

**Barbara
Lejzerowicz-Zajączkowska,
Przemysław Hajduk**

**Aktywność fizyczna osób starszych
jako działalność
edukacyjno-interwencyjna**

Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. Kultura
Fizyczna 16/4, 109-121

2017

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach
dozwolonego użytku.

Barbara LEJZEROWICZ-ZAJĄCZKOWSKA*
Przemysław HAJDUK**

Aktywność fizyczna osób starszych jako działalność edukacyjno-interwencyjna

Streszczenie

Celem artykułu jest analiza problematyki starzenia się społeczeństwa, przyczyn i skutków tego zjawiska, problemów zdrowotnych ludzi starszych, aktywności fizycznej, społecznej i edukacyjnej oraz sposobów radzenia sobie tej populacji ze zjawiskiem starzenia.

Analizy przeprowadzone w artykule opierają się na danych zastanych, pochodzących z badań Głównego Urzędu Statystycznego (2009, 2011–2014, 2016), PolSenior (2012) (*Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*, pod red. P. Błędowskiego, B. Szatur-Jaworskiej, Z. Szweda-Lewandowskiej).

Autorzy stawiają tezę, że problemy zdrowotne, izolacja i dyskryminacja społeczna wpływają na obniżenie samodzielności osób starszych.

Główne wnioski są następujące:

- 1) aktywność fizyczna ma istotny wpływ na zwiększenie niezależności i samodzielności, a tym samym wpływa na poprawę jakości życia osób starszych;
- 2) osoby będące aktywne fizycznie są w mniejszym stopniu narażone na ryzyko chorób, w porównaniu do osób mniej aktywnych, niećwiczących;
- 3) uczestnictwo osób starszych w zajęciach prowadzonych na Uniwersytetach Trzeciego Wieku przeciwdziała wykluczeniu ze społeczeństwa, jest skuteczną interwencją edukacyjną.

Słowa kluczowe: starzenie się, aktywność fizyczna, aspekty społeczne, aspekty edukacyjne.

Wprowadzenie

Zjawisko starzenia się społeczeństw jest powszechne we współczesnym świecie – jest ono uzależnione od poziomu zamożności, zmian w strukturze ro-

* dr, Wyższa Szkoła Rehabilitacji w Warszawie, Wydział Rehabilitacji; e-mail: barbara.lejzerowicz-zajaczkowska@wsr.edu.pl

** mgr, Wyższa Szkoła Rehabilitacji w Warszawie, Wydział Rehabilitacji

dziny, pomocy społecznej, średniej długości życia itp. Perspektywa demograficzna pozwala na dostrzeżenie zależności – „gdy wzrasta udział ludności starszej, to w tej grupie najszybciej rośnie odsetek najstarszych”, jest to tzw. „podwójne starzenie się ludności”¹. Na proces starzenia się wpływ mają czynniki biologiczne, demograficzne, społeczne, psychiczne, ekonomiczne, prawne i socjalne².

Celem artykułu jest analiza problematyki starzenia się społeczeństwa, przyczyn i skutków tego zjawiska, problemów zdrowotnych ludzi starszych, aktywności fizycznej, społecznej i edukacyjnej oraz sposobów radzenia sobie tej populacji z procesem starzenia się.

Analizy przeprowadzone w artykule opierają się na danych zastanych, pochodzących z badań Głównego Urzędu Statystycznego (2009, 2011–2014, 2016), PolSenior (2012) (*Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*, pod red. P. Błędowskiego, B. Szatur-Jaworskiej, Z. Szweda-Lewandowskiej).

Autorzy stawiają tezę, że problemy zdrowotne, izolacja i dyskryminacja społeczna wpływają na obniżenie samodzielności osób starszych.

Polityka społeczna wobec osób w wieku starszym

Wyróżnić można trzy koncepcje polityki społecznej wobec starzenia się: aktywne starzenie się, zdrowe starzenie się i pomyślne starzenie się. Koncepcja aktywnego starzenia się została wykorzystana przez WHO³, na jej podstawie powstał program operacyjny AGE Platform Europe⁴ oraz opracowano indeks wskaźników aktywnego starzenia się⁵.

Podejmowanie przez administrację publiczną działań na rzecz osób w wieku starszym powinno doprowadzić do wyodrębnienia nowego działu administracji

¹ *Starzenie się społeczeństwa polskiego i jego skutki. Opracowanie tematyczne*, Kancelaria Senatu, Biuro analiz i dokumentacji, Warszawa 2011, s. 1–18.

² B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dziegielewska, *Podstawy gerontologii społecznej*, Warszawa 2006, s. 45–48.

³ WHO, *Active Ageing, A Policy Framework*, II UN World Assembly on Ageing, Madrid 2002, s. 12–18.

⁴ *Age platform Europe triennial strategic plan 2011–2013*, Submitted to the European Commission in response to the Call for Proposals VP/2010/012, źródło: http://www.age-platform.eu/images/stories/Admin/Strategic_Plan_2011-2013_AGE_final.pdf [dostęp: 13.12.2016]; *3-year framework partnership agreements. Annex 1: Action plan for 2015–2017*, Submitted to the European Commission in response to the Call for Proposals JUST/2014/SPOB/OG/NETW, źródło: http://www.age-platform.eu/images/stories/Admin/Annex_1_-_Action_plan_2015-2017_AGE_revised_2015_05_20.pdf [dostęp: 13.12.2016].

⁵ UNECE – European Commission, *Active Ageing Index 2014: Analytical Report*, report prepared by Asghar Zaidi of Centre for Research on Ageing, University of Southampton, and David Stanton, under contract with United Nations Economic Commission for Europe (Geneva), co-funded by European Commission’s Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion, Brussels 2015.

państwowej, który byłby nakierowany na potrzeby tych osób. Przez wzgląd na szybko postępujący proces demograficznego starzenia się społeczeństwa, powinny być wprowadzane istotne zmiany w polityce socjalnej (w szczególności w zakresie emerytur) oraz pomocy społecznej (wciąż zwiększające się zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze).

Populacja ludzi starszych to co najmniej dwie grupy, różniące się głównie poziomem samodzielności. Pierwsza grupa to osoby w wieku 65–79 lat, które charakteryzują się stosunkowo wysokim poziomem aktywności i sprawności fizycznej, samodzielności oraz względnie dobrym stanem zdrowia. Druga grupa to osoby w wieku 80 lat i więcej – w tej grupie znacznie częściej obserwuje się obniżenie poziomu sprawności, wzrastające uzależnienie od pomocy innych osób oraz pogorszenie stanu zdrowia. Biorąc pod uwagę przedstawione zróżnicowanie osób starszych, istnieje potrzeba dostosowania polityki do obu grup i wypracowanie metod, stwarzających możliwość najlepszego zaspokojenia specyficznych potrzeb⁶.

Polityka społeczna wobec osób starszych – jak twierdzi B. Szatur-Jaworska – to tworzenie warunków, które umożliwią zaspokojenie potrzeb, ograniczanie zależności starszych od młodszych poprzez kształtowanie należytych relacji między tymi populacjami, przeciwdziałanie marginalizacji starszego pokolenia oraz kształtowanie solidarności międzypokoleniowej. Do zadań polityki społecznej należy stworzenie takich warunków życia starszych ludzi, w których będą oni mogli zaspokajać swoje potrzeby przy użyciu własnych środków, korzystając z niezbędnej pomocy w razie takiej konieczności⁷.

Obecnie, ze względu na bardzo liczną populację osób w wieku starszym, problemy i potrzeby należy rozpatrywać w kontekście całego społeczeństwa. Najlepszym rozwiązaniem jest polityka, która świadomie i celowo będzie działać z myślą o osobach w wieku starszym, a zarazem nie będzie zaniedbywać reszty społeczeństwa i nie będzie doprowadzać do konfliktów międzypokoleniowych.

Polityka wobec ludzi starszych opiera się na działaniu, które kierowane jest do nich samych i ich rodzin. Jego celem jest zapobieganie spadkowi samodzielności wśród osób starszych oraz nawiązanie więzi z lokalną społecznością. Główne cele polityki wobec osób starszych są następujące:

- 1) umożliwienie osobom starszym samodzielnego życia na miarę możliwości;
- 2) zapewnienie ważnej i stabilnej pozycji w strukturze lokalnej społeczności.

Wyróżniane są jeszcze trzy cele szczegółowe:

- 1) integracja społeczna i udział ludzi starszych w życiu społecznym;
- 2) dostosowanie udzielanych świadczeń do rzeczywistych indywidualnych potrzeb, podniesienie standardu życia ludzi starszych przez system świadczeń;

⁶ P. Błędowski, B. Szatur-Jaworska, Z. Szweda-Lewandowska, P. Kubicki, *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*, Warszawa 2012, s. 173–188.

⁷ Tamże.

3) sprzyjanie integracji oraz organizacja badań naukowych dotyczących problematyki ludzi starszych i starości⁸.

Wymienione cele polityki wobec osób starszych mają sprzyjać samodzielności i podmiotowości. Podstawą do realizowania projektów dotyczących osób starszych jest zagwarantowanie im i ich rodzinom silnej pozycji w lokalnej strukturze. Znajomość i zaakceptowanie celów polityki wobec osób starszych przez społeczność lokalną jest bardzo ważne podczas ich realizacji⁹.

Efektywność takiej polityki zależy głównie od działań związanych bezpośrednio z osobami w wieku starszym, a także z ich najbliższym otoczeniem, ważne jest również rozpowszechnianie wiedzy na temat samej starości. Akceptacji starości wraz z jej problemami sprzyja wcześniejsze, odpowiednie przygotowanie do tego etapu życia¹⁰.

Ograniczenia w sprawności ruchowej

W 2014 roku GUS przeprowadził kolejne badanie stanu zdrowia ludności Polski. Wyniki potwierdzają ograniczoną sprawność ruchową seniorów, blisko co druga osoba w wieku 70 lat i więcej miała duży problem z widzeniem, natomiast w grupie osób 80-letnich lub starszych było to $\frac{2}{3}$ osób. Wiele osób ma również kłopoty ze słuchem – w grupie wiekowej 70–79 lat było to prawie 30%, natomiast w grupie osób powyżej 80 lat było to 51%¹¹. Wyniki przeprowadzonego badania wskazują, że problemy ze zmysłem wzroku lub słuchu mogą być przyczyną niesamodzielności, w szczególności w najstarszych grupach wiekowych, natomiast ograniczenia wydolności narządu ruchu wpływają na niesamodzielność osób z tych grup wiekowych. Kłopoty z samodzielnym wejściem i zejściem ze schodów na wysokość jednego piętra miała co druga osoba z grupy siedemdziesięcioletków – 52%, i prawie 80% najstarszych seniorów. W grupie wiekowej 70 lat i więcej problemem było samodzielnie przejście 500 metrów – dotyczyło to 45% osób 70-letnich i prawie 74% osób najstarszych (80 lat i więcej)¹².

Wskaźnikiem występowania potrzeb opiekuńczych jest zdolność osób badanych do samoobsługi, czyli samodzielnego wykonywania czynności związanych z zaspokojeniem potrzeb fizjologicznych. Z badań wynika, że odsetek osób z trudnościami w samoobsłudze rośnie wraz z wiekiem. Najwięcej problemów ludzie starsi mają z kładzeniem się i wstawaniem z łóżka lub siadaniem i wstawaniem z krzesła oraz myciem i wytarciem całego ciała.

⁸ Tamże.

⁹ Tamże.

¹⁰ Tamże.

¹¹ GUS, *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*, Warszawa 2016, s. 74 oraz tablice.

¹² Tamże oraz tablice.

W grupie osób w wieku 80 lat i więcej prawie 47% osób miało trudności związane z kładzeniem się i wstawaniem z łóżka lub siadaniem czy wstawaniem z krzesła. 51% osób miało problem z samodzielnym umyciem się pod prysznicem, a 42% osób – z samodzielnym ubraniem się czy rozebraniem. Prawie 30% osób starszych miało trudności przy korzystaniu z ubikacji, a blisko 17% – nawet podczas spożywania posiłków.

Blisko 30% najstarszych seniorów mających problemy z podstawową samoobsługą musiało sobie samodzielnie radzić, gdyż nie miało żadnej pomocy, a co druga osoba (52,1%) z takimi ograniczeniami chciałaby jakąś pomoc uzyskać, bądź ją znacznie rozszerzyć. Wśród siedemdziesięciolatków borykających się z wspomnianymi problemami 54,4% musiało radzić sobie samodzielnie, 37,1% chętnie przyjęłoby dodatkową pomoc¹³.

Potrzeba pomocy jest zróżnicowana w zależności od typu gospodarstwa domowego, w którym żyje osoba starsza. Osoby starsze deklarowały przede wszystkim potrzebę uzyskania pomocy ze strony innej osoby. W mniejszym stopniu zgłaszały potrzebę pomocy w postaci specjalistycznych urządzeń lub konieczności dostosowania mieszkań¹⁴. Potrzeby opiekuńcze mogą wynikać nie tylko z trudności z samoobsługą, ale i z trudności przy wykonywaniu podstawowych czynności domowych¹⁵.

Jak wskazują wyniki badania, ograniczenia w wykonywaniu czynności domowych z powodu problemów zdrowotnych miała co druga osoba w wieku 65 lat i więcej. Trudności z powodów zdrowotnych przy wykonywaniu prac domowych odczuwało prawie 57% osób w grupie wiekowej 70–79 lat oraz blisko 85% osób najstarszych, w wieku 80 lat i więcej¹⁶.

Aktywność fizyczna a proces starzenia się

Aktywność fizyczna jest bardzo istotna, szczególną rolę odgrywa w hamowaniu procesów starzenia się organizmu. Wywiera ona wpływ na sferę biologiczną, psychiczną i społeczną człowieka¹⁷. Gimnastyka, aktywność o charakterze sportowym, marsze terenowe, turystyka sprzyjają zdrowemu stylowi życia. Różne formy aktywności ułatwiają kontakty z innymi, wzbogacają życie wewnętrzne, stwarzają możliwości psychicznego odprężenia. Aktywność ruchowa ma również zastosowanie w zaspokajaniu potrzeb natury estetycznej, jak rów-

¹³ Tamże, s. 75 oraz tablice.

¹⁴ Tamże oraz tablice; P. Błędowski, B. Szatur-Jaworska, Z. Szweda-Lewandowska, P. Kubicki, *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*, s. 173–188.

¹⁵ GUS, *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*, s. 75 oraz tablice.

¹⁶ Tamże, s. 75 oraz tablice.

¹⁷ J.S. McPhee, D.P. French, D. Jackson, J. Nazroo, N. Pendleton, H. Degens, *Physical activity in older age: perspectives for healthy ageing and frailty*, „Biogerontology” 2016, nr 17, s. 567–580.

niez kształtowaniu nawyków rekreacyjnych. Program aktywności fizycznej ma ponadto spełniać zadania użyteczne, związane bezpośrednio ze sferą dnia codziennego, z utrzymaniem niezależności i zwiększaniem możliwości korzystania z różnego rodzaju dóbr społecznych, intelektualnych czy kulturalnych¹⁸.

Bouchard wyróżnia trzy podstawowe rodzaje aktywności fizycznej:

- 1) aktywność fizyczna w czasie wolnym – przemieszczanie się w różnych celach, w tym chodzenie pieszo, jazda na rowerze itp. oraz podejmowane indywidualnie i grupowo ćwiczenia fizyczne, w tym typu sportowego;
- 2) aktywność fizyczna podejmowana w ramach pracy zawodowej;
- 3) prace domowe i wszelkie inne elementy wpływające na ogólny bilans energetyczny ustroju – czynności samoobsługowe, takie jak mycie się, ubieranie, przygotowanie posiłków, sprząatanie, przemieszczanie się w domu, ogrodzie itp. oraz prace domowe, mycie samochodu, praca wokół domu i ogrodu¹⁹.

Marsz o umiarkowanej intensywności może być dla osób starszych tak samo efektywny jak intensywne ćwiczenia fizyczne. Osoby ćwiczące co najmniej 30 minut przez 5 dni w tygodniu są w mniejszym stopniu narażone na ryzyko chorób. W programach aktywności fizycznej dla osób w wieku starszym należy uwzględnić indywidualne uwarunkowania i możliwości²⁰.

Osobom powyżej 65 roku życia często towarzyszy zespół geriatryczny, wielochorobowość, czy też konsekwencje ciężkiej choroby (udar, zawał). Aktywność fizyczna dla osób z określonymi dolegliwościami musi być indywidualnie dobrana, jak również zgodna z zaleceniami lekarskimi. Dla osób starszych istnieją progi fizycznej i fizjologicznej sprawności, poniżej których dana osoba nie jest w stanie samodzielnie wykonywać czynności dnia codziennego. Próg fizycznej i fizjologicznej sprawności najczęściej jest przekraczany w wieku około 70 lat, natomiast prowadzenie zdrowego stylu życia może opóźnić ten proces o 10 do 20 lat²¹.

Terapeuta kwalifikujący osobę starszą do programu aktywności fizycznej musi zebrać jak najszersze informacje dotyczące pacjenta, m.in. o obniżonej wytrzymałości tlenowej, sile mięśniowej, mocy aerobowej, równowadze ciała oraz ograniczeniach pojawiających się podczas zwykłego marszu, wchodzenia na schody, korzystania z wanny w trakcie kąpieli, wykonywania skłonów czy unoszenia ramion. Jedynie pełne informacje pozwolą na dobieranie najbardziej odpowiednich ćwiczeń dla konkretnej osoby. Dla osób starszych dedykowany jest umiarkowany wysiłek fizyczny trwający około 30 minut najmniej 5 dni w tygo-

¹⁸ W. Osiński, *Gerokinezylogia: Nauka i praktyka aktywności fizycznej w wieku starszym*, Warszawa 2013, s. 40–47.

¹⁹ C. Bouchard, S.N. Blair, W.L. Haskell, *Physical Activity and Health*, Champaign 2007.

²⁰ W. Osiński, *Gerokinezylogia...*, s. 40–47; C. Bouchard, S.N. Blair, W.L. Haskell, *Physical Activity and Health*.

²¹ W. Osiński, *Gerokinezylogia...*, s. 40–47; A.M. Weinstein, K. Erickson, *Healthy Body Equals Healthy Mind*, „Generations” 2011, 35, s. 92–98.

dniu lub więcej. Zalecenia te mogą być odmienne dla osób np. z chorobami serca, osteoporozą, otyłością czy cukrzycą. Najpopularniejszą i najbardziej pożądaną formą treningu dla osób starszych jest trening wydolności krążeniowo-oddechowej. Kolejny najczęściej polecany to trening oporowy angażujący wszystkie większe grupy mięśniowe – powinien być stosowany co najmniej 2–3 razy w tygodniu. Pomiędzy zajęciami należy zaplanować 48 godzin przerwy, aby uzyskać najlepsze rezultaty odnośnie do siły i wytrzymałości mięśniowej. Poprawie ogólnej gibkości ciała, równowagi i zwinności służy uwzględnianie w programie treningowym wszechstronnych ćwiczeń rozciągających, które powinny być wykonywane 2 lub 3 razy w tygodniu. Ćwiczenia równoważne o zróżnicowanym poziomie trudności mogą być wykorzystane jako trening siły i koordynacji pracy mięśniowej²².

Wyróżnia się trzy zasady stosowania ćwiczeń, uwzględniające potrzeby i możliwości osób w starszym wieku:

1. Zasada funkcjonalnej stosowności sprowadzająca się do wyboru ćwiczeń, które symulują ruchy spotykane w codziennej aktywności. Przykładowo, w czasie treningu równowagi i ogólnego sposobu poruszania się uczestnik programu ćwiczy chodzenie po różnej powierzchni, która może przypominać np. gęsty i szorstki dywan lub śliski oblodzony chodnik. Na podobnej zasadzie osoba może naśladować ułożenie zakupów ze sklepu na wyżej położonej półce itp. Tego typu zadania mają uświadomić ćwiczącej starszej osobie bezpośredni związek między elementami treningu a czynnościami dnia codziennego²³.
2. Zasada stanowienia wyzwań, której istota sprowadza się do szukania form aktywności będących prawdziwym wyzwaniem. Oczywiście, nigdy nie można przekraczać indywidualnych wewnętrznych ograniczeń, wynikających z określonego poziomu siły, zdolności poznawczych oraz możliwości czuciowo-ruchowych. Specjalnie stwarza się zmienne warunki, które stanowią wyzwanie dla uczestnika treningu, np. nowa pozycja w staniu, siedzeniu, zmiana miejsca, inna powierzchnia lub zmienione obrazy w otoczeniu²⁴.
3. Zasada przystosowania – wskazuje się tu, że z jednej strony ćwiczący powinien w pełni wykorzystywać swoje sprawnościowe i kondycyjne możliwości, ale z drugiej strony trzeba pilnować, aby nie przekraczał punktów krytycznego obciążenia, bólu czy utraty bezpieczeństwa. Szczególnie ważne staje się uwzględnienie samopoczucia uczestnika programu, które może być odmienne każdego dnia. Taka zmienność samopoczucia i nasilenia bólu jest typowa dla osób starszych, u których występują choroby serca, zapalenie stawów czy inne dolegliwości mięśniowo-szkieletowe. Uczestnik programu

²² Tamże.

²³ W. Osiński, *Gerokinezyjologia...*, s. 40–47; D.E. Gillis, A.L. Stewart, *A new approach to designing exercise programs for older adults, Physical Activity Instruction of Older Adults*, Champaign 2005, s. 131–140.

²⁴ Tamże.

powinien być uwrażliwiony na konieczność dostosowania wysiłku do swojego aktualnego samopoczucia, jak również nauczyć się odczytywać symptomy własnego ciała oraz sygnały o nadmiernym obciążeniu ustroju²⁵.

Wybrane programy aktywności fizycznej dla osób starszych

Zdrowy styl życia, zachowania prozdrowotne są promowane i wdrażane przez:

- 1) działania informacyjno-edukacyjne;
- 2) motywowanie uczestników do wprowadzania zmian w stylu życia – korzystanie z porad lekarzy, psychologów, specjalistów w zakresie żywności i żywienia, rehabilitantów;
- 3) stymulowanie do podejmowania samodzielnych form aktywności ruchowej w ramach zorganizowanych zajęć;
- 4) proponowanie różnych form ruchu, uwzględniających indywidualne upodobania uczestników. Włączenie różnych form aktywności ruchowej, które stosuje się w prewencji pierwotnej i wtórnej wielu chorób internistycznych i ortopedycznych²⁶.

Opracowując program aktywności fizycznej dla osób starszych, należy zwrócić uwagę na grupę docelową i kompleksowość działań. Jedne z programów opracowane na potrzeby osób starszych to PRROS i PAW 60+²⁷. Program PRROS, stanowiący przykład działań edukacyjno-interwencyjnych, jest skierowany do osób w wieku 60 lat i więcej, głównie kobiet mieszkających w miastach. Cel główny programu to promowanie zdrowego stylu życia wśród seniorów, zachęcanie i przekonywanie do stałej aktywności ruchowej, przekazanie wiedzy i nauczenie w praktyce, jak osoby w wieku starszym mogą spędzać aktywnie czas wolny. Efektem tego typu zajęć może być poprawa sprawności układu krążenia, zwiększenie poziomu wytrzymałości, siły i gibkości, zwiększenie gęstości tkanki kostnej oraz polepszenie stanu emocjonalnego²⁸.

W programie aktywności ruchowej PRROS wyróżnia się trzy etapy: informacyjno-kwalifikujący, turystyczno-szkoleniowy i wypoczynkowo-profilaktyczny. Cały program trwa sześć miesięcy²⁹.

Pierwszy etap programu, tzw. wprowadzający, służy zachęceniu osób w wieku 60+ do podejmowania aktywności fizycznej i kwalifikacji przez lekarza

²⁵ Tamże; A. Schwingel, E. Sebastião, W. Chodźko-Zajko, *Promoting Physical Activity in Later Life: How to Respond to Frequently Asked Questions and Concerns About Physical Activity*, „Annual Review of Gerontology & Geriatrics” 2016, nr 36, s. 39–40.

²⁶ E. Kozdroń, *Aktywność rekreacyjna w procesie pomyślnego starzenia się*, „Zeszyty Naukowe WSKFiT” 2014, t. 9, s. 75–84.

²⁷ Tamże.

²⁸ Tamże.

²⁹ E. Kozdroń, *Program rekreacji ruchowej osób starszych*, Warszawa 2008, s. 5–11.

do drugiego etapu. Są to zazwyczaj cztery spotkania z potencjalnymi uczestnikami programu, mające charakter edukacyjny, wyjaśniające znaczenie aktywności fizycznej w życiu osoby w wieku starszym, prowadzone są przez lekarzy, psychologów, dietetyków oraz organizatorów programu. Na zakończenie cyklu spotkań wypełniana jest ankieta dotycząca stylu życia, preferowanych form aktywności, oczekiwań związanych z programem. Etap ten trwa od dwóch do czterech tygodni³⁰.

Drugi etap, tzw. główny, to systematyczna aktywność ruchowa. W skład ćwiczeń wchodzi: gimnastyka (1 godz.) dwa razy w tygodniu oraz marsz trwający od 20 do 60 minut, co najmniej raz w tygodniu, dostosowany do możliwości uczestników i warunków klimatycznych. Dodatkowo trener wprowadza ćwiczenie do domu raz w tygodniu, które najpierw jest zaprezentowane i wykonywane na zajęciach wraz z uczestnikami³¹.

Trzeci etap to tzw. etap końcowy, na który składa się pobyt w ośrodku wypoczynkowym lub sanatorium przez dwa tygodnie. Uczestnicy zapoznają się z różnorodnymi formami zachowań zdrowotnych, które mogą polepszyć jakość życia – są to m.in.:

- 1) korzystanie ze specyficznych warunków klimatycznych i leczniczych ośrodka lub sanatorium;
- 2) dieta zgodna z zaleceniami Instytutu Żywności i Żywienia;
- 3) codzienna kinezyterapia obejmująca gimnastykę poranną ok. 15–20 minut, a także kontynuowanie zajęć z poprzedniego etapu programu: gimnastyka zdrowotna co drugi dzień, gimnastyka w wodzie, zajęcia taneczne, turystyka piesza i rowerowa oraz zajęcia na świeżym powietrzu;
- 4) sześć spotkań poświęconych niekonwencjonalnym sposobom leczenia, takim jak np. muzykoterapia, aromatoterapia czy psychoterapia;
- 5) indywidualne spotkania z trenerem, mające na celu doszlifowanie zestawu ćwiczeń domowych i omówienie aktywności fizycznej po powrocie do domu.

Na zakończenie programu uczestnicy otrzymują dyplomy oraz są informowani, gdzie mogą kontynuować zajęcia grupowe zgodnie ze swoimi preferencjami³².

Profilaktykę gerontologiczną propaguje Program Aktywnego Wypoczynku 60+. PAW 60+ ma na celu promowanie zdrowego stylu życia wśród ludzi w wieku starszym. Program ten trwa dwa tygodnie – jest to obóz wyjazdowy, który sprzyja integracji uczestników. Zadania programu to zachęcenie i przekonanie do ciągłej aktywności ruchowej, przekazanie podstaw aktywizacji ruchowej, usunięcie barier dotyczących udziału w systematycznych zajęciach ruchowych. Bardzo istotny w programie jest odpowiedni dobór form aktywności fizycznej. Program bazuje na zajęciach na świeżym powietrzu, np. nordic walking, gimnastyka ogólnousprawniająca oraz aqua-gimnastyka. W programie

³⁰ Tamże.

³¹ Tamże.

³² Tamże.

znajduje się również 20–30-minutowa poranna gimnastyka, zabawy rekreacyjne, wycieczki krajoznawcze, zajęcia integracyjne oraz wykłady edukacyjne. Wykłady edukacyjne trwają ok. 45–75 minut, natomiast trening czynnościowy trwa ok. 4 godzin dziennie. Ważną cechą programu jest zróżnicowanie intensywności i czasu trwania ćwiczeń oraz ich dostosowanie do potrzeb i możliwości uczestników³³.

Uniwersytety Trzeciego Wieku

Uniwersytety Trzeciego Wieku to placówki edukacyjno-aktywizujące dla osób w wieku starszym, pozwalają na aktualizację wiedzy, zdobywanie nowych umiejętności, aktywne uczestnictwo w życiu społeczności lokalnych³⁴.

W Polsce wyróżnia się trzy podstawowe formy działania UTW:

- 1) UTW stanowiące nierozdzielalną część uczelni wyższej, powołane przez władze uczelni;
- 2) UTW utworzone dzięki inicjatywie ludzi starszych; są to samodzielne stowarzyszenia lub organizacje pozarządowe; patronat naukowy sprawują uczelnie wyższe, współpracują również z jednostkami samorządu lokalnego i organizacjami pozarządowymi;
- 3) UTW wchodzące w skład jednostek organizacyjnych samorządu lokalnego, takich jak centra kultury czy ośrodki pomocy społecznej³⁵.

Działania UTW również możemy włączyć do działań edukacyjno-interwencyjnych, spełniają rolę placówek edukacyjnych, pełnią również funkcję aktywizującą i integrującą dla osób starszych. Zaspokajają potrzeby osób starszych, takie jak samokształcenie, poznawanie środowiska, bycie w grupie, poszerzanie wiedzy i umiejętności, zajęcia podczas czasu wolnego, aktywność fizyczna, poznawanie nowych technologii i sposobów komunikacji oraz realizacja zainteresowań³⁶.

Ważną rolą UTW jest integracja osób starszych z młodszym pokoleniem, osiągana głównie poprzez współpracę z placówkami edukacyjnymi i oświatowymi. Polega m.in. na prowadzeniu kursów komputerowych, lekcji języków obcych, zajęć ruchowo-rekreacyjnych przeznaczonych dla osób starszych przez studentów i absolwentów uczelni³⁷.

Działalność UTW ma za zadanie włączenie osób starszych w proces edukacji, integrację z młodszym pokoleniem i zwiększenie ich aktywności. UTW za-

³³ Tamże.

³⁴ F. Villar, M. Celdrán, *Generativity in Older Age: A Challenge for Universities of the Third Age (U3A)*, „Educational Gerontology” 2012, nr 38, s. 666; GUS, *Uniwersytety Trzeciego Wieku – wstępne wyniki badania za rok 2014/2015*, Gdańsk 2016, s. 3.

³⁵ W. Borczyk, *Sytuacja osób starszych w kontekście doświadczeń Uniwersytetów Trzeciego Wieku*, Warszawa 2012, s. 2.

³⁶ GUS, *Uniwersytety Trzeciego Wieku...*, s. 3.

³⁷ W. Borczyk, *Sytuacja osób starszych...*, s. 9.

chęcą seniorów do różnych form aktywności, przeciwdziałają ich wykluczeniu ze społeczeństwa³⁸.

Podsumowanie

W artykule poddano analizie dane zastane, dotyczące sytuacji ludzi starszych w Polsce, polityki społecznej w Polsce i Europie, problemów zdrowotnych ludzi starszych oraz aktywności fizycznej jako działań edukacyjno-interwencyjnych. Przeprowadzone analizy wskazują, że osoby starzejące się, które były i są aktywne fizycznie, intelektualnie i społecznie, w dużo mniejszym stopniu doświadczają negatywnych konsekwencji procesu starzenia się. Proces ten przebiega najczęściej dużo wolniej niż u osób nieaktywnych.

Działania edukacyjno-interwencyjne – poprzez programy aktywności fizycznej oraz działalność Uniwersytetów Trzeciego Wieku, klubów seniora czy wolontariat – wpływają na zwiększenie samodzielności osób starszych.

Przeprowadzone analizy pozwoliły na wyciągnięcie następujących wniosków:

- 1) aktywność fizyczna ma istotny wpływ na zwiększenie niezależności i samodzielności, a tym samym wpływa na poprawę jakości życia osób starszych;
- 2) osoby będące aktywne fizycznie są w mniejszym stopniu narażone na ryzyko chorób w porównaniu do osób mniej aktywnych, niećwiczących;
- 3) uczestnictwo osób starszych w zajęciach prowadzonych na Uniwersytetach Trzeciego Wieku przeciwdziała wykluczeniu ze społeczeństwa, jest skuteczną interwencją edukacyjną.

Bibliografia

- 3-year framework partnership agreements, Annex 1: Action plan for 2015–2017*, Submitted to the European Commission in response to the Call for Proposals JUST/2014/SPOB/OG/NETW, źródło: http://www.age-platform.eu/images/stories/Admin/Annex_1_-_Action_plan_2015-2017_AGE_revised_2015_05_20.pdf [dostęp: 13.12.2016].
- Age platform Europe triennial strategic plan 2011–2013*, Submitted to the European Commission in response to the Call for Proposals VP/2010/012, źródło: http://www.age-platform.eu/images/stories/Admin/Strategic_Plan_2011-2013_AGE_final.pdf [dostęp: 13.12.2016].
- Błędowski P., Szatur-Jaworska B., Szweda-Lewandowska Z., Kubicki P., *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*, Warszawa 2012.
- Borczyk W., *Sytuacja osób starszych w kontekście doświadczeń Uniwersytetów Trzeciego Wieku*, Warszawa 2012.

³⁸ Tamże.

- Bouchard C., Blair S.N., Haskell W.L., *Physical Activity and Health*, Champaign 2007.
- Gillis D.E., Stewart A.L., *A new approach to designing exercise programs for older adults, Physical Activity Instruction of Older Adults*, Champaign 2005.
- GUS, *Ludność. Stan i struktura demograficzno-społeczna. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011*, Warszawa 2013.
- GUS, *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*, Warszawa 2016.
- GUS, *Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014–2050*, Warszawa 2014.
- GUS, *Uczestnictwo Polaków w sporcie i rekreacji ruchowej w 2008 r.*, Warszawa 2009.
- GUS, *Uczestnictwo Polaków w sporcie i rekreacji ruchowej w 2012 r.*, Warszawa 2013.
- GUS, *Uniwersytety Trzeciego Wieku – wstępne wyniki badania za rok 2014/2015*, Gdańsk 2016.
- Kozdroń E., *Aktywność rekreacyjna w procesie pomyślnego starzenia się*, „Zeszyty Naukowe WSKFiT” 2014, t. 9, s. 75–84.
- Kozdroń E., *Program rekreacji ruchowej osób starszych*, Warszawa 2008.
- McPhee J.S., French D.P., Jackson D., Nazroo J., Pendleton N., Degens H., *Physical activity in older age: perspectives for healthy ageing and frailty*, „Biogerontology” 2016, nr 17, s. 567–580.
- Osiński W., *Gerokinezyjologia: Nauka i praktyka aktywności fizycznej w wieku starszym*, Warszawa 2013.
- Schwengel A., Sebastião E., Chodzko-Zajko W., *Promoting Physical Activity in Later Life: How to Respond to Frequently Asked Questions and Concerns About Physical Activity*, „Annual Review of Gerontology & Geriatrics” 2016, nr 36, s. 33–52.
- Starzenie się społeczeństwa polskiego i jego skutki. Opracowania tematyczne*, Kancelaria Senatu, Biuro analiz i dokumentacji, Warszawa 2011.
- Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dziegielewska M., *Podstawy gerontologii społecznej*, Warszawa 2006.
- UNECE – European Commission, *Active Ageing Index 2014: Analytical Report*, report prepared by Asghar Zaidi of Centre for Research on Ageing, University of Southampton, and David Stanton, under contract with United Nations Economic Commission for Europe, Geneva, co-funded by European Commission’s Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion, Brussels 2015.
- Villar F., Celdrán M., *Generativity in Older Age: A Challenge for Universities of the Third Age (U3A)*, „Educational Gerontology” 2012, nr 38, s. 666–677.
- Weinstein A.M., Erickson K., *Healthy Body Equals Healthy Mind*, „Generations” 2011, 35, s. 92–98.
- WHO, *Active Ageing, A Policy Framework*, II UN World Assembly on Ageing, Madrid 2002.

Physical activity of older people as education and intervention activity

Abstract

The aim of the article is to analyze the problems of an aging population, causes and the effects of this phenomenon, health problems of older people, physical, social and educational activity and ways of dealing with problem of aging.

Analyses carried out in the article are based on existing data from surveys of the Central Statistical Office (2009, 2011–2014, 2016), PolSenior (2012) (Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce, (Ed.) P. Błędowski, B. Szatur-Jaworska, Z. Szweda-Lewandowska).

The thesis is that health problems, social isolation and discrimination influence the reduction of independence of the elderly.

Conclusions:

1. Physical activity has a significant impact on increasing independence and self-reliance, thereby improving the quality of life of older people.
2. Persons who are physically active are less exposed to the risk of disease compared to those less active.
3. Participation of older people in activities conducted at the Universities of the Third Age counteract exclusion from society and is effective educational intervention.

Keywords: aging, physical activity, social aspects, educational aspects.