz: 37.
- Kowalewski T. (2018). Społeczne uwarunkowania stylu życia osób starszych. Ludzie starzy i starość – rozważania teoretyczne. *Pedagogika Społeczna*, 17, 3(69): 104.
- Levy B.R., Slade M.D., Chang E.S., Kanno S., Wang S.Y. (2018). Ageism amplifies cost and prevalence of health conditions. *The Gerontologist*, 60(1): 174–181.
- Miśkowiec E. (2015). Postrzeganie osób starszych przez młodzież. W: Chrost M., Grudziński A. (red.). *Jesień życia. Wybrane konteksty postrzegania i doświadczania starości oraz aktywizacji seniorów*. Wydawnictwo WAM, Kraków: 28–34.
- Murphy M. (2017). Demographic determinants of population aging in Europe since 1850. *Population and Development Review*, 43(2): 257–283.
- Officer A., de la Fuente-Núñez V. (2018). A global campaign to combat ageism. *Bulletin of the World Health Organization*, 96 (4), 295–296.
- Osiński W. (2013). *Gerokinezojologia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa: 2.
- Palmore E.B. (1990). *Ageism: negative and positive*. Springer Publishing Company, New York: 219.
- Parnowski T. (2013). Jak się starzejemy? Wymiar biologiczny procesu starzenia się. W: Lipka-Szostak K. (red.) *Edukacja osób starszych. Uwarunkowania, trendy i metody*. Stowarzyszenie Trenerów Organizacji Pozarządowych, Warszawa.
- Pecyna M.B. (1990). Psychoprofilaktyka procesu starzenia się. *Zdrowie Publiczne*, 1–4: 56–66.
- Rokicki A. (2016). Starość nie znaczy bierność – współczesne metody aktywizowania seniorów. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Lublin – Polonia*, 29: 186.
- Słownik języka polskiego PWN. <https://sjp.pwn.pl/slowniki/senilizm.html> [dostęp: 20.03.2023].
- Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dziegielewska M. (2006). *Podstawy gerontologii społecznej*. Wydawnictwo ASPRA-JR, Warszawa: 14–62.
- Szukalski P. (2008). Ageizm – dyskryminacja ze względu na wiek. W: Kowaleski J.T., Szukalski P. (red.). *Starzenie się ludności Polski*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego: 153–176.
- Szukalski P. (2014). Ludzie bardzo starzy w Polsce – niewidoczna grupa docelowa polityki społecznej? *Studia Demograficzne*, 2(166): 57–78.
- Szukalski P. (2019). Polska – kraj starych ludzi! 1/4 Polaków ma przynajmniej 60 lat. *Demografia i Gerontologia Społeczna – Biuletyn Informacyjny*, 3: 1–5.

- Śliwa S. (2010). Postawy osób młodych (studentów) wobec starzejących się osób. W: Rogala S. (red.). *Starość i jej konsekwencje społeczno-rodzinne*. Wydawnictwo WSZIA, Opole: 99–101.
- Tomaszewska-Hołuż B. (2019). Stereotypizacja starości – wybrane przejawy ageizmu. *Cywilizacja i Polityka*, 17: 90–100.
- Urbaniak B., Chałas M., Szukalski P., Zimny R., Błaszczak R., Zadworna M. (2021). Trwałość i zmienność procesów starzenia się i starości. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź–Kraków: 104–150.
- Wiktorowicz J. (2016). Międzypokoleniowy transfer wiedzy a wydłużanie okresu aktywności zawodowej. Wydawnictwo UŁ, Łódź: 73.
- Zalega T. (2016). Segment osób w wieku 65+ w Polsce. Jakość życia – Konsumpcja – Zachowania konsumenckie. Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego: 17.
- Zych A. (2017). *Leksykon gerontologii*. Wydawnictwo Impuls, Kraków: 67–169.

III

ZDROWIE I JAKOŚĆ ŻYCIA OSÓB PO 65. ROKU ŻYCIA

Coraz więcej osób uważa jesień życia za czas wielkich możliwości, zwieńczenie wcześniejszych zmagañ. Jest to czas refleksji nad pełnią życia, ale zarazem szansa na dalszy rozwój, uczenie się i poznawanie świata. Lata, w których jednostki są już wolne od obowiązków rodzicielskich i pracy zawodowej, nazywa się często trzecim wiekiem. W tym dłuższym niż kiedykolwiek przedtem okresie osoby mogą prowadzić swobodny, niezależny tryb życia, podróżować, doksztalać się lub nabywać nowych umiejętności. Badania nad czasem wolnym ludzi starszych są istotne, gdyż pokazują, co można zrobić, by ułatwić i umilić jesień życia emerytom. Działania podejmowane w celu zbadania potrzeb seniorów dają jasny obraz młodemu społeczeństwu, co czeka ich w przyszłości i co należy zrobić, by przełamać stereotypy wizerunku emerytury.

Zdrowie jest pojęciem wielowymiarowym, trudnym do jednoznacznego, uniwersalnego określenia. Według definicji WHO „zdrowie to nie tylko całkowity brak choroby czy jakiegokolwiek kalectwa, ale również stan pełnego, fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu (dobrego samopoczucia)” [Szumiec 2016]. Definicja WHO silnie akcentuje znaczenie zdrowia w życiu każdego człowieka i troskę o każdą sferę życia jednostki. Kościńska zwraca też uwagę na humanistyczną koncepcję zdrowia, podkreślając, że jest to również wielopoziomowy, dynamicznie zmieniający się stan psychiczny, jak m.in. radość, smutek, rozwój uczuć, realizacja ideałów osobistych czy społecznych [Kościńska 2010]. W związku z powyższym początkowe ujmowanie zdrowia z biomedycznego punktu widzenia zostało rozszerzone o sferę społeczną, duchową oraz psychiczną funkcjonowania jednostki społecznej.

Nierozzerwalnie z szeroko pojętym terminem zdrowie wiąże się pojęcie jakości życia. Według WHO jakość życia to „sposób, w jaki każdy człowiek ocenia swój stan zdrowia fizycznego, samopoczucia, samodzielności i stopnia niezależności oraz jakość relacji ze środowiskiem, a także stan osobistych poglądów i przekonań [Gawor, Głębocka 2008]. Zdaniem Bauman [2006] jakość życia „jest zagadnieniem badawczym o charakterze interdyscyplinarnym. Pojęcie jakości

życia ma bezpośredni związek ze sferą psychiczną człowieka, jest ona również rozpatrywana przez pryzmat zaspakajania potrzeb typu egzystencjalnego – «być» oraz potrzeb dotyczących kontaktu społecznego – «kochać i być kochanym». Jakość życia to pojęcie związane z przyjętymi przez jednostkę systemami wartości, aspiracjami, oczekiwaniami człowieka i grup społecznych”.

Miernikami jakości życia jest funkcjonowanie społeczne, psychiczne, samopoczucie, ale również zdrowie i sprawność fizyczna. Dla każdej osoby starszej jakość życia ma inny wymiar, jest sumą czynników obiektywnych (np. status społeczny) oraz subiektywnych (np. ocena dolegliwości, poziom sprawności). Szczególnie na etapie starzenia się i starości jednostka społeczna warunkuje jakość życia stanem zdrowia, który wpływa na zachowanie jej niezależności i samodzielności w codziennym funkcjonowaniu oraz rzutuje na jej dobrostan psychiczny oraz społeczny.

Edukacja zdrowotna zaś jest całościowym procesem uczenia się, jak zachować oraz doskonalić zdrowie, a w przypadku choroby aktywnie uczestniczyć w jej leczeniu i zmniejszać jej negatywne skutki [Woynarowska 2007]. Współcześnie w edukacji zdrowotnej możemy wyróżnić podejście: promocyjne (w tym znaczeniu edukacja zdrowotna powinna zmierzać do potęgowania działań służących zdrowiu i eliminowania zachowań antyzdrowotnych), profilaktyczne (celem podejmowanych działań jest zmiana dotychczasowych zachowań, a w konsekwencji zmniejszenie ryzyka wystąpienia choroby) oraz terapeutyczne (w tym ujęciu edukacja przygotowuje chorego do aktywnego udziału w procesie leczenia) [Kościńska 2010]. Nawiązując do wielopłaszczyznowej definicji zdrowia, problematyka edukacji zdrowotnej obejmuje takie zagadnienia jak: zdrowe żywienie seniorów, aktywność edukacyjna, wsparcie społeczne, aktywne uczestnictwo w życiu społecznym, jak również aktywność fizyczna. Odpowiednia dla wieku i stanu zdrowia aktywność ruchowa jest jednym ze środków, który przebieg starzenia się może uczynić łagodniejszym oraz opóźnić procesy inwolucyjne. Podtrzymywanie aktywności osób starszych przyczynia się do lepszej ich wydolności intelektualnej, poczucia własnej wartości oraz równowagi emocjonalnej. Przede wszystkim jednak pozwala na zachowanie dobrej kondycji fizycznej, a tym samym większej samodzielności w wieku starczym.

Ruch to jedna z najbardziej pierwotnych i podstawowych czynności życiowych człowieka, który potrzebuje go, aby żyć i funkcjonować w swym ekosystemie. Odmawianie komuś możliwości ruchu to tak, jakby zabronić mu jeść lub spać. Zażywać ruchu w jakiegokolwiek formie powinien każdy, niezależnie od wieku czy stanu zdrowia. U osób w gorszym stanie zdrowia lub z niższym poziomem sprawności fizycznej i ruchowej formy ruchu powinny być dostosowane do indywidualnych potrzeb i możliwości organizmu na podstawie obiektywnej oceny stanu zdrowia dokonanej przez lekarza. Ruch jest podstawowym czynnikiem stymulującym rozwój fizyczny i sprawność motoryczną człowieka. Jednak jego niedostatek, a także nadmiar jest przyczyną zaburzeń i zwią-

szonego ryzyka chorób [Czaplicki 2008]. Ponadto ruch wpływa na równowagę biologiczną jednostki, ułatwia jej socjalizację, stanowi warunek rozwoju psychomotorycznego. Jednocześnie przywraca równowagę psychiczną w sytuacjach nadmiernego napięcia emocjonalnego [Czaplicki 2008].

Niski poziom aktywności ruchowej ludzi starszych jest coraz częściej poruszonym problemem społecznym, demograficznym oraz medycznym. Godne starzenie się powinno być standardem dla wszystkich ludzi wchodzących w wiek podeszły. Dlatego bardzo ważne jest zwrócenie uwagi na problematykę aktywności fizycznej seniorów oraz kształtowanie świadomości wśród ww. grupy społecznej na temat możliwości aktywnego i zdrowego stylu życia po przekroczeniu 60. roku życia. Poszukiwanie zaś możliwości i metod zachęcania osób starszych do zwiększania ich uczestnictwa w zdrowym stylu życia, w którym aktywność fizyczna zajmuje kluczową pozycję, jest istotnym zadaniem specjalistów z zakresu kultury fizycznej, zdrowia, gerontologii, geragogiki oraz przedstawicieli kształtujących politykę socjalną. Sprawność fizyczna jest wyrazem zaradności ruchowej człowieka, a człowiek zaradny to taki, który potrafi sobie poradzić w różnych sytuacjach, w jakich może się znaleźć. Zaradność ruchowa jest wyrazem motorycznego przystosowania do warunków egzystencji [Przewęda 2002]. Sprawność jako zaradność ruchowa opiera się na co najmniej trzech filarach. Żeby wykazać się sprawnością niezbędną do wykonania zadania ruchowego w życiu, trzeba móc podołać wysiłkowi, trzeba umieć zadanie rozwiązać i chcieć zaangażować się w jego wykonanie. Te wartości składają się na podstawę funkcjonowania człowieka w każdym wieku.

Stan zdrowia seniorów w Polsce i na świecie – analiza porównawcza

W Europie wzrasta świadomość problemów związanych ze stale rosnącą liczbą osób starszych. Wielu seniorów doświadcza ograniczeń funkcjonalnych związanych z wiekiem i/lub niepełnosprawnością [www.thenapa2.org].

Do najważniejszych zmian w organizmie starzejącego się człowieka można zaliczyć:

- a) zmiany o charakterze morfologiczno-biochemicznym w zakresie komórek, tkanek, zmiany w składzie ciała i we właściwościach płynów ustrojowych;
- b) zmiany w zakresie tzw. rezerw narządowych;
- c) zmiany w zakresie możliwości adaptacji organizmu do np. obciążeń fizycznych, biologicznych, obciążeń na tle psychologicznym itp.;
- d) zmiany w układzie immunologicznym – zwiększone ryzyko zapadania na różnego rodzaju choroby immunologiczne;
- e) zwiększone ryzyko zapadania na choroby cywilizacyjne;
- f) wzrost ryzyka śmierci wraz z postępującym wiekiem [Gutkowska 2015].

Należy podkreślić, że starzenie się nie pokrywa się z wiekiem biologicznym, który jest wynikiem procesu starzenia się. Starość to coś znacznie więcej niż zmiany i uwarunkowania fizyczne. Zachowanie dobrego stanu zdrowia i samopoczucia w wieku podeszłym stanowi znaczny problem społeczeństw. Na szczególną uwagę zasługują osoby starsze niepełnosprawne, które są zróżnicowaną grupą – są to jednostki, które urodziły się z niepełnosprawnością lub nabyły ją we wcześniejszych fazach życia. W ujęciu Zycha problemy seniorów wynikające z niepełnosprawności pojawiają się w zakresie:

- a) immobility, czyli tzw. brak mobilności lub brak możliwości poruszania się, które prowadzą do tzw. niepełnosprawności ruchowej;
- b) immunological defidency – zaburzenia odporności immunologicznej;
- c) impotence, czyli impotencja płciowa, która może wynikać np. z chorób prostaty lub Alzheimerera;
- d) inanition, czyli wszystkie aspekty związane z wyniszczeniem organizmu – wycieńczeniem na skutek np. niedożywienia;
- e) incontience, czyli zaburzenia zwieraczy (zakres utrzymania moczu/stolca);
- f) instability, czyli zaburzenia równowagi, lokomocji, które prowadzą np. do upadku seniora;
- g) insomnia, czyli bezsenność;
- h) intellectual impairment, czyli np. upośledzenie umysłowe, zaburzenia związane ze świadomością – otępienie, które pojawia się u seniorów;
- i) isolation, czyli izolacja społeczna [za Gutkowska 2015].

Osoby starsze często cierpią na tzw. występowanie zespołów geriatrycznych, które wpływają na znaczne pogorszenie się ich stanu zdrowia i zwiększenie stopnia zachorowalności na poszczególne choroby. Do tzw. wielkich zespołów geriatrycznych zalicza się:

- zaburzenia zwieraczy – wspomniane problemy z nietrzymaniem moczu lub stolca;
- zaburzenia o charakterze otępienia – występują na skutek zaburzeń w mózgu / chorób mózgu (np. choroba Parkinsona, Alzheimerera, problemy z pamięcią, zaburzenia mowy, orientacji itp.);
- stany depresyjne – osoby w podeszłym wieku ze względu na brak aktywności, izolację społeczną mogą cierpieć na depresję;
- zaburzenia lokomocji i równowagi;
- upośledzenia zmysłu wzrokowego i słuchowego [Gutkowska 2015].

Wpływ środowiska może znacznie zmienić długość życia większości organizmów. Występują często istotne różnice w stanie zdrowia, skali uczestnictwa w różnych dziedzinach życia i poziome niezależności pomiędzy poszczególnymi seniorami. Wdrażanie szerokich polityk socjalnych opierających się na kryterium wieku może być dyskryminujące i ograniczające dobrostan wieku podeszłego.

Główny Urząd Statystyczny przygotował na dzień 19.02.2016 notatkę na posiedzenie Sejmowej Komisji Polityki Senioralnej, w której przedstawił stan

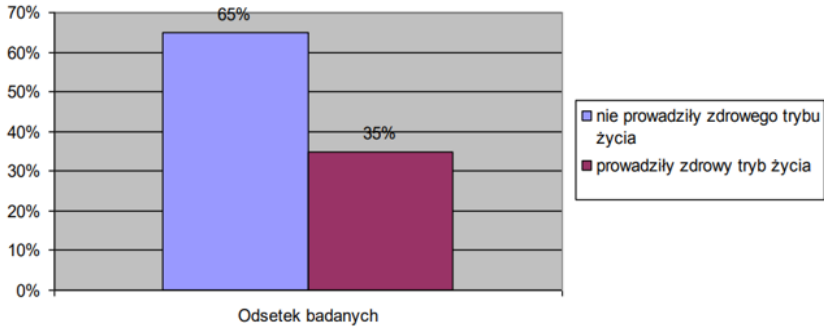
zdrowia i problemy zdrowotne osób starszych w Polsce na podstawie Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia 2014 r. (European Health Interview Survey – EHIS). Ww. badanie to kluczowe narzędzie z zakresu statystyki zdrowia publicznego stosowane przez Unię Europejską określające m.in. stan zdrowia, profilaktykę zdrowotną czy styl życia osób starszych. Przywołując wyniki tego badania, należy pamiętać, że dla części polskiego społeczeństwa będącego w wieku 75 lat i więcej okres dzieciństwa przypadła na skomplikowany czas wojny oraz powojenny, kiedy warunki życia były trudniejsze, a jego poziom zdecydowanie niższy niż seniorów będących w wieku ok. 60 lat, co niewątpliwie miało istotny wpływ na wybór odpowiedzi dotyczących m.in. zdrowia.

Jak wynika z przeprowadzanych badań, 43% ankietowanych oceniło swoje zdrowie jako „takie sobie, ani dobre, ani złe”, 29% jako „złe i bardzo złe”, a tylko 28% jako „bardzo dobre i dobre”. Indywidualna ocena stanu zdrowia seniorów obniża się wraz z wiekiem badanych [GUS 2016]. Podobnie prezentują się wyniki badań w raporcie GUS-u pt. *Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014–2050*, gdzie 45% badanych w wieku 65 lat i więcej oceniło swój stan zdrowia jako „taki sobie” [GUS 2014]. W każdym z prezentowanych raportów kobiety (niezależnie od grupy wiekowej) gorzej oceniają swój stan zdrowia w stosunku do mężczyzn.

Pomimo że aktualna samoocena zdrowia osób starszych w Polsce uległa nieznacznej poprawie, to na tle pozostałych krajów Unii Europejskiej niestety nie wypada najlepiej. Gorzej od polskich seniorów (w wieku 65 lat i więcej) swoje zdrowie ocenili mieszkańcy Chorwacji, Estonii, Węgier, Portugalii, Łotwy i Litwy. Stosunkowo lepiej swój stan zdrowia postrzegają pozostali mieszkańcy Unii Europejskiej, w tym Szwajcarii, Islandii i Norwegii [GUS 2016].

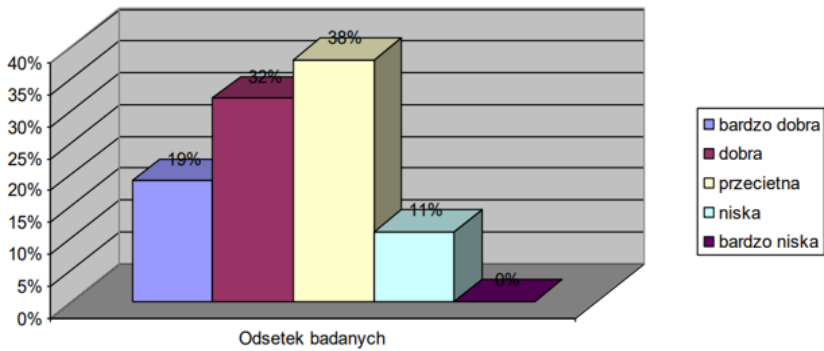
Natomiast w badaniu przeprowadzonym za pomocą Międzynarodowego kwestionariusza aktywności fizycznej na 198 osób w wieku 60–70 lat przez Ćwirlej-Sozańską [2014] stwierdzono statystycznie istotną różnicę pomiędzy poziomem sprawności ruchowej osób starszych a oceną stanu zdrowia, samopoczucia czy jakości życia. Osoby aktywne fizycznie zdecydowanie częściej w subiektywnej ocenie określały swój stan zdrowia jako dobry oraz bardzo dobry (52,3%) w porównaniu do seniorów nieaktywnych lub mało aktywnych (28,4%). Wyniki potwierdziły istnienie statystycznie istotnych różnic w ocenie zdrowia pomiędzy obiema grupami badanych – aktywnymi i mało aktywnymi lub nieaktywnymi (zdecydowanie lepiej swój stan zdrowia oceniły osoby z pierwszej grupy).

Badania autorstwa Witkowskiego, Piepiory i Kowalskiej [2018] pt. *Aktywność fizyczna senierek – kobiet po 55 roku życia* dotyczą prowadzenia zdrowego stylu życia, oceny własnej sprawności fizycznej i wpływu aktywności ruchowej na organizm (wyk. 7–9). Błędy z przeszłości mają duży wpływ na aktualne podejście do aktywnego i zdrowego stylu życia badanych kobiet.



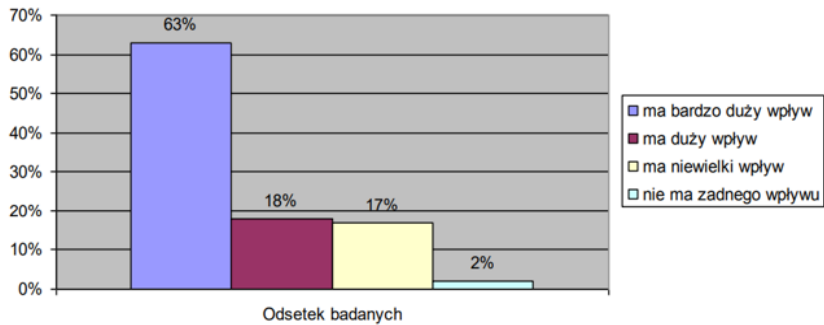
Wyk. 7. Prowadzenie zdrowego stylu życia w opinii respondentów

Źródło: Witkowski, Piepiora, Kowalska [2018].



Wyk. 8. Ocena sprawności fizycznej w opinii respondentów

Źródło: Witkowski, Piepiora, Kowalska [2018].



Wyk. 9. Ocena wpływu aktywności ruchowej na organizm człowieka w opinii respondentów

Źródło: Witkowski, Piepiora, Kowalska [2018].

Rzepko i wsp. [2017] przeprowadzili badania dotyczące ilości czasu przeznaczanego przez seniorów na aktywność fizyczną oraz preferowanych przez nich form aktywności. (tab. 1–2). Wynika z nich, że emerytów do uprawiania rekreacji ruchowej najczęściej motywuje chęć odpoczynku w kontakcie z przyrodą oraz poprawa zdrowia. Przez ruch odczuwają oni radość, odprężenie i spokój, a także, co bardzo istotne, zależy im na efektywnym spędzaniu wolnego czasu i regeneracji sił psychofizycznych. Badania ukazują formy aktywności ruchowej i wyjazdy turystyczne preferowane przez seniorów z Rzeszowa.

Tabela 1. Ilość czasu wolnego poświęcanego przez respondentów na rekreację ruchową w tygodniu (%).

Wymiar godzin	Dni powszednie	Weekend
Wcale	7	17
1 godz.	31	22
2–3 godz.	48	27
4–5 godz.	8	21
6 godz. i więcej	6	13

Źródło: Rzepko i wsp. [2017].

Tabela 2. Formy aktywności ruchowej uprawiane przez seniorów (%)

Rodzaje aktywności ruchowych w czasie wolnym			
Rodzaje aktywności ruchowych	Często	Czasami	Nigdy
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
Biwak w plenerze, piknik, grzybobranie, zbiór jagód	53	36	11
Spacer	52	23	25
Praca w ogrodzie lub na działce	28	24	48
Turystyka piesza	25	22	53
Ćwiczenia w domu lub klubie	21	25	54
Jazda na rowerze	20	15	65
Taniec	14	34	52
Narciarstwo biegowe	8	6	86
Pływanie	7	18	75
Udział w turystyce religijnej, pielgrzymki	7	21	72
Narciarstwo zjazdowe	6	9	85
Nordic walking	5	10	85

<i>1</i>	2	3	4
Gry i zabawy rekreacyjne	4	19	77
Jogging	4	9	87
Kajakarstwo	3	2	95
Jazda konna	2	5	93
Jazda na łyżwach	2	4	94
Tenis stołowy	2	3	95
Wędkarstwo	1	2	97
Tenis ziemny	1	2	97
Gry sportowe	1	8	91
Trekking	0	5	95
Żeglarstwo	0	1	99
Golf	0	0	100
Myślistwo	0	0	100
Inne	0	0	100

Źródło: Rzepko i wsp. [2017].

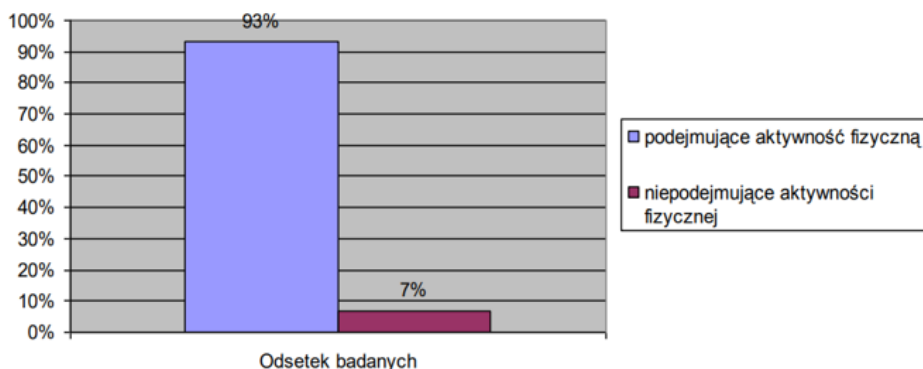
Inne badanie przeprowadzone w Japonii przez Sasaki i wsp. [2017] na próbie 803 osób w wieku 60–79 lat wykazało, że 45,2% respondentów bierze udział w aktywności fizycznej co najmniej trzy razy w tygodniu. Najpopularniejsze formy aktywności fizycznej to chodzenie (94,8%), ćwiczenia na siłowni (23,2%) oraz joga (17,6%). Wyniki badania wskazują, że w Japonii istnieje znaczna liczba osób starszych regularnie podejmujących aktywność fizyczną, co jest zachęcającym trendem. Badanie podkreśla również znaczenie promowania aktywności fizycznej wśród osób starszych jako sposobu utrzymania sprawności fizycznej i zapobiegania związanemu z wiekiem pogarszaniu się stanu zdrowia. Ponadto badanie pokazuje, że chodzenie jest najczęściej wybieraną formą aktywności fizycznej wśród osób starszych, co sugeruje, że promowanie tej formy aktywności fizycznej może być skutecznym sposobem na zachęcenie osób starszych do podejmowania aktywności fizycznej.

Korzyści zdrowotne wynikające z uczestnictwa w rekreacji ruchowej

Aktywność fizyczna w literaturze przedmiotu ujmowana jest w sposób wieloaspektowy. W życiu seniorów spełnia ona kluczową rolę, przyczyniając się do poprawy jakości zdrowia i ogólnego samopoczucia. Przede wszystkim

korzystnie wpływa na stan zdrowia psychicznego, emocjonalnego, psychologicznego oraz społecznego. Trening wysiłkowy redukuje zagrożenie występowania chorób sercowo-naczyniowych oraz innych schorzeń takich jak: miażdżyca, choroby zwyrodnieniowe stawów [Langhammer 2018].

Z badań autorstwa Witkowskiego, Piepiory, Kowalskiej [2018] dotyczących systematyczności podejmowania aktywności fizycznej wynika, że zdecydowana większość respondentek systematycznie poświęca czas na aktywność fizyczną (wyk. 10).



Wyk. 10. Podejmowanie aktywności fizycznej przez respondentów

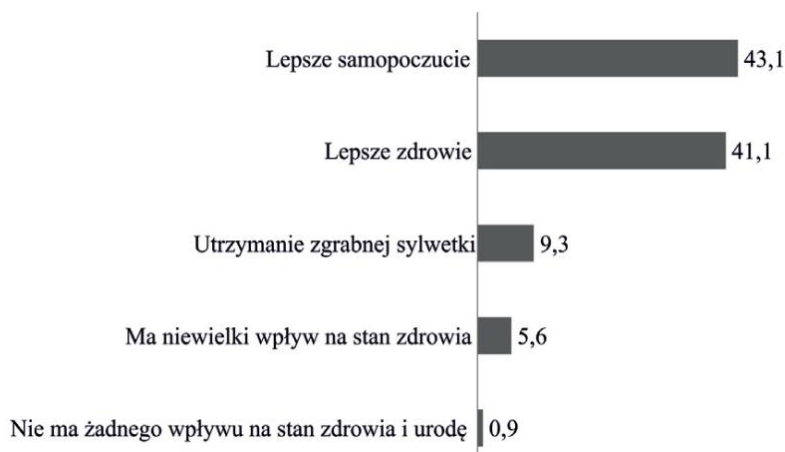
Źródło: Witkowski, Piepiora, Kowalska [2018].

WHO w 1996 r. w Heidelbergu ogłosiła wytyczne propagowania aktywności fizycznej wśród starszego pokolenia, określając m.in. w skali makro korzyści, jakie ona przynosi. WHO wymienia m.in. zmniejszenie kosztów opieki zdrowotnej oraz społecznej, zwiększenie zdolności do pracy osób w podeszłym wieku oraz budowanie pozytywnego i aktywnego obrazu osób starszych. Dostosowana do wieku, stanu zdrowia i ogólnej kondycji organizmu aktywność fizyczna ukierunkowana na osoby starsze jest elementem profilaktyki, niejednokrotnie terapii i przeciwdziałania tzw. chorobom cywilizacyjnym, takim jak choroby metaboliczne: cukrzyca, otyłość, miażdżyca; choroby z przeciążenia układu nerwowego: nerwice; choroby urazowe: upadki [Osiński 2013].

Osiński [2013] prezentuje konsekwencje ograniczonej aktywności fizycznej, które wraz ze spadkiem wytrzymałości mięśniowej, tzw. atrofią mięśni, powodują gorszą koordynację, równowagę oraz zwiększają ryzyko upadków. Wyniki przeprowadzonych badań pokazują jak istotna jest edukacja zdrowotna na każdym etapie ontogenezy człowieka. Aktywność ruchowa szczególnie dla osób starszych może stanowić wspólny mianownik działań prewencyjno-rehabilitacyjnych niezależnie od stanu zdrowia czy sprawności fizycznej.

Coraz częściej w wieku podeszłym mówi się o sprawności funkcjonalnej seniorów, tj. gotowości do podejmowania zadań ruchowych w różnych sytuacjach życiowych wymagających np. zwiększonej siły mięśniowej, gibkości czy wytrzymałości, zwiększającej samodzielność i poprawiającej jakość ich życia [Bolach i wsp. 2014].

Znaczenie aktywności ruchowej w życiu człowieka w świetle badań Gosik [2015] przedstawia wykres 11.

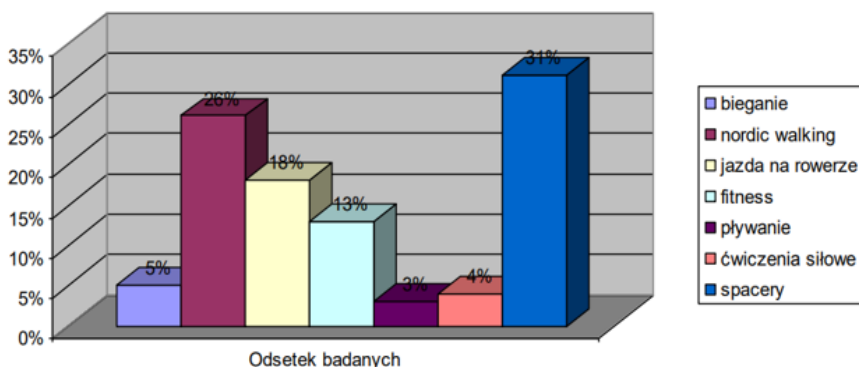


Wyk. 11. Znaczenie aktywności ruchowej w życiu człowieka

Źródło: Gosik [2015].

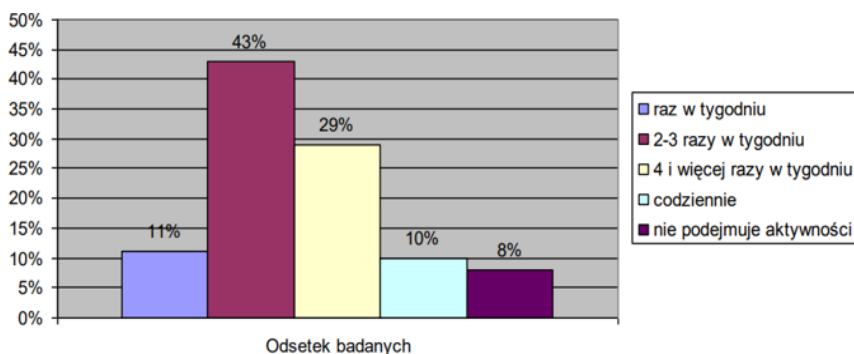
Regularne podejmowanie aktywności fizycznej ma kluczowe znaczenie dla profilaktyki leczenia chorób sercowo-naczyniowych. Odwołując się do metaanaliz badań epidemiologicznych, można zauważyć, że wysiłek fizyczny przyczynia się do znacznego obniżenia umieralności, która jest spowodowana chorobami układu krążenia (o ok. 30–50%). Wysiłek fizyczny zapobiega występowaniu nadciśnienia, cukrzycy, otyłości, osteoporozie, chorobom naczyniowym mózgu, chorobom niedokrwinnym serca oraz, jak już wspomniano, niektórym chorobom nowotworowym. Podejmowanie aktywności fizycznej przez osoby starsze przyczynia się do powstawania zjawiska pomyślnego starzenia się (z ang. *successful ageing*) [Gieroba 2019].

Badania autorstwa Witkowskiego, Piepiory, Kowalskiej [2018] prezentują formy, częstotliwość, czas trwania, intensywność oraz motywy podejmowania aktywności fizycznej senierek – kobiet po 55. roku życia. Najczęściej są to spacer (31%) i nordic walking (26%), najrzadziej pływanie (3%) i ćwiczenia siłowe (4%). Seniorki w większości podejmują aktywność 2–3 razy w tygodniu (43%) (wyk. 12–13).



Wyk. 12. Formy aktywności fizycznej podejmowane przez respondentów

Źródło: Witkowski, Piepiora, Kowalska [2018].



Wyk. 13. Częstotliwość podejmowania aktywności fizycznej przez respondentów

Źródło: Witkowski, Piepiora, Kowalska [2018].

Dla każdej grupy wiekowej rekreacja związana jest z czymś innym. Dla osób starszych jest to przede wszystkim spędzanie czasu z wnukami, rodziną oraz podejmowanie aktywności fizycznej dedykowanej seniorom, np. spacery. Należy podkreślić, że dla seniorów rekreacja to niezwykle ważny element w ich życiu. Bez wątplenia wiąże się ona z formą spędzania przez nich czasu wolnego oraz poprawą kondycji zdrowotnej i psychicznej [Banach 2016].

Rekreacja w literaturze przedmiotu pojawia się w następujących formach:

- turystycznej, czyli tzw. turystyki aktywnej, np. pieszej;
- sportowej, obejmującej sporty rekreacyjne, np. pływanie, jazda konna itp.;
- hobbistycznej, związanej z działalnością amatorską, np. jazda na rowerze, wędkowanie;
- towarzyskiej, polegającej na braniu udziału w grach zespołowych, tańcu itp.;

e) kulturalno-rozrywkowej, realizowanej poprzez np. twórczość artystyczną [Banach 2016].

Banach [2016] zaznacza, że dla seniora jedną z ciekawszych form rekreacji jest zabawa, która wprowadza w życie osoby starszej otwartość oraz rozwijanie jej zdolności i zainteresowań. Dla seniora rekreacją może być udział w zajęciach klubu seniora, przynależność do klubów czytelniczych itp. Są to podstawowe formy rekreacji, które są w stanie sprostać możliwościom osoby starszej, zazwyczaj fizycznym. Dzięki rekreacji senior może rozładować swój stres, zagospodarować swój wolny czas na emeryturze, poradzić sobie z różnego rodzaju emocjami i stanami, np. samotnością, udoskonalić swoją sprawność ruchową, a także nawiązywać relacje i komunikację ze społeczeństwem. Rekreacja jako forma aktywności fizycznej pozwala seniorom przede wszystkim na ciekawsze i bardziej urozmaicone życie. Dzięki niej senior może poradzić sobie z poczuciem samotności i poczuć, że jest potrzebny. Wiele osób dzięki uczęszczaniu na rekreacyjne zajęcia grupowe nawiązuje nowe relacje i czuje, że jest częścią społeczeństwa – odrzuca poczucie izolacji i wyobcowania.

Wyniki badań Gajewskiej [2015] pokazały, że niemal 70% seniorów jest aktywnych fizycznie, a najczęściej preferowanymi formami aktywności były: spacerowanie, gimnastyka, jazda na rowerze i pływanie (tab. 3).

Tabela 3. Formy i częstotliwość aktywności fizycznej podejmowanej przez respondentów

Forma aktywności fizycznej	Częstotliwość wykonywania
Spacerowanie	Codziennie (55,7%)
Gimnastyka	1–3 razy w tygodniu (47,1%)
Jazda na rowerze	Rzadziej niż raz w tygodniu (60,5%)
Pływanie	Rzadziej niż raz w tygodniu (54,8%)

Źródło: Gajewska [2015].

Badania Łysak i wsp. [2014] ukazują formy aktywności fizycznej preferowane przez seniorów z uwzględnieniem motywów, trudności i ograniczeń z nimi związanych. Krótkie spacerowanie wokół domu to najpopularniejsza forma wysiłku fizycznego, której podejmowanie kilka razy w tygodniu lub częściej deklarowało 66,8% respondentów. Z badań wynika, że płeć ankietowanych miała wpływ na rodzaj wybieranej aktywności fizycznej. Mężczyźni częściej niż kobiety uprawiali wszystkie wymienione formy czynnej rekreacji. Głównymi determinantami podejmowania wysiłku fizycznego były wartości zdrowotne oraz potrzeba wypoczynku, zaś najczęstszą barierą, stan zdrowia oraz brak potrzeby ruchu (tab. 4).

Tabela. 4. Formy, częstotliwość i motywacja podejmowania przez respondentów aktywności fizycznej

	Mężczyźni		p-value	Kobiety		Ogółem	
	n	%		n	%	n	%
krótkie spacerunki w okolicach domu							
Mniej niż raz w miesiącu	29	22,9	ns	36	29,8	67	27,4
Od raz w m-cu do raz w tyg.	7	5,8	ns	7	5,8	14	5,8
Kilka razy w tyg. lub częściej	90	71,3	ns	77	64,4	164	66,8
kilkugodzinne spacerunki, piesze wycieczki w dalszej odległości od domu lub miejsca pobytu							
Mniej niż raz w miesiącu	67	52,3	0,0167	81	67,2	154	61,8
Od raz w m-cu do raz w tyg.	30	23,2	0,0197	14	11,9	40	16
Kilka razy w tyg. lub częściej	32	24,5	ns	25	20,9	55	22,2
ćwiczenia gimnastyczne, aerobic							
Mniej niż raz w miesiącu	104	80,3	ns	99	82,9	204	82
Od raz w m-cu do raz w tyg.	0	0,1	ns	3	2,9	5	1,9
Kilka razy w tyg. lub częściej	25	19,5	ns	17	14,2	40	16,1
jazda na rowerze							
Mniej niż raz w miesiącu	80	62,4	0,0000	104	86,3	191	77,8
Od raz w m-cu do raz w tyg.	14	11,3	0,0379	5	4,2	16	6,7
Kilka razy w tyg. lub częściej	34	26,2	0,0006	11	9,4	38	15,4
taniec							
Mniej niż raz w miesiącu	122	94,6	ns	118	98,4	242	97
Od raz w m-cu do raz w tyg.	3	2,4	ns	2	1,6	5	1,9
Kilka razy w tyg. lub częściej	4	3	ns	–	0	–	1,1
praca na działce lub w ogrodzie							
Mniej niż raz w miesiącu	73	56,7	ns	74	62	149	60,1
Od raz w m-cu do raz w tyg.	8	6,2	ns	10	8,4	19	7,6
Kilka razy w tyg. lub częściej	48	37,2	ns	36	29,6	80	32,3
zbieranie grzybów w lesie							
Mniej niż raz w miesiącu	106	82,6	0,0005	116	96,3	227	91,4
Od raz w m-cu do raz w tyg.	12	9,2	ns	3	2,7	12	5
Kilka razy w tyg. lub częściej	10	8,2	ns	1	1	9	3,6

Przyczyny podejmowania AF	Mężczyźni N=127		p-value	Kobiety N=117		Ogółem N=244	
	n	%		n	%	n	%
Dla zdrowia	84	66,5	ns	74	63,5	158	64,6
Z potrzeby wypoczynku	44	35	ns	38	32,3	81	33,3
Z nawyku, ćwiczytłwm w młodości	25	19,6	0,0124	10	8,4	31	12,5
Dla zabicia czasu	17	13,4	ns	14	12,2	31	12,6
Za poradą lekarza	13	10,5	ns	8	7,2	20	8,4

Źródło: Łysak i wsp. [2014].

Podsumowując, warto zaznaczyć, że aktywizacja osób starszych to zespół najrozmaitszych działań zmierzających do opóźnienia i złagodzenia procesu starzenia się. Przystosowanie się do starości to odnajdywanie właściwych proporcji między koniecznością rezygnacji z niektórych dziedzin dotychczasowej działalności a kontynuacją czynnego życia. Ograniczeniom sprawności psychofizycznych starszych osób można przeciwdziałać przez zachowanie ich dotychczasowej aktywności naturalnej.

Wybrane problemy zdrowotne osób starszych oraz ich przyczyny w kontekście społeczno-biologicznym

Okres starości większości ludzi kojarzy się z licznymi chorobami, a więc częstymi wizytami u różnych specjalistów. Wiąże się to z wieloma ograniczeniami dotyczącymi zarówno aktywności ruchowej, turystycznej czy rekreacyjnej. Występują również problemy z wykonywaniem skomplikowanych czynności dnia codziennego, dlatego pomoc młodych osób jest ważna i przydatna osobom starszym.

Brak ruchu to także większe ryzyko bólów i złamań kości ze względu na obniżenie mineralizacji kości i postępującą osteoporozę. Ograniczona aktywność fizyczna lub jej brak prowadzi do pogorszenia funkcji metabolicznych (konsekwencją jest często towarzysząca osobom starszym nadwaga oraz otyłość), spadku wydolności fizycznej, zwiększonego ryzyka chorób sercowo-naczyniowych (nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, gorsze funkcje sercowo-płucne, ryzyko niedokrwienia mięśnia sercowego), a także ma negatywny wpływ na sprawność umysłową, np. ryzyko demencji starszej [Osiński 2013].

Okres starości niesie ze sobą wiele objawów i schorzeń, takich jak np.:

- utrata masy mięśni, kości, wytrzymałości oraz siły, wysokości, sprawności fizycznej;

- pogorszenie wzroku, słuchu;
- zanik komórek funkcjonalnie czynnych różnych narządów i zastąpienie ich przez tkankę łączną;
- wzrost procentowy tłuszczu w organizmie, natomiast spadek zawartości wody;
- przekształcenie budowy i czynności skóry prowadzące do osłabienia jej roli jako bariery ochronnej organizmu;
- obniżenie kwasowości soku żołądkowego;
- nadmierne owłosienie przewodów nosowych i słuchowych;
- pogorszenie pamięci krótkotrwałej;
- starzenie się skóry (obwisła, pomarszczona);
- trzęsące się ręce;
- zmiany w układach: sercowo-naczyniowym, pokarmowym, nerwowym, odpornościowym, mięśniowo-szkieletowym;
- meno- i andropauza;
- oraz wiele innych objawów [Szatur-Jaworska 2000].

Utrata sprawności fizycznej jest związana z wiekiem. I tak np. problemy ze słyszeniem ma 50–60% osób starszych, natomiast z czytaniem 30–50%. Każde ze schorzeń, charakterystycznych dla ludzi w podeszłym wieku, można spowolnić poprzez: właściwe odżywianie, zwiększoną aktywność ruchową, niestosowanie używek, np. leki, palenie tytoniu czy spożywanie alkoholu. Współcześni osiemdziesięciolatkowie często zadziwiają siłami twórczymi, pracą w wolontariacie i odpowiedzialnością za siebie i swoje zdrowie [Synak 2000]. Wiele zależy od odpowiedzialności, aktywności, uznanych wartości, zainteresowań we wcześniejszych fazach życia (dzieciństwie, młodości i dorosłości). Kompetencje, jakimi będzie się w starości dysponować, kształtuje się przez całe życie. Nie brak smutnych, zmagających się z depresją, pełnych obaw, załamanych seniorów. Jednocześnie wiele osób w podeszłym wieku bardzo dobrze radzi sobie z własną starością. Jeżeli cały czas są aktywni umysłowo, zachowują sprawność intelektualną. Nie zawsze myślą czy przyswajają nowe rzeczy tak szybko, jak w młodości, jednak nie należy odsuwać ich na dalszy plan, przejmować ich roli w rodzinie ani wyręczać w czynnościach, które mogą wykonywać same. Mogłoby je to zniechęcać i sprawiać, że czułyby się niezaradne, a nawet niepotrzebne [Rowiński, Dąbrowski 2012]. Kontakty z ludźmi to ładowanie akumulatorów, to inspiracje do działania. Każdy ma coś do zaoferowania, młodzi nieograniczone pomysły, a starsi bezcenne doświadczenie.

Proces starzenia dotyczy wszystkich społeczeństw, jednakże to społeczeństwa Europy starzeją się najszybciej, ponieważ to na naszym kontynencie jest najniższy przyrost naturalny. Według Organizacji Narodów Zjednoczonych

społeczeństwo jest stare, kiedy odsetek osób powyżej 65. roku życia przekracza 7%, zatem wszystkie społeczeństwa europejskie należy zaliczyć do tej kategorii. Natomiast procentowy udział liczby osób powyżej 60. roku życia na innych kontynentach przedstawia się następująco: w Afryce wynosi – 10%, w Azji – 25%, w Europie – 30%, Ameryce Południowej – 20%, Ameryce Północnej – 28%, Oceanii – 25% [GUS 2014].

W okresie później dorosłości jednostka społeczna staje przed wieloma zagrożeniami zdrowotnymi, które towarzyszą kolejnemu etapowi w życiu człowieka, jakim jest starzenie się i starość. Są one zindywidualizowane, a ma na nie wpływ wiele czynników biologiczno-społecznych. Stanowią jednak przyczynę pogarszania się jakości życia większości ludzi w wieku podeszłym. Choroby i dolegliwości towarzyszące osobom starszym mogą ograniczać samodzielność i uzależniać od innych, uniemożliwiać prowadzenie aktywnego i satysfakcjonującego życia. Stan zdrowia seniorów uwarunkowany jest wieloma czynnikami, jak wykształcenie, preferowany styl życia, dostępność i możliwość korzystania z usług medycznych czy rehabilitacyjnych. Niejednokrotnie ww. czynniki społeczne warunkują przebieg choroby seniora, a co za tym idzie, stan zdrowia, jego sprawność i samodzielność [Kościńska 2010].

Dane prezentowane w raporcie GUS pt.: *Ludność w wieku 60+. Struktura demograficzna i zdrowie* wskazują, że występowanie chorób czy dolegliwości przewlekłych dotyczy większości osób starszych (w przeprowadzonej analizie jedynie co 9 osoba deklarowała brak ww. problemów). Do najczęstszych dolegliwości wśród seniorów polskich możemy zaliczyć nadciśnienie tętnicze, bóle dolnej partii pleców oraz choroby zwyrodnieniowe stawów (ok. 40% osób starszych). Na przestrzeni ostatniego ćwierćwiecza choroby układu krążeniowego są przyczyną ponad połowy wszystkich zgonów osób starszych. W Polsce w 2013 r. były przyczyną śmierci 54% osób w wieku 60 lat i więcej (w tym głównymi przyczynami były choroba niedokrwienna serca – 11% zgonów oraz miażdżycy – 12%). Nowotwory stanowią kolejną przyczynę licznych zgonów seniorów w Polsce. Według danych Krajowego Rejestru Nowotworowego (KRN) nowotwory najczęściej występujące u seniorów to nowotwory tchawicy, oskrzeli oraz płuc. Analiza danych wskazuje, że kolejnymi przyczynami zgonów wśród osób starszych są cukrzyca, zapalenie płuc oraz choroby układu moczowo-płciowego [GUS 2016].

Starzenie się społeczeństwa zarówno w Polsce, jak i w Europie, wydłużanie się przeciętnego trwania życia, spadek wydolności narządów mają istotny wpływ na pogarszające się parametry zdrowia czy sprawności fizycznej. W związku z powyższym w celu opóźnienia postępujących wraz z wiekiem procesów inwolucyjnych należy promować dostosowaną do stanu zdrowia i poziomu sprawności aktywność fizyczną.

Czynniki psychospołeczne uniemożliwiające lub ograniczające uczestnictwo seniorów w aktywności fizycznej

Brak uczestnictwa w aktywności fizycznej osób starszych uwarunkowany jest wieloma czynnikami psychospołecznymi. Zrozumienie barier fizycznej aktywności oraz świadomość czynników uniemożliwiających aktywny udział w kulturze fizycznej daje możliwość skuteczniejszego oddziaływania na aktywny tryb życia seniorów (tym samym staje się istotnym elementem walki z wykluczeniem społecznym). Osiński wśród barier uczestnictwa w aktywności fizycznej seniorów wymienia: niski poziom wykształcenia, a przede wszystkim niewielką wiedzę o znaczeniu aktywności fizycznej, którą uznaje się za mało istotną, słaby status ekonomiczny (niska emerytura), brak lub utrudniony dostęp do obiektów infrastruktury rekreacyjno-sportowej, opiekę nad wnukami, brak zaleceń i wsparcia ze strony lekarzy, używki, nadwagę i towarzyszący wstyd, choroby przewlekłe lub ograniczenia sprawności oraz brak aktywnego stylu życia w przeszłości. Obok ww. należy nadmienić, że uczestnictwo w aktywności fizycznej uwarunkowane jest również systemem wartości i celów, doświadczeniem jednostki oraz systemem ogólnych zachowań [Osiński 2013].

Według przeprowadzonych metodą sondażu diagnostycznego badań wśród kobiet między 55. a 65. rokiem życia z Białej Podlaskiej czynnikiem utrudniającym podejmowanie aktywności fizycznej jest niedostateczna infrastruktura w postaci klubów seniora. Analiza uzyskanego materiału pozwoliła autorom opracowania wciągnąć wnioski, że ograniczone podejmowanie aktywnych form wypoczynku może być również spowodowane zajęciami sedenteryjnymi będącymi wygodną alternatywą zagospodarowania czasu wolnego (30% respondentek deklarowało czytanie książek, gazet i czasopism, kolejne 28% słuchanie muzyki) [Baj-Korpak i wsp. 2013].

Z przeprowadzonych na grupie reprezentacyjnej 1559 seniorów w wieku 65 lat i więcej badań w ramach projektu badawczego *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce* (PolSenior) wynika, że wśród barier psychospołecznych ograniczających uczestnictwo w aktywności fizycznej (obok dominującej bariery fizycznej, jaką jest zły stan zdrowia) znajdują się: brak odczuwania takiej potrzeby – aż 30,4% respondentów, brak czasu – 8,5 %, a 5,7% badanych uważa, że nie wypada w ich wieku podejmować aktywności fizycznej [Rowiński, Dąbrowski 2012].

Badania autorstwa Witkowskiego, Piepiory, Kowalskiej [2018] prowadzone w grupie seniorek – kobiet po 55. roku życia, wskazują, że barierą do uczestnictwa w aktywności fizycznej bardzo często bywa brak konstruktywnych zachowań wolnoczasowych czy obawa przed ośmieszeniem. Nieumiejętność organizacji czasu wolnego, przekonanie, że aktywność fizyczna to niepotrzebna

eksploatacja organizmu, przewaga zachowań sedenteryjnych wśród osób starszych to kolejne bariery, które ograniczają ich aktywny udział w kulturze fizycznej seniorów.

Cywilizacja współczesna niesie ze sobą pokusy stereotypowego wypoczynku biernego, rozrywki siedzącej, „łatwiznę kibicowania kulturalnego”, szczególnie przy masowym wykorzystaniu telewizji. Niestety, wciąż nierzadką formą spędzania wolnego czasu przez Polaków jest bierny wypoczynek. Sytuacja ulega pogorszeniu, gdy odpoczynek traktuje się jako ucieczkę od szarej i przytłaczającej codzienności. Powszechnie wiadomo, że jednym z pragnień towarzyszących człowiekowi starszemu na co dzień jest chęć odprężenia i zrelaksowania się. Niewątpliwie telewizja zaspokaja owo pragnienie, jednak nadużywanie jej oglądania w miarę upływu czasu może przyczynić się do powstania frustracji. Problemy rodzą się wówczas, gdy ludzie starsi zaczynają uważać oglądanie telewizji za podstawową czynność bytową, nie ujmując jej znaczenia i porównując do odżywiania się czy oddychania. Telewizja nazywana jest złodziejem czasu, który zniewala i uzależnia. Podczas oglądania telewizji poziom pobudzenia umysłowego jest niższy niż w trakcie czytania, ludziom towarzyszy uczucie odprężenia i bierności, które po wyłączeniu odbiornika telewizyjnego nie znika, a co gorsza, aktywność umysłowa nadal znajduje się na obniżonym poziomie. Samopoczucie także ulega pogorszeniu. Wyniki badań tych zagadnień ukazują, że telewizja zaczyna się kojarzyć z potworem pożerającym czas i powodującym wyczerpywanie się zapasów energii statystycznego mieszkańca Ziemi. Widzowie twierdzą, że już kilka chwil po przyjęciu pozycji siedzącej lub leżącej i włączeniu telewizora czują się odprężeni. Ponieważ to uczucie przychodzi szybko, zaczynają kojarzyć oglądanie telewizji z odpoczynkiem i rozładowaniem napięcia. Dzięki telewizji człowiek dobrowolnie i biernie codziennie poddaje się łagodnej hipnozie, wpada w odrętwienie intelektualne, traci poczucie krytycyzmu wobec otoczenia, staje się podatny na wszelkie manipulacje, a świat wirtualny przyjmuje, jako rzeczywistość. Bezmyślne oglądanie telewizji staje się dużym zagrożeniem w szczególności dla seniorów. Należy pamiętać, że bierne spędzanie wolnego czasu powoduje wiele negatywnych skutków dla ludzkiego zdrowia fizycznego i psychicznego, a także stanowi przeszkodę w uczestnictwie w jakże istotnej w życiu człowieka kulturze fizycznej, która jest częścią składową kultury społeczeństwa.

Literatura zagraniczna wskazuje bariery, które demotywią seniorów do podejmowania aktywności fizycznej:

- a) dyskomfort oraz ból – bardzo często osoby starsze nie są aktywne z powodu dolegliwości bólowych, na które cierpią, a często należą do nich: bóle kolan, stawów, pleców. Tego typu zaburzenia o charakterze ruchowym mogą w znacznym stopniu ograniczać motywację u osób starszych;

- b) nadwaga oraz otyłość – która negatywnie wpływa na zakres ruchowy seniorów;
- c) strach przed kontuzjami – wiele osób starszych boi się przede wszystkim kontuzji podczas uprawiania jakiegokolwiek sportu, dlatego rezygnuje z podejmowania aktywności fizycznej;
- d) spadek funkcji poznawczych – wiele seniorów zmaga się z demencją starczą lub miażdżycą, a także problemami z pamięcią, dlatego boją się podejmowania aktywności fizycznej z obawy przed kolejnymi uszczerbkami na zdrowiu;
- e) izolacja – niektórzy seniorzy całkowicie izolują się od społeczeństwa i kategorycznie odrzucają jakiekolwiek propozycje socjalizacji, zwłaszcza w postaci aktywności fizycznej [<https://www.aegisliving.com/resource-center/overcoming-barriers-to-exercise-among-the-elderly>].

Pomimo świadomości pozytywnego znaczenia aktywności fizycznej dla osób starszych, zwłaszcza w kategoriach utrzymania zadowalającego poziomu zdrowia fizycznego i poznawczego oraz emocjonalnego, zauważa się, np. w Stanach Zjednoczonych, że osoby w wieku senioralnym nadal są najmniej aktywną grupą wiekową. Badania krajowe w USA potwierdziły, że mniej niż 1/3 osób starszych w USA spełnia zalecane poziomy aktywności fizycznej w ciągu dnia [Bethancourt 2014].

W życiu seniorów może pojawić się wiele barier, które blokują ich udział w aktywności fizycznej. Wiele z nich związanych jest także z przystosowaniem obiektu do potrzeb osób starszych, zwłaszcza pod względem architektonicznym, dlatego bardzo ważne jest, aby zwracać uwagę na każdy szczegół i starać się w jak najlepszy sposób przełamywać bariery seniorów dotyczące podejmowania aktywności fizycznej [Cavill, Foster 2018].

Zdaniem Baj-Korpak i wsp. [2013] czynnikiem utrudniającym podejmowanie aktywnych form wypoczynku przez seniorów mogą być zajęcia sedenteryjne będące swego rodzaju wygodną alternatywą zagospodarowania czasu wolnego. Aby zgłębić to zagadnienie poproszono respondentki o podanie najczęściej wybieranych przez nie form wolnoczasowych, innych niż aktywność fizyczna. Wśród zajęć sedenteryjnych dominowało czytanie książek, gazet i czasopism. Takie odpowiedzi stanowiły aż 30% odpowiedzi ankietowanych. Na kolejnym miejscu badane wskazały słuchanie muzyki, co potwierdziło 28% pytanych. W dalszej kolejności uplasowały się spotkania towarzyskie ze znajomymi i rodziną, które stanowiły 20% odpowiedzi. Nieliczka badanych czas wolny spędzała, oglądając programy telewizyjne (12%) i korzystając z komputera (10%).

Podsumowując, aktywność fizyczna nie tylko pozytywnie wpływa na poprawę zdolności motorycznych czy rozwój somatyczny, ale zwiększa również zdolność do pracy umysłowej, jak i spowalnia proces regresu funkcji

poznawczych. Aktywność fizyczna sprzyja lepszemu samopoczuciu, regulowaniu emocji, lepszej podzielności i skupieniu uwagi. W aspekcie społecznym jest okazją do nawiązywania nowych znajomości i przyjaźni, dzielenia się swoimi doświadczeniami z innymi. Korzyści z niej płynące dla osób starszych w sferze psychospołecznej niejednokrotnie mogą być bardziej istotne aniżeli te w zakresie sprawności fizycznej [Baj-Korpak i wsp. 2013].

Piśmiennictwo

- Baj-Korpak J., Różański P., Soroka A., Wysokińska E. (2013). Motywy i bariery uczestnictwa osób starszych w rekreacji ruchowej. *Rozprawy Społeczne*, 1(VII): 127.
- Banach B. (2016). Turystyka i rekreacja – forma aktywności fizycznej osób starszych, *Kraków*: 40–42.
- Baumann K. (2006). Jakość życia w okresie późnej dorosłości – dyskurs teoretyczny. *Gerontologia Polska*, 4: 166.
- Bethancourt H.J. (2014). Barriers to and Facilitators of Physical Activity Program Use Among Older Adults. *Clinical Medicine and Research*: 12.
- Bolach B., Seidel W., Michalak G., Fic M., Bolach E. (2014). Ocena sprawności fizycznej wszechstronnej, cech somatycznych kobiet i mężczyzn po 65 roku życia oraz określenie różnic w ich motoryczności. *Postępy Rehabilitacji*, 2 (28): 42–43.
- Cavill N.A., Foster C.E.M. (2018). Enablers and barriers to older people's participation in strength and balance activities. *Journal of Frailty, Sarcopenia and Falls*, 3(2): 105–113.
- Czaplicki Z. (2008). Aktywność ruchowa atrybutem kultury zdrowotnej człowieka. *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne. Miesięcznik nauczycieli, trenerów i szkolnej służby zdrowia*, 4: 7, 30, 31.
- Ćwirlej-Sozańska A. (2014). Aktywność fizyczna a stan zdrowia osób starszych. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie, Rzeszów*: 175.
- Gajewska O. (2015). Aktywność fizyczna seniorów – wyniki badań wstępnych. *Gerontologia Polska*, 23 (2): 91–97.
- Gawor A., Głębocka A. (2008). Jakość życia współczesnego człowieka. *Wybrane problemy. Wydawnictwo Impuls, Gdańsk*: 106–107.
- Gieroba B. (2019). Wpływ aktywności fizycznej na zdrowie psychiczne i funkcje poznawcze. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 3/2019, 25.
- Główny Urząd Statystyczny (2014). Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014–2050: 16.
- Główny Urząd Statystyczny (2016). Ludność w wieku 60+. Struktura demograficzna i zdrowie. Notatka została przygotowana na posiedzenie sejmowej Komisji Polityki Senioralnej dotyczące Informacji Ministra Zdrowia na temat wpływu zmian demograficznych i starzenia się społeczeństwa na organizację systemu ochrony zdrowia i Narodowy program zdrowia: 5, 6, 13, 15.
- Gosik B. (2015). Rekreacja i aktywność ruchowa starszych osób. *Przykład mieszkańców województwa łódzkiego*. W: Janiszewska A. (red.). *Jakość życia ludzi starych – wybrane problemy. Space – Society – Economy. Department of Population and Services Studies. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź*: 151–163.

- Gutkowska A. (2015). (Nie)pełnosprawna starość – przyczyny, uwarunkowania, wsparcie. Łódź: 10–11.
<https://www.aegisliving.com/resource-center/overcoming-barriers-to-exercise-among-the-elderly/> [4.03.2023].
- Kościńska E. (2010). Edukacja zdrowotna seniorów i osób przewlekle chorych. Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz: 12, 13–29, 42–43.
- Langhammer B. (2018). The Importance of Physical Activity Exercise among Older People. *Biomed Res Int*: 3.
- Lysak A., Walentukiewicz A., Drabik J., Dąbrowski A., Rowiński R. (2014). Aktywność fizyczna i niektóre jej uwarunkowania w populacji seniorów województwa pomorskiego. *Hygeia Public Health*, 49 (3): 549–553.
- Osiński W. (2013). Gerokinezylogia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa: 11–12, 33.
- Proces starzenia się i niepełnosprawność – nowe spojrzenie na aktywność fizyczną, integrację społeczną i całościowy dobrostan. Europejska ekspertyza i zalecenia dotyczące procesu starzenia się, niepełnosprawności i adaptowanej aktywności fizycznej: kształcenie i strategia postępowania. Projekt THENAPA II (dokument dostępny na stronie internetowej www.thenapa2.org/publications/products/Recommendations/Polish_Recommendations.pdf).
- Przewęda R. (2002). Jak się zmienia kondycja fizyczna polskiej młodzieży. *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne. Miesięcznik nauczycieli, trenerów i szkolnej służby zdrowia*, 6/7: 4.
- Rowiński R., Dąbrowski A. (2012). Aktywność fizyczna Polaków w wieku podeszłym. W: Mossakowska M., Wićcek A., Błędowski P. (red.). *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce (PolSenior)*. Termedia, Poznań: 536.
- Rzepko M., Drozd M., Drozd S., Bajorek W., Kunysz M. (2017). Uczestnictwo w turystyce i rekreacji ruchowej osób starszych – mieszkańców Rzeszowa. *Handel Wewnętrzny*, 2: 206–209.
- Sasaki E., Ishibashi H., Asakura K., Nakagawa T., Tanimura C., Tsuji T., & Ishiguro N. (2017). Physical activity status and physical function of older adults assessed by the International Physical Activity Questionnaire and the New Aging Movement Evaluation System. *Journal of Aging and Physical Activity*, 25(4): 543–550.
- Synak B. (red.) (2000). *Ludzie starzy w warunkach transformacji ustrojowej*. Wydawnictwo UG, Gdańsk: 37–50.
- Szatur-Jaworska B. (2000). Ludzie starzy i starość w polityce społecznej. Wydawnictwo Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa: 7, 31, 43.
- Szumiec M. (2016). Aktywność fizyczna jako istotny czynnik wzmacniania potencjału zdrowotnego – wyzwania dla edukacji zdrowotnej. *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis*, VI: 133–134.
- Witkowski K., Piepiora P., Kowalska I. (2018). Aktywność fizyczna senierek – kobiet po 55 roku życia. *Roczniki WSWFiT*, 25(3): 33–42.
- Woynarowska B. (2007). *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Wydawnictwo PWN, Warszawa. 19.

IV

ROLA ANIMACJI W PROCESIE AKTYWIZACJI RUCHOWEJ SENIORÓW

Pochodzenie terminu „animacja” odwołuje się do łacińskich słów *anima*, czyli dusza, oraz *animo*, czyli technąć życie w coś, powołać do życia, ożywić. W języku francuskim słowo *animer* (animować) to wносить życie, dodawać siły do działania, zapoczątkować określone przedsięwzięcia, zachęcać, rozpałać. Animacja społeczno-kulturalna to wachlarz rozmaitych inicjatyw zachęcających ludzi do wykorzystania całego potencjału, który w stanie utajonym znajduje się w nich samych i w ich środowisku. To bodziec dla rozwoju życia umysłowego, fizycznego, uczuciowego, który skłania ludzi do podejmowania doświadczeń pomagających im w samorozwoju i znalezieniu lepszych sposobów ekspresji. Stanowi wsparcie w uzyskiwaniu poczucia przynależności do społeczeństwa, na które można wywierać wpływ i w którego życiu można uczestniczyć. Animować to wносить ducha, ożywiać grupę lub zespół osób, u których przeobrażenia nie występują spontanicznie, gdyż są utrudniane i blokowane warunkami społecznymi. To także dodawanie bodźca do podejmowania nowych inicjatyw i intensywniejszego uczestnictwa w kulturze przez wywołanie refleksji, przyjmowanie postawy zachęcania, pośredniczenia, wzmacniania i dodawania odwagi [Cyboran 2018].

Główne funkcje animacji:

- funkcja przystosowania i integracji społecznej, odnosząca się do ulepszenia otoczenia społecznego dla wszystkich jednostek;
- funkcja ekonomiczna, sprzyjająca spójności społecznej i wzrostowi ekonomicznemu (zwiększanie kapitału społecznego w danym środowisku, wpływa korzystnie na procesy ekonomiczne);
- funkcja rozwoju kulturalnego, opierająca się na założeniu, że najlepszym czynnikiem wspierającym rozwój kulturalny społeczności jest partycypacja w jej kreowaniu;
- funkcja krytyki, skierowana na zastane struktury społeczno-kulturalne;
- funkcja regulatora wymiany społecznej i kulturalnej, ukierunkowana na zrównoważenie pomiędzy otwartością na „nowe/inne”, a dbałością o „stare/tożsame” [Cyboran 2018].

Nasz kraj, podobnie jak inne kraje Unii Europejskiej, wchodzi w proces szybkiego starzenia się demograficznego przez niemal zerowy przyrost naturalny. Wzrost liczby zadań dla polityki społecznej oraz konieczność zwiększenia nakładów związanych choćby z zabezpieczeniem emerytalnym i opieką zdrowotną prowadzi do wzrostu obciążeń socjalnych. Jednym ze sposobów łagodzenia wpływów zjawisk zmian demograficznych i społecznych są programy Unii Europejskiej oraz WHO wprowadzające projekty aktywnego starzenia się. Ich założeniem jest utrzymanie seniorów w jak najlepszej kondycji zdrowotnej, samodzielnych, aktywnych społecznie oraz produkcyjnie przez długie lata. Realizacji tego zadania ma służyć efektywne zagospodarowanie czasu wolnego seniorów przez instytucje społeczne i animatorów. Jak wskazują badania, działalność animacyjna na różnych płaszczyznach sprzyja między innymi podtrzymaniu sprawności fizycznej i psychicznej, pozwalając jednostce na dłuższe zachowanie zdrowia, z czym wiąże się samodzielność i poczucie zadowolenia z życia [Kott 2015].

Animacja w kontekście edukacyjnym dotyczy działań skoncentrowanych na inspirowaniu seniorów do podjęcia aktywności, jak również wspieraniu ich w procesie samorozwoju. Człowiek pod wpływem działań animacyjnych ma szansę odkryć swoje wnętrze, wzbudzić twórczą ekspresję i wspomóc proces autokreacji. Działania animatorów powinny być zatem skoncentrowane na ukształtowaniu pewnych nawyków charakterystycznych dla uczestnictwa w kulturze, które mimo zaawansowanego wieku seniora mogą zaowocować jego udziałem w życiu instytucjonalnym oraz pozainstytucjonalnym tejże kultury. Nasuwa się konkluzja, iż animacja społeczno-kulturalna jest zjawiskiem złożonym, rozpatrywanym pod wieloma względami w kontekście zmian następujących w społeczeństwie postindustrialnym. Istnieją wskazywane przez badaczy płaszczyzny, na których animacja może mieć zastosowanie w demokratyzacji życia społecznego. Po transformacji ustrojowej w latach 1989–1990 płaszczyzny te ulegały wyraźnemu poszerzaniu i pogłębianiu, stwarzając tym samym możliwość wpływania na mechanizmy konstytuowania się władzy lokalnej oraz na zmiany postawy tej władzy w stosunku do środowiska lokalnego. Nie zmienia to jednak faktu, iż: „istota działań animacyjnych polega na kreowaniu świadomego podmiotu – autentycznego, samodzielnego i twórczego” [Nycz 2004] poprzez zabiegi skierowane do różnych poziomów świadomości jednostki, jej potrzeb zmian środowiskowych i jej motywacji. W przypadku animatorów kultury znaczenia nabierają działania artystyczne, w których animator staje się specjalistą, mentorem dającym możliwości rozwijania zdolności twórczych jednostki w określonej dziedzinie. Natomiast animator środowiskowy, jak twierdzi Jacek Schindler [2004], powinien być: „profesjonalistą o wykształceniu kulturoznawczym, pedagogicznym, socjologicznym”, który potrafi wydobywać ze swoich podopiecznych tkwiący w nich potencjał. Ma to na celu wzbudzenie chęci jednostki do zmiany otaczającego ją

środowiska lub poprawy działania władzy przez aktywne uczestniczenie w różnego rodzaju stowarzyszeniach partyjnych i grupach społecznych. Podobnie widzi pracę animatorów Walentyna Wnuk, która przypisuje animatorowi specyficzną rolę „diagnostyka, przewodnika i pośrednika” dbającego o prawidłowe relacje z osobami starszymi, co otwiera mu drogę do realizacji założonych celów. Jednocześnie autorka uważa, że istotą pracy animatora jest ukazywanie starszego człowieka jako ważnego podmiotu aktywności środowiskowej, to jest takiej jego postaci, która jest zaprzeczeniem stereotypów funkcjonujących na temat seniorów w świadomości jednostkowej jak i społecznej [za Kott 2015].

Trudno dokładnie określić moment, kiedy zaczyna się starość, ponieważ proces ten przebiega indywidualnie i towarzyszy mu wiele różnych objawów. Czynniki wpływające na proces starzenia się to m.in. styl życia, aktywność zawodowa i społeczna, płeć, warunki pracy i mieszkaniowe, uwarunkowania genetyczne, a także wcześniejsze choroby i urazy. Najważniejszym elementem jest jednak podejście psychiczne do starzenia się i akceptowanie związanych z nim zmian. Z medycznego punktu widzenia proces starzenia się zaczyna się dość wcześnie, już w czwartej dekadzie życia, kiedy to rezerwy czynnościowe organizmu maleją, a pierwsze problemy zdrowotne (choroby cywilizacyjne) stopniowo ograniczają satysfakcję z życia. Panująca ideologia zwana liberalizmem wskazuje na samoregulację wszelkich form i działań społecznych. Zapomina się jednocześnie, że ta samoregulacja nie działa w odniesieniu do zdrowia i zadowolenia z życia. Dlatego aktywność fizyczna seniorów może znacząco wpłynąć na ich nastawienie do samego siebie i środowiska, w którym funkcjonują, podnosząc jakość życia i dając satysfakcję [Rottermund, Knapik, Szyszka 2015].

Szczególnie ważne dla osób starszych są rodzaje aktywności:

- domowo-rodzinna: rozumiana jako wykonywanie różnych czynności związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego i z życiem najbliższej rodziny;
- kulturalna: jest przejawem miejskiego stylu życia i dotyczy np. czytelnictwa, oglądania telewizji, korzystania z instytucji kulturalnych, klubów seniora;
- zawodowa: odgrywa ogromną rolę w życiu człowieka, zaspokajając potrzebę uznania, użyteczności, przydatności; ułatwia samookreślenie kulturowe, poprawia samopoczucie;
- społeczna: najczęściej uczestniczą w niej osoby, które wcześniej wyróżniały się aktywnością działacza w danym środowisku;
- edukacyjna: pomaga człowiekowi starszemu w ciągłym doskonaleniu siebie, umożliwia ćwiczenie umysłu, poznawanie nowych zagadnień, ludzi;
- religijna: w wieku starszym wzrasta znaczenie religii i potrzeba uczestniczenia w obrzędach religijnych;
- rekreacyjna: osobom starszym potrzebny jest ruch fizyczny, wypoczynek oraz wykonywanie ulubionych zajęć dla własnej przyjemności [Rynkowska 2016].

Uczestnictwo seniorów w życiu społecznym i zawodowym jest determinowane licznymi czynnikami, jak: płeć (kobiety częściej podejmują aktywność społeczną), wykształcenie (im wyższe, tym wyższy poziom aktywności), stan zdrowia, środowisko rodzinne, warunki bytowe (im gorsze, tym mniejsza aktywność), doświadczenia i poziom aktywności we wcześniejszych fazach życia, miejsce zamieszkania (w miastach jest więcej ofert spędzania czasu wolnego) oraz istnienie i działalność instytucji kulturalnych w najbliższym otoczeniu. Wpływ tych czynników powoduje, że w Polsce seniorzy częściej poświęcają czas na czynności pasywne (oglądanie telewizji, rozmowy ze znajomymi, odpoczynek), względnie pasywne (czytanie książek, słuchanie radia, komputer) prace domowe, jak naprawy domowe, ogródek, zajmowanie się wnukami, pomoc dorosłym dzieciom [Wawrzyniak 2017].

Aktywizacja w potocznym rozumieniu oznacza uaktywnienie się. Jest to zespół działań mających na celu włączenie człowieka do udziału w różnych dziedzinach życia, inaczej – prowadzenie aktywnego trybu życia. Termin „aktywizacja” jest używany w różnych znaczeniach. Może oznaczać „stymulowanie aktywności nierozbudzonej, wyzwalanie aktywności stłumionej, modyfikowanie aktywności źle ukierunkowanej, motywowanie i mobilizowanie organizmu do aktywności” [Rynkowska 2016]. Aktywizacja jest procesem, którego celem jest podniesienie aktywności ogólnej i wybiórczej. Pod pojęciem aktywizacji ogólnej rozumie się zwykle „mobilizowanie całego organizmu, zaś aktywność wybiórcza (ukierunkowana) to podniesienie poziomu aktywności fizycznej, umysłowej, twórczej, seksualnej, zawodowej, edukacyjnej, religijnej” [Rynkowska 2016].

Celem aktywizacji jest przede wszystkim:

- utrzymanie sprawności fizycznej i zdrowotnej: gimnastyka, spacer, zabawy ruchowe, rehabilitacja;
- usamodzielnienie, pobudzenie zaradności: wykorzystanie różnych czynności związanych z higieną osobistą, wyrobienie nawyków higienicznych;
- nauka współżycia w grupie i środowisku: kształtowanie pozytywnych cech osobowości, kultury życia codziennego, umiejętności nawiązywania kontaktów z rówieśnikami, sąsiadami itp.;
- utrzymanie (bądź pobudzenie) wiary w sens życia;
- rozwijanie zainteresowań;
- stymulowanie procesów wyobraźni i twórczego działania.

Aktywizowanie seniorów ma wiele form, w tym rozpowszechnianie edukacji poprzez organizowanie uniwersytetów trzeciego wieku (UTW) oraz kursów komputerowych, promowanie inicjatyw seniorskich i wolontariackich oraz propagowanie zdrowego stylu życia. [Rynkowska 2016].

Jedną z takich form jest także tworzenie domów dziennego pobytu (DDP), które są przeznaczone dla osób starszych, niepełnosprawnych, samotnych oraz dla wszystkich, którzy chcą aktywnie spędzać wolny czas i nawiązywać kontakty

z rówieśnikami. Domy dziennego pobytu to miejsca, gdzie seniorzy mogą spotkać się z innymi ludźmi, wziąć udział w różnych aktywnościach, korzystać z zajęć rekreacyjnych, a także uzyskać pomoc i wsparcie. W ten sposób aktywizacja seniorów staje się procesem kompleksowym, który ma na celu poprawę jakości życia osób starszych i zapewnienie im godnego starzenia się. Pomagają zorganizować i wypełniać dzień osobom, które zaprzestały aktywności zawodowej, zarówno tym, które wciąż rozpira energia do działania, jak i tym, którzy tej energii szukają. Domy dziennego pobytu oprócz towarzystwa innych osób zapewniają zajęcia w różnych dziedzinach, a także podstawową opiekę medyczną. Zakres działalności domów dziennego pobytu jest bardzo szeroki, pomaga zorganizować czas w ciągu dnia, zaspokoić potrzeby towarzyskie i kulturalne, dbać o kondycję fizyczną i psychiczną, zapewnia podstawową opiekę zdrowotną. Głównym celem domów dziennego pobytu jest aktywne spędzanie czasu, rozwijanie zainteresowań oraz nabywanie nowych umiejętności, które pozwolą na reaktywację społeczną osób starszych i chorych m.in. poprzez przeciwdziałanie izolacji i samotności seniorów i niepełnosprawnych, integrację międzypokoleniową. Dzięki takiemu rozwiązaniu pracujący opiekunowie mogą bez przeszkód realizować się w pracy zawodowej, mając pewność, że ich bliski jest bezpieczny i otoczony należytą opieką. Pobyt dzienny jest zorganizowany w taki sposób, aby osoby starsze spędzały dzień aktywnie i ciekawie, w gronie swoich rówieśników.

Zajęcia dla uczestników DDP są prowadzone w formie grupowej oraz indywidualnej. Wśród zajęć wymienić można następujące:

- litoterapia – gry i zabawy stolikowe;
- kinezyterapia – terapia ruchem;
- muzykoterapia czynna – np. śpiew, muzykowanie;
- muzykoterapia bierna – słuchanie muzyki;
- arteterapia – terapia poprzez sztukę, tworzenie sztuki (obrazki zdobione w technice decoupage, ikebana, papieroplastyka, oddziaływanie pięknem sztuki itp.) (fot. 1–2);
- teatroterapia – oglądanie przedstawień teatralnych, uczestnictwo aktywne;
- biblioterapia – czytanie książek, poezji, wieczorki z poezją, recytacja;
- choreoterapia – improwizacje taneczne, płąsy taneczne, nauka tańca;
- filmoterapia – oglądanie przygotowanego filmu lub jego fragmentu, wspólna dyskusja na podany temat, refleksja, wymiana zdań;
- treningi zaradności życiowej: trening higieniczny – nauka dbania o higienę osobistą (mycie, czesanie, czyste ubranie itp.) oraz otoczenia (czyste stanowisko pracy, sprzątanie mieszkania itp.); trening budżetowy – nauka gospodarowania budżetem, proste zakupy, opłaty itp.; trening kulinarny – nauka przygotowania prostych, zdrowych posiłków, nauka zdrowego, racjonalnego odżywiania się, poznawanie nowych przepisów itp.;

- socjoterapia – nauka radzenia sobie z emocjami, asertywne zachowania, zachowania właściwe w różnych sytuacjach społecznych, trening umiejętności społecznych;
- ergoterapia – terapia poprzez pracę, np. w ogrodzie (hortikuloterapia), w pracowni stolarskiej, krawiectwo itp. [Lewandowska-Prot 2021].



Fot. 1. Zajęcia plastyczne w Dziennym Domu „Senior-WIGOR”

Źródło: <https://seniorwigor.glogow-mlp.pl/>



Fot. 2. Zajęcia plastyczne w Dziennym Domu „Senior-WIGOR”

Źródło: <https://seniorwigor.glogow-mlp.pl/>

Kolejną formą aktywizacji seniorów są uniwersytety trzeciego wieku, których zadaniem jest dążenie do utrzymania indywidualnego dobrostanu psychofizycznego seniora oraz osiągnięcie należytej i godnej pozycji człowieka starszego w społeczeństwie. Drogą do realizacji tych zadań jest edukacja, która może spełniać wiele funkcji: ćwiczyć umysł dla podtrzymania ogólnej sprawności organizmu, integrować środowisko osób starszych z rówieśnikami oraz z innymi pokoleniami, przeciwdziałać osamotnieniu, przekazywać, upowszechniać i aktualizować wiedzę, zapobiegać marginalizacji i wykluczaniu ludzi starszych. Uniwersytety trzeciego wieku w Polsce wypracowały rozległe i różnorodne formy działalności:

- formy oświatowe, takie jak: wykłady, ćwiczenia, seminaria, konwersatoria, spotkania z ciekawymi ludźmi, lektoraty języków obcych oraz zebrania dyskusyjne w kołach zainteresowań;
- formy kulturalno-artystyczne, w tym udział w spektaklach teatralnych, w koncertach w filharmonii, zwiedzanie muzeów i galerii; różne formy zajęć twórczych realizowanych indywidualnie lub w kołach hobbystycznych związanych z działalnością edytorską; zespoły artystyczne, takie jak chóry, teatry amatorskie, kabarety;
- formy rekreacyjne i sportowe: gimnastyka rehabilitacyjna, ćwiczenia fizyczne, zajęcia na basenie, wyprawy piesze po okolicy, wycieczki autokarowe, wyjazdy zagraniczne;
- formy działalności charytatywnej, np. wobec osób starszych, chorych dzieci, osób niepełnosprawnych – organizowanie akcji dobroczynnych, odwiedzanie przez słuchaczy ludzi samotnych, wymagających pomocy;
- formy działalności towarzysko-rozrywkowej: spotkania plenerowe, spotkania towarzyskie z okazji różnych uroczystości czy rocznic historycznych [Michalczak, Bujnowska, Żółtańska 2012].

Badania Michalczaka, Bujnowskiej i Żółtańskiej [2012] pokazują, że istnieją wyraźne różnice w samoocenie jakości życia pomiędzy osobami uczestniczącymi w zajęciach uniwersytetu trzeciego wieku a tymi, które na takie zajęcia nie uczęszczają. Wykazały również, że uczestnictwo w zajęciach UTW może być czynnikiem determinującym kondycję fizyczną, psychiczną i społeczną osób starszych. Jako korzystne należy ocenić różnice wyników badań w kategorii odczuwania izolacji społecznej. Uproszczonej analizie statystycznej poddano też próbkę badań w zakresie wybranych elementów stylu życia badanych osób. I tu wyraźnie można dostrzec różnice w zakresie poziomu aktywności kulturalnej, a zwłaszcza aktywności rekreacyjno-sportowej w tych dwóch grupach ankietowanych. Być może jest to jeden z czynników wpływających bezpośrednio na uzyskane wyniki badań nad jakością życia.

Uniwersytety trzeciego wieku w ostatnich latach zyskują coraz liczniejsze grono słuchaczy. Poszukiwanie najbardziej właściwych form pomocy ludziom starszym jest ważnym zadaniem, zwłaszcza w dobie narastającego kryzysu i ciągłego wzrostu liczby osób w wieku podeszłym w naszym kraju. Należy jednocześnie badać i oceniać skuteczność takich oddziaływań i programów. Poczucie dobrostanu wyrażające się wysokim poziomem oceny badanych w zakresie jakości życia to ważny argument przemawiający za tym, że realizowany program zajęć uniwersytetu trzeciego wieku może stanowić istotny czynnik w prozdrowotnych modyfikacjach stylu życia osób w starszym wieku. W warunkach polskich oferta programów realizowanych przez UTW powinna uwzględniać zwłaszcza zajęcia o charakterze rekreacyjnym. Niski ogólny poziom uczestnictwa Polaków w sporcie, liczne incydenty kardiologiczne oraz zaburzenia metaboliczne przemawiają za tym, aby takie formy działań jak najbardziej wspierać.

Osoby w wieku emerytalnym coraz częściej zainteresowane są różnymi formami uczestnictwa w kulturze. Naprzeciw ich potrzebom wychodzą instytucje oświaty i kultury, proponując interesujące zajęcia, wykłady i warsztaty. W procesie aktywizacji, socjalizacji i inkluzji kulturalnej tej grupy wiekowej szczególną rolę odgrywają rozmaite środowiska edukacyjne, centra i kluby seniora (kulturalne, rekreacyjne, filmowe, dyskusyjne, sportowe, krajoznawczo-turystyczne; uniwersytety trzeciego wieku lub akademie czy szkoły każdego lub złotego wieku), wszechnice, biblioteki, domy kultury, kursy, warsztaty, seminaria, odczyty, organizowane przez organizacje pozarządowe czy Kościoły. Wyniki badań Koniecznej E. [2017] wskazują, że kultura filmowa stanowi element codziennego życia seniorów, a uczestnictwo w niej jest formą zaspokajania potrzeb kulturalnych, społecznych oraz integracyjnych. Autorka za przykład podaje warsztaty filmowe dla seniorów wykorzystujące techniki wideo uczestniczącego, które stanowią formę działań edukacyjnych, animacyjnych i integracyjnych aktywizujących osoby starsze i zapobiegających ich wykluczeniu psychospołecznemu.

Z kolei aktywność ruchowa umożliwia codzienne funkcjonowanie na odpowiednim poziomie (fot. 3). Gwarantuje możliwość spełniania się w różnych rolach społecznych, zawodowych i rodzinnych, a tym samym poprawia jakość życia. W wielu przypadkach seniorzy podejmują aktywność fizyczną także po to, by móc przebywać razem z innymi. W tych spotkaniach dostrzegają głęboki sens życia i istotę społeczeństwa. Regularne ćwiczenia poprawiają więc zarówno sprawność umysłową, jak i pomagają włączyć się z powrotem do życia społecznego – nie tylko wśród rówieśników, lecz także w wymiarze międzypokoleniowym [Mitkiewicz 2022].



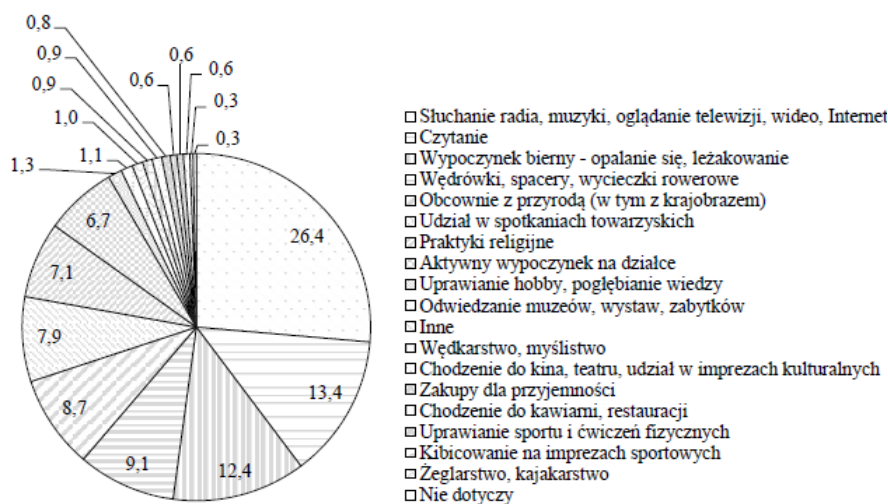
Fot. 3. Ćwiczenia w Dziennym Domu „Senior-WIGOR”

Źródło: <https://seniorwigor.glogow-mlp.pl/>

Nordic walking jest prostą, łatwą i bezpieczną formą ćwiczeń dla seniorów, która może być skutecznym środkiem przeciwdziałania siedzącemu trybowi życia i zmniejszać ryzyko występowania chorób przewlekłych. Zaletą nordic walking jest to, że może być uprawiany przez osoby w każdym wieku i o różnym stopniu sprawności, niezależnie od czasu i miejsca, w którym się znajdują. Zaangażowanie górnej części ciała i ramion poprzez użycie specjalnie zaprojektowanych tyczek zwiększa intensywność treningu i poprawia wydajność ćwiczeń. Badania naukowe potwierdzają skuteczność nordic walking jako formy aktywności fizycznej, zwłaszcza w zakresie poprawy funkcji układu krążenia, wydolności tlenowej i redukcji masy ciała. Nordic walking może być również korzystny dla osób z chorobami stawów, ponieważ minimalizuje nacisk na stawy i poprawia ruchomość [Tschentscher, Niederseer, Niebauer 2013].

Ulubionym sposobem spędzania wolnego czasu dla 26% seniorów jest słuchanie radia, muzyki i oglądanie telewizji. Ponad 13% wypoczywa, czytając, a 12% opalając się i leżakując. Wędrówki, spacer, wycieczki rowerowe są ulubionym sposobem spędzania czasu wolnego przeznaczonego na wypoczynek dla 9% seniorów, a obcowanie z przyrodą dla blisko 9%. Około 7% wypoczywa na działce lub oddając się praktykom religijnym. Pozostałe rodzaje aktywności turystycznej kształtują się na niskim poziomie, przyjmując wartość 1%. Są to sposoby spędzania wolnego czasu, które wymagają zaangażowania

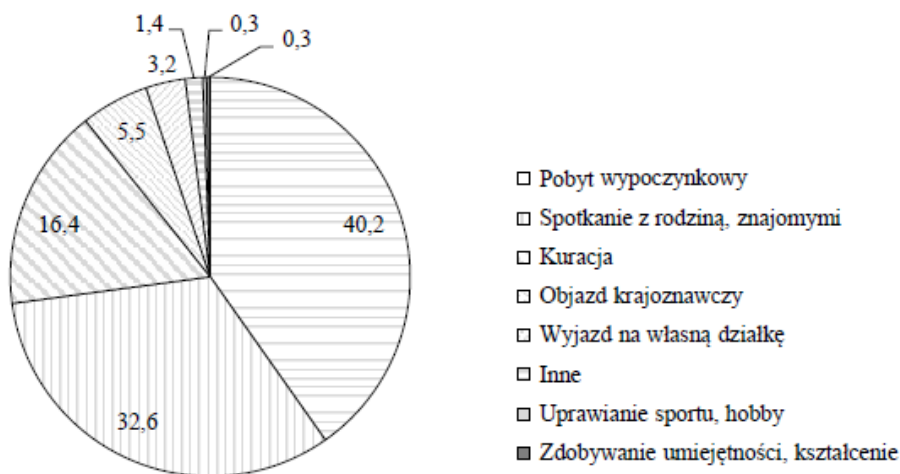
środków finansowych (chodzenie do kina, teatru i kawiarni, zakupy czy żeglarsstwo). Analiza zmian sposobów spędzania wolnego czasu pokazuje, iż poziom najbardziej ulubionego przez seniorów, czyli słuchania radia, muzyki i oglądania telewizji, znacząco spadł z 44,6% w roku 2001 do 26,4% w roku 2013. Duże zmiany zaobserwowano również w wypoczynku biernym, z którego w 2001 r. korzystało aż 18%, a w 2013 r. jego wartości spadały do 12,4 %. Można wysunąć wniosek, iż następuje zmiana sposobu spędzania wolnego czasu przez seniorów, gdyż wzrost został zaobserwowany w takich sposobach spędzania czasu, jak: uprawianie hobby, praktyki religijne, chodzenie do kina czy teatru, zwiedzanie muzeów, wystaw, zabytków. Są to bardzo korzystne zmiany pokazujące coraz większą świadomość polskiego emeryta. Niezadowolającym może być jedynie fakt, iż są to jeszcze bardzo niewielkie zmiany [Ociepka, Pytel 2016] (wyk. 14).



Wyk. 14. Ulubiony sposób spędzania czasu wolnego przeznaczanego na wypoczynek przez seniorów w 2013

Źródło: Ociepka, Pytel [2016].

Analiza charakteru planowanych podróży przez seniorów wskazuje, że dla 40% najważniejszy jest wypoczynek, 32% podróżuje, aby spotkać się z rodziną, a 16% swój wypoczynek przeznacza na kurację zdrowotną. Znacząco mniejszą popularnością cieszy się objazd krajoznawczy czy wyjazd na działkę. Marginalne znaczenie dla seniorów ma uprawianie sportu czy zdobywanie umiejętności. W 2013 r. tylko jedną podróż odbyło 45% seniorów, a od 2 do 5 podróży – 46%. Ponad 20 podróży odbyło tylko 1,2% osób starszych [Ociepka, Pytel 2016].



Wyk. 15. Charakter planowanych podróży urlopowych seniorów w 2013 r. (w %)

Źródło: Ociepka, Pytel [2016].

Analiza przeprowadzona przez Ociepkę i Pytla [2016] pokazuje, że aktywność turystyczna seniorów wciąż nie jest na zadowalającym poziomie, co z drugiej strony staje się szansą rozwoju. Udział w turystyce osób w starszym wieku może wpłynąć na poprawę funkcjonowania ruchu turystycznego zarówno krajowego, jak i zagranicznego. Ponieważ seniorzy mogą korzystać z wypoczynku również poza sezonem, możliwe jest wykorzystanie wszystkich miejsc w istniejącej bazie noclegowej. Jednak nadal słuchanie radia czy opalanie się w ogródku na wsi znacząco przeważa nad udziałem w wyjazdach czy imprezach turystycznych. Należy uświadamiać seniorów o możliwości takich wyjazdów zagranicznych poza sezonem. Dzięki ich zaangażowaniu można zmniejszać sezonowość turystyki i podnieść jej standard. Odpowiednie przygotowanie bazy noclegowej i towarzyszącej dla potrzeb osób starszych może być wykorzystane w przyszłości także przez turystów z innych przedziałów wiekowych.

Przykładem odpowiedniej bazy noclegowej dla seniorów jest agroturystyka, w której poza spełnianiem przez gospodarza oczekiwań turystów w zakresie zakwaterowania czy wyżywienia, znaczącą rolę odgrywa organizowanie czasu wolnego gości. Jedną z form animacji czasu wolnego w gospodarstwie agroturystycznym jest rekreacja ruchowa lub plenerowa. Niektórzy autorzy nazywają ją również rekreacją wiejską bądź agrorekreacją. Wyróżnia się ona specyficznymi formami aktywności, które wiążą się z funkcjonowaniem gospodarstwa. Jest to np. udział w pracach rolnych (sianokosy, karmienie zwierząt gospodarskich), uczestnictwo w atrakcjach związanych z lokalną

kulturą i tradycją (pokazy folklorystyczne, nauka rzeźbiarstwa, układania bukietów z kwiatów, hafciarstwa, kowalstwa itp.). Agrorekreację można sklasyfikować ze względu na jej miejsce w strukturze gospodarstwa rolnego na odbywającą się:

- w budynkach gospodarstwa;
- na działce zagrody;
- na terenie gospodarstwa, ale poza działką zagrody;
- poza terenem gospodarstwa – we wsi i jej okolicach.

Aktywny wypoczynek na wsi może być też realizowany poprzez różnorodne rodzaje sportu. Choć sport na ogół nie kojarzy się z agroturystyką, należy jednak pamiętać, że gospodarstwa agroturystyczne mają dogodne warunki do tego, aby oferować uprawianie jego wybranych dyscyplin. Dysponują przede wszystkim zapleczem przyrodniczym i związaną z nim przestrzenią rekreacyjną. W ramach agrosportu wyróżniamy następujące kategorie:

- spacer, marsze, jazda na rowerze;
- hippika i wszelkie jej odmiany, takie jak: nauka jazdy konnej, jazda konna w terenie, przejażdżki bryczką;
- sporty wymagające dużej przestrzeni – sporty konwencjonalne i ekstremalne, np. gra w golfa, w tenisa, loty motolotnią lub paralotnią, przejażdżki quadem;
- łowiectwo;
- wędkowanie.

W ramach aktywnego wypoczynku w gospodarstwie agroturystycznym wyróżnić można rozrywki, które ściśle wiążą się z uwarunkowaniami krajoznawczo-przyrodniczymi. Do grupy tzw. agrorozrywek należą:

- zwiedzanie parków i ogrodów;
- wyjazdy i wycieczki na tereny wiejskie (wyjazdy studyjne, eksploracyjne, eskapady agroturystyczne, pikniki);
- wędrówki po labiryntach kukurydzianych, gry terenowe nowej generacji na obszarze zabudowanym słomianymi konstrukcjami.

O tym, czy środowisko przyrodnicze będzie uznawane przez człowieka za wartościowy środek rekreacji, decydują dwa czynniki. Po pierwsze stopień odmienności warunków przyrodniczych od występujących w miejscu jego bytowania; po drugie walory estetyczne (widokowe), a szczególnie zmienność krajobrazu i jego różnorodność. Istotna z punktu widzenia rozwoju agroturystyki i turystyki wiejskiej oraz podejmowania ruchowej aktywności rekreacyjnej na terenach wiejskich, poza uwarunkowaniami krajoznawczo-przyrodniczymi, jest przestrzeń i przygotowana w niej odpowiednia infrastruktura sportowo-rekreacyjna oraz, w wielu przypadkach, animacja czasu wolnego gości przez gospodarzy [Poczta 2012].

Piśmiennictwo

- Cyboran B. (2018). Animacja w systemie zależności instytucjonalnych. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków: 17–19.
- Konieczna E. (2017). Aktywizacja i integracja społeczna seniorów przez uczestnictwo w kulturze filmowej. *Studia Kulturowo-Edukacyjne*, XII, 1: 47–49, 60.
- Kott M. (2015). Animacja jako metoda aktywizacji osób starszych. *Przegląd Biblioterapeutyczny*, Instytut Psychologii Wydział Nauk Historycznych i Pedagogicznych Uniwersytetu Wrocławskiego, V, 2: 34.
- Lewandowska-Prot E. (2021). Dzielne domy pobytu jako odpowiedź na wyzwania polityki społecznej XXI w. w zakresie aktywizacji osób starszych i niesamodzielnych na przykładzie domu dziennego pobytu „Niezapominajka”, prowadzonego przez Wyższą Szkołę Gospodarki w Bydgoszczy. *Zeszyty Naukowe WSG*, 39: 260–263.
- Michalczak W., Bujnowska M., Żółtańska J. (2012). Analiza jakości życia osób starszych w kontekście uczestnictwa w zajęciach rekreacyjnych realizowanych w ramach Uniwersytetu Trzeciego Wieku. *Szkice z Ekonomii Behawioralnej i Ekonomii Ekologicznej*, 28: 88, 108.
- Mitkiewicz B. (2022). Poszukiwanie form aktywności i aktywizacji seniorów. *Zeszyty Naukowe KUL*, 65(3): 124.
- Nycz E. (2004). Animacja i animator wobec antynomii. W: Hrycyk K. (red.). *Konteksty animacji społeczno-kulturalnej*. Wrocław 2004, s. 59–92.
- Ociepka A., Pytel S. (2016). Aktywność turystyczna seniorów w Polsce. *Ekonomiczne Problemy Turystyki*, 2(34): 86–92.
- Poczta J. (2012). Walory krajoznawczo-przyrodnicze a rekreacja ruchowa w gospodarstwach agroturystycznych. *Bogucki Wydawnictwo Naukowe*, Poznań: 40–42.
- Rottermund J., Knapik A., Szyszka M. (2015). Aktywność fizyczna a jakość życia osób starszych. *Społeczeństwo i Rodzina*, 42(1): 92.
- Rynkowska D. (2016). Rola i znaczenie aktywności społecznej seniorów. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*, 41, 2: 94–95.
- Schindler J. (2004). Animacja społeczności lokalnej. W: Hrycyk K. (red.). *Konteksty animacji społeczno-kulturalnej*. Wrocław 2004, s. 219.
- Tschentscher M., Niederseer D., Niebauer J. (2013). Health Benefits of Nordic Walking. *American Journal of Preventive Medicine*, 44: 76.
- Wawrzyniak J. (2017). Animator osób starszych – szansa na aktywizację osób w wieku 55+. *Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie*: 89.

V

AKTYWIZACJA OSÓB STARSZYCH DO REKREACJI RUCHOWEJ

Na początek należy rozróżnić dwa pojęcia: aktywność i aktywizację. Pierwsze to działania jednostek wykonywane w ramach ich ról społecznych nakierowane tak na ich otoczenie społeczne, jak i świat zewnętrzny. Obejmuje ona zatem pracę zawodową, kulturalną, zdobywanie wiedzy, rozrywkę, twórczość czy działalność na rzecz innych, dobrowolną, spontaniczną, jak i zinstytucjonalizowaną (praca społeczna, wolontariat) [Kaprańska 2015].

Aktywność jest szczególnie ważna w przypadku tej części populacji, która w sposób naturalny, z powodu wieku, ogranicza lub zaprzestaje realizować swoje wcześniejsze role społeczne. W świetle badań można mówić o kilku modelach aktywności seniorów:

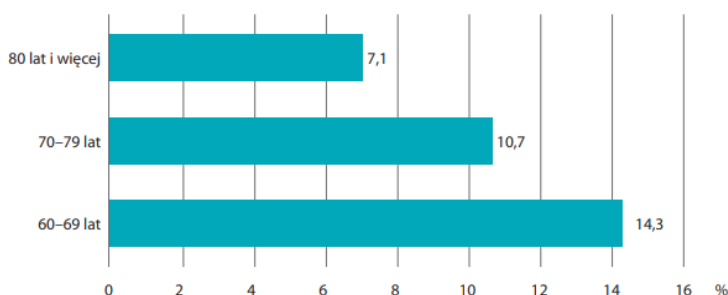
- model użyteczności i unikania bezczynności;
- model starości czasu wolnego;
- model aktywnej starości polegający na zaangażowaniu w działalność publiczną;
- model starości w instytucji [Kaprańska 2015].

Aktywizacja zaś to społeczny proces stwarzania możliwości i warunków osobom starszym do tego, aby mogły realizować szeroko pojmowaną aktywność. Ma ona związek z zagadnieniem społecznej inkluzji i zapobiegania wykluczeniu społecznemu. Aktywizacja wpisuje się w teorię upowszechniania kultury, w nurt działalności pomocowej i obywatelskiej [Kaprańska 2015].

Cel aktywizacji to przede wszystkim przeciwdziałanie izolacji społecznej seniorów, a także utrzymanie stanu ich zdrowia. Zgodnie z ideą WHO – działania z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki powinny uwzględniać trzy płaszczyzny: fizyczną (somatyczną), psychiczną, jak również społeczną. Zdaniem Pędicha starość ma swoją ogólną charakterystykę, ale jest przy tym niejednorodna pod względem biologicznym, zdrowotnym i socjalnym. Wszelkie plany i działania na rzecz osób starszych powinny uwzględniać specyficzne potrzeby wynikające z zaawansowania wieku, stanu zdrowia i sprawności oraz sytuacji socjalnej i ekonomicznej każdej osoby [Głowacka, Jarecka, Girzelska 2016].

Aktywne starzenie się to świadome podejmowanie działań, które pomagają podtrzymać sprawność fizyczną, psychiczną i intelektualną. Wśród różnych rodzajów aktywności osób w wieku podeszłym wyróżnić można: aktywność społeczną, edukacyjną, kulturalną, rekreacyjną, domowo-rodzinną, religijną i zawodową [Głowacka, Jarecka, Girzelska 2016].

Według badań Głównego Urzędu Statystycznego z 2020 r. wraz z wiekiem maleje powszechność uprawiania różnego rodzaju sportów. W okresie jesiennym 14,3% osób w wieku 60–69 lat swój czas wolny poświęciło na uprawianie sportu, fitnessu lub innej rekreacji fizycznej, tj. aktywności wymagającej co najmniej umiarkowanego wysiłku fizycznego. W grupie wiekowej 70–79 było to 10,7%, a wśród najstarszych seniorów, w wieku 80 lat i więcej, zaledwie 7% (wyk. 16). Średni czas ćwiczeń wyniósł odpowiednio 51, 46 i 30 minut w tygodniu. Ogółem w społeczeństwie ten sposób spędzania wolnego czasu wybierała nieco ponad jedna czwarta osób w wieku 15 lat i więcej, poświęcając na to ok. 63 minuty w tygodniu [GUS 2021].



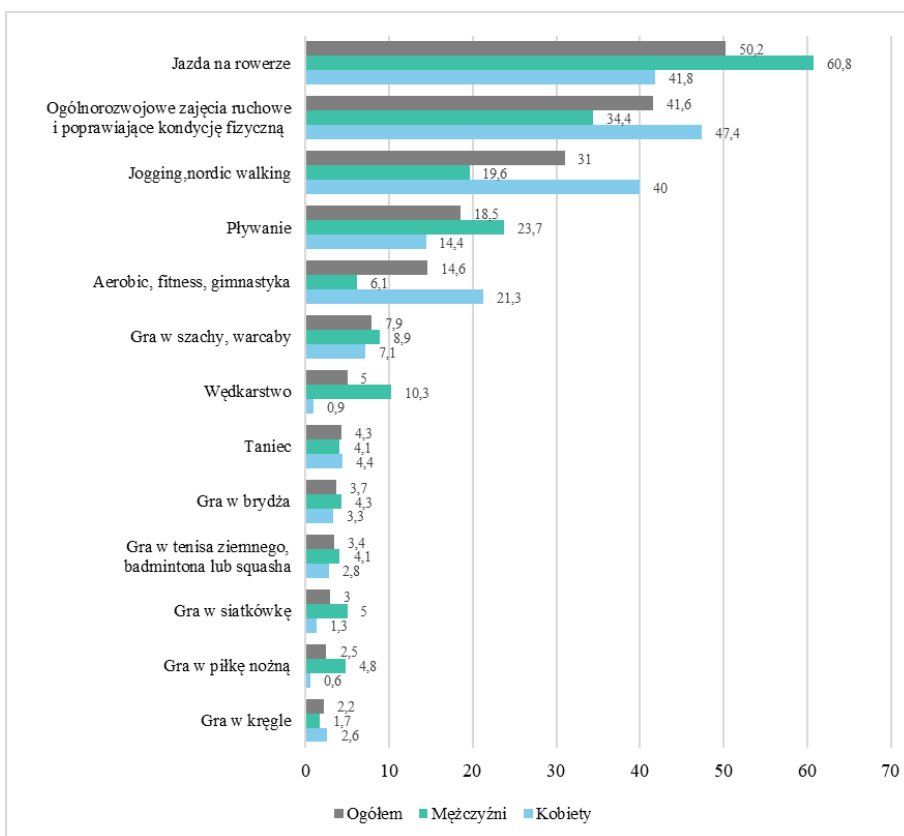
Wyk. 16. Udział osób uprawiających sport, fitness, inną rekreację fizyczną, ćwiczenia na siłowni w liczbie osób danej grupy wiekowej w 2019 r.

Źródło: GUS [2020].

Badania PolSenior wykazały, że najczęściej deklarowanymi formami aktywności fizycznej podejmowanymi przez osoby w wieku 65 lat i starsze, kilka razy w tygodniu lub częściej, były kolejno: krótki spacer w okolicach domu, jazda na rowerze, praca na działce lub w ogrodzie, ćwiczenia gimnastyczne, aerobik itp., kilkugodzinne spacery, piesze wycieczki. Najwięcej osób podejmowało krótki spacer w okolicach domu. Ten rodzaj aktywności deklarowało więcej mężczyzn niż kobiet (75% mężczyzn i 56,7% kobiet). Również większy odsetek mężczyzn deklarował wykonywanie ćwiczeń gimnastycznych, aerobik itp. (15,2% mężczyzn i 4,3% kobiet), jazdę na rowerze (30,7% mężczyzn i 18,6% kobiet) i kilkugodzinne spacery wraz z pieszymi wycieczkami (12,6% mężczyzn i 5,5% kobiet). Jedyne praca na działce lub w ogrodzie nie wykazała zróżnicowania w zależności od płci. Deklarowanie podejmowania

kilka razy w tygodniu lub częściej krótkich spacerów w okolicy domu, jazdy na rowerze i pracy na działce czy w ogrodzie zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet zmniejszało się w większości przypadków wraz z wyższą kategorią wiekową [Kantanista i wsp. 2013].

Najczęściej deklarowanym motywem do podejmowania aktywności fizycznej wśród mężczyzn i kobiet była troska o zdrowie. Większy odsetek mężczyzn (66,2%) niż kobiet (49,1%) wybrał zdrowie jako najistotniejszą przyczynę podejmowania aktywności fizycznej i tylko ten powód był istotnie zróżnicowany w zależności od płci. W dalszej kolejności wymieniano: potrzebę wypoczynku, dla zabicia czasu i z nawyku wypracowanego w młodości. Na znaczenie zaleceń lekarza dla podejmowania aktywności wskazywało w zależności od wieku maksymalnie 11,1% badanych [Kantanista i wsp. 2013].



Wyk. 17. Uczestnictwo członków gospodarstw domowych w wieku 60 lat i więcej w zajęciach sportowych lub rekreacji ruchowej według wybranych form aktywności w 2021 r.

Źródło: GUS [2022].

Według badań GUS z 2022 r. najpopularniejszą aktywnością sportową wśród osób w wieku 60 lat i więcej była jazda na rowerze. W 2021 r. wskazało ją 50,2% uczestników zajęć sportowych lub rekreacji ruchowej w tym wieku (w 2016 r. – 64,6%). Jazdę na rowerze zdecydowanie częściej wybierali mężczyźni – 60,8% niż kobiety – 41,8%. Popularne wśród seniorów były również ogólnorozwojowe zajęcia ruchowe poprawiające kondycję fizyczną (m.in. spacer, spacer rekreacyjny, skakanie na skakance, ćwiczenia na rowerze stacjonarnym, trenażerze), które w 2021 r. wykonywało 41,6% osób (w 2016 r. – 19,8%). Częściej decydowały się na tego typu zajęcia seniorki (47,4%) niż seniorzy (34,4%). Dużą popularnością w gronie osób starszych cieszył się również jogging i nordic walking, a także pływanie. Zajęcia te wybrało odpowiednio 31,0% i 18,5% seniorów uczestniczących w sporcie i rekreacji ruchowej (w 2016 r. – 27,4% i 18,2%). Kobiety preferowały jogging i nordic walking, a mężczyźni – pływanie. Oprócz wyżej wymienionych form aktywności fizycznej kobiety w wieku 60 lat i więcej często wybierały również aerobik, fitness, gimnastykę, natomiast mężczyźni w tym wieku – wędkarstwo [GUS 2022] (wyk. 17).

Przybory są skutecznym środkiem rozwijania zdolności kondycyjnych i koordynacyjnych (zwłaszcza zwinności i zręczności), a także korygowania wad postawy ciała. Sprawiają, że zajęcia są bardziej atrakcyjne, a stawiane przed ćwiczącymi zadania bardziej konkretne. Mnogość przyborów standardowych (piłki lekarskie, skakanki, laski, hantle itd.), jak i podręcznych (woreczki, gazety, różnego rodzaju opakowania) stwarza nieograniczone możliwości urozmaicenia zajęć, pobudzania do aktywności i wyzwala inwencję twórczą u ćwiczących [Majewska i wsp. 2017].

Majewska i wsp. badali wykorzystanie różnych przyborów w zajęciach ruchowych. Zauważono, że seniorzy zdecydowanie wolą zajęcia ruchowe z przyborami – tak wypowiedziało się 85% badanych. 53,4% respondentów uznało, że ćwiczenia z przyborem wymagają większej uwagi. Skupienie podczas ćwiczeń wpływa na zwiększenie koncentracji, co opóźnia procesy związane ze spadkiem reakcji na bodźce zewnętrzne, tak charakterystyczne dla wieku starszego [Majewska i wsp. 2017].

Aktywizacji osób starszych do rekreacji ruchowej sprzyjają wszelkie instytucje i organizacje pozarządowe oraz projekty i programy m.in. na rzecz promowania aktywności fizycznej wśród osób starszych. Działania w kierunku właściwego zagospodarowania czasu wolnego osób starszych i zapobiegania stereotypom podjęły w Polsce instytucje kultury, takie jak domy kultury, uniwersytety trzeciego wieku, biblioteki, ale też na przykład parafie. Niestety, Polska przoduje w europejskich statystykach pod względem niskiej aktywności edukacyjnej osób starszych. Według statystyk tylko około 5% z nich bierze czynny udział w zajęciach proponowanych przez instytucje kształcenia

ustawicznego typu uniwersytet trzeciego wieku. Podkreślić jednak należy, że zainteresowanie seniorów tą formą aktywności systematycznie rośnie [Felińska, Górniak 2015].

Pierwszy polski Uniwersytet Trzeciego Wieku powołano 12 listopada 1975 roku w Warszawie przy Podyplomowym Centrum Kształcenia Kadr Medycznych. Jego inicjatorką była profesor Halina Szwarc. Celem powstałego uniwersytetu było włączenie seniorów w system kształcenia ustawicznego, a także ich aktywizacja fizyczna, psychiczna i społeczna [Felińska, Górniak 2015].

Program zajęć UTW jest różnorodny, elastyczny, rozwijający ciało i umysł, przede wszystkim dostosowany do potrzeb odbiorcy. Wpływa na rozwój aspektów: fizycznych (gimnastyka), umysłowych (wykłady, konwersacje) i psychologicznych (zabawa). Praca nad wszystkimi elementami umożliwia/gwarantuje poprawę jakości życia, co jest najważniejszym celem w życiu osób starszych. Dlatego też UTW mają w ofertach dla starszej grupy społeczeństwa: zajęcia tai chi, jogę, aquaerobic, nordic walking, taniec [Wilk 2013].

W Legionowie realizowany jest i cieszy się coraz większym zainteresowaniem program „Dbamy o zdrowie naszych seniorów”. W ramach projektu osoby starsze mogą skorzystać z konsultacji oraz podstawowej diagnostyki kardiologicznej i rehabilitacyjnej. W gminie Niemce funkcjonuje klub seniora, akademie zdrowia, organizowany jest cykl comiesięcznych spotkań w kawiarence dyskusyjnej, gdzie seniorzy mogą brać udział w zajęciach ruchowych, manualno-plastycznych, kulinarnych oraz w spotkaniach z dietetykami, psychologami i fizjoterapeutami [Wilk 2013].

Z kolei Urząd Marszałkowski w Łodzi od kilku lat prowadzi następujące programy: „Zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2 po 65 r.ż.”; „Wczesnego wykrywania otępień i zaburzeń funkcji poznawczych od 55 r.ż. do 85 r.ż.”; „Profilaktycznego, wczesnego wykrywania jaskry”; „Wczesnego wykrywania raka jelita grubego”. Programy realizowane są przez przychodnie i szpitale specjalistyczne w całym mieście, które przystąpiły do projektu. W ramach programu osoby starsze mogą korzystać z diagnostyki laboratoryjnej, okulistyki, gastroenterologicznej, endokrynologicznej oraz konsultacji lekarzy specjalistów.

W Lublinie funkcjonują od kilku lat i prężnie rozwijają się: klub aktywnego seniora, centrum aktywizacji i rozwoju seniorów, centrum dziennego pobytu seniorów, wielopokoleniowy klub wolontariusza, zakłady opiekuńczo-lecznicze. Oferują one badania kontrolne, wizyty lekarskie, poradnictwo w zakresie promocji zdrowia, psychologii, rehabilitacji, prowadzą zajęcia z terapii zajęciowej i ruchowej [Wilk 2013].

We Wrocławiu w przychodniach i poradniach prowadzone są zajęcia obejmujące: edukację zdrowotną, warsztaty żywieniowe, ćwiczenia na sali gimnastycznej, nordic walking. Zajęcia te są realizowane w ramach następujących

programów: „Promocja zdrowego stylu życia i aktywności ruchowej osób w wieku senioralnym +55”; „Promocja zdrowia i profilaktyka cukrzycy i jej powikłań”; „Prewencja pierwotna chorób sercowo-naczyniowych pomiędzy 55–65 r.ż.”; „Program wsparcia psychologicznego dla osób z problemami psychogeriatrycznymi”. W mieście organizowane są także: „Wrocławskie Dni Promocji Zdrowia – Zdrowie po 80” kierujące ofertę badań profilaktycznych i porad z zakresu okulistyki i kardiologii do kombatantów; „Wrocławskie Dni Seniora – Senioralia” – coroczne warsztaty mające na celu aktywizację seniorów i zapobieganie ich wykluczeniu społecznemu [Wilk 2013].

W Jarosławiu zaś w ramach Dziennego Domu Senior+ prowadzone są warsztaty oraz zajęcia, które wspomagają rozwój, a także umożliwiają seniorom zachowanie aktywności intelektualnej, psychicznej i fizycznej. W ramach warsztatu socjalnego uczestnikom zapewniane jest wyżywienie (II śniadanie, gorący posiłek – jedno danie obiadowe). Prowadzone są wszelkiego rodzaju warsztaty edukacyjne, które pozwalają na rozwój zainteresowań seniorów [Sas 2019].

Sas [2019] przeprowadziła badania z uczestnikami warsztatu i zapytała o opinię na temat oferowanych zajęć. Uczestników najbardziej satysfakcjonują zajęcia ruchowe, które dobierane są pod względem zdrowotnym do każdego seniora. Wysoko oceniane są również zajęcia rekreacyjno-rozrywkowe, jak wycieczki czy spotkania integracyjne z innymi klubami seniorów.

Popularyzacji aktywności ruchowej sprzyja w ostatnim czasie również realizacja lokalnych, ale i w skali całego kraju, programów zachęcających starsze społeczeństwo do aktywności fizycznej. Wśród czołowych projektów wymienić należy chociażby inicjatywy, takie jak:

- Aktywne Miasto – konkurs mający na celu rozwijanie świadomości korzyści wynikających z uprawiania sportu oraz nagradzanie miast promujących wśród mieszkańców zdrowy styl życia i rekreację; inicjatywa oparta na idei promocji aktywnego stylu życia, aktywizacji społeczeństwa i integracji różnych środowisk;
- Program Rekreacji Ruchowej Osób Starszych (PRROS) – sześciomiesięczny program nastawiony na promocję zdrowego stylu życia wśród seniorów. Składa się z realizowanych dwa razy w tygodniu zajęć na sali gimnastycznej, raz w tygodniu marszu oraz dwutygodniowego obozu rekreacyjnego. Program ma za zadanie zachęcić i przekonać do systematycznego ruchu, wyposażyć osoby starsze w wiedzę i umiejętności z zakresu podstawowej aktywności ruchowej, ukazać wartości i cele, jakie niesie ze sobą rekreacja ruchowa;
- Seniorada – program realizowany w pięciu miastach Polski (Rzeszów, Opole, Warszawa, Kiszkowo, Szamotuły) popularyzujący zestaw ćwiczeń 10 minut dla zdrowia w plenerze oraz współpracę międzypokoleniową w obszarze

promocji zdrowia. Składa się z cyklicznych imprez rekreacyjnych, podczas których promowany jest zdrowy styl życia wśród dojrzałych osób, wiedza na temat zdrowia i aktywności fizycznej;

- Lżejsi w jesieni życia – program, którego celem jest promocja aktywności fizycznej jako sposobu zapobiegania otyłości przeznaczony jest dla osób powyżej 60. r.ż. Obejmuje wykłady, konsultacje z zakresu żywienia, aktywności ruchowej i medycyny;
- PRO Kobieta 50+ oraz PRO Men 50+ – program rekreacyjny dedykowany dojrzałym kobietom i mężczyznom. Jego hasłem jest „Wybieram siebie!”. Kobiety/mężczyźni wybierają zdrowy styl życia. Przez okres trzech miesięcy seniorzy uczestniczą systematycznie w zajęciach: a) dla kobiet nordic walking, pilates, tańce w kręgu, aquafitness, b) dla mężczyzn rekreacja na siłowni, marszobieg, gimnastyka;
- Program Aktywnego Seniora – Ja (PASJ-A 60+) – trzymiesięczny program edukacyjno-rekreacyjny dla osób powyżej 60. r.ż. składający się z cotygodniowych zajęć nordic walking, gimnastyki na sali i w wodzie;
- Program Aktywnego Wypoczynku (PAW) – dwutygodniowy wyjazd rekreacyjny, podczas którego realizuje się codzienny 3–4 godzinny zestaw ćwiczeń obejmujący gimnastykę ogólnospornościową, gimnastykę w wodzie, trening równowagi, nordic walking. Ma za zadanie zachęcić i przekonać do systematycznej aktywności ruchowej, wyposażyć osoby starsze w wiedzę i umiejętności z zakresu podstawowej codziennej aktywizacji ruchowej oraz ukazać wartości i cele, jakie niesie ze sobą ruch;
- Europejski Tydzień Sportu dla Wszystkich – Sportowy Turniej Miast i Gmin (STMiG) – cykl imprez w terminie od Dnia Matki do Dnia Dziecka organizowany przez Krajową Federację Sportu, angażujący ok. 600 miast i gmin w Polsce. Promuje ideę sportu we wszystkich grupach wiekowych i współpracę międzypokoleniową;
- Senior starszy sprawniejszy – program Urzędu Miasta Stołecznego Warszawy realizowany przez warszawskie ośrodki sportu i rekreacji. Skierowany jest do seniorów zamieszkujących Warszawę, obejmuje ćwiczenia na sali gimnastycznej i aerobik w wodzie;
- Senior Wigor – program, którego celem jest zapewnienie wsparcia seniorom poprzez umożliwienie korzystania z oferty na rzecz społecznej aktywizacji, w tym oferty prozdrowotnej – usługi w zakresie aktywności ruchowej lub kinezyterapii, edukacyjnej, kulturalnej, rekreacyjnej i opiekuńczej, udostępnienie seniorom infrastruktury pozwalającej na aktywne spędzanie czasu wolnego [Dąbska i wsp. 2016].

Aktywizacja osób starszych może nastąpić poprzez wprowadzenie metod mobilizacji ich do działania. Istotne jest, by organizować seniorów w grupy,

które mogłyby z czasem podjąć działania nie tylko dla własnego dobra, ale także na rzecz innych grup, np. w społeczności lokalnej. Realizacja takiego założenia jest możliwa pod warunkiem zorganizowania regularnych spotkań seniorów, tak by poczuli się tożsami z grupą.

Aktywizacja poprzez działanie w grupie, motywowanie jest możliwa wyłącznie pod warunkiem dostępności najbliższego otoczenia, ale i przestrzeni publicznej. Brak poczucia bezpieczeństwa publicznego, strach przed napaścią i innymi przestępstwami w najbliższej okolicy, a także słaba kondycja fizyczna, niepełnosprawność, trudności w orientacji przestrzennej oraz występowanie barier architektonicznych i urbanistycznych powodują, że osoby starsze spędzają w mieszkaniu, często samotnie, coraz więcej czasu.

Z tego też względu szczególnie dużo uwagi należy poświęcić tworzeniu odpowiedniego otoczenia dla funkcjonowania osób starszych. Warunkiem większej aktywności seniorów jest po pierwsze przyjazne środowisko zamieszkania oraz estetyka przestrzeni, w której przebywają. Poprawa bezpieczeństwa oraz eliminacja barier przestrzenno-komunikacyjnych również zadziała stymulująco na nieaktywnych seniorów.

Propozycje aktywności realizowanych w grupach dla seniorów to między innymi:

- różnego rodzaju kursy rozwijające zainteresowania i umiejętności, np. kursy komputerowe, kursy tańca, językowe, warsztaty plastyczne, warsztaty teatralne czy krawieckie;
- wolontariat – realizowany poprzez udzielanie korepetycji, pomoc dzieciom z uboższych rodzin, opieka nad dziećmi, np. czytanie bajek w przedszkolach, gotowanie, pieczenie;
- zajęcia hobbyistyczne – prowadzenie ogródka, hodowla roślin, wieczory filmowe czy literackie;
- zajęcia fizyczne – gimnastyka, siłownia, basen, taniec, ruch i aktywność fizyczna dostosowane do możliwości seniorów są niezwykle istotne w utrzymaniu zdrowia zarówno fizycznego, jak i psychicznego osób starszych;
- organizacja wycieczek – wyjazdy do teatru, parku czy na wystawę wpływa dobrze na integrację grupy, a zwiedzanie ciekawych miejsc poszerza horyzonty myślowe i stanowi świetną rozrywkę;
- cykliczne spotkania z grupami seniorów z innych dzielnic dają możliwość wymiany doświadczeń i poglądów [Benek 2016].

Aktywizacja osób starszych zależy od prawidłowego zaprojektowania i przygotowania elementów przestrzeni publicznej, które powinny być wykonywane zgodnie ze standardami dostępności. Należy zdać sobie sprawę, że uwarunkowania historyczne i topograficzne utrudniają dostosowanie w pełni całej przestrzeni publicznej, dlatego bardzo ważnym elementem polityki

przestrzennej miasta powinno być stworzenie planu modernizacji zoptymalizowanego na potrzeby osób z niepełnosprawnościami, w tym również starszych. Oznacza to, że przy projektowaniu nowych obiektów i przestrzeni publicznej oraz modernizacji już istniejących struktur należy uwzględnić racjonalne dostosowanie przestrzeni publicznej w celu zapewnienia osobom starszym możliwości egzekwowania i korzystania z wszystkich praw człowieka i fundamentalnych swobód [Benek 2016].

Również turystyka jest świetnym aktywizatorem. Jej wpływ na ludzi trzeciego wieku można rozpatrywać na trzech płaszczyznach: fizycznej, psychicznej i społecznej. Jeśli chodzi o aspekt fizyczny, to uprawianie turystyki służy przede wszystkim podwyższaniu wydolności fizycznej starszego człowieka, rozwija wytrzymałość na wysiłek długotrwały oraz hamuje proces starzenia [Kociszewski 2016].

Zachęta do podjęcia regularnej aktywności ruchowej jest najważniejszą odpowiedzią na wyzwania, przed którymi stoi starzejące się społeczeństwo. „Seniorze, trzymaj formę!” to hasło adresowane dziś do pokolenia wyżu powojennego, ale wkrótce obejmie kolejne generacje. Czy dzisiejsi 30-, 40- i 50-latkowie będą bardziej aktywnymi i sprawnymi seniorami? Wyróżnia się następujące postawy osób starszych do podejmowania aktywności: potrafią i chcą; potrafią, ale nie chcą; nie potrafią, ale chcą; nie potrafią i nie chcą. Szczęśliwe, udane życie to m.in połączenie szlachetnych idei współdziałania, więzi międzyludzkich, pokoju, poszanowania ludzkiej godności. Trzeba zatem na nowo dostrzec piękno i szlachetność aktywności fizycznej, zajęć sportowo-rekreacyjnych i sportu w rozwoju człowieka. Tym bardziej, że postępy w rozwoju medycyny i farmacji nie do końca pomagają zatrzymać choroby cywilizacyjne, np. depresję, otyłość, urazowość. Wychowanie do rekreacji staje się w XXI w. jednym z podstawowych obowiązków edukacyjno-opiekuńczych [Mitkiewicz 2022].

Piśmiennictwo

- Benek I. (2016). Włączenie społeczne osób starszych poprzez ich aktywizację – prezentacja rozwiązań architektonicznych. *Społeczeństwo i Edukacja*, 20(1).
- Dąbska O., Humeniuk E., Pawlikowska-Łagód K., Firlej E., Janiszewska M. (2016). Rola ruchu w funkcjonowaniu grupy społecznej seniorów – popularyzacja strategii aktywności fizycznej. *Journal of Education, Health and Sport, Radomska Szkoła Wyższa*, 6(5): 276–290.
- Felińska R., Górnica T. (2015). Miejsce Biblioteki Uniwersytetu Łódzkiego w życiu osób starszych. W: Piestrzyński T., Jerzyk-Wojtecka J. (red.). *Biblioteka w społeczeństwie wiedzy. Informacja, edukacja, profesjonalizm. Konferencja naukowa Biblioteki Uniwersytetu Łódzkiego. Materiały konferencyjne*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź: 128–149.

- Głowacka M., Jarecka I., Girzelska J. (2016). *Formy aktywności osób starszych*. Press Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie, Lublin.
- Główny Urząd Statystyczny (2021). *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2020 r.*, Warszawa, Białystok.
- Główny Urząd Statystyczny (2022). *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2021 r.*, Warszawa, Białystok.
- Kantanista A., Król-Zielińska M., Szeklicki R. i wsp. (2013). Aktywność fizyczna osób starszych z Wielkopolski w świetle ogólnopolskich badań PolSenior. *Gerontologia Polska*, 4: 113–118.
- Kapralska Ł. (2015). Aktywizacja seniorów jako problem społeczny. W: Synowiec-Piłat M., Kwiatkowska B., Borysławski K. (red.). *Inkluzja czy ekskluzja? Człowiek stary w społeczeństwie*. Wrocławskie Towarzystwo Naukowe, Wrocław.
- Kociszewski P. (2016). Turystyka seniorów jako istotny czynnik aktywizacji osób starszych. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Warszawskiego*, 46(1): 217–237.
- Majewska M., Pietrzykowska B., Szyszka D., Adamczyk J. (2017). Rola ćwiczeń i przyborów wykorzystywanych w zajęciach ruchowych z osobami starszymi. W: Makarczuk A., Maszorek-Szymala A., Kowalska J.E., Kaźmierczak A. (red.). *Biospołeczne uwarunkowania uczestnictwa w kulturze fizycznej i zdrowotnej osób w różnym wieku*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź: 83–94.
- Mitkiewicz B. (2022). Poszukiwanie form aktywności i aktywizacji seniorów. *Zeszyty Naukowe KUL*, 65, 3(259).
- Sas I. (2019). Aktywizacja seniorów w ramach programu Senior+ (na przykładzie Domu Seniora+ w Jarosławiu). *Szkoła – Zawód – Praca*, 18.
- Wilk I. (2013). Rola aktywności fizycznej, jej rodzaje i formy u osób w starszym wieku. *PHMPS in Opole. Puls Uczelni*, 7, 1: 26–30.

VI

TRENING ZDROWOTNY DLA OSÓB STARSZYCH

Trening zdrowotny jest procesem świadomym polegającym na takim wykorzystaniu ćwiczeń fizycznych, aby uzyskać efekty fizyczne i psychiczne, które nie będą powodowały obniżenia zdolności przystosowawczych organizmu do wysiłku fizycznego [Kuński 2002]. Opiera się na prawach i zasadach fizjologicznych oraz metodycznych. Jego celem jest rozwijanie fizycznych i psychicznych możliwości człowieka, tak aby podejmowany wysiłek służył zdrowiu dla osiągnięcia pożądanego wyniku sportowego balansującego często na granicy „ludzkich możliwości” [Janiszewska 2013]. Istotne w treningu zdrowotnym są ćwiczenia wytrzymałościowe, siłowe, a także koordynacyjne oraz rozciągające [Nowak 2013].

Jednym z głównych elementów treningu zdrowotnego są ćwiczenia aerobowe (tlenowe), których intensywność oraz częstotliwość zależne są od kondycji zdrowotnej. Kolejny to ćwiczenia siłowe, podczas których wyliczane są maksymalne obciążenia w czasie wysiłku. Uzupełnieniem treningu mogą być także ćwiczenia gibkościowe dobierane w sposób indywidualny z uwzględnieniem czynników takich jak: płeć, wiek, stan zdrowia, wydolność, a także choroby współistniejące. Ćwiczenia izometryczne wspomagają mięśnie osłabione, zaś gimnastyka pomaga rozciągnąć mięśnie skrócone. Do mięśni osłabionych można zaliczyć m.in.: mięśnie powierzchowne i głębokie zginacze szyi, mięsień czworogłowy uda, mięśnie pośladkowe. Mięśnie, które skracają się na przestrzeni lat to m.in.: mięsień piersiowy większy, mięśnie odpowiedzialne za zginanie rąk i palców, jak również mięsień czworoboczny lędźwi [Góreczna, Garczyński 2017].

Według standardów Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (PTK) oraz Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego (PTG) osoby starsze bez przeciwwskazań medycznych podczas treningu zdrowotnego powinny wykonywać ćwiczenia fizyczne dynamiczne, które angażują duże grupy mięśni, ćwiczenia wytrzymałościowe oraz ćwiczenia aerobowe o małej lub umiarkowanej intensywności [Skrzek 2018].

Podczas planowania treningu zdrowotnego należy zwrócić uwagę na kilka ważnych zasad. Zasada wszechstronności mówi o tym, aby wybrane ćwiczenia oraz formy aktywności różnokierunkowo działały na organizm. Kolejna zasada dotyczy systematyczności, gdyż nieregularny i rzadko podejmowany wysiłek nie będzie skutkował trwałymi oraz pożądanymi zmianami w organizmie. Zgodnie z zasadą stopniowania intensywności trening zdrowotny powinien zaczynać się od najmniejszych zalecanych możliwych do wykonania obciążeń. Odpowiednio do tempa zachodzących zmian adaptacyjnych w organizmie należy stopniowo zwiększać stosowane obciążenia. W przeciwnym razie zbyt intensywne treningi mogą doprowadzić do przetrenowania i przemęczenia, a także zniechęcenia się zwłaszcza osób początkujących. Utrzymywanie zaś stałego obciążenia nie będzie skutkowało rozwojem potencjału. Ostatnia z zasad – indywidualizacja treningu – dotyczy dostosowania form aktywności w ramach treningu do obecnych indywidualnych możliwości organizmu [Janiszewska 2013].

Powszechnie wiadomo, iż każda z form aktywności fizycznej przynosi korzyści zdrowotne. Mogą to być także aktywności podejmowane w ramach pracy, wypoczynku czy codziennych czynności wykonywanych w domu. Trening zdrowotny skutkuje zaś zmniejszeniem poziomu cholesterolu, lepszym ukrwieniem mięśni szkieletowych, wzrostem intensywności metabolizmu tłuszczowego, a także zwiększeniem pojemności mięśniowych zapasów tlenu przez podniesienie poziomu mioglobiny [Janiszewska 2013].

Tematyka aktywności fizycznej wśród seniorów podejmowana jest przez wielu autorów, co za tym idzie, istnieje wiele rekomendacji co do poziomu, częstotliwości, intensywności oraz typów aktywności uprawianych przez osoby starsze. W poniższej tabeli przedstawiono zbiór kilku rekomendacji dotyczących aktywności fizycznej seniorów (tab. 5).

Tabela 5. Zbiór rekomendacji dotyczących aktywności fizycznej seniorów

Rodzaj aktywności fizycznej	Cel	Przykłady aktywności fizycznej	Częstotliwość/ objętość/ intensywność
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
Wytrzymałościowe	Zwiększenie wytrzymałości tlenowej organizmu oraz sprawności układu krążenia i oddychania	Marsz, nordic walking, jazda na rowerze, pływanie, taniec	Minimum 150 min aktywności tygodniowo o intensywności umiarkowanej/ minimum 75 min aktywności o intensywności wysokiej

1	2	3	4
Wzmacniające	Modelowanie siły i wytrzymałości mięśni	Ćwiczenia z oporem własnego ciała bądź z wykorzystaniem pomocy np.: taśmy elastyczne, ciężarki	<ul style="list-style-type: none"> • 2–3 razy w tygodniu • 8–10 ćwiczeń na duże grupy mięśniowe • 8–12 powtórzeń
Gibkościowe	Zwiększenie zakresu ruchu w stawach, poprawa elastyczności mięśni	Pilates, stretching, joga	5–7 razy w tygodniu
Równoważne, koordynacyjne	Zwiększenie sprawności oraz skupienia podczas wykonywania złożonych ruchów	Taniec, zumba, pilates, joga	Codziennie 5–10 min

Źródło: Witkowska, Grabara [2021], Mazurek i wsp. [2014], Głowacka [2015]

Według najnowszych zaleceń WHO wszystkie osoby starsze w wieku 65 lat i powyżej powinny regularnie podejmować aktywność fizyczną. Dla wypracowania istotnych korzyści zdrowotnych zaleca się, aby podejmowały one co najmniej od 150 do 300 minut aerobowej aktywności fizycznej o umiarkowanej intensywności lub od 75 do 150 minut aerobowej aktywności fizycznej o dużej intensywności w tygodniu. Alternatywą jest równoważne połączenie aktywności o umiarkowanej i dużej intensywności. Zaleca się również, aby dla dodatkowych korzyści zdrowotnych osoby starsze przez co najmniej dwa dni w tygodniu wykonywały ćwiczenia wzmacniające mięśnie (umiarkowana bądź wysoka intensywność). Ćwiczenia te powinny obejmować wszystkie główne grupy mięśni. W celu podniesienia wydolności funkcjonalnej, a także zapobiegania upadkom rekomendowane jest podejmowanie wieloskładnikowej aktywności fizycznej kładącej nacisk na równowagę funkcjonalną, jak również trening siłowy o umiarkowanej lub zwiększonej intensywności przez trzy lub więcej dni w tygodniu. Osoby starsze, chcąc uzyskać dodatkowe korzyści zdrowotne, mogą podejmować aerobową aktywność fizyczną o umiarkowanej intensywności przez ponad 300 minut w tygodniu bądź zwiększyć aerobową aktywność fizyczną o dużej intensywności do ponad 150 minut tygodniowo. Ewentualnie zastosować równoważne połączenie aktywności o umiarkowanej i dużej intensywności. WHO zaleca również osobom starszym ograniczenie czasu spędzanego w pozycji siedzącej i zastąpienie go aktywnością fizyczną o dowolnej intensywności, nawet małej, gdyż podjęcie jakiegokolwiek aktywności jest o wiele lepsze niż jej brak [Wytyczne WHO 2021].

Celem przeciwdziałania upadkom zaleca się, by programy treningów obejmowały elementy wzmacniające mięśnie kończyn dolnych, a także ćwiczenia

rozszerzające i równoważne [Kim, O'Sullivan 2013]. Co więcej, w przypadku osób starszych słabszych fizycznie i/lub z chorobami rekomendowane jest, aby przed podjęciem treningów aerobowych wykonać trening przygotowujący, którego zadaniem jest kształtowanie siły oraz równowagi w celu profilaktyki upadków i urazów [Rose 2020].

Osoby starsze z problemami zdrowotnymi przed rozpoczęciem aktywności fizycznej powinny skonsultować się z lekarzem. Konieczne jest, aby lekarz wykluczył ewentualne przeciwwskazania do podjęcia wybranych aktywności oraz ryzyko zagrożenia zdrowia czy nawet życia. Szczególną uwagę powinny zwrócić na to osoby starsze, które rozpoczynają aktywność i trening zdrowotny [Witkowska, Grabara 2021].

Planowane programy treningów zdrowotnych dla seniorów powinny być jak najbardziej bezpieczne oraz skuteczne. Dlatego też istotne jest zebranie informacji na temat stanu zdrowia i kondycji osób biorących udział w ćwiczeniach, a także preferowanych aktywności i aktualnego ich poziomu oraz celów, jakie zamierzają dzięki nim osiągnąć. Dobór ćwiczeń i zaplanowanie programu jest znacznie łatwiejsze podczas treningów indywidualnych, gdyż w przypadku zajęć grupowych istotne jest dopasowanie ćwiczeń do wszystkich uczestników. Trudność polega na tym, iż osoby starsze są bardzo zróżnicowane pod względem m.in.: wyjściowej sprawności fizycznej czy rodzaju i natężenia występujących chorób przewlekłych [Witkowska, Grabara 2021].

Równie istotny jest tok zajęć, ważne jest, aby przeprowadzane były one odpowiednio i zawierały wszystkie niezbędne elementy. W przeciwnym razie wystąpi większe ryzyko upadków czy powikłań np.: kardiologicznych. Część wstępna, czyli tzw: rozgrzewka, powinna być odpowiednio długa, a jej intensywność stopniowo rosnąca. Celem rozgrzewki jest przygotowanie do wysiłku fizycznego bez nadmiernego podwyższania temperatury ciała. Część główna to ćwiczenia, za pomocą których realizowane są cele treningowe. Pomiędzy nimi warto robić przerwy na ćwiczenia oddechowe lub rozluźniające. Prawidłowa stymulacja oddechu ważna jest również podczas wykonywania ćwiczeń głównych. W przypadku ćwiczeń oporowych wdech powinien odbywać się podczas fazy rozluźniania mięśni, natomiast wydech – w fazie napinania mięśni. Pod koniec części głównej intensywność ćwiczeń powinna być stopniowo i łagodnie zmniejszana, aby uniknąć gwałtownego przerywania intensywnych ćwiczeń i płynnie przejść do części końcowej, która składa się z ćwiczeń rozciągających, relaksacyjnych i wyciszających [Piotrowicz i wsp. 2017].

Ćwiczenia powinny być dobierane tak, aby kilka z nich odbywało się w tej samej pozycji wyjściowej. Pomoże to uniknąć częstego zmieniania pozycji, np.: z pozycji stojącej do leżącej lub odwrotnie. Zmiana pozycji wyjściowej do każdego z wykonywanych ćwiczeń może być nieco problematyczna, zwłaszcza

dla seniorów, których sprawność fizyczna nie jest na wysokim poziomie. Dodatkowo częste zmiany pozycji wyjściowych wymagają poświęcenia większej ilości czasu, który można wykorzystać na inne ćwiczenia. Podczas tworzenia planów treningowych należy również zwrócić uwagę na problemy z koncentracją u osób starszych. Wiąże się to z wyborem mało skomplikowanych, prostych ćwiczeń, które nie będą składały się z dużej ilości nowych ruchów. Wprowadzenie skomplikowanych ćwiczeń z dużą kombinacją nieznanymi ruchów może negatywnie wpływać na motywację seniorów do dalszego podejmowania aktywności [Witkowska, Grabara 2021]. Wdrażając nowe, bardziej złożone ćwiczenia, należy pamiętać o tym, iż osoby starsze wraz z wiekiem mają większe trudności w poruszaniu się oraz nabywaniu nowych umiejętności ruchowych [Jajor i wsp. 2013].

Jak pisze Rose [2020] w Instruktarzu aktywności fizycznej osób starszych, aby osiągać korzyści z aktywności fizycznej powinno się stopniowo zwiększać częstotliwość, intensywność, czas trwania oraz trudność ćwiczeń. Należy zachować balans pomiędzy odpowiednim obciążeniem ćwiczeniami a przeciwdziałaniem przetrenowaniu czy upadkom bądź urazom. Autor zaproponował następujące działania:

- wprowadzać tylko jedną zmianę w celu progresu;
- wydłużać czas trwania przed intensywnością,
- zwiększać intensywność (poprzez mocniejsze zaangażowanie kończyn górnych lub zwiększenie oporu) przed zwiększeniem prędkości ruchu,
- po wprowadzeniu modyfikacji należy dać organizmowi 2 tygodnie na adaptację, dopiero wtedy należy rozważyć kolejne zwiększanie obciążenia.

Najistotniejszą kwestią jest wybór odpowiednich dla osób starszych rodzajów aktywności fizycznej. Przeprowadzono wiele badań w tym obszarze, które wskazują, iż najczęściej wybieranymi aktywnościami przez seniorów są: jazda na rowerze, spacer, nordic walking, pływanie, gimnastyka oraz ćwiczenia w wodzie [Karaś, Petrovets, Wilczyńska 2021; Ogonowska-Słodownik, Kosmol, Morgulec-Adamowicz 2016].

Jazda na rowerze jest jedną z najpopularniejszych aktywności fizycznych. Przejazdki rowerowe można odbywać indywidualnie lub w grupie, co jest dobrym sposobem na spędzanie czasu z rówieśnikami czy rodziną, a także wspólne rozwijanie umiejętności. Wygląd roweru oraz to, z jakich materiałów jest wykonany, ma ścisły związek z jego przeznaczeniem. Dla seniorów polecane są rowery z niższą ramą, co ułatwia wsiadanie i zsiadanie z roweru, zaś wybór większego siodełka pomoże utrzymać stabilizację podczas jazdy oraz prawidłową postawę ciała [www.zdrowy-senior.org. Rower...]. Należy pamiętać, iż nieodpowiednio dobrany sprzęt, zła pozycja podczas jazdy, brak rozgrzewki przed jazdą czy przecenianie swoich możliwości może powodować kontuzje

lub urazy, np.: urazy w obrębie stawów kolanowych lub/i odcinka lędźwiowego kręgosłupa [Piotrowska i wsp. 2013]. Na pierwsze przejażdżki rowerowe warto wybrać krótkie trasy o płaskim ukształtowaniu terenu bądź niewielkich wzniesieniach. Ścieżki rowerowe będą najkorzystniejszą opcją, gdyż jednocześnie przebywanie na łonie natury pozytywnie wpływa na zdrowie psychiczne [Witkowska, Grabara 2021].

Spacerowanie oraz marsze to niewątpliwie najpowszechniejsze i najczęściej podejmowane aktywności w każdym wieku. Jest to najprostsza forma aktywności oparta na naturalnym ruchu, można wykonywać ją w każdym miejscu, nie wymaga nakładów finansowych oraz niesie ze sobą wiele korzyści. Pozytywne skutki można zauważyć przy regularnych marszach przez minimum 30 minut przez większość dni tygodnia. Treningi o mniejszej intensywności będą skutkowały polepszeniem wydolności krążeniowo-oddechowej. Regularne marsze wzmacniają kości, mięśnie nóg oraz dolnych części tułowia, jak również przyczyniają się do poprawy postawy ciała i pozytywnie wpływają na regulację poziomu glukozy we krwi. Marsze powinny być podstawą treningu wytrzymałości tlenowej dla seniorów, gdyż bardzo łatwo można je wykonywać podczas codziennych czynności, pamiętając by wysiłek trwał minimum 10 minut. Nieprawdą jest, iż marsze są nudną i mało skuteczną aktywnością, ponieważ w zależności od poziomu zaawansowania osób trenujących można modyfikować poziom intensywności marszu oraz wybierać trasy mniej lub bardziej wymagające pod względem poziomu nachylenia [Rose 2020].

Nordic walking to modyfikacja treningu marszowego, która stała się bardzo popularna na przestrzeni kilku ostatnich lat. Ten rodzaj marszu oparty głównie na chodzie angażuje jednocześnie mięśnie kończyn dolnych, górnych oraz tułowia. Pobudzenie mięśni, które podczas zwykłego marszu są pasywne zawdzięcza się używaniu specjalnie zaprojektowanych kijów do nordic walking. Ta forma aktywności fizycznej jest szczególnie polecana osobom starszym, gdyż niesie wiele istotnych korzyści zdrowotnych, takich jak: poprawa wydolności krążeniowo-oddechowej, normalizacja ciśnienia tętniczego krwi, polepszenie funkcjonowania układu krążenia. Nordic walking przyczynia się także do podniesienia wydolności oraz wytrzymałości mięśni, pomaga w kształtowaniu prawidłowej postawy ciała, wspiera równowagę i poczucie stabilności oraz pozytywnie wpływa na koordynację ruchową [Chomiuk, Folga, Mamcarz 2013; Takeshima et al. 2013]. Ten rodzaj marszu nie wymaga wielkich nakładów finansowych, obowiązkowe są kije do nordic walking, warto zakupić również dobrej jakości, wygodne obuwie, które zapewni amortyzację. Wykorzystanie kijów wspomaga nie tylko mięśnie górnej części ciała, ale również pozytywnie wpływa na ruchomość szyi i klatki piersiowej oraz odciąża dolne części ciała. Dodatkowym atutem tej aktywności jest to, iż

podjęmowana jest na zewnątrz oraz całorocznie, co także przynosi wiele pozytywnych korzyści [Witkowska, Grabara 2021]. Analizując badania Bashkirevy i współautorów [2018], można wywnioskować, iż nordic walking jest jednocześnie najprostszą dostępną i skuteczną formą aktywności dla osób starszych, która pozytywnie wpływa na proces starzenia się. Badania wykazały, że regularne treningi przez 12 miesięcy przynoszą znaczną poprawę jakości życia w funkcjonowaniu fizycznym, społecznym, zdrowiu psychicznym, ogólnym zdrowiu oraz witalności. Przyglądając się bliżej literaturze dotyczącej nordic walking, można dostrzec podział na trzy poziomy zaawansowania: poziom zdrowotny skierowany głównie do osób początkujących, osób starszych lub osób podczas rekonwalescencji, skutkuje podniesieniem wydolności krążeniowo-oddechowej, wzmocnieniem oraz odzyskaniem sił; poziom fitness polecany osobom bardziej wytrenowanym, występuje tutaj większa intensywność, wydłużone kroki oraz obszerniejsze ruchy ramion; poziom zaawansowania to poziom sportowy, jak sama nazwa wskazuje, skierowany do osób zaawansowanych bądź przygotowujących się do zawodów. Poziom ten charakteryzuje się największą intensywnością, połączeniem elementów biegów, skoków oraz ćwiczeń siłowych [Eberhardt 2011]. Przed podjęciem tego rodzaju treningu zdrowotnego należy zapoznać się z podstawowymi zasadami dotyczącymi nordic walking:

- ruchy powinny być jak najbardziej naturalne;
- ręce oraz kije powinny być utrzymywane w bliskim położeniu względem tułowia, bez usztywniania ramion;
- ruch kończyny górnej oraz rotacja tułowia wykonywane są w przeciwnym kierunku do stawianej nogi (lewa noga – prawa ręka i odwrotnie);
- dłoń z przodu trzyma kij, znajduje się w tym momencie na wysokości pępka, dłoń z tyłu otwiera się wraz z odepchnięciem – wybicie następuje za linią bioder, wtedy też dłoń otwiera się;
- rękojęść kijów należy trzymać lekko, bez zbędnego nadwyrażania mięśni;
- mięśnie ramion oraz obręczy barkowej nie powinny być napinane [Eberhardt 2011].

Piśmiennictwo

- Bashkireva A.S., Bogdanova D., Bilyk A.Y. (2018). Quality of life and physical activity among elderly and old people. *Advances in Gerontology*, 31(5): 743–750.
- Chomiuk T., Folga A., Mamcarz A. (2013). The influence of systematic pulse-limited physical exercise on the parameters of the cardiovascular system in patients over 65 years of age. *Archives of Medical Science*, 9(2): 201–209.
- Eberhardt A. (2011). *Wprowadzenie do fizjologii i metodyki rekreacji ruchowej*. ALMAMER, Warszawa.

- Głowacka P. (2015). Specyfika leczenia ruchem (kinezyterapii) pacjentów geriatrycznych. W: Głowacka P. (red.). Fizjoterapia w geriatrici. Wyższa Szkoła Biznesu, Dąbrowa Górnicza.
- Górczna A., Garczyński W. (2017). Motivations for physical activity – literature review. *Journal of Education. Health and Sport*, 7(7): 322–337.
- Jajor J., Nonn-Wasztan S., Rostkowska E. i wsp. (2013). Specyfika rehabilitacji ruchowej osób starszych. *Nowiny Lekarskie*, 82(1): 89–96.
- Janiszewska R. (2013). Body composition and its change after 3 months of physical training in adult females. *Probl Hig Epidemiol*, 94(3): 484–488.
- Karaś K., Petrovets V., Wilczyńska E. (2021). Wpływ treningu zdrowotnego na samopoczucie człowieka w opiniach osób starszych. Wydawnictwo Naukowe Tygiel, Lublin.
- Kim S.B., O’Sullivan D.M. (2013). Effects of aqua aerobic therapy exercise for older adults on muscular strength, agility and balance to prevent falling during gait. *Journal of Physical Therapy Science*, 25(8): 923–927.
- Kuński H. (2002). Trening zdrowotny osób dorosłych. Medsportpress, Warszawa.
- Mazurek J., Szczygieł J., Błaszowska A. i wsp. (2014). Aktualne zalecenia dotyczące aktywności ruchowej osób w podeszłym wieku. *Gerontologia Polska*, 2: 70–75.
- Nowak P.F. (2013). Health-related training in school physical education. *Probl Hig Epidemiol*, 94(3): 413–418.
- Ogonowska-Słodownik A., Kosmol A., Morgulec-Adamowicz N. (2016). Aktywność fizyczna, skład ciała i sprawność funkcjonalna kobiet powyżej 60 roku życia uczestniczących w zorganizowanej aktywności fizycznej. *Gerontologia Polska*, 24: 102–108.
- Piotrowicz R., Jegier A., Szalewska D. i wsp. (2017). Rekomendacje w zakresie realizacji kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej. AsteriaMed, Gdańsk.
- Piotrowska S., Rogala P., Majchrzycki M., i wsp. (2013). Rozgrzewka w sporcie – na przykładzie kolarstwa amatorskiego. W: Majchrzycki M., Łączak-Trzaskowska M., Gajewska E. (red.). *Dysfunkcje narządów ruchu. Diagnostyka i usprawnianie pacjentów z dysfunkcjami narządów ruchu*: 62–71.
- Rose D.J. (2020). *Physical Activity Instruction of Older Adults (Second Edi)*. IL: Human Kinetics, Champaign.
- Skrzek A. (2018). *Aktywny senior, człowiek spełniony*. PZWL, Warszawa: 77–80.
- Takehima N., Islam M.M., Rogers M.E. et al. (2013). Effects of Nordic walking compared to conventional walking and band-based resistance exercise on fitness in older adults. *Journal of Sports Science and Medicine*, 12(3): 422–430.
- Witkowska A., Grabara M. (2021). *Aktywność fizyczna i trening zdrowotny seniorów*. Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego, Katowice.
- [www.zdrowy-senior.org. Nordic walking sposób na szczupłą sylwetkę](https://zdrowy-senior.org/nordic-walking-sposob-na-szczupla-sylwetke-film/). [27.03.2023].
- [www.zdrowy-senior.org. Rower dobry na wszystko](https://zdrowy-senior.org/rower-dobry-na-wszystko/). [26.03.2023].
- Wytyczne WHO dotyczące aktywności fizycznej i siedzącego trybu życia: omówienie (2021). Biuro Regionalne WHO na Europę, Kopenhaga: 12–13.

VII

PROGRAMY REKREACJI RUCHOWEJ SENIORÓW

Postępujące sukcesywnie w skali kraju, jak i globu starzenie się ludności uważane jest za jedno z czołowych wyzwań stawianych obecnie przed ludzkością. Zachodzące w strukturze ludności zmiany polegają na wzroście w populacji udziału osób powyżej 65. r.ż. Zmiany te wymagają pilnych reform polityki społecznej oraz opieki zdrowotnej. Zagadnieniem idealnie wpisującym się w zbiór działań mających na celu spowolnienie procesu starzenia się ludności jest popularyzowanie aktywnego trybu życia [Dąbska i wsp. 2016]. Unia Europejska ogłosiła rok 2012 Rokiem Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej (ER2012). Inicjatywy realizowane w ramach ER2012 za cel stawiają sobie zwiększenie świadomości, intensyfikację i upowszechnienie dobrych praktyk oraz zachęcanie decydentów i interesariuszy ze wszystkich szczebli do promowania aktywności osób w starszym wieku w solidarności międzypokoleniowej [Leś i wsp. 2014].

Bycie aktywnym redukuje ryzyko upadków i złamań, chorób serca, nadciśnienia, cukrzycy, osteoporozy, zawałów, depresji, raka okrężnicy oraz przedwczesnej śmierci. Daje możliwość poznania nowych ludzi, przynosi uczucie odprężenia, poprawia sen, wpływa pozytywnie na zdrowie psychiczne i fizyczne, dodaje energii, relaksuje i redukuje stres, przyczyniając się do polepszenia jakości życia [Kuński, Jeger 1999; Kozdroń 2004; Mogiła-Lisowska 2010]. Aktywność warunkuje zaspokojenie potrzeb człowieka, pozwala na kontakt z innymi i realizację ról społecznych [Szatur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska 2006]. Szeroko pojęta aktywność – aktywna postawa – daje możliwość rozwoju osobowości, poszerzania horyzontów myślowych, zwiększania wiary we własne siły, a co za tym idzie – podniesienia poziomu samooceny [Miszcza 2010]. WHO terminem tym określa wszelkie czynności dnia codziennego wymagające ruchu, zawodową aktywność fizyczną, sport, odpoczynek, rekreację. WHO zaleca osobom dojrzałym przeznaczenie na umiarkowaną aktywność ruchową pół godziny 5 dni w tygodniu bądź na intensywną powyżej 20 minut 3 razy w tygodniu [Dąbska i wsp. 2016]. W tej części do analizy przedstawiono różnorodne projekty polskie i zagraniczne, a także wybrane rodzaje rekreacji ruchowej osób w wieku starszym.

Polskie programy rekreacji ruchowej seniorów

Aktywni+

Głównym celem rządowego programu „Aktywni+” jest zwiększenie uczestnictwa osób starszych we wszystkich dziedzinach życia społecznego [Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej. „Aktywni...”]. W ramach programu organizacje pozarządowe i inne uprawnione podmioty działające na rzecz osób starszych mogą ubiegać się o dofinansowanie swoich projektów. W latach 2021–2025 budżet programu wyniesie 200 mln zł [Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej. „Aktywni...”]. Dofinansowanie przyznawane jest w czterech priorytetowych obszarach:

- Aktywność społeczna, która obejmuje działania mające na celu zwiększenie udziału osób starszych w aktywnych formach spędzania czasu wolnego, wspieranie niesamodzielnych osób starszych i ich otoczenia w miejscu zamieszkania, rozwijanie wolontariatu osób starszych w środowisku lokalnym oraz zwiększanie zaangażowania osób starszych w obszarze rynku pracy;
- Partycypacja społeczna, która przyczynia się do wzmocnienia samoorganizacji środowiska osób starszych oraz zwiększenia wpływu osób starszych na decyzje dotyczące warunków życia obywateli;
- Włączenie cyfrowe obejmujące działania na rzecz zwiększania umiejętności posługiwania się nowoczesnymi technologiami i korzystania z nowych mediów przez osoby starsze, a także upowszechnianie i wdrażanie rozwiązań technologicznych sprzyjających włączaniu społecznemu oraz bezpiecznemu funkcjonowaniu osób starszych;
- Przygotowanie do starości realizowane poprzez wzmacnianie trwałych relacji międzypokoleniowych, kształtowanie pozytywnego wizerunku osób starszych oraz zwiększanie bezpieczeństwa seniorów [Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej. „Aktywni...”].

Senior+

Program był realizowany od 14 kwietnia 2015 r. do 2020 r., tj. od wejścia w życie uchwały nr 34 Rady Ministrów z 17 marca 2015 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego Senior+ na lata 2015–2020 [M.P. 2018 r., poz. 228]. Moduł 1. polegał na jednorazowym wsparciu finansowym w wysokości do 80% całkowitego kosztu utworzenia lub wyposażenia placówki. Wysokość dofinansowania nie mogła być wyższa niż 300 tys. zł w przypadku dziennego domu „Senior+” oraz 150 tys. zł dla klubu „Senior+”. Moduł 2 dotyczył dofinansowania bieżącej działalności już funkcjonujących domów i klubów.

Placówki „Senior+” zapewniały istotne rozszerzenie oferty kierowanej do seniorów na poziomie gminnym. We wszystkich dziennych domach „Senior+” prowadzono usługi socjalne, edukacyjne, kulturalno-oświatowe, sportowo-rekreacyjne, aktywności ruchowej lub kinezyterapii, aktywizujące społecznie (m.in. przez wolontariat międzypokoleniowy) i terapii zajęciowej. Zmiany w formie realizowanych usług nastąpiły w 2020 r. – z uwagi na epidemię COVID-19 wielu zajęć, szczególnie kulturalno-oświatowych czy aktywizujących społecznie, nie udało się przeprowadzić. Mimo zawieszenia zajęć czy istotnego ograniczenia działalności placówki „Senior+” zapewniały alternatywne formy wsparcia, kontaktując się telefonicznie z podopiecznymi, dostarczając im zadania do samodzielnego wykonania oraz posiłki [Rżysko 2022].

Trzeci Wiek w Zdrowiu

Jest to program prowadzony przez Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień. Głównym jego celem jest zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu poprzez kształtowanie i utrwalanie u osób w wieku emerytalnym zachowań zdrowotnych. Program Trzeci Wiek w Zdrowiu dedykowany jest kobietom i mężczyznom będącym na emeryturze, zamieszkałym na terenie miasta Gdańska. Do zadań programu należą: edukacja w zakresie zdrowego stylu życia, relacji pacjent–lekarz, aktywności fizycznej zgodna z zaleceniami WHO – trening dopasowany do możliwości i ograniczeń seniorów; identyfikacja czynników ryzyka chorób wieku senioralnego, ocena zachowań zdrowotnych, ryzyka upadków, urazów, złamań, depresji i interakcji ruchowych; badanie parametrów zdrowotnych takich jak: BMI, otyłość brzuszna; stworzenie indywidualnego planu postępowania prozdrowotnego; przedstawienie oferty klubów aktywności fizycznej dla seniorów, możliwości udziału w wolontariacie oraz lokalnej oferty klubów dla seniorów, w tym edukacji, warsztatów itp. [Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień 2023].

Zdrowy Senior

Program prowadzony przez Ministerstwo Zdrowia, którego celem jest promowanie zdrowego stylu życia wśród seniorów. Program oferuje materiały edukacyjne i warsztaty na temat żywienia i aktywności fizycznej. W zakładce „Zdrowie osób starszych” senior może znaleźć informacje m.in. na temat polityki społecznej wobec osób starszych, działań profilaktycznych, podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) – zmian wobec potrzeb osób starszych, wsparcia diagnostyki osób starszych, kadry medycznej dedykowanej opiece nad osobami starszymi, świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych [Ministerstwo Zdrowia 2023].

Senior w Ruchu

Program prowadzony przez Ministerstwo Sportu i Turystyki, który oferuje seniorom w całym kraju różnorodne zajęcia, takie jak joga, zajęcia taneczne czy piesze wycieczki. Składa się on z szeregu ćwiczeń i aktywności, które skupiają się na poprawie sprawności fizycznej, równowagi, elastyczności i koordynacji.

Celem kampanii społecznej Senior w Ruchu przeprowadzonej w 2022 r. było zwiększenie aktywności fizycznej seniorów i ich wiedzy na temat wpływu sportu i aktywności na zdrowie. W ramach projektu współfinansowanego przez Ministerstwo Sportu i Turystyki zorganizowana została kampania sportowa, w tym zawody sportowe, warsztaty oraz eventy dla seniorów. Kampania zakładała m.in. przeprowadzenie 12 międzypokoleniowych Marszów po Zdrowie z Głosem Seniora, które odbyły się w 12 miejscowościach w Polsce. Organizacja kampanii, jak również marszów miała na celu integrację międzypokoleniową, zapewnienie wspólnej aktywności dla dzieci, młodzieży i seniorów, a także zwiększenie świadomości uczestników na temat profilaktyki zdrowotnej, zdrowego stylu życia oraz patriotyzmu [Powiat niżański 2023].

Zagraniczne programy rekreacji ruchowej seniorów

Senior Olympics

W 1985 r. siedmiu mężczyzn i siedem kobiet w St. Louis, MO zrealizowało pomysł z wizją: promowanie zdrowego stylu życia dla dorosłych poprzez edukację, fitness i sport [History of the NSGA 2023]. Połączenie zainteresowania i wyzwania było impulsem do stworzenia Senior Games. Już w 1987 r. w St. Louis, MO 2500 sportowców rozegrało zawody w piętnastu dyscyplinach sportowych. Krajowe Igrzyska Olimpijskie dla Seniorów, które odbywają się latem w roku nieparzystym, zostały rozszerzone do 19 dyscyplin w 2011 roku w Houston, TX. Wzięło w nich udział 10 100 sportowców. Zawodnik może rozpocząć rywalizację w igrzyskach seniorów w roku swoich 50. urodzin. Kategorie wiekowe obejmują pięć grup: 50–54, 55–59, 60–64 i dalej w górę. W niektórych sportach reprezentowany jest przedział 90 lat. Aby się zakwalifikować do zawodów państwowych, sportowiec musi rywalizować w zawodach okręgowych (lokalnych) [Harvey et al. 2015].

Silver Swans

Obserwuje się wzrost zainteresowania baletem klasycznym jako przyjemną formą ćwiczeń dla dorosłych w średnim i późnym wieku, które pozwalają

na poprawę siły mięśni, koordynacji i elastyczności w sposób przyjemniejszy niż tradycyjne interwencje ruchowe [Letton et al. 2023]. The Royal Academy of Dance (RAD) zaprojektowała program Silver Swans, który jest skierowany do seniorów i ma na celu poprawę ROM, postawy, koordynacji i poziomu energii [The Royal Academy of Dance 2023]. Zajęcia prowadzone są przez zarejestrowanego nauczyciela RAD i licencjonowanego instruktora RAD Silver Swans, który jest również członkiem zespołu badawczego (REW). Układ ćwiczeń jest zgodny z typową strukturą podstawowych zajęć baletowych obejmującą ogólną 5-minutową rozgrzewkę, 50-minutowe zajęcia baletowe (w tym ćwiczenia wykonywane przy barre i w centrum, opisane poniżej) oraz 5-minutowy cool-down. Stopień trudności zwiększany jest w miarę postępu umiejętności uczestników. W razie potrzeby ruchy są modyfikowane, aby dopasować je do indywidualnych możliwości i zapewnić bezpieczeństwo [Letton et al. 2023].

Seniors in Shape (seniorzy w formie)

Seniors in Shape to program fitness zaprojektowany specjalnie dla seniorów mający na celu pomoc w utrzymaniu ich zdrowia fizycznego i dobrego samopoczucia. Składa się z ćwiczeń o niskiej intensywności, które koncentrują się na poprawie elastyczności, równowagi i siły, ważnych dla seniorów, aby zapobiec upadkom i utrzymać niezależność. Jest on dostosowany do potrzeb seniorów o różnym poziomie sprawności, od tych, którzy dopiero zaczynają ćwiczyć, do tych, którzy są aktywni przez całe życie. Ćwiczenia mogą być wykonywane zarówno w grupie, jak i indywidualnie, a także mogą być modyfikowane w celu dostosowania do wszelkich ograniczeń fizycznych [Centers for Disease Control... 2023].

Program został opracowany przez Narodowy Instytut Starzenia się (NIA), który jest częścią Narodowego Instytutu Zdrowia (NIH) w Stanach Zjednoczonych. Opiera się on na najnowszych badaniach w dziedzinie gerontologii i nauki o ćwiczeniach, a jego celem jest pomoc seniorom w dłuższym zdrowszym życiu [Nuzum et al. 2020]. Wykazano, że ćwiczenia z programu Senior in Shape są skuteczne w poprawie funkcji fizycznych i zmniejszaniu ryzyka upadków u seniorów. Badanie opublikowane w „Dzienniku Amerykańskiego Towarzystwa Geriatrycznego” wykazało, że seniorzy, którzy uczestniczyli w programie, mieli o 31% niższe ryzyko upadku w porównaniu z tymi, którzy nie brali w nim udziału [Goroncy et al. 2022]. Program został poparty przez takie organizacje jak Centrum Kontroli i Zapobiegania Chorobom oraz Amerykańskie Towarzystwo Geriatryczne.

Zumba Gold®

Zumba Gold® to dostosowana Zumba® dla starszych dorosłych, z wieloma klasami dostępnymi na całym świecie [Delextrat, Bateman, Esser 2016]. Jednym z elementów zajęć Zumba Gold® jest zabawa i spotkania towarzyskie, które mogą być kluczem dla wielu ludzi do pokonania przeszkody w regularnym uczestnictwie w aktywności fizycznej. Zumba Gold® jest wersją o niższej intensywności typowych zajęć Zumbi® i została zaprojektowana tak, aby sprostać anatomicznym, fizjologicznym i psychologicznym potrzebom seniorów. Naukowcy doszli do wniosku, że uczestnictwo w pojedynczej lekcji Zumbi Gold® przez osoby dorosłe w średnim i starszym wieku wywołuje reakcje sercowo-naczyniowe i metaboliczne, które spełniają wytyczne dotyczące intensywności ćwiczeń w celu poprawy i utrzymania sprawności sercowo-oddechowej. Wyniki te pozwalają uznać Zumbę Gold® za odpowiednią metodę ćwiczeń dla osób w średnim i starszym wieku [Dalleck et al. 2017; Luettgen et al. 2012].

Dodatkowe formy rekreacji ruchowej dla seniorów

Rekreacja ruchowa to według T. Wolańskiej aktywność o charakterze sportowym, turystycznym lub hobbyistycznym podejmowana dobrowolnie w celach: hedonistycznych, wypoczynkowych, zdrowotnych, estetycznych, towarzyskich i edukacyjnych. W życiu człowieka odgrywa szczególne znaczenie, ponieważ wyrównuje powszechnie odczuwany w obecnych czasach deficyt ruchu (hipokinezę) i jest wykorzystywana jako środek dbałości o zdrowie, sylwetkę, sprawność i kondycję fizyczną [Wolańska 1997].

Zapytano sztuczną inteligencję w postaci czatu GPT o to, jakie formy rekreacji ruchowej można zaliczyć do stosownych przy rekreacji ruchowej osób starszych. Wynikiem eksperymentu jest zamieszczona poniżej lista:

- nordic walking: popularna aktywność na świeżym powietrzu, która polega na chodzeniu z kijkami w celu zwiększenia intensywności ćwiczeń;
- aqua aerobik: program ćwiczeń w wodzie, który jest szczególnie korzystny dla seniorów, ponieważ zapewnia ćwiczenia o niskiej intensywności;
- zajęcia fitness dla seniorów: różnorodne zajęcia zaprojektowane specjalnie dla seniorów, które skupiają się na poprawie siły, elastyczności i równowagi;
- joga dla seniorów: delikatna forma jogi, która jest dostosowana do potrzeb i możliwości starszych dorosłych;
- zajęcia taneczne: taniec towarzyski, salsa i inne tańce towarzyskie mogą być dobrym sposobem na zwiększenie swojej aktywności ruchowej i nawiązywanie kontaktów towarzyskich z innymi;

- pilates dla seniorów: forma ćwiczeń, która skupia się na sile rdzenia, elastyczności i postawie, dostosowana do potrzeb seniorów;
- tai chi: chińska sztuka walki, która kładzie nacisk na powolne płynne ruchy i głębokie oddychanie, co może być korzystne dla seniorów;
- wycieczki rowerowe: wycieczki z przewodnikiem na rowerach pozwalają nie tylko na aktywizację ruchową seniorów, ale również na odprężenie poprzez edukację krajoznawczą;
- kluby turystyki pieszej dla seniorów: grupy, które organizują wycieczki piesze i spaceruje na łonie natury, co może być sposobem na pozostanie aktywnym i socjalizację z innymi seniorami;
- lekcje pływania: pływanie jest ćwiczeniem o niskiej wartości zmęczenia organizmu, z którego mogą korzystać osoby w każdym wieku, a wiele szkół pływania oferuje lekcje dostosowane do potrzeb seniorów;
- trening z taśmą oporową: korzystanie z pasów oporowych to sposób na budowanie siły i elastyczności bez konieczności stosowania dużych ciężarów lub sprzętu gimnastycznego;
- walking football: zmodyfikowana wersja piłki nożnej, która ma wolniejsze tempo i jest dostosowana do potrzeb starszych dorosłych;
- pickleball: sport raketowy, który łączy w sobie elementy tenisa, badmintona i ping ponga;
- gry na trawie: aktywizujące wszystkie partie mięśni gry ruchowe, które nie wymagają dużego wysiłku ze względu na charakter, m.in. golf i krokiet.
- wędrówki: piesze spaceruje po okolicy mają wpływ zarówno na kondycję fizyczno-psychiczną seniorów, jak i na wiedzę krajoznawczą oraz integrację społeczną [Open AI 2023].

Bez względu na rodzaj i formę rekreacji ruchowej jest ona zalecana przez WHO w deklaracji z Heidelberga w 1996 roku. Stwierdzono w niej, że: brak aktywności ruchowej i siedzący tryb życia powodują wiele chorób o charakterze chronicznym, aktywny styl życia istotnie opóźnia występowanie niesprawności i schorzeń wieku starczego, aktywność fizyczna ułatwia uczestnictwo w życiu społecznym, adaptację społeczną i podnosi poziom optymizmu [Dąbrowski, Rowiński 2007].

Piśmiennictwo

- Centers for Disease Control and Prevention, https://www.cdc.gov/physicalactivity/basics/older_adults/index.htm, 23.04.2023 r.
- Dalleck L.C., Roos K.A., Byrd B.R. et al. (2017). ACE-sponsored research: Is Zumba Gold an effective workout for middle-aged and older adults? *Sign*, 888, 825–3636.

- Dąbrowski A., Rowiński R. (2007). *Pomyślne starzenie się w perspektywie nauk społecznych i humanistycznych. Poprawna starość*. Wydawnictwo AWF, Warszawa: 247.
- Dąbska O., Humeniuk E., Pawlikowska-Łagód K. i wsp. (2016). Rola ruchu w funkcjonowaniu grupy społecznej seniorów – popularyzacja strategii aktywności fizycznej. *Journal of Education, Health and Sport*, 6(5): 276–290.
- Delextrat A., Bateman J., Esser P., (2016). The potential benefits of Zumba Gold in people with mild-to-moderate Parkinson's: Feasibility and effects of dance styles and number of sessions., *Complementary Therapies in Medicine*, 27: 68–73.
- Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień. <http://opz.gdansk.pl/trzeci-wiek-w-zdrowiu/> [23.04.2023].
- Goroncy A., Makaroff K., Trybula M. et al. (2022). Home Visits Improve Attitudes and Self-Efficacy: A Longitudinal Curriculum for Residents, *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(4): 852–858.
- Harvey J., McNulty B., Schmidt C. et al. (2015). Senior Olympics: Never too Old to Play, *International Journal of Human Movement and Sports Sciences*, 3(2): 11–15.
- History of the NSGA.(n.d.). <http://www.nsg.com/history.aspx> [23.04.2023].
- Kozdroń E. (2004). *Program rekreacji ruchowej osób starszych*. Wydawnictwo AWF, Warszawa.
- Kuński H., Jeger A. (1999). *Ruch doskonali i uzdrawia serce*. Wydawnictwo TKKR, Warszawa.
- Leś A., Kozdroń E., Gaworska M. i wsp. (2014). Programy rekreacji ruchowej 50+ – prozdrowotna ocena skuteczności. *Turystyka i Rekreacja*, 11(2): 165–171.
- Letton M.E., Macdonald E.R., Thom J.M. et al. (2023). Classical Ballet for Women Aged Over 50 Years: Investigating Balance, Strength, and Range of Motion. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 94(1): 1–12.
- Luetgten M. et al. (2012). Zumba®: Is the “fitness-party” a good workout? *Journal of Sports Science and Medicine*, 11(2): 357–358.
- M.P. poz. 341. Zmiana nazwy na Program „Senior+” 2017 r. (M.P., poz. 1254, obecnie t.j. M.P. 2018, poz. 228).
- Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej. „Aktywni+”. Ministerstwo ogłasza nowy program dla seniorów. <https://www.gov.pl/web/rodzina/aktywni-ministerstwo-oglasza-nowy-program-dla-seniorow> [23.04.2023].
- Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej. Aktywność na plus. 500 mln zł na programy aktywizujące seniorów w latach 2021–2025. <https://www.gov.pl/web/rodzina/coslychacrodzinnie> [23.04.2023].
- Ministerstwo Zdrowia. Zdrowie osób starszych. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowie-osob-starszych> [23.04.2023].
- Miszczak E. (2010). Aktywność seniorów sposobem przeciwdziałania negatywnym skutkom procesu starzenia się. W: Kałuża D., Szukalski P. (red.). *Jakość życia seniorów w XXI wieku. Ku aktywności*, Łódź: 27–32.
- Mogila-Lisowska J. (2010). *Rekreacyjna aktywność ruchowa dorosłych Polaków – uwarunkowania i styl uczestnictwa*. Wydawnictwo AWF, Warszawa.
- Nuzum H., Stickel A., Corona M. et al. (2020). Potential Benefits of Physical Activity in MCI and Dementia. *Behavioral Neurology*, 2020(2020): 7807856.
- Open AI. *Formy rekreacji ruchowej seniorów*. <https://chat.openai.com/> [23.04.2023].
- Powiat niżański. *Ogólnopolska Kampania Społeczna Senior w Ruchu*. <https://powiatnizanski.pl/ogloszenia-komunikaty/4199-ogolnopolska-kampania-spoleczna-senior-w-ruchu> [23.04.2023].

- Rżysko A. (2022). Program „Senior+” – sposób na aktywizację osób starszych – atrakcyjny i niedo-finansowany. *Kontrola Państwowa*, 67/5(406): 87–95.
- Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dziegielewska M. (2006). *Podstawy gerontologii społecznej*. Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa.
- The Royal Academy of Dance. Welcome to silver swans. <https://www.royalacademyofdance.org/dance-with-us/silverswans/> [3.05.2023].
- Wolańska T. (1997). *Leksykon. Sport dla wszystkich – rekreacja ruchowa*. Wydawnictwo AWF, Warszawa: 59.

VIII

TESTY I KWESTIONARIUSZE SPRAWNOŚCI I AKTYWNOŚCI RUCHOWEJ SENIORÓW

Testy umożliwiają dokonywanie ocen czynności w ujednoliconych warunkach. Ich wyniki, które zazwyczaj przedstawiane są liczbowo, są przydatne w różnych badaniach, formach nauczania czy treningu. Stanowią również podstawę do formułowania zaleceń czy porad terapeutycznych.

Każdy użyteczny test do oceny sprawności fizycznej powinien spełniać kilka warunków:

- trafność – musi faktycznie badać to, co chcieliśmy;
- rzetelność – zgodność wyników tych samych badanych dokonanych w różnym czasie;
- łatwość – ocena podstawowych zdolności motorycznych w różnych warunkach;
- test nie powinien być zbyt czasochłonny;
- test nie powinien wymagać od badanego specjalnych umiejętności;
- obiektywizm – otrzymywanie takich samych bądź zbliżonych wyników przy zmianach informacji zmiennych (np. wielokrotny pomiar, statystyczny badany w określonym wieku).

U osób starszych ważne jest monitorowanie sprawności funkcjonalnej, czyli niezależności w czynnościach życiowych. Wykorzystuje się do tego często testy spełniające powyższe kryteria. Czynności życiowe można podzielić na:

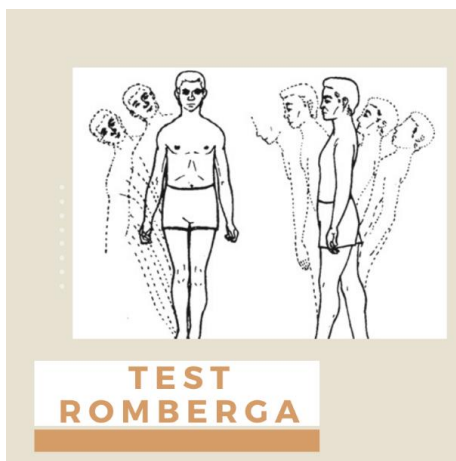
- podstawowe, warunkują samodzielność w najbliższym otoczeniu;
- złożone, pozwalają na sprawne oraz pełne funkcjonowanie bez pomocy osób trzecich.

Badanie stanu funkcjonalnego jest niezbędne do usprawniania monitorowania, a następnie planowania potrzeb osób starszych. Oparte jest na całościowej ocenie geriatrycznej (COG – Comprehensive Geriatric Assessment), bierze pod uwagę stan zdrowia, sprawność fizyczną i umysłową oraz uwarunkowanie socjalno-środowiskowe. W tym celu stosuje się wszelkiego rodzaju testy, których dobór powinien być indywidualny w zależności od takich czynników jak: stan zdrowia pacjenta, wydolność, problemy w komunikacji (zaburzenia słuchu, mowy, demencja starcza).

Poniżej zamieszczamy opisy wybranych testów i skali służących do oceny sprawności seniorów:

Próba Romberga

Jednym z najstarszych i zarazem najprostszych do przeprowadzenia testów jest próba Romberga. Została opracowana przez Moritza Romberga, który zaczął ją stosować już w 1846 r. Jest to badanie, w którym jedynym zadaniem seniora jest stanie swobodnie z rękami skrzyżowanymi na piersiach lub opuszczonymi wzdłuż ciała i złączonymi nogami. Podczas badania pacjent może mieć zamknięte oczy. Osoba przeprowadzająca badanie poprzez obserwację ciała seniora ocenia występowanie problemów z równowagą. Znaczne odchylenia sylwetki od osi lub upadek mogą oznaczać zaburzenia związane z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, z kolei wychylenia do przodu i do tyłu mogą świadczyć o uszkodzeniu błędniaka lub mózdzku. Próba Romberga powinna być przeprowadzana u osób, u których występują zawroty głowy, zaburzenia równowagi oraz częste upadki [Klukowski 2012] (rys. 3).



Rys. 3. Odchylenia sylwetki podczas testu Romberga

Źródło: www.syntonic.pl

Skala Barthel

Skala Barthel (Index Barthel) to międzynarodowa skala stosowana w ocenie sprawności chorego i jego zapotrzebowania na opiekę. Formularz wypełniany

jest przez lekarza bądź pielęgniarkę środowiskową w przychodni. Opracowana w 1955 r. skala początkowo była wykorzystywana w celu interpretacji wyników leczenia osób po udarze, obecnie jednak używa się jej głównie do kwalifikacji pacjentów do opieki długoterminowej. Bierze ona pod uwagę (tutaj każda czynność posiada swój licznik):

- spożywanie posiłków: 0 – badany nie jest w stanie samodzielnie jeść, 5 – potrzebuje pomocy, 10 – je samodzielnie;
- przemieszczanie się: 0 – nie jest w stanie przemieszczać się samodzielnie, 5 – większa pomoc, 10 – mniejsza pomoc, 15 – samodzielnie;
- utrzymanie higieny osobistej: 0 – potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych, 5 – niezależność przy myciu twarzy, zębów itp.;
- korzystanie z toalety (WC): 0 – zależny, 5 – potrzebuje niewielkiej pomocy, 10 – niezależny;
- kąpiel całego ciała: 0 – zależny, 5 – niezależny;
- poruszanie się (po powierzchni płaskiej): 0 – nie porusza się lub na dystans krótszy niż 50 m, 5 – niezależny na wózku, wliczając zakręty, na odległość dłuższą niż 50 m, 10 – spaceruje z pomocą jednej osoby na odległość powyżej 50 m, 15 – niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski, na dystans dłuższy niż 50 m;
- wchodzenie i schodzenie po schodach: 0 – nie jest w stanie, 5 – potrzebuje pomocy, 10 – samodzielny;
- ubieranie i rozbieranie się: 0 – zależny, 5 – potrzebuje pomocy, ale połowę czynności wykonuje samodzielnie, 10 – całkowicie niezależny;
- kontrolowanie stolca/ zwieracza odbytu: 0 – nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatywy, 5 – czasami popuszcza, 10 – panuje;
- kontrolowanie moczu/ zwieracza pęcherza moczowego: 0 – nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i na skutek tego niesamodzielny, 5 – czasami popuszcza, 10 – panuje.

Maksymalna liczba punktów do zdobycia to 100. Jeśli senior uzyska sumę punktów pomiędzy 0 a 20, oznacza to niesamodzielność, gdy zaś zdobędzie od 20 do 80 punktów, chory może funkcjonować samodzielnie przy niewielkiej pomocy [Klukowski 2012].

Skala subiektywnego odczuwania wysiłku wg Borga

U osób starszych wraz z upływem czasu pogorszeniu ulegają układy krążenia, nerwowy czy ruchu. Szwedzki badacz Gunnar Borg w latach 60. XX w. opracował skalę subiektywnego odczuwania wysiłku, aby umożliwić badanym ocenę wysiłku podczas treningu i zmierzyć intensywność ćwiczeń. Dzięki skali

Borga (Rate of Perceived Exertion scale – RPE) jesteśmy w stanie określić rodzaj oraz intensywność ćwiczeń w odniesieniu do odczuwanego wysiłku. Jest ona często wykorzystywana w kardiologii, lecz należy do grupy ocen subiektywnych, przez co nie można uznać jej za wysoce precyzyjną. Stopień zmęczenia ocenia badany, by mu w tym pomóc, fizjoterapeuta posługuje się planszą z cyframi i odpowiadającymi im opisami zmęczenia. Pacjent dzięki tej skali może subiektywnie ocenić poziom swojego zmęczenia oraz stopień nasilenia duszności. Pomimo tego, że mogą występować pewne różnice w aktualnej ocenie, statystycznie ocena ta w powtarzanych testach jest stała:

- 20 to poziom maksymalny wysiłku, duszności;
- 19 to ekstremalnie ciężki wysiłek;
- 17 to wysiłek bardzo ciężki;
- 16–15 – wysiłek ciężki;
- 13 – dość ciężki;
- 12 – umiarkowany;
- 11 – lekki;
- 9 – bardzo lekki;
- 6 – bez wysiłku [Smarż, Jaxa-Chamiec, Budaj 2015].

Skala Lawtona IADL

Skala Lawtona IADL (Instrumental Activities of Daily Living) została opracowana w 1969 r. do pomiaru poziomu niepełnosprawności i oceny parametrów u starszych osób. Ocena czynności złożone, pozwala określić umiejętności stosowane w otoczeniu, mierzy niezależność życiową, czyli zapewnienie funkcjonowania gospodarstwa domowego przez osobę niepełnosprawną na podstawie jej zdolności do radzenia sobie w środowisku zewnętrznym lub ze złożoną czynnością. To międzynarodowa skala stosowana w ocenie sprawności chorego i jego zapotrzebowania na opiekę. Stosuje się ją u osób, które są samodzielne w podstawowych czynnościach życiowych. Formularz wypełnia w przychodni lekarz bądź pielęgniarzka środowiskowa, by pacjent, który wymaga opieki długoterminowej, mógł zostać do niej zaklasyfikowany. Skala mierzy czynności takie jak:

- korzystanie z telefonu;
- lokomocję do miejsc poza odległością spaceru;
- robienie zakupów;
- przygotowywanie posiłków;
- wykonywanie prac domowych;
- majsterkowanie;

- przygotowywanie/przyjmowanie leków;
- gospodarowanie pieniędzmi.

Tu z kolei za każdą czynność można otrzymać maksymalnie 3 punkty. Łącznie do zdobycia jest ich 24. Spadek ogólnej liczby punktów w czasie może sugerować pogarszanie się stanu pacjenta [Klukowski 2012].

Skala Katza ADL

Skala Katza ADL (Activities of Daily Living) to opracowana w 1970 r. przez amerykańskiego gerontologa Sidneya Katza skala badająca podstawowe czynności życiowe, radzenie sobie z codziennością w miejscu zamieszkania. Przeznaczona jest dla każdego seniora i określa stopień, w jakim potrzebuje on pomocy bliskich. Ocenia samodzielność wykonania sześciu wyróżnionych czynności:

- kąpanie się;
- ubieranie i rozbieranie się;
- korzystanie z toalety;
- wstawanie z łóżka oraz przemieszczanie się;
- samodzielne jedzenie;
- kontrolowanie oddawania moczu i stolca.

W piśmiennictwie spotykamy się z różną punktacją wyżej wymienionych czynności. Oto kilka przykładów stosowanych skal:

- Od 1 do 3 – samodzielność całkowita (3), samodzielność częściowa (2), brak samodzielności (1);
- Od 0 do 1 – samodzielność całkowita (1), samodzielność częściowa (0,5), brak samodzielności (0);
- Od 0 do 6 – osoby sprawne (5–6), osoby umiarkowanie niesprawne (3–4), osoby znaczenie niesprawne (0–2) [Klukowski 2012].

Test Fugl-Meyer

Test Fugl-Meyer został opracowany przez Axela Fugl-Meyera i jego współpracowników w 1975 r. jako znormalizowany test oceny powrotu do zdrowia po udarze. Służy do badania poziomu ruchomości stawów, dolegliwości bólowych stawowych, kontroli motorycznej kończyny górnej i dolnej, równowagi i funkcjonowania sensorycznego u seniorów. Test ten jest często stosowany u pacjentów z porażeniem połowicznym w celu oceny ciężkości choroby i zaplanowania odpowiedniego programu leczenia. Składa się z 155 pozycji, za wykonanie których osoba badana może otrzymać maksymalnie 226 punktów:

- 66 punktów za czynności motoryczne kończyny górnej;
- 34 punkty za czynności motoryczne kończyny dolnej;
- 14 punktów za utrzymywanie równowagi;
- 24 punkty za funkcje sensoryczne;
- 44 punkty za poziom bólu w stawach.

Za wykonanie każdego zadania w teście senior otrzymuje 2 punkty, jeśli zrobi to samodzielnie. Gdy wykona zadanie z pomocą przyrządów wspomagających chodzenie lub z pomocą drugiej osoby, otrzymuje 1 punkt, a jeśli nie jest w stanie wykonać zadania, nie otrzymuje punktów [Klukowski 2012].

Pomiar niezależności funkcjonalnej

Pomiar niezależności funkcjonalnej (FIM – The Functional Independence Measure) to opracowany w 1983 r. przez Amerykański Kongres Medycyny Rehabilitacyjnej, we współpracy z Amerykańską Akademią Medycyny Fizycznej i Rehabilitacji, test oceniający sprawność funkcjonalną osób starszych. Określa stopień, w jakim senior radzi sobie z porozumiewaniem się i kontaktami społecznymi. Bierze pod uwagę czynniki takie jak:

- samoobsługa (spożywanie posiłków, dbałość o wygląd, kąpiel, ubieranie się, toaleta);
- kontrola zwieraczy;
- mobilność (przechodzenie z łóżka na krzesło lub wózek, siadanie na muszli klozetowej, wchodzenie pod prysznic lub do wanny);
- lokomocja (chodzenie lub jazda na wózku, pokonywanie schodów);
- komunikacja (zrozumienie, wypowiedanie się);
- świadomość społeczna (kontakty międzyludzkie, rozwiązywanie problemów, pamięć).

Za każdą z tych czynności pacjent może otrzymać od 1 do 7 punktów. Ich maksymalna liczba oznacza pełną niezależność, 6 punktów to umiarkowana niezależność (wykorzystywane narzędzia pomocnicze), 5 punktów wskazuje na umiarkowaną niezależność (konieczny nadzór lub asekuracja), 4 punkty oznaczają potrzebę minimalnej pomocy (pacjent wykonuje przynajmniej 75% czynności samodzielnie), a 3 punkty potrzebę umiarkowanej pomocy (między 50% a 75% czynności wykonywanych samodzielnie). Wynik 2 punktów w badaniu wskazuje na potrzebę maksymalnej pomocy (od 25% do 50% czynności pacjent wykonuje samodzielnie). Najniższy wynik, czyli 1 punkt oznacza zaś całkowitą zależność (pacjent wykonuje mniej niż 25% czynności samodzielnie) [Zieliński, Wieliński 2012].

Skala Tinetti

Skala Tinetti (Tinetti Test, Performance-Oriented Mobility Assessment – POMA) to opublikowany w 1986 r. test składający się z dwóch części i służący do oceny równowagi i chodu. W pierwszej części badany przyjmuje pozycję siedzącą na twardym krześle bez poręczy. Jego zadaniem jest wykonywanie czynności podlegających ocenie, a należą do nich:

- utrzymanie równowagi podczas siedzenia – badany otrzymuje 1 punkt, jeśli nie pochyła się i nie osuwa z krzesła, gdy straci równowagę otrzymuje 0 punktów;
- wstawanie z miejsca – otrzymuje 2 punkty, jeśli potrafi wstać bez użycia rąk, 1 punkt, jeśli robi to, pomagając sobie rękami, lub 0 punktów, jeśli nie jest zdolny samodzielnie wstać;
- próby wstawania z miejsca – badany otrzymuje 2 punkty, jeśli wstanie za pierwszym razem, 1 punkt, jeśli do wstania potrzebuje kilku prób, lub 0, jeśli nie jest zdolny samodzielnie wstać;
- utrzymanie równowagi bezpośrednio po wstaniu z miejsca przez pierwszych 5 sekund – badany otrzymuje 2 punkty, jeśli stoi pewnie i nie potrzebuje podparcia, 1 punkt, jeśli stoi, podpierając się, lub 0, jeśli stoi niepewnie, chwiejąc się;
- utrzymanie równowagi podczas stania – badany otrzymuje 2 punkty, jeśli stoi stabilnie ze złączonymi stopami, 1 punkt, gdy stoi pewnie, ale w rozkroku, lub podpierając się, oraz 0 punktów, jeśli stoi niepewnie;
- próba trącenia, czyli trzykrotne trącenie badanego dłonią w klatkę piersiową na wysokości mostka – jeśli mimo tego będzie on nadal stał pewnie, otrzymuje 2 punkty, gdy zacznie się zataczać, ale nie upadnie, otrzymuje 1 punkt, zaś jeśli straci równowagę, uzyskuje 0 punktów;
- próba trącenia przy zamkniętych oczach badanego – jeśli nadal stoi pewnie, otrzymuje 1 punkt, w przeciwnym razie – 0 punktów;
- obracanie się o 360 stopni – jeżeli badany wykona obrót ruchem ciągłym, otrzymuje 2 punkty, jeśli zatacza się i chwyta przedmiotów, otrzymuje 1 punkt, gdy zaś ruch jest przerwany – 0 punktów;
- siadanie – badany otrzymuje 2 punkty, jeśli usiądzie pewnie, gdy użyje do tego rąk, otrzyma 1 punkt, a jeśli robi to niepewnie – 0 punktów.

W drugiej części testu Tinetti badany początkowo stoi obok badającego, a następnie idzie wzdłuż pokoju zwykłym, a później szybkim krokiem. Podczas tego badania senior może korzystać z pomocy, której używa do chodzenia na co dzień, tj. laski, chodzika. Ocenie podlegają:

- ruszenie z miejsca bezpośrednio po wydaniu polecenia przez badającego – jeżeli senior ruszy bez wahania, otrzyma 1 punkt, w przeciwnym razie – 0 punktów;

- długość i wysokość kroku – ocenia się to, czy stopy prawidłowo odrywają się od podłogi, jeśli tak, przyznawany jest 1 punkt, a także to, czy prawa stopa przekracza miejsce stania lewej i odwrotnie, jeśli tak, badany otrzymuje 1 punkt;
- symetria kroku – jeśli długość kroku obu stóp jest jednakowa, badany otrzymuje 1 punkt, w przeciwnym razie – 0;
- ciągłość chodu – jeśli badany nie zatrzymuje się pomiędzy kolejnymi krokami, a jego chód jest ciągły, otrzymuje 1 punkt, w innym wypadku – 0;
- ścieżka chodu – sprawdzana jest na odcinku o długości około 3 metrów, jeśli senior utrzymuje prosty tor bez pomocy przyrządów, otrzymuje 2 punkty, gdy używa do tego przyrządów lub odchylenia od toru są nieznaczne – 1 punkt, badany nie otrzymuje punktów kiedy ścieżka, którą idzie, jest wyraźnie odchylona;
- pozycja tułowia – jeśli senior nie korzysta z przyrządów pomocniczych i utrzymuje prostą postawę ciała, otrzymuje 2 punkty, gdy nie zgina kolan i nie garbi pleców, ale jego sylwetka wyraźnie się kołysze – 1 punkt, oraz gdy korzysta z przyrządów pomagających w chodzeniu lub jego sylwetka kołysze się w znacznym stopniu, nie otrzymuje punktów;
- pozycja stóp podczas chodzenia – ocenie podlega to, czy senior rozstawia pięty na boki, jeśli tak, to nie otrzymuje punktów, gdy zaś stopa jest ustawiona w prawidłowy sposób i pięty są blisko siebie, otrzymuje 1 punkt.

Z pierwszej części testu Tinetti senior może uzyskać maksymalnie 12 punktów, a z drugiej 16, tj. łącznie 28 punktów. Suma poniżej 19 punktów oznacza, że ryzyko upadku u badanej osoby jest pięć razy wyższe niż u osoby zdrowej. Wynik pomiędzy 19 a 24 punktami wskazuje na skłonność do upadków osoby badanej [Borowicz, Kaczmarek, Pawlaczyk 2016].

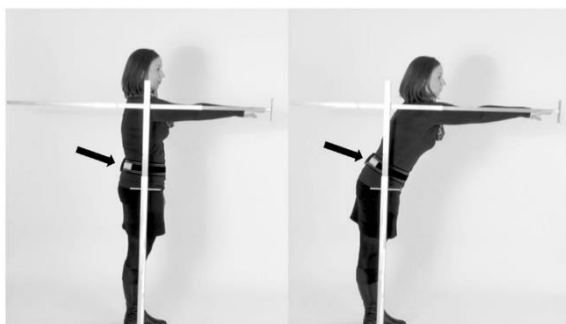
Skala równowagi Berga

Opracowana w 1989 r. skala równowagi Berga (The Berg Functional Balance Test – BFBT) to test polegający na wykonaniu 14 czynności w określonej kolejności. Każda z nich oceniana jest w skali od 1 do 4. Możliwe jest uzyskanie maksymalnie 56 punktów. Do diagnozowanych czynności należą: przejście z pozycji siedzącej do stojącej, stanie bez podparcia, siedzenie bez podparcia, przejście z pozycji stojącej do siedzącej, transfery, stanie z zamkniętymi oczami, stanie ze złączonymi stopami, sięgnięcie w przód wyprostowaną kończyną górną podczas stania, podniesienie przedmiotu z podłogi, spojrzenie za siebie, obrót o 360 stopni, stawianie naprzemiennie stóp na taborecie, stanie bez podparcia jedną stopą przed drugą oraz stanie na jednej nodze [Szostek-Roguła, Zamysłowska-Szmytko 2015].

Czynnościowy test sięgania

Czynnościowy test sięgania (The Functional Reach Test – FRT) został opisany po raz pierwszy na początku lat 90. XX w. Jest to badanie polegające na trzykrotnym maksymalnym sięgnięciu ręką w przód bez zmiany położenia stóp. Podczas badania senior stoi bokiem do ściany w lekkim rozkroku, czyli ze stopami ustawionymi na szerokości ramion. Wynik uzyskuje się przez obliczenie średniej arytmetycznej z trzech prób wykonania zadania:

- gdy pacjent sięgnie ręką powyżej 25 cm, wynik jest prawidłowy;
- wynik w granicach 15–25 cm oznacza dwukrotny wzrost ryzyka upadków;
- wynik poniżej 15 cm wskazuje na czterokrotny wzrost ryzyka upadków [Szostek-Rogula, Zmysłowska-Szmytka 2015] (rys. 4).



Rys. 4. Poprawne wykonanie testu sięgania

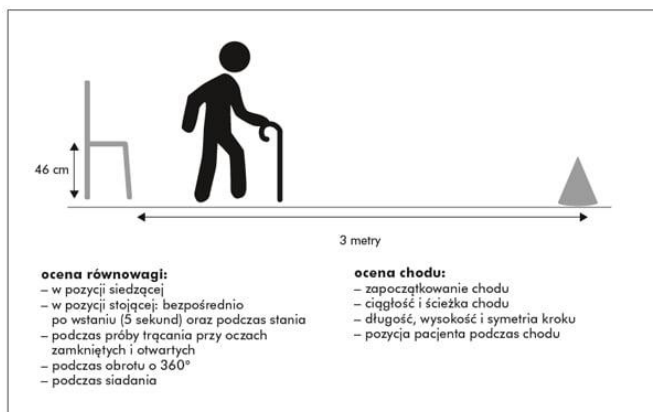
Źródło: www.frontiersin.org

Test „wstań i idź”

Test „wstań i idź” (Test up and go) został opracowany przez Podsiadło i Richardsona w 1991 r. Jest skierowany do seniorów, którzy chcą poszerzyć wiedzę o stanie swojego ciała. Ocenia równowagę dynamiczną i chód, polega na wstaniu przez seniora z krzesła, przejściu 3 m do określonego celu, wykonaniu obrotu i powrocie do pozycji wyjściowej (rys. 5). Wyniki oceniane są na podstawie czasu wykonania zadania:

- czas krótszy niż 10 sekund oznacza prawidłową sprawność funkcjonalną i niskie ryzyko upadków;
- czas w granicach 10–19 sekund oznacza, że badany może samodzielnie wychodzić na zewnątrz i nie potrzebuje sprzętu pomocniczego do chodzenia, jest samodzielny w większości czynności dnia codziennego, wskazana jest jednak pogłębiona ocena ryzyka upadków;

- czas dłuższy niż 19 sekund wskazuje na znacznie ograniczoną sprawność funkcjonalną, badany nie powinien samodzielnie wychodzić na zewnątrz, zalecany jest sprzęt pomocniczy do chodzenia.



Rys. 5. Przedstawienie wykonania testu „wstań i idź”

Źródło: www.mp.pl

Test Fullerton

Test Fullerton (Senior Fitness Test) został opracowany w USA w latach 2001–2002. Ma zastosowanie w ocenie podstawowych wskaźników sprawności fizycznej u osób starszych, takich jak: siła i gibkość górnej i dolnej części ciała, równowaga, wytrzymałość aerobowa oraz koordynacja ruchowa. Jest zalecany osobom po 60. r.ż. Składa się z 6 części:

- próba zginania przedramienia (Arm Curl Test) – ma na celu ocenę siły górnej części ciała i polega na wykonywaniu ugięć ręki, w której badany trzyma ciężarek. Wynikiem końcowym tej części testu jest liczba wykonanych poprawnie ugięć w ciągu 30 sekund;
- próba „drapania po plecach” (Back Scratch) – jej celem jest ocena elastyczności górnej części ciała. Zadaniem seniora jest wykonanie agrafki w pozycji stojącej. Wynik końcowy stanowi odległość zachodzenia na siebie środkowych palców, jeśli się nie stykają, wynik jest ujemny;
- próba wstawania z krzesła w ciągu 30 sekund (30 Second Chair Stand) – ma na celu zbadanie siły dolnej części ciała. Senior podczas ćwiczenia siedzi na krześle ze stopami opartymi płasko na podłodze, na sygnał wykonuje jak najszybsze wstawanie i siadanie. Wynikiem końcowym tej części testu jest liczba powtórzeń prawidłowo wykonanej czynności w ciągu 30 sekund;

- próba „siadu i dosięgnięcia” (Chair Sit-and-Reach) – jej celem jest ocena elastyczności dolnej części ciała, polega na wykonaniu przez badanego skłonu i sięgnięciu rękami jak najdalej do przodu oraz utrzymaniu pozycji przez 2 sekundy. Wynikiem jest odległość palców dłoni od czubków palców stóp;
- próba „wstań i idź” (8-Foot Up-and-Go) – ma na celu ocenę równowagi i zwinności. Jej przebieg to przejście przez seniora dystansu 8 stóp w jak najszybszym tempie. Wynikiem końcowym jest czas potrzebny badanemu na wykonanie tej czynności oraz na powrót do pozycji siedzącej;
- test 2-minutowego marszu w miejscu (2-Minute Step-in-Place) lub 6-minutowego marszu (6-Minute Walk Test) – oba testy mają na celu ocenę tolerancji wysiłku. Badani podczas 2-minutowego marszu w miejscu na sygnał zaczynają marsz od uniesienia prawej nogi na podaną wysokość, podczas zadania mogą korzystać z pomocy w utrzymaniu równowagi. Wynikiem jest liczba uniesień prawej nogi. W 6-minutowym marszu oceniany jest maksymalny dystans, który badany jest w stanie pokonać w danym czasie. W razie potrzeby dopuszczane jest robienie przerw w celu odpoczynku. Wynikiem końcowym jest liczba przebytych metrów [Mętel i wsp. 2012] (tab. 6–7).

Tabela 6. Normy dla mężczyzn w Teście Fullerton

	60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85–89	90–94
Chair stand (no. of stands)	14–19	12–18	12–17	11–17	10–15	8–14	7–12
Arm Curl (no. of reps)	16–22	15–21	14–21	13–19	13–19	11–17	10–14
6-min Walk (no. of yds)	610–735	560–700	545–680	470–640	445–605	380–570	305–500
2-min Step (no. of steps)	87–115	86–116	80–110	73–109	71–103	59–91	52–86
Chair Sit-&-Reach (inches +/-)	-2,5+4,0	-3,0+3,0	-3,5+2,5	-4,0+2,0	-5,5+1,5	-5,5+0,5	-6,5- -0,5
Bach Scratch (inches +/-)	-6,5+0,0	-7,5- -1,0	-8,0- -1,0	-9,0- -2,0	-9,5- -2,0	-10,0- -3,0	-10,5- -4,0
8-Ft Up-&-Go (seconds)	5,6–3,8	5,7–4,3	6,0–4,2	7,2–4,6	7,6–5,2	8,9–5,3	10,0–6,2

Źródło: www.drmro.pl

Tabela 7. Normy dla kobiet w Teście Fullerton

	60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85–89	90–94
Chair stand (no. of stands)	12–17	11–16	10–15	10–15	9–14	8–13	4–11
Arm Curl (no. of reps)	13–19	12–18	12–17	11–17	10–16	10–15	8–13
6-min Walk (no. of yds)	545–660	500–635	480–615	430–585	385–540	340–510	275–440
2-min Step (no. of steps)	75–107	73–107	68–101	68–100	60–91	55–85	44–72
Chair Sit-&-Reach (inches +/-)	-0,5–+5,0	-0,5–+4,5	-1,0–+4,0	-1,5–+3,5	-2,0–+3,0	-2,5–+3,5	-4,5–+1,0
Bach Scratch (inches +/-)	-3,0–+1,5	-3,5– -1,5	-4,0–+1,0	-5,0–+0,5	-5,5–+0,0	-7,0– -1,0	-8,0– -1,0
8-Ft Up-&-Go (seconds)	6,0–4,4	6,4–4,8	7,1–4,9	7,4–5,2	8,7–5,7	9,6–6,2	11,5–7,3

Źródło: [www.drmro.pl].

Wszystkie skale i testy sprawności i aktywności ruchowej seniorów powinny być przeprowadzane przez odpowiednio wykwalifikowany personel medyczny, np. pielęgniarki, lekarzy, psychologów czy pracowników socjalnych w obecności rodziny. Dzięki regularnemu wykonywaniu testów możliwa jest obserwacja postępów w usprawnianiu seniora.

Jedną z najpowszechniejszych metod określania poziomu aktywności fizycznej są kwestionariusze. Umożliwiają one szybkie rozeznanie w częstotliwości i formach podejmowanej aktywności fizycznej przez osoby w każdym wieku. W przypadku osób starszych do głównych celów przeprowadzania badań za pomocą kwestionariuszy należy poznanie aktywności fizycznej seniorów oraz ich subiektywnej oceny poziomu jakości życia. Kolejnymi zadaniami badań tego typu jest określenie wpływu aktywności fizycznej na jakość życia osób starszych oraz ocena tych czynników w zależności od płci badanych osób.

Kwestionariusze IPAQ

Najbardziej popularnymi narzędziami do badania aktywności fizycznej w Polsce są kwestionariusze IPAQ (International Physical Activity. Questionnaire), które umożliwiają prowadzenie analiz dla całej badanej populacji. Ich

pierwsze wersje zostały opracowane przez zespół naukowców w latach 1998–1999 w Genewie. Kwestionariusz ten, służący do oceny aktywności fizycznej osób w przedziale wiekowym od 15. do 65. r.ż., powstał w dwóch wersjach – długiej i krótkiej. Wersja krótka składa się z 7 pytań dotyczących aktywności fizycznej w życiu codziennym. Zbiera informacje na temat ilości czasu spędzonego w pozycji siedzącej, podczas chodzenia oraz aktywności ruchowej. Poziom aktywności dzieli się na intensywną i umiarkowaną. Wersja długa kwestionariusza składa się z 5 części, które dotyczą: wysiłku fizycznego związanego z pracą zawodową, aktywności fizycznej związanej z przemieszczaniem się, prac domowych, w tym prac porządkowych i opieki nad rodziną, sportu i aktywności w czasie wolnym oraz ilości czasu spędzonego w pozycji siedzącej. Odpowiedni sposób ułożenia pytań pozwala na obliczenie poziomu aktywności oraz tygodniowej jednostki aktywności fizycznej. Do wyrażenia wymogów energetycznych każdej aktywności stosuje się wskaźnik MET, który odpowiada zużyciu tlenu podczas przemiany spoczynkowej. Skrócony międzynarodowy kwestionariusz aktywności fizycznej (IPAQ) w wersji dostosowanej do osób starszych został wykorzystany m.in. do badań ankietowych prowadzonych na terenie województwa pomorskiego w latach 2012–2013 w okresie wiosenno-letnim. Poziom aktywności fizycznej seniorów badano w trzech obszarach: aktywność fizyczna związana z przemieszczaniem się, wykonywaniem czynności w domu i wokół domu oraz aktywność fizyczna podejmowana w czasie wolnym. Do oceny poziomu każdej z aktywności posłużyły współczynniki intensywności. Dodatkowo przy tym kwestionariuszu przeprowadzono także badania ankietowe określające poziom jakości życia badanych seniorów [Skotnicka, Pieszko 2014].

Globalny kwestionariusz aktywności fizycznej

Kolejnym popularnym na całym świecie kwestionariuszem jest opracowany w 2002 r. przez WHO globalny kwestionariusz aktywności fizycznej (GPAQ). Składa się on z czterech części zawierających 16 pytań dotyczących czasu poświęconego na aktywność fizyczną przez badanego w ciągu typowego dla niego tygodnia. Aktywność ta musi trwać minimum 10 minut bez przerwy. Trzy pierwsze części kwestionariusza dotyczą aktywności fizycznej w pracy, aktywności podczas przemieszczania się oraz wysiłku w czasie wolnym. W ostatniej części zadawane jest jedno pytanie, o czas spędzony w pozycji siedzącej lub odpoczynek w pozycji leżącej. Respondenci w badaniu określają także poziom intensywności danej aktywności – intensywna lub umiarkowana. W badaniu tym również stosuje się równoważnik

MET, którego odpowiednie wartości przedstawiono w tabeli 8. Polska wersja tego kwestionariusza została przygotowana przez Bergiera, Wasilewską i Szepełuka [2019].

Tabela 8. Wartości równoważnika metabolicznego – MET

Domena	Poziom intensywności	Wartość MET
Praca	Umiarkowany	4.0
	Duży	8.0
Przemieszczanie się	Jazda na rowerze i chodzenie	4.0
Rekreacja	Umiarkowany	4.0
	Duży	8.0

Źródło: Bergier, Wasilewska, Szepełuk [2019].

Kwestionariusz SF-36

Kwestionariusz SF-36 służy do badania jakości życia związanej ze zdrowiem. Składa się on z 36 pytań w 11 kategoriach, które pozwalają badać jakość życia w takich aspektach jak: funkcjonowanie fizyczne, dolegliwości bólowe czy ogólne poczucie zdrowia. Kategorie dotyczą zdrowia fizycznego oraz psychicznego. Dodatkowo ocenie podlega stan zdrowia w porównaniu z jego stanem sprzed roku [Cieślik, Podbielska 2015]. Polska wersja tego kwestionariusza powstała pod koniec lat 90. XX w. Został on użyty np. do badań jakości życia seniorów przeprowadzonych wśród osób po 65. r.ż. [Głowacka i wsp. 2017].

Kwestionariusz PAR-Q

Powstały w Kanadzie w latach 70. XX w. kwestionariusz gotowości do aktywności fizycznej (Physical Activity. Readness Questionnaire – PAR-Q) przeznaczony jest dla osób w przedziale wiekowym od 15. do 69. r.ż. Jego celem jest dostarczenie informacji przydatnych przed rozpoczęciem treningu wysiłkowego. Badanie to pozwala też na rozpoznanie chorób sercowo-naczyniowych oraz urazów narządu ruchu. Kwestionariusz ten zawiera pytania dotyczące stresu, występowania bólu w klatce piersiowej, zawrotów głowy czy bólów kości i stawów. Jest on wykorzystywany do badań osób starszych, ponieważ to ta grupa jest najbardziej narażona na urazy podczas wysiłku fizycznego. Za pomocą kwestionariusza PAR-Q ustala się czy seniorzy

są w stanie zaangażować się bardziej w aktywność fizyczną, czy może to zagrażać ich zdrowiu. Kwestionariusz ten składa się z 7 pytań, na które należy udzielić odpowiedzi twierdzącej lub przeczącej:

1. Czy twój lekarz kiedykolwiek powiedział, że masz chorobę serca i że powinienś wykonywać tylko aktywność fizyczną zalecaną przez lekarza?
2. Czy czujesz ból w klatce piersiowej podczas wykonywania wysiłku fizycznego?
3. Czy w ostatnim miesiącu odczuwałeś ból w klatce piersiowej, gdy nie wykonywałeś aktywności fizycznej?
4. Czy tracisz równowagę z powodu zawrotów głowy, czy też kiedykolwiek straciłeś przytomność?
5. Czy masz dolegliwości kości lub stawów, które mogą ulec pogorszeniu w wyniku zwiększenia stopnia aktywności fizycznej?
6. Czy twój lekarz zaleca lekarstwa na ciśnienie krwi lub chorobę serca?
7. Czy znasz inny powód, dla którego nie powinienś wykonywać aktywności fizycznej? [Zuzda, Latosiewicz, Augustyńska 2017].

Piśmiennictwo

- Bergier J., Wasilewska M., Szepeluk A. (2019). Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ) – the Polish version. *Health Problems of Civilization*, 13(1): 1–8.
- Borowicz A.M., Kaczmarek P., Pawlaczyk M. (2016). Wykorzystanie skali Tinetti do programowania rehabilitacji u osób starszych. *Exlibris Social Gerontology Journal*, 11(1), 121–129.
- Cieślak B., Podbielski H. (2015). Przegląd wybranych kwestionariuszy oceny jakości życia. *Acta Bio-Optica et Informatica Medica. Inżynieria Biomedyczna*, 21(2): 102–135.
- Głowacka M., Roszak A., Kornatowski T., Zabielska P., Jurczak A., Karakiewicz B., Kędziora-Kornatowska K. (2017). Jakość życia seniorów na przykładzie chorych z zaostrzeniem niewydolności serca i chorych na cukrzycę. *Geriatrics*, 11(3), 171–176.
- Klukowski K. (2012). Diagnostyka fizjoterapeutyczna (funkcjonalna) w geriatrici. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Mętel S., Kwiatkowska A., Głodzik J., Szczygieł E. (2012). Wykorzystanie testu Functional Strength w ocenie stanu funkcjonalnego oraz w monitorowaniu procesu rehabilitacji medycznej osób starszych. *Gerontologia Polska*, 20(4): 148–154.
- Skotnicka M., Pieszko M. (2014). Aktywność fizyczna receptą na długowieczność. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 20(4).
- Smarż K., Jaxa-Chamiec T., Budaj A. (2015). Metody oceny wydolności fizycznej pacjentów kardiologicznych – elektrokardiograficzny, spiroergometryczny i echokardiograficzny test wysiłkowy. *Postępy Nauk Medycznych*, XXVIII, 11B.
- Szostek-Rogula S., Zamysłowska-Szmytko E. (2015). Przegląd skal i testów dla oceny czynnościowej pacjenta z zawrotami głowy i zaburzeniami równowagi. *Otolaryngologia*, 14(3): 141–49.
- Zieliński W., Wieliński D. (2012). Normy sprawności fizycznej populacji polskiej od 65 roku życia. Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Poznań.
- Zuzda J.G., Latosiewicz R., Augustyńska B. (2017). Risk assessment and level of physical activity of students in Poland. *Physical Education of Students*, 21(4): 193–199.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Proces starzenia się organizmu człowieka jest nieunikniony i nieodwracalny, a dotyczy całej rasy ludzkiej. Z biegiem czasu zdrowie, w tym kondycja psychologiczna, fizyczna, funkcjonalna oraz samodzielność, staje się coraz słabsze. Rekreacja ruchowa spowalnia i następuje zmiana dotychczasowego trybu życia. Postępuje proces starzenia się i negatywne konsekwencje z nim związane. Aktywność fizyczna uznawana jest za najtańszy i najłatwiejszy sposób zapobiegania wielu schorzeniom.

Na podstawie przeglądu literatury wyciągnięto następujące wnioski:

1. Regularna aktywność fizyczna jest głównym czynnikiem warunkującym utrzymanie dobrego zdrowia i niezależności starszych grup społecznych.
2. Należy poszerzać zakres działań w obszarach aktywizacji osób starszych, zwłaszcza aktywności fizycznej, poprzez ciągłą realizację programów profilaktycznych w obszarach pomyślnego starzenia się, szczególnie w zakresie jak najdłuższego zachowania zdrowia i niezależności.
3. Regularne uczestnictwo w rekreacji ruchowej odpowiedniej do wieku może opóźnić wystąpienie niepełnosprawności i uzależnienia od opieki osób trzecich. Zwiększa możliwość samodzielnego, komfortowego życia „późną jesienią”.
4. Pomimo istniejących barier i aktualnych trendów w rekreacji ruchowej widoczny jest stopniowy wzrost uczestnictwa w ćwiczeniach wśród populacji seniorów.

