

Osoby starsze: sytuacja materialna, rodzinna, zdrowotna a aktywność fizyczna

Financial, family and health situation and physical activity of the elderly

Magda Lejzerowicz, Przemysław Hajduk

Wyższa Szkoła Rehabilitacji

Streszczenie

Polska od wielu lat należy do czołówki krajów szybko starzejących się demograficznie. W 2002 r. liczba osób w wieku poprodukcyjnym wynosiła ok. 5,7 mln mieszkańców Polski, w 2011 r. już 6,5 mln [6, 7]. Z prognoz GUS wynika, że liczebność tej zbiorowości zwiększy się o 5,4 mln do 2050 r. [10].

Poddano analizie problematykę starzenia się społeczeństwa, przyczyny i skutki tego zjawiska, problemy zdrowotne ludzi starszych, aktywność fizyczną i społeczną oraz sposoby radzenia sobie tej populacji ze zjawiskiem starzenia. Na obniżenie samodzielności osób starszych wpływają problemy zdrowotne, izolacja i dyskryminacja społeczna.

Słowa kluczowe: osoby starsze, proces starzenia się, aktywność fizyczna, zdrowie

Abstract

Poland has belonged to the top of demographically aging countries for many years. Thus, in 2002 the number of people in retirement age achieved the number approx 5.7 mln of inhabitants of Poland, while in 2011 this number increased to 6.5 mln [6,7]. Central Statistical Office of Poland (GUS) prognoses that this number will have increased of 5.4mln by 2050 [10].

The issues of aging the society, reasons and results of this phenomena, health issues of the elderly, physical and social activities of those people and ways of dealing with the effects of aging process have been analyzed in the work. Factors that influence lowering of self-reliance of the elderly include health issues, isolation and social discrimination.

Key words: the elderly, aging process, physical activity, health

Wprowadzenie

Jest wiele czynników wpływających na zjawisko starzenia się społeczeństwa, m.in. poziom zamożności, struktura rodziny, większe skupianie się kobiet na karierze zawodowej, lepsza opieka społeczna i wydłużenie życia ludzkiego poprzez rozwój medycyny itp. Proces starzenia się ma zarówno wymiar demograficzny, jak też ekonomiczny

i społeczny. Z punktu widzenia demografii można zauważyć następującą regułę – „gdy wzrasta udział ludności starszej, to w tej grupie najszybciej rośnie odsetek najstarszych”. Takie zjawisko nazywamy „podwójnym starzeniem się ludności” [20].

Starość może mieć różny początek i różne są jej etapy: wyróżnia się wiek biologiczny, demograficzny, społeczny, psychiczny, ekonomiczny i socjalny [21].

Magda Lejzerowicz, Przemysław Hajduk

Najlepiej znanym i najczęściej stosowanym podziałem wieku starszego jest klasyfikacja WHO, w której wyróżniono trzy podokresy starości:

- wczesną starość – od 60 do 74 roku życia (young – old) – wiek podeszły, możliwość zachowania sprawności i samodzielności życiowej,
- późną starość – od 75 do 89 roku życia (old – old) – wiek starczy, stopniowa redukcja mobilności i niezależności,
- długowieczność – powyżej 90 roku życia (long – life) – wiek starości sędziwej, ograniczenia funkcjonalne, wymagające opieki medycznej i wsparcia z zewnątrz [22].

Sytuacja materialna osób w wieku starszym

Warunki materialne są jednym z bardziej istotnych czynników świadczących o sytuacji życiowej człowieka. Badania dotyczące warunków bytowych społeczeństwa zawierają zagadnienia odnoszące się do wysokości dochodów, zarządzania nimi, jak również wyposażenia gospodarstwa domowego w sprzęty i urządzenia. W przypadku ludzi starszych, podobnie jak w przypadku innych grup społecznych, ważną kwestią jest możliwość samodzielnego zaspokojenia potrzeb dzięki osiąganym dochodom.

Źródło utrzymania dla osób starszych stanowią głównie świadczenia społeczne, takie jak np. emerytura czy renta. Według danych pochodzących z badań PolSenior i opracowanego na ich podstawie Raportu na temat sytuacji osób starszych w Polsce (2012), emerytura stanowi główne źródło utrzymania dla 85% badanych osób [1].

Poddając analizie dane zamieszczone w tabeli 1 można wywnioskować, że w przypadku pracy, emerytury i renty widać znaczącą różnicę w podziale na płeć. Większa liczba mężczyzn niż kobiet utrzymuje się z pracy lub emerytury, natomiast na odwrót jest w przypadku renty.

W 2010 r., według danych GUS, średnie dochody na jednego członka gospodarstwa domowego osób starszych wynosiły 1 649 zł i stanowiły jeden z najwyższych przychodów w Polsce.

Więcej zarabiały jedynie osoby zatrudnione na stanowiskach nierobotniczych (2 126 zł) i osoby prowadzące własną działalność gospodarczą (1 867 zł) [1]. Na wysokość przychodów osób w wieku starszym ma wpływ ich miejsce zamieszkania i wykonywany zawód. W roku 2011 średnia wypłacana przez KRUS emerytura wynosiła 845 zł, podczas gdy ta wypłacana przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych to 1 783 zł [24]. W roku 2015 średnie wypłacane przez KRUS świadczenie emerytalne wynosiło 1180 zł, natomiast wypłacane z ZUS wyniosło 2 096 zł, co stanowi 61,5% przeciętnego wynagrodzenia [25].

Kolejnym z czynników wpływającym na dochody, jakie uzyskuje się w okresie pracy zawodowej (z którymi związana jest wysokość emerytury), jest płeć. Mężczyźni mają o 30% wyższą emeryturę niż kobiety [1, 17].

Badania te potwierdzają gorszą sytuację dochodową kobiet, a w konsekwencji większe wyzwania dla nich samych oraz ich rodzin.

Sytuacja rodzinna osób starszych

Sytuację rodzinną ludzi starszych w Polsce należy oceniać głównie na podstawie analizy struktury tej populacji ze względu na stan cywilny. Z danych uzyskanych podczas Narodowego Spisu Powszechnego przeprowadzonego w 2011 r. wynika, że 49% populacji w wieku 65 lat i więcej żyło w związkach małżeńskich, 1% tej grupy w związkach nieformalnych – było to blisko 54 tys. kobiet i mężczyzn [9].

Wyniki NSP z 2002 i 2011 r. wskazują, że czynnikami różnicującymi sytuację rodzinną ludzi starszych, są płeć i wiek. Brak partnera życiowego jest dużo częstszy w przypadku kobiet niż mężczyzn, najczęściej z powodu bycia wdowami (ok. 84%). Odsetek osób stanu wolnego wzrasta wraz z wiekiem. Na przykład, w pierwszych latach starości (od 65 roku życia do 69 roku życia) większość mężczyzn była żonata (80,6%), a zamężne kobiety stanowiły 52,9%. U schyłku życia (85-letnie i starsze osoby) różnica ta jest jeszcze bardziej widoczna, a mianowicie wśród mężczyzn 50,1% to żonaci, natomiast wśród kobiet mężatki stanowiły jedynie 6,6% (Tabela 2) [1].

Osoby starsze: sytuacja materialna, rodzinna, zdrowotna a aktywność fizyczna

Tabela 1. Struktura źródeł utrzymania ludzi starszych w Polsce (%), [wg Błędowski P. i wsp., 2012]

	praca	emerytura	renta	pomoc od innych osób	zasiłek	dożywocie	inne	brak własnego źródła utrzymania
Ogółem	3,2	85,8	12,8	0,9	5,3	0,6	2,5	1,0
mężczyźni	5,3	94,8	5,1	0,7	4,3	0,5	1,9	0,4
kobiety	1,9	80,3	17,6	1,0	5,8	0,7	2,9	1,4



Wykres 1. Struktura wysokości dochodów ludzi starszych według płci (%), [wg Błędowski P. i wsp., 2012]

Tabela 2. Struktura osób w wieku 65 lat i więcej według stanu cywilnego w 2011 roku (%), [wg Błędowski P. i wsp., 2012]

MĘŻCZYŹNI							
	kawaler	żonaty	partner	wdowiec	rozwidziony	w separacji	nieokreślony
65–69	4,5	80,6	1,9	7,6	3,7	0,6	1,0
70–74	3,7	78,7	1,7	11,6	2,7	0,6	1,0
75–79	2,8	74,5	1,5	17,7	2,0	0,5	1,1
80–84	2,3	65,8	1,3	27,6	1,5	0,4	1,1
85 i więcej	1,8	50,1	0,9	44,2	1,0	0,4	1,7
KOBIEТЫ							
	panna	mężatka	partnerka	wdowa	rozwidziona	w separacji	nieokreślony
65–69	4,4	52,9	1,2	35,0	5,4	0,6	0,7
70–74	3,6	41,4	0,9	48,8	4,0	0,4	0,9
75–79	3,4	29,0	0,5	62,6	3,0	0,3	1,2
80–84	3,8	16,8	0,3	74,9	2,1	0,2	1,8
85 i więcej	4,2	6,6	0,1	84,4	1,3	0,1	3,2

Magda Lejzerowicz, Przemysław Hajduk

Śmierć jednego z małżonków powoduje zmianę warunków rodzinnych ludzi w wieku starszym. Główny Urząd Statystyczny podaje jako inne, dużo rzadziej występujące, przyczyny rozwiązania małżeństwa, do których w 2011 roku należały:

- rozwód w przypadku mężczyzn – 2 698 (4,2% orzeczonych w tym roku rozwodów), kobiety

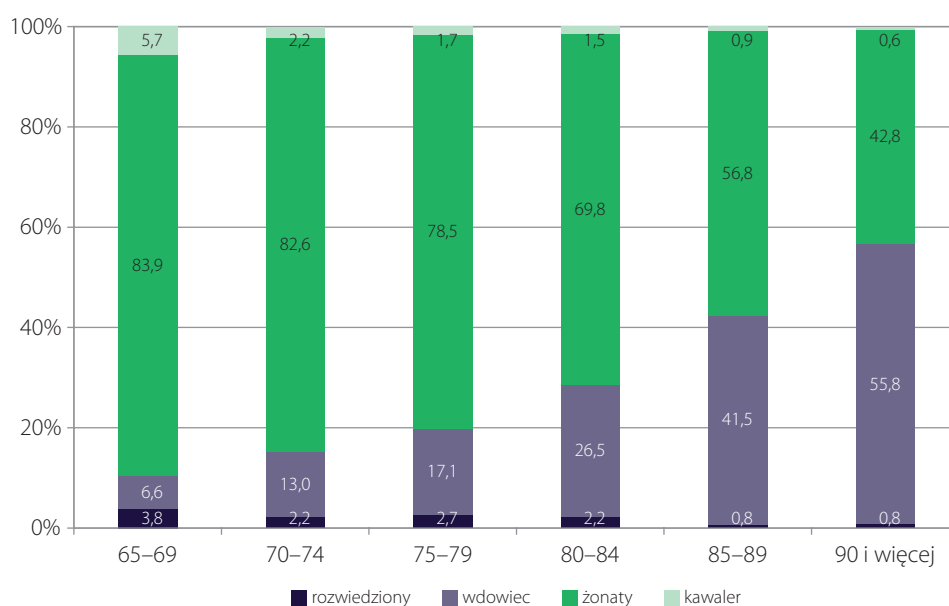
– 1 782 (2,7% orzeczonych w tym roku rozwodów) w wieku 60 lat lub więcej;

- separacja w przypadku mężczyzn – 602 (21% orzeczonych separacji), kobiety 492 (17% orzeczonych separacji) [8].

Z wyżej podanych danych statystycznych wynika, że osoby zbliżające się do progu starości,



Wykres 2. Kobiety w wieku 65 lat i więcej według stanu cywilnego (%), [wg Błędowski P. i wsp., 2012]



Wykres 3. Mężczyźni w wieku 65 lat i więcej według stanu cywilnego (%), [wg Błędowski P. i wsp., 2012]

w większości przypadków decydują się raczej na rozwód niż na separację.

Niewiele osób starszych decyduje się na zmianę stanu cywilnego poprzez zawarcie związku małżeńskiego. W 2011 r. wśród osób w wieku 60 lat i więcej odnotowano następującą liczbę nowożeńców: 4 361 mężczyzn (1,4% tej grupy wieku) i 2 382 kobiety (0,5%). W przeważającej większości były to małżeństwa zawierane powtórnie. Istotne różnice między stanem cywilnym kobiet i mężczyzn potwierdzają wyniki badań przeprowadzonych w ramach projektu PolSenior [1,17].

Wśród kobiet zaczynają przeważać wdowy dopiero w grupie wiekowej 75–79 lat, podczas gdy u mężczyzn wdowcy pojawiają się w grupie 90-latków i starszych. Kobiety poniżej 75 roku życia to głównie mężatki, natomiast wśród mężczyzn w grupach wiekowych poniżej 90 lat przeważają żonaci (Wykres 2 i 3) [1].

Kobiety ze starszego pokolenia wcześniej niż mężczyźni brały ślub i wcześniej zostawały wdowami lub rozwodziły się. Wynika z tego, że starsze kobiety rzadziej trwają w związku małżeńskim, jak również są bez partnera dłużej niż mężczyźni, po owdowieniu lub rozwodzie, ponieważ przeciętnie żyją dłużej niż mężczyźni i w młodszym wieku zostają same. Według badań PolSenior 75-lletnie wdowy lub starsze straciły małżonka w wieku 66

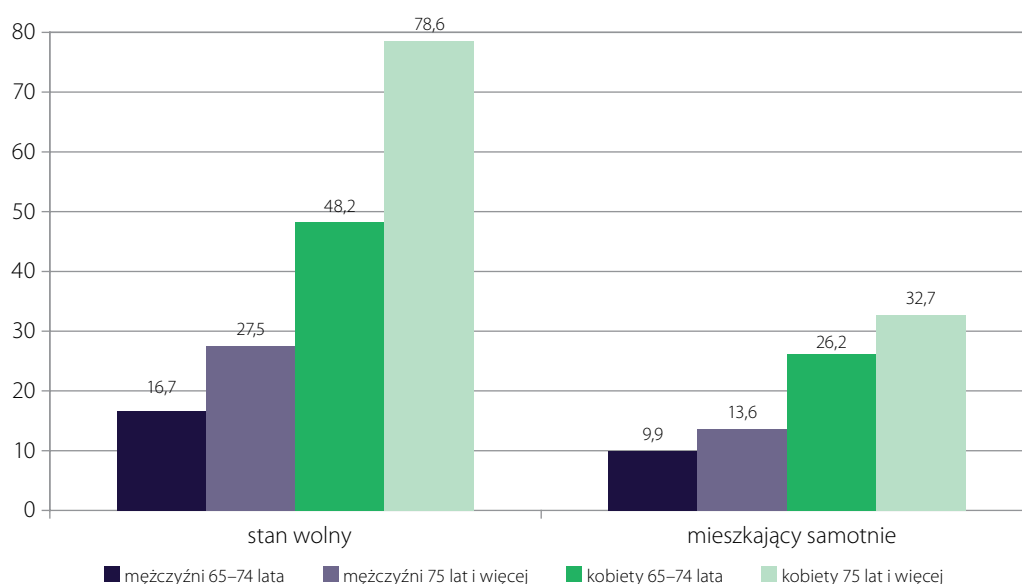
lat, natomiast wdowcy w tym samym przedziale wiekowym stracili małżonkę w wieku 72 lat. Po uwzględnieniu dalszej przeciętnej długości trwania życia (dla kobiet to ponad 11 lat, dla mężczyzn ponad 9 lat) można wywnioskować, że okres wdowieństwa u kobiety trwa ok. 20 lat, natomiast u mężczyzn okres ten wynosi ok. 12 lat [1].

Wraz z wiekiem wzrasta odsetek ludzi samotnych (wdowców lub rozwiedzionych), co skutkuje wzrostem odsetka ludzi samotnie mieszkających (16,7%–78,6%) – ten jednak jest mniejszy od odsetka osób samotnych (9,9%–32,7%) (Wykres 4) [1, 17].

W badaniu PolSenior zadano pytanie o to, z kim (z jakimi członkami rodziny) mieszkają respondenci. Na podstawie udzielonych odpowiedzi wyróżniono 13 form życia rodzinnego uznając, że formę określa wspólne bytowanie oraz stopień pokrewieństwa osób razem mieszkających. Do form życia rodzinnego zaliczono także mieszkanie w samotności. Najczęściej jest to ostatnia faza, ale zdarza się też, że jest nią wspólne mieszkanie samotnego seniora z młodszym pokoleniem [1].

W populacji osób w wieku 65 lat i więcej, najczęściej (łącznie 91,3%) występowało sześć następujących form:

- osoby samotne – 22%;

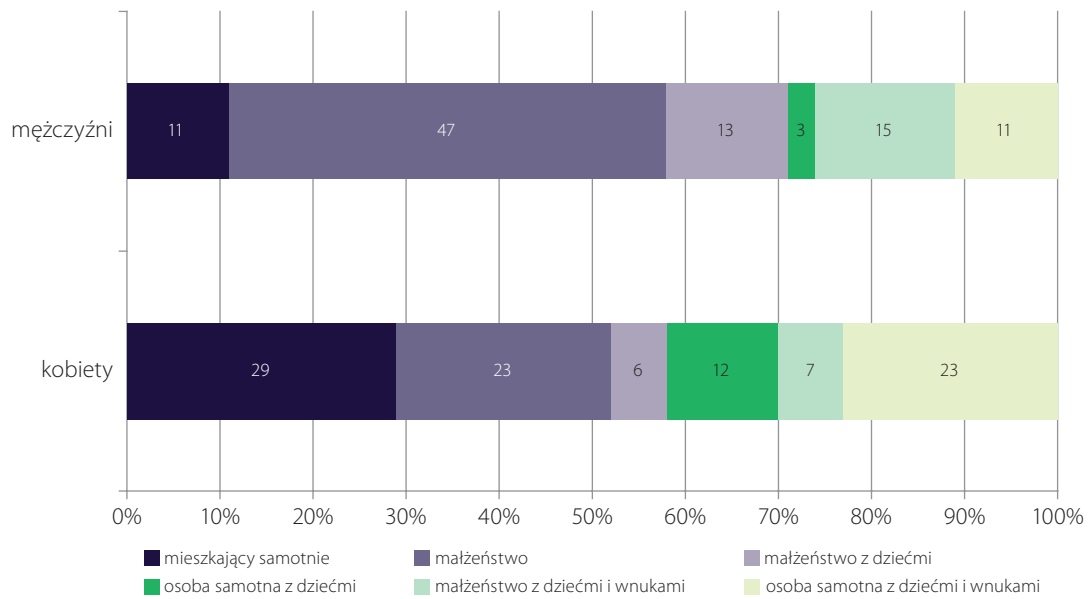


Wykres 4. Odsetek osób samotnie mieszkających i osób stanu wolnego według płci i wieku (%), [wg Błędowski P. i wsp., 2012]

Magda Lejzerowicz, Przemysław Hajduk

- małżeństwa – 32,2%;
- małżeństwa z dziećmi – 8,5%;
- osoby samotne z dziećmi – 8,6%;
- małżeństwa z dziećmi i wnukami – 9,9%;
- osoby samotne z dziećmi i wnukami – 10,1% [1].

Formy życia rodzinnego kobiet i mężczyzn istotnie się różnią. Kobiety najczęściej mieszkały samotnie, nieco rzadziej z małżonkiem lub jako osoby samotne z dziećmi i wnukami. Z kolei mężczyźni przede wszystkim żyli w związkach



Wykres 5. Struktura form życia rodzinnego osób w wieku 65 lat i więcej według płci (%), [wg Błędowski P. i wsp., 2012]



Wykres 6. Struktura form życia rodzinnego osób w wieku 65 lat i więcej na wsi (W) i w wielkich miastach (M) w %, [wg Błędowski P. i wsp., 2012]

małżeńskich, mieszkając tylko z żonami. Kilkakrotnie rzadziej niż kobiety mieszkali z małżonkami i dziećmi lub z małżonkami, dziećmi i wnukami (Wykres 5) [1, 17].

Na podstawie przedstawionej wyżej klasyfikacji wyróżnić można jedno-, dwu- i trzypokoleniowe formy życia rodzinnego osób starszych. Formy jednopokoleniowe to osoby mieszkające samotnie lub małżeństwa, które stanowiły 54,2% osób należących do populacji w wieku 65 lat i więcej. Formy dwupokoleniowe (17,1% badanych) to małżeństwa z dziećmi lub samotne osoby starsze z dziećmi. Formy trzypokoleniowe (20% badanych) to osoby samotne z dziećmi i wnukami lub małżeństwa z dziećmi i wnukami. Skład pokoleniowy rodzin, w jakich przebywali ludzie starsi, był zróżnicowany w poszczególnych grupach wiekowych [1, 17].

Jednopokoleniowa forma życia rodzinnego dominowała u osób w wieku poniżej 80 lat. Forma jednopokoleniowa w przypadku kobiet to zazwyczaj mieszkanie samotne, a dla mężczyzn mieszkanie z żoną. Znaczenie mieszkania w formie dwupokoleniowej (z dziećmi) rośnie wraz z wiekiem z 15 do 33 %, natomiast zmniejsza się odsetek osób w trzypokoleniowych formach życia rodzinnego z 20 do 16% [1].

Formy życia rodzinnego ludzi starszych różnią się zależnie od miejsca zamieszkania. Wykres 6 ilustruje różnice między strukturą pokoleniową rodzin starszych mieszkańców wsi i dużych (ponad 500 tys. mieszkańców) miast [1,17].

Badania projektu PolSenior wykazały, że odsetek osób w starszym wieku mieszkających samotnie jest większy w miastach niż na wsi. Najmniej osób starszych mieszka samotnie na wsi, a najwięcej w dużych miastach. Jednopokoleniowość jest typowo miejskim modelem rodzinnego funkcjonowania ludzi starszych. Odsetek rodzin dwupokoleniowych jest na podobnym poziomie na wsi i w mieście, natomiast rodziny trzypokoleniowe częściej występują na wsi niż w miastach. Z badań tych wynika, że potrzeba opieki w wieku starszym wiąże się z niesamodzielnością, która staje się czymś powszechnym i naturalnym, głównie ze względu na narastanie niepełnosprawności, nasilanie się chorób przewlekłych [1].

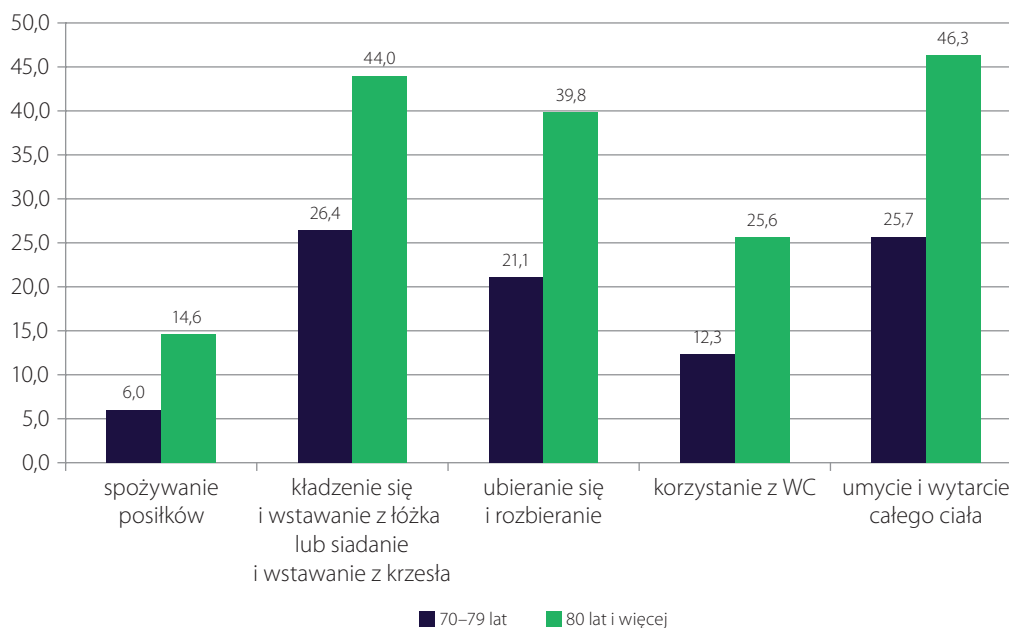
Ograniczenia w sprawności ruchowej osób starszych

W 2009 r. GUS przeprowadził Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia. Ankieta obejmowała pytania związane z poziomem wydolności narządów ruchu i zmysłu. W badań tych wynika, że ok. 25% osób w wieku 70–79 lat miało duży problem z widzeniem druku w gazecie lub nie widziała go wcale, natomiast w grupie osób 80-letnich lub starszych była to co trzecia osoba. Wśród osób w wieku 70–79 lat całkowicie nie słyszało lub miało duże problemy ze słyszeniem 6,2% osób, natomiast w grupie 80-latków i starszych było to aż 16,6%. 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 [1 9,].

Tabela 3. Udział osób o znacznie ograniczonej sprawności narządów ruchu w wieku 70 lat i więcej (%), [wg Błędowski P. i wsp., 2012]

	70 – 79 lat	80 lat i więcej
Przejście z torbą o wadze 5 kg na odległość 10 metrów		
– z dużą trudnością	12,1	16,7
– nie wykona	19,4	41,1
Schylenie się i uklęknięcie		
– z dużą trudnością	15,7	25,4
– nie wykona	12,3	25,8
Przejście 500 metrów		
– z dużą trudnością	8,9	17,7
– nie przejdzie	7,5	19,0
Wejście i zejście po schodach na 1 piętro		
– z dużą trudnością	12,6	21,6
– nie wejdzie/nie zejdzie	8,2	23,5
Chwytywanie lub trzymanie w palcach drobnego sprzętu		
– z dużą trudnością	3,5	9,6
– nie wykona	1,5	4,0

Magda Lejzerowicz, Przemysław Hajduk



Wykres 7. Osoby w wieku 70 lat i więcej mające trudności z samoobsługą (%), [wg Błędowski P. i wsp., 2012]

Tabela 4. Osoby w wieku 70 lat i więcej z ograniczeniami w samoobsłudze (tys.), [wg GUS, 2009]

	70–79 lat	80 lat i więcej	Razem
Ogółem	766,6	591,5	1 358,1
Osoby mające pomoc	405,5	366,5	772,0
– oceniające jako niewystarczającą	36,8	40,9	77,7
Rodzaje pomocy, jakiej potrzebują Ci, dla których jest ona niewystarczająca			
– pomoc innej osoby	19,9	21,3	41,2
– urządzenia pomocnicze	15,1	10,9	26,0
– dostosowane mieszkanie	14,2	13,0	27,2
Osoby niemające pomocy	361,1	225,0	586,1
– potrzebujące pomocy	132,1	97,7	229,8
Rodzaje pomocy, jakiej potrzebują nieotrzymujący jej			
– pomoc innej osoby	125,4	95,4	200,8
– urządzenia pomocnicze	8,9	8,0	16,9
– dostosowane mieszkanie	4,1	9,0	13,1

W grupie wiekowej 80 lat i więcej, ponad 40% osób nie było w stanie przenieść cięższej torby (nawet na niewielką odległość), co czwarta osoba nie mogła schylić się i uklęknąć oraz wejść lub zejść po schodach na wysokość jednego piętra; co piąta osoba nie potrafiła przejść samodzielnie 500 metrów (Tabela 3) [9].

Kolejnym wskaźnikiem występowania potrzeb opiekuńczych jest zdolność osób badanych do samoobsługi, czyli samodzielnego

wykonywania czynności związanych z zaspokojeniem potrzeb fizjologicznych (Wykres 7).

Z badań tych wynika, że odsetek osób z trudnościami w samoobsłudze rośnie wraz z wiekiem. Ludzie starsi najczęściej problemów mają z kładzeniem się i wstawaniem z łóżka lub siadaniem i wstawaniem z krzesła oraz myciem i wytarciem całego ciała.

Badanie przeprowadzone przez GUS miało na celu ustalenie, czy osoby mające ograniczenia w samoobsłudze otrzymują pomoc (Tabela 4) [1, 9].

Tabela 5. Osoby w wieku 70 lat i więcej mające duże trudności z wykonywaniem czynności domowych (w tys. i odsetek danej grupy), [wg GUS, 2009].

	70–79 lat	80 lat i więcej	Razem (tys.)
Ciężkie prace domowe			
– z dużą trudnością	330,1 (14,0)	172,2 (15,8)	502,3
– nie wykona	553,0 (23,5)	534,2 (49,1)	1 087,2
Załatwianie spraw finansowych i administracyjnych			
– z dużą trudnością	77,8 (3,3)	71,2 (6,5)	149,0
– nie wykona	253,1(10,8)	332,7 (30,6)	585,8
Robienie zakupów			
– z dużą trudnością	151,0 (6,4)	150,0 (13,8)	301,0
– nie wykona	230,4 (9,8)	294,1 (27,0)	524,5
Lekkie prace domowe			
– z dużą trudnością	109,3 (4,6)	89,6 (8,2)	198,9
– nie wykona	135, 4 (5,8)	198,3 (18,2)	333,7
Przygotowanie posiłków			
– z dużą trudnością	65,2 (2,8)	82,8 (7,6)	148,0
– nie wykona	70,7 (3,0)	93,4 (8,6)	164,1
Korzystanie z telefonu			
– z dużą trudnością	50,8 (2,2)	59,2 (5,4)	110,0
– nie wykona	42,5 (1,8)	94,9 (8,7)	137,4
Stosowanie / zażywanie leków			
– z dużą trudnością	30,1 (1,3)	52,2 (4,8)	82,3
– nie wykona	42,5 (1,8)	56,3 (5,2)	98,8

W grupie wiekowej 70–79 lat, 47% osób z ograniczeniami w samoobsłudze nie miało pomocy. Wśród osób niemających pomocy 37% uważało, iż jest im ona potrzebna. Z kolei w grupie wiekowej 80 lat i więcej 38% nie korzystało z pomocy. Tych, którzy nie otrzymywali pomocy, choć jej potrzebowali, było 43%. Liczba osób w wieku 70 lat i więcej, która potrzebowała pomocy, ale jej nie otrzymywała lub otrzymywała w niewystarczającym stopniu, to ponad 300 tys. Osoby te deklarowały przede wszystkim potrzebę uzyskania pomocy ze strony innej osoby. W mniejszym stopniu osoby te zgłaszały potrzebę pomocy w postaci specjalistycznych urządzeń lub dostosowania mieszkań [1, 9]. Potrzeby opiekuńcze mogą wynikać nie tylko z trudności z samoobsługą, ale i z kłopotów przy wykonywaniu podstawowych czynności domowych.

Najczęściej osoby starsze miały trudności z ciężkimi pracami domowymi (np. w ogóle nie wykonywała ich prawie połowa osób w wieku 80

lat i więcej), z załatwianiem spraw finansowych i administracyjnych (31% osób w wieku 80 lat i więcej nie zajmowało się nimi) oraz z robieniem zakupów – 10% osób w wieku powyżej 70 lat i 27% osób w wielu powyżej 80 lat tego nie robiła. Najmniej trudności przysparzało przygotowywanie posiłków, korzystanie w telefonu czy też stosowanie lub zażywanie leków (Tabela 5) [1, 9].

Aktywność fizyczna osób starszych

Aktywność fizyczna osób w wieku starszym wiąże się nie tylko z zaspokojeniem potrzeb biologicznych, ale przede wszystkim wywiera wpływ na sferę psychiczną i społeczną człowieka. Różne formy ekspresji fizycznej (gimnastyka, aktywność o charakterze sportowym, marsze terenowe, turystyka) mogą sprzyjać budowaniu postaw prozdrowotnych i prospołecznych, ułatwiać kontakty z innymi osobami, wzbogacać

Magda Lejzerowicz, Przemysław Hajduk

sferę wewnętrznych przeżyć jednostki oraz stwarzać warunki do psychicznego odprężenia. Program aktywności fizycznej ma również spełniać zadania praktyczne, związane bezpośrednio ze sferą dnia codziennego, z utrzymaniem niezależności i zwiększaniem możliwości korzystania z różnego rodzaju dóbr, takich jak społeczne, intelektualne czy kulturalne. Aktywność ruchowa zaspokaja potrzeby natury estetycznej, jak również kształtuje nawyki rekreacyjne [18].

Bouchard wyróżnia następujące rodzaje aktywności fizycznej:

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

Często dla osób w wieku starszym zwykłe marsze o umiarkowanej intensywności mogą być tak samo efektywne, jak dużo bardziej dynamiczne ćwiczenia fizyczne. Osoby, które ćwiczą z umiarkowaną aktywnością (co najmniej 30 minut przez 5 dni w tygodniu), są w mniejszym stopniu narażone na ryzyko chorób. Podczas przygotowywania programu aktywności fizycznej dla osób w wieku starszym, należy uwzględnić ich indywidualne uwarunkowania i możliwości [3, 18].

Osoby w wieku powyżej 65 lat często zmagają się z zespołem geriatrycznym lub konsekwencjami przebiecia ciężkiej choroby, takiej jak udar czy zawał mięśnia sercowego. Dla każdej dolegliwości lub zespołu dolegliwości istnieją odrębne zalecenia lekarskie odnośnie aktywności fizycznej. Dla osób starszych funkcjonują progi fizycznej

i fizjologicznej sprawności, poniżej których dana osoba nie jest w stanie samodzielnie wykonywać czynności dnia codziennego. Najczęściej te progi są przekraczane w wieku około 70 lat, natomiast osoby dbające o swoje zdrowie i kondycję fizyczną mogą opóźnić ten proces o 10, a niekiedy nawet 20 lat [18].

Na podstawie badań wstępnych, przed przystąpieniem do programu aktywności fizycznej, terapeuta powinien uzyskać możliwie wszechstronne informacje 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. Tylko na podstawie zebranych informacji może on dobrać najbardziej pożądane ćwiczenia dla danej osoby, kierując się przede wszystkim konkretnymi potrzebami funkcjonalnymi. Wysiłek fizyczny osób starszych powinien być umiarkowany i trwać nie mniej niż 30 minut przez 5 dni w tygodniu, a najlepiej codziennie. Zalecenia te mogą być odmienne dla osób, np. z chorobami serca, osteoporozą, otyłością czy cukrzycą. Najbardziej pożądaną formą treningu osób starszych jest trening wydolności krążeniowo-oddechowej, który pozwala na rozwijanie wydolności wysiłkowej, mocy aerobowej, sprawności serca i płuc. Co najmniej 2 razy w tygodniu (nie częściej niż 3 razy) powinien być stosowany trening oporowy, angażujący wszystkie większe grupy mięśniowe. Aby uzyskać najlepsze rezultaty odnośnie siły i wytrzymałości mięśniowej, należy stosować 48 godzinną przerwę pomiędzy zajęciami. 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. Jako część treningu siły i koordynacji pracy mięśniowej (zwłaszcza dolnej części ciała) można wykorzystać ćwiczenia równoważne o zróżnicowanym poziomie trudności [18].

Gillis i Stewart wymieniają trzy zasady stosowania ćwiczeń, uwzględniające potrzeby i możliwości osób w starszym wieku:

- zasada funkcjonalnej stosowności prowadząca 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 taka może naśladować ułożenie zakupów ze sklepu na wyżej położonej półce itd. Tego typu zadania mają uświadomić ćwiczącej starszej osobie bezpośredni związek między elementami treningu a czynnościami dnia codziennego;

- zasada stanowienia wyzwań, której istota sprowadza się do szukania form aktywności będących prawdziwym sprawdzianem. Oczywiście nigdy nie można przekraczać indywidualnych wewnętrznych ograniczeń, wynikających z określonego poziomu siły, zdolności poznawczych oraz możliwości czuciowo – ruchowych. Stwarzane są zmieniające się warunki, które stanowią wyzwanie dla uczestnika treningu, np. nowa pozycja w staniu, siedzeniu, zmiana miejsca, inna powierzchnia lub zmienione obrazy w otoczeniu.
- 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 bardzo zmienne każdego dnia. Niestaołość nastroju i nasilenia bólu są typowe dla osób starszych, u których występują choroby serca, zapalenie stawów czy inne dolegliwości mięśniowo-szkieletowe. Uczestnik programu powinien być uwrażliwiony na konieczność dostosowania wysiłku do swojego aktualnego samopoczucia, jak również nauczyć się odczytywać symptomy własnego ciała oraz sygnały o nadmiernym obciążeniu ustroju [4].

Opracowując program aktywności fizycznej dla osób starszych, należy zwrócić uwagę na dokładne określenie odbiorcy (grupę celową)

i kompleksowość działań. Prozdrowotne zachowania można promować i wdrażać przez:

- działania informacyjno – edukacyjne;
- motywowanie uczestników do wprowadzania zmian w ich stylu życia – korzystanie z porad lekarzy, psychologów, specjalistów w zakresie żywności i żywienia, rehabilitantów;
- stymulowanie do podejmowania samodzielnych form aktywności ruchowej w ramach zorganizowanych zajęć;
- proponowanie różnych form ruchu, uwzględniających indywidualne upodobania uczestników. Włączenie różnych sposobów aktywności ruchowej, które stosuje się w prewencji pierwotnej i wtórnej wielu chorób internistycznych i ortopedycznych [14].

Jako przykłady działań edukacyjno – interwencyjnych można podać programy PAW 60+ i PRROS. Program PRROS powstał z myślą o ludziach w wieku 60 lat lub więcej, głównie kobiet mieszkających w miastach. Do głównych celów programu zalicza się promowanie zdrowego stylu życia wśród seniorów. Zadaniem tego programu jest zachęcanie i przekonywanie do metodycznej aktywności ruchowej, przekazanie wiedzy i nauczanie w praktyce, jak osoby w wieku starszym mogą spędzać aktywnie czas wolny. Program ten skutecznie wpływa na poprawę sprawności układu krążenia, wzrost poziomu wytrzymałości, siły i gibkości, zwiększenie gęstości tkanki kostnej oraz na polepszenie stanu emocjonalnego [14].

Program aktywności ruchowej PRROS trwa przez sześć miesięcy. Składa się z trzech etapów: informacyjno – kwalifikującego (wprowadzenie), regularnych zajęć programowych (etap główny), turystyczno – szkoleniowy i wypoczynkowo – profilaktyczny (etap końcowy) [15].

Pierwszy etap programu służy zachęceniu osób w wieku starszym do podejmowania aktywności fizycznej i kwalifikacji ich przez lekarza do drugiego etapu. Kolejną częścią są spotkania z chętnymi (cztery spotkania), które mają charakter edukacyjny i swoją treścią obejmują pozytywne znaczenie aktywności fizycznej w życiu osoby w wieku starszym opisywane przez lekarzy, psychologów, dietetyków, jak i organizatorów

Magda Lejzerowicz, Przemysław Hajduk

programu. Ostatnią częścią tego etapu jest wypełnienie ankiety przez uczestników dotyczącej ich stylu życia, preferowanych form aktywności oraz oczekiwań związanych z uczestnictwem w programie. Etap ten trwa od dwóch do czterech tygodni.

Drugi etap programu poświęcony jest systematycznej aktywności ruchowej. Obejmuje godzinne zajęcia gimnastyki, które odbywają się dwa razy w tygodniu oraz marsz trwający od 20 do 60 minut co najmniej raz w tygodniu, zoptymalizowany do możliwości uczestników i warunków klimatycznych. Co tydzień trenerzy wprowadzają jedno nowe ćwiczenie domowe. Jest ono dokładnie omawiane i zaprezentowane przez trenera, po czym wykonywane na zajęciach wraz z uczestnikami. Dodatkowo każdy z uczestniczących otrzymuje jego opis lub rysunek w formie papierowej.

Trzeci etap to wyjazd na dwa tygodnie do ośrodka wypoczynkowego lub sanatorium. Podczas takiego pobytu uczestnicy mają możliwość zapoznania się z różnorodnymi formami zachowań zdrowotnych, które mają wpływ na polepszenie ich jakości życia. Etap ten powinien być realizowany poprzez:

- korzystanie ze specyficznych warunków klimatycznych i leczniczych ośrodka lub sanatorium,
- dietę zgodną z zaleceniami IŻŻ (Instytut Żywności i Żywienia),
- codzienną kinezyterapię obejmującą gimnastykę poranną (15–20 minut), a także kontynuowanie zajęć z poprzedniego etapu programu (gimnastyka zdrowotna co drugi dzień, w pozostałe dni aquagimnastyka, zajęcia taneczne, turystyka piesza, turystyka rowerowa lub inne zajęcia na świeżym powietrzu),
- sześć spotkań poświęconych niekonwencjonalnym sposobom leczenia, takim jak np. muzykoterapia, aromatoterapia czy psychoterapia,
- indywidualne spotkania z trenerem PRROS mające na celu doszlifowanie zestawu ćwiczeń domowych i omówienie aktywności fizycznej po powrocie do domu [15].

Na zakończenie programu wręczane są dyplomy ukończenia PRROS, a także udzielane

są informacje na temat miejsca, w którym można kontynuować grupowe zajęcia aktywności fizycznej zgodnie z preferencjami uczestników.

Program Aktywnego Wypoczynku 60+ (PAW 60+) został stworzony w celu realizacji założeń profilaktyki gerontologicznej. PAW 60+ ma na celu promowanie zdrowego stylu życia wśród ludzi w wieku starszym. Głównymi zadaniami trwającego dwa tygodnie programu są zachęcenie do ciągłej aktywności ruchowej i nauczanie podstaw aktywizacji ruchowej. Kolejnym celem jest usunięcie barier, które utrudniałyby udział w systematycznych zajęciach ruchowych. Priorytetem programu jest odpowiedni dobór form aktywności fizycznej. Podstawową formę programu stanowią zajęcia na świeżym powietrzu, np. Nordic Walking, gimnastyka ogólnousprawniająca oraz aquagimnastyka. Do innych zajęć, jakie zawiera program, zaliczamy 20–30 –minutową poranną gimnastykę, różnego rodzaju zabawy rekreacyjne, wycieczki krajoznawcze, zajęcia integracyjne (ognisko, muzykoterapia) oraz wykłady edukacyjne. Pojedynczy wykład trwa 45–75 minut, natomiast trening czynnościowy trwa ok. 4 godziny dziennie. Ważną cechą programu jest zróżnicowanie intensywności i czasu trwania ćwiczeń oraz ich optymalizacja pod względem uczestników. Forma programu, jaką jest obóz, sprzyja integracji, sprawia, że uczestnicy są bardziej śmiali i zachęca do kontynuowania aktywności fizycznej i społecznej po powrocie do domu [15].

Uniwersytety III wieku spełniają rolę placówek edukacyjno – aktywizujących dla osób w wieku starszym. Dzięki nim osoby wiekowe mają możliwość aktualizacji wiedzy, zdobywania nowych umiejętności, mogą aktywnie uczestniczyć w życiu społeczności lokalnych.

W Polsce wyróżniamy kilka form działania UTW, zaliczamy do nich:

- UTW stanowiące nierozdzieloną część uczelni wyższej, powołane przez władze uczelni;
- 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;

- UTW wchodzące w skład jednostek organizacyjnych samorządu lokalnego, takich jak centra kultury czy ośrodki pomocy społecznej [23].

Uniwersytety są nie tylko placówkami edukacyjnymi, ale również pełnią funkcję aktywizującą i integrującą dla osób starszych. Zaspokajają potrzeby samokształcenia, poznawania środowiska, bycia w grupie, poszerzania wiedzy i umiejętności. Organizują zajęcia podczas czasu wolnego, kładą nacisk na aktywność fizyczną, poznawanie nowych technologii i sposobów komunikacji oraz realizację zainteresowań [2].

Ważną rolą UTW jest integracja osób starszych z młodszym pokoleniem, osiągana głównie poprzez współpracę z placówkami edukacyjnymi i oświatowymi. Polega ona m. in. na prowadzeniu kursów komputerowych, lekcji języków obcych, zajęć ruchowo-rekreacyjnych, które przeznaczone są dla osób starszych, przez studentów i absolwentów uczelni [2].

Podsumowując działalność UTW ma za zadanie włączenie osób starszych w proces edukacji, integrację z młodszym pokoleniem i zwiększenie ich aktywności. UTW zachęcają seniorów do różnych form aktywności, przeciwdziałają ich wykluczeniu ze społeczeństwa.

Dyskusja

W artykule zostały poddane analizie dane dotyczące sytuacji ludzi starszych w Polsce, problematyki starości demograficznej, problemów zdrowotnych ludzi starszych i sposobów radzenia sobie tej populacji ze zjawiskiem starzenia.

U osób starszych dochodzi do zmniejszenia samodzielności, jednakże przeprowadzone analizy wskazują, że osoby starzejące się, które były i są aktywne fizycznie, w dużo mniejszym stopniu doświadczają negatywnych konsekwencji procesu starzenia się. Osoba starsza, która jest aktywna fizycznie i intelektualnie (np. dużo czyta, aktywnie uczestniczy w życiu naukowym i społecznym), doświadczają później niż jej rówieśnicy pogorszenia swojej sprawności intelektualnej. Natomiast osoby będące aktywne fizycznie dużo później odczuwają skutki starości, takie jak

problemy z chodzeniem czy wykonywaniem prac domowych.

Jednym z możliwych rozwiązań problemu pogarszania się stanu zdrowia seniorów, jest uczestnictwo w programach aktywności fizycznej, takich jak PRROS czy PAW 60+, które mają za zadanie w głównej mierze zachęcić uczestników do aktywnego trybu życia. Uczestnicy tego typu programów dużo częściej spędzają czas wolny na spacerach, niż w domu przed telewizorem. Prócz zalety, jaką jest aktywność fizyczna zapewniana seniorom w wymienionych programach, należy również wymienić ich wpływ na aktywność społeczną. Kolejne rozwiązanie dla osób w wieku starszym mogą stanowić Uniwersytety Trzeciego Wieku. Tego typu instytucje nie tylko pozwalają na rozwój osób starszych, ale również mają duży wpływ na wzrost ich aktywności społecznej, integracji z młodszym pokoleniem poprzez prowadzone wykłady czy uczestnictwo w organizowanych kursach. Spadek samodzielności, sprawności fizycznej czy psychicznej jest w bardzo dużej mierze uzależniony od stylu życia, jaki prowadzą osoby starsze.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych analiz danych zastanych oraz analizy literatury przedmiotu wyciągnięto wnioski:

1. Zjawisko starzenia się społeczeństwa spowodowane jest wydłużaniem się średniego trwania życia, spadkiem liczby urodzeń oraz wzrostem udziału ludzi najstarszych w społeczeństwie.
2. Na zjawisko starzenia się społeczeństwa wpływa między innymi model rodziny, poziom opieki społecznej i ochrony zdrowia oraz polityka społeczna państwa.
3. Stan zdrowia Polaków, w tym osób w wieku 65 lat i więcej, stale się poprawia.
4. Osoby będące aktywne fizycznie (ćwiczące z umiarkowaną aktywnością), są w mniejszym stopniu narażone na ryzyko chorób w porównaniu do osób mniej aktywnych, niećwiczących.
5. Programy aktywności fizycznej PRROS i PAW 60+, jak również inne formy aktywności fizycznej mają korzystny wpływ na zwiększenie niezależności i samodzielności, a tym

Magda Lejzerowicz, Przemysław Hajduk

- samym wpływają na poprawę jakości życia osób starszych.
6. Uczestnictwo osób starszych w zajęciach prowadzonych na Uniwersytetach Trzeciego

Wieku przeciwdziała wykluczeniu ze społeczeństwa, sprzyja integracji, aktywizacji oraz edukacji.

Piśmiennictwo

1. Błędowski P, Szatur-Jaworska B, Szweda-Lewandowska Z, Kubicki P. Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce. Raport PolSenior. Warszawa: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych; 2012: 49–188.
2. Borczyk W. Sytuacja osób starszych w kontekście doświadczeń Uniwersytetów Trzeciego Wieku. Warszawa: Wrzos; 2012: 2–9.
3. Bouchard C, Blair S N, Haskell W L. W: CJ Jones, DJ Rose (red.) Physical Activity and Health. Human Kinetics. Champaign; 2007.
4. Gillis D E, Stewart A L. A new approach to designing exercise programs for older adults. W: CJ Jones, DJ Rose (red.) Physical Activity Instruction of Older Adults. Human Kinetics. Champaign; 2007: 131–140.
5. GUS. Dochody i warunki życia ludności Polski. Raport z badania EU-SILC 2012. Warszawa: GUS; 2014.
6. GUS. Ludność. Stan i struktura demograficzno-społeczna. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2002. Warszawa: GUS; 2003: 25.
7. GUS. Ludność. Stan i struktura demograficzno-społeczna. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011. Warszawa: GUS; 2013: 57.
8. GUS. Rocznik demograficzny. Warszawa: GUS; 2012: 189–259.
9. GUS. Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r. Warszawa: GUS; 2011: 151–163.
10. GUS. Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014–2050. Warszawa: GUS; 2014: 35.
11. GUS. Uczestnictwo Polaków w sporcie i rekreacji ruchowej w 2008 r. Warszawa: GUS; 2009.
12. GUS. Uczestnictwo Polaków w sporcie i rekreacji ruchowej w 2012 r. Warszawa: GUS; 2013.
13. Kotlarska-Michalska A. Starość w aspekcie socjologicznym. Roczniki Socjologii Rodziny, XII. Poznań: Adam Mickiewicz Uniwersytety Press. 2000.
14. Kozdroń E. Aktywność rekreacyjna w procesie pomyślnego starzenia się. Zeszyty Naukowe WSKFiT 2014; 9: 75–84.
15. Kozdroń E. Program rekreacji ruchowej osób starszych. Warszawa: Wydawnictwo AWF; 2008: 5–11.
16. Kulik T B, Janiszewska M, Piróg E, Pacian A, Stefanowicz A, Żołnierczuk-Kieliszek D, Pacian J. Sytuacja zdrowotna osób starszych w Polsce i innych krajach europejskich. Med Ogólna Nauki Zdr 2011; 2: 92 – 94.
17. Mossakowska M, Więcek A, Błędowski P. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. Raport PolSenior. Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne; 2012: 399–421.
18. Osiński W. Gerokinezylogia: Nauka i praktyka aktywności fizycznej w wieku starszym. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2013: 40–47.
19. Pabiś M, Babik A. Najczęstsze problemy osób w wieku podeszłym na podstawie analizy „zespołów geriatrycznych”. Med Rodz 2007; 3: 62 – 65.
20. Starzenie się społeczeństwa polskiego i jego skutki. Opracowania tematyczne OT-601. Warszawa: Kancelaria Senatu. Biuro Analiz i Dokumentacji; 2011: 1–18.
21. Szatur-Jaworska B, Błędowski P, Dzięgielewska M. Podstawy gerontologii społecznej. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Aspra-Jr; 2006: 45–48.
22. Trafiałek E, Kozieł D, Kaczmarczyk M, Głuszek S. Starość jednostkowa i demograficzna w zadaniach gerontologii i polityki społecznej. Stud Med 2009; 15: 61–68.
23. Uniwersytety Trzeciego Wieku – wstępne wyniki badania za rok 2014/2015. Gdańsk: Departament Badań Społecznych i Warunków Życia GUS; 2016: 3.
24. ZUS, Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych 2011 r., Warszawa 2012.
25. ZUS, Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych 2015 r., Warszawa 2016.