

# EDUKACJA PROZDROWOTNA SENIORÓW JAKO SZANSA NA POMYŚLNE STARZENIE SIĘ NA PRZYKŁADZIE MIASTA BIAŁEGOSTOKU



Publikacja dofinansowana  
z budżetu Miasta Białystok

Praca zbiorowa pod redakcją:  
dr n. o zdr. Mateusza Cybulskiego  
prof. dr hab. n. med. Elżbiety Krajewskiej-Kułąk



**Edukacja prozdrowotna seniorów  
jako szansa na pomyślne starzenie się  
na przykładzie miasta Białegostoku**



Publikacja dofinansowana  
z budżetu Miasta Białystok



Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wydział Nauk o Zdrowiu

# **Edukacja prozdrowotna seniorów jako szansa na pomyślne starzenie się na przykładzie miasta Białegostoku**

**Praca zbiorowa pod redakcją:**

**dr n. o zdr. Mateusza Cybulskiego**

**prof. dr hab. n. med. Elżbiety Krajewskiej-Kulak**

Publikacja dofinansowana z budżetu Miasta Białystok



Białystok 2016

**Recenzenci monografii**

*prof. dr hab. n. med. Kornelia Kędziora-Kornatowska*

Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Bydgoszczy

*prof. dr hab. n. o zdr. Beata Karakiewicz*

Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

**ISBN 978-83-946571-1-6**

Wydanie I

Białystok 2016

**Opracowanie graficzne**

dr n. med. Agnieszka Kułak-Bejda

**Autorami rysunków umieszczonych w monografii są dzieci  
z Przedszkola Samorządowego nr 39 w Białymstoku**

**Druk**

„Duchno” Piotr Duchnowski, ul. Zaścianańska 6, 15-548 Białystok

## PRZEDMOWA

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w Polsce, w 2025 roku będzie żyło 37 741 tys. osób, z czego w wieku poprodukcyjnym – 8 189 tys.

Z jednej strony trwający, a zarazem postępujący proces starzenia się społeczności, a z drugiej stale rosnąca świadomość społeczeństwa co do roli edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia oraz profilaktyki chorób i zagrożeń zdrowotnych, sprzyjają stwarzaniu społeczeństwu możliwości poszerzania wiedzy i rozwijania umiejętności w zakresie promowania zdrowia, poszerzania kompetencji zdrowotnych, sposobów unikania ryzyka zdrowotnego, zmian zachowań i postaw zdrowotnych seniorów oraz wspierania ich w tych działaniach.

Bernard Fontenelle stwierdził, że *„zdrowie jest tym czynnikiem, który dodaje wartości wszystkim zerom w życiu”*. Katherin Mansfield przez zdrowie rozumie *„możność istnienia pełnym, dojrzałym, żywym, radosnym życiem”*, a przysłowie polskie mówi *„zdrowie łatwo stracić, ale go zaś z trudnością nabyć”*. Niezbędne więc wydaje się uświadamianie, zwłaszcza seniorom, że w swoich rękach mają własne zdrowie i że muszą je rozumieć wielowymiarowo, nie tylko w aspekcie medycznym, ale także psychospołecznym, kulturowym, środowiskowym i ekonomicznym.

W związku z powyższym, jako autorzy monografii, postanowiliśmy podzielić się z czytelnikami własnymi doświadczeniami, wynikającymi z organizacji (od podstaw) Uniwersytetu Zdrowego Seniora (UZS) na Wydziale Nauk o Zdrowiu UMB.

W publikacji staraliśmy się pokazać, wierząc słowom Aldousa Huxley'a, iż *„badania medyczne zrobiły tak niebywały postęp, że dziś praktycznie nie ma już ani jednego zdrowego człowieka”* i Władysława Grzeszczyka - *„nie to, co już wiemy, lecz to, co chcemy wiedzieć - świadczy o naszej mądrości”*, jak istotną rolę może odegrać w życiu seniorów poszerzenie wiedzy oraz umiejętności słuchaczy na temat zdrowego starzenia się.

W monografii zawarto rozdziały napisane przez osoby na co dzień borykające się z problemami zdrowotnymi seniorów, opisano zasady funkcjonowania Uniwersytetu Zdrowego Seniora (UZS) na Wydziale Nauk o Zdrowiu UMB oraz dalszych etapów kształcenia ustawicznego seniorów w Białymstoku, a także zamieszczono zapisy osobistych wrażeń i opinii studentów UZS na temat zajęć i nabytych umiejętności. Dodatkowo monografia została wzbogacona pracami 5-6-letnich dzieci z Przedszkola Samorządowego nr 39 w Białymstoku, przedstawiającymi obraz osób starszych z ich perspektywy.

Jesteśmy głęboko przekonani, że wiedza zdobyta przez studentów UZS UMB nie tylko przyczyni się do zwiększenia aktywności zdrowotnej słuchaczy, ale także pozwoli nam, organizatorom projektu, na włączenie ich do imprez prozdrowotnych i społeczno-kulturalnych zorganizowanych bezpośrednio w środowisku podlaskim lub drogą internetową, bowiem zgodnie z powszechnie przypisywaną Hipokratesowi zasadą - *„lepiej zapobiegać, niż leczyć”*.

Mamy także nadzieje, że monografia zainspiruje inne ośrodki do zainicjowania prozdrowotnych działań edukacyjnych, bowiem jak twierdził Henry Ford - *„Każdy, kto przestaje się uczyć jest stary, bez względu na to, czy ma 20 czy 80 lat. Kto kontynuuje naukę pozostaje młody. Najwspanialszą rzeczą w życiu jest utrzymywanie swojego umysłu młodym”*.

*dr n. o zdr. Mateusz Cybulski*

*prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułak*





## SPIS TREŚCI

<b>Czym jest pomyślne starzenie się? – Anna Szafranek.....</b>	<b>11</b>
<b>Podstawy teoretyczne edukacji zdrowotnej – Matylda Sierakowska .....</b>	<b>25</b>
<b>Zachowania zdrowotne u pacjentów z somatycznymi chorobami przewlekłymi – Donata Kurpas .....</b>	<b>45</b>
<b>Edukacja osób starszych – wybrane zagadnienia – Anita Richert-Każmierska.....</b>	<b>61</b>
<b>Historia i rozwój Uniwersytetów Trzeciego Wieku – Halina Zielińska-Więczkowska .....</b>	<b>85</b>
<b>Wpływ edukacji na zdrowie fizyczne osób starszych – Halina Doroszkiewicz .....</b>	<b>105</b>
<b>Wpływ edukacji na zdrowie psychiczne osób starszych – Anna Fiedorczuk, Justyna Fiedorczuk-Fidziukiewicz, Irena Fiedorczuk .....</b>	<b>117</b>
<b>Wpływ edukacji na funkcjonowanie społeczne osób starszych – Małgorzata Kaczmarczyk.....</b>	<b>141</b>
<b>Uniwersytet Zdrowego Seniora jako modelowy przykład edukacji prozdrowotnej osób starszych w Białymstoku – Mateusz Cybulski, Elżbieta Krajewska-Kulak.....</b>	<b>151</b>
<b>Projekt „Zdrowie psychiczne osób w podeszłym wieku” jako flagowy przykład profilaktyki psychogeriatrycznej wśród mieszkańców Białegostoku powyżej 60 roku życia – Mateusz Cybulski, Elżbieta Krajewska-Kulak .....</b>	<b>175</b>
<b>Wolontariat prozdrowotny seniorów w Białymstoku – czy jest skazany na sukces? – Mateusz Cybulski, Elżbieta Krajewska-Kulak .....</b>	<b>195</b>
<b>Subiektywne opinie seniorów na temat projektów prozdrowotnych, realizowanych przez Wydział Nauk o Zdrowiu UMB .....</b>	<b>209</b>



## **Czym jest pomyślne starzenie się?**

*Anna Szafranek*

Instytut Prawa i Administracji, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości  
w Łomży

### **Wprowadzenie**

Z dużą dozą prawdopodobieństwa można sądzić, że większości z nas marzy się nie tylko pomyślna młodość i dorosłość, ale również pomyślna starość, dlatego też już na wstępie należy sobie postawić pytanie co oznacza starzeć się pomyślnie, czy jest to termin jednoznaczny i, przede wszystkim, czy jesteśmy w stanie modyfikować nasze życie i starość w taki sposób, byśmy mogli starzeć się pomyślnie? Prezentowany tekst stanowi próbę odpowiedzi na tak postawione pytania.

W pierwszej kolejności omówione zostały aspekty definicyjne pojęcia pomyślne starzenie się oraz wybrane teoretyczne ujęcia rzeczowego terminu. W dalszej kolejności wskazano determinanty, jak również czynniki utrudniające pomyślne starzenie się. Ponadto dokonano analizy pomyślnej starości w perspektywie historycznej (przykład średniowiecza). W sposób szczególny uwagę poświęcono także samodzielności w podejmowaniu decyzji oraz środowisku przeżywania starości jako czynnikach mających silny związek z pomyślnym starzeniem się.

### **Pomyślne starzenie się – aspekty terminologiczne**

Od kilkudziesięciu lat w literaturze gerontologicznej funkcjonuje termin „pomyślne starzenie się”. Jako pierwsi użyli go Robert J. Havighurst i Ruth Albrecht (1953) [1]. Havighurst uważa, że pomyślne starzenie się jest ściśle powiązane z wcześniejszymi okresami życia (dzieciństwem, młodością oraz dorosłością). W myśl tej teorii osoby w podeszłym wieku, które mają poczucie szczęśliwie przeżytych lat i są jednocześnie usatysfakcjonowane swoim życiem - starzeją się pomyślnie. Ponadto pomyślne starzenie się jest możliwe do osiągnięcia na dwóch płaszczyznach: zachowania (zewnętrzna, czyli rozmiar i rodzaj aktywności społecznej) oraz subiektywnej (wewnętrzna, czyli odczucie zadowolenia i szczęśliwości). Oznacza to, że pomyślne starzenie się powinno zawierać subiektywną ocenę zadowolenia z obecnego i przeszłego życia, na które mają znaczący wpływ trwałe właściwości osobowe i style zachowania się kształtujące się w czasie trwania życia ludzkiego [2].

Pozytywne starzenie się określane jest również mianem postawy wobec własnej starości, której główne cechy koncentrują się wokół afirmacji życia i akceptacji kolejnych jego faz.

Przejawy tej postawy to podejmowanie, jak również kontynuowanie aktywności społecznej w wieku podeszłym – czyli tzw. profilaktyka gerontologiczna [3].\

W dalszym ciągu brakuje jednak jednoznacznej definicji tego pojęcia [4]. Próbę uporządkowania zagadnienia podjęła Ann Bowling (2007). Autorka wymieniła kategorie, które jej zdaniem powinny zostać uwzględnione w definicji pomyślnego starzenia się. Są to: długowieczność, zdrowie psychiczne i fizyczne, sprawność poznawcza i funkcjonowanie społeczne, radzenie sobie, sprzyjające okoliczności życia, satysfakcja życiowa [5].

J. Halicki, odwołując się do przywołanych wyżej kategorii zwraca uwagę, iż definicje pomyślnego starzenia się mogą być lokowane w obrębie kilku obszarów: funkcjonowania społecznego (zawierającego kategorie odnoszące się do zaangażowania, partycypacji społecznej, aktywności, pełnionych ról, kontaktów i relacji międzyludzkich – jako zmiennych silnie wpływających na zdrowie), satysfakcji życiowej (która winna być włączona do definicji pomyślnego starzenia się), zasobów psychicznych (uwaga definicyjna skupiona przede wszystkim na autonomii, niezależności, rozwoju, posiadaniu celu i skutecznym radzeniu sobie z przeciwnościami życiowymi), teorii biomedycznych (według których pomyślane starzenie się polega na „optymalizacji oczekiwanej długości życia przy minimalizowaniu ubytków fizycznych i psychicznych”), jak również potocznego postrzegania (definicje konstruowane przez osoby w podeszłym wieku) [6].

Odwołując się do badań J. Halickiego, dotyczących potocznego postrzegania pomyślnego starzenia się, stwierdzić można, iż owo postrzeganie oscyluje wokół 12 kategorii: satysfakcji życiowej (pozytywna ocena swoich dokonań, poczucie spełnienia, zadowolenie z życia, realizacja założonych celów), niezależności (samodzielność życiowa, samowystarczalność), zdrowia psychicznego (zachowanie sprawności władz umysłowych), zdrowia i sprawności fizycznej (utrzymywanie dobrej kondycji, zachowanie siły i zdrowia, brak poważnych chorób), kontaktów społecznych i aktywności (aktywne uczestnictwo w życiu społecznym, uczucie bycia potrzebnym, otwartość na innych), dobrych relacji i więzi uczuciowych w rodzinie (utrzymywanie bliskich relacji z dziećmi, ich rodzinami, pomoc i wzajemne wsparcie w rodzinie, akceptacja i wsparcie ze strony rodziny, aktywne uczestnictwo w życiu rodzinnym, satysfakcja z dzieci i wnuków), posiadania celów i marzeń na przyszłość (realizacja celów i marzeń, których nie udało się zrealizować wcześniej, posiadanie planów na przyszłość), dopasowania się do starości (pogodzenie się i akceptacja zmian związanych ze starością, akceptacja siebie i zysków związanych ze starością), dobrego usposobienia (pozytywne nastawienie do życia, cieszenie się życiem i każdą chwilą, pozostawanie osobą „młodą duchem”), zabezpieczenia finansowego (brak problemów finansowych, samowystarczalność,

zapewnienie podstawowych potrzeb) oraz hobby (kontynuowanie swoich zainteresowań, aktywne i atrakcyjne organizowanie wolnego czasu [6].

### **Wybrane teoretyczne ujęcia pomyślnego starzenia się**

Analizy prowadzone przez J. Halickiego dzielą poglądy dotyczące pomyślnego starzenia się na koncepcje empiryczne (w oparciu o wyniki badań J. W. Rowe'a i R.L. Kahna, jak również wyniki badań P. Baltesa) i poglądy (ujęcie C.D. Ryff oraz A. Kamińskiego) [4]. Ze względu na poglądowy charakter niniejszego artykułu, pokrótce omówione zostały drugie z wymienionych koncepcji.

Pomyślane starzenie w ujęciu C.D. Ryff polega na integracji kilku teorii celem dostarczenia możliwie pełnej i adekwatnej koncepcji pomyślnego starzenia się. Pierwszy element stanowią wyzwania i zadania stojące przed człowiekiem w wieku średnim oraz starszym (koncepcja Eriksona, Charlotte Buhler oraz Bernice L. Neugarten), drugi element akcentuje tzw. „wzrost osobowy” (koncepcja samoaktualizacji Masłowa, pełnego funkcjonowania osoby Rogersa, procesie indywidualizacji Junga oraz funkcjonowania psychicznego w wieku dojrzałym Allporta), zaś trzeci zwraca uwagę na zdrowie psychiczne osób w starszym wieku (poglądy Marii Jahody, Jamesa E. Birrena oraz V. Jayne Renner) [4].

Na podstawie wskazanych koncepcji Ryff wypracowała 6 wymiarów pozytywnego funkcjonowania w wieku starszym:

1. Cel życiowy, którego istotę winien stanowić społeczny wymiar starości, bowiem wraz z przejściem na emeryturę obserwuje się jego zaburzenie i powoduje, iż rola emeryta determinuje pozostałe role życiowe, a w konsekwencji doprowadza do ekskluzji społecznej jednostki. Kluczem do przeciwdziałania wykluczeniu jest społeczna aktywność i rozwój związanych z nią zasobów.
2. Pozytywne relacje z innymi w aspekcie zaufanych, ciepłych relacji interpersonalnych, osoba zdolna do miłości, przyjaźni, identyfikująca się z innymi. Podstawa natury ludzkiej opiera się o funkcjonowanie w oparciu o zaufanie. Ponadto kluczowy jest również szacunek, współczucie oraz uznanie dla innych. Zdolność do pozytywnych interakcji międzyludzkich stanowi jeden z centralnych komponentów pomyślanego starzenia się.
3. Panowanie nad otoczeniem, rozumianym jako odwaga w podejmowaniu aktywności, współdziałaniu w grupie, przeciwdziałanie bierności, współdecydowanie, tj. bycie traktowanym jako równorzędny partner w środowisku rodzinnym oraz sąsiedzkim,

które powodują tworzenie poczucia panowania nad otoczeniem, które z kolei stanowi źródło pozytywnego nastawienia do życia w okresie starości.

4. Autonomię, pojmowaną w dwóch kategoriach – psychicznej, rozumianej jako zdolność i możliwość decydowania o sobie, zarówno w zakresie podstawowych, jak i kluczowych decyzji życiowych, np. dotyczących miejsca zamieszkania oraz fizycznej – polegającej na sprawności, samodzielności, braku konieczności korzystania z pomocy innych osób, bądź instytucji.
5. Rozwój osobisty, opierający się o potrzebę edukacji, jak również poczucie podążania za rozwojem cywilizacyjnym.
6. Samoocenę w oparciu nie o stereotyp starości, a doświadczenie życiowe, własne przeżycia, pełnione funkcje w życiu zawodowym i społecznym, które generowały pozytywne uczucia oraz prestiż. Ponadto brak czynników stresogennych związanych z pracą i życiem zawodowym może stanowić istotny element generujący zadowolenie z samego siebie [4].

Z kolei ujęcie A. Kamińskiego, określane mianem wychowania do starości, pokazuje przykłady konkretnych działań, które mają prowadzić do pomyślnego starzenia się. Istotne jest, iż pomyślną starość poprzedzają pozytywnie przebyte wcześniejsze etapy życiowe. Kamiński zwraca więc uwagę, iż przygotowanie do starości stanowi pomoc poszczególnym osobom w nabywaniu zainteresowań, umiejętności, które w wieku starszym pomogą realizować taki tryb życia, który będzie sprzyjał przedłużaniu aktywności i jednocześnie wpłynie na wzrost satysfakcji życiowej. Celem wychowania jest wydłużenie młodej starości, czynnej, aktywnej, a odsunięcie starości biernej, zależnej, niesprawnej przy założeniu, że człowiek stary posiada zabezpieczenie materialne i zabiegi zdrowotne. Według Kamińskiego głównymi elementami działania zapewniającymi pomyślną starość są:

1. Praca zawodowa, dająca zaplecze ekonomiczne, poczucie użyteczności, organizująca dzień, stanowiąca najlepszy sposób zapobiegający zniedołężnieniu i utrzymaniu młodości.
2. Wczasowanie – przeżywanie czasu wolnego w sposób dający satysfakcję, pozwalający zaspokoić indywidualne potrzeby.
3. Ruch fizyczny, niezbędny przy pracy i wczasowaniu, a jeśli praca uniemożliwia jego realizację, należy pamiętać o zapewnieniu swojemu ciału odpowiedniego poziomu ruchu i aktywności fizycznej.
4. Higiena – nawyk służący starości, ale wypracowany w okresach ją poprzedzających.

5. Umiejętności współżycia – zachowania zorientowane na nawiązywanie nowych oraz kontynuowanie „starych relacji międzyludzkich i kontaktów społecznych” [7,8].

Tym samym, zgodnie z przytoczoną koncepcją, młodość i wiek dojrzały stanowią okres nie tylko rozbudzania, ale przede wszystkim utrwalania nawyków i zainteresowań mających kluczowe znaczenie dla lat emerytalnych.

Przywołane wyżej przykłady czynników mających znaczący wpływ na pomyślne starzenie się podkreślają wagę edukacji i samorozwoju. C. Kryszkiewicz również zwraca uwagę na wskazany czynnik, powołując się na interdyscyplinarne badania ciągłe, tzw. „studia Goeteborskie” prowadzone od 1971 roku (osoby 70-letnie, w miarę upływu kolejnych lat życia cieszą się lepszym zdrowiem nie tylko z powodu wyższego wykształcenia, ale też stałemu pogłębianiu wiedzy). Rzeczone badania zwracają tym samym uwagę, iż permanentna edukacja w pozytywny sposób wpływa na zachowanie zdrowia i dobrego samopoczucia. Również słuchacze Uniwersytetów Trzeciego Wieku, w porównaniu do innych grup w podobnym wieku charakteryzuje lepszy stan zdrowia, wyższa sprawność intelektualna i fizyczna [9].

### **Determinanty pomyślnego starzenia się**

Można wyróżnić szereg czynników determinujących pomyślne starzenie się. Odwołując się do 3-letnich badań longitudinalnych *MacArthur Foundation Research Network on Successful Aging*, 19-letnich badań prospektywnych *Alameda County Study* oraz 12-letnich badań *Study of Manitoba Elderly*, podczas których analizie poddano szereg zmiennych w kontekście ich powiązania z następstwami pomyślnego starzenia się wykazano, iż część z testowanych zmiennych wykazała istotny statystycznie związek z prognozami pomyślnego starzenia się. Analizowane czynniki przyporządkowano do kilku grup [10]:

1. Czynniki socjodemograficzne, tj. wiek (im młodsza osoba, tym większe prawdopodobieństwo pozytywnego przystosowania się do przebiegu starzenia), dochód (osoby o lepszym statusie materialnym i wyższym dochodzie starzeją się pomyślniej, niż osoby ubogie), stan cywilny (żyjący współmałżonek silnie wpływa na pomyślne starzenie się), wykształcenie (wyższe wykształcenie jako silniejszy prognostyk pomyślnego starzenia się), czy też rasa (rasa biała w większym stopniu, niż czarna gwarantuje pomyślne starzenie się).
2. Czynniki zdrowotne, tj. samoocena stanu zdrowia (im wyższa samoocena, tym większe prawdopodobieństwo pomyślnego starzenia się), sprawność fizyczna (wyższa wyjściowa sprawność fizyczna silniej oddziałuje na pomyślne starzenie się, niż niższa wyjściowa sprawność fizyczna – tym samym jeśli w kolejny przedział wiekowy

wchodzimy z wysokiego poziomu sprawności, szanse na pomyślną starość zwiększają się), korzystanie z usług ochrony zdrowia (pomyślna starość warunkuje także całkowity brak bądź niewiele wymagań od ochrony zdrowia, co wiąże się z brakiem chorób przewlekłych, a w sposób szczególny cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, chorób serca, czy chorób narządu ruchu), masa ciała (idealna masa ciała, bez znamion nadwagi, bądź niedowagi w sposób znaczący determinuje pomyślne starzenie się).

3. Czynniki stylu i sposobu życia, tj. używki – palenie papierosów, spożywanie alkoholu (brak uzależnienia od nikotyny i alkoholu zwiększa prawdopodobieństwo pomyślnej starości), aktywność fizyczna (osoby aktywne fizycznie mają większą szansę na osiągnięcie pomyślnej starości), jak również sposób odżywiania się.
4. Czynniki psychospołeczne, tj. wsparcie emocjonalne (ze strony rodziny, bądź przyjaciół), zadowolenie z życia, utrzymywanie autonomii i kontrola nad własnym życiem (samodzielne podejmowanie decyzji) [10].

### **Pomyślne starzenie się w wiekach średnich**

W tym miejscu chciałabym przywołać prowadzoną przez siebie analizę Roczników, czyli Kronik Sławnego Królestwa Polskiego Jana Długosza, celem odpowiedzi na pytanie czy starość w wiekach średnich była okresem pomyślnym? Zjawisko starości, a w sposób szczególny pomyślnej starości w okresie polskiego średniowiecza jest tematem pomijanym. Wszelkie informacje dotyczące starości zwykle odnotowywane są w kontekście osób wiekowych jako świadków minionych wydarzeń, jak również przekazicieli kultury, bądź tożsamości narodowej (czyli nośników pamięci historycznej/zbiorowej) [11].

Prowadzone analizy, jak również literatura przedmiotu wskazuje, iż starość w przypadku przeciętnego średniowiecznego mieszkańca Europy (który nie mógł w wielu przypadkach liczyć na wsparcie rodzinne, bądź instytucjonalne) nie był okresem szczęśliwym. Potrzebujący opieki, podupadający na zdrowiu, starszy człowiek często był pozostawiany samemu sobie. Funkcjonowały wprawdzie szpitale, ale dostęp do nich był w znacznym stopniu ograniczony [11].

Pomyślne starzenie się w wiekach średnich było w wysokim stopniu uzależnione od płci, bowiem kobiety były wówczas postrzegane przede wszystkim przez pryzmat zadań prokreacji (w związku z tym starsze kobiety nie były cenione, gdyż nie były w stanie zapewnić zdrowego męskiego potomka). Dlatego też starość średniowieczna jawi się dwubiegunowo: jako szacowny wiek oraz złowroga natura starości kobiecej. Do opisu przypisywania atrybutów osobom starszym kronikarz używał najczęściej terminu *senium* oznaczającego zgrzybiałość,



uwiad starczy, smutek, ponure usposobienie, co pozwala przypuszczać, iż w pojęciu kronikarza starość to zjawisko negatywne i trudno jest mówić o znamionach pomyślnej starości [11].

Analizy mediewistów pokazują, że starzenie się mogło, a w wielu przypadkach również rzutowało na styl rządów, poziom trafności decyzji, bądź stosunek do nowych przemian. Zniedołożenie rządzących mogło sprzyjać manipulacjom, popełnieniu błędów, których konsekwencją było przejście steru rządów przez osoby młode (także w przypadku godności piastowanych dożywotnio). Jak już wcześniej wspomniano, średniowiecznemu staremu człowiekowi bardzo często przypisywano określenia zgrzybiałości, uwiadu starczego oraz smutku, tym samym wydaje się, iż z dużą dozą prawdopodobieństwa można stwierdzić, że starzenie w wiekach średnich nie powinno być określane mianem pomyślnego okresu życia [11].

### **Wybrane czynniki pomyślnego starzenia się**

Uzupełnienie przedstawionych wyżej teoretycznych ujęć pomyślnego starzenia się stanowią wybrane aspekty wyników własnych badań empirycznych, zrealizowanych w 3 domach pomocy społecznej dla osób przewlekle i somatycznie chorych na przełomie 2011 i 2012 roku. Wywiady zrealizowano z 60 podopiecznymi placówek, w wieku 60 i więcej lat (po 20 w każdej instytucji) oraz 30 pracownikami (po 10 w każdej instytucji). Uwaga skupiona została na dwóch czynnikach: samodzielności w podejmowaniu decyzji (autonomii w decydowaniu o sobie samym) oraz środowisku przeżywania starości, mających silny związek z pomyślnym starzeniem się.

#### ***Pomyślne starzenie się a samodzielność podejmowania decyzji***

Jak już wspomniano, istotnym czynnikiem mającym silny wpływ na pomyślne starzenie, jest autonomia w decydowaniu o samym sobie. Nie jest zaskoczeniem stwierdzenie, że część osób nie podjęła samodzielnie decyzji o zamieszkaniu w domu pomocy społecznej. Wyniki przywoływanych badań wskazały, iż  $\frac{1}{4}$  rozmówców (15 osób) nie podjęła samodzielnie decyzji o zamieszkaniu w placówce opiekuńczej (Tab. 1) [12]

Choć ważną kwestią jest, czy podopieczny sam zadecydował o zamieszkaniu w placówce, to jednak najważniejsza jest odpowiedź na pytanie: czy jego zdanie było respektowane? Czy protestował przeciwko podjętej decyzji, a nie zostało to wzięte pod uwagę, czy też ją zaakceptował, a być może uważał, że jest to doskonale rozwiązanie i był wdzięczny za taką możliwość? W przypadku 8 rozmówców osoby podejmujące decyzję o zamieszkaniu w DPS wzięły pod uwagę zdanie petentów. Podopieczni opowiadali również, że nie protestowali przeciwko podjętej decyzji, mało tego, niektórzy z nich wręcz stwierdzili,

że osoba, która zdecydowała o umieszczeniu ich w placówce podjęła odpowiednią decyzję, ponieważ były osobami samotnymi, z problemami zdrowotnymi. Osoba skierowana przez sąd stwierdziła, że mimo iż taki wniosek wpłynął, to było to coś pozytywnego, opieka anioła stróża, gdyż miała karę więzienia w zawieszeniu i w przeciwnym razie nie miałyby dokąd pójść [12].

**Tabela 1.** Osoby podejmujące decyzję o umieszczeniu podopiecznego w DPS.

<b>Wyszczególnienie</b>	<b>N</b>
córka podopiecznego	2
siostra podopiecznego	2
syn podopiecznego	3
żona podopiecznego	1
lekarz	1
sąd	2
ktoś zdecydował, trudno powiedzieć kto	4
<b>Razem</b>	<b>15</b>

Z kolei dwóch innych mieszkańców nie protestowało, ale jak sami przyznali dlatego, że nie mieli takich możliwości. Jeden z nich był po wypadku i nie był świadomy tego, co się z nim dzieje, ale z czasem, kiedy odzyskał część sił, zrozumiał, że decyzja siostry była słuszna i w pełni ją zaakceptował. Z kolei inny podopieczny potwierdził, że decyzja o umieszczeniu w placówce została podjęta w jego imieniu. Nie mógł jednak powiedzieć, że decyzja zapadła wbrew jego woli, ponieważ jak sam stwierdził, nie miał wyjścia, nie mógł się nie zgodzić. Żona zmarła, z dziećmi nie utrzymywał kontaktów, a po wylewie nie był w stanie chodzić, mógł poruszać swobodnie tylko ręką. W przeciwieństwie jednak do poprzedniego podopiecznego, ten mieszkaniec nie pogodził się z zaistniałą sytuacją. Nie uważał, że zamieszkanie w DPS było dobrą decyzją. Podczas rozmowy z nim można było odnieść wrażenie, że pobyt w placówce opiekuńczej traktuje jako swoistego rodzaju karę, mimo iż znalezienie innego, lepszego wyjścia w jego sytuacji życiowej nie było raczej możliwe [12].

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej gwarantuje każdej jednostce prawo do decydowania o swoim życiu osobistym, w tym: decyzji o miejscu zamieszkania, pracy, wyboru lekarza i sposobu leczenia, życia rodzinnego, czy też kwestii finansowych [13]. Osoby starsze mają więc takie same prawa, co młodzi. Dlatego też przywołując przykłady pięciu innych

mieszkańców zauważyć można, iż zastosowano wobec nich nadużycie wynikające z nie respektowania konstytucyjnych przywilejów osób starszych. Narratorzy przyznali, że protestowali przeciwko decyzji o umieszczeniu ich w DPS, jednak protesty te nie zostały uszanowane. Wbrew swojej woli zostali umieszczeni w domach pomocy społecznej. Jedna z mieszkanki żaliła się, że nie chciała być w placówce i nigdy się nie spodziewała, że córka podejmie taką decyzję bez porozumienia z nią. Kolejny podopieczny - były alkoholik został skierowany do DPS sędownie, przy współudziale żony. Twierdził, że protestował przeciwko decyzji sądu, próbował udowodnić, że samodzielnie poradzi sobie w środowisku. Jednak sąd nie zmienił raz podjętej decyzji. Jedna z podopiecznych twierdziła wręcz, że nie miała możliwości protestować, ponieważ syn, który podjął decyzję o skierowaniu jej do DPS nie dał jej nawet dojść do słowa, nie starał się wyjaśnić przyczyn tej decyzji, ani też prowadzić jakichkolwiek rozmów pojednawczych z matką [12].

Z powyższych przykładów wywnioskować można, że zdaniem mieszkańców ważne jest nie tylko, kto podejmuje decyzję o umieszczeniu osoby starszej w DPS, ale także jakie są okoliczności, w których takie decyzje zapadają, bowiem osoby pozbawione możliwości do decydowania o sobie w dużo mniejszym stopniu niż osoby samodzielnie podejmujące decyzję, bądź partycypujące w tych decyzjach mają możliwość doświadczenia pomyślanego starzenia się.

### ***Pomyślnie starzenie się a środowisko życia***

Drugim przykładem, pokazującym czynniki determinujące pomyślnie starzenie się, jest środowisko życia. Aby zobrazować wpływ środowiska życiowego na pomyślnie starzenie się chciałabym odwołać się jednego z aspektów wspomnianych badań – podejmujących temat refleksji mieszkańców domów pomocy społecznej na temat życia instytucjonalnego. Zwerbalizowane myśli podopiecznych, które cisną się im do głów, kiedy rozmyślają nad losem człowieka starego żyjącego w instytucji opiekuńczej są różne, jednak w ocenach przeważa pesymizm. Podopieczni mają świadomość, że taki jest los człowieka starego i należy się z nim pogodzić. Myśli mieszkańców skupione były także na tym, że w DPS-ach zawsze należy się dostosowywać i że w żadnej sytuacji nie wolno tracić nad sobą kontroli. Wielu mieszkańców jest także skupionych na tym, by szczęśliwie doczekać śmierci, a kwestią, która budzi w nich niepokój jest miejsce pochówku. Pojawiały się także opinie, że życie w domu pomocy społecznej jest tylko wegetacją. Znamienne jest, że tylko jedna osoba na 60 badanych odpowiedziała, że kiedy myśli o losie człowieka starego w instytucji, towarzyszą jej pozytywne myśli i ma pozytywne odczucia.

Najczęściej jednak, co należy podkreślić jako szczególnie ważne i wymowne, badanym mieszkańcom domów pomocy społecznej towarzyszyło przede wszystkim poczucie żalu. Przebywając w placówce nawet wiele lat doświadczają wielkiego cierpienia innych osób, co sprawia, że sami też cierpią. Żałują mieszkańców, którzy mają poważne problemy zdrowotne, którzy żywią negatywne uczucia do rodziny i swoich bliskich (8 osób): *ludzie mają rodziny, ale one ich nie chcą*, inna osoba dopowiada: *jak ktoś jest już niepotrzebny w domu, to wszyscy oddają, kiedy staje się bardziej uciążliwym, to oddają do DPS*, bądź oddają nawet rodziców bez ich wiedzy i zgody. Zdaniem wielu badanych mieszkańców osoby, które muszą mieszkać w DPS mają złą rodzinę i dlatego tym bardziej żal. Dawniej było inaczej. Człowiek mógł dożywać swojej starości w gronie najbliższych, w domu rodzinnym, tam gdzie przeżył swoje życie. Nikt nie myślał o oddawaniu go do instytucji opiekuńczej. W odczuciu mieszkańców, taka sytuacja jest poniżająca, *bo jak już starość przychodzi to gdzie ją spędzisz, jak nie możesz na nikogo liczyć. Komuś pomożesz, oddałbyś wszystko, ale ciebie nie będą chcieli*.

Powyższe cytaty i analizy uzyskanych wyników badań wskazują jak silnym czynnikiem, wpływającym na pomyślne starzenie się jest nie tylko środowisko życia osoby starszej, ale również relacje rodzinne i możliwość decydowania o sobie samym.

### **Czynniki utrudniające pomyślne starzenie się**

Oprócz czynników determinujących pomyślne starzenie się, wyróżnia się również elementy utrudniające adaptację do starości, takie jak: sztywność (polegająca na tym, iż irracjonalne przekonania na temat siebie i otaczającego świata są niemożliwe do odrzucenia, braku akceptacji inności oraz odporność na zmiany), negatywność (podejście do życia w oparciu o przekonanie, że każde nadchodzące wydarzenie, podejmowane decyzje przyniosą tylko i wyłącznie negatywne skutki, wzmocniona koncentracja na problemach, przeszłość, jak również własne dokonania widziane w negatywnych barwach), martwienie się (nadmierna koncentracja na zmartwieniach i problemach, może sprzyjać depresji), egocentryzm (skupianie się na sobie, kosztem innych, uczucie, które uniemożliwia otwartość na innych, co z kolei skutkuje niemożnością odczuwania satysfakcji z życia i starzenia się, osoby przekonane o własnej wyjątkowości mają problemy z relacjami interpersonalnymi; inne podłoże egocentryzmu powoduje poczucie, iż starość jest gorszym okresem, w porównaniu do innych etapów życia, co z kolei skutkuje użalaniem się nad sobą i próbami wymuszania lepszego traktowania w starości ze względu na prawdziwe, bądź domniemane choroby, jak również niesprawność) i żal (towarzyszący seniorom w związku z doświadczeniem i przeżyciami

życiowymi, żal powoduje zniekształcenie wielu przeżyć, uniemożliwiając odczuwanie satysfakcji z przeżytych lat) [14].

## **Podsumowanie**

Prezentowany materiał pokazuje jak trudno jest przywołać jednoznaczną definicję pomyślnego starzenia się, która w każdym przypadku stanowiłaby punkt odniesienia. Istnieje bowiem szereg czynników, które mogą (choć nie muszą) determinować proces starzenia się i wpływać na określanie wskazanego etapu życia mianem pomyślnego. Najważniejsze jest jednak, iż modyfikacja indywidualnych dróg starzenia się jest możliwa nie tylko w kierunku negatywnym, ale również pozytywnym. Zakłada się, że na postrzeganie starzenia się w perspektywie procesu pomyślnego wpływa zachowanie zdrowia, na które składają się nie tylko czynniki genetyczne, ale również, a może nawet przede wszystkim, środowiskowe i społeczne, na które możemy wpływać i poddawać modyfikacjom w kierunku pozytywnym [10]. Powyższy wniosek powinien napawać optymizmem, zaś jego znaczenie winno być dostrzeżone jak najwcześniej, gdyż pomyślna starość jest kształtowana w ciągu całego życia, a to, w jaki sposób nim pokierujemy, zależy w znacznej mierze od nas samych.

## **Piśmiennictwo**

1. Havighurst R.J., Albrecht R.: Older people. Longmans Green, New York 1953.
2. Halicka M.: Satysfakcja życiowa ludzi starych. Studium teoretyczno-empiryczne. Akademia Medyczna, Białystok 2004.
3. Wawrzyniak J.K.: Jakość życia i satysfakcja życiowa w starości. [w:] Ludzka starość. Wybrane zagadnienia z gerontologii społecznej. A. Fabiś, J.K. Wawrzyniak, A. Chabior (red.). Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2015: 115-124.
4. Halicki J.: Obrazy starości rysowane przeżyciami seniorów. Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2010.
5. Bowling A.: Aspiration for older age in the 21st century: what is successful aging? *Int J Aging Hum Dev.* 2007; 64(3): 263-297.
6. Halicki J.: Potoczne definicje pomyślnego starzenia się. [w:] Pomyślne starzenie się w perspektywie nauk społecznych i humanistycznych. J.T. Kowalski, P. Szukalski (red.). Zakład Demografii i Gerontologii Społecznej UŁ, Łódź 2008: 13-27.
7. Kamiński A.: Wychowanie do starości jako czynnik adaptacji ludzi starszych do nowoczesnego społeczeństwa. [w:] Studia i szkice pedagogiczne. Kamiński A. (red.). PWN, Warszawa 1978.

8. Kamiński A.: Wychowanie do starości jako czynnik adaptacji ludzi starszych do nowoczesnego społeczeństwa. *Zeszyty Problemowe PTG* 1993; 3: 81-101.
9. Kryszkiewicz C.: Aktywne życie seniorów warunkiem pomyślnego starzenia się. [w:] *Starzenie się a satysfakcja z życia*. S. Steuden, M. Marczuk (red.). Wydawnictwo KUL, Lublin 2006: 281-288.
10. Bień B.: Starzenie się pomyślne versus zwyczajne. *Gerontol Pol.* 1997; 5(4): 40-44.
11. Szafranek A.: Czy starość w wiekach średnich była okresem pomyślnym? *KiS.* 2014; 57(1): 187-197.
12. Szafranek A.: Retired elderly in a care institution - the process of adaptation to life in a social care home. *Studia Humanistyczne AGH* 2014; 13(4): 199-214.
13. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. uchwalona przez Zgromadzenie Narodowe w dniu 2 kwietnia 1997 r., przyjęta przez Naród w referendum konstytucyjnym w dniu 25 maja 1997 r., podpisana przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 16 lipca 1997 r. (Dz.U. 1997 nr 78 poz. 483).
14. Hill R.D.: *Pozytywne starzenie się. Młodzi duchem w jesieni życia*. Wydawnictwo Laurum, Warszawa 2009.







## Podstawy teoretyczne edukacji zdrowotnej

Matylda Sierakowska

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

### Złożoność procesu edukacji zdrowotnej

Edukacja zdrowotna jest stałym procesem uczenia się ludzi jak żyć, aby zachować oraz doskonalić zdrowie własne i innych, a w przypadku wystąpienia choroby lub niepełnosprawności aktywnie uczestniczyć w jej leczeniu, radzić sobie i aktywnie zmniejszać jej skutki. Zdaniem Woynarowskiej edukacja zdrowotna jest ważnym, wspomagającym elementem działań naprawczych, zapobiegania chorobom oraz promocji zdrowia. Istotą działań jest wyrobienie u odbiorców edukacji umiejętności podejmowania właściwych decyzji w rozwiązywaniu indywidualnych bądź środowiskowych problemów zdrowotnych [1,2]. Jest to ważne już od najwcześniejszych okresów życia człowieka, gdyż kształtowanie właściwych postaw i rozwijanie odpowiednich nawyków i umiejętności zaowocuje dobrym stosunkiem do zdrowia w przyszłości [3].

Według Ciechaniewicz [4] cele edukacji zdrowotnej mogą być ukierunkowane na trzy aspekty, dotyczące *zdrowia*, w przypadku zagrożenia - *czynników ryzyka*, a w przypadku wystąpienia choroby - na sposoby *radzenia sobie w chorobie*.

Biorąc pod uwagę powyższe cele, wyróżnia się:

- *model edukacji zdrowotnej ukierunkowany na zdrowie* (edukacja promująca lub uczestnicząca) – przekazanie wiedzy i kształtowanie umiejętności wdrażania zachowań korzystnych dla zdrowia, aktywizowanie do podejmowania działań prozdrowotnych;
- *model edukacji zdrowotnej zorientowany na czynniki ryzyka* (edukacja autorytatywna) – motywowanie, doradzanie, udzielanie wskazówek, wspieranie we wprowadzaniu zmian pozytywnie wpływających na zdrowie – komunikacja jednokierunkowa;
- *model edukacji zdrowotnej zorientowany na chorobę* (edukacja uczestnicząca) – uświadamianie związku między różnorodnymi czynnikami ryzyka a określoną chorobą, wspólne poszukiwanie rozwiązania problemu zdrowotnego.

W przypadku edukacji pacjenta głównym celem jest udzielenie pomocy w zrozumieniu choroby i uczenie się życia z chorobą, a w szczególności: przygotowanie podopiecznego do współpracy w procesie terapeutycznym, funkcjonowania w roli pacjenta różnych instytucji opiekuńczych i ochrony zdrowia oraz przygotowanie do samoopieki. Woynarowska podkreśla,

że aby aktywnie uczestniczyć w tym procesie pacjent musi wiedzieć, rozumieć, umieć i chcieć to robić [2].

Jednym z zasadniczych celów, które można osiągnąć w stosunku do osób starszych jest utrzymanie ich w dobrym zdrowiu psychicznym i fizycznym oraz stanie czynnościowym, które zapewnia im jak najdłuższe samodzielne funkcjonowanie w środowisku zamieszkania [3].

Należy przyjąć założenie, że najlepsze efekty w nauczaniu daje program, realizowany zgodnie z procesem zorganizowanym, obejmującym cztery główne etapy edukacji, takie jak diagnozowanie, planowanie, realizacja i ocena podjętych działań [5].

**Rozpoznanie problemów** odbiorców edukacji (diagnoza), powinno obejmować ocenę: gotowości, motywacji do uczenia się; zakresu i poziomu wiedzy/umiejętności już posiadanych przez pacjenta; oczekiwanej pomocy; identyfikacji deficytu wiedzy i umiejętności, ze względu na stan i sytuację pacjenta; wyników edukacji prowadzonej w przeszłości, jej efektywności [4,6].

**Planowanie**, opierające się na postawionej diagnozie, powinno być procesem elastycznym i ciągłym. Obejmuje określenie:

- zadań, celów, jakie edukator chce osiągnąć;
- efektów edukacji (wiedza, umiejętności i postawy uczestników, oczekiwane po zakończonym procesie edukacji);
- niezbędnych treści edukacji, warunkujących osiągnięcie zaplanowanych efektów;
- możliwych zasobów: rzeczowych – pomieszczenie, sprzęt, środki dydaktyczne oraz osobowych – dobór edukatorów – różni profesjonaliści zdrowia, przygotowani merytorycznie do realizacji zadań edukacji i metodycznie;
- form organizacyjnych (indywidualna, grupowa bądź zbiorowa);
- metod dydaktycznych;
- środków dydaktycznych, wykorzystanych w trakcie realizacji spotkań i drukowanych materiałów informacyjnych dla pacjentów (zalecane);
- czasu potrzebnego do osiągnięcia efektów (liczba spotkań, czas trwania pojedynczych zajęć);
- metod ewaluacji procesu edukacji.

Przygotowując się do realizacji zadań, edukator opracowuje program, zawierający informacje metodyczne o planowanej organizacji zajęć, jak i treści merytoryczne, wynikające z potrzeb edukacyjnych. Każdy realizujący zadania edukator opracowuje do poszczególnych spotkań scenariusz zajęć [2,5].

**Szczegółowy scenariusz** zawiera informacje, zawarte w poniższych punktach:

- **Diagnoza** (np. deficyt wiedzy, ryzyko powikłań, zagrożenie chorobą, nieumiejętność radzenia sobie, brak motywacji, itp.). W diagnozie potrzeb edukacyjnych u osób starszych należy brać pod uwagę konsekwencje, wynikające ze zmian funkcjonalnych, intelektualnych, jak i inwolucyjnych, a także patologicznych w zakresie narządu wzroku i słuchu.
- **Cele zajęć** (co edukator chce osiągnąć, jakie stawia sobie zadania).
- **Oczekiwane efekty edukacji** (po realizacji zajęć edukacyjnych odbiorca/pacjent, np. określi czynniki ryzyka wystąpienia zaostrzenia choroby, wyjaśni zależność między prowadzonym trybem życia a ryzykiem zachorowania, omówi zasady przyjmowania leków, przedstawi plan aktywności ruchowej, zastosuje ćwiczenia oddechowe, opracuje własną dietę, zgodnie z zaleceniami (wskaźnik BMI), akceptuje chorobę, wyraża chęć podejmowania walki z niesprawnością np. manualną, jest odpowiedzialny za własne zdrowie, komunikuje się z zespołem terapeutycznym, współpracuje z opiekunem).
- **Warunki wstępne** (np. wiedza wyjściowa uczestników zajęć edukacyjnych, kryterium doboru grupy pod względem np. czasu trwania choroby, wieku odbiorców, poziomu percepcji, problemów zdrowotnych).
- **Metody dydaktyczne** (podające, problemowe, eksponujące, z użyciem technologii informacyjnych, praktyczne).
- **Środki dydaktyczne** - w zależności od celu przeznaczenia, można wykorzystać:
  1. *pomoce dydaktyczne* – podają treść, którą można bezpośrednio odczytać (materiały drukowane, modele, plansze, mapy, podręczniki);
  2. *materiały dydaktyczne* - podają treść, którą można odczytać jedynie z użyciem określonego technicznego środka kształcenia, są nośnikami informacji (płyta CD, pendrive, program TV);
  3. *techniczne środki kształcenia* – służą do odczytywania treści z materiałów dydaktycznych (komputer, odtwarzacz CD, MP3, MP4, magnetofon);
  4. *pedagogiczne środki pracy* – z ich pomocą można w procesie nauczania i uczenia się wykonywać określone czynności praktyczne (fantomy, sprzęt medyczny, kredki, kartki papieru) [7].
- **Aranżacja przestrzeni** (układ stołów, krzeseł, wystrój pomieszczenia).
- **Metody ewaluacji** (obserwacja, testy, quizy, opracowania własne, pogadanka kontrolna, wykonanie zadania pod nadzorem prowadzącego).

- *Czas trwania zajęć*
- *Opis przebiegu zajęć*

#### 1. Część wstępna

- przedstawienie się, zapoznanie z uczestnikami edukacji,
- omówienie tematyki zajęć i planowanych zadań,
- przedstawienie oczekiwanych efektów zajęć edukacyjnych,
- zgłaszanie przez edukowanych własnych oczekiwań i potrzeb, ewentualnie modyfikacja zadań.

#### 2. Część właściwa

- sposób realizacji tematu wybranymi metodami, z określeniem szczegółowych ról dla prowadzącego i uczących się, czasu realizacji poszczególnych etapów zajęć, stosowanych środków dydaktycznych, metod ewaluacji bieżącej.

#### 3. Część końcowa

- podsumowanie, refleksje uczestników, ewaluacja końcowa zajęć, opcjonalnie zadanie pracy domowej, rozdanie materiałów informacyjnych.

Zgodnie z ustalonym planem **wdrażany jest program edukacyjny**, gdzie istotnym zadaniem koordynatora programu jest monitorowanie jego przebiegu i końcowa ewaluacja procesu. Program edukacyjny może się zmieniać, w zależności od bieżących potrzeb, co należy brać pod uwagę i modyfikować, dokonując wyboru priorytetów. Edukatorzy powinni też wykorzystać każdą inną sytuację do uczenia uczestnika/pacjenta korzystnych dla niego zachowań zdrowotnych, jak również koordynować swoje działania pedagogiczne ze wszystkimi osobami, odpowiedzialnymi za proces edukacji (systematyczność i ciągłość procesu).

Ostatnim etapem zorganizowanej edukacji jest **ewaluacja wyników programu**, w odniesieniu do zmian, jakie obserwuje się w zachowaniu uczestnika, będących wynikiem realizowanej edukacji. Ewaluacja jest procesem składającym się z trzech faz: pomiaru, osądu i decyzji [8]. W przypadku nie osiągnięcia celów, należy przeanalizować poszczególne etapy procesu edukacji, zaczynając od *postawienia diagnozy* (trafność identyfikacji problemów) i określenia efektów (stopień trudności oczekiwanych rezultatów), po *etap planowania* (właściwy dobór np. edukatorów, ich kompetencje w realizacji zajęć, znajomość i przestrzeganie zasad nauczania, zaplanowanie właściwych metod ewaluacji), jak również *przebieg procesu realizacji*, dobór form, metod itp. Należy pamiętać, że ewaluacja dotyczy zarówno uczestnika, jak i edukatora oraz całego otoczenia procesu edukacji.

Zadaniem nauczającego jest sumienne przygotowanie się do zajęć, tak ze strony merytorycznej, jak i metodycznej, z przemyśleniem poszczególnych faz, mając na względzie zaawansowanie uczestnika w trakcie zajęć, wyzwolenie jego aktywności. Nie bez znaczenia jest również postawa nauczyciela, gdzie zapał, charyzma, umiejętność zainteresowania tematem, zmotywowaniem do pracy, stanowi często źródło sukcesu [5].

### **Zasady nauczania/edukacji zdrowotnej obowiązujące w trakcie realizacji zajęć**

Według Nowackiego zasady nauczania to generalne wytyczne, jak należy prowadzić nauczanie [9]. Okoń określa zasady dydaktyczne (zasady nauczania, zasady kształcenia) jako ogólne normy postępowania dydaktycznego, których przestrzeganie umożliwia realizację celów kształcenia. Można przyjąć również definicję, że są to ogólne normy postępowania dydaktycznego nauczyciela i działalności uczniów wynikające z podstawowych prawidłowości procesu dydaktycznego, których przestrzeganie zapewni lepszą realizację celów kształcenia [10].

Znajomość zasad nauczania przydatna jest szczególnie w realizacji zadań edukacji zdrowotnej, gdzie odbiorcami są osoby starsze, które mogą mieć różne, złożone problemy geriatryczne, związane min. z przyswajaniem wiedzy, percepcją, rozumieniem. Z powodu zaburzeń, zmian organicznych, czy znalezienia się w trudnej, niezrozumiałej dla chorego sytuacji, odbiór treści edukacyjnych może być utrudniony, dlatego też wiedza przekazywana w toku edukacji powinna być przystępna, zrozumiała i klarowna [2]. Pomóc w tym może edukatorowi znajomość zasad nauczania i przestrzeganie ich w procesie edukacji zdrowotnej. Nowacki [za Kupisiewicz, 2005] wyróżnia siedem podstawowych zasad kształcenia, takich jak:

- zasada pogłębłości,
- zasada świadomej aktywności,
- zasada wiązania teorii z praktyką,
- zasada systematyczności (systemowości),
- zasada przystępności (stopniowania trudności),
- zasada trwałości wiedzy i umiejętności,
- zasada indywidualizacji zespołowości [9].

#### ***Zasada pogłębłości***

Zasada akcentuje wielozmysłowy kontakt uczestnika edukacji z poznawaną rzeczywistością. Podkreśla konieczność zdobywania wiedzy o rzeczywistości poprzez

bezpośrednie poznanie rzeczy, zjawisk i procesów lub pośrednie ich poznanie w postaci środków dydaktycznych, takich jak: obrazy, modele, wykresy, tabele. Zasada mówi, że tam gdzie jest to możliwe należy słowo mówione zastąpić obserwacją, eksperymentem, działaniem.

### ***Zasada świadomej aktywności***

Aktywność jest niezbędnym warunkiem do podjęcia nauki, a uświadomienie uczniom/edukowanym celu i zadania ich działania jest niezbędne do osiągnięcia pozytywnych wyników uczenia się. Zasada świadomego i aktywnego udziału uczestników w procesie kształcenia sprowadza się do postulatu uświadamiania i wyjaśniania im celów, zadań i znaczenia wiedzy, przekazywanej w toku edukacji.

Świadomy i aktywny udział uczących się można osiągnąć, gdy nauczyciel/edukator:

- odwołuje się do doświadczeń życiowych, potrzeb i zainteresowań odbiorców edukacji;
- wywołuje pozytywną motywację do zdobywania wiedzy, zachęca i mobilizuje do wysiłku;
- stosuje metody aktywizujące, ułatwiające samodzielne zdobywanie wiedzy, myślenie i działanie;
- systematycznie informuje o postępach ucznia/edukowanego w realizacji efektów kształcenia/edukacji.

### ***Zasada łączenia teorii z praktyką***

Wiązanie teorii z praktyką wyrabia u uczestników edukacji przekonanie o użyteczności wiedzy, a jednocześnie wywołuje pozytywną motywację do aktywnego udziału w zajęciach. Odwołanie się do praktyki (doświadczeń uczestników, ich realnej rzeczywistości, problemów związanych z samoopieką, czy sprawowaniem opieki przez opiekuna), poprzez dawanie przykładów czyni wiedzę zrozumialszą i trwalszą. Zaleca się by uczestnik poznał podstawy teoretyczne wykonania określonej procedury (zasady, niebezpieczeństwa, przeciwwskazania) i praktyczne ją przećwiczył (np. przemieszczania pacjenta, zmiany pozycji złożeniowej, opatrunku).

### ***Zasada systematyczności***

Zasada ta podkreśla konieczność realizacji procesu nauczania – uczenia się w ściśle logicznym porządku i odnosi się do pracy nauczyciela/edukatora i uczniów/odbiorców edukacji.

W realizacji zasady systematyczności nauczyciel powinien pamiętać o poniższych regułach:

- treści nauczania należy realizować we właściwej, logicznej kolejności;
- nawiązywać do wiedzy już zdobytej, wiązać w całość;
- podkreślać zagadnienia główne i istotne;
- dążyć do usystematyzowania materiału nauczania, dokonywać ich hierarchizacji;
- podzielić materiał na sensowne fragmenty i kolejno je opanowywać w nawiązaniu do całości;
- przechodzić do nowego materiału po gruntownym przyswojeniu poprzedniego materiału;
- wdrażać uczniów/edukowanych do samodzielnej pracy (zadania domowe).

### ***Zasada przystępności***

Zasada ta zwana jest także zasadą stopniowania trudności, co oznacza konieczność dostosowania materiału nauczania, metod kształcenia i środków dydaktycznych do poziomu rozwoju i możliwości psychofizycznych uczniów (ważna jest znajomość odbiorców edukacji).

Do najważniejszych reguł odnoszących się do zasady przystępności należy:

- rozpoczynanie realizacji treści od tego, co jest odbiorcom znane, bliskie do tego, co dalekie;
- przechodzenie w procesie nauczania od tego, co jest łatwiejsze do tego, co trudniejsze;
- uwzględnienie różnic w tempie pracy i stopniu zaawansowania poszczególnych uczestników;
- uwzględnienie ogólnego poziomu grupy i nie przeciążanie ich nadmiarem zadań.

### ***Zasada trwałości wiedzy i umiejętności***

Zasada ta wskazuje na potrzebę organizowania procesu nauczania, w sposób umożliwiający uczniom/edukowanym gruntowne opanowanie zasadniczego materiału tak, że będą oni w stanie zawsze odtworzyć go z pamięci i posługiwać się nim, w różnych sytuacjach.

Do najważniejszych reguł odnoszących się do realizacji zasady trwałości wiedzy należy zaliczyć:

- przygotowanie i prowadzenie zajęć tak, aby zapewnić każdemu uczestnikowi aktywny udział;
- stosowanie ćwiczeń praktycznych, intelektualnych, mających na celu utrwalenie przerobionego materiału;
- stosowanie systematycznej ewaluacji.

### ***Zasada indywidualizacji i zespołowości***

Zasada ta sprowadza się do takiego organizowania procesu nauczania – uczenia się, w którym z jednej strony uwzględnia się indywidualne możliwości każdego uczestnika, z drugiej zaś współpracę i współdziałanie wszystkich biorących udział w procesie nauczania/edukacji. Dobra znajomość uczniów/edukowanych pozwala określić poziom ich możliwości psychofizycznych i dostosować treści i wymagania pod względem zakresu i jakości. Nauczyciel winien pracować z całą grupą i indywidualnie z uczniami/uczestnikami [9].

Ciechaniewicz formułuje podstawowe **zasady warunkujące efektywność edukacji**, gdzie wyróżnia:

- podmiotowe traktowanie pacjenta – odnoszenie się z szacunkiem do poglądów i przekonań, umacnianie poczucia własnej wartości;
- umożliwienie partnerskiego udziału pacjenta w procesie edukacji;
- przestrzeganie warunków dwukierunkowej komunikacji interpersonalnej;
- całościowe postrzeganie podopiecznego, szczególnie w aspekcie stanu zdrowia i warunków środowiskowych, w których żyje;
- poprawny dobór i realizacja treści edukacji (uwzględnienie celów, wynikających z diagnozy stanu i zapotrzebowania na edukację);
- interdyscyplinarne oddziaływanie (koordynacja i planowe działanie różnych profesjonalistów zdrowia);



- stopniowanie trudności i systematyczność oddziaływań (uwzględnienie możliwości osoby edukowanej) [4].

### Metody dydaktyczne w edukacji zdrowotnej

**Model/ metoda nauczania** to ogólny plan lub schemat, który ma pomóc uczniom opanować określone rodzaje wiedzy, postawy lub umiejętności [10,11].

Według Okonia to „*wypróbowany i systematycznie stosowany układ czynności, realizowanych świadomie w celu spowodowania założonych zmian w osobowości uczniów*” [9,10].

W edukacji zdrowotnej, podobnie jak w nauczaniu, wybór modelu nauczania zależy od:

- celu, jaki edukator chce osiągnąć i zaplanowanych efektów edukacji;
- charakteru i zakresu treści oraz rodzaju umiejętności i postaw, jakie chce kształtować, doskonalić, w stosunku do edukowanego;
- poziomu intelektualnego/percepcyjnego i motywacji osób uczestniczących,
- warunków zewnętrznych i możliwości organizacyjnych edukatora [4].

Kupisiewicz przyjmuje klasyfikację metod dydaktycznych, gdzie wyróżnia:

- **metody podające:** uczestnik jest biernym odbiorcą treści, co ogranicza możliwości zrozumienia i zapamiętania materiału, a edukator nie uzyskuje informacji zwrotnej ze strony grupy; zaletą jest możliwość przekazania obszernych informacji, w krótkim czasie dużej liczbie odbiorców (*techniki:* wykład informacyjny, opowiadanie, wyjaśnienie, opis, prelekcja, pogadanka, praca z tekstem – książka, broszura, ulotka);
- **metody problemowe:** uczestnik ma możliwość samodzielnie dochodzić do wiedzy, poprzez rozwiązywanie ważnych i bliskich mu problemów, w toku pracy grupowej (*techniki:* dyskusja dydaktyczna - panelowa, okrągłego stołu, debata za i przeciw, burza mózgu, metaplan; metody aktywizujące - analiza przypadku, inscenizacja, gry dydaktyczne – symulacyjne);
- **metody programowane:** pomocne przy przekazywaniu i utrwalaniu wiedzy teoretycznej (*techniki:* uczenie wspomagane komputerem – e-learning);
- **metody eksponujące:** wpływają na wyobraźnię, impresję uczuć, wrażeń, przybliżają rzeczywistość (*techniki:* plakat, pokaz, film, wystawa);
- **metody praktyczne:** ułatwiają bezpośrednie poznanie rzeczywistości, możliwość kształtowania umiejętności manualnych, poprzez poznanie wzorca działań (*techniki:* ćwiczenia, pokaz, zajęcia praktyczne) [10].

We współczesnej edukacji zdrowotnej, największe efekty uzyskuje się stosując metody aktywizujące, interaktywne, niemniej jednak w edukacji pacjenta szczególne miejsce zajmuje pogadanka, zaliczana do metod podających, gdzie dwukierunkowość komunikacji daje możliwość klaryfikacji wiedzy, poprzez wyjaśnianie pojęć, uzupełnienie braków w wiedzy, czy wykrywanie błędnego sposobu myślenia i interpretacji zjawisk [12].

Doświadczenia różnych autorów wskazują na potrzebę indywidualizacji i łączenia różnych metod edukacji zdrowotnej, z uwzględnieniem tradycyjnych modeli oraz interaktywnych, bądź z wykorzystaniem nowoczesnych technik audiowizualnych [13,14].

## **Charakterystyka wybranych metod dydaktycznych**

### **Techniki metody podającej**

- **Wykład informacyjny** (konwencjonalny) – bezpośrednie lub pośrednie przekazywanie uczącym się, za pomocą słowa, informacji nowych i trudno dostępnych. Przekaz typu „podającego” nie sprzyja samodzielnemu myśleniu i działaniu, nie rozwija umiejętności dostrzegania problemów, ich formułowania i rozwiązywania. W edukacji osób starszych wykład nie powinien trwać dłużej niż 20 minut i najkorzystniej łączyć go z pogadanką.
- **Opis** – podanie charakterystycznych cech głównie przedmiotów, osób, zjawisk i procesów. Opisowi powinien towarzyszyć pokaz opisywanego przedmiotu w naturze, w postaci rysunku, schematu, fotografii lub obrazu filmowego. Opis bez wyjaśnienia posiada znikomą wartość poznawczą. Technikę opisu stosuje się łącznie przy pokazie, służącym nauczaniu umiejętności manualnych.
- **Instruktaż** – metoda słowna, komentarz wspierający pokaz. Polega na omówieniu i wyjaśnieniu celu wykonywanej czynności, obowiązujących zasad przy ustalaniu optymalnej kolejności elementów tej czynności i techniki ich wykonania. Wyjaśnienie może być przekazane na piśmie, uzupełnione rysunkiem lub schematem.
- **Pogadanka** to metoda nauczania oparta na dialogu nauczyciela i ucznia/uczniów. Podstawową jednostką interakcyjną w metodzie pogadanki stanowią: pytanie nauczyciela/edukatora – odpowiedź ucznia/pacjenta – porządkowanie i wartościowanie odpowiedzi przez prowadzącego. Nauczyciel/edukator jest osobą kierującą pogadanką, zmierza on do realizacji znanego sobie celu poznania, zadaje kolejne pytania.

### **Postacie pogadanki:**

- *pogadanka wstępna* – pełni funkcję porządkującą, organizacyjną i przygotowawczą; przygotowuje uczestników do pracy na zajęciach, wytwarza stan gotowości, motywacji;
- *pogadanka przedstawiająca nowe wiadomości* – ma postać rozmowy, aktywizuje uczestników do „odkrywania” nowych treści i powiązania ich z własnym doświadczeniem czy dotychczasową wiedzą;
- *pogadanka utrwalająca* – polega na uporządkowaniu materiału już wcześniej opanowanego, wyjaśnieniu, uogólnieniu;
- *pogadanka kontrolna* – prowadzący rozmawia z uczącym się na temat treści już wcześniej zrealizowanych; pełni rolę sprawdzania stopnia opanowania wiedzy.

### **Techniki metod praktycznych**

Metody oparte na działalności praktycznej mają na celu ułatwienie bezpośredniego poznania rzeczywistości. Dzięki nim można kształtować i rozwijać umiejętności, nawyki i sprawności o charakterze praktycznym, dotyczące sfery motoryczno-ruchowej oraz intelektualnej. Istotną rolę w tych metodach odgrywa także słowo.

Spośród metod określanych w tradycyjnych klasyfikacjach jako praktyczne, w edukacji zdrowotnej mogą być wykorzystane pokaz i ćwiczenia pod kierunkiem.

**Pokaz** jest metodą opartą na obserwacji i ma na celu zapoznanie uczestników z określonym przedmiotem, zjawiskiem lub procesem. Powinno mu zawsze towarzyszyć omówienie np. zasad wykonania czynności, jej struktury, ewentualnych przeciwwskazań, opis np. techniczny urządzenia lub instruktaż, który powinien być zawsze konkretny, zwięzły i praktyczny. Techniki te ukierunkowują obserwację i jednocześnie pozwalają połączyć wiedzę praktyczną z teoretyczną. Zaleca się również wykorzystanie rysunków lub schematów pozwalających lepiej zrozumieć omawiane zagadnienie. Podczas pokazu należy zadbać o odpowiednią widoczność demonstrowanej procedury (np. oświetlenie, ustawienie krzeseł), umożliwiającą efektywną obserwację. Należy także ukierunkować obserwację poprzez zwracanie uwagi na istotne elementy pokazu. Do przeprowadzenia pokazu prowadzący powinien się starannie przygotować, by pokazać daną czynność bezbłędnie, zgodnie z przyjętą procedurą.

Chcąc kształtować umiejętności manualne u uczestników, pokaz łączy się z techniką – *ćwiczenia pod kierunkiem*. Zaleca się, by po omówieniu i pokazie, uczestnicy mieli możliwość przećwiczenia danej czynności, pod kierunkiem edukatora, opierając się na przyjętym wzorcu. W następnym etapie prowadzący udziela konkretnej informacji zwrotnej, motywując uczestników do doskonalenia umiejętności. Celem jest doprowadzenie do biegłego wykonywania zadania.

Ważnymi zaleceniami podczas stosowania metody ćwiczeń są:

- informacja zwrotna, szczególnie w początkowym okresie ćwiczeń;
- stopniowanie trudności;
- przechodzenie do następnej czynności dopiero po opanowaniu poprzedniej;
- wykonanie ćwiczenia kompleksowego, po opanowaniu poszczególnych czynności przez uczących się.

### **Techniki metody problemowych**

Zarówno w dydaktyce, jak i edukacji zdrowotnej, stosuje się różne metody kształcenia, jednak na szczególną uwagę zasługują metody problemowe/aktywizujące. Powstały one jako przeciwieństwo klasycznego (tradycyjnego) sposobu kształcenia, który w pewien sposób ogranicza proces uczenia się do zapamiętywania, a następnie odtwarzania zapamiętanego materiału. Nauczanie problemowe kształtuje umiejętności samodzielnego uczenia się i dąży do uczenia samokierowanego. Słuchacze zachęceni są do stawiania pytań i poszukiwania samodzielnymi rozwiązaniami analizowanych problemów.

*Dyskusja* to technika nauczania, w której uczestnicy rozmawiają ze sobą, dzieląc się myślami i opiniami. Celem dyskusji jest poszerzenie wiedzy, sposobu myślenia i postrzegania danego zagadnienia oraz aktywne zaangażowanie odbiorców poruszaną tematyką. W edukacji zdrowotnej powyższa technika znajduje swoje wykorzystanie w sytuacji, gdy chcemy np. zmienić zachowania zdrowotne, poglądy czy opinie uczestnika, a spotykamy się z oporem, stereotypami myślowymi, brakiem otwartości na zmiany. Perswazja, czy dawanie poprawnych przykładów nie przynosi rezultatów, natomiast argumenty wysuwane podczas dyskusji mogą okazać się przekonujące i pomocne w osiągnięciu celu.

Metoda dyskusji, z uwagi na poruszane zagadnienia problemowe, czy występującą u uczestników różnicę zdań, wymaga przestrzegania poniższych zasad:

- wszyscy wypowiadają się na ustalony temat, zwięźle, bez powtarzania;
- słuchają się nawzajem, zadają pytania otwarte, bez ukrytych założeń;

- nie przerywają, nie mówią jednocześnie, nie kończą zdań za innych;
- argumentują rzeczowo, mówią tylko o tym, co jest sprawdzone i dowiedzione;
- nie dyskutują o wartościach, nie atakują się nawzajem, nie obrażają, nie ośmieszają, nie czynią aluzji;
- każdy uczestnik dyskusji ma możliwość wypowiedzenia się;
- nie poddają się – można pozostać przy różnicy zdań.

Dyskusja powinna zakończyć się wyciągnięciem wniosków, podsumowaniem.

**Burza mózgow** - metoda nazywana również „sesją szczęśliwych pomysłów” lub „metodą o odroczonej wartościowaniu”, polega na możliwości szybkiego zgromadzenia wielu hipotez rozwiązania postawionego problemu w krótkim czasie. Uczestnicy spontanicznie, bez zastanowienia się, samokrytyki i samokontroli, zgłaszają swoje pomysły. Propozycje nie są oceniane, każde są cenne, gdyż mogą być inspiracją dla innych pomysłów. W następnym etapie, gdy aktywność słuchaczy wyczerpie się, najkorzystniej po przerwie (wygaszenie emocji), uczestnicy przyglądają się zapisanym np. na tablicy hipotezom i już spokojnie analizują oraz dokonują wyboru najlepszych rozwiązań.

**Metoda rybiego szkieletu** – nazwa pochodzi od formy graficznej przypominającej szkielet ryby, znana jest również, jako „schemat przyczyn i skutków”. Służy do identyfikacji czynników odpowiadających za powstanie problemu. Słuchacze definiują problem (głowa ryby) i za pomocą *burzy mózgow* ustalają główne czynniki, mogące mieć wpływ na występowanie problemu, wpisując je w tzw. „ości duże”. W następnym etapie uczestnicy dzieleni są na tyle grup ile jest tzw. „dużych ości”. Każda grupa otrzymuje jedną „ość” i próbuje odnaleźć przyczyny, które mają wpływ na dany czynnik główny. Przedstawiciele poszczególnych grup wpisują czynniki szczegółowe w „ości małe”. Z zebranej listy danych wybierają najistotniejsze, wyciągają wnioski i formułują rozwiązanie problemu (ogon ryby).

**Metaplan**, zwany także „cichą dyskusją”, jest skróconym, graficznym zapisem obrad na dany temat. Metoda nie wywołuje zbędnych spiec i konfliktów wewnątrzgrupowych. Uczestnicy wspólnie tworzą plakat. Myśli dotyczące problemu zapisywane są na kolorowych kartkach w krótkiej formie, odpowiadając na kluczowe pytania:

- jak jest?
- jak być powinno?
- dlaczego nie jest tak jak być powinno?
- co zrobić, aby zmienić tę sytuację (wnioski)?

Metoda inspirowane do poszukiwań, szczegółowej analizy zagadnienia i oceny faktów.

**Drzewo decyzyjne** - polega ona na wizualnej prezentacji przebiegu procesu myślenia, z wykorzystaniem rysunku drzewa (plakat), gdzie: w pniu wpisuje się sytuację wymagającą podjęcia decyzji; na poziomie niższych gałęzi - możliwe warianty rozwiązania określonego problemu; na wyższym poziomie dobre i złe strony wyboru (plusy i minusy każdej decyzji); w koronie drzewa określa się cele i wartości, którymi kierować się powinni uczestnicy przy podejmowaniu ostatecznej decyzji.

Technika drzewa decyzyjnego jest szczególnie przydatna w problemach decyzyjnych z licznymi, rozgałęziającymi się wariantami oraz w przypadku podejmowania decyzji w warunkach ryzyka.

**Metoda inscenizacji** jest metodą aktywizującą, gdzie uczestnicy wchodząc w określone role, utożsamiają się z odgrywaną postacią. Istotą metody jest wykorzystanie zmysłów, wyobraźni oraz ruchu i mowy dla przeżycia określonych sytuacji i problemów. Ułatwia to zrozumienie ludzkich zachowań oraz intencji na poziomie emocji i uczuć. W metodzie inscenizacji nie przedstawia się gotowych wzorców i scenariuszy. Dominuje aktywność i spontaniczność działania. Odgrywający inscenizację próbują rozwiązać problem w trakcie jej trwania, bądź po zakończeniu, gdzie włączają się wszyscy uczestnicy zajęć (obserwatorzy). Na zakończenie omawia się również refleksje związane z rolą, napotkane trudności, ograniczenia i dokonuje się samooceny [2,4,9,10,12,15-21].

W procesie edukacji zdrowotnej można również wykorzystać **metody oddziaływania wychowawczego**, gdzie Konarzewski wyróżnia:

- metodę modelowania (dawanie dobrego przykładu, poprawnych społecznie i moralnie zachowań);
- metodę zadaniową (powierzanie wychowankom konkretnych zadań);
- metodę perswazji (słowne oddziaływanie, szczególnie na świadomość moralną – wyjaśnianie i przyswajanie powszechnie uznawanych norm, zasad, wartości moralnych);
- nagradzania i karania (wzmacniania pozytywnego i negatywnego) [22].

### **Formy organizacyjne stosowane w edukacji zdrowotnej**

Wybór formy organizacyjnej edukacji zależy od wielu czynników, gdzie główne to: cele edukacji i założone do osiągnięcia efekty, wiek i liczba podopiecznych, miejsce prowadzenia zajęć oraz czas, jaki edukator planuje przeznaczyć na edukację zdrowotną.

Ze względu na liczbę uczestników, wyróżnia się formy organizacyjne edukacji indywidualnej, grupowej i zbiorowej.

1. **Forma indywidualna** polega na wykonywaniu przez uczestnika/pacjenta zadań specjalnie dla niego przygotowanych, zależnych od rozpoznanego stanu i sytuacji, dostosowanych do celów, które ma osiągnąć. Realizowana jest przez wyjaśnienia, poradnictwo, pokazy, ćwiczenia, szczególnie przydatna jest w nauczaniu umiejętności manualnych. Zaletą edukacji indywidualnej jest bezpośredni kontakt edukatora z podopiecznym, co daje możliwość poznania obaw, zamierzeń, oczekiwań pacjenta/rodziny i tworzenia zindywidualizowanych programów edukacji, uwzględniających również aspekt środowiska podopiecznego.
2. **Forma grupowa** to wykonywanie wspólnych zadań przez kilka osób (np. tworzenie plakatu - rozwiązywanie problemu metodą rybiego szkieletu, dyskusja w grupach). Ważny jest dobór osób w grupie, by uniknąć negatywnych reakcji i zachowań, różnicy zdań, utrudniających pracę. Cenne jest jednocześnie współzawodnictwo międzygrupowe, podnoszące motywację do udziału w zajęciach. W chorobie przewlekłej duże znaczenie odgrywają grupy wsparcia. Przykład innych osób pomaga choremu/rodzynie zaakceptować chorobę i radzić sobie z codziennymi problemami. Grupa daje poczucie przynależności, akceptacji i braku odmienności.
3. **Forma zbiorowa** polega na oddziaływaniu na całą grupę. Wszyscy uczestnicy wykonują równocześnie tę samą pracę, chociaż pracują we właściwym dla siebie tempie (np. udział w zajęciach prowadzonych techniką wykładu, pokazu). Treści kształcenia dostosowane są do średniego poziomu wszystkich uczestników.

W edukacji zdrowotnej, skierowanej do ludzi zdrowych, mającej na celu wzmacnianie i potęgowanie zdrowia, czy osób zagrożonych czynnikami ryzyka, zaleca się formy pracy zbiorowej i grupowej. W edukacji pacjenta, najbardziej skuteczna jest praca indywidualna. [4,14].

Planując działania edukacyjne wobec osób starszych, ze względu na ograniczenia zdrowotne, trudności w funkcjonowaniu, należy ograniczyć ilość tematów edukacyjnych w czasie jednego spotkania, a informacje przekazywać w sposób łatwy do zapamiętania. Wskazane jest włączenie do udziału w proces edukacji opiekunów osób starszych i przygotowanie przystępnych materiałów informacyjnych, klaryfikujących i utrwalających zdobytą wiedzę w toku edukacji [3,23].

#### ***Zalecenia do opracowywania materiałów informacyjnych:***

- zacznij od wprowadzenia nawiązującego do już zdobytej przez odbiorcę wiedzy,

- podsumuj przedstawione idee i dowody,
- umieść tytuły i podtytuły,
- przedstaw praktyczne przykłady,
- pozostaw wolne miejsca by materiał wyglądał lekko,
- zostaw trochę miejsca na notatki,
- używaj prostego języka,
- umieszczaj tabele, rysunki i wykresy - układ graficzny przejrzysty,
- nie zapomnij o podpisach,
- zadawaj pytania i ćwiczenia - pobudzisz do myślenia, ułatwisz utrwalanie wiedzy [4].

Tematyka zajęć edukacyjnych w stosunku do osób starszych i ich opiekunów, dotyczyć powinna w szczególności:

- diety (ryzyko otyłości, bądź niedożywienia, predyspozycje do rozwoju chorób - nadciśnienie, choroba niedokrwienna serca, udar mózgu); zasad prawidłowego odżywiania; metod zmiany niekorzystnych nawyków żywieniowych;
- aktywności fizycznej - zasad i form zalecanej aktywności, zależnej od wydolności funkcjonalnej i stanu zdrowia, korzyści płynących ze zwiększenia aktywności fizycznej;
- stresu - uświadomienia problemu wysokiego poziomu stresu u osób starszych; metody radzenia sobie z sytuacją trudną, relaksacji – w stosunku do osób starszych i opiekunów;
- nałogów - uwrażliwienia na konsekwencje zachowań antyzdrowotnych (stosowanie używek); zachęcenie do ograniczenia lub rezygnacji z palenia papierosów, zerwania z nałogiem alkoholowym; wspieranie psychiczne osób podejmujących próby, motywowanie;
- wypadków i urazów - profilaktyka upadków, organizacja bezpiecznego środowiska zamieszkania;
- w przypadku chorób – edukacja dotycząca schorzeń, zachowań zdrowotnych sprzyjających efektywności terapii; wtórna prewencja zniepełnienia;
- w przypadku osób niedołączonych – w zakresie schorzeń i działań opiekuńczych, wdrażanie programów rehabilitacji, terapii zajęciowej [3].

Znajomość podstaw metodyki edukacji zdrowotnej jest niezbędna w oddziaływaniach wychowawczych/edukacyjnych, ukierunkowanych na zmianę zachowań zdrowotnych, jak i przygotowanie pacjenta/rodziny do sprawowania opieki nieprofesjonalnej. Edukacja



zdrowotna powinna być nastawiona na motywowanie do podejmowania zachowań korzystnych dla zdrowia [15,21,24,25].

## **Piśmiennictwo**

1. Woynarowska B.: Planowanie programów edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. *Probl Hig Epidemiol.* 2009; 90(3): 293-298.
2. Woynarowska B.: *Metodyka edukacji zdrowotnej.* [w:] *Edukacja zdrowotna.* Woynarowska B. (red.). Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2016: 140-204.
3. Kornatowski T., Grzešek G.: *Edukacja zdrowotna w wieku podeszłym.* [w:] *Wybrane zagadnienia z edukacji zdrowotnej.* Juszczak M. (red.). Wydawnictwo Wyższej Szkoły Ekonomii i Prawa im. prof. Edwarda Lipińskiego w Kielcach, Kielce 2010: 459-469.
4. Ciechaniewicz W. (red.): *Pedagogika.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
5. Sierakowska M.: *Metodyka w edukacji zdrowotnej w kształceniu zawodowym pielęgniarek: Podstawy tworzenia projektów edukacyjnych dla pacjentów.* [w:] *Edukacja zdrowotna w praktyce pielęgniarskiej.* M. Sierakowska, I. Wrońska (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015, s. 51-65.
6. Sierakowska M.: *Metodyka edukacji zdrowotnej w kształceniu zawodowym pielęgniarek. Przygotowanie pielęgniarek do diagnozowania problemów edukacyjnych odbiorców opieki zdrowotnej.* [w:] *Edukacja zdrowotna w praktyce pielęgniarskiej.* Sierakowska M., Wrońska I. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015: 41-50.
7. Szlosek F.: *Wstęp do dydaktyki przedmiotów zawodowych.* Wydawnictwo ITE, Radom 1995.
8. Kózka M., Płaszewska-Żywko L.: *Ewaluacja efektów kształcenia w obszarze edukacji zdrowotnej. Metodyka edukacji zdrowotnej w kształceniu zawodowym pielęgniarek.* [w:] *Edukacja zdrowotna w praktyce pielęgniarskiej.* Sierakowska M., Wrońska I. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015: 116-124.
9. Nowacki T.N.: *Aktywizujące metody w kształceniu.* CODN, Warszawa 1999.
10. Kupisiewicz C.: *Postawy dydaktyki.* WSiP, Warszawa 2005.
11. Wasyluk J.: *Podręcznik dydaktyki medycznej.* CMKP, Warszawa 1998.
12. Pankowska D.: *Pedagogika dla nauczycieli w praktyce: materiały metodyczne.* Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2008.
13. Lankau A., Sierakowska M.: *Metodyka w edukacji zdrowotnej w kształceniu zawodowym pielęgniarek. Metody aktywizujące wykorzystywane w edukacji.*

- [w:] Edukacja zdrowotna w praktyce pielęgniarskiej. Sierakowska M., Wrońska I. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015: 66-77.
14. Sierakowska M., Wrońska I. (red.): Edukacja zdrowotna w praktyce pielęgniarskiej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015.
  15. Kózka M.: Edukacja jako element przygotowania chorego do samoopieki. [w:] Modele opieki pielęgniarskiej nad chorym dorosłym. Podręcznik dla studiów medycznych. Kózka M., Płaszewska-Żywko L. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010: 51-60.
  16. Brudnik E., Moszyńska A., Owczarska B.: Ja i mój uczeń pracujemy aktywnie. Przewodnik po metodach aktywizujących. Wydawnictwo Jedność, Kielce 2010.
  17. Ciechaniewicz W.: Działania pedagogiczne w pracy pielęgniarki. [w:] Wprowadzenie do pielęgniarstwa. Zahradniczek K. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999: 187-217.
  18. Jarmuż S., Witkowski T.: Podręcznik trenera. Moderator, Wrocław 2004.
  19. Klimowicz A.: Metody nauczania w pracy z dorosłymi. [w:] Poradnik edukatora. Owczarz M. (red.). CODN, Warszawa 2005.
  20. Plewka C., Taraszkiewicz M.: Uczymy się uczyć. „Pedagogium” Wydawnictwo OR TWP, Szczecin 2010.
  21. Stępień R., Wiraszka G.: Metodyka edukacji osób chorych z perspektywy roli zawodowej pielęgniarki. [w:] [w:] Wybrane zagadnienia z edukacji zdrowotnej. Juszczyk M. (red.). Wydawnictwo Wyższej Szkoły Ekonomii i Prawa im. prof. Edwarda Lipińskiego w Kielcach, Kielce 2010: 107-120.
  22. Konarzewski K. (red.): Sztuka nauczania. Szkoła. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1995.
  23. Doroszkiewicz H., Sierakowska M., Lewko J., Ostrowska A.: Ocena stanu funkcjonalnego pacjentów geriatrycznych wyznacznikiem zakresu opieki pielęgniarskiej. *Probl Pielęg.* 2014; 22(3): 258-264.
  24. Sierakowska M., Lewko J., Krajewska K., Kowalczyk K., Krajewska-Kułak E.: Jak żyć z przewlekłą chorobą reumatyczną – rola pielęgniarki w edukacji pacjentów. *Probl Pielęg.* 2008; 16(1-2): 199-204.
  25. Sierakowska M., Klepacka M., Sierakowski S.J., Pawlak-Buś K., Leszczyński P., Majdan M., Olesińska M., Romanowski W., Bykowska-Sochacka M., Jeka S., Sierakowska J.A., Ndosi M., Krajewska-Kułak E.: Assessment of education requirements for patients with rheumatoid arthritis, based on the Polish version of the

Educational Needs Assessment Tool (Pol-ENAT), in the light of some health problems  
- A cross-sectional study. *Ann Agric Environ Med.* 2016; 23(2): 361-367.



## **Zachowania zdrowotne u pacjentów z somatycznymi chorobami przewlekłymi**

*Donata Kurpas*

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

### **Wstęp**

Styl życia, obejmujący zachowania zdrowotne, jest główną zmienną modulującą stan zdrowia obok czynników biologicznych, genetycznych i społecznych oraz dostępności i poziomu jakości opieki medycznej [1]. Ponad połowa rocznych zgonów w USA jest konsekwencją zachowań antyzdrowotnych [2]. Uznano je także za główne czynniki ryzyka dla zdrowia Europejczyków [3]. Zarówno badania naukowe, jak i programy rządowe potwierdzają celowość zaleceń podkreślających konieczność stymulacji zachowań zdrowotnych u pojedynczych pacjentów, ale przede wszystkim społeczności lokalnych [4,5]. Zachowania zdrowotne opóźniają niepełnosprawność pacjentów, a przez to konieczność wsparcia socjalnego [2,6-8]. Wskazuje się także na możliwość opóźnienia zgonu przez indukowanie zachowań prozdrowotnych [8,9] oraz ich efektywność ekonomiczną w zakresie zarówno bezpośrednich, jak i pośrednich kosztów medycznych [3,4,10].

Zachowania zdrowotne są rozpatrywane jako kluczowy element promocji zdrowia i profilaktyki chorób przewlekłych. Dotyczy to zwłaszcza prawidłowych nawyków żywieniowych (rodzaj spożywanej żywności, np. pieczywo pełnoziarniste, warzywa i owoce, unikanie spożycia tłuszczu zwierzęcego, cukru, soli, konserwantów), zachowań profilaktycznych (przestrzeganie zaleceń zdrowotnych oraz uzyskiwanie informacji na temat zdrowia i choroby), pozytywnego nastawienia psychicznego (unikanie zbyt silnych emocji, stresów i napięć, uregulowane relacje towarzyskie oraz pozytywne postrzeganie) i praktyk zdrowotnych (codzienne nawyki dotyczące snu i rekreacji, aktywności fizycznej, kontroli masy ciała, ograniczenia palenia tytoniu) [11]. Uważa się, że zachowania zdrowotne powinny być indukowane i wzmacniane zwłaszcza na poziomie opieki podstawowej, a wykorzystanie zasobów lokalnych społeczności jest kluczowe [12,13].

### **Promocja zdrowia i profilaktyka chorób – składowe zachowań zdrowotnych**

W 1992 r. podczas *International Conference on Nutrition* podkreślono potrzebę zapobiegania chorobom przewlekłym przez prawidłowy styl życia, w tym dietę [14]. Zagadnienie to przypomniano podczas zgromadzenia krajów członkowskich WHO w 1998 r.

[15] i ponownie w 1999 r. [16]. W 2000 r. WHO rozpowszechniło rezolucję dotyczącą prewencji chorób przewlekłych [17], a w 2002 r. - nawołującą kraje członkowskie do zintegrowanej współpracy z WHO w celu rozwoju globalnej strategii dotyczącej zachowań dietetycznych, aktywności fizycznej i szeroko rozumianego zdrowia w celu zapobiegania chorobom przewlekłym i ich kontroli zgodnie z wytycznymi *evidence based medicine* [18].

Głównym celem opieki zdrowotnej opartej na modelu biopsychospołecznym jest szeroko rozumiane podwyższenie jakości tej opieki z poprawą koordynacji oraz równoczesnym obniżeniem kosztów. Największy nacisk kładzie się tu na programy profilaktyczne i poprawę opieki nad grupami ryzyka [19], w tym profilaktyka pierwotna jest uznawana za najbardziej efektywną kosztowo w odniesieniu do chorób przewlekłych [20]. W założeniach nowoczesnej opieki zdrowotnej wskazuje się na konieczność zapewnienia przestrzeni dla programów promocji zdrowia i profilaktyki chorób z pomiarem zachowań zdrowotnych, które hamują postęp chorób przewlekłych i powstawanie ich powikłań [21]. Oferowanie usług związanych z profilaktyką chorób przewlekłych jest również jednym ze wskaźników wszechstronności systemu opieki zdrowotnej oraz świadczy o jej proaktywnym charakterze. Zarządzanie danymi w ramach modelu biopsychospołecznego ma umożliwiać przede wszystkim identyfikację grup ryzyka, ich regularne kontrole i zapewnienie wsparcia dla samokontroli pacjentów [22]. Wykazano, że zorganizowane plany prewencji na poziomie statystycznie istotnym modulują czynniki ryzyka. Pacjenci wykorzystujący nowe technologie do monitorowania efektywności tych programów są również bardziej zaangażowani w ich realizację [23].

Zgodnie z Raportem *Institute of Medicine* z 2008 r. u pacjentów chorych przewlekle kluczowym elementem programów profilaktycznych powinno być wsparcie w radzeniu sobie z emocjami związanymi z chorobą przewlekłą. Skutki choroby przewlekłej powinny być rozumiane jako mające wpływ nie tylko na samopoczucie somatyczne pacjenta, ale również samopoczucie psychiczne, funkcjonowanie pacjenta w systemie rodziny i innych relacjach społecznych [24].

### **Doświadczenia innych krajów**

W Finlandii stwierdzono gwałtowny spadek śmiertelności z powodu chorób układu krążenia między początkiem lat 70., a 1995 r. Dokładniejsze analizy wykazały, że był on związany z obniżeniem stężenia cholesterolu i ciśnienia krwi w wyniku zmian zachowań dietetycznych. Znaczenie farmakoterapii i terapii zabiegowej było znikome. Podobne doświadczenia opisano w Republice Korei, gdzie utrzymano pierwotną kulturowo dietę bogatą w warzywa i ubogą w tłuszcze, mimo gwałtownych zmian socjalnych i ekonomicznych [25].

Poziom chorób przewlekłych, w tym otyłości i przyjmowanych tłuszczów jest w Republice Korei niższy niż w krajach o podobnym poziomie rozwoju ekonomicznego. Warto tu podkreślić, że epidemia otyłości i wszystkich współwystępujących chorób przewlekłych zaczyna być wyzwaniem dla systemów opieki zdrowotnej w Indiach, Meksyku, Nigerii i Tunezji [26].

W Wielkiej Brytanii 25% środków finansowych przekazywanych ośrodkom opieki podstawowej zależy od poziomu jakości świadczonych usług i są one jedynie uzupełniane przez stawkę kapitałową oraz środki finansowe wynikające z oceny infrastruktury placówki – przez jakość opieki rozumie się tu przede wszystkim stopień realizowania założeń promocji zdrowia i profilaktyki chorób. Jakość jest mierzona za pomocą QOF (*Quality and Outcomes Framework*) biorącego pod uwagę przede wszystkim opiekę kliniczną nad chorymi przewlekle z analizą stopnia realizacji założeń wtórnej i trzeciorzędowej profilaktyki chorób przewlekłych. Najwyżej premiowane są wyniki opieki bliskie określonym standardom w chorobie niedokrwiennej mięśnia sercowego, nadciśnieniu i cukrzycy. Zgodnie z założeniami CCM brana jest pod uwagę nie tylko spełnianie wytycznych u pojedynczych pacjentów, ale również wskaźniki wynikające z analizy całej populacji objętej opieką [27].

W USA system finansowania opieki zdrowotnej jest oparty na systemie *fee for service*, ale z dużym udziałem profilaktyki chorób przewlekłych, których koszty medyczne pośrednie i bezpośrednie są najwyższe (cukrzyca typu 2, niewydolność serca, POChP). Do pięciu najistotniejszych programów profilaktycznych prowadzonych wśród pracowników zalicza się: program zapobiegania rakowi piersi, chorobie wieńcowej, cukrzycy, nadciśnieniu tętniczemu, udarom mózgu, zespołowi bólowemu dolnego odcinka kręgosłupa, szczepienia przeciwko grypie [28,29]. Pakiety *year of care* przygotowane dla ośrodków opieki podstawowej w USA (dotyczyły pierwotnie tylko chorych na cukrzycę typu 2), zostały zaimplementowane w Wielkiej Brytanii. Alokacja i wysokość środków finansowych przeznaczonych na ich prowadzenie wynika z liczby pacjentów z określoną chorobą przewlekłą, brana jest także pod uwagę struktura usług medycznych związanych z programami profilaktycznymi w ciągu ostatniego roku [27].

W Australii, gdzie ogromną rolę przywiązuje się do poziomu jakości opieki zdrowotnej, od 1999 r. podkreśla się znaczenie większego udziału lekarzy rodzinnych i pielęgniarek środowiskowych w projekty promocji zdrowia i profilaktyki chorób. Środki finansowe przekazywane opiece podstawowej pozostają w zależności z poziomem jakości świadczonej opieki i stopniem spełniania kryteriów określonych dla opieki nad chorymi przewlekle, w tym przede wszystkim dotyczących promocji zdrowia i profilaktyki chorób, np. w ramach

ewaluacji skuteczności opieki nad pacjentami chorymi na cukrzycę typu 2 środki finansowe są wypłacane jedynie za pacjenta, który ukończył jednoroczny cykl opieki z oceną HbA1c, lipidogramu, ciśnienia krwi, masy ciała, behawioralnych czynników ryzyka i powikłań [27].

### **Rozwiązania systemowe**

Krytykowane jest izolowane finansowanie pojedynczych programów profilaktycznych. Retrospektywne analizy nie wykazały istotnego statystycznie wpływu dodatkowego finansowania wybranych usług z zakresu profilaktyki chorób na liczbę tych usług i efekt kliniczny u pacjentów [28]. Wykazano, że jeśli nawet jest notowany wzrost poziomu jakości opieki nad chorymi przewlekle w wyniku dodatkowego finansowania, spowolnieniu ulega poprawa koordynacji i ciągłości opieki, zaburzona zostaje dynamika między zespołem ośrodka podstawowej opieki zdrowotnej i pacjentami w konsekwencji zmian personalnych, stymulowanych przez izolowane finansowanie wybranych programów profilaktycznych [29]. Obecnie uważa się więc, że system *fee for service* nie sprzyja efektywnej opiece nad chorymi przewlekle z punktu widzenia programów prewencji [30].

Wśród największych barier wdrażania programów profilaktycznych wymienia się: czas niezbędny do dostosowania procedur ośrodka opieki podstawowej do wytycznych danego programu profilaktycznego oraz zbyt niski poziom finansowania [26].

Podkreśla się znaczenie programów zintegrowanych z funkcjonowaniem ośrodków opieki podstawowej, a nie – izolowanych czy odrębnie finansowanych [29]. Przykładem takich interwencji jest monitoring stanu pacjentów po hospitalizacji oraz określenie grup największego ryzyka ponownej hospitalizacji. Wykazano skuteczność kliniczną i ekonomiczną takiego programu wśród pacjentów z niewydolnością serca. Stwierdzono także, że efektywniejsze ekonomicznie są programy zgodne z modelem biopsychospołecznym, których głównym celem jest samoopieka pacjentów - zmniejszały one poziom korzystania z usług medycznych. Wykazano, że zwiększenie dostępności do opieki podstawowej ogranicza hospitalizacje i nadmierne korzystanie z wysoko specjalistycznych usług medycznych [26].

Warto podkreślić, że efekty kliniczne profilaktyki u pacjentów w wieku podeszłym mogą być większe niż u pacjentów młodszych, dotyczy to zwłaszcza programów prewencji korygujących styl życia. W planowaniu programów profilaktycznych warto także pamiętać, że w okresie krótkoterminowym jedna na pięć interwencji profilaktycznych wiąże się z obniżeniem kosztów, większość z nich początkowo podwyższa bezpośrednio koszty medyczne [31].



## **Znaczenie wielochorobowości**

Prewencja chorób przewlekłych mogłaby w ciągu 10-lecia zapobiec 36 mln zgonów, jest to jednak możliwe tylko przy wzmocnieniu całego systemu opieki zdrowotnej [20]. Staje się oczywiste, że konsekwencją medycyny zorientowanej na terapię nie jest zmniejszenie częstości występowania zaburzeń, ale eskalacja problemu opieki nad wzrastającym odsetkiem chorych przewlekłe [32]. Coraz istotniejszy staje się problem współwystępowania chorób przewlekłych i brak przygotowania na to systemów opieki zdrowotnej. Najczęściej programy dotyczące opieki nad pacjentem z chorobą przewlekłą dotyczą pojedynczego zaburzenia, rzadko w badaniach porusza się fakt, że u co najmniej połowy pacjentów z chorobą przewlekłą rozpoznano więcej niż jedno zaburzenie przewlekłe. Potrzeby pacjentów z jedną chorobą przewlekłą różnią się od pacjentów z wielochorobowością, a wystąpienie jednej choroby przewlekłej zwiększa ryzyko kolejnych. Stąd u pacjentów z wielochorobowością wykazano większe ryzyko nagłego pogorszenia się stanu zdrowia i trwałej niepełnosprawności. Poziom hospitalizacji z powodu zaburzeń, którym można zapobiegać został więc uznany za wrażliwy wskaźnik adekwatnej opieki podstawowej nad pacjentami z wielochorobowością [26]. Ta subpopulacja pacjentów jest kluczowym elementem systemu opieki zdrowotnej, w którym znaczenie ma nie paternalistyczny wzorzec kontaktu, ale współpraca prowadząca do przestrzegania procedur długoterminowej opieki i okresowej diagnostyki, a przede wszystkim ukierunkowana na promocję zdrowia, profilaktykę chorób, w tym uwzględniająca sferę socjalną i psychiczną pacjentów [33].

W grupie 952 pacjentów powyżej 40. roku życia z przewlekłymi chorobami układu krążenia, pulmonologicznymi, po udarze i z przewlekłymi chorobami zapalnymi stawów obwodowych programy oparte na zasadach modelu biopsychospołecznego wykazały istotną statystycznie efektywność po 6 miesiącach (w porównaniu do grupy z dotychczas stosowaną opieką) w zakresie: zwiększenia ilości wysiłku fizycznego, rzadszego występowania zaburzeń poznawczych, poprawy poziomu komunikacji z lekarzem, poprawy stanu zdrowia w subiektywnej ocenie, zmniejszenia natężenia emocji związanych z chorobą przewlekłą, zmniejszenia poczucia zmęczenia, niepełnosprawności, zmniejszenia ograniczenia aktywności w pełnieniu ról społecznych oraz liczby i czasu trwania hospitalizacji. Interwencje były zorientowane na dookreślanie potrzeb pacjentów chorych przewlekłe. Specyfika programów uwzględniała wielochorobowość występującą u większości pacjentów. Programy te uwzględniały sam fakt występowania chorób przewlekłych, nie rodzaj choroby przewlekłej [26].

W metaanalizie 118 programów dotyczących chorób przewlekłych stwierdzono, że najczęstszą interwencją była edukacja pacjentów, edukacja profesjonalistów opieki zdrowotnej i uzyskiwanie informacji zwrotnej od profesjonalistów opieki zdrowotnej. W większości programów stosowano więcej niż jedną interwencję. Edukacja profesjonalistów, analiza informacji zwrotnych i system wsparcia informacyjnego wiązały się ze statystycznie istotną poprawą w przestrzeganiu wytycznych oraz statystycznie istotną kliniczną kontrolą choroby u pacjentów, podobnie jak: edukacja pacjentów, system wsparcia informacyjnego oraz bodźce finansowe. Wpływ wszystkich stosowanych interwencji był istotny statystycznie z punktu widzenia kontroli klinicznej choroby, nie wykazano jednak przewagi którejkolwiek z interwencji przy rozpatrywaniu jej efektywności klinicznej [26].

Ocena stopnia implementacji modelu biopsychospołecznego w Australii została uznana za pomocną w modelowaniu ustawodawstwa skierowanego na opiekę podstawową jako główny poziom realizacji założeń tego modelu. Podkreśla się tam znaczenie koordynacji i integracji opieki oraz jej ujednoczenia z wprowadzeniem modelu zorientowanego na pacjenta z wielochorobowością, zamiast dotychczas obowiązującego modelu, który celował w sposób izolowany w poszczególne choroby przewlekłe u danego pacjenta. Uwagę zwraca się szczególnie na znaczenie rejestracji chorób przewlekłych, wzmacnianie kompetencji członków wielospecjalistycznych zespołów, w tym poszerzanie kompetencji pielęgniarek pracujących na terenie ośrodków podstawowej opieki zdrowotnej [34,35].

U pacjentów z wielochorobowością z założenia należy spodziewać się obniżenia poziomu jakości życia. Im wyższy stopień wielochorobowości (wyrażany liczbą chorób przewlekłych), tym niższy poziom jakości życia, co nasila stopień korzystania z usług w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Potwierdzono to również w grupie pacjentów z chorobami przewlekłymi w wieku podeszłym [26,36]. Wystąpienie wielochorobowości będzie więc niezależnym czynnikiem modulującym zachowania zdrowotne pacjentów [26].

### **Czynniki modulujące poziom zachowań zdrowotnych**

W heterogenicznej grupie pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej z chorobami przewlekłymi i wielochorobowością najniższy wskaźnik zachowań zdrowotnych dotyczy prawidłowych nawyków żywieniowych, a najwyższy – zachowań profilaktycznych. Dodatkowo całkowity wskaźnik zachowań zdrowotnych był wyższy przy wysokich poziomach jakości życia zwłaszcza w dziedzinie środowiskowej i psychologicznej, a wszystkie kategorie zachowań zdrowotnych pozostawały we wzajemnych wysokich dodatnich korelacjach. Im częściej obserwuje się zachowania profilaktyczne, tym częstsze będą: pozytywne

nastawienie psychiczne i prawidłowe nawyki żywieniowe. Ponadto im częściej obserwuje się pozytywne nastawienie psychiczne, tym częstsze są zachowania profilaktyczne, praktyki zdrowotne i prawidłowe nawyki żywieniowe, które są elementem terapii chorób przewlekłych [26]. Stymulowanie powyższych zachowań zdrowotnych może być efektywnie prowadzone wśród pacjentów chorych przewlekle przez właściwie przygotowane pielęgniarki środowiskowo-rodzinne [37].

Podstawowe znaczenie dla zachowań zdrowotnych pacjentów ma miejsce zamieszkania: mieszkający na wsi wykazują niższy poziom zachowań prozdrowotnych, w tym nawyków żywieniowych [26], potwierdzają to również obserwacje Lutfiyya i wsp. (2012) [10] oraz Dean i Sharkey (2011) [38]. Wiąże się to z trudniejszym dostępem pacjentów z rejonów wiejskich do opieki zdrowotnej [39-43]. Wykazano, że zamieszkanie na wsi jest niezależnym czynnikiem ryzyka otyłości [44], cukrzycy [45,46] i chorób układu sercowo-naczyniowego [46]. Zachowania zdrowotne częściej obserwuje się także u kobiet, pacjentów z wyższym poziomem wykształcenia, większą aktywnością fizyczną i niższym BMI [10]. Niski poziom zachowań zdrowotnych u mężczyzn potwierdzają nie tylko analizy Binkowskiej-Bury i wsp. (2010) [47], ale również Cianciary w ramach Raportu Siemens 2012 [48]. Potwierdzono większą rolę wykształcenia niż sytuacji materialnej dla stylu życia pacjenta, zwłaszcza chorego przewlekle [49]. Częściej zachowania zdrowotne podejmują pacjenci z wyższym wykształceniem [50]. Byun i wsp. (2010) [51] wykazali zależność między liczbą zachowań prozdrowotnych u pacjentów chorych przewlekle i długością życia. Dotyczyło to zwłaszcza mężczyzn w średnim wieku. Potwierdzono także dodatnią korelację między poziomem zachowań zdrowotnych i wiekiem [26,52,53]. Może ona wynikać z nasilenia objawów somatycznych w tej grupie pacjentów. Warto pamiętać o tym w procesie wprowadzania u pacjentów programów prewencji – propozycja stymulacji zachowań zdrowotnych w grupie pacjentów z somatycznie objawową chorobą będzie szybciej zaakceptowana niż u pacjentów bez objawów somatycznych. Znaczenie BMI dla poziomu zachowań zdrowotnych nie zostało jednoznacznie określone w badaniach [26].

Warto tu podkreślić, że zgodnie z analizami CBOS do działań prozdrowotnych pacjenci zaliczają regularne wizyty u lekarza (34% vs. 47% wśród respondentów niezadowolonych ze swojego zdrowia). Może to sugerować zwiększenie liczby wizyt u lekarzy opieki podstawowej w wyniku stymulacji zachowań zdrowotnych, tym bardziej, że od 1993 r. liczba respondentów deklarujących dbałość o zdrowie zwiększyła się o 23% [54]. Raymond i wsp. (2012) [55] stwierdzili, że poziom zachowań zdrowotnych, w tym profilaktycznych pozostaje w korelacji dodatniej z liczbą wizyt u lekarza opieki podstawowej. U pacjentów

hospitalizowanych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym wyższy wskaźnik zachowań zdrowotnych występował u pacjentów chorych przewlekle, częściej podejmowali oni praktyki zdrowotne związane z odpoczynkiem, regularnym snem, kontrolą masy ciała, ograniczeniem palenia tytoniu i unikaniem nadmiernego wysiłku fizycznego [56].

### **Grupy ryzyka niskiego poziomu zachowań zdrowotnych**

W heterogenicznej grupie pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej z chorobami przewlekłymi i wielochorobowością potwierdzono, że wpływ na niski poziom wszystkich zachowań zdrowotnych mają (od najsilniej do najslabiej wpływających): płeć męska, niski poziom jakości życia w dziedzinie psychologicznej, mała liczba leków, niski poziom niezaspokojonych potrzeb, niski poziom jakości życia w dziedzinie środowisko, młodszy wiek pacjenta, niski poziom satysfakcji z jakości życia, mniejsza liczba wizyt u lekarza w ciągu ostatniego roku, wyższy poziom satysfakcji z jakości stanu zdrowia, zbyt długi czas oczekiwania na wizytę przed gabinetem lekarza, niski poziom odczuwanych dolegliwości somatycznych, zamieszkanie na wsi, niski poziom usług zdrowotnych (z których korzystał pacjent w ciągu ostatniego roku), rzadsze wizyty z powodu wypisania recepty, miejsce zamieszkania położone blisko ośrodka opieki zdrowotnej (w ocenie subiektywnej pacjenta), rzadsze wizyty z powodu wypisania skierowania do poradni specjalistycznej [26].

Niski poziom nawyków żywieniowych stwierdza się u pacjentów z niskim poziomem zachowań profilaktycznych, praktyk zdrowotnych i niskim poziomem zachowań z kategorii pozytywne nastawienie psychiczne, u mężczyzn, u pacjentów z niskim poziomem jakości życia w dziedzinie relacje społeczne, z niskim poziomem satysfakcji z jakości stanu zdrowia, niższym wykształceniem, wysoką liczbą wizyt z powodu choroby przewlekłej, z nielicznymi objawami somatycznymi [26].

Niski poziom zachowań profilaktycznych stwierdza się u pacjentów z większą liczbą wizyt domowych, niskim poziomem nawyków żywieniowych, zachowań zdrowotnych w kategorii pozytywne nastawienie psychiczne, niskim poziomem praktyk zdrowotnych, u mężczyzn, z małą liczbą wizyt u lekarza, z małą liczbą leków, z niskim poziomem zaspokojonych potrzeb (zdrowotnych, psychicznych, społecznych, ekonomicznych), z wysokim poziomem satysfakcji z jakości stanu zdrowia, których wizyta u lekarza nie dotyczyła porady medycznej lub wypisania recepty, z nielicznymi objawami somatycznymi, niepozostających w związku, mieszkających na wsi [26].

Niski poziom zachowań zdrowotnych w kategorii pozytywne nastawienie psychiczne występuje u pacjentów z niskim poziomem praktyk zdrowotnych, zachowań profilaktycznych,

z małą liczbą wizyt domowych, niskim poziomem jakości życia w dziedzinie psychologicznej, niskim poziomem nawyków żywieniowych, niskim poziomem satysfakcji z jakości życia, niskim poziomem zaspokojonych potrzeb (zdrowotnych, psychicznych, społecznych, ekonomicznych), wysokim poziomem satysfakcji z jakości stanu zdrowia, krótszym akceptowanym czasem oczekiwania na wizytę przed gabinetem lekarza, z wyższym wykształceniem [26].

Niski poziom praktyk zdrowotnych stwierdza się u pacjentów z niskim poziomem zachowań zdrowotnych w kategorii pozytywne nastawienie psychiczne, u pacjentów młodszych, z niskim poziomem nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, z małą liczbą interwencji pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej, wysokim poziomem zaspokojonych potrzeb (zdrowotnych, psychicznych, społecznych, ekonomicznych), małą (w ocenie pacjenta) odległością od przychodni, z niskim poziomem jakości życia w dziedzinie środowisko [26].

Pacjenci ci powinni stanowić grupę docelową programów z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób [26].

## **Podsumowanie**

W heterogenicznych grupach pacjentów z przewlekłymi chorobami somatycznymi dominującym problemem jest wielochorobowość, która wiąże się z nasilaniem poziomu korzystania z usług w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Lekarze rodzinni/opieki podstawowej w większym stopniu zwracają jednak uwagę na funkcjonowanie somatyczne, niż psychiczne pacjentów chorych przewlekle – ma to tym większe znaczenie, że najniższe poziomy jakości życia stwierdza się u pacjentów w dziedzinie psychologicznej. Niedoceniana jest również sfera funkcjonowania socjalnego, w tym materialnego pacjentów [26].

U pacjentów chorych przewlekle stymulacji wymagają zachowania zdrowotne we wszystkich kategoriach, ale głównie dotyczące prawidłowych nawyków żywieniowych. Jakość życia pacjentów, poziom akceptacji choroby, zachowań zdrowotnych, satysfakcji z usług i poziom zaspokojonych potrzeb pozostają we wzajemnych dodatnich zależnościach, co warto wykorzystać przy projektowaniu programów prewencji w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Wyrażna jest zależność między nasilonymi zachowaniami zdrowotnymi i wzrostem poziomu usług, z których korzystają pacjenci chorzy przewlekle – powinno zostać to uwzględnione w finansowaniu podstawowej opieki zdrowotnej jako poziomu systemu opieki zdrowotnej realizującego główne założenia promocji zdrowia i profilaktyki chorób [26]. Z punktu widzenia stymulacji zachowań profilaktycznych warto podkreślić, że w analizach retrospektywnych dotyczących prowadzenia badań profilaktycznych w ostatnich latach

stwierdzono, że wśród pacjentów, którzy wykonywali te badania głównym źródłem informacji o programie był personel ośrodka podstawowej opieki zdrowotnej [57].

## Piśmiennictwo

1. Health 21 – Health for All in the 21st Century: The Health for All Policy Framework for the WHO European Region. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen 1999.
2. Mokdad A.H., Marks J.S., Stroup D.F., Gerberding J.L.: Actual causes of death in the United States, 2000. *JAMA*. 2004; 291(10): 1238–1245
3. Europejski Raport Zdrowia 2012: Droga do osiągnięcia dobrostanu. Światowa Organizacja Zdrowia, Regionalne Biuro Europejskie, Kopenhaga 2013.
4. Healthy People 2010 [online]. Dostępne: <http://www.healthypeople.gov/2010>. Data pobrania: 13.11.2016.
5. Walshe K., Smith J.: *Healthcare Management*. 2nd edition. Open University Press, London 2011.
6. Hubert H.B., Bloch D.A., Oehlert J.W., Fries J.F.: Lifestyle habits and compression of morbidity. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2002; 57(6): M347–M351.
7. Liao W.C., Li C.R., Lin Y.C., Wang C.C., Chen Y.J., Yen C.H., Lin H.S., Lee M.C.: Healthy behaviors and onset of functional disability in older adults: results of a National Longitudinal Study. *J Am Geriatr Soc*. 2011; 59(2): 200–206.
8. Østbye T., Taylor D.H. Jr, Krause K.M., Van Scoyoc L.: The role of smoking and other modifiable lifestyle risk factors in maintaining and restoring lower body mobility in middle-aged and older Americans: results from the HRS and AHEAD. *J Am Geriatr Soc*. 2002; 50(4): 691–699.
9. Shaw B.A., Agahi N.: A prospective cohort study of health behavior profiles after age 50 and mortality risk. *BMC Public Health*. 2012; 12: 803.
10. Lutfiyya M.N., Chang L.F., Lipsky M.S.: A cross-sectional study of US rural adults' consumption of fruits and vegetables: do they consume at least five servings daily? *BMC Public Health*. 2012; 12: 280.
11. Steptoe A., Wardle J., Vinck J., Tuomisto M.: Personality and attitudinal correlates of healthy and unhealthy lifestyles in young adults. *Psychology and Health*. 1994; 9(5): 331–343.

12. Lewis K.H., Gillman M.W., Greaney M.L., Puleo E., Bennett G.G., Emmons K.M.: Relationships between Social Resources and Healthful Behaviors across the Age Spectrum. *J Aging Res.* 2012; 501072.
13. Fernald D.H., Dickinson L.M., Froshaug D.B., Balasubramanian B.A., Holtrop J.S., Krist A.H., Glasgow R.E., Green L.A.: Improving Multiple Health Risk Behaviors in Primary Care: Lessons from the Prescription for Health COmmon Measures, Better Outcomes (COMBO) Study. *J Am Board Fam Med.* 2012; 25(5): 701–711.
14. Nutrition and development: a global assessment. Rome, Food and Agriculture Organization of the United Nations and Geneva, World Health Organization 1992.
15. Resolution WHA51.12. Health promotion. World Health Organization, Geneva 1998.
16. Resolution WHA52.7. Active ageing. World Health Organization, Geneva 1999.
17. Resolution WHA53.17. Prevention and control of noncommunicable diseases. World Health Organization, Geneva 2000.
18. Resolution WHA53.23. Diet, physical activity and health. World Health Organization, Geneva 2002.
19. Hammack L.: Carilion to participate in national program. *Roanoke Times* 2013; 6.
20. The World Health Report 2008: Primary Health Care – Now More than Ever. World Health Organization, Geneva 2008.
21. Belfield G.: Head of Primary Care, Department of Health, NHS. UK Long Term Conditions Policy, London 2006.
22. Hung D.Y., Rundall T.G., Crabtree B.F., Tallia A.F., Cohen D.J., Halpin H.A.: Influence of primary care practice and provider attributes on preventive service delivery. *Am J Prev Med.* 2006; 30(5): 413–422.
23. Loeppke R.: Good Health is good Business. *Healthy Living* 2012; 34.
24. Institute of Medicine (IOM): Cancer care for the whole patient: Meeting psychosocial health needs. The National Academies Press, Washington 2008.
25. Lee M.-J., Popkin B.M., Kim S.: The unique aspects of the nutrition transition in South Korea: the retention of healthful elements in their traditional diet. *Public Health Nutrition.* 2002; 5: 197–203.
26. Kurpas D.: Paradygmat opieki nad chorymi przewlekle w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich, Wrocław 2013.
27. Nolte E., McKee M.: Caring for People with Chronic Conditions. Open University Press, Maidenhead 2008.

28. Gavagan T.F., Du H., Saver B.G., Adams G.J., Graham D.M., McCray R., Goodrick G.K.: Effect of financial incentives on improvement in medical quality indicators for primary care. *J Am Board Fam Med.* 2010; 23(5): 622–631.
29. Campbell S.M., McDonald R., Lester H.: The experience of pay for performance in English family practice: a qualitative study. *Ann Fam Med.* 2008; 6: 228–234.
30. Tynan A., Draper D.A.: Getting what we pay for: innovations lacking in provider payment reform for chronic disease care. *Res Briefs.* 2008; 6: 1–8.
31. Russell L.B.: Preventing chronic disease: an important investment, but don't count on cost savings. *Health Aff.* 2009; 28(1): 42–45.
32. Genui S.J.: Medical practice and community health care in the 21st Century: A time of change. *Public Health.* 2008; 122: 671–680.
33. Davis E., Tamayo A., Fernandez A.: "Because somebody cared about me. That's how it changed things": homeless, chronically ill patients' perspectives on case management. *PLoS One* 2012; 7(9): e45980.
34. Dennis S.M., Zwar N., Griffiths R., Roland M., Hasan I., Powell Davies G., Harris M.: Chronic disease management in primary care: from evidence to policy. *Med J Aust.* 2008; 188(8 Suppl): S53–S56.
35. Geense W.W., van de Glind I.M., Visscher T.L.S., van Achterberg T.: Barriers, facilitators and attitudes influencing health promotion activities in general practice: an explorative pilot study. *BMC Fam Pract.* 2013; 14: 20.
36. Kurpas D., Mroczek B., Bielska D.: The correlation between quality of life, acceptance of illness and health behaviors of advanced age patients. *Arch Gerontol Geriatr.* 2013; 56(3): 448–456.
37. Szczerbińska K., Malinowska-Cieślik M., Piórecka B., Giustini M.: Jak skutecznie zmieniać zachowania zdrowotne pacjentów w starszym wieku. *Przegl Lek.* 2011; 68(12): 1183–1189.
38. Dean W.R., Sharkey J.R.: Rural and urban differences in the associations between characteristics of the community food environment and fruit and vegetable intake. *J Nutr Educ Behav.* 2011; 43(6): 426–433.
39. Berke E.M.: Geographic Information Systems (GIS): recognizing the importance of place in primary care research and practice. *J Am Board Fam Med.* 2010; 23: 9–12.
40. Boehmer T.K., Hoehner C.M., Deshpande A.D., Brennan Ramirez L.K., Brownson R.C.: Perceived and observed neighborhood indicators of obesity among urban adults. *Int J Obes.* 2007; 31(6): 968–977.



41. Lovasi G.S., Hutson M.A., Guerra M., Neckerman K.M.: Built environments and obesity in disadvantaged populations. *Epidemiol Rev.* 2009; 31: 7–20.
42. Lutfiyya M.N., McCullough J.E., Lipsky M.S.: A population-based study of health services deficits for U.S. adults with asthma. *J Asthma.* 2011; 48: 931–944.
43. Healthy People 2020 [online]. Dostępne: <http://www.healthypeople.gov/2020>. Data pobrania: 13.11.2016.
44. Jackson J.E., Doescher M.P., Jerant A.F., Hart L.G.: A national study of obesity prevalence and trends by type of rural county. *J Rural Health.* 2005; 21: 140–148.
45. Krishna S., Gillespie K.N., McBride T.M.: Diabetes burden and access to preventive care in the rural United States. *J Rural Health.* 2010; 26: 3–11.
46. Schwartz F., Ruhil A.V., Denham S., Shubrook J., Simpson C., Boyd S.L.: High selfreported prevalence of diabetes mellitus, heart disease, and stroke in 11 counties of rural Appalachian Ohio. *J Rural Health.* 2009; 25: 226–230.
47. Binkowska-Bury M., Kruk W., Szymanska J., Marc M., Penar-Zadarko B., Wdowiak L.: Psychosocial factors and health-related behavior among students from South-East Poland. *Ann Agric Environ Med.* 2010; 17(1): 107–113.
48. Cianciara D.: Raport Siemens 2012. Zdrowie – męska rzecz [online]. Dostępne: [www.siemens.pl/pool/healthcare/raport\\_siemensa\\_2012.pdf](http://www.siemens.pl/pool/healthcare/raport_siemensa_2012.pdf). Data pobrania: 13.11.2016.
49. Ostrowska A.: Zróżnicowania społeczne i nierówności w zdrowiu. [w:] *Socjologia z medycyną. W kręgu myśli naukowej Magdaleny Sokołowskiej.* Piątkowski W. (red.). Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2010:
50. Sulander T.: The association of functional capacity with health-related behavior among urban home-dwelling older adults. *Arch Gerontol Geriatr.* 2011; 52(1): e11-14.
51. Byun W., Sieverdes J.C., Sui X., Hooker S.P., Lee C.D., Church T.S., Blair S.N.: Effect of positive health factors and all-cause mortality in men. *Med Sci Sports Exerc.* 2010; 42(9): 1632–1638.
52. Conry M.C., Morgan K., Curry P., McGee H., Harrington J., Ward M., Shelley E.: The clustering of health behaviours in Ireland and their relationship with mental health, self-rated health and quality of life. *BMC Public Health.* 2011; 6: 692.
53. Spring B., Moller A.C., Coons M.J.: Multiple health behaviours: overview and implications. *J Public Health.* 2012; 34 (Suppl 1): i3–i10.
54. CBOS: Polacy raczej zadowoleni ze stanu zdrowia. CBOS, Warszawa 2012.

55. Raymond M., Iliffe S., Kharicha K., Harari D., Swift C., Gillmann G., Stuck A.E.: Health risk appraisal for older people 4: case finding for hypertension, hyperlipidaemia and diabetes mellitus in older people in English general practice before the introduction of the Quality and Outcomes Framework. *Prim Health Care Res Dev.* 2012; 13(1): 22–29.
56. Kurowska K., Białasiak B.: Zachowania zdrowotne a radzenie sobie w chorobie u pacjentów szpitalnego oddziału ratunkowego (SOR). *Now Lek.* 2009; 78(2): 113–122.
57. Centralny Ośrodek Koordynujący Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi – Dlaczego Polki nie korzystają z mammografii? [online]. Dostępne: [http://www.mp.pl/kurier/index.php?aid=54148&\\_tc=E9A23370847A3A1751660FAE2071](http://www.mp.pl/kurier/index.php?aid=54148&_tc=E9A23370847A3A1751660FAE2071)  
D. Data pobrania: 13.11.2016.





## **Edukacja osób starszych – wybrane zagadnienia**

*Anita Richert-Każmierska*

Zakład Przedsiębiorczości, Katedra Przedsiębiorczości i Prawa Gospodarczego, Politechnika Gdańska

*„Nigdy nie jesteś za stary, żeby się uczyć”*

(Hill, 2008)

### **Wstęp**

Ostatnie dwie dekady, tak w państwach europejskich, jak również w innych częściach świata, to okres naznaczony postępującym starzeniem się społeczeństwa, nazywanym wręcz „siwym tsunami”.

Zmiany demograficzne, polegające na zmniejszaniu się liczby ludności i równoczesnym wzroście subpopulacji osób starszych, oznaczają konkretne konsekwencje społeczno-ekonomiczne. W perspektywie kolejnych lat przewiduje się m.in. występowanie głębokich deficytów wykwalifikowanych kadr, w związku z odchodzeniem na emeryturę pokolenia *baby boomers*<sup>1</sup>, czy niekontrolowanego powiększania się grupy nieaktywnych zawodowo osób starszych, samotnych, wymagających pomocy i opieki.

Wśród różnorodnych działań mających łagodzić dolegliwości efektów starzenia się, literatura przedmiotu wskazuje także te, zwiększające aktywność edukacyjną społeczeństwa. Udział w przedsięwzięciach edukacyjnych postrzegany jest jako szansa na bieżącą aktualizację posiadanej wiedzy i dostęp do nowej wiedzy, która zwiększa produktywność i pozwala na efektywne wykorzystywanie nowoczesnych technologii. Aktywność edukacyjna osób starszych ma także przyczyniać się do wydłużania okresu ich aktywności zawodowej i samodzielności, włączenia społecznego, a w szerszym ujęciu – poprawy jakości życia.

Celem opracowania jest przegląd wybranych zagadnień związanych z edukacją osób starszych: możliwości i uwarunkowań partycypacji osób starszych w przedsięwzięciach edukacyjnych, organizacji edukacji dedykowanej osobom starszym oraz kierunków rozwoju tej edukacji w kolejnych latach. Autorka jest przekonana, że aktywność edukacyjna osób starszych jest jednym ze sposobów na ich aktywne starzenie się, w szerokim znaczeniu tego pojęcia, i przyczynia się do łagodzenia negatywnych konsekwencji starzenia się społeczeństwa.

---

<sup>1</sup> *Baby boomers* – w literaturze angielskojęzycznej osoby urodzone w okresie tzw. wyżu powojennego, tj. w latach 1946-1964.

## **Aktywność edukacyjna osób starszych: możliwa i pożądana**

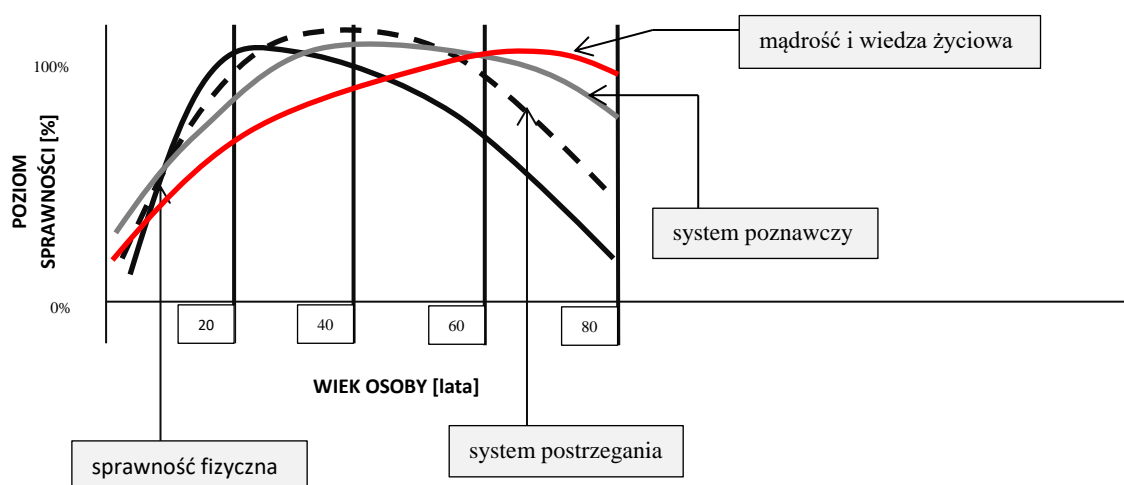
Aktywność edukacyjna wpisuje się w charakterystykę przede wszystkim człowieka będącego w okresie dzieciństwa (edukacja na poziomie podstawowym), wczesnej młodości (na poziomie gimnazjalnym i ponadgimnazjalnym) oraz wczesnej dorosłości (na poziomie wyższym). Koncentruje się na udziale jednostki w edukacji formalnej w systemie szkolnym, prowadzącej od nauczania początkowego do uniwersytetu [1]. Może stanowić, tak jak dzieje się to w Polsce w odniesieniu do dzieci i młodzieży w wieku od 6. do 18. roku życia, obowiązek ustawowy [2].

Zdecydowanie rzadziej aktywność edukacyjna utożsamiana jest z osobami w wieku dojrzałym, a tym bardziej w okresie starości [3]. W kanonie społecznych stereotypów na temat osób starszych, osobom w zaawansowanym wieku przypisuje się co prawda bogatą wiedzę życiową i doświadczenie, równocześnie wskazuje się jednak na ich niechęć do zdobywania nowej wiedzy, trudności z przyswajaniem sobie nowych wiadomości i umiejętności posługiwania się nowymi technologiami [4].

Wyniki badań dowodzą, że w kolejnych fazach cyklu życia zmieniają się predyspozycje oraz sprawność fizyczna i psychiczna jednostki [5-9]. Nie ma jednak dowodów na to, że uniwersalne, wynikające z naturalnego postępu biologicznego starzenia się organizmu zmiany psychofizyczne, zachodzące w okresie starości, determinowałyby konieczność rezygnacji z aktywności edukacyjnej [10]. Także indywidualne zmiany degeneracyjne [11], będące konsekwencją chorób układu nerwowego, towarzyszące starzeniu się, nie muszą i nie powinny takiej aktywności wykluczać. Wręcz przeciwnie, aktywność edukacyjna w starszym wieku jest wskazana, gdyż może przyczynić się do hamowania tempa niektórych niekorzystnych zmian w organizmie człowieka związanych ze starzeniem się, opóźnić ich pojawienie się lub łagodzić skutki. Według Trypki [12] i Jakubowicz [13] poza właściwą dietą i zdrowym trybem życia, kluczowe znaczenie w opóźnianiu starzenia się mózgu (skutkującego otępieniem starczym i wycofaniem jednostki z życia społecznego) ma regularna aktywność intelektualna, gwarantowana przez udział w różnych formach edukacji (formalnej, pozaformalnej i incydentalnej).

Aktywności edukacyjnej osób starszych sprzyja, typowe dla wieku dojrzałego, osiągnięcie integracji i harmonii pomiędzy sferą logiczno-rozumową i intuicyjno-emocjonalną [14]. Frevel i wsp. [15] zgadzając się z ocenami wielu autorów o obniżaniu się w kolejnych fazach cyklu życia sprawności fizycznej jednostki, zwracają uwagę na towarzyszący jej systematyczny wzrost poziomu doświadczenia, umiejętności społecznych, wnikliwości, umiejętności komunikowania się i współpracy, które utrzymują się na wysokim poziomie do bardzo późnej

starości (por. Ryc. 1). Ich opinię podziela także Tylikowska [16]. Autorka pisze, że o ile we wcześniejszych fazach cyklu życia (do 35. roku życia) kluczowe znaczenie ma inteligencja płynna (przejawiająca się efektywnością spostrzegania i rozumowania indukcyjnego, pojemnością uwagi oraz szybkością przetwarzania informacji), w starszym wieku, wraz z pogarszaniem się sprawności układu nerwowego i krwionośnego, główną rolę zaczyna odgrywać inteligencja skryształizowana. Pozwala ona osobom starszym zachowywać sprawność intelektualną na względnie stałym poziomie do 75. roku życia, a u niektórych jeszcze dłużej [16].



**Rycina 1.** Zmiany w poziomie sprawności fizycznej i intelektualnej jednostki w cyklu życia (źródło: opracowanie własne na podstawie [15]).

### Jaka edukacja osób starszych?

W literaturze przedmiotu coraz więcej uwagi poświęca się kwestiom związanym z osobami starszymi, w tym problematyce edukacji dedykowanej tej grupie. Problemem okazuje się jednak jednoznaczne rozumienie istoty edukacji osób starszych. Otwarte pozostają pytania: kto stanowi grupę docelową, jakie są cele takiej edukacji i oczekiwane rezultaty, czego i jakimi metodami uczyć, kto odpowiada za inicjowanie, realizację, koordynację i ewaluację takiej edukacji?

### *Kto stanowi grupę docelową edukacji osób starszych?*

Z pozoru pytanie wydaje się retoryczne, a odpowiedź oczywista: osoby starsze. De facto – wcale taka oczywista nie jest, bowiem można zadać kolejne pytania, powiązane z pierwszym:

kim są osoby starsze? kiedy zaczyna się starość? jakie cechy charakteryzują osoby starsze? czy osoby starsze stanowią grupę jednorodną, czy wewnątrznie zróżnicowaną?

W literaturze przedmiotu pojęcia takie jak: *osoby starsze*, *seniorzy*, *osoby w trzecim lub czwartym wieku*, stosuje się dość swobodnie. Tymczasem, jak piszą Frąckiewicz i Żachowska-Wachelko [17] jednym z najtrudniejszych zadań w pracy nad zagadnieniami dotyczącymi osób starszych jest ustalenie granicy starości i charakterystyka osób, które nazywane są *osobami starszymi*. Problem stanowi indywidualny przebieg procesu starzenia się człowieka, bowiem starzenie się przebiega w przypadku każdej osoby w innym tempie i w różnych wymiarach (biologiczno-funkcjonalnym, psychologicznym, społeczno-ekonomicznym).

Do wyznaczenia granicy starości najczęściej stosuje się kryterium wieku metrykalnego. Niestety, nawet takie uproszczenie nie zapewnia jednoznaczności w określeniu granicy wieku, po przekroczeniu którego daną osobę można zaliczyć do osób starszych. Najczęściej przyjmuje się, że starość zaczyna się pomiędzy 60., a 70. rokiem życia człowieka [18-21]. Według klasyfikacji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) granicą, od której rozpoczyna się starość jest 60. rok życia, zaś wg Eurostatu – 65. rok życia. W Polsce, w Rządowym Programie na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014-2020 [22] – 60. rok życia. W niektórych publikacjach również wobec osób w wieku 50 lat i więcej (czasem nawet 45 lat i więcej) stosuje się określenie *osoby starsze*, jako synonim pojęcia *starsi pracownicy* [23-25].

Nie bez znaczenia w definiowaniu grupy docelowej edukacji dedykowanej osobom starszym jest uwzględnianie wewnętrznego zróżnicowania subpopulacji osób, które przekroczyły granicę starości. Inne predyspozycje i potrzeby edukacyjne charakteryzują bowiem osoby z grup tzw. „młodych starych” (60-69 lat), „starych w średnim wieku” (70-79 lat), „starych starych” (80-89 lat) i „sędziwych starych”, tj. tych którzy ukończyli 90. rok życia [26]. Aktywność edukacyjna tych osób, w zależności od specyfiki jednostki, będzie pełniła inne funkcje.

### ***Jakie są cele i oczekiwane rezultaty edukacji osób starszych?***

Odpowiedź na tak sformułowane pytanie wiąże się z charakterystyką grupy docelowej, która ma być podmiotem – uczestnikiem edukacji. Wyznaczane w edukacji osób starszych cele i oczekiwane rezultaty będą bowiem różnić się ze względu na sytuację zawodową uczestników, ich sytuację rodzinną, wiek oraz rodzaj przedsięwzięć edukacyjnych, w których zdecydowali się uczestniczyć.

Jedną z głównych funkcji przypisywanych edukacji osób starszych jest funkcja ekonomiczna. Dotyczy ona głównie tzw. „młodych starych”, aktywnych zawodowo lub



czasowo nieaktywnych, ale zainteresowanych powrotem na rynek pracy (także po przekroczeniu granicy formalnego wieku emerytalnego). W tym przypadku celami stawianymi edukacji osób starszych są m.in.: nabycie przez uczestników nowej wiedzy i umiejętności, odpowiednich do potrzeb rynku pracy oraz podnoszenie kwalifikacji i umiejętności, zwiększających jakość wykonywanej przez nich pracy, ich elastyczność oraz mobilność zawodową. Wśród oczekiwanych rezultatów: wzrost jakości i efektywności pracy starszych pracowników, wydłużona (poza formalny wiek emerytalny) aktywność zawodowa osób starszych, powrót na rynek pracy osób uczestniczących w tego typu przedsięwzięciach edukacyjnych oraz poprawa wizerunku starszych pracowników w miejscu pracy i na rynku pracy.

Poza funkcją ekonomiczną, w literaturze przedmiotu wskazuje się także na inne funkcje edukacji osób starszych oraz związane z nimi cele edukacyjne i oczekiwane rezultaty (por. Tab. 1).

**Tabela 1.** Wybrane funkcje edukacji osób starszych (*źródło: opracowanie własne na podstawie [27-30]*).

<b>Funkcja</b>	<b>Opis</b>	<b>Spodziewane rezultaty edukacji osób starszych</b>
<b>WŁAŚCIWA</b>	aktualizowanie i uzupełnianie wiedzy i umiejętności osób starszych z dziedziny polityki, gospodarki, ideologii, różnych dziedzin nauki, sztuki, w zakresie nie objętym programem szkolnym, a koniecznym do właściwego spełniania obowiązków zawodowych i społecznych	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wydłużenie aktywności zawodowej osób starszych;</li> <li>• zachowanie aktywności społecznej przez osoby starsze możliwie jak najdłużej;</li> <li>• włączenie społeczne</li> </ul>
<b>ZASTĘPCZA</b>	przekazanie osobom starszym tych umiejętności i kształtowanie u nich tych umiejętności, dyspozycji i sił umysłowych cech charakteru, których z różnych	<ul style="list-style-type: none"> <li>• aktualizacja posiadanej wiedzy i nabycie umiejętności umożliwiających samodzielne, sprawne</li> </ul>

	przyczyn nie zdołali zdobyć w czasie formalnej edukacji	<p>funkcjonowanie w zmieniającym się świecie;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• rozszerzanie zainteresowań;</li> <li>• utrzymanie aktywności intelektualnej;</li> <li>• włączenie społeczne</li> </ul>
<b>PROFILAKTYCZNA</b>	zabezpieczenie przed utratą pracy, jak również stagnacją umysłową i moralną człowieka, przeciwdziałanie procesowi inflacji wiedzy, zapobieganie procesowi starzenia się kwalifikacji	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bieżąca aktualizacja wiedzy i umiejętności niezbędnych w zmieniającym się świecie;</li> <li>• wydłużenie aktywności zawodowej;</li> <li>• zapewnienie samodzielności możliwie jak najdłużej</li> </ul>
<b>TERAPEUTYCZNA</b>	leczenie różnych dolegliwości somatycznych i psychicznych poprzez aktywność edukacyjną, zmuszającą do wysiłku intelektualnego	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zachowanie aktywności intelektualnej;</li> <li>• nabycie nowej wiedzy i umiejętności w ramach tzw. zdrowego stylu życia;</li> <li>• integracja z otoczeniem;</li> <li>• włączenie społeczne;</li> <li>• poprawa stanu zdrowia lub wyhamowanie tempa powstawania deficytów w zdrowiu psychicznym i fizycznym</li> </ul>

<p><b>SOCJALIZACYJNA</b></p>	<p>wprowadzanie jednostki na drogę czynnego, twórczego udziału w życiu społeczno-politycznym</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• włączenie społeczne;</li> <li>• rozwój więzi towarzyskich utraconych w momencie przejścia na emeryturę;</li> <li>• integracja i aktywizacja społeczna</li> </ul>
<p><b>PERSONALIZACYJNA</b></p>	<p>umożliwienie zaspokojenia potrzeb duchowych, związanych z kształtowaniem własnego stosunku do świata i siebie samego</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• samorealizacja jednostki;</li> <li>• rozwój pasji i zainteresowań;</li> <li>• włączenie społeczne i przynależność do grupy podzielającej poglądy</li> </ul>
<p><b>ADAPTACYJNA</b></p>	<p>przystosowanie człowieka do określonych warunków życia i pracy, typowych dla okresu starości</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• integracja i włączenie społeczne;</li> <li>• nabycie nowej wiedzy i umiejętności pozwalających zrozumieć zmiany związane ze starzeniem się biologicznym, społecznym i zawodowym;</li> <li>• zapewnienie samodzielności możliwie jak najdłużej</li> </ul>

***Czego i jakimi metodami uczyć?***

Zakres merytoryczny przedsięwzięć edukacyjnych dedykowanych osobom starszym może być bardzo zróżnicowany, gdyż zależy od grupy docelowej oraz funkcji i celów, jakie stawiają sobie ich organizatorzy i uczestnicy. Mogą to być zawodowe kursy przekwalifikowujące starszych pracowników, przygotowujące ich do pełnienia nowych zadań w miejscu pracy, lub – jak to jest choćby w przypadku ofert uniwersytetów trzeciego wieku – zajęcia rozwijające

pasje (np. turystyka kulturowa, modelarstwo, itp.), usprawniająco-aktywizujące (np. zajęcia z nordic walking, gimnastyka zdrowego kręgosłupa, itp.), rozwijające wiedzę i pozwalające nabyć nowych umiejętności (np. wykłady na temat historii sztuki, lektoraty z języków obcych, laboratoria komputerowe, itp.).

Według Sikory [31], potrzeby edukacyjne osób starszych koncentrują się przede wszystkim na:

- wiedzy i umiejętnościach technicznych (z zakresu obsługi komputera, bankomatu, kont osobistych przez telefon, sprzętu muzycznego, telewizora, video),
- wiedzy dotyczącej własnego organizmu, jego funkcjonowania, zmian biologicznych i funkcjonalnych wynikających z postępującego starzenia się, czy wreszcie szeroko pojętego zdrowia (wykłady i spotkania z lekarzami specjalistami),
- wiedzy i umiejętnościach związanych z organizacją odpoczynku i rozrywką (rozwijanie nowych zainteresowań, relacje towarzyskie),
- tematach związanych z „życiem” (radzenie sobie ze sprawami finansowymi, spadkowymi, prawnymi).

Ważne, aby bez względu na to czego uczą się osoby starsze, ich udział w przedsięwzięciach edukacyjnych zaspokajał potrzeby: przynależności, użyteczności, uznania, satysfakcji życiowej [32], sprzyjał nawiązywaniu więzi towarzyskich, zapobiegał społecznej izolacji, kształtował pozytywne wyobrażenie o starości i osobach starszych, zapobiegając w ten sposób marginalizacji [33].

Efektywność i skuteczność przedsięwzięć edukacyjnych dedykowanych osobom starszym w dużej mierze zależy od zastosowanych form kształcenia i metod dydaktycznych. Nie mogą być one tożsame z tymi, wykorzystywanymi w edukacji dzieci i młodzieży. Do najbardziej skutecznych metod edukacji osób starszych zalicza się: czynne uczenie się, refleksyjne uczenie się przez doświadczenie (kontekstowe), samokształcenie oraz uczenie międzypokoleniowe (transformatywne) [34]. Jak pisze Sikora [31] „w związku z tym, że uczestnicy posiadają często wieloletnie doświadczenie zawodowe i wiedzę ekspercką, oczekują od trenera dobrego przygotowania merytorycznego i partnerskiego podejścia do uczestników. (...) Rola szkoleniowca sprowadza się raczej do pozycji doradcy, niż eksperta”. Ponadto, ze względu na trudności z koncentracją uczestników edukacji osób starszych [35,36], trzeba im tworzyć jak najbardziej przyjazne środowisko edukacyjne. „Częściej potrzebują oni zachęty, wsparcia i postawy wyrażającej akceptację ze strony trenera, niż konfrontacji. Oznacza to, że proces

uczenia się i sytuacja edukacyjna powinny być bardziej nastawione na poszukiwanie sensu i szczęścia, niż na przekształcanie osobowości” [31].

### **Edukacja osób starszych w koncepcji aktywnego starzenia się**

Aktywność człowieka, jak pisze Mandrzejewska-Smól [37], można określić jako jego sposób porozumiewania się z innymi ludźmi i z otaczającym go światem. Jest zdolnością do intensywnego działania, warunkuje zaspokajanie określonych potrzeb, jest wreszcie warunkiem odgrywania ról społecznych, funkcjonowania w grupie, a także w społeczeństwie. Brak aktywności, szczególnie w przypadku osób starszych, wpływa na powstawanie i pogłębianie się deficytów w poziomie zaspokojenia ich podstawowych potrzeb: przynależności, akceptacji, samorealizacji. W efekcie determinuje wyizolowanie i osamotnienie [38].

W reakcji na postępujące starzenie się społeczeństwa i rosnącą subpopulację osób starszych, od połowy XX wieku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), a za nią także inne międzynarodowe organizacje i instytucje, promują koncepcję aktywnego starzenia się. Jej głównym założeniem jest stworzenie takiego środowiska do życia osób starszych, które gwarantowałoby im wysoką jakość życia, dzięki włączeniu społecznemu i poczuciu bezpieczeństwa [39].

„Aktywne starzenie się (...) umożliwia ludziom realizowanie ich potencjału odpowiednio do kondycji psychicznej, społecznej i umysłowej przez cały bieg życia oraz uczestnictwo w społeczeństwie, stosownie do ich potrzeb, pragnień i możliwości, przy jednoczesnym zapewnieniu odpowiedniej ochrony, bezpieczeństwa i opieki, gdy potrzebują pomocy” [39].

Głównym przesłaniem koncepcji aktywnego starzenia się jest zagwarantowanie osobom starszym możliwie wysokiej jakości życia w każdym jego wymiarze. Nie ma wątpliwości, że aktywność edukacyjna (bez względu na jej formę) wpisuje się w ten paradygmat. Odnoszą się do tego także Halicka [40] i Halicki [41]. Autorzy ci piszą, że uczenie się stanowi skuteczny sposób zachowania i rozwijania aktywności intelektualnej, co zgodnie z teorią aktywności prowadzi do większego zadowolenia z życia.

W związku z tym, że aktywne starzenie się dotyczy wielu obszarów życia osób starszych, pomiar realizacji założeń tej koncepcji prowadzi się z wykorzystaniem narzędzia w postaci wieloskładnikowego indeksu aktywnego starzenia się (AAI). Obejmuje on cztery dziedziny: zatrudnienie, uczestnictwo w życiu społeczeństwa, niezależne życie w zdrowiu i bezpieczeństwie oraz możliwości i warunki sprzyjające aktywnemu starzeniu się. Pierwsze trzy dziedziny dotyczą faktycznego doświadczania aktywnego starzenia się,

natomiast ostatnia – potencjału osób starszych i tworzenia otoczenia sprzyjającego ich aktywności.

Aktywność edukacyjna osób starszych w indeksie aktywnego starzenia się stanowi jeden ze wskaźników podlegających ocenie w ramach dziedziny „niezależne życie w zdrowiu i bezpieczeństwie” (por. Tab. 2). Mierzy się ją jako odsetek osób w wieku 55–74 lata, które edukowały się i/lub szkoliły w okresie poprzedzającym badanie. Pośrednio, aktywność edukacyjna oddziałuje także na wartości innych wskaźników zawartych w indeksie:

- aktywności fizycznej – o ile wiąże się z udziałem np. w zajęciach rekreacyjno-sportowych organizowanych przez uniwersytety trzeciego wieku,
- korzystanie z ICT – klasyczna forma edukacji pozaformalnej i samokształcenia,
- więzi społeczne – udział w różnych formach przedsięwzięć edukacyjnych sprzyja nawiązywaniu i rozwojowi relacji towarzyskich (społecznych), które po przejściu na emeryturę zwykle zostają znacząco ograniczone.

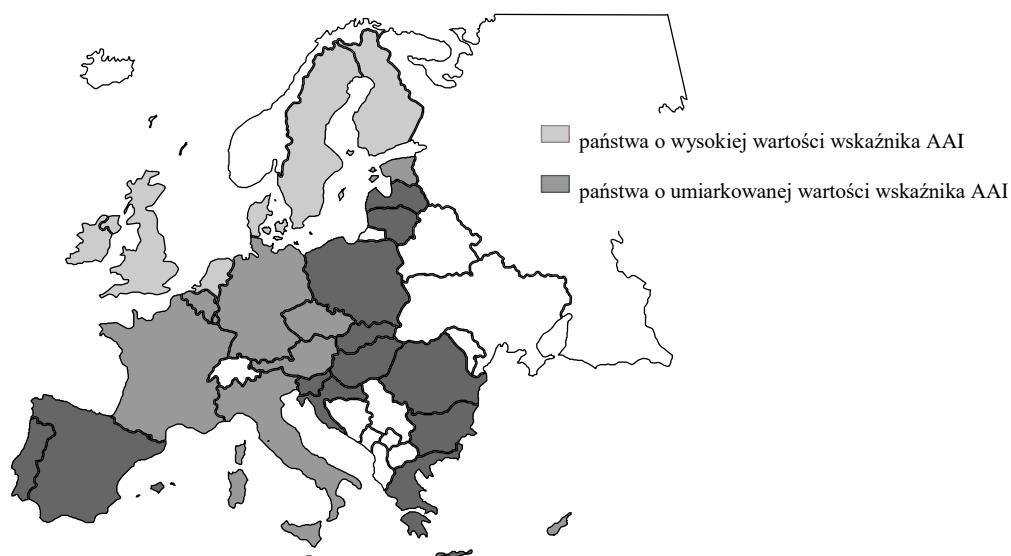
**Tabela 2.** Struktura indeksu aktywnego starzenia się AAI [42].

<b>Obszar</b>	<b>Wskaźniki</b>	<b>Waga w indeksie</b>
<b>Zatrudnienie</b>	Wskaźnik zatrudnienia w grupie wiekowej 55-59 lat.	35%
	Wskaźnik zatrudnienia w grupie wiekowej 60-64 lata.	
	Wskaźnik zatrudnienia w grupie wiekowej 65-69 lat.	
	Wskaźnik zatrudnienia w grupie wiekowej 70-74 lata.	
<b>Aktywność społeczna</b>	Wolontariat: odsetek osób w wieku 55 lat i więcej, które pracują jako wolontariusze dla organizacji społecznych.	35%
	Opieka nad dziećmi/wnukami: odsetek osób w wieku 55 lat i więcej, które opiekują się swoimi dziećmi i/lub wnukami (przynajmniej jeden raz w tygodniu).	
	Opieka nad innymi osobami: odsetek osób w wieku 55 lat i więcej, które opiekują się starszymi lub niepełnosprawnymi członkami rodziny.	
	Zaangażowanie polityczne: odsetek osób w wieku 55 lat i więcej, które udzielają się w związkach zawodowych, partii politycznej lub pokrewnej organizacji.	

<b>Niezależność, zdrowie i bezpieczeństwo</b>	Aktywność fizyczna: odsetek osób w wieku 55 lat i więcej, które uprawiają sport przynajmniej 5 razy w tygodniu.	10%
	Dostęp do opieki medycznej: odsetek osób w wieku 55 lat i więcej, które zgłaszają brak niezaspokojonych potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej (w tym również stomatologicznej).	
	Samodzielne zamieszkanie: odsetek osób w wieku 75 lat i więcej, które gospodarują samodzielnie lub z inną osobą.	
	Bezpieczeństwo finansowe: 1) stosunek średnich dochodów uzyskiwanych przez osoby w wieku 65 lat i więcej do średnich dochodów uzyskiwanych przez osoby poniżej 65. roku życia, 2) wolność od ubóstwa, obliczana jako odsetek osób w wieku 65 lat i więcej, które nie są zagrożone ubóstwem (próg ubóstwa ustalony na poziomie 50% średnich dochodów ogółem), 3) brak znacznej deprivacji potrzeb materialnych obliczony jako odsetek osób w wieku 65. lat i więcej, które zaspokajają istotne potrzeby materialne.	
	Bezpieczeństwo fizyczne: odsetek osób w wieku 55 lat i więcej, które nie obawiają się bycia ofiarą przestępstwa.	
	Kształcenie ustawiczne: odsetek osób w wieku 55-74 lata, które wykazują aktywność edukacyjną – edukują się i/lub szkolą.	
<b>Możliwości i warunki sprzyjające aktywności</b>	Przeciętne dalsze trwanie życia w wieku 55 lat.	20%
	Udział lat przeżytych w zdrowiu w ogólnej liczbie lat oczekiwanego dalszego trwania życia w wieku 55 lat.	
	Kondycja psychiczna osób w wieku 55 lat i więcej.	
	Korzystanie z ICT: odsetek osób w wieku 55-74 lata, które korzystają z Internetu przynajmniej raz dziennie.	
	Więzi społeczne: odsetek osób w wieku 55 lat i więcej, które spotykają się z przyjaciółmi, krewnymi lub znajomymi przynajmniej raz w miesiącu.	

	Poziom wykształcenia: odsetek osób w wieku 55-74 lata, które legitymują się wykształceniem przynajmniej ponadgimnazjalnym.	
--	--	--

Wśród państw europejskich objętych badaniem indeksu aktywnego starzenia się w 2014 roku (podobnie jak w latach poprzednich: 2010 i 2012) Polska należy do grupy państw o najniższych wartościach AAI (por. Ryc. 2).

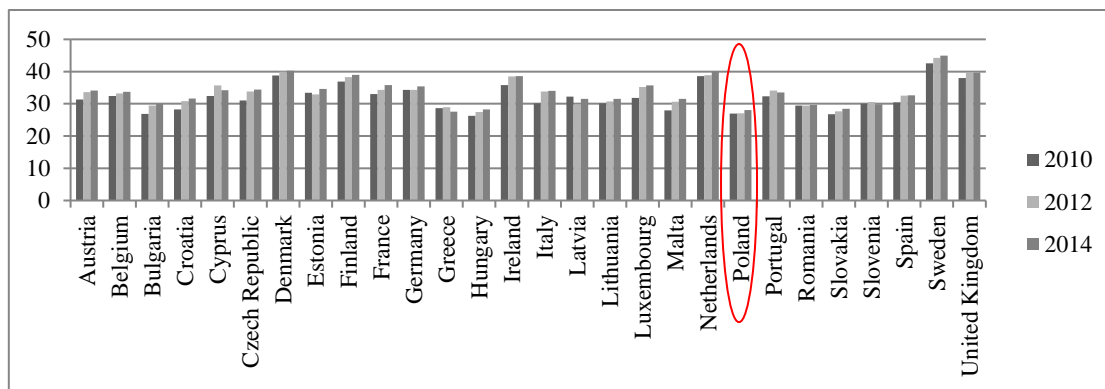


**Rycina 2.** Państwa europejskie w podziale ze względu na wartość wskaźnika AAI w 2014 roku (źródło: opracowanie własne na podstawie [43]).

Mimo, że wartość indeksu w latach 2010-2014 wzrosła dla Polski o 1,1 pkt (z 27,0 do 28,1), w 2012 roku zajmowała ona ostatnie, a w 2014 roku przedostatnie miejsce wśród 28. państw Unii Europejskiej (por. Ryc. 3). Najwyższą wartość indeksu niezmiennie w całym okresie prowadzenia badań osiągają: Szwecja (42,6 – 2010, 44,2 – 2012, 44,9 – 2014), Dania (38,8 – 2010, 40 – 2012, 40,3 – 2014) i Holandia (38,6 – 2010, 38,9 – 2012, 40 – 2014).

Jak wskazują autorzy raportów dotyczących aktywnego starzenia się, w Polsce konieczna jest poprawa w każdej z dziedzin stanowiących przedmiot oceny wskaźnika AAI. W sposób szczególny zwracają jednak uwagę na zbyt szybkie wycofywanie się Polaków w starszym wieku z aktywności zawodowej oraz ich bardzo niską aktywność edukacyjną [43].



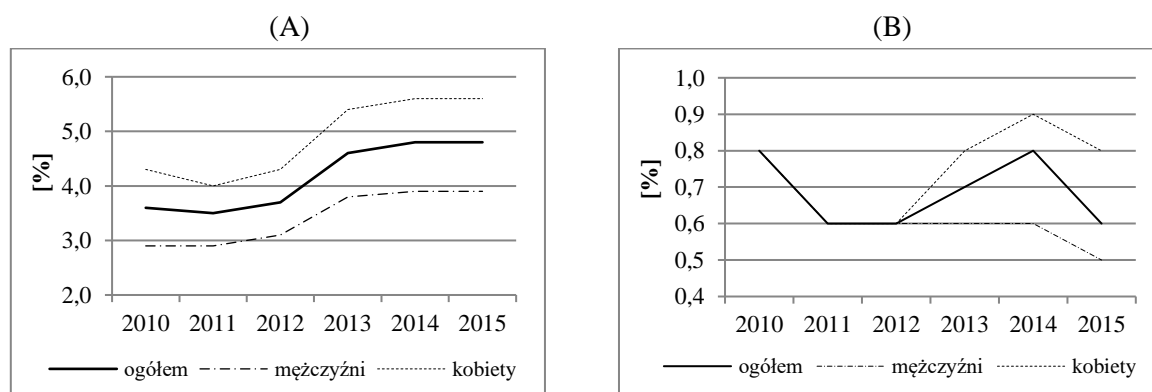


**Rycina 3.** Wartość wskaźnika AAI w państwach członkowskich Unii Europejskiej w latach 2010, 2012 i 2014 (źródło: opracowanie własne na podstawie [43]).

### Aktywność edukacyjna Polaków w starszym wieku

Zaangażowanie jednostki w przedsięwzięcia edukacyjne maleje wraz z wiekiem. Oznacza to, że w okresie późnej dorosłości, czy w starszym wieku, aktywność edukacyjna jest niższa, niż we wcześniejszych fazach cyklu życia.

W Polsce aktywność edukacyjna osób starszych jest bardzo niska. Według danych Eurostatu w 2015 roku udział w edukacji i/lub szkoleniach deklarowało zaledwie 0,6% osób w wieku 55-74 lata, podczas gdy średnia dla Unii Europejskiej (EU28) w tej grupie wiekowej wynosiła 4,8% (por. Ryc. 4).



**Rysunek 4.** Udział w edukacji i/lub szkoleniach w ciągu ostatnich czterech tygodni przed badaniem (% osób w grupie wiekowej 55-74 lata): EU 28 (A) i Polsce (B) (źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostat).

Bardziej aktywne edukacyjnie, tak w Polsce jak w pozostałych państwach europejskich, są kobiety niż mężczyźni. Statystycznie istotny związek płci i zaangażowania

w przedsięwzięcia edukacyjne wykazały m.in. badania Czapińskiego i Błędowskiego [44]. Autorzy wskazują, że kobiety są mniej zadowolone ze swojego wykształcenia i chętniej niż mężczyźni uczestniczą w działaniach organizacji upowszechniających wiedzę, głównie uniwersytetów trzeciego wieku<sup>2</sup>.

Na podstawie badań Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) [45,46] można sformułować tezę, że w 2011 roku, w porównaniu z rokiem 2007, wzrósł udział starszych Polaków we wszystkich formach kształcenia (formalnej – w systemie szkolnym, nieformalnej – samodzielne zdobywanie kompetencji, w celu poszerzania wiedzy i umiejętności oraz pozaformalnej – zorganizowanych pozaszkolnych działań edukacyjnych, m.in. kursów, szkoleń, seminariów). Nie można jednak przeprowadzić pogłębionej analizy i wnioskowania. Trudności powoduje metodologia przyjęta w tych badaniach. Po pierwsze, w badaniu z 2007 roku subpopulację osób starszych zdefiniowano jako osoby w wieku 60-64 lata, a w 2011 roku: 60-64 lata i 65-69 lat (por. Tab. 3). Po drugie – trudno wnioskować, dysponując wynikami opisującymi zaledwie niewielką część subpopulacji osób starszych (brak informacji na temat osób w wieku 70 lat i więcej).

**Tabela 3.** Osoby w wieku 60-69 lat według uczestnictwa w kształceniu formalnym, pozaformalnym i nieformalnym w 2007 i 2011 roku (*źródło: opracowanie własne na podstawie [45,46]*).

Wiek	Ogółem [tys.]		W tym osoby uczestniczące:								Osoby nieuczestniczące w żadnej formie kształcenia	
			w jakiegokolwiek formie kształcenia		w kształceniu formalnym		w kształceniu pozaformalnym		w kształceniu nieformalnym			
			[%]									
2007	2011	2007	2011	2007	2011	2007	2011	2007	2011	2007	2011	
60-64 lata	1466	2483	16	21,3	-	0,1	3,5	5,2	14,7	18,8	84	78,7
65-69 lat	bd	1472	bd	16,6	bd	-	bd	2,8	bd	15,6	bd	83,4

bd – brak danych

Tak naprawdę w Polsce nie dysponujemy kompleksowymi, ogólnopolskimi wynikami badań, pokazującymi aktywność edukacyjną osób starszych. Większość badań realizowana jest wycinkowo, tzn. ograniczone są do wąsko zdefiniowanej grupy osób starszych – jak w statystykach GUS, dotyczą osób starszych tylko na określonym terytorium – jak badania

<sup>2</sup> Udział kobiet jest pięciokrotnie wyższy niż mężczyzn.

Mandrzejewskiej-Smól [37] przeprowadzone w województwie kujawsko-pomorskim, czy obejmują jedną formę aktywności edukacyjnej – jak badania dotyczące uniwersytetów trzeciego wieku [47].

Mimo tego niedostatku danych można jednak twierdzić – jak sygnalizowane to było wcześniej – że aktywność edukacyjna Polaków w starszym wieku jest niska (w porównaniu z rówieśnikami z innych państw europejskich), ale systematycznie wzrasta [48]. Istotną rolę w zwiększaniu zaangażowania osób starszych w przedsięwzięcia edukacyjne mają licznie działające uniwersytety trzeciego wieku oraz powstające z inicjatywy samorządów i organizacji pozarządowych kluby seniora, czy centra wsparcia seniorów – także oferujące różne formy poszerzania wiedzy i rozwoju umiejętności.

### **Edukacja osób starszych – wyzwanie przyszłości?**

Aktywność edukacyjna w starszym wieku pozostaje w ścisłej relacji z poziomem wykształcenia i zaangażowaniem w przedsięwzięcia edukacyjne we wcześniejszych fazach cyklu życia [44]. Oznacza to, że obecne pokolenie 70- i 80-ciolatków, które legitymuje się raczej niskim wykształceniem i w trakcie całego życia wykazywało się niską aktywnością edukacyjną, także w okresie starości przejawia niewielkie zainteresowanie udziałem w przedsięwzięciach edukacyjnych. Pokolenie dobrze wykształconych, na co dzień wykorzystujących nowoczesne technologie informatyczne, obecnych 50- i 60-ciolatków dopiero wchodzących w starość, w przyszłości będzie prawdopodobnie bardziej aktywne w obszarze edukacji, niż poprzednicy.

Podjęcie aktywności edukacyjnej przez osoby starsze wymuszane jest przez wiele różnorodnych, niezwykle istotnych czynników, determinujących współczesność. Należą do nich: postęp cywilizacyjny, rozwój nauki i techniki, idea społeczeństwa uczącego się, czy wreszcie globalizacja niemal wszystkich sfer życia. W przypadku tzw. „młodych starych”, a nawet „starych w średnim wieku”, od których będzie się oczekiwać wydłużania aktywności zawodowej, udział w przedsięwzięciach edukacyjnych ma przede wszystkim wspomagać aktualizację kompetencji zawodowych oraz produktywność społeczną [49]. Dla „starych starych” i „sędziwych starych” brak aktywności edukacyjnej prowadzi z kolei do stopniowej deterioracji ich pozycji społecznej. Stanowi zagrożenie utraty możliwości sprawnego, samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie. Pasywność edukacyjna w tak szybko zmieniającym się świecie, skazuje te osoby na wycofanie, a w rezultacie izolację społeczną [50].

Wydaje się, że znaczenie aktywnego udziału osób starszych w przedsięwzięciach edukacyjnych będzie w kolejnych latach rosło.

We wszystkich niemal dokumentach strategicznych Unii Europejskiej podkreśla się znaczenie idei *life long learning* – uczenia się przez całe życie<sup>3</sup>. W Deklaracji Kopenhaskiej [51] strategiom kształcenia ustawicznego oraz mobilności przypisano zasadnicze znaczenie dla promocji zwiększania zatrudnienia, aktywnego obywatelstwa, zwalczania zjawiska marginalizacji społecznej i rozwoju osobistego. Strategia Europa 2020 [52] uznaje kształcenie ustawiczne i rozwój umiejętności za kluczowe elementy reakcji na obecny kryzys gospodarczy, starzenie się społeczeństwa i szerszą strategię gospodarczą oraz społeczną Unii Europejskiej. W dokumencie ustanawiającym zasady Europejskiej Współpracy w Dziedzinie Kształcenia i Szkolenia [53], edukacji przypisuje się nie tylko role związane z dostarczaniem odpowiednich i wysokiej jakości umiejętności oraz kompetencji sprzyjających zdolnościom do zatrudnienia, innowacjom, aktywnemu obywatelstwu i dobrostanowi jednostki, ale także – co szczególnie ważne w przypadku osób starszych – rolę włączającą, przeciwdziałającą dyskryminacji i wykluczeniu społecznemu. Jednym z celów ET2020 jest zwiększenie udziału osób dorosłych w wieku od 25 do 64 lat w uczeniu się przez całe życie do co najmniej 15% w 2020 r. W ramach programu Uczenia się przez całe życie, w latach 2007-2013 Komisja Europejska współfinansowała program aktywizacji edukacyjnej osób dorosłych, w tym starszych – Grundtvig<sup>4</sup>. W okresie 2014-2020 działania na rzecz wzmocnienia aktywności edukacyjnej tej grupy będą współfinansowane z programu Erasmus+<sup>5</sup>.

Także w Polsce rośnie świadomość potrzeby zintensyfikowania udziału osób dorosłych, w tym starszych, w przedsięwzięciach edukacyjnych. O aktywności najstarszych Polaków mowa w Założeniach Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020 [55]. W punkcie 4.1. można przeczytać, że „umożliwienie osobom starszym uczenia się jest podstawowym czynnikiem wpływającym na rozwój ich aktywności oraz zachowanie dobrego zdrowia i niezależności do późnych lat, a tym samym wyraźnie przyczynia się do poprawy jakości ich życia. Podnoszenie kompetencji niezbędnych do życia we współczesnym świecie pozwala również przeciwdziałać wykluczeniu społecznemu osób starszych.

---

<sup>3</sup> OECD definiuje *life long learning* jako „rozwój indywidualny każdego człowieka i rozwój cech społecznych, umożliwiających mu funkcjonowanie w społeczeństwie, we wszystkich formach i wszystkich kontekstach – w systemie formalnym oraz ramach kształcenia nieformalnego i incydentalnego”.

<sup>4</sup> Więcej o programie Grundtvig na <http://www.grundtvig.org.pl/>

<sup>5</sup> Więcej o programie Erasmus+ na <http://erasmusplus.org.pl/dokumenty/edukacja-doroslych/>

Aktywność edukacyjna tych osób przynosi też korzyści w postaci większego zaangażowania w działania na rzecz własnego i młodszych pokoleń w społecznościach lokalnych oraz pełnego funkcjonowania w wymiarze obywatelskim”. Cel ogólny, polegający na zwiększaniu uczestnictwa osób starszych w edukacji oraz zwiększaniu dostępności i jakości oferty edukacyjnej, ma być realizowany m.in. poprzez [54]:

- rozwijanie oferty edukacyjnej dedykowanej osobom starszym w zakresie profilaktyki zdrowotnej,
- wspieranie i rozwój form edukacji osób starszych opartych na wykorzystaniu ich doświadczenia w uczeniu się wzajemnym, w formach edukacji środowiskowej oraz w szkoleniach utrzymujących zaangażowanie osób w podeszłym wieku na rzecz rozwiązywania problemów społecznych i edukacji osób z młodszych pokoleń,
- stworzenie rozwiązań systemowych dotyczących uczenia osób starszych w zakresie kompetencji cyfrowych,
- rozwój warunków dla systemu edukacji międzypokoleniowej,
- opracowanie i realizacja programu wspierania działań rozwijających aktywność edukacyjną osób starszych na terenach wiejskich oraz w małych miastach,
- opracowanie i realizacja programu wspierania działań rozwijających aktywność edukacyjną seniorów w dużych osiedlach większych miast, pełniących funkcje tzw. sypialni,
- rozwój systemu finansowania działań z zakresu aktywności edukacyjnej w ramach administracji publicznej – rządowej i samorządowej,
- rozwój warunków dla koordynacji systemu uczenia się osób starszych na poziomie regionalnym oraz dla stymulowania aktywności społecznej tych osób,
- tworzenie warunków dla rozwoju współpracy (w tym międzynarodowej) między różnymi instytucjami edukacyjnymi i naukowymi dla efektywnego wykorzystania potencjału międzypokoleniowego,
- wspieranie tworzenia przez osoby starsze platform wzajemnej komunikacji w obszarze aktywności edukacyjnej z wykorzystaniem nowych technologii.

Finansowanie wzmocnienia aktywności edukacyjnej osób starszych stanowi również jeden z obszarów interwencji Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014–2020 [55]. W Priorytecie 1: Edukacja osób starszych przewidziano wsparcie dla inicjatyw polegających m.in. na:

- organizacji zajęć edukacyjnych z zakresu różnych dziedzin (m.in. prawo, gospodarka, zdrowie, w tym profilaktyka zdrowotna, sport, turystyka, edukacja, wizyty studyjne, języki obce, umiejętności interpersonalne, nowe technologie), programów edukacyjnych i warsztatów o starzeniu, osobach starszych i aktywnym starzeniu.
- organizacji zajęć przygotowujących do świadczenia usług wolontariackich,
- kształceniu opiekunów osób starszych,
- promowaniu wolontariatu kompetencji,
- promowaniu oferty edukacyjnej wśród osób starszych.

Wsparcie aktywności edukacyjnej osób starszych znajduje się również (pośrednio) w zakresie przedmiotowym interwencji wspieranych w ramach programu Senior-WIGOR [56]. Celem programu jest bowiem „zapewnienie wsparcia osobom starszym poprzez umożliwienie korzystania z oferty na rzecz aktywizacji społecznej, w tym oferty prozdrowotnej, (...) edukacyjnej, kulturalnej, rekreacyjnej i opiekuńczej”.

Przedsięwzięcia edukacyjne, mające zwiększyć aktywność edukacyjną osób starszych, inicjują, realizują, koordynują i współfinansują także samorzady lokalne. W badaniach przeprowadzonych przez autorkę wśród samorządów lokalnych województwa pomorskiego (w badaniu wzięły udział 77 gminy spośród 123), realizację (na terenie gminy) [57]:

- programów/projektów/działań wzmacniających aktywność społeczną osób po 60. roku życia – zadeklarowało 45 gmin (zagregowane odpowiedzi tak i raczej tak),
- programów i/lub projektów szkoleniowych, adresowanych do osób po 60. roku życia – zadeklarowało 16 gmin (zagregowane odpowiedzi tak i raczej tak),
- programów/projektów/działań promujących współpracę międzypokoleniową – zadeklarowało 17 gmin,
- programów/projektów/działań promujących wolontariat osób po 60. roku życia – zadeklarowało jedynie 8 gmin.

Mimo, że dorobku pomorskich samorządów lokalnych, jeżeli chodzi o dotychczasowe działania wzmacniające aktywność edukacyjną osób starszych, nie można ocenić jako imponującego, nie należy odczytywać ich jednoznacznie negatywnie. Po pierwsze, w badaniu uczestniczyły głównie gminy wiejskie (żadna duża gmina miejska z województwa pomorskiego nie uczestniczyła w badaniu), po drugie – w zestawieniu planowanych działań na rzecz seniorów w kolejnych latach, przedsięwzięcia na rzecz aktywizacji społecznej, w tym edukacyjne, wskazało 79,6% gmin uczestniczących w badaniu [57].

Jaka przyszłość edukacji osób starszych? Otóż wydaje się, że kolejne lata cechować będzie dalszy, dynamiczny rozwój edukacji dedykowanej osobom starszym. Będzie on wynikał z potrzeb coraz lepiej wykształconych, kolejnych pokoleń osób wchodzących w starość z jednej strony, z drugiej – wyzwań zmieniającej się „współczesności”. Jakość oferty edukacyjnej będzie musiała systematycznie rosnąć. Już teraz, w badaniach realizowanych wśród słuchaczy uniwersytetów trzeciego wieku dostrzega się wyraźne oczekiwanie, aby wiedza, jaka jest im przekazywana była nowa, przydatna w codziennym funkcjonowaniu i co najważniejsze – dobrze przekazywana. Instytucje i organizacje odpowiedzialne za przygotowanie i realizację przedsięwzięć edukacyjnych będą musiały dokładać coraz większych starań, aby tworzyć oferty zróżnicowane merytorycznie i zabezpieczające także inne – poza edukacyjną – potrzeby społeczne słuchaczy. Edukację osób starszych czeka także rewolucja technologiczna związana z większym, niż dotychczas wykorzystaniem nowoczesnych technologii w procesie kształcenia. Obecnie relatywnie niewielki odsetek seniorów posługuje się technologiami i narzędziami informatycznymi. Wielu trzeba przekonywać do komputera i uczyć korzystania z Internetu. W kolejnych latach w starość będą wchodziły osoby, dla których posługiwanie się komputerem, czy korzystanie z Internetu jest naturalne.

### **Piśmiennictwo**

1. Okoń W.: Słownik pedagogiczny. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1992.
2. Ustawa z dnia 29 grudnia 2015 r. o zmianie ustawy o systemie oświaty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z dn. 8.01.2016, poz. 35).
3. Czaplński J., Panek T. (red.): Diagnoza społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków. Raport. Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2015.
4. Posthuma R., Champion M.: Age stereotypes in the workplace: common stereotypes, moderators and future research directions. *J Manag.* 2009; 35(1): 158-188.
5. Bromley D.: Psychologia starzenia się. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1969.
6. Cavanaugh J.: Adult development and aging. Brooks/Cole Publishing Company, 1997.
7. Wechsler D.: The Measurement and Appraisal of Adult Intelligence. Williams & Witkins, Baltimore 1958.
8. Bacelewska D.: Repetytorium z rozwoju człowieka. Kolegium Karkonoskie, Jelenia Góra 2006.
9. Marcinek P.: Funkcjonowanie intelektualne w okresie starości. *Gerontol Pol.* 2007; 15(3): 69–75.
10. Bee H.: Psychologia rozwoju człowieka. Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2004.

11. Nęcka E.: Wewnątrzsobnicza zmienność inteligencji. [w:] Zmieniający się człowiek w zmieniającym się świecie. R. Ossowski, J. Trempała (red.). Wydawnictwo Instytutu Psychologii, Warszawa 2003: 98-108.
12. Trypka E.: Ponadczasowa pamięć. Jak zatrzymać młodość umysłu i radzić sobie z zaburzeniami pamięci u osób starszych? Dolnośląski Ośrodek Polityki Społecznej we Wrocławiu, Wrocław 2008.
13. Sprawność intelektualna seniorów. Jak ją zachować na długie lata? [online]. Dostępne: <http://scanmed.pl/blog/sprawnosc-intelektualna-seniorow-jak-ja-zachowac-na-dlugie-lata/>. Data pobrania: 22.10.2016.
14. Harwas-Napierała B., Tempała J. (red.): Psychologia rozwoju. Tom 2. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001.
15. Frevel A., Hogeferster J., Bergstrom A., Klonova A.: Age, gender and innovation – strategy program and action plans for the Baltic Sea Region. Baltic Sea Academy, Hamburg 2014.
16. Tylikowska A.: Jak się starzejemy? – aspekty psychologiczne. [w:] Edukacja osób starszych. Uwarunkowania. Trendy. Metody. Stowarzyszenie Trenerów Organizacji Pozarządowych, Warszawa 2015: 17-26.
17. Frąckiewicz L., Żakowska-Wachelko B.: 300 wiadomości o starości. ŚIN, Katowice 1987.
18. Johnson M.: Is 65+ old? Social Policy 1976; Nov/Dec: 9-12.
19. Roebuck J.: When does old age begin? The evolution of the English definition. J Soc Hist. 1979; 12(3): 416-428.
20. Sanderson W., Scherbov S.: Rethinking Age and Aging. Popul Bull. 2008; 63(4): 3-18.
21. Tesch-Roemer C.: Active ageing and quality of life in old age. ECE/WG1/16. United Nations Economic Commission for Europe, German Centre of Gerontology, New York-Geneva 2012.
22. Uchwała Nr 237 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie ustanowienia Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014–2020.
23. Kotowska I.E., Wóycicka I.: Sprawowanie opieki oraz inne uwarunkowania podnoszenia aktywności zawodowej osób w starszym wieku produkcyjnym. Raport z badań. Departament Analiz Ekonomicznych i Prognoz Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2008.



24. Szmidt C. (red.): Kompleksowy program aktywizacji osób starszych 50+. Akademia Leona Koźmińskiego, Warszawa 2012.
25. Bujacz A., Macko M.: Raport na temat nowoczesnych metod motywacji osób starszych w aspekcie wejścia na rynek pracy. Instytut Psychologii UAM, Poznań 2012.
26. Stuart-Hamilton I.: Psychologia starzenia się. Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2006.
27. Milerski B., Śliwerski B.: Pedagogika. Leksykon. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.
28. Jankowski D., Przyszczypkowski K., Skrzypczak J.: Podstawy edukacji dorosłych. Zarys problematyki. Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 1996.
29. Muszyński H.: Cele oświaty dorosłych i metodologiczne problemy ich stanowienia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1991.
30. Richert-Kaźmierska A., Grzesiak M.: Educational engagement of the elderly – the experiences of selected Baltic Sea Region countries. Research Papers of Wrocław University of Economics 2013; 286: 133-143.
31. Sikora M.: Potrzeby osób starszych w kontekście procesu uczenia się. [w:] Edukacja osób starszych. Uwarunkowania. Trendy. Metody. Stowarzyszenie Trenerów Organizacji Pozarządowych, Warszawa 2015: 41-46.
32. Synak B.: Człowiek stary i jego rodzina w zmieniającej się rzeczywistości ekonomicznej. Problemy Rodziny 1992; 1: 3-8.
33. Rejman K.: Znaczenie edukacji w procesie integracji społecznej osób w wieku senioralnym. [w:] Elan vital v priestore medzigeneracnych vztahov. Balogova B. (red.). Presovska Univerzita v Presove, Presov 2010: 76-85.
34. Lubkina V., Usca S., Kaupuzs A.: Pedagogika. [w:] Edukacja a jakość życia seniorów. P.E. Mollon, A. Gil (red.). Akademia im. Jana Długosza w Częstochowie, Częstochowa 2014: 63-76.
35. Hill D.R.: Seven Strategies for positive aging. W.W. Norton & Company, New York 2008.
36. Hill D.R.: Pozytywne starzenie się. Młodzi duchem w jesieni życia. Wydawnictwo Laurum, Warszawa 2009.
37. Mandrzejewska-Smól I.: Aktywność edukacyjna jako główny wyznacznik aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym osób w okresie późnej dorosłości. Przegląd Pedagogiczny 2014; 2: 201-212.

38. Dzięgielewska M.: Aktywność społeczna i edukacja w fazie starości. [w:] Podstawy gerontologii społecznej. Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dzięgielewska M. (red.). Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2006: 161-182.
39. Active ageing. A policy framework. World Health Organization, Madrid 2002.
40. Halicka M.: Satysfakcja życiowa ludzi starych. Studium teoretyczno-empiryczne. Akademia Medyczna w Białymstoku, Białystok 2004.
41. Halicki J.: Społeczne teorie starzenia się. [w:] Zostawić ślad na ziemi. M. Halicka, J. Halicki (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2006: 255-292.
42. Zaidi A., Gasior K., Hofmarcher MM., Lelkes O., Marin B., Rodrigues R., Schmidt A., Vanhuyse P., Zolyomi E.: Active ageing index 2012: Concept, methodology and final results". EC/UNECE, Active Ageing Index Project, UNECE Grant ECE/GC/2012/003. Europejskie Centrum Polityki Społecznej i Badań w Wiedniu, Wiedeń 2013.
43. 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). UNECE/European Commission 2015.
44. Czapiński J., Błędowski P.: Aktywność społeczna osób starszych w kontekście percepcji Polaków. Diagnoza społeczna 2013. Raport Tematyczny. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2014.
45. Kształcenie dorosłych. GUS, Warszawa 2009.
46. Kształcenie dorosłych. GUS, Warszawa 2013.
47. Uniwersytety trzeciego wieku – wstępne wyniki badań za rok 2014/2015. GUS, Warszawa 2016.
48. Halicki J.: Zaspokajanie potrzeb edukacyjnych jako czynnik aktywnego starzenia się. [w:] Aktywne starzenie się – Przeciwdziałanie barierom. P. Szukalski, B. Szatur-Jaworska (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2014: 142-151.
49. Szukalski P.: Solidarność pokoleń. Dylematy relacji międzypokoleniowych. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2012.
50. Wnuk W.: Idea animacji wobec psychospołecznych problemów starzenia się. [w:] Wyzwania współczesnej edukacji dorosłych. Wydawnictwo GWSP, Mysłówice 2007: 132-139.
51. The Copenhagen Declaration. Declaration of the European Ministers of Vocational Education and Training and the European Commission, convened in Copenhagen

on 29 and 30 November 2002 on enhanced European cooperation in vocational education and training. Kopenhaga 2002.

52. Europa 2020. Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu. Bruksela 2010.
53. Konkluzje Rady z dnia 12 maja 2009 r. w sprawie strategicznych ram Europejskiej współpracy w dziedzinie kształcenia i szkolenia („ET 2020”) (Dz.U. C 119 z 28.5.2009).
54. Uchwała Nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020.
55. Uchwała Nr 237 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie ustanowienia Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014-2020.
56. Regulamin otwartego konkursu ofert w ramach Programu wieloletniego Senior-WIGOR na lata 2015-2020. Edycja 2016 r. Ministerstwo Pracy, Polityki Społecznej i Rodziny, Warszawa 2016.
57. Richert-Kaźmierska A., Lechman E., Necel H.: Starzenie się społeczeństwa wyzwaniem dla pomorskich gmin. Koncepcja systemu opieki nad osobami starszymi w województwie pomorskim – obszar gmin pozametropolitalnych. Fundacja Promocji Inicjatyw Europejskich, Gdańsk 2015.



## Historia i rozwój Uniwersytetów Trzeciego Wieku

Halina Zielińska-Więczkowska

Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej, Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika im. L. Rydygiera w Bydgoszczy

### Wprowadzenie w problematykę

Postępujące przemiany demograficzne i dalszy wzrost populacji osób starszych powoduje wzrastające zapotrzebowanie społeczne – zarówno w kraju, jak i w skali światowej – na edukację ustawiczną realizowaną za pośrednictwem Uniwersytetów Trzeciego Wieku (UTW) /*Universities of The Third Age (U3A)*/ [1-4].

Według aktualnych prognoz Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), w perspektywie 2035. roku oczekuje się dalszego wzrostu odsetka osób powyżej 65. roku życia na poziomie ok. 24% [5,6].

Procesowi przemian demograficznych towarzyszą zmiana struktury rodziny, osłabienie więzi międzypokoleniowych oraz przemiany w zakresie poziomu aktywności. Coraz wyraźniej wyłania się potrzeba efektywnego zagospodarowania czasu wolnego, zwłaszcza po przejściu na emeryturę, zmiany stereotypowego wizerunku osób starszych i poprawy ich jakości życia. Koniecznością staje się poszerzanie oferty kształcenia ustawicznego - takiej, która umożliwia nabywanie umiejętności pozwalających funkcjonować w społeczeństwie informacyjnym. Należy popularyzować aktywność społeczno-edukacyjną i wolontariat [6].

Edukacja ustawiczna, w tym realizowana w UTW, jest jednym z ważnych priorytetów polityki oświatowej w Unii Europejskiej (UE). Zasady polityki oświatowej w krajach UE zostały zawarte w Białej Księdze (1995), raporcie J. Delorsa (1988) i raporcie „Tworzenie Europy przez Edukację” (1997) [7]. Warto przytoczyć cztery filary edukacji ustawicznej wg Delorsa: uczyć się, aby żyć; uczyć się, aby wiedzieć; uczyć się, aby działać; uczyć się, aby być [6]. Stanowią one w gruncie rzeczy odpowiedź na realia i potrzeby współczesnego, szybko zmieniającego się świata. W latach 90. minionego stulecia w edukacji ustawicznej pojawiła się nowa idea *lifelong learning* (uczenia się przez całe życie) [4,6]. Strategicznym celem *lifelong learning* jest rozwój społeczeństwa informacyjnego, opartego na wiedzy i zwiększenie spójności społecznej [6]. Koncepcja ta zakłada, że głównym wyznacznikiem rozwoju jest wiedza i umiejętności [4]. Jednostka uczestnicząca w edukacji całościowej jest lepiej przygotowana do funkcjonowania w społeczeństwie informacyjnym i korzystania z wielu dobrodziejstw współczesnej cywilizacji. Postęp technologiczny i gwałtowność zmian

w różnych obszarach życia społecznego wymaga umiejętności dostosowania się do nowej szybko zmieniającej się rzeczywistości. Szczególnie osoby starsze są zagrożone analfabetyzmem informatycznym [6]. Blokada cywilizacyjna skutkuje poczuciem pustki i izolacji [8], co sprzyja niskiej jakości życia.

### **Początki i przyczyny kształtowania się UTW**

UTW są instytucjami kształcenia ustawicznego o charakterze pozaformalnym, które próbują sprostać wyzwaniom starzejących się społeczeństw światowych. Jest to rodzaj edukacji dobrowolnej, edukacji dla lepszego (aktywnego) życia na starość [9]. UTW funkcjonują jako organizacje pozarządowe. Są typem uniwersytetów otwartych [3].

Placówki te zaczęły powstawać w obliczu postępujących przemian demograficznych i wzrostu populacji osób starszych w społeczeństwach światowych, zwłaszcza wysoko uprzemysłowionych krajów zachodu oraz dokonujących się zmian społeczno-kulturowych.

W Polsce ważną przyczyną ich dynamicznego rozwoju – jak sygnalizuje Ziębińska – była możliwość wcześniejszego przechodzenia na emeryturę i, co za tym idzie, potrzeba efektywnego zagospodarowania wolnego czasu zwiększającej się populacji osób starszych [10]. Podłoża kształtowania się UTW upatruje się w tradycji uniwersytetów powszechnych, ludowych – jako instytucji oświaty dorosłych [11].

Powstanie pierwszego na świecie UTW wyrosło z potrzeby zachowania u osób w okresie późnej dorosłości dobrego zdrowia, w tym sprawności psychofizycznej oraz stworzenia warunków do godnego życia na starość. Celem ich uruchomienia była szeroko rozumiana profilaktyka gerontologiczna, obalanie stereotypu starości przykrej, niedołącznej, cierpiącej, wyobcowanej, wycofanej z aktywnego życia czy „ubezwłasnowolnionej społecznie” [4,12].

Początki ruchu UTW w skali globalnej zrodziły się na terenie Europy w latach 70-tych XX wieku. W znaczącej mierze ruch zainicjowany został przez Organizację Narodów Zjednoczonych – miało to miejsce na światowym zgromadzeniu w Wiedniu (1972 r.). Chodziło wówczas o przeciwdziałanie doświadczania przez osoby starsze „piętna degradacji fizycznej i psychicznej” [12], w dużej mierze spowodowanej przyspieszonym procesem postępującej inwolucji starczej, zwłaszcza u osób wycofanych z różnych form aktywności.

Pierwszą tego typu instytucję dla seniorów uruchomił w 1973 roku przy Uniwersytecie w Tuluzie (Francja) francuski socjolog i prof. prawa międzynarodowego **Pierre Vellas** [2,4,9,11-15]. Jego dokonania na rzecz uruchomienia tej formy kształcenia ustawicznego dla osób w późnej dorosłości są obecnie znane na całym świecie. Jednak początki tego udanego przedsięwzięcia sięgają już 1972 roku, kiedy to zorganizował „pionierską eksperymentalną

szkołę letnią” dla chętnych emerytów zamieszkałych w Tuluzie [15]. Wówczas jako pracownik naukowy Instytutu Nauk Społecznych i badacz życia społecznego zdecydował się wprowadzić w mury uniwersytetu osoby z doświadczeniem życiowym, które w latach młodości nie mogły urzeczywistnić marzeń o studiowaniu [12,15]. Zamierzał maksymalnie wykorzystać infrastrukturę uczelni, stwarzając tym samym szansę kształcenia osobom w fazie późnej dorosłości. W tym przedsięwzięciu dopatrywał się możliwości i zarazem szansy dla siebie i innych pracowników naukowych wspomnianego wyżej Uniwersytetu, na prowadzenie badań nad starością i starzeniem się [13].

Stworzenie pierwszego UTW w Europie, a zarazem na świecie w dużej mierze wynikało z jego pozytywnych doświadczeń i pobudek empatycznych do osób starszych oraz wyjątkowo ciepłych relacji ze swoimi dziadkami. Byli dla niego przykładem „żywotności, aktywności, pracowitości i optymizmu” - przejawianych w fazie późnej dorosłości. Ponadto, jeszcze jako dziecko, chętnie nawiązywał przyjaźnie z osobami starszymi. Zanim rozpoczął organizowanie tej instytucji, gruntownie zgłębił wiedzę gerontologiczną i prawo międzynarodowe [2]. Uruchamiając placówkę UTW w Tuluzie Pierre Vellas chciał maksymalnie wykorzystać potencjał rozwojowy tkwiący w człowieku na przestrzeni późnej dorosłości. Powstanie pierwszej na świecie tego typu placówki miało być przejawem troski o dobrą kondycję psychofizyczną osób starszych, realizacji szczytnej idei kształcenia ustawicznego, poszerzania wiedzy gerontologicznej oraz współpracy z lokalną społecznością w zakresie analizy schorzeń wieku podeszłego [15]. Głównym założeniem była wszechstronna aktywizacja osób we wspomnianej fazie życia, zarówno fizyczna, intelektualna, jak i kulturalno-artystyczna [12].

### **UTW w Europie i na świecie**

Powodzenie opisanego powyżej szczytnego przedsięwzięcia w Tuluzie zaowocowało w krótkim czasie powstawaniem kolejnych takich instytucji, początkowo na terenie Francji, a następnie całej Europy [11-13,15]. W następnych latach powstały UTW w Belgii, Polsce, Kanadzie, Szwajcarii a następnie - w Hiszpanii, Włoszech, Szwecji, Norwegii, Anglii, Niemczech, Anglii, Austrii, Portugalii, Czechosłowacji, Słowacji, Ameryce Południowej, Oceanii i Azji [2,12,15]. Polska była trzecim krajem, za Francją i Belgią, w którym został zainicjowany ruch UTW. W 1975 roku rozpoczęły swoją działalność pierwsze placówki w Szwajcarii, we Włoszech i w Kanadzie [2]. Jak wynika z przeglądu doniesień Szatur-Jaworskiej i wsp., pod koniec XX wieku, w skali światowej działało już ponad 2100 takich instytucji kształcenia ustawicznego osób w późnej dorosłości [13]. Połowa z tej liczby UTW była zlokalizowana na terenie Europy [4].



Skutkiem dynamicznego rozwoju tych placówek było rozpoczęcie w 1975 roku w Paryżu działalności Międzynarodowego Stowarzyszenia Uniwersytetów Trzeciego Wieku o nazwie *L'Association Internationale des Universités du Troisième* (AIUTA) [2,3,11,13-15]. Zadaniem organu założycielskiego była koordynacja pracy UTW na całym świecie. Jej przewodniczącym został główny pomysłodawca UTW, prof. Pierre Vellas [14]. Stowarzyszenie to nadal funkcjonuje i pełni merytoryczny nadzór nad placówkami w skali światowej, a także rolę eksperta w zakresie profilaktyki gerontologicznej. Ponadto koordynuje badania na starością i starzeniem się, nadzoruje wymianę naukową, organizuje kongresy naukowe w celu wymiany cennych doświadczeń na rzecz poprawy jakości życia populacji osób starszych [12,14]. Około 1985 roku w federacji tej zrzeszonych było już ponad 100 takich placówek [12], jednak z powodu wysokich składek członkowskich - jak donosi Ziębińska - tylko niewiele polskich UTW należy do stowarzyszenia AIUTA [2].

W kraju naukowy patronat nad funkcjonowaniem tych instytucji pełni Polskie Towarzystwo Gerontologiczne (PTG) [13].

**Polska** lokuje się wśród pionierów ruchu UTW w skali światowej. Powstanie pierwszej tego typu placówki na terenie naszego kraju miało miejsce w 1975 roku w Warszawie przy Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, czyli w dwa lata później po uruchomieniu pionierskiego UTW w Tuluzie. Uruchomiła go gerontolog prof. **Halina Szwarc** [4,10,12-15]. Inicjatywa ta zrodziła się po spotkaniu Haliny Szwarc z głównym pomysłodawcą tej idei, Pierre'a Vellasem w kwietniu 1975 roku w Mediolanie [2,15]. Pierwotna jej nazwa, podobnie jak i pierwszej placówki we Wrocławiu, to Studium Trzeciego Wieku, później przekształcona w UTW [12]. W pierwszym roku jej funkcjonowania kształcenie w murach warszawskiego UTW rozpoczęło 350 studentów-seniorów [12].

Inicjatywa prof. Haliny Szwarc zaowocowała powołaniem kolejnych placówek we Wrocławiu (1976), Opolu (1977), Szczecinie (1978), Poznaniu, Łodzi i Gdańsku (1979), Krakowie i Katowicach (1982), Rzeszowie (1983), Lublinie, Gliwicach i Kielcach (1985) [12]. Pod koniec lat 80. poprzedniego stulecia nastąpiła w tym zakresie zauważalna stagnacja, spowodowana dokonującymi się w naszym kraju w tamtym okresie przeobrażeniami politycznymi i społeczno-gospodarczymi. W tym czasie powstały tylko dwie tego typu placówki - w Warszawie (na Mokotowie) i Toruniu (1979). W następnych latach nastąpiło znowu ożywienie ruchu UTW i zaczęły powstawać nowe instytucje - w Zielonej Górze i Zakopanem (1992), Gorzowie Wielkopolskim, Koszalinie i Kołobrzegu (1993), Białymstoku i Częstochowie (1994), Olsztynie i Bydgoszczy (1995), Bielsku-Białej (1996), Oświęcimiu (1997), Żarach i Lesznie (1998) i pod koniec lat 90. w Suwałkach (1999) [12].



W roku 2000 ruch UTW został rozszerzony o placówki w Jeleniej Górze i Suwałkach, a w następnym roku rozpoczęła działalność kolejna placówka przy Mazowieckim Centrum Kultury w Warszawie i w Tomaszowie Lubelskim jako filia lubelskiego UTW. W rok później doszły kolejne placówki - w Zabrzu, Zamościu, Rybniku, Głogowie, Starogardzie Szczecińskim. W 2003 roku przybyły nowe instytucje – w Sopocie, Krośnie, Pabianicach, Wałbrzychu, Gliwicach. W roku 2004 dołączyły kolejne placówki – w Gdańsku, Gdyni, Sosnowcu, Nowym Sączu, Zielonce [2]. Trudno tu wymienić wszystkie funkcjonujące obecnie w Polsce tego typu instytucje. Szczegółowy chronologiczny wykaz działających w naszym kraju UTW (wg stanu na 2011 r.) sporządziła w swojej monografii Aleksandra Błachnio [15]. Jak wynika z doniesień Ziębińskiej, PTG wydawało informatory o działalności polskich UTW tylko do roku 2003-2004, po czym przejęła Polsko-Amerykańska Fundacja Wolności. Po tym czasie trudniej jest pilotować zarówno ich dalszy rozwój, jak i ilość [2].

UTW w pierwszej kolejności powstawały w dużych aglomeracjach będących skupiskiem szkół wyższych, a następnie w mniejszych miastach przy filiach ośrodków akademickich. W ostatnim okresie są coraz liczniej tworzone również w małych okręgach, nie będących nawet siedzibami filii szkół wyższych (np. Leszno, Kołobrzeg, Suwałki, Zakopane, Oświęcim itp.) [12]. Według stanu na rok 2014, liczba tych instytucji w Polsce szacowana była na 477 i cały czas notuje się ich dynamiczny wzrost [16]. Według aktualnych prognoz na 2035 rok, oczekuje się wzrostu liczebności osób w wieku 60 lat i powyżej do 10,8 mln, co powinno mieć przełożenie na wzrastające zapotrzebowanie na te instytucje edukacji ustawicznej seniorów [9]. Najwięcej UTW znajduje się w województwie mazowieckim (73), małopolskim (49), dolnośląskim (47), śląskim (44), kujawsko-pomorskim (43), wielkopolskim (38), łódzkim (29), pomorskim (24), lubelskim (21), warmińsko-mazowieckim i zachodnio-pomorskim (po 21), lubuskim (20), podkarpackim(17), opolskim i podlaskim (po 11), świętokrzyskim (8) [16].

Ciągły przyrost liczby UTW nie tylko w skali kraju, ale i na arenie międzynarodowej dowodzi o dużym zapotrzebowaniu i zainteresowaniu oraz atrakcyjności tej oferty kształcenia przeznaczonej dla osób w fazie późnej dorosłości [2,12,15]. Coraz częściej słuchaczami UTW są osoby na przedpolu starości (po 50. roku życia), stąd w praktyce te instytucje funkcjonują bardziej jako Uniwersytety Wszystkich Pokoleń, co jednocześnie przeciwdziała segregacji ze względu na kryterium wieku.

Najbardziej wyrazistą **cechą UTW** i to w skali światowej, jest ich feminizacja [2,4,12,17,18]. Kobiety stanowią ok. 90% wszystkich uczestników [2,19], stąd istnieje potrzeba popularyzacji tych form edukacji ustawicznej wśród mężczyzn [12,19,20]. Inną cechą polskich UTW jest fakt, że duży odsetek słuchaczy kontynuuje w nich edukację przez dłuższy czas –

kilka, a nawet kilkanaście lat [12]. Ponadto polskie placówki charakteryzuje świadczenie sobie wzajemnej pomocy [2]. Wśród uczestników polskich UTW dominuje średnie i wyższe wykształcenie, chociaż bywają też osoby z najniższym poziomem wykształcenia [2,17,19,20]. Przewagę stanowi inteligencja i pracownicy umysłowi, w tym inżynierowie, nauczyciele, pracownicy administracyjni, ekonomiści [2,12,19]. Jak dowodzą badania własne, ich uczestnicy w większości przypadków wykazują zadowolenie ze zdrowia, przejawiają aktywny styl radzenia sobie ze stresem, optymizm życiowy i pogodę ducha oraz postawę prospołeczną [19,20]. Wspólną cechą dla uczestników wobec różnorodnych korzyści wynikających z uczestnictwa w edukacji ustawicznej za pośrednictwem UTW jest poprawa jakości życia i starzenia się w czasach postępującego wzrostu odsetka osób starszych w populacji ogólnej [2,3,17].

Wyższe zadowolenie z uczestnictwa w UTW, jak dowodzą badania własne, wykazują osoby z najniższym poziomem wykształcenia, co może wskazywać na ich niższe wymagania [19]. To sugeruje, że osoby z wyższym wykształceniem mają w tym zakresie wyższe oczekiwania [19]. Należy mieć na uwadze fakt, że aktualny wymóg kształcenia ustawicznego spowoduje wzrost liczby seniorów dobrze wykształconych, których oczekiwania w tym zakresie też będą wzrastać. Należy zatem koniecznie zwiększać jakość kształcenia i uatrakcyjnić ofertę edukacyjną do zwiększających się społecznych oczekiwań starzejącego się społeczeństwa. Prognozy innych badaczy w tym zakresie są zbliżone [2,12].

### **UTW niektórych krajów Europy**

We Włoszech pierwszy UTW założył w 1975 roku w Turynie psycholog Giuseppe A. Campra. Włoskie UTW wzorują się na modelu francuskim i skupiają w swych szeregach często ludzi młodych, po 30 roku życia. Osoby po 60. roku życia stanowią u nich ok. 40% ogółu słuchaczy [2].

W Hiszpanii początek ruchu UTW datuje się od 1978 roku i posiada cechy charakterystyczne dla społeczeństwa obywatelskiego. Jego początek w Portugalii przypada na rok 1993. Programy zajęć obejmują głównie elementarne umiejętności (nauka czytania i pisanie) z uwagi na istniejący tam problem analfabetyzmu.

W Szwajcarii pierwsza taka instytucja powstała w Genewie, której założycielem był lekarz Geinsendorf. W Austrii kształcenie seniorów odbywa się na zasadzie wolnego słuchacza, którym może zostać kobieta po 40., a mężczyzna - po 45. roku życia.

W Holandii pierwszy UTW oparty na modelu francuskim powstał na Uniwersytecie w Groningen, w roku 1986. Założył go C.J. Tempelman. Aktualnie w Holandii zauważa

się tendencję do otwierania nowych placówek opartych na samopomocy. W Holandii obowiązują standardy akademickiego kształcenia. W wielu przypadkach realizacja programu kształcenia uwieńczona jest tam uzyskaniem dyplomu z określonej dziedziny wiedzy.

UTW w Niemczech są w większości wzorowane na modelu francuskim, czyli są ściśle związane z uczelnią wyższą. Funkcjonują jako uniwersytety ludowe, centra szkoleniowe i akademie dla seniorów. Programy kształcenia w Niemczech są na wysokim poziomie, przygotowuje je kadra akademicka.

W Szwecji pierwszy UTW powstał w Upsali, w 1979 roku. Z kolei w Danii większość placówek UTW przybiera postać uniwersytetów ludowych, stowarzyszonych z uczelniami, a zarządzanych i prowadzonych przez wolontariuszy. W Finlandii pierwszą placówkę UTW założył Eino Heikkinen na Uniwersytecie w Javaskyla (1985 r.). Ich słuchaczami są osoby w większości w fazie wczesnej starości i na jej przedpolu. W Norwegii UTW funkcjonują w strukturach uczelni, a organizacyjnie należą do uniwersytetów otwartych [2].

### **Pierwsze UTW w innych częściach świata i ich ciekawe rozwiązania**

UTW w Australii funkcjonują w oparciu o brytyjski model samopomocy. Pierwszy został uruchomiony w 1984 roku w Melbourne. Działają tam jako niezależne organizacje i nie nawiązują między sobą współpracy.

Najwięcej tego typu instytucji, z uwagi na dużą liczbę ludności, działa w Chinach. Z przeglądu doniesień Ziębińskiej wynika, że według stanu na 2004 rok, zarejestrowano ich 28 000. Ruch UTW rozpoczął tam swoją prężną działalność w 1980 roku. Organizacją pozarządową wnoszącą duży wkład w rozwój UTW na terenie Chin jest *China Association of Universities for the Aged* (CAUA). Jest to rodzaj państwowej organizacji non profit funkcjonującej przy Chińskim Narodowym Komitecie ds. Starzenia /*China National Committee on Ageing*/. Organizuje ona wymianę doświadczeń pomiędzy tymi placówkami, przygotowuje kadre dla uczestników UTW, nadzoruje projekty badawcze i metodykę nauczania osób tej generacji, organizuje współpracę między tymi placówkami i wymianę materiałów edukacyjnych, promuje wymianę międzynarodową w zakresie własnych praktyk i proces uczenia się w tej fazie życia człowieka. Rząd chiński dofinansowuje placówki UTW i programy ich rozwoju.

W Japonii początek ruchu UTW datuje się od 1969 roku, kiedy to powstał pierwszy uniwersytet dla seniorów *Hyogo Prefectural Boards of Education*. Funkcjonuje tam wiele niezależnych uniwersytetów dla osób starszych prowadzonych przez profesorów (np. w Tokio, Kioto, Kobe).

Na kontynencie Ameryki Północnej pierwszą organizacją, która zapoczątkowała w 1962 roku kształcenie seniorów był *Institute for Learning in Retirement* (ILR) w Nowym Jorku. Następnie (1988 rok) 30 organizacji ILR zawiązało ze stowarzyszeniami *Elderhostel Institute Network* (EIN). Ich zadanie - to wsparcie pod kątem organizacyjnym i finansowym inicjatyw tworzenia instytutów na rzecz edukacji osób starszych. Koncepcja i zasady działania *Elderhostel* stanowią pośrednie ogniwo pomiędzy modelem brytyjskim, a francuskim, posiadając wspólne ich cechy.

Na kontynencie Ameryki Południowej francuski model UTW znajduje zastosowanie w uniwersytetach w Argentynie, Wenezueli, Brazylii, Kolumbii, Ekwadorze, Chile, Urugwaju. Z kolei model brytyjski dominuje w Brazylii, Boliwii, Paragwaju.

Na kontynencie Afryki Południowej UTW są placówkami otwartymi dla wszystkich seniorów w większości nieaktywnych zawodowo. Pierwsza placówka powstała w Cape Town. W Afryce Południowej UTW opierają swoje funkcjonowanie na modelu samopomocowym/brytyjskim. Źródłem ich wsparcia są sponsorzy. Władze lokalne i państwowe nie świadczą im pomocy [2].

*U3A Online* został zapoczątkowany w Australii i Nowej Zelandii. Za pomocą platformy edukacyjnej realizuje bogatą ofertę edukacyjną, a zarazem integruje różne środowiska seniorów. Kursy online dotyczą procesu starzenia się, biologii człowieka, gramatyki angielskiej, historii Australii, zmian polityczno-ekonomicznych i kulturowych w Chinach. Wystarczy posiadanie komputera i dostęp do Internetu oraz znajomość języka angielskiego. Projekt ten zyskał uznanie i wsparcie finansowe (zakup komputerów) ze strony struktur rządowych.

*AGE Europe Platform* działa od 2001 roku, reprezentując interesy ogromnej rzeszy seniorów z Europy (> 30 mln), zwłaszcza w obszarze UE. Zrzesza 165 różnych organizacji podejmujących działania na rzecz przeciwdziałania dyskryminacji wiekowej i przemocy wobec osób starszych. Realizują one inicjatywy promujące aktywność i pomyślne starzenie się, sprzyjają zatrudnianiu osób starszych oraz wdrażaniu nowych technologii. Platforma służy ponadto do zamieszczania ważnych informacji (raportów, zawiadomień, zaproszeń).

*World U3A* to wirtualna platforma zrzeszająca wolontariuszy z UTW w Wielkiej Brytanii działających na rzecz seniorów. Głównym celem *World U3A* jest „promowanie międzynarodowego porozumienia i dialogu aktywnych seniorów bez względu na ich rasę, narodowość czy miejsce zamieszkania” [15].

Projekt *MYU3A* to zachęcanie osób starszych do autoprezentacji na stronie internetowej swoich UTW działających w różnych miejscach na kuli ziemskiej wg kilku sugerowanych pytań [15].

### **Proponowane kierunki rozwoju UTW i nowe wyzwania na początku XXI wieku**

Potrzeby dydaktyczne osób dorosłych oraz instytucji i organizacji działających na rzecz kształcenia osób w fazie późnej dorosłości szczegółowo określa program Grundtvig, koordynowany przez Unię Europejską [6,21]. Określa on ścieżki poprawy wiedzy i kompetencji osób starszych [6]. Wraz z postępem naukowo-technicznym, jak sygnalizuje wielu autorów, zachodzi konieczność poszerzania oferty kształcenia umożliwiającej nabycie umiejętności, pozwalających osobom starszym na optymalną aktywność zawodową i dostosowanie się do zmieniającej się rzeczywistości w różnych sferach życia [2,3,6].

Zych wychodzi z propozycją wprowadzenia w UTW nie tylko dyplomów honorowych UTW, ale takich, które dają faktyczne kwalifikacje i uprawnienia. Proponuje, aby na przedpolu starości było kształcenie lingwistyczne, prawne, ekonomiczne, a także z zakresu gerontologii, w tym gerontologii medycznej i promocji zdrowia [22].

Zauważa się powolną zmianę w określaniu celów i treści kształcenia [2]. Dotychczasowy model UTW wymaga otwarcia się na znowelizowane programy kształcenia i rozwiązania organizacyjne w celu realizacji potrzeb wyższego rzędu (m.in. sensu życia, samorealizacji, twórczości) [21,22]. Skuteczne uczenie się, jak sygnalizuje Marvin Formosa - znany badacz z International Institute on Ageing, w odniesieniu do osób w późnej dorosłości powinno być oparte na negocjacji i kompromisie [21]. Propozycje nowoczesnych rozwiązań wymagają nie tylko ustawicznego zwiększania zasobów ludzkich, ale i nakładów finansowych, stanowią zatem ważne wyzwanie dla polityki społecznej [21].

Formosa dla umożliwienia dostosowania UTW do aktualnych przeobrażeń społeczno-gospodarczych proponuje takie rozwiązania, jak edukację międzypokoleniową, uzasadnienie ich funkcjonowania, objęcie kształceniem osób „czwartego wieku”, wychowanie do starości prowadzone przez samych seniorów, nauczanie zdalne [9].

W 2009 roku na I Ogólnopolskim Zjeździe UTW podjęto decyzję o wdrażaniu samoakredytacji tych placówek, a także prowadzeniu szkoleń w zakresie wdrażania Systemu Zarządzania Jakością 9001 ISO. W 2012 roku opracowano standardy działania dotyczące ujednoliconych obszarów funkcjonowania UTW w zakresie czynników formalno-prawnych, merytorycznych, organizacyjnych oraz współpracy z zewnętrznymi podmiotami. Określenie standardów ma służyć poprawie ich jakości kształcenia. Proponuje się zwiększanie wymogów

w takich obszarach, jak „zarządzanie organizacją, prowadzenie spraw finansowych, wdrażanie standardów etycznych oraz wykorzystywanie nowych mediów” [9].

Potrzebę zmian na UTW ukazuje *Raport o kapitale intelektualnym Polski* z 2008 roku. Wynika z niego, że w Polsce osoby starsze zajmują spośród analizowanych 16 krajów europejskich ostatnią lokatę pod względem ich kapitału intelektualnego. Zalecenia w tym Raporcie dotyczą polityki państwa wobec osób po 50. roku życia, opracowanie zaleceń dotyczących ich aktywności, dostosowania oferty edukacyjnej do aktualnych potrzeb, kierunku działań w zakresie zmiany postaw wobec seniorów, zarządzania wiekiem i opracowania reformy emerytalnej/przesunięcia wieku emerytalnego. W ramach Programu Komisji Europejskiej Grundtvig, w Polsce wsparciem objęty jest wolontariat seniorów oraz międzynarodowe dobre praktyki stosowane w UTW. Problem wolontariatu został podjęty w 2011 roku, w ramach obchodów Europejskiego Roku Wolontariatu. W tym samym roku została powołana Komisja Ekspertów ds. Osób Starszych. W 2012 roku powstał w Ministerstwie Pracy i Polityki Socjalnej Departament Polityki Senioralnej, a od 2013 roku rozpoczęła pracę Rada ds. Polityki Senioralnej. Rok 2012 został ogłoszony przez Parlament Europejski i Radę Europy – Europejskim Rokiem Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej /*European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations*/, a przez Senat RP - Rokiem Uniwersytetów Trzeciego Wieku. Innym ważnym w tym kontekście wydarzeniem był II Kongres Demograficzny, poruszający problematykę starzenia się społeczeństw. W tym też roku odbył się Ogólnopolski Kongres UTW, na którym apelowano o opracowanie misji i strategii działania UTW. W lipcu 2012 Ministerstwo Pracy i Polityki Socjalnej opublikowało Projekt Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych (ASOS) na lata 2012-2013. Dokumentem, który formułuje kierunki działania UTW jest Pakt na Rzecz Seniorów przyjęty na obradach konferencji zorganizowanej 19.11.2012. Apelowano wówczas o monitorowanie jego realizacji [9].

Dotychczasowej koncepcji UTW zarzuca się m.in. elitaryzm, pozbawianie afiliacji uczelni wyższych, co obniża rangę tych instytucji, skupianie się na ofercie rozrywkowo-rekreacyjnej [9].

Wyzwania w szerszym zakresie dotyczą problematyki wychowania do starości (geragogiki), kształtowania umiejętności przygotowania projektów, pozyskiwania funduszy na rozwój tych placówek oraz prowadzenia badań naukowych, trudności lokalowych i kadrowych oraz prawno-administracyjnych [9].

Potrzeba zmian organizacyjnych UTW jest uwarunkowana szybkim rozwojem nowoczesnych technologii informatycznych i telekomunikacyjnych oraz nieograniczonymi

możliwościami, jakie daje w codziennym życiu Internet. Umożliwia on komunikację i integrację w „globalnej wiosce”. W czasach szybkiego postępu nowoczesnych technologii informatycznych istnieje zapotrzebowanie na e-wolontariat, e-usługi, telepracę. Wobec istniejącej wielokulturowości niezwykle pożądane jest kształtowanie kompetencji kulturowych. Chodzi o tworzenie modelu kreatywnego starzenia się. Wyzwanie dotyczy opracowywania nowoczesnych programów „od internetu do robotyki”, znanych już w krajach wysokorozwiniętych (Stany Zjednoczone, Japonia), umożliwiającym także seniorom korzystanie z nowoczesnych rozwiązań automatyki i robotyki [9].

Oczekuje się zatem w tych instytucjach postępujących zmian organizacyjnych. Przyjęto 5 kryteriów, które będą miały wpływ na różnicowanie i wyodrębnianie idealnych tego typu placówek. Zależć będą od sposobu zarządzania, uczelnianego charakteru, oferty programowej, zakresu działania i grup odbiorców [9].

Ważny kierunek rozwoju UTW dotyczy włączenia tych placówek „w budowanie systemów srebrnej gospodarki” [9,23]. Srebrna gospodarka, postrzegana jako wzór systemu gospodarczego zapoczątkowanego w Japonii, ukierunkowana jest na potrzeby wszystkich grup wiekowych - w tym osób starszych. Stanowi kompleksową koncepcję dostosowania biznesu w zakresie dóbr i usług do potrzeb starzejącego się społeczeństwa. Opiera się na idei projektowania „uniwersalnego” i „międzypokoleniowego”. Podstawą systemów srebrnej gospodarki (srebrnego rynku) jest gerontechnologia, stanowiąca „nowy paradygmat naukowo-badawczy i wdrożeniowy” [23]. Przejawia się on m.in. we wdrażaniu rozwiązań innowacyjnych, tworzeniu się organizacji sieciowych i prowadzeniu badań. Znane są różne ciekawie rozwiązania, stanowiące odpowiedź gerontechnologii na wiele niedogodności, z którymi borykają się osoby starsze, jak skomplikowane instrukcje, zbyt małe litery, nieznanne kody i hasła, bariery architektoniczne itp. Wśród tych innowacji wymienia się np. strony internetowe bez barier o nazwie Senior Match, kształcenie zdalne, telemedycynę, telepracę, podłogi antypoślizgowe, podnośniki schodowe, inteligentne domy [23].

Ważną cechą nowoczesnych modeli UTW jest „usieciowienie/network effect” (np. komunikaty internetowe), co umożliwia komunikację z większą liczbą odbiorców [9].

### **Organizacja i samorządność UTW oraz charakterystyka ich działalności**

UTW próbują dostosować rzeczywistość kulturalno-polityczną współczesnego świata do potrzeb osób starszych. Przejawia się to w zrzeszaniu pojedynczych placówek UTW w stowarzyszenia, co pozwala im w większym stopniu wpływać na opinię społeczną, struktury rządowe i decyzje polityków oraz społeczność lokalną [15]. Niektórzy autorzy przytaczają takie

przykłady, jak Ogólnopolską Federację Stowarzyszeń Uniwersytetów Trzeciego Wieku z siedzibą w Nowym Sączu oraz Ogólnopolskie Porozumienie Uniwersytetów Trzeciego Wieku z lokalizacją w Warszawie, skupiające 50 placówek z całego kraju [15].

Ogólnopolska Federacja Stowarzyszeń Uniwersytetów Trzeciego Wieku funkcjonuje od 2007 roku, a w dwa lata później zawiązało się Ogólnopolskie Porozumienie UTW. Ich celem jest reprezentowanie wspólnych interesów i upowszechnianie cennej idei UTW [9].

UTW wykorzystują aktywność społeczną swoich uczestników. Uczestnictwo w nich jest dobrowolne. Realizowane zajęcia wpisują się w ideę koncepcji edukacji ustawicznej. Nie ma w nich egzaminów, ocen i świadectw, a jedynie praktykowane są symboliczne dokumenty poświadczające bycie ich uczestnikiem [3]. Kwestie organizacyjne, jak struktura, program, formy realizacji, jak i przynależność do tychże instytucji, opierają się o umowę samych słuchaczy i statut danej placówki. Ważną komórką o charakterze decyzyjnym jest Walne Zebranie Członków, które wybiera Radę Samorządu z jej uczestników/słuchaczy. Kierownikiem/lub prezesem UTW jest najczęściej pracownik naukowy danej uczelni, którego funkcja sprowadza się do reprezentacyjnej i koordynującej. UTW są instytucjami zachowującymi swoją autonomię, jednak ściśle ze sobą współpracują. Polskie UTW zrzeszają się w ramach międzynarodowej organizacji AIUTA i przy PTG. Słuchacze UTW posiadają prawo decydowania o formalnej stronie tych placówek. Każdego roku są sporządzane i weryfikowane na podstawie opinii słuchaczy programy UTW. Główną formą zajęć są wykłady z różnych dziedzin nauki i sztuki [3]. Główne funkcje, jakie pełnią te instytucje, to funkcja edukacyjna i rekreacyjno-integracyjna [24]. Aleksander wymienia ponadto funkcję ekspresyjną, polegającą na „realizacji i uzewnętrznianiu potrzeb ekspresji, zwłaszcza zaś potrzeby aktywności, twórczości artystycznej, werbalnej, działalności charytatywnej, pasji hobbystycznych, przeżyć duchowych i uczuć poszczególnych uczestników” [12]. Zajęcia prowadzone są w różnych formach kształcenia, jak wykłady, seminaria, dyskusje, lektoraty języków obcych, kulturalno-rozrywkowych i krajoznawczo-turystycznych [24].

Wykłady mają charakter interdyscyplinarny. Najbardziej popularna tematyka zajęć dotyczy zagadnień w zakresie wiedzy o zdrowiu i nauk medycznych, literatury, historii, filozofii, psychologii, sportu i rekreacji [12].

Niezwykle cenną formą zajęć są lektoraty języków obcych, dające uczestnikom kompetencje językowe [3]. Słuchacze mają możliwość korzystania z gimnastyki, pływania, turystyki, różnych form wypoczynku i usprawniania fizycznego. UTW to miejsce spotkań towarzyskich i imprez okolicznościowych, co sprawia, że są postrzegane jako doskonała forma integracji i nawiązywania więzi, co zapobiega poczuciu osamotnienia [2,13,15,25].



Ich zasadniczym celem jest wszechstronna aktywizacja jednostki - intelektualna, ruchowa i społeczna [2,13,14]. Realizują program profilaktyki gerontologicznej [2,12,22]. Edukacja na przestrzeni całego życia człowieka, w tym także w okresie późnej dorosłości, wpływa na spowolnienie procesu inwolucji starczej, co zapobiega przedwczesnej degradacji fizycznej i psychicznej [12]. Jak potwierdzają badania, subiektywnie młodszy wiek w porównaniu z metrykalnym, warunkuje dobre samopoczucie i jest ważną determinantą jakości życia seniorów [17,26].

UTW - poprzez prowadzenie działalności badawczej - wnoszą cenny wkład w rozwój gerontologii społecznej. Organizują wśród pracowników naukowych forum wymiany myśli i doświadczeń. Wysoce cenną inicjatywą samych słuchaczy jest wspieranie osób potrzebujących pomocy w ramach wolontariatu i grup wsparcia [12,15]. UTW stanowią niezwykle cenne wsparcie dla pomocy społecznej [3].

Dla UTW coraz bardziej popularna jest współpraca międzypokoleniowa, jak i solidarność pokoleniowa. Trzeba w pełni podzielić pogląd Ziębińskiej, że instytucje te przeciwdziałają marginalizacji osób starszych [2]. Głównym organizatorem pracy UTW jest samorząd składający się z ich słuchaczy [12].

### **Typy/ formy organizacyjno - prawne UTW**

W Polsce generalnie wyróżnia się 3 typy (formy organizacyjne) UTW. Są to instytucje funkcjonujące po pierwsze w strukturach lub pod patronatem wyższej uczelni, zwykle pełnomocnika rektora. Drugi typ stanowią placówki powołane przez stowarzyszenia o działalności popularno-naukowej oraz działające przy ośrodkach kultury, bibliotekach, domach dziennego pobytu oraz ośrodkach pomocy społecznej [2,18].

Ciekawego przeglądu form organizacyjnych tych instytucji dokonała Beata Ziębińska [10]. Przeważająca większość UTW działa jako stowarzyszenia [2,3,10,14]. Są one filarem społeczeństwa obywatelskiego, które cechuje „upodmiotowienie obywateli w wymiarze politycznym, społecznym, ekonomicznym i kulturalnym” [2]. Stowarzyszenie UTW działa w oparciu o ustawę z 7.04.1989 r. Prawo o stowarzyszeniach /Dz. U. Nr 20, poz. 104./ [11].

W przypadku przeważającej większości z nich patronat naukowy pełni wyższa uczelnia [2,12]. Stowarzyszenia reprezentują interesy różnych grup społecznych i są organizacjami niezależnymi od centralnej lub lokalnej administracji [2,10]. Ich cechą jest prowadzenie działalności o charakterze społecznym (ochotnicy), nie dla korzyści. UTW - jako stowarzyszenia - działają m.in. w Szczecinie, Starogardzie Szczecińskim, Lublinie, Poznaniu,

Łodzi, Toruniu, Olsztynie, Warszawie (dzielnica Mokotów), Zielonej Górze, Suwałkach, Lesznie, Zakopanem [2].

Inny typ UTW, tzw. francuski, działa w strukturach uczelni lub ich filiach. Ziębińska wyróżnia w tym modelu dwie jego formy. Pierwsza postać, a takich zdaniem Ziębińskiej jest więcej, działa w strukturach ośrodków akademickich. Z kolei druga, niezależnie od rodzaju ich formy organizacyjnej, nawiązuje ścisłą współpracę z ośrodkami szkolnictwa wyższego. Model francuski dominuje zwłaszcza w dużych aglomeracjach, gdzie jest skupisko ośrodków akademickich [2]. Wśród nich wymienia się m.in. Katowice, Wrocław, Jelenią Górę, Gdańsk, Rzeszów, Kielce, Bielsko-Białą, Sandomierz, Częstochowę [2]. Może on przybierać nazwę patrona Uczelni, w strukturze której został powołany np. Kazimierzowski Uniwersytet Trzeciego Wieku, funkcjonujący w ramach Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy. Kierowany jest najczęściej przez pełnomocnika danej uczelni [13]. Zdaniem Aleksandra, większość UTW w naszym kraju funkcjonuje w oparciu o model francuski [12].

Model francuski cechuje wysoka jakość kształcenia, prowadzenie działalności naukowo-badawczej przy zróżnicowaniu form organizacyjnych – od pełnej integracji z uczelnią, przez ścisłą współpracę z ośrodkiem akademickim, aż do niezależności [2].

W oparciu o model francuski funkcjonują UTW w Belgii, Hiszpanii, Włoszech, Szwecji. Według Aleksandra, szanse na rozwój - ze względów organizacyjno-prawnych i finansowych - tych placówek działających na mocy przepisów prawnych o stowarzyszeniach, są mniej korzystne [12].

Inną formą organizacyjną UTW działającą w Polsce są UTW działające w strukturach ośrodka/lub centrum kultury, ewentualnie biblioteki [2,18]. Ten typ UTW funkcjonuje najczęściej w mniejszych miastach. Najczęściej te formy nie są wspierane przez patronat wyższych uczelni. Zajęcia prowadzone są przez nauczycieli akademickich, zapraszanych z różnych ośrodków [2].

Sporadyczną formą UTW są placówki działające jako stowarzyszenia przy jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej - środowiskowych domach samopomocy, domach dziennego pobytu dla seniorów [2,10].

Stosunkowo niewielka ich liczba - jak donosi Ziębińska - funkcjonuje na podstawie ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie. Mają one wówczas status organizacji pożytku publicznego. Jak donosi Ziębińska, takie placówki działają m.in. w Zielonej Górze oraz Gorzowie Wielkopolskim [2,10].

Oprócz wyżej wymienionych tu instytucji i stowarzyszeń w organizowanie UTW włączone są władze samorządowe wybranych miejscowości, towarzystwa naukowe (głównie PTG),

lokalne ośrodki pomocy społecznej, oddziały geriatryczne oraz instytucje i ośrodki kultury, instytucje artystyczne, związki emerytów i rencistów oraz organizacje sportowe, itp. [12].

Innymi formami działalności są UTW funkcjonujące jako organizacje pozarządowe, zakładane przez inne instytucje. Są też i takie, które są zakładane przez grupy różnych podmiotów [2,10]. W przypadku części z nich z inicjatywą utworzenia występują władze danego miasta [10].

UTW nawiązują współpracę z instytucjami działającymi w środowisku lokalnym, których celem jest integracja międzypokoleniowa osób starszych z dziećmi i młodzieżą. Współpraca jest też nawiązywana z władzami gmin i miast lub przedstawicieli wydziałów urzędów miast lub gmin (np. promocji kultury, ochrony zdrowia, oświaty czy polityki społecznej). Nawiązanie współpracy ma głównie za cel uzyskanie przez UTW wsparcia finansowego od władz gminy, udostępnienia bazy lokalowej będącej w posiadaniu instytucji samorządowych. Ponadto są takie, które nawiązują współpracę z instytucjami upowszechniającymi kulturę, oświatę, naukę – w zakresie korzystania z pomieszczeń szkolnych, oferty programowej, realizacji programów, uczestnictwa w radach programowych oraz prowadzenia zajęć przez pracowników organizacji kulturalnych. Z kolei współpraca z instytucjami pomocy społecznej umożliwia aktywizację zarówno słuchaczy UTW, jak i osób starszych zamieszkujących w DPS-ach [2].

Drugi klasyczny model UTW - brytyjski, zwany modelem Cambridge został zapoczątkowany w 1981 roku w Anglii. Opiera się on na samopomocy i wzajemnej pomocy słuchaczy poprzez wolontariat. Cechuje go brak wsparcia ze strony wyższej uczelni, wspomniana już wyżej samopomoc, organizacja zajęć przez samych seniorów, którzy służą własną wiedzą i doświadczeniem. Nie ma tu podziału na słuchaczy i wykładowców [2]. W modelu tym, zwanym też przez Brytyjczyków „intelektualną demokracją”, występuje akcent na nauczanie grupowe. W Wielkiej Brytanii UTW może założyć każda chętna osoba. Liczba członków kształtuje się w granicach od kilkudziesięciu (w małych miejscowościach) do kilkuset (w miastach). Brytyjskie UTW prowadzą głównie kobiety przebywające na emeryturze, posiadające średnie i wyższe wykształcenie. Zajęcia prowadzone są w wynajmowanych lokalach, a także we własnych domach. Funkcjonowanie na zasadzie samopomocy umożliwia tym uniwersytetom niezależność w rozwoju. Dofinansowanie ich przez struktury rządowe jest niewielkie, dotyczy tylko realizacji wybranych programów [2]. Brytyjskie UTW opracowały program SCE (ang. *Standing Commitete for Education*), który zajmuje się koordynacją działalności uniwersytetów na terenie Wielkiej Brytanii oraz wymianą informacji między słuchaczami, głównie za pośrednictwem Internetu. Z doniesień Ziębińskiej wynika, że UTW w Wielkiej Brytanii od 2004 roku biorą udział w realizacji projektu Unii

Europejskiej, którego celem jest nauka umiejętności komputerowych ITC. Według stanu na 2006 rok w Wielkiej Brytanii funkcjonowało 574 UTW, skupiając liczbę 153 444 słuchaczy [2]

Obok tych najbardziej znanych modeli UTW - francuskiego i angielskiego, na świecie znane są jeszcze inne, rzadziej spotykane rozwiązania. Jednym z nich jest „model rekreacyjny”, który cechują podróże, wycieczki krajoznawczo-turystyczne, imprezy artystyczne, zwiedzanie. Rozpowszechnił się w Stanach Zjednoczonych i w Hiszpanii. Inny model ukierunkowany jest na koła samokształceniowe i animatorów kół studyjnych (Anglia, kraje skandynawskie, Kanada) [15].

W latach 2000-2004 w polskich UTW dokonał się wewnętrzny rozłam związany z niewłaściwą komunikacją i potrzebą określenia standardów. Po tym okresie sytuacja w funkcjonowaniu tych placówek poprawiła się dzięki koordynacji Polsko-Amerykańskiej Fundacji Wolności. Fundacja ta we współpracy z Uniwersytetem Jagiellońskim na zorganizowanej wspólnej konferencji dokonała diagnozy potrzeb UTW. Ustalono wówczas program pomocy finansowej dla tego typu placówek i zakres wsparcia. Celem programu było zachęcanie osób starszych do uczestnictwa w UTW i doskonalenie działalności tych instytucji. Wspierane są m.in. takie inicjatywy, jak redagowanie strony internetowej dla tworzenia możliwości współpracy między UTW, organizowanie warsztatów i konferencji, organizowanie konkursów grantowych w celu wspierania dodatkowych ofert edukacyjnych, aktywizacja słuchaczy w środowisku lokalnym, itp. [2].

### **Źródła finansowania polskich UTW**

Źródła finansowania zależą od ich formy organizacyjnej - od tego, czy wchodzi one w skład innych podmiotów, czy są samodzielnym stowarzyszeniem. Składki członkowskie pokrywają ok.  $\frac{3}{4}$  wydatków bieżącej działalności tych instytucji. Wysokość składek jest zróżnicowana. Za korzystanie z niektórych form zajęć, jak np. lektoraty, zajęcia informatyczne, ruchowe, czy wycieczki pobiera się od ich uczestników dodatkowe opłaty. Pomoc finansowa pochodzi także z dotacji celowych, grantów (z urzędów miast i gmin) oraz instytucji rządowych [10].

### **Podsumowanie**

Dynamiczny rozwój i zwiększająca się liczba Uniwersytetów Trzeciego Wieku w skali światowej świadczy o ich wzrastającej popularności i zapotrzebowaniu na skutek postępujących przemian demograficznych. Coraz częściej są postrzegane przez pryzmat

podejmowania istotnych działań na rzecz społeczności lokalnej. Zauważa się, jak słusznie wskazuje Błachnio, korzystną zmianę postaw ich uczestników, z „biernych na aktywnych kreatorów swojego czasu wolnego” [15].

Uczestnictwo w zajęciach UTW generuje korzystne zmiany w życiu ich uczestników oraz postaw społecznych, kształtując pozytywny wizerunek starości. Jest przejawem kształtowania się pomyślnego kierunku starzenia się i doświadczania własnej starości. Staje się antidotum na starość cierpiącą i niedołączoną. Uczestnictwo w ramach UTW stwarza możliwość nowego spojrzenia na świat i przełamywania zadawnionych stereotypów dotyczących starości i osób starszych, kształtując tym samym nowoczesny model starości i starzenia się. Przyczynia się do eliminowania negatywnych wyobrażeń o ludziach starszych i minimalizowania gerontofobii, wszechobecnej we współczesnym świecie.

Uczestnictwo w edukacji ustawicznej za pośrednictwem UTW jest jednym z ważnych zadań rozwojowych okresu późnej dorosłości. Stwarza starzejącej się jednostce szansę na całościowy rozwój w osiągnięciu pełni człowieczeństwa i mądrości życiowej.

Wymienione tu korzyści znajdują odzwierciedlenie w satysfakcjonujących parametrach jakości życia słuchaczy UTW, mając na uwadze tę fazę życia człowieka.

Wysoce zasadne staje się zatem ustawiczne zwiększanie sieci tych placówek i jakości kształcenia.

## **Piśmiennictwo**

1. Nowicka A.: Znaczenie Uniwersytetów Trzeciego Wieku w życiu seniorów. [w:] Poznać, zrozumieć i zaakceptować starość. A.A. Zych (red.). Wydawnictwo Progres, Łask 2012: 127- 145.
2. Ziębińska B.: Uniwersytety Trzeciego Wieku jako instytucje przeciwdziałające marginalizacji osób starszych. Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”, Katowice 2010.
3. Konieczna-Woźniak R.: Uniwersytet Trzeciego Wieku przykładem samorządnych inicjatyw środowiska ludzi starszych. [w:] Praca socjalna w organizacjach pozarządowych. Z problemów działania i kształcenia. B. Kromolicka (red.). Wydawnictwo Edukacyjne AKAPIT, Toruń 2006: 225-235.
4. Lechka-Mioduszevska.: Ciągłość i zmiana tradycji edukacyjnej seniorów na przykładzie wrocławskich Uniwersytetów Trzeciego Wieku. [w:] Edukacyjne, kulturowe i społeczne konteksty starości. M. Malec (red.). Oficyna Wydawnicza ATUT – Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, Wrocław 2011: 241-258.

5. Błędowski P.: Starzenie się jako problem społeczny. Perspektywy demograficznego starzenia się ludności Polski do roku 2035. [w:] Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.). Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012: 11-23.
6. Zrałek M.: Lifelong learning jako czynnik poprawy jakości życia ludzi starszych. [w:] Pomyślne starzenie się w perspektywie nauk o pracy i polityce społecznej. J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.). Zakład Demografii i Gerontologii Społecznej, Łódź 2008: 84-96.
7. Wieczorek I.: Rola Uniwersytetów Trzeciego Wieku w edukacji ustawicznej osób starszych. [w:] Pomyślne starzenie się w perspektywie nauk o pracy i polityce społecznej. J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.). Zakład Demografii i Gerontologii Społecznej, Łódź 2008: 97-105.
8. Semków J.: Późna dorosłość wobec perspektywy wydłużonego trwania w świecie coraz nowszych wyzwań. [w:] Edukacyjne, kulturowe i społeczne konteksty starości. M. Malec (red.). Oficyna Wydawnicza ATUT – Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, Wrocław 2011: 49-56.
9. Klimczuk A.: Kierunki rozwoju uniwersytetów trzeciego wieku w Polsce. E-mentor 2013; 4(51): 1-9.
10. Ziębińska B.: Uniwersytety Trzeciego Wieku – wybrane aspekty funkcjonowania organizacji. Polityka Społeczna 2009; 3: 21-26.
11. Leszczyńska-Reichert A.: Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości. Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2005.
12. Aleksander T.: Uniwersytety Trzeciego Wieku w Polsce. Rocznik Pedagogiczny 2001; 24: 101-123.
13. Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dzięgielewska M.: Podstawy gerontologii społecznej. Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2006.
14. Szarota Z.: Gerontologia społeczna i oświatowa. Zarys problematyki. Wydawnictwo Akademii Pedagogicznej, Kraków 2004.
15. Błachnio A.: Starość non profit. Wolontariat na Uniwersytetach Trzeciego Wieku w Polsce i na świecie. Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2012.
16. Uczenie się przez całe życie - możliwości nauki dla seniorów. Charakterystyka Uniwersytetów Trzeciego Wieku z woj. kujawsko-pomorskiego. Dostępne:

[http://www.ropstorun.home.pl/pliki/opracownia/raport\\_uczenie.pat](http://www.ropstorun.home.pl/pliki/opracownia/raport_uczenie.pat). Data pobrania: 12.10.2016.

17. Zielińska-Więczkowska H., Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K.: The analysis of aging and elderly age quality in empirical research: data based on University of the Third Age (U3A). *Arch Gerontol Geriatr.* 2012; 55(1): 195-199.
18. Zgliczyński W.: Aktywność społeczna osób starych w Polsce w ramach wolontariatu i uniwersytetów trzeciego wieku. *Studia BAS* 2012; 2(30): 129-150.
19. Zielińska-Więczkowska H., Kędziora-Kornatowska K.: Postawy wobec edukacji ustawicznej słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wiek w świetle wybranych czynników socjo-demograficznych. *Hygeia Public Health* 2014; 49(2): 324-329.
20. Zielińska-Więczkowska H., Rybicka R., Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K., Kornatowski T.: Attempt to define characteristic patterns for coping with stress among students of the University of the Third Age. *Hygeia Public Health* 2014; 49(3): 495-500.
21. Formosa M.: Four decades of Universities of the Third Age: past, present, future. *Ageing Soc.* 2014; 34(1): 42-46.
22. Zych A.A.: Globalne starzenie się oraz potrzeby społeczne, kulturalne i edukacyjne ludzi starych – nowe zadania dla Uniwersytetów Trzeciego Wiek. [w:] *Poznać, zrozumieć i zaakceptować starość*. A.A. Zych (red.). Wydawnictwo Progres, Łask 2012: 147-155.
23. Klimczuk A.: Srebrna gospodarka jako odpowiedź sektora prywatnego wobec starzenia się społeczeństwa. Dostępne: <http://odpowiedzialnybiznes.pl/artykuly/srebrna-gospodarka-jako-odpowiedz-sektora-prywatnego-wobec-starzenia-sie-spoledenstwa/>. Data pobrania: 28.10.2016.
24. Steuden Z.: *Psychologia starzenia się i starości*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011.
25. Konieczna-Woźniak R.: Edukacja seniorów sposobem na samotność na podstawie doświadczeń Uniwersytetów Trzeciego Wiek w Polsce. [w:] *Przeciw samotności*. J. Twardowska-Rajewska (red.). Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, Poznań 2005: 101-115.
26. Alexandre T.S., Cordeiro R.C., Ramos L.R.: Factors associated to quality of life in active elderly. *Rev Saude Publica.* 2009; 43(4): 613-621.





## **Wpływ edukacji na zdrowie fizyczne seniorów**

*Halina Doroszkiewicz*

Klinika Geriatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

### **Aspekty starzenia się człowieka**

W Polsce, tak jak w innych krajach europejskich, proces starzenia demograficznego ulega pogłębianiu. Prognozy GUS wskazują, że w perspektywie najbliższych 20 lat niemal co czwarty mieszkaniec naszego kraju przekroczy umowny próg starości, zasilając 8,5-milionową populację starszych wiekiem Polaków [1]. W Polsce, jak i na świecie obserwuje się wydłużenie przeciętnego trwania życia. Staje się to możliwe dzięki rozwojowi technologii medycznych, nowym możliwościom diagnostycznym, leczniczym, profilaktyce, poprawie warunków bytowych, a także wzroście świadomości zdrowotnej ludności.

Aktualnie ludzie nie tylko żyją dłużej, ale pragną również utrzymać niezależność i dobrą jakość życia aż do późnej starości. Ludzie starsi są populacją zróżnicowaną pod względem stanu zdrowia, sprawności fizycznej i psychicznej. Z tego względu w literaturze gerontologicznej funkcjonują różne podziały wieku starszego. Są one konieczne, ponieważ poszczególne grupy wiekowe różnią się pod względem kondycji zdrowotnej jak i profilu potrzeb. Wśród ludzi starszych wyróżnia się młodszych starych (*young old*) w wieku 60-74 lat, starych starych (*old old*) – 75-89 lat i osoby z grupy długowiecznych 90+ [2].

Zachodzące zmiany związane z procesem starzenia są nieuniknione. Proces ten nie przebiega u wszystkich osób starszych jednakowo. W wieku starszym granice między zdrowiem, niewydolnością, niepełnosprawnością są płynne i zależą od tempa naturalnego oraz osobniczo zmiennego procesu starzenia, występowania chorób, w tym zależnych od wieku, przebytych urazów, wypadków, trybu życia, a także przeszłych i bieżących oddziaływań środowiska [3]. Ogólnopolskie badania Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego wykazały, że ludzie starsi najczęściej uskarżają się na bóle stawów i kręgosłupa, uczucie zmęczenia, duszność przy wysiłku, bóle głowy, kołatanie lub nierówne bicie serca, trudności w zasypianiu i nadmierną nerwowość oraz zawroty głowy. Aż 63% badanych osób uskarżało się na trzy lub więcej dolegliwości [3]. Współistnienie skutków naturalnego procesu starzenia, chorób, następstw przebytych urazów, operacji, leczenia prowadzi do niewydolności narządów, np.: serca, układu oddechowego, OUN, narządu ruchu. Objawia się niesprawnością w zakresie wykonywania początkowo złożonych, później podstawowych czynności życia codziennego. Do powstania niepełnosprawności przyczyniają się również wieloprzyczynowe i przewlekłe

stany określone jako wielkie problemy geriatryczne [4]. Zalicza się do nich: upośledzenie lokomocji, zaburzenia równowagi i upadki, depresję, nietrzymanie moczu i stolca, otępienie, upośledzenie wzroku, słuchu oraz polekowe zespoły jatrogenne. Pogarszają one przebieg starzenia, uzależniają od opieki innych osób, stanowią szczególnie trudne sytuacje terapeutyczne i opiekuńcze.

W przeszłości okres starości był postrzegany jako czas bierności. Koncentrowano się głównie na deficytach, jakie niesie ze sobą wiek podeszły. Aktualnie podkreśla się, że jest to czas zmiany aktywności, podejmowania nowych ról społecznych, rozwijania hobby, zainteresowań.

Podejmowanie jakiegokolwiek aktywności przez osoby starsze jest uzależnione od wielu czynników, między innymi: wieku, sprawności poznawczej, fizycznej, stanu zdrowia indywidualnych zainteresowań. Duże znaczenie dla zachowania aktywności w okresie starości, odgrywa postawa społeczeństwa odnośnie postrzegania wieku podeszłego oraz osobowość osoby starszej [5].

### **Wpływ aktywnego stylu życia na zdrowie seniorów**

Aktywny styl życia to jeden z czynników istotnie wpływających na zdrowie osób starszych. Niestety, u większości osób w starszym wieku obserwuje się wyraźny spadek aktywności fizycznej, która ogranicza się do codziennych czynności, takich jak: zakupy, sprzątanie, gotowanie. Niedobór ruchu może prowadzić do przyspieszenia procesów starzenia się oraz niedoładstwa.

Zagadnienia dotyczące szeroko rozumianego uczestnictwa seniorów w dbaniu o własne zdrowie zaczęły odgrywać w Polsce coraz większą rolę. Promowanie zdrowego stylu życia wśród seniorów jest krokiem w kierunku profilaktyki niepełnosprawności osób starszych. Styl życia człowieka cechujący się regularnym wysiłkiem fizycznym, usprawnia między innymi funkcjonowanie poszczególnych układów, w konsekwencji prowadząc do poprawy jakości życia. Styl życia uwzględniający aktywność fizyczną wpływa bezpośrednio na stan zdrowia człowieka, ale też pośrednio kształtuje jego pozytywne samopoczucie.

Pojęcie starzenia pomyślnego (*successful ageing*) wprowadzili Rowe i Kahn [6]. Według ich definicji termin ten oznacza optymalny przebieg starzenia, który cechują: brak chorób, pozytywne zachowania zdrowotne, zdrowa dieta, aktywny styl życia, minimalne deficyty fizjologiczne, psychologiczne i społeczne przypisywane wiekowi kalendarzowemu.

Pomyślne starzenie można postrzegać jako interdyscyplinarną koncepcję z obszarów medycyny, psychologii i socjologii. Gryglewska definiuje pomyślne starzenie jako osiągnięcie

wieku starości z małym ryzykiem chorób i niedołążności, z wysoką sprawnością poznawczą i fizyczną oraz utrzymaną aktywnością życiową [7]. Inni autorzy dodatkowo zwracają uwagę na zachowanie aktywności w sferze kontaktów społecznych i towarzyskich [8]. Bień zwraca uwagę, iż w procesie starzenia się istotne znaczenie odgrywa sfera oddziaływań zewnętrznych, do których zalicza się: styl życia, sposób odżywiania, środowisko życia i czynniki psychospołeczne [9].

Zachowanie wysokiej aktywności fizycznej w starszym wieku stanowi jeden z czynników prognozujących dłuższe trwanie życia i pomyślne starzenie [9]. Zazwyczaj samo starzenie się oraz towarzyszące mu stereotypy zachowań sprzyjają dezaktywizacji fizycznej. Usposabia do tego: zaprzestanie aktywności zawodowej, ograniczenie kontaktów społecznych, zmniejszenie motywacji do działania, narastające osamotnienie [9]. Bardzo często w świadomości ludzi starszych panuje przekonanie, że większy wysiłek fizyczny nie jest wskazany. Istnieje zatem potrzeba uświadamiania osobom starszym i ich rodzinom korzyści, wpływających z regularnej aktywności fizycznej, dostosowanej do możliwości danej osoby.

Rodzaj i intensywność aktywności fizycznej muszą być indywidualnie dostosowane do stanu i możliwości osoby starszej.

Aktywność fizyczna powinna być różnicowana u osób starszych na: rekreacyjną (różne formy wypoczynku czynnego), prewencyjną zorganizowaną w formie kontrolowanego i kompleksowego programu leczniczo-rehabilitacyjnego, indywidualnie określonego do potrzeb pacjenta w celu przywrócenia sprawności po przebytej chorobie lub zapobieżenia utracie sprawności w przebiegu przewlekłych chorób i starzenia.

Wśród czynników odgrywających dużą rolę w adaptacji organizmu do zmian zachodzących z wiekiem, należą różne formy aktywności. Badania wskazują, iż aktywność niezależnie od jej formy pozwala zachować zdrowie. Ludzie aktywni zazwyczaj starzeją się bez cech niedołążstwa oraz dłużej pozostają sprawni i niezależni od otoczenia [10].

Brak aktywności może być przyczyną obniżenia poziomu sprawności, niezależności, może powodować izolację społeczną, samotność, a nawet przedwczesną umieralność wśród osób starszych [11]. Starania o utrzymanie sprawności, witalności i aktywności do późnych lat życia to obecnie priorytetowe działania gerontologii.

Priorytetem wobec ludzi starszych jest dążenie do jak najdłuższego utrzymywania ich w pełni sprawności życiowej umożliwiającej samodzielne funkcjonowanie w środowisku zamieszkania i poprawa jakości ich życia. Uświadamianie czynników ryzyka utraty sprawności i zdrowia, powinno być promowane jako działania profilaktyczne już na przedpolu starości.

Im wcześniej podejmowane są takie działania, tym większa jest szansa na pozytywne modyfikowanie starzenia.

Wobec postępującego wzrostu liczby ludzi starszych w społeczeństwach europejskich podejmowanie strategii aktywnego starzenia się jako sposobu życia uważane jest za kluczowy środek zaradczy. Aktywne starzenie się to proces optymalizacji dobrego zdrowia w celu poprawy jakości życia osób w starszym wieku.

### **Edukacja i jej wpływ na kondycję zdrowotną seniorów**

Pojęcie aktywnego starzenia jest ściśle związane z szeroko rozumianą edukacją osób starszych. Edukację osób starszych należy traktować jako integralną część koncepcji uczenia się człowieka przez całe życie. Instytucje edukacyjne skierowane do osób starszych odgrywają ważną rolę we wspieraniu udanego starzenia się, zapewniając właściwe środowisko uczenia się, w którym poszczególne aspekty pomyślnego starzenia są rzeczywiście uwzględniane. W edukacji osób starszych zwraca się uwagę na konieczność opracowania programów zawierających różnorodność pakietu usług edukacyjnych. Programy edukacji osób starszych powinny promować: aktywność, zdrowy styl życia i niezależność. Zrozumienie przez osoby starsze istoty zdrowego stylu życia, znaczenia aktywności fizycznej, diety stają się kluczowe dla jakości ich życia, zachowania niezależności i odrzucania początku uzależnienia od pomocy innych osób.

Rolą instytucji edukacyjnych, skierowanych do osób starszych jest uwzględnianie zróżnicowanych ofert programowych w celu sprostania potrzebom niejednorodnej grupy osób starszych. Edukacja osób starszych może odbywać się w formie zorganizowanych zajęć, w postaci kursów, warsztatów, seminariów, konferencji i wykładów, na które słuchacz dobrowolnie uczęszcza. Edukacja starszych osób w dobie przemian demograficznych jest koniecznością, prowadzi do poprawy jakości ich życia, daje poczucie spełnienia i samorealizacji oraz pozytywnie wpływa na poczucie własnej wartości.

Wśród najczęściej wymienianych przez seniorów powodów podejmowania i kontynuowania nauki w instytucjach edukacyjnych są: potrzeba poszerzenia wiedzy na dany temat, chęć zdobycia informacji o współczesnym świecie, zrozumienie nowoczesnego społeczeństwa, a także uniknięcie wykluczenia i pozostanie aktywnym oraz twórczym.

Jak wcześniej wspomniano seniorzy nie są jednolitą grupą, bowiem ich kondycja fizyczna, psychiczna i społeczna jest zróżnicowana. Zatem programy edukacyjne skierowane do seniorów, powinny obejmować różne aspekty jakości życia, a mianowicie: zdrowie fizyczne,

psychiczne, bezpieczeństwo socjalne, integrację społeczną, rozwój osobisty, wypoczynek, efektywne i twórcze wykorzystanie czasu.

Kształcenie często wiąże się z nawiązywaniem nowych znajomości. Uczestnictwo w życiu kulturalnym organizowanym dla ludzi starszych zazwyczaj odbywa się w formie grupowej, co w uczestnikach znacznie minimalizuje poczucie izolacji i marginalizacji.

Na wiodącą rolę edukacji w życiu osób w podeszłym wieku, wskazują niektórzy badacze [12,13]. Czerniawska wskazuje, iż uczenie się w starszym wieku powinno być sposobem na życie, pozwalającym być otwartym wobec innych ludzi i świata. Według autorki sytuacje edukacyjne niejednokrotnie stwarza samo życie, a nie tylko uczestnictwo w klasycznych formach edukacyjnych [12].

Instytucje edukacyjne prowadzące działalność dla osób starszych z jednej strony wyposażają w wiedzę i umiejętności niezbędne dla współczesnego społeczeństwa, z drugiej zaś pomagają osobom starszym pozostawać aktywnymi i zintegrowanymi ze społeczeństwem [14].

Bardzo popularną, zinstytucjonalizowaną formą edukacji dla osób starszych są Uniwersytety Trzeciego Wieku (UTW). Głównymi celami UTW jest aktywizacja osób w starszym wieku i propagowanie idei kształcenia ustawicznego [15].

Jednym z celów UTW jest poprawa jakości życia osób starszych poprzez propagowanie zdrowego trybu życia i podejmowanie aktywności ruchowej. Umożliwiają one uzupełnienie i aktualizację wiedzy w różnych dziedzinach, ale również zachęcają osoby starsze do twórczej i fizycznej aktywności, angażują w działalność społeczną, a tym samym zapobiegają marginalizacji ich w życiu społecznym. Edukacja w UTW, oprócz szerzenia wiedzy, umożliwia podtrzymanie więzi społecznych oraz kontaktów międzyludzkich, zmian w obszarze postrzegania starości jako okresu bezradności i bierności społecznej. Cecha wspólną grup uczestniczących w zajęciach jest regularna aktywność edukacyjna, ale również aktywność towarzyska, ruchowa oraz wspólne spędzanie okresu emerytalnego. Głównymi zaletami tych instytucji są:

- szeroka oferta edukacyjna;
- rozwój osobisty seniora;
- łagodzenie procesu starzenia się;
- pobudzenie twórczości;
- poprawa jakości życia;
- aktywizowanie seniorów;
- walka z samotnością i wykluczeniem społecznym [16].

W większości Uniwersytetów Trzeciego Wieku w Polsce prowadzone są zajęcia związane z kulturą fizyczną. Wśród najczęściej organizowanych zajęć rekreacyjno-sportowych wymieniane są: wycieczki krajoznawcze, gimnastyka, pływanie oraz systematyczne zajęcia rekreacyjno-sportowe. Ponadto można zauważyć wzrost zainteresowania słuchaczy UTW takim formami, jak nordic walking, czy taniec.

Edukacyjny charakter UTW przyczynia się do kształtowania pozytywnych postaw wobec aktywności fizycznej seniorów, opartej na wiedzy, jak i umiejętnościach praktycznych, czego efektem ma być poprawa zdrowia.

Jak wynika z badań osoby starsze posiadające wykształcenie wyższe lub średnie, stale pogłębiające swoją wiedzę są zdrowsze, bardziej sprawne fizycznie i intelektualnie w porównaniu z nieaktywnymi osobami w tym samym wieku [16]. Dotychczas przeprowadzone badania wskazują, że sprawność intelektualna w okresie starości może być bardzo zróżnicowana. Zróżnicowanie to może dotyczyć zarówno struktury intelektu ludzi w podeszłym wieku, jak i różnicy w poziomie zdolności między tymi osobami. Zachowanie sprawności intelektualnej w starszym wieku stanowi warunek korzystania i uczestnictwa w zajęciach edukacyjnych. Stanowi nie mniej ważny aspekt decydujący o jakości życia, niż sprawność fizyczna, warunki życia, czy wsparcie społeczne.

Ważnym elementem w promowaniu aktywności fizycznej wśród osób starszych jest edukacja i przekonanie pacjenta do zajęć fizycznych oraz wyrażanie aprobaty wobec najmniejszych sukcesów. Regularne uprawianie ćwiczeń fizycznych wpływa także pozytywnie na sprawność poznawczą osób w wieku starszym. Programy aktywności fizycznej dla osób starszych powinny uwzględniać indywidualne oczekiwania i potrzeby człowieka, a także korzyści z uczestnictwa w zorganizowanych formach zajęć. Szczególny nacisk powinien być kładziony na stosowanie prostych ćwiczeń i form aktywności, takich jak: marsz, taniec, jazda na rowerze, ćwiczenia w pozycji siedzącej i leżącej. Ćwiczenia powinny być stosowane regularnie, a ich stopień trudności musi być dostosowany do możliwości uczestników. W większym stopniu powinno się promować ćwiczenia ruchowe o charakterze utylitarno-witalnym, służące kształtowaniu codziennej sprawności i zdrowia osób starszych [16].

Wielu autorów wskazuje na założenia ordynowania ruchu dla osób starszych w oparciu o wyniki badań naukowych. Autorzy zalecają kształtowanie względnej siły mięśniowej, biorąc pod uwagę wpływ na poprawę stanu funkcjonalnego, umożliwiającego wykonywanie czynności dnia codziennego. Bieganie, nordic walking, czy marsz stanowią przykłady treningów poprawiających wydolność układu krążenia i oddechowego [16]. Wraz z wiekiem dochodzi do skrócenia długości mięśni, co może prowadzić do występowania bólu

w określonych pozycjach, utraty funkcji, dlatego w tej grupie wiekowej ważne są ćwiczenia rozciągające. Powinny one być wykonywane regularnie i mieć charakter statyczny.

Aktywność fizyczna starszego pokolenia to najważniejsza i efektywna forma leczenia. Ćwiczenia fizyczne nie tylko wzmacniają mięśnie i poprawiają ogólną sprawność, ale także zapobiegają samotności i izolacji społecznej zwłaszcza, gdy osoby starsze uczęszczają na zajęcia grupowe.

Programy dotyczące aktywności fizycznej wśród osób starszych powinny uwzględniać następujące reguły:

- zajęcia ruchowe mogą mieć charakter indywidualny i grupowy;
- powinno stosować się różne formy ćwiczeń: elementy rozciągania (*stretching*), relaksację;
- ćwiczenia powinny obejmować formy łatwe lub o umiarkowanym stopniu trudności: spacer, taniec, pływanie, jazda na rowerze, gimnastyka;
- składowe ćwiczeń powinny obejmować trening mięśni – ćwiczenia wytrzymałościowe, trening równowagi i „elastyczności”;
- ćwiczenia powinny sprawiać radość i powodować odprężenie;
- powinny być prowadzone regularnie, jeśli to możliwe – codziennie [17].

Zarówno aktywność fizyczna, jak i społeczna poprawiają funkcjonowanie osób starszych w środowisku. Aktywność daje poczucie satysfakcji, zaspokaja potrzeby biopsychospołeczne, pozwala funkcjonować w grupie. Dziegielewska wyróżnia aktywność osób starszych na trzech płaszczyznach funkcjonowania:

- formalną – opiera się na działalności osób starszych w różnych stowarzyszeniach, w pracach na rzecz środowiska lokalnego, wolontariat;
- nieformalną – polegającą na kontaktach z rodziną, przyjaciółmi, znajomymi, sąsiadami;
- samotniczą – obejmującą oglądanie telewizji, czytanie, rozwijanie własnych zainteresowań, hobby [18].

Jak wskazują wyniki badań większość placówek UTW w Polsce prowadzi zajęcia związane z kulturą fizyczną, co wskazuje na świadomość roli, jaką aktywność fizyczna odgrywa w procesie pomyślnego starzenia się [19]. Badania Grzegorzycyk i wsp. przeprowadzonych wśród słuchaczy UTW wskazują, że propagowanie różnych form aktywności fizycznej wśród osób starszych może sprzyjać poprawie jakości ich życia. Częstsze kontakty towarzyskie oraz działalność społeczna pozytywnie wpływają na poczucie jakości życia seniorów – słuchaczy UTW [20].

Badania Grzanki-Tykwińskiej i wsp. wskazują, iż ustawiczne zdobywanie wiedzy przez uczestników UTW w połączeniu z prowadzeniem aktywnego stylu życia wpływa na dobre samopoczucie [21]. Słuchacze UTW, częściej niż osoby starsze nieuczestniczące w tego rodzaju aktywności, regularnie podejmują aktywność fizyczną i intelektualną. Zdaniem słuchaczy, Uniwersytet Trzeciego Wieku jako instytucja edukacyjna pomaga osobom starszym funkcjonować w codziennym życiu.

W podeszłym wieku, obok aktywności fizycznej, istotny wpływ na zachowanie zdrowia seniora ma właściwe odżywianie. Właściwa dieta w starszym wieku to dieta prawidłowo zbilansowana pod względem ilościowym, jak i jakościowym [9].

Generalnie w wieku wczesnej starości (60-74 lata) stosuje się dietę zakazów. Polega ona na zalecaniu diety ukierunkowanej na zapobieganie chorobom metabolicznym (cukrzyca, otyłość), analogicznie do zaleceń stosowanych we wcześniejszych okresach życia. W okresie późnej starości (75 lat i więcej) bardziej uzasadnione jest stosowanie diety nakazów, bogatej w białko, błonnik i odpowiedniej ilości płynów (1,5-2 l), witaminy i sole mineralne. W każdym okresie dieta człowieka starszego powinna być wszechstronna i urozmaicona, lekkostrawna. Należy unikać produktów o dużej zawartości cukrów. Mięso, drób, ryby powinny być spożywane regularnie. Osobom zdrowym zaleca się umiarkowane spożycie tłuszczów, osobom chorym modyfikację zawartości tłuszczów w diecie w zależności od potrzeb. Istotnym elementem jest ograniczenie spożycia soli kuchennej do 5 g/dobę.

Ogólne zasady prawidłowego żywienia osób starszych zostały sformułowane następująco:

- należy urozmaicać dietę przez spożywanie różnorodnych produktów, szczególnie o dużej wartości odżywczej, np. przetworów mlecznych z odtłuszczonego mleka, chudego mięsa, drobiu, wędlin, ryb i jeśli nie ma przeciwwskazań – przetworów zbożowych z pełnego ziarna;
- ograniczyć spożycie cukrów prostych;
- ograniczyć spożycie tłuszczów pochodzenia zwierzęcego na rzecz olejów roślinnych;
- unikać spożywania potraw i produktów ciężkostrawnych, poddawanych smażeniu;
- codziennie spożywać warzywa i owoce;
- spożywać regularne posiłki o mniejszej objętości, ale częściej (4-5 razy dziennie);
- unikać przejadania się i nie dopuszczać do nadwagi;
- kontrolować masę ciała;
- dbać o regularną aktywność fizyczną;
- znajdować przyjemność w jedzeniu.



Dieta osób w wieku podeszłym powinna uwzględniać regularne spożywanie produktów mlecznych i ryb, białka zwierzęcego oraz jaj w celu utrzymania właściwej podaży substratów pochodzenia zwierzęcego [22].

W przypadku tendencji do wzdęć przeciwwskazane jest spożywanie napojów gazowanych, warzyw wzdymających, dużej ilości słodczy. W przypadku zapań, często występujących u ludzi starszych, zalecenia żywieniowe powinny uwzględniać ograniczenie spożycia produktów zapierających (orzechy, słodczy, duże ilości tłuszczu zwierzęcego), a zwiększenie spożycia pieczywa razowego, kaszy gruboziarnistej, warzyw, suszonych śliwek. U osób w podeszłym wieku należy dbać o to, aby spożywane pokarmy miały wystarczającą ilość składników odżywczych, odpowiadającą zapotrzebowaniu metabolicznemu organizmu. Zalecany udział węglowodanów, tłuszczów i białka w diecie osób starszych powinien wynosić: węglowodany – 55-60% energii, tłuszcze – 25-30%, zaś pozostałą część powinny stanowić białka. Należy też pamiętać, aby w spożywanych produktach nie zabrakło witamin takich jak: A, E, C, D oraz  $\beta$ -karotenu [22].

Okres starości jest tak samo istotnym etapem naszego życia jak każdy inny. W opinii seniorów, starość to dobry czas na aktywność edukacyjną i realizowanie się, czas na nowe wyzwania i czerpanie radości z życia.

## **Piśmiennictwo**

1. Rocznik demograficzny. GUS, Warszawa 2015.
2. Żakowska-Wachelko B., Pędich W.: Pacjenci w starszym wieku. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 1995.
3. Bień B.: Stan zdrowia i sprawność ludzi starszych. [w]: Polska starość. Synak B. (red). Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002: 35-77.
4. Wojszel Z.B., Bień B.: Rozpowszechnienie wielkich zespołów geriatrycznych w populacji osób w późnej starości - wyzwanie dla podstawowej opieki zdrowotnej. *Przeł Lek.* 2002; 59(4-5): 216- 221.
5. Posłuszna M.: Aktywność rodzinna i społeczna osób starszych. *Now Lek.* 2012; 81(1): 75-79.
6. Rowe J.W., Kahn R.L.: Human aging usual and successful. *Science.* 1987, 237(4811): 143-149.
7. Gryglewska B.: Medycyna przeciwstarzeniowa. [w]: Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red). Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2006: 47-52.

8. Wizner B.: Promocja zdrowia i aktywności prozdrowotnej. [w]: Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red). Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2006: 53-59.
9. Bień B.: Starzenie pomyślne i jego uwarunkowania - potencjalne zadania dla pielęgniarek. [w]: Higiena. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa. Karczewski J. (red). Wydawnictwo Czelej, Lublin 2002.
10. Gębska-Kuczerowska A.: Ocena zależności między aktywnością a stanem zdrowia ludzi w podeszłym wieku. *Przegl Epidemiol.* 2002; 56(3): 471-477.
11. Chipperfield J.G.: Everyday physical activity as a predictor of late-life mortality. *Gerontologist.* 2008; 48(3): 349-357.
12. Czerniawska O.: Permanentna edukacja jako zadanie starości w XXI wieku. *Edukacja dorosłych* 2003; 2: 15-22.
13. Kozieł D., Trafiałek E.: Kształcenie na Uniwersytetach Trzeciego Wieku a jakość życia seniorów. *Gerontol Pol.* 2007; 15(3): 104-108.
14. Morgulec-Adamowicz N., Rutkowska I., Rekowski W., Kosmol A., Bednarczuk G.: Zajęcia aktywności fizycznej w Uniwersytetach Trzeciego Wieku w Polsce. *Gerontol Pol.* 2011; 19(3-4): 190-198.
15. Marcinek P.: Funkcjonowanie intelektualne i subiektywna jakość życia u osób wieku emerytalnym. *Gerontol Pol.* 2007; 15(3): 76-81.
16. Makuła W., Staszczak-Gawęda I., Szumiec A., Nowakowska K., Żak M.: Gerontoprofilaktyka jako ważny element kultury fizycznej seniorów. *Gerontol Pol.* 2014; 4: 174-179.
17. Kaczmarczyk M., Trafiałek E.: Aktywizacja osób w starszym wieku jako szansa na pomyślne starzenie. *Gerontol Pol.* 2007;15 (4):116-118.
18. Dzięgielewska M.: Aktywność społeczna i edukacja w fazie starości. [w]: Podstawy gerontologii społecznej. Szatur-Jaworska B. (red). Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2006: 160-164.
19. Zielińska - Więczkowska H., Kędziora-Kornatowska K.: Jakość starzenia się i starości w subiektywnej ocenie słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku. *Gerontol Pol.* 2009; 17(3):137-142.
20. Grzegorzczak J., Kwolek A., Bazarnik K., Szeliga E., Wolan A.: Jakość życia osób mieszkających w domach pomocy społecznej i słuchaczy uniwersytetu trzeciego wieku. *Prz Med Uniw Rzesz.* 2007; 3: 225-233.

21. Grzanka - Tykwińska A., Chudzińska M., Podhorecka M., Kędziora-Kornatowska K.:  
Udział w zajęciach Uniwersytetów Trzeciego Wieku a aktywny styl życia osób starszych. *Gerontol Pol.* 2015; 3: 47-50.
22. Grzymisławski M.: Żywnienie osób w starszym wieku. [w]: *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*. Wieczorowska- Tobis K., Talarska D. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015: 369-375.



## **Wpływ edukacji na zdrowie psychiczne osób starszych**

*Anna Fiedorczyk<sup>1</sup>, Justyna Fiedorczyk-Fidziukiewicz<sup>2</sup>, Irena Fiedorczyk<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> - Oddział VI Ogólnopsychiatryczny z pododdziałem podwójnej diagnoz, SPP ZOZ w Choroszczy

<sup>2</sup> - Studium Filozofii i Psychologii Człowieka, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

<sup>3</sup> - Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

### **Wprowadzenie**

Liczba ludzi w podeszłym wieku wzrasta. To zjawisko może być traktowane zarówno jako zagrożenie, jak i wyzwanie, ponieważ z jednej strony obawiamy się wielu elementów starości, z drugiej – marzymy o odpoczynku od pracy zawodowej przy zachowaniu kondycji i dobrych możliwości materialnych. Od 2010 roku społeczeństwo polskie starzeje się coraz szybciej, a zatem coraz częściej będzie stawać przed dylematem związanym z naszym postrzeganiem tego etapu w życiu [1].

Już w starożytności podejmowane były działania, mające na celu rozwiązywanie trudności i pomaganie w problemach osób starszych [2]. W 335 r. p.n.e. Diokles z Karystos – grecki lekarz opisywał znaczenie troski o zdrowie w życiu codziennym, by móc przeżyć starość w sile i w sprawności. Rzymski cesarz – Antoninus Pius nakazał lekarzom publicznym, by sprawowali opiekę nad ludźmi biednymi, starymi i niesprawnymi, co stanowiło nowe zagadnienie i było swego rodzaju ewenementem. Dla Słowian (także plemion Polan) bardzo ważne były osoby w sędziwym wieku – to właśnie rady starszych rządziły rodami [2]. Pojawia się tu wątek szczególnej mądrości, dostojęstwa, czy wiedzy związanej z wiekiem, co wymaga i skłania do szacunku.

Uogólniając zjawisko zainteresowania się starością, w Europie za początek naukowego podejścia do tego zagadnienia można uznać wydanie w 1257 r. dwóch traktatów, w których autor opisuje zalety i wady okresu starości – Bacon Roger używa słowa „geronton”, czyli starzec [3]. Wiek XX to czas dużych zmian społecznych, jak i obyczajowych, co znacznie zmieniło pozycję człowieka starszego. Doświadczenia osób starszych przestały być tak ważne w dobie rozwoju nauki, techniki i informacji, jakie oferują mass-media. Przeżyliśmy czas „zagubienia” w tej kwestii, nadmiernej koncentracji na tym, co nie dotyczy egzystencji w jej najszerszym wymiarze, ale skupia się na chwili i jej nowoczesnym, często nieuchwytnym wymiarze.

W XXI wieku problemy ludzi starszych nabrały dużego znaczenia zdrowotnego, ekonomicznego i prawnego. Stale rośnie zainteresowanie wpływem różnych czynników związanych z tym ważnym okresem w życiu ludzkim. Wobec tego nieunikniony był rozwój nowej nauki, jaką jest gerontologia, która dotyczy starości i wszystkich z nią związanych zjawisk i problemów. Gerontologia zajmuje się starością w różnych aspektach istotnych zarówno dla lekarza, socjologa badającego społeczne problemy starości ludzkiej, czy psychologa, który poznaje związki zjawisk starzenia i zmian psychicznych. Jest to nauka interdyscyplinarna – w przeciwieństwie do geriatry, która zajmuje się chorobami ludzi starzejących się i starych. W Polsce pionierem w rozwoju geriatry był Bogdan Snarski [4].

Wraz z rozwojem nowej dziedziny nauki i stopniowym wzmocnieniem jej znaczenia pojawiło się niezwykle istotne pytanie – jak (i czy) nauka może wspomagać ten jakże ważny etap życia? Odpowiedź przynosi już obserwacja danych, związanych ze wzrastającą ilością klubów seniora, uniwersytetów trzeciego wieku, czy innych działań społecznych wynikających z potrzeb edukacyjnych na tym etapie życia. Zaczęto także na nowo interesować się i pytać o jakość życia ludzi starych. Prowadzi się badania dotyczące wpływu edukacji na utrzymywanie na dobrym poziomie procesów poznawczych. Etap starości interesuje dziś badaczy nie tylko z perspektywy biologicznej, społecznej, czy demograficznej – jest to ten czas w życiu człowieka, którym interesują się także psychologowie, psychiatrzy, psychogerontolodzy, psychogeriatrzy.

### **Problemy z definiowaniem „starości”**

„Starość” jako ważny okres życia, bo wieńczący jego całość i „starzenie się” to pojęcia definiowane w odmienny sposób, choć ściśle są ze sobą powiązane. Można je odnosić zarówno do jednostki, jak i do całych grup społecznych [5]. W literaturze przedmiotu zakłada się, że w badaniach nad ludźmi starymi przede wszystkim powinno się pamiętać o pluralizmie teoretycznym, definicyjnym i metodologicznym [6]. Choć nie istnieje jedna powszechnie przyjęta definicja starości, to teoretycy na ogół zgadzają się co do tego, iż starość to pojęcie statyczne, zaś starzenie się jednostek i zbiorowości to zjawisko dynamiczne, które należy rozpatrywać przy uwzględnieniu biologicznego, psychicznego i społecznego wymiaru życia ludzkiego.

Starzenie się to proces naturalny, którego nie można cofnąć, zatrzymać czy odwrócić. Każdy człowiek przechodzi przez ten proces w sposób indywidualny. Eksperci WHO dokonali podziału wieku starszego na: wiek podeszły, do którego zaliczają się osoby między 60-75 rokiem życia, wiek starczy, gdzie kwalifikują się osoby między 75-90 rokiem życia oraz

wiek sędziwy, do którego należą osoby powyżej 90 roku życia [7]. Według ONZ za umowny początek starości uznaje się 65. rok życia [7]. Wiek starczy określany jest jako wiek poprodukcyjny, co jest związane z zakończeniem aktywności zawodowej [7]. Moment ten jest tematem wielu rozważań na arenie politycznej i gospodarczej, czego doświadczamy obecnie także jako społeczeństwo.

Starość nie wiąże się jedynie z liczbą lat, którą dana osoba przeżyła. Odróżniamy wiek kalendarzowy (chronologiczny, metrykalny) i wiek biologiczny. Wpływ wielu czynników powoduje niejednokrotnie bardzo duże rozbieżności między wiekiem metrykalnym, a wiekiem biologicznym [8].

Trafiałek podaje następującą definicję starości: „jest naturalną fazą życia, następującą po młodości i dojrzałości, wieńczącą dynamiczny proces starzenia się. Określana mianem »końcowej tercji 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 – nierzadko też z pauperyzacją, samotnością (starość psychiczna), koniecznością korzystania z pomocy innych (starość ekonomiczna) i funkcjonowaniem na marginesie życia społecznego (starość społeczna)” [9].

Inną definicję proponuje Szatur-Jaworska, która stwierdza, iż starość to „końcowy etap w życiu człowieka rozpoczynający się wraz z osiągnięciem określanego konwencjonalnie »progu starości«. Jest dynamicznym i synergicznym związkiem procesów biologicznych i psychicznych oraz zmian w sferze społecznej aktywności jednostki” [10]. W ujęciu tym podkreśla się, że starość to przeżycie osobiste zależne od doświadczeń poszczególnych osób w poprzednich fazach ich życia. „Progi starości” są tu rozumiane jako wydarzenia rozpoczynające ostatni etap życia człowieka [11]. Ze względu na złożoność procesu starzenia się i zainteresowanie się nim wielu dyscyplin naukowych wyróżnia się przynajmniej 6 „progów starości” za kryterium przyjmując wiek: biologiczny (odnoszący się do oceny sprawności i żywotności organizmu); demograficzny (kalendarzowy, chronologiczny; jest to liczba przeżytych lat); psychiczny (psychologiczny; określany na podstawie sprawności funkcji intelektualnych, zmysłów i zdolności przystosowawczych jednostki); społeczny (odzwierciedla społeczną sytuację człowieka; określany np. na podstawie tego, czy jednostka wypełnia role społeczne babci, dziadka, etc.); ekonomiczny (odnosi się do miejsca jednostki w podziale pracy); socjalny (prawny; określany terminem otrzymania przez obywatela prawa do świadczeń socjalnych, takich jak renty i emerytury) [10-12].

Starość psychospołeczna zależy od tego, jak poszczególne osoby same oceniają poprzednie fazy swojego życia, czy i w jaki sposób przygotowywały się do starości oraz jakie postawy przyjmują wobec odejścia od pracy zawodowej i rezygnacji z pełnionych wcześniej ról społecznych [13]. Wpływa to w zdecydowany sposób na ich postawę względem ewentualnego podjęcia działań na rzecz jakiegokolwiek formy edukacji. Inne czynniki warunkujące jakość i długość życia stanowią m.in. płeć, wykształcenie, świadomość negatywnych stereotypów starości, utrata najbliższych, odejście dzieci lub złe z nimi kontakty, sytuacja materialna, poczucie osamotnienia, posiadanie chorób przewlekłych, lęk przed chorobami i zniedołężnieniem, uczestnictwo w życiu społecznym, status społeczny, zaradność życiowa, świadomość wpływu na kierowanie swym życiem oraz styl życia [9,13].

### **Starość z perspektywy demografii**

Demograficznie za stare uważa się te społeczeństwa, w których odsetek ludzi po 60. roku życia przekroczył 12%. Ten próg starości Polska osiągnęła już na początku lat 60-tych XX wieku. Proces starzenia i problemy z nim związane dotyczą niemal wszystkich państw, jednak jego obecne i przewidywane tempo jest zróżnicowane przestrzennie oraz związane z odzwierciedleniem trendów w zakresie rodności, umieralności i migracji [14].

Przyczyn starzenia się społeczeństwa jest bardzo wiele. Jedną z nich jest mniejszy wzrost młodej populacji, co spowodowane jest znacznym spadkiem poziomu płodności i rodności, a także nastawieniem społecznym do tematu prokreacji. Rządy wielu państw próbują szukać strategicznych, systemowych rozwiązań w tym zakresie. Badacze wyróżniają tzw. drugie przejście demograficzne, gdzie poziom płodności spada poniżej poziomu, który mógłby zagwarantować zastępowalność pokoleń [14]. Jest to niejednokrotnie związane ze zmianami, jakie zachodzą w normach kulturowych i społeczno-obyczajowych, czyli np. zmniejszeniem liczby zawieranych małżeństw, odkładaniem rodzicielstwa na później na rzecz kariery, wzrostem liczby aborcji. Jednocześnie spada umieralność wśród osób w wieku starszym. Kraje Europy Zachodniej w fazie drugiego przejścia demograficznego znajdują się po okresie kompensacji powojennej (tzw. *baby-boom*) od roku 1960. W Polsce i krajach Europy Środkowo-Wschodniej podobne zmiany, związane z przekształceniami polityczno-gospodarczymi rozpoczęły się w latach 70., a nawróciły po roku 1990. Kolejnym czynnikiem wpływającym na starzenie się populacji są migracje, które przyczyniają się niejednokrotnie do starzenia się ludności z danego obszaru. W migracjach między miastem i wsią kontynuowana będzie występująca od kilku lat przewaga przeniesień na wieś, co jest wynikiem zjawiska suburbanizacji [14]. Starzenie się populacji polskiej uwidacznia się udziałem osób



w wieku emerytalnym. Wskaźnik ten dla kraju w 2004 r. wynosił 15,3%. Osoby w wieku starszym stanowią aktualnie 13% wszystkich mieszkańców Polski. Obecnie prognozy demograficzne dla Polski na najbliższe 25 lat zakładają, że przeciętne trwanie życia wzrośnie o 7,2 lat do 77,6 lat dla mężczyzn i 4,5 lat do 83,3 roku dla kobiet. Do 2030 r. zbiorowość osób w wieku 65 lat i więcej powiększy się o 3,61 mln i osiągnie rozmiar 8,5 mln. Przewidywania demograficzne GUS do roku 2030 zakładają, że przyrost naturalny ludności Polski będzie ujemny, a liczba ludności obniży się do 35,7 mln osób [15,16]. Zmiany te nie będą regularne, co jest wynikiem wyżów i niżów demograficznych. Najsilniejszy wzrost przypadnie na lata 2014-2022 – średnio populacja starcza będzie się powiększać o 200 tys. osób rocznie. Natomiast po 2022 roku tempo wzrostu będzie coraz wolniejsze. Około 2030 roku przyrost roczny w tej grupie wiekowej będzie się kształtował na poziomie 50 tys. osób [15,16]. Udział osób w wieku poprodukcyjnym w takich krajach jak Skandynawia (bez Finlandii) wynosi 16-18% ogólnej liczby ludności. W krajach Unii Europejskiej duży odsetek osób w wieku 65 lat i więcej mają: Hiszpania – 16,9%, Grecja – 17,2%, Niemcy – 16,2%, Włochy – 18,2% [3]. Przebieg procesu demograficznego starzenia się różnicuje się zależnie od płci oraz miejsca zamieszkania. Także subpopulacje Polaków różnią się ze względu na płeć – starzeją się w różnym tempie, co wynika z tzw. zjawiska nadumieralności mężczyzn. Kobiety w wieku 65 lat i więcej stanowią 15,7% subpopulacji kobiet, a mężczyźni w tym wieku stanowią jedynie 10,4% subpopulacji mężczyzn [15,16]. Ze względu na miejsce zamieszkania, proces demograficznego starzenia się w znacznie większym stopniu dotyczy populacji miejskiej niż wiejskiej [15,16].

Przeciętna długość życia stale się wydłuża. Przy czym istnieje znacząca różnica między przeciętnym trwaniem życia kobiet i mężczyzn na wsi, a długością życia kobiet i mężczyzn mieszkających w mieście. Średnie trwanie życia kobiet i mężczyzn w mieście jest dłuższe w porównaniu do długości życia kobiet i mężczyzn na wsi [17]. W XXI wieku starość przestaje powoli być kojarzona z chorobą czy niedołęstwem, gdyż coraz więcej osób starszych mimo postępujących procesów starzenia się, nadal cieszy się dobrym zdrowiem i sprawnością, podejmuje nowe inicjatywy i szuka dla siebie na nowo miejsca w dynamicznie rozwijającym się świecie.

### **Rola osób starszych w społeczeństwie, czyli świadomi i „nieświadomi” edukatorzy mądrości**

Osoby w wieku starszym mają wiele do zaoferowania - przede wszystkim wiedzę i doświadczenie, które mogą przekazać młodszemu pokoleniu. Wiadomo, że rozwój

technologii zmienia społeczne spojrzenie i podejście do wielu aspektów naszego życia, jednak nie możemy zapomnieć o szczególnym miejscu osób starszych w społeczności ludzkiej, ponieważ starość jest czymś, co czeka każdego z nas, będąc od zarania dziejów wpisana w życie każdego człowieka. Wysoko rozwinięte społeczeństwa stwarzają osobom starszym warunki w pełni umożliwiające im cieszenie się dobrym zdrowiem – poprzez rozwinięcie opieki medycznej nastawionej typowo dla osób starszych, ale także umożliwiając im rozwój poprzez tworzenie Uniwersytetów Trzeciego Wieku. Wszelkie te działania sprzyjają niwelowaniu różnic pomiędzy poszczególnymi fazami naszego życia i wpływają na podniesienie jakości życia osób starszych, będąc formą wsparcia społecznego oraz prewencji zaburzeń zdrowia fizycznego

i psychicznego – działają także przeciwko wykluczeniu społecznemu tej grupy.

Biorąc pod uwagę trendy demograficzne niektórzy socjologowie i gerontologowie mówią o „siwiejącej” populacji. Peterson [18] nazywa ten proces „początkiem siwienia świata”. Przewiduje się, że w ciągu najbliższych kilkudziesięciu lat zestarzeją się populacje prawie wszystkich krajów rozwiniętych (do 2030 r. ludzi mających ponad 65 lat będzie od 33% w Australii do prawie 50% w Niemczech). Jednocześnie postępuje proces „starzenia się ludzi starych”, co oznacza, że liczba osób w wieku 75 lat i więcej rośnie szybciej niż liczba „młodszych ludzi starych”. Taka zmiana rozkładu wiekowego w krajach rozwiniętych stanowi wyzwanie dla systemu zabezpieczenia społecznego, albowiem wzrost przeciętnej długości życia oznaczać będzie konieczność wypłacania emerytur przez dłuższy czas niż obecnie. Jednocześnie w miarę wzrostu populacji osób starszych rosło będzie zapotrzebowanie na pomoc społeczną i opiekę zdrowotną [19].

Osoby starsze realizują potrzebę kontaktów towarzyskich głównie w rodzinie. Rodzina staje się także przestrzenią transferu międzypokoleniowych wartości, dla osób starszych jest to często podstawowe miejsce, w którym stykają się z przedstawicielami młodszych pokoleń i mają możliwość zetknięcia się z problemami istotnymi dla osób przeżywających inną fazę życia. W szybko zmieniającym się społeczeństwie, które za Sztompką [20] można nazwać „gorącym”, czyli takim, w którym zmiany następują szybko, osiągając poważne rozmiary już w skali wewnątrzpokoleniowej i w którym pojawiają się nowe technologie oraz wynalazki, osoby starsze z reguły w mniejszym stopniu niż młode pokolenia korzystają z dobrodziejstw cywilizacyjnych. Wynika to nie tylko z bardziej ograniczonego dostępu osób starszych do nowych technologii, ale także z braku potrzeb, czy nawyku wykorzystywania ich w codziennym życiu, a przede wszystkim z obaw i lęku przed własną nieporadnością w ich obliczu. Tu także członkowie najbliższej rodziny mogą być pomocni w przełamywaniu

barier i stereotypów, że osoby starsze nie mogą nauczyć się niczego nowego, a nowe technologie z definicji są im obce. Przestrzenne oddalenie i chęć utrzymania kontaktu niejako „wymusiło” u seniorów potrzebę korzystania z nowoczesnych sposobów komunikowania się, a ich pierwszymi, często zresztą jedynymi instruktorami w tej dziedzinie, są młodszy członkowie rodziny. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na potrzebę edukowania seniorów w zakresie obsługi sprzętu komputerowego, korzystania z Internetu, telefonów komórkowych, sprzętu multimedialnego, czy użytkowania bankomatów, tak by mogli oni w pełniejszy sposób korzystać z udogodnień technicznych w codziennym życiu. Transmisja wartości kulturowych nie jest w tym przypadku procesem jednokierunkowym. Także seniorzy mają do zaoferowania młodszemu pokoleniu swoje doświadczenie życiowe, znajomość tradycji rodzinnych i narodowych, wiedzę i umiejętności, a przekaz ten dokonuje się najpełniej w ramach grona rodzinnego. Jednocześnie budowanie „mostów międzypokoleniowych” nie tylko w obrębie własnej rodziny, wydaje się jednym z kluczowych elementów integracji osób starszych ze społecznością lokalną. Warto tworzyć inicjatywy, w ramach których osoby starsze będą mogły spotkać się z młodzieżą, obie strony będą miały możliwość bliższego poznania się, przełamania stereotypowego podejścia do siebie nawzajem i budowania postaw opartych na wzajemnym szacunku. Pozwoli to na uniknięcie lub złagodzenie skutków konfliktu pokoleń, nasilającego się w okresie szybkich zmian kulturowych, gdy pokolenie młodsze internalizuje nowe wzory kulturowe odmienne od wzorów typowych dla pokolenia starszego [19-21]. Zjawisko to jest także pomocą i wsparciem w zagadnieniu rozwoju rodziny i opieki nad tą fundamentalną komórką społeczną.

### **Jakość życia a starzenie się człowieka**

Starzeniem możemy określić także stopniowy spadek homeostazy organizmu, czyli zmniejszenia rezerw równowagi środowiska wewnętrznego, prowadzący do zwiększenia zachorowalności, jak i śmiertelności. W geriatricznym istnieje określenie zespołu kruchości (*frailty syndrome*), charakteryzującego się stopniowym zanikiem mięśni, zmęczeniem, brakiem aktywności, upośledzeniem funkcji poznawczych, zaburzeniami równowagi, utratą masy ciała. U podstaw tego zespołu leży sarkopenia, spadek funkcji neuroendokrynej i dysfunkcja immunologiczna [4].

W literaturze medycznej, czy też gerontologicznej istnieją określenia: starość pomyślna, wymiennie ze starzeniem prawidłowym i starość niepomyślna, czy też starzenie patologiczne. Starość pomyślną należy rozumieć jako proces starzenia, kiedy wszelkie zmiany inwolucyjne w narządach i układach są tylko wynikiem procesu starzenia się, czyli tak naprawdę starzenie

jest w pełni fizjologiczne, bez towarzyszących dodatkowych trudności wynikających, np. z chorób przewlekłych, czy następstw ciężkich wypadków. Starość niepomyślna występuje wtedy, kiedy na starzenie fizjologiczne nakładają się zmiany wynikające ze współistniejących schorzeń, wklajających lub przyspieszających proces starzenia się organizmu ludzkiego [22]. Dodatkowo dochodzi tu do głosu szereg czynników socjoekonomicznych, takich jak chociażby ubóstwo, czy osamotnienie.

Zarówno wydłużenie życia, jak i poprawa jego komfortu w ostatnim okresie starości zależy od wielu czynników, które modyfikują proces starzenia: czynników osobniczych (otyłość, schorzenia); czynników środowiskowych ze stylem życia włącznie; warunków socjalno-bytowych. Chcąc być zaliczanymi do tej grupy osób, których starzenie przebiega w sposób pomyślny powinniśmy realizować efektywną prewencję gerontologiczną. Wiele czynników modyfikujących proces starzenia się jest czynnikami, na które mamy wpływ i możemy je zmienić [22]. Niekiedy jest tu potrzebne wsparcie społeczne, lecz faktem jest, iż własna motywacja i dobre nawyki wyniesione z wcześniejszych lat życia mogą w znaczącym stopniu umożliwić lepsze funkcjonowanie.

Liczba chorób przewlekłych, często związanych z niepełnosprawnością i bólem, rośnie wraz z wiekiem. Dodatkowo w efekcie starzenia się w organizmie następuje szereg zmian degeneracyjnych dotyczących niemal wszystkich układów i narządów, pogarszających możliwości funkcjonowania ustroju. Stan chronicznego braku fizjologicznie niezbędnej aktywności ruchowej u większości seniorów zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia chorób, których podstawowymi czynnikami ryzyka są właśnie brak ruchu oraz wiek (choroby układu krążenia, otyłość, cukrzyca). Wiele osób starszych wymaga postępowania rehabilitacyjnego nie tylko z powodu podstawowej choroby, ale również ze względu na spowodowane wiekiem obniżanie sprawności funkcjonalnej, dlatego rehabilitacja tej grupy osób powinna być powiązana z zapobieganiem niepełnosprawności. Czynnikiem tymi jest m.in. aktywność fizyczna. Wykazano, że aktywność fizyczna i wysiłek fizyczny zmniejsza szybkość utraty masy kostnej, poprzez zwiększone obciążenie kośćca, jak i zwiększenie sekrecji hormonu wzrostu [22,23].

Zmniejszenie albo całkowite wyeliminowanie używek i nadużywania leków – zwłaszcza preparatów dostępnych bez recepty, które pacjenci biorą bez kontroli, a często i wiedzy lekarza, zmniejszanie zaniedbań higienicznych, kontakt z innymi osobami – utrzymywanie kontaktów towarzyskich, uczenie się (także to nieformalne) – to czynniki mające pozytywny wpływ na proces starzenia się.

Podobne znaczenie można przypisać poprawie psychologicznego podejścia do starzenia i starości oraz przygotowaniu się do jej przeżycia. Ogromne znaczenie w starzeniu się człowieka mają zarówno czynniki biologiczne, jak i społeczne oraz psychologiczne. To od ich wzajemnego oddziaływania jest uzależniony proces starzenia się. Duże znaczenie dla jakości funkcjonowania osób w wieku podeszłym i sposobu odbioru „swojej starości” ma realizacja potrzeb, do których należy potrzeba integracji ze środowiskiem i rodziną; potrzeba użyteczności i uznania; potrzeba autonomii; potrzeba bezpieczeństwa, jak również potrzeba satysfakcji życiowej [22,23].

Ważnym elementem dla funkcjonowania w okresie starości jest umiejętność przystosowania się do zmian, które niesie ze sobą podeszły wiek. Najlepszą postawą, jaką mógłby prezentować senior jest postawa konstruktywna, która charakteryzuje się pełną integracją wewnętrzną, akceptacją starości i harmonijnymi kontaktami z otaczającym światem. Aby takie postawy były wśród seniorów, powinno odbywać się jak najwięcej spotkań czy to w ramach różnego rodzaju grup wsparcia, towarzystw, itp.

### **Rola i znaczenie edukacji w życiu człowieka**

Wiedza jest wysoko cenioną i szlachetną wartością w życiu każdego człowieka - to dzięki niej człowiek inspirowany swoimi pragnieniami może kształtować świat, w którym żyje na miarę posiadanych środków. Wiedza daje człowiekowi nie tylko możliwość skutecznego działania, ale także poczucie bezpieczeństwa, spełnienia i staje się motorem do dalszych działań samoregulujących stan jednostki. Człowiek czuje się po prostu pewnie, a tym samym i bezpiecznie wówczas, gdy ma wiedzę o otaczających go ludziach i przedmiotach [24]. Z wiedzą ściśle związana jest edukacja, która w podstawowym znaczeniu jest dziełem przygotowania dzieci, młodych ludzi dorosłych, a współcześnie także i starszych osób do aktywnego udziału w często nieokreślonym, co do nowego kierunku procesie zachodzących i często zaskakujących nas przemian [24].

Uczenie się staje się stylem życia, wyraża indywidualne dążenia jednostki. Opiera się na zasadach personalistycznych, jak: poszanowanie praw i potrzeb pojedynczego podmiotu edukacyjnego, dostosowanie przekazywanych informacji do zainteresowań oraz możliwości ucznia, studenta itd. Uczenie się (jako styl życia) charakteryzuje się otwartością, gotowością do zmian, aktywnością, reinterpretacją przeszłości oraz własnych doświadczeń.

Edukacja to potężne narzędzie służące aktywizacji osób starszych, wspierające ich uczestnictwo w życiu społecznym. Dzięki niej wzrasta pozytywna ocena jakości życia, a młodsze pokolenia mogą czerpać z doświadczenia seniorów. Wspieranie interakcji między

generacjami to wielka wartość nauki przez całe życie, która może przyjąć różne formy i korzystać z całej gamy narzędzi [25]. Ważne jest jednak, aby istota tego procesu została w pełni zrozumiana, gdyż nie chodzi tylko o widoczne działania, dostępne środki, ale także o niewidoczne procesy psychiczne, które temu zjawisku niezaprzeczalnie towarzyszą.

### **Seniorzy w życiu publicznym i społecznym**

Osoby starsze rzadko uczestniczą w życiu publicznym i społecznym. Ma to związek z brakiem utrwalonych nawyków aktywności i uczestnictwa społecznego, pogarszającym się wraz z wiekiem stanem zdrowia oraz niejednokrotnie trudną sytuacją materialną. W 2004 r. ok. 20% emerytów działało aktywnie przynajmniej w jednej organizacji społecznej, spośród nich 8% działało w 2 lub więcej organizacjach społecznych [26]. Wśród organizacji tworzonych przez seniorów warto podkreślić znaczenie tych, które mają na celu podtrzymywanie ich własnej aktywności i samodzielności. Są to przede wszystkim uniwersytety trzeciego i czwartego wieku oraz kluby seniora. Jednym z celów aktywizacji społecznej osób starszych powinno być propagowanie wśród seniorów idei wolontariatu i działalności w organizacjach pozarządowych.

Niska aktywność społeczna seniorów często pociąga za sobą inne skutki, np. zmniejszenie akceptacji ze strony otoczenia dla ludzi starych, ich wycofanie i życie w samotności. Zakłada się, że rodzaj i charakter uczestnictwa społecznego osób w wieku starszym zależy od takich czynników jak [27]: płeć (kobiety częściej podejmują aktywność społeczną), wykształcenie (im wyższe, tym wyższy poziom aktywności), stan zdrowia (lepszą kondycją sprzyja aktywności), środowisko rodzinne (posiadanie dzieci i wnuków oraz pochodzenie na różne sposoby warunkują aktywność), warunki bytowe (im gorsze, tym mniejsza aktywność), miejsce zamieszkania (w miastach jest więcej ofert spędzania czasu wolnego) oraz działalność instytucji kulturalnych (ich obecność sprzyja aktywności ludzi starych) [27].

O niskiej aktywności seniorów w życiu publicznym świadczą chociażby wyniki „Diagnozy Społecznej”. Z dostępnych danych za 2009 rok 16,6% respondentów z grupy wiekowej 60-64 lata i 10,8% po 65. roku życia wobec średniej 15,5% dla wszystkich Polaków deklarowało, że w ciągu ostatnich 2 lat zaangażowało się w działania na rzecz społeczności lokalnej (gminy, osiedla, miejscowości, najbliższego sąsiedztwa). Osoby starsze rzadko uczestniczą w zebraniach publicznych poza miejscem pracy (21,5% wśród osób w wieku 60-64 lata i 15,2% po 65. roku życia wobec średniej 19,1% dla ogółu Polaków) oraz rzadko przygotowują lub prowadzą takie zebrania (odpowiednio 5,3%, 3,7% i 5,1%). Nieco lepiej kształtowało się samo członkostwo w organizacjach, stowarzyszeniach, partiach, komitetach,

radach, grupach religijnych, związkach lub kołach. Do przynajmniej jednej organizacji należało 12,8% respondentów w wieku 60-64 lat oraz 9,8% po 65. roku życia wobec średniej 10,1% dla wszystkich Polaków [26]. Na nieco inne aspekty uczestnictwa społecznego ludzi starych zwracają uwagę badania TNS OBOP z 2007 roku [27]. Osoby w wieku od 60 do 80 lat przeważnie wskazują, że ludzie starzy w Polsce pomagają w wychowaniu wnuków (38%), pomagają rodzinie finansowo (30%) lub są odsunięci na margines życia społecznego (13%). Bardzo rzadko dostrzegano, iż stanowią autorytety dla innych (6%), działają w różnych organizacjach (5%) lub zajmują się własnym hobby (3%). Poza tym poproszeni o zrobienie czegoś dla innych byłiby skłonni pomagać dzieciom, chorym i niepełnosprawnym (72%), ale raczej nie rozpoczęliby działalności gospodarczej na własny rachunek (89%) i nie podjęliby pracy (66%). Z mieszanymi opiniami, zbliżonymi ilościami pozytywnych i negatywnych odpowiedzi, spotkały się opinie na temat: udzielania porad z zakresu swojego wykształcenia i umiejętności zawodowych, włączania się w prace organizacji działających w środowisku ludzi starych oraz organizacji działających na rzecz miejsca zamieszkania [27].

Życie i aktywność seniorów w Białymstoku jest również przedmiotem badań. Według badań Urzędu Miejskiego w Białymstoku z 1998 roku osoby, które przekroczyły 60. rok życia, najsilniej czują się związane z miastem (25%) [28]. Na tle pozostałych mieszkańców starsze osoby wyrażają też większe zainteresowanie sprawami miasta, choć przeważnie tylko słuchają lokalnych serwisów radiowych i telewizyjnych (65,1%) i czytają lokalną prasę (40,1%). Bardzo rzadko, choć i tak częściej niż pozostali mieszkańcy, uczestniczą w spotkaniach z władzami (7,1%) i próbują docierać do ludzi odpowiedzialnych za sprawy miasta (4,4%). Rzadziej biorą udział w pracach samorządu (3,5%) i aktywizują najbliższe otoczenie (2,6%). Ponadto najgorzej oceniają bezpieczeństwo w mieście (ok. 55% odpowiedzi negatywnych) [28]. Pewnych informacji dostarczają też badania panelowe Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (dawniej: Akademia Medyczna) z lat 1994-1995, prowadzone wśród mieszkańców dzielnicy Antoniuk, którzy ukończyli 60 lat (233 respondentów). Okazało się, że największą grupę ludzi starych stanowią owdowiałe kobiety. Prawie połowa badanych miała wykształcenie podstawowe, 17,6% nie ukończyło szkoły podstawowej, 28,8% stanowiły osoby z wykształceniem średnim i tylko 3,4% z wyższym. Blisko 64% ludzi starych mieszka z dziećmi, a 30% samotnie. W razie obłożnej choroby ok. 32% badanych liczyłoby na pomoc współmałżonka, 56% – rodziny, 4% – sąsiadów, a 8% nie mogłoby liczyć na niczyją pomoc. Przy okazji tych badań przeprowadzono eksperyment socjologiczny – zainicjowano Stowarzyszenie Samopomocowe Rada Seniorów Dzielnicy Antoniuk. Po dwóch latach działalności wśród badanych odnotowano wzrost potrzeby pomagania innym (z 69,9%

do 88,8%), uznania dla działalności samopomocowej (z 53,1% do 79,8%), brania udziału w pracy społecznej (z 3,5% do 10,3%) oraz spadek deklaracji o korzystaniu z Ośrodka Pomocy Społecznej (z 14,2% do 9%). Niemniej ilość osób zaangażowanych w inicjatywy Rady Seniorów i – powstałych później – podobnych grup, jest niewielka. Szacuje się, że w 1998 roku w 7 takich grupach działało ok. 350 wolontariuszy opiekujących się ok. 100 rodzinami seniorów [28]. Według danych z Miejskiej Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w 2005 roku było to ponad 600 osób [28].

Ponadto do powstałego w 1994 roku Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Białymstoku, w ciągu 10 lat jego działalności zapisały się 684 osoby, z czego 352 były członkami do 2004 roku. Jest to zaledwie ok. 0,5% mieszkańców miasta po 60. roku życia. Pośród tych 352 osób przeważały kobiety, których było dokładnie 295 (blisko 83% słuchaczy). Warto zauważyć, że od 2000 roku do UTW przyjmowano coraz więcej osób na przedpolu starości, które niekiedy nie ukończyły 50. roku życia – w latach 2003-2004 osoby te stanowiły blisko 30% nowych członków [29]. Tym cenniejszą inicjatywą wydaje się Uniwersytet Zdrowego Seniora, działający w ramach Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

### **Potrzeby edukacyjne osób starszych a zagadnienie zdrowia psychicznego**

W ostatnich latach pojawiło się wiele publikacji dotyczących edukacji najstarszego pokolenia. Aby współczesny senior nie był marginalizowany, wykluczony z życia i postrzegany jako jednostka utrudniająca rozwój społeczno-cywilizacyjny i techniczny, należy umożliwić mu dostęp do edukacji. To właśnie ona staje się jedną z możliwości wsparcia osób starszych. Pomaga starszym ludziom odnaleźć się w stale zmieniającej się rzeczywistości, która traci „punkty stałe”, co niejednokrotnie wywołuje niepokój i lęk, mogąc być przyczyną zaburzeń zdrowia psychicznego [30]. Należy podkreślić, że każda osoba starsza ma zagwarantowane prawo do edukacji. Szarota zauważa nawet, że tworzenie warunków optymalizujących możliwości korzystania z instytucji edukacji całożyciowej i upowszechniania oświaty oraz kultury jest obowiązkiem państwa. Kształcenie ustawiczne nie ogranicza się przecież do wybranego okresu życia, ani też nie preferuje żadnych instytucji. Szczególną rolę autorka ta przypisuje tym instytucjom, które udzielają wsparcia intelektualnego osobom starszym [31]. Nie należy jednak rozumieć edukacji dla seniorów jako typowej nauki według szkolnych, czy akademickich schematów. Ma ona na celu raczej uaktywnienie seniorów, przekazanie wiedzy i informacji ułatwiających uczestniczenie w życiu społecznym. W okresie późnej dorosłości następuje zmniejszenie ilości okazji do poszerzania swoich kompetencji, co jest związane z zakończeniem aktywności zawodowej. Ma to wpływ na zwiększenie poczucia bycia



niekompetentnym i niepotrzebnym. Bardzo dużą rolę ma do spełnienia edukacja, która może zaproponować osobom starszym różnorodne zajęcia uwzględniające indywidualne potrzeby. Dzięki edukacji można uniknąć problemów związanych z wejściem współczesnych pokoleń w epokę cyfrową, można podnieść zawodowe umiejętności, uzupełnić wiedzę z zakresu profilaktyki zdrowotnej [31].

Na aktywne starzenie się wpływa wiele czynników. Edukacja jest jednak wyjątkowo ważnym aspektem. Umożliwia ona nie tylko w młodości, ale przez całe życie lepszą adaptację do zmieniającego się środowiska oraz pomaga zachować niezależność. Nauka przyczynia się do zwiększenia świadomości i wiedzy na temat zdrowia, na temat korzystania z najnowszych osiągnięć ludzkości. Dzięki niej wzrasta pozytywna ocena jakości życia [32]. Seniorzy mogą korzystać z licznych ofert kształcenia, doskonalenia, zdobywania wiedzy z różnorodnych dziedzin. Najbardziej rozpowszechnione są obecnie tzw. Uniwersytety Trzeciego Wieku, które włączają osoby starsze do systemu kształcenia ustawicznego, poszerzają ich wiedzę, aktywizują intelektualnie, psychicznie, a także fizycznie słuchaczy. Obecnie jest ich w Polsce ok. 400 i wciąż powstają nowe. Placówki posługują się kilkoma nazwami: Uniwersytet Trzeciego Wieku, Akademia Złotego Wieku, Akademia Pełni Życia, Akademia Trzeciego Wieku, Akademia Sztuki Trzeciego Wieku oraz Uniwersytet Złotego Wieku, Uniwersytet Otwarty, Uniwersytet Każdego Wieku, Uniwersytet Otwarty Trzeciego Wieku. Część z nich jest zrzeszona w Międzynarodowej Federacji UTW (AIUTA), część posiada osobowość prawną (towarzystwa UTW), pozostałe funkcjonują przy podmiotach prowadzących. Funkcjonują one systematycznie w ramach poszczególnych zajęć i semestrów roku akademickiego albo też w postaci otwartej formuły spotkań. Celem działalności jest przede wszystkim szeroko pojęta edukacja seniorów. Poruszane zagadnienia związane są z profilaktyką gerontologiczną, upowszechnianiem wzorów aktywnej starości, z włączaniem słuchaczy w nurt życia społecznego, obywatelskiego. Popularyzowana jest nauka i technika, wzmacniana jest aktywność intelektualna, poznawcza i fizyczna. Seniorzy mogą korzystać z szerokiego wachlarza zajęć. Jak zauważa Czerniawska [33], do podstawowych form należy wykład połączony z dyskusją. Mogą to być wykłady monograficzne, cykliczne, interdyscyplinarne, a także kursowe, czyli wprowadzające w jakąś dziedzinę sztuki lub nauki [33]. Z dziedziny nauk humanistycznych można poznawać kulturoznawstwo, wiedzę o literaturze, filmie, teatrze, muzyce, historię, tradycję lokalną. Uniwersytety oferują również naukę języków obcych, kursy obsługi komputera. Seniorzy uczą się poruszania w sieci, korzystania z poczty elektronicznej. Poszerzają wiedzę dziedziny obowiązującego prawa, z medycyny, ekologii. Uczestniczą w akademickich wykładach, lektoratach, seminariach,

konserwatoriach. Mogą rozwijać i poszerzać zakres swoich zainteresowań z różnorodnych zajęć. Korzystają z prelekcji lokalnych przedstawicieli elit intelektualnych i społecznych. Organizowane są wspólne wycieczki, wyjazdy, spotkania. W nurt formalnego kształcenia wpisują się kursy wiedzy i umiejętności praktycznych, jak np. kursy języków obcych. Podczas różnorodnych kursów osoby starsze są zapoznawane z zaawansowanymi nowoczesnymi technologiami spotykanymi w codziennym życiu [31].

Działania w zakresie edukacji na rzecz seniorów podejmowane są z różnych powodów. Z jednej strony są wyrazem troski o najstarsze pokolenie, z drugiej strony wynikają z ekspansywności podmiotów szerzących edukację. W poprzednich wiekach obejmowała ona bowiem najmłodsze pokolenia, a do możliwości oddziaływania na najstarszych odnoszono się w Polsce raczej sceptycznie. Wraz z rosnącą liczbą osób starszych, wynikającą ze zmian demograficznych, od końca XX wieku otwarto różnorodne możliwości korzystania z edukacji bez ograniczeń wiekowych. Partycypowanie w uczeniu przynosi korzyści zarówno seniorom, jak i całemu społeczeństwu. Dla korzystających z niej osób starszych niesie szansę na lepsze życie, pełniejsze przeżywanie ostatniego okresu życia. Wobec wielu przemian cywilizacyjnych dzięki edukacji osoby starsze mogą lepiej odnaleźć się w społeczeństwie, dłużej utrzymać samodzielność i niezależność. Należy podkreślić, że edukacja skierowana do seniorów minimalizuje marginalizację społeczną tej grupy, znosi dystans, czy nawet przepaść pomiędzy pokoleniami, a w konsekwencji stanowi parasol ochronny przed bardzo wieloma problemami z zakresu zdrowia psychicznego.

Bardzo ważnym czynnikiem, warunkującym powodzenie edukacyjne, jest motywacja uczącego się, szczególnie dla grupy osób starszych, ponieważ większość z nich ma za sobą karierę zawodową oraz wiele lat nauki szkolnej i z rezerwą odnosi się do pomysłu angażowania się w kolejne edukacyjne inicjatywy. Seniorzy zazwyczaj z większym entuzjazmem odnoszą się do projektów, dzięki którym mogą nauczyć się rzeczy, które oceniają jako przydatne, szczególnie w kontekście życia codziennego. Poza tym, bardzo ważne jest dla nich poczucie, że założone rezultaty znajdują się w zasięgu ich możliwości. Przy projektowaniu programów przeznaczonych dla osób starszych warto również zapewnić im dużą swobodę wyboru przedmiotów oraz sposobu nauki, niezależnie od tego, czy będzie to nauka dla zdobycia wiedzy, umiejętności, czy po prostu nauka jako forma aktywności, będąca celem samym w sobie [34,35].

Ciekawe jest to, że preferencje i potrzeby edukacyjne osób starszych różnią się również wewnątrz tej grupy i zmieniają z wiekiem. Według badań przeprowadzonych w 2006 roku, grupa osób w podeszłym wieku najbardziej interesuje się kwestiami związanymi

z ich osobistym samopoczuciem, zachowaniem zdrowia oraz bezpieczeństwem. Oprócz tego poświęcają uwagę polityce i kulturze, starając się lepiej zrozumieć otaczający ich świat. Natomiast młodszy emeryci (oraz osoby w wieku przedemerytalnym) chętniej uczą się języków obcych i chętniej poznają zupełnie nowe rzeczy, których jeszcze nie mieli okazji poznać, a są im przydatne, szczególnie w trakcie podróżowania. Wyrażają również zainteresowanie nowymi technologiami, również komputerowymi, co po części jest związane z tym, że są nadal aktywni zawodowo [34,35]. Te oczekiwania trzeba wziąć pod uwagę przygotowując edukacyjną ofertę dla seniorów, ale oprócz tego, warto zdać sobie sprawę, że istnieje cała grupa przedmiotów i umiejętności, o których osoby starsze nie wiedzą i nie zdają sobie sprawy z ich przydatności.

### **Możliwości edukacyjne osób starszych**

Wielość barier, jakie pokonać muszą osoby starsze odzwierciedla różnorodność tej grupy. Wiele problemów, które przeszkadzają seniorom w kontynuacji nauki, związanych jest z ich stanem zdrowia – pogarszającym się wzrokiem, słuchem i trudnościami z poruszaniem się. Poza tym pamięć i możliwości przyswajania nowych informacji są ograniczone, co jednak nie oznacza, że osoby starsze nie mogą uczyć się nowych rzeczy – po prostu potrzebują na to więcej czasu i innego podejścia [36,37].

Mózg osób starszych pracuje inaczej, dlatego potrzebują oni odmiennych technik uczenia się. Do tej pory twierdzono, że seniorzy nie powinni wykonywać błędów w czasie nauki, gdyż mogłoby to wpłynąć negatywnie na ich stan pamięci. Badania przeprowadzone przez naukowców australijskich udowodniły jednak, że 70-latkowie uczą się najefektywniej właśnie dzięki wykorzystaniu metody prób i błędów. Badania, których celem było wskazanie najefektywniejszej metody nauki dla osób starszych przeprowadzono w Toronto. Uczestnikami badania były osoby dorosłe w wieku 20 lat i seniorzy będący ok. siedemdziesiątki. W dwóch niezależnych testach naukowcy porównali korzyści płynące z uczenia się metodą prób i błędów oraz techniki, która nie zezwalała na pomyłki w czasie nauki. Uczenie się metodą prób i błędów jest trudniejszym procesem zapamiętywania informacji. Mózg w tej metodzie wskazuje na różnorodne skojarzenia i powiązania po to, aby zidentyfikować właściwą formę. Nauka bez błędów jest natomiast pasywnym procesem, który wymaga zapamiętania właściwej formy już w czasie uczenia się [38-40].

Na proces uczenia się wpływ mają różne czynniki, które można podzielić na wewnętrzne i zewnętrzne. Najważniejsze z nich to [41]:

- czynniki sytuacyjne (np. odpowiednia ilość czasu na naukę, wygoda miejsca

- przeznaczonego do pracy, możliwość skorzystania z porad innych ludzi),
- motywacja (czynniki nadające kierunek działaniu; rodzaje motywacji: poznawcza, lękowa, pragmatyczna, osobista, społeczna),
  - czynniki poznawcze (rozumienie materiału, koncentracja na zadaniu, myślenie abstrakcyjne, inteligencja, uzdolnienia, styl poznawczy – refleksyjność i impulsywność, preferencje poznawcze),
  - temperament,
  - poglądy, przekonania i postawy,
  - wiedza i doświadczenie.

Poznanie nowych informacji koreluje z podejmowaniem określonych działań. Jeśli jednostka zaczyna jakąś nową formę aktywności, która wymaga większej sprawności (od tej, którą obecnie posiada), to w procesie wykonywania nowych działań powinien zwiększyć się stopień tej sprawności [42]. Niewątpliwie na proces zdobywania nowych wiadomości i umiejętności ma wpływ wysiłek podjęty w celu realizacji danego zadania, a tym samym ilość czasu na to zadanie poświęcona. Osoba podejmująca nową aktywność może liczyć na zwiększenie swoich kompetencji w toku jej wykonywania. Uogólniając, jednostka, która chce zdobyć nowe informacje, może to osiągnąć.

Na kształcenie ma także wpływ wiek uczącego się, poziom uzyskanego wykształcenia, rodzaj motywacji do nauki oraz metody uczenia się, a także bieg życia ucznia. Niezwykle istotne są motywy podejmowanych wysiłków, ponieważ budują silne pragnienie osiągnięcia celu. Jeśli chodzi o możliwości intelektualne seniorów, to „wszystkie funkcje psychiczne człowieka starego, mimo ontogenetycznie określonego kierunku zmian, są plastyczne, poddają się stymulacji i modyfikacji; można je zatem optymalizować, czyniąc adaptację do starości bardziej efektywną” [43].

Inteligencję osób starszych charakteryzuje umiar, rozwaga, ostrożność oraz mądrość, będąca wynikiem dużego doświadczenia życiowego [43]. Trafnie tę kwestię ujmują słowa: „co do umysłu – starzec jest mądry. Posiada doświadczenie, które jest owocem długiego trwania, ostrożność wynikającą z doświadczenia, jasny osąd zrodzony z ostrożności i z oddalenia” [43]. Samodyscyplina natomiast pozwala na lepsze przewidywanie wyników w nauce, niż iloraz inteligencji [43]. Jak widać, możliwości intelektualne seniorów są niewątpliwie spore. Inną kwestią jest to, jak te predyspozycje dana jednostka wykorzysta.

Wcześniejsza edukacja wpływa przede wszystkim na motywację uczących się, zarówno w sposób pozytywny, jak i negatywny. Z jednej strony, osoby dobrze wykształcone

są jednocześnie bardziej otwarte na dalszą naukę i świadome swoich potrzeb. Z drugiej, są już zmęczeni wieloletnią nauką i interesują się tylko projektami, które odpowiadają ich potrzebom oraz są łatwo dostępne, również w kontekście fizycznego położenia blisko domu. Badania pokazały również, że kobiety w starszym wieku częściej angażują się w inicjatywy edukacyjne, niż mężczyźni. W kontekście polskim szczególne znaczenie ma brak środków na opłacanie nauki. Niskie emerytury nie zachęcają do poświęcania znaczących kwot na naukę. Z drugiej strony dofinansowanie państwowe dla edukacji w późnym wieku nie może się odbywać kosztem młodego pokolenia. Finansując naukę dorosłych w wieku emerytalnym trzeba stosować dostosowane do ich potrzeb narzędzia i oferować specjalny pakiet usług. Problem polega na tym, że takie podejście zamiast wyróżniać starszych uczniów niepotrzebnie ich stygmatyzuje i izoluje od młodszych pokoleń. Wszystkie te elementy trzeba odpowiednio wypośrodkować – wszelkie dane wskazują na to, że zatroszczenie się o edukację osób starszych opłaca się nam wszystkim.

### **Psychika osób starszych a proces edukacyjny**

Sprawność umysłowa osób starszych ulega pogorszeniu. Jednym z objawów jest gorsza podzielność uwagi, co każdorazowo należy uwzględnić w projektowaniu zadań edukacyjnych dla seniorów. Osoby starsze bardzo dobrze pamiętają zdarzenia sprzed lat, natomiast niekiedy nie potrafią zapamiętać bieżących wydarzeń. Ważne jest pisanie zaleceń na kartce. Stałe schematy postępowania – stała pora wstawania, poranna toaleta, regularne posiłki – stwarzają poczucie bezpieczeństwa, a z czasem mogą przyczyniać się do dłuższej utrzymującej się dobrej kondycji. Ważne, aby mimo gorszego samopoczucia, czy brzydkiej pogody nie rezygnować z codziennego ubierania się, sprzątania pościeli, spacerów, czytania, czy spotkań. Pogorszenie wzroku, upośledzona sprawność rąk mogą utrudniać wykonywanie wielu czynności albo przynajmniej modyfikować proces ich wykonywania, co również musi być wzięte pod uwagę.

U wielu osób pojawiają się zaburzenia psychiczne, najczęściej depresja. Może objawiać się ona zmniejszeniem zainteresowań, pogorszeniem koncentracji uwagi, zaburzeniami snu, obniżeniem nastroju. Często objawem depresji są dolegliwości somatyczne. Przykładem są bóle, które mogą być objawem depresji lub z powodu depresji mogą ulec nasileniu. Stwierdzono zależność między występowaniem przewlekłego stresu, a depresją. Przejście na emeryturę, śmierć współmałżonka, usamodzielnienie się i odejście dzieci z domu, przewlekła choroba to najczęstsze takie sytuacje. Także samotność, bieda, niska samoocena nasilają zaburzenia psychiczne. Często mają one większe znaczenie dla funkcjonowania, niż zmiany stwierdzane w badaniach w korze mózgu. Innym problemem występującym u osób

starszych są zespoły otępienne. Dotyczą one ponad 5% osób po 65. roku życia [44]. Pogorszenie funkcjonowania osoby starszej zawsze wymaga konsultacji lekarskiej, upewnienia się, czy nie wynika ono z przyczyn, które można zlikwidować. Zdarza się, że odnowienie, czy stworzenie nowej sieci kontaktów społecznych, trening poznawczy poprzez naukę nowych rzeczy, przyswajanie nowych informacji – stanowią już najlepszą formę rehabilitacji [45,46].

Osoby starsze postrzegane są przez niektórych pracodawców (jeszcze w okresie aktywności zawodowej) jako pracownicy „drugiej kategorii”. W ich świadomości dominuje przekonanie, że osoby starsze są mało kreatywne, powolne, słabe i niesamodzielne. Dlatego też nie uważają za stosowne inwestować w szkolenia osób starszych, czy dostosowanie stanowisk pracy do ich potrzeb, zaś w sytuacji redukcji zatrudnienia w pierwszej kolejności rezygnują z ich pracy [47,48]. Przyczynić się to może w prostej linii do pogorszenia stanu zdrowia fizycznego, ale także psychicznego. Stąd jako działania profilaktyczne i wspierające rozwój osobowy oraz poznawczy osób starszych należy uznać nieformalne i formalne formy edukacji, inicjatywy wychodzące naprzeciw potrzebom osób starszych, a także uwzględniające odmienną procesów umożliwiających satysfakcjonujące funkcjonowanie w przestrzeni nowych zjawisk, technologii, czy relacji społecznych.

## **Podsumowanie**

Nauka to czynnik determinujący rozwój jednostki na każdym etapie życia. Wykształcenie jest wartością, która może prowadzić do osiągnięcia danych celów, tych bardziej wymiernych jak praca, wynagrodzenie, pozycja zawodowa, ale także – samoocena, uznanie, pozycja społeczna. Edukacja w kontekście doświadczenia jednostkowego jest też wartością samą w sobie – kiedy człowiek uczy się „dla siebie”, dla własnej satysfakcji i osiągnięcia osobistego rozwoju, zadowolenia, podnosi własną samoocenę, co zabezpiecza przed rozwojem wielu trudności emocjonalnych. Właśnie uniwersytety trzeciego wieku wpisują się w tę autoteliczną wartość kształcenia, bowiem seniorzy uczą się tam bez odgórnego przymusu, dobrowolnie, z motywacją wewnętrzną - poświęcają swój czas wolny na naukę. Nabywają tam wiadomości z interesujących ich dziedzin wiedzy, kształtują swój umysł dzięki wykładom, a ciało – dzięki ćwiczeniom fizycznym. Nawigują relacje społeczne, spełniają się towarzysko, udzielają kulturalnie. Słowem – z uczestnictwa w tej, niewątpliwie pozytywnej działalności, płyną duże korzyści dla jednostki, także w aspekcie jej zdrowia psychicznego.

## Piśmiennictwo

1. Klimczuk A.: Kapitał społeczny ludzi starych na przykładzie mieszkańców miasta Białystok. Wiedza i Edukacja, Lublin 2012.
2. Szatur-Jaworska B.: Ludzie starzy i starość w polityce społecznej. ASPRA-JR, Warszawa 2000.
3. Czerniawska O.: Drogi i bezdroża andragogiki i gerontologii. Wydawnictwo WSHE w Łodzi, Łódź 2000.
4. Dubas E.: Geragogika – dyscyplina pedagogiczna o edukacji w starości i do starości. [w:] Seniorzy w rodzinie, instytucji i społeczeństwie. Wybrane zagadnienia współczesnej gerontologii. A. Fabiś (red.). Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania i Marketingu, Sosnowiec 2005: 143-154.
5. Klimczuk A.: Od wykluczenia do mobilizacji ludzi starych. [w:] Kapitał społeczny ludzi starych na przykładzie mieszkańców miasta Białystok. Klimczuk A. Wiedza i Edukacja, Lublin 2012: 14-111.
6. Szatur-Jaworska B.: Gerontologia społeczna – charakterystyka dyscypliny, schematy badań. [w:] Podstawy gerontologii społecznej. Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dziegielewska M. ASPRA-JR, Warszawa 2006: 16-25.
7. Mianowany M.E., Maniecka-Bryła I., Drygas W.K.: Starzenie się populacji jako ważny problem zdrowotny i społeczno-ekonomiczny. Gerontol Pol. 2004; 12(4): 172-175.
8. Porzych K., Kędziora-Kornatowska K., Polak A., Porzych M.: Psychologiczne aspekty starzenia się i starości. Gerontol Pol. 2004; 12(4): 165-168.
9. Trafiałek E.: Starzenie się i starość. Wybór tekstów z gerontologii społecznej. Wszechnica Świętokrzyska, Kielce 2006.
10. Szatur-Jaworska B.: Ludzie starzy i starość w polityce społecznej. ASPRA-JR, Warszawa 2000: 33-34.
11. Szatur-Jaworska B.: Społeczna kwestia ludzi starszych. [w:] Społeczne kwestie starości. B. Rysz-Kowalczyk (red.), IPS UW, Warszawa 1991: 7-9.
12. Halik J.: Starzenie się społeczeństw jako proces demograficzny i społeczny. [w:] Starzy ludzie w Polsce. J. Halik (red.). ISP, Warszawa 2002: 20-22.
13. Trafiałek E.: Życie na emeryturze w warunkach polskich przemian systemowych. WSP, Kielce 1998.
14. Kowaleski J.T., Szukalski P. (red.): Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich. Zakład Demografii UŁ, Łódź 2006: 394-399.

15. Rószkiewicz M.: Prognozy demograficzne dla polskiej populacji osób starszych. *Psychogeriatr Pol.* 2006; 3(1): 1-10.
16. Gębska-Kuczerowska A., Miler M.: Sytuacja zdrowotna ludzi powyżej 65 roku życia w Polsce. *Zdr Publ* 2006; 116(1): 135-137.
17. Oleński J.: *Rocznik demograficzny*. Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2009.
18. Peterson P.G.: *Grey Down. How the Coming Age Wave will Transform America – and the World*. Random House, New York 1999.
19. Miszczak E.: Stereotypowy obraz człowieka starszego w Polsce. [w:] *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*. Kowaleski J.T., Szukalski P. (red.). Zakład Demografii UŁ, Łódź 2006: 305-311.
20. Sztompka P.: *Socjologia. Analiza społeczeństwa*. Wydawnictwo Znak, Kraków 2003.
21. Pierzchalska A., Klag P.: Społeczne role osób starszych. [w:] *Równość w Unii Europejskiej. Teoria i praktyka*. Bokajło W., Pacześniak A. (red.). Wrocławskie Wydawnictwo Naukowe Atla 2, Wrocław 2008:
22. Kociuba J.: Jakość czy sens starości? [w:] *Starość – darem, zadaniem, wyzwaniem. Wybór materiałów pokonferencyjnych*. Zych A.A. (red.). Sosnowiec–Dąbrowa Górnicza 2014: 33-48.
23. Kozdroń E.: Aktywność ruchowa w wychowaniu ku starości – luksus czy konieczność? [w:] *Starość – darem, zadaniem, wyzwaniem. Wybór materiałów pokonferencyjnych*. Zych A.A. (red.). Sosnowiec–Dąbrowa Górnicza 2014: 49-60.
24. Halicki J.: Edukacja w starości jako działanie poprawiające jakość życia seniorów. *Chowanna* 2009; 2(33): 203-212.
25. Hrapkiewicz H.: Uniwersytety trzeciego wieku jako jedna z form kształcenia osób starszych. *Chowanna* 2009; 2(33): 115-126.
26. Wądołowska K.: *Obraz typowego Polaka w starszym wieku*. Komunikat z badań. CBOS, Warszawa 2010.
27. Czapiński J., Panek T. (red.): *Diagnoza Społeczna 2009 – Warunki i jakość życia Polaków, Załącznik 2. Rozkłady odpowiedzi na pytania w kwestionariuszu indywidualnym (część II) w całej próbie ważonej*. Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2009: 61.
28. Bieńkowska M.: *Związek rodzin z miastem. Analiza przywiązania do miejsca zamieszkania oraz aktywności społeczno-kulturowej Białostoczan*. [w:] *Rodziny*



- białostockie na przełomie wieków. J. Danowski (red.). Urząd Miejski w Białymstoku, Białystok 1998: 48-49.
29. Rząca I., Kryszkiewicz C.: Dziesięć lat działalności Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Białymstoku. UTW, WOAK, Białystok 2004.
  30. Bauman Z.: Płynny lęk. Wydawnictwo Literackie, Kraków 2008.
  31. Szarota Z.: Seniorzy w przestrzeni kulturalno-edukacyjnej społeczeństwa wiedzy. *Chowanna* 2009; 2(33): 77-96.
  32. Sienkiewicz-Wilowska J.A.: Społeczne aspekty bycia seniorem a rozwój osób w okresie późnej dorosłości. [w:] *Edukacja osób starszych. Uwarunkowania. Trendy. Metody.* Stowarzyszenie Trenerów Organizacji Pozarządowych, Warszawa 2013: 27-40.
  33. Czerniawska O.: Uniwersytet Trzeciego Wieku, 30 lat działania. Przemiany, dylematy i oczekiwania w epoce ponowoczesnej. *Chowanna* 2009; 2(33): 97-114.
  34. Majewska-Kafarnowska A.: Edukacja(seniorów?) w procesie rewalidacji społecznej starzejącego się społeczeństwa. *Chowanna* 2009; 2(33): 213-224.
  35. Szymański M.J.: Edukacja we współczesnej debacie publicznej. *Debata Edukacyjna* 2009; 2: 5-15.
  36. Halicki J.: Edukacja seniorów w aspekcie teorii kompetencyjnej. *Trans Humana* Wydawnictwo Uniwersyteckie, Białystok 2000.
  37. Szukalski P.: Starzenie się ludności – wyzwania XXI wieku. [w:] *To idzie starość – polityka społeczna a przygotowanie do starzenia się ludności.* P. Szukalski (red.). ISP, Warszawa 2008: 4-26.
  38. Halicki J.: Zastosowanie koncepcji D. A. Petersona w programowaniu edukacji seniorów. [w:] *Przygotowanie do starości.* M. Dzięgielewska (red.). ZOD UŁ, Łódź 1997.
  39. Malewski M.: Modele pracy z ludźmi dorosłymi. [w:] *Andragogiczne poszukiwania, wątki, fascynacje.* E. Przybylska (red.). Wydawnictwo Naukowe UMK, Toruń 2001.
  40. Moritz M.: Trening umysłu jako forma utrzymania aktywności intelektualnej ludzi starych. [w:] *Starość i osobowość.* K. Obuchowski (red.). Akademia Bydgoska, Bydgoszcz 2002.
  41. Wrona L.: Uczenie się. [w:] *Podstawy psychologii. Podręcznik dla studentów kierunków nauczycielskich.* W. Pilecka, G. Rudkowska, L. Wrona (red.). Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 2004: 85-93.
  42. Szewczuk W.: *Psychologia człowieka dorosłego.* WP, Warszawa 1961.

43. Seligman M.A.P.: Pełnia życia. Nowe spojrzenie na kwestię szczęścia i dobrego życia. Media Rodzina, Poznań 2011.
44. Janowski K.: Skłonność do martwienia się u osób w podeszłym wieku. [w:] Starzenie się z godnością. S. Steuden, M. Stanowska, K. Janowski (red.). Wydawnictwo KUL, Lublin 2011: 231–240.
45. Steuden S.: Mądrość jako pozytywny aspekt starzenia się. [w:] Starzenie się z godnością. S. Steuden, M. Stanowska, K. Janowski (red.). Wydawnictwo KUL, Lublin 2011: 71-82.
46. Steuden S.: Z rozważań nad mądrością. [w:] Dalej w tę samą stronę. Księga Jubileuszowa dedykowana Profesor Marii Braun-Gałkowskiej. I. Ulfik-Jaworska, A. Gała (red.). Wydawnictwo KUL, Lublin 2012: 523-538.
47. Steuden S.: Psychologia starzenia się i starości. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2014.
48. Steuden S., Marczuk M. (red.): Starzenie się a satysfakcja z życia. Wydawnictwo KUL, Lublin 2006.





## **Wpływ edukacji na funkcjonowanie społeczne osób starszych**

*Małgorzata Kaczmarczyk*

Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

### **Wprowadzenie**

Konsekwencje starzenia się społeczeństw rozpatrywane są wieloaspektowo przez interdyscyplinarne zespoły gerontologów na całym świecie. Również w Polsce proces starzenia się społeczeństwa jest przedmiotem licznych badań i analiz w wymiarze regionalnym i krajowym [1-3]. W 2013 roku co piąty Polak ukończył 60 rok życia, co oznacza, że umowny „próg starości” osiągnęło prawie 8 mln obywateli [3]. Starość jako faza życia może stanowić ponad 40% czasu na osi życia człowieka, różnicując się w czasie zarówno w wymiarze jednostkowym, jak i społecznym. Dla rzetelnego rozpoznania specyfiki życia i potrzeb ludzi w wieku senioralnym Światowa Organizacja Zdrowia (*World Health Organization*) wyróżniła 3 fazy starości:

- wczesną starość – od 60 do 74 roku życia (*young – old*) – charakteryzującą się dużą sprawnością i samodzielnością życiową,
- późną starość – od 75 do 89 roku życia (*old – old*) – z pojawiającą się postępującą redukcją mobilności i niezależności,
- długowieczność – powyżej 90 roku życia (*long – life*) – cechującą się znacznym upośledzeniem funkcjonalnym, wymagającym wsparcia osób trzecich [4].

Jak wynika z powyższej klasyfikacji, każdy etap życia w starości wymaga oddzielnego poznania i traktowania seniorów. Dwudziestoprocentowa populacja seniorów w społeczeństwie polskim zmusza do podjęcia długofalowych działań w ramach tzw. polityki senioralnej, we wszystkich fazach starości, zmierzających do wzmacniania procesów pozytywnego starzenia się, rozumianych jako utrzymanie sprawności fizycznej i psychicznej, a co za tym idzie i niezależności życiowej, m.in. dzięki bezpieczeństwu finansowemu. Ważnym wyznacznikiem pozytywnego starzenia jest utrzymywanie więzi społecznych poprzez różne formy aktywności [5].

### **Formy aktywności społecznej osób starszych**

Człowiek jako jednostka społeczna podejmuje różne formy aktywności przez całe swoje życie, począwszy od pierwszych form życia społecznego w rodzinie, przez aktywność w społeczności szkolnej, aż po życie dorosłe, gdzie podejmowane są liczne działania związane

z pracą zawodową, czy działalnością na rzecz rodziny. W większym lub mniejszym wymiarze jednostki podejmują aktywność społeczną działając na rzecz środowisk lokalnych (samorząd szkolny, prace na rzecz środowiska lokalnego) oraz globalnych (organizacje o zasięgu krajowym i międzynarodowym). Wszystkie wymienione formy aktywności wpływają na zaspokojenie biopsychospołecznych potrzeb człowieka. Poprzez pełnienie różnych ról możliwe jest funkcjonowanie w grupach społecznych i osiągnięcie satysfakcji życiowej, natomiast brak aktywności może być powodem utraty akceptacji ze strony otoczenia, alienacji i w konsekwencji prowadzić do samotności, a nawet, jak twierdzi Bień, może być przyczyną przedwczesnej umieralności [6]. Seredocha uważa, że „każdy rodzaj aktywności wyzwala kolejne jej rodzaje. Wpływa na samoocenę, czyni z osoby starszej jednostkę „jakościowo lepszą”, a do jej życia wprowadza urozmaicenie i różnorodną atrakcyjność, zapobiega samotności, koncentracji tylko na sobie i niedogodnościach codzienności”[7]. Wśród czynników wpływających na poziom aktywności wymienia się:

- środowisko rodzinne – postawy członków rodziny, więzi emocjonalne, pochodzenie,
- miejsce zamieszkania (miasto, wieś) – daje różny wachlarz możliwości realizowania się w aktywności edukacyjnej, kulturalnej czy społecznej,
- stan zdrowia – osoby zdrowe częściej podejmują różne formy aktywności,
- warunki materialne – wpływają na gospodarowanie finansami, dostępność do instytucji kulturalnych, aktywne i atrakcyjne spędzanie wolnego czasu,
- wykształcenie – im wyższe wykształcenie, tym większa potrzeba podejmowania różnych form aktywności [5].

Aktywność człowieka można podzielić na formalną, nieformalną i samotniczą. Za formalną uważa się działania w różnych stowarzyszeniach społecznych, w polityce oraz prace na rzecz środowiska lokalnego, w tym wolontariat. Działalność nieformalna rozumiana jest jako aktywność w rodzinie i grupie przyjaciół, działania pomocowe na rzecz sąsiadów lub znajomych. Oglądanie telewizji, czytanie książek czy rozwijanie własnych zainteresowań to rodzaje aktywności samotniczej [8]. Aktywność formalna i nieformalna przynosi wymierne korzyści zarówno jednostkowe, jak i społeczne. Wszelka działalność społeczna na rzecz środowiska lokalnego pozwala wykorzystać doświadczenie własne seniorów w tworzeniu przyjaznego otoczenia, wpływa na integrację międzypokoleniową i tworzenie pozytywnego wizerunku osób starszych w przestrzeni społecznej. Aktywność w rodzinie, grupie przyjaciół, sąsiadów, najczęściej ma charakter działalności pomocowej. Seniorzy bardzo często pełnią funkcje opiekuńcze względem najmłodszych członków rodziny, co powoduje bardzo bliskie

relacje z wnukami. Z badań przeprowadzonych przez Centrum Badań Opinii Społecznej w 2012 roku wynika, iż młodsze pokolenia w zdecydowanej większości doceniają rolę opiekuńczą i wychowawczą dziadków (65%) oraz okazywanie przez nich miłości (64%). Młodzi ludzie zawdzięczają swoim dziadkom znajomość dziejów rodziny (57%) oraz wpojenie im zasad moralnych (57%) i wiary religijnej (54%). Dzięki dziadkom wykształcili w sobie takie cechy, jak obowiązkowość, pracowitość, samodyscyplina, czy silna wola (48%). Ponad 40% respondentów zawdzięczało dziadkom zdobycie umiejętności praktycznych, takich jak prowadzenie domu, majsterkowanie czy uprawianie rzemiosła. Dla 43% ważne było poznanie wydarzeń historycznych i nauczenie się miłości do ojczyzny (38%), a co czwarty uczestnik badania twierdził, że dziadkowie rozbudzili w nim różne zainteresowania [9]. Rolę najstarszych członków rodziny doceniał również Jan Paweł II twierdząc, iż „mogą służyć swoją dyskretną i serdeczną życzliwością, mądrością, wyrozumiałością, cierpliwością, dobrą radą, a zwłaszcza wiarą i modlitwą” [10]. Zaangażowanie się seniorów w życie rodzinne, choć niewynagradzane, wpływa na dobrostan i poprawę zasobów materialnych rodziny przez umożliwienie wykonywania pracy zarobkowej przez córki lub synowe, dzięki czemu zmniejsza się ryzyko wykluczenia zawodowego młodych matek. Taki rodzaj wsparcia rodziny przez seniorów określany jest mianem prywatnego przepływu międzypokoleniowego bez wynagradzania finansowego [11]. Popularną formą funkcjonowania społecznego seniorów jest uczestnictwo w klubach seniora, gdzie osoby starsze spędzają ciekawie i aktywnie czas w grupach rówieśniczych, często organizowanych przez kluby środowiskowe, przy zakładach pracy lub w osiedlach i domach kultury. Kluby seniora rozwijają aktywności społeczne, umożliwiając nawiązywanie nowych kontaktów i podtrzymywanie wcześniejszych znajomości, dają szansę na rozwijanie zainteresowań seniorów w szeroko pojętej działalności kulturalnej oraz wpływają na rozwój kondycji fizycznej w sekcjach gimnastyki usprawniającej czy turystyki pieszej. Ważną formą aktywności połączoną z kształceniem ustawicznym jest uczestniczenie starszych osób w zajęciach proponowanych przez uniwersytety trzeciego wieku (UTW). Działalność tych jednostek nastawiona jest na aktywizację intelektualną, psychiczną i fizyczną studentów trzeciego, a nawet czwartego wieku oraz prowadzenie obserwacji i badań naukowych nad zbiorowością ludzi starych. Ważnym zadaniem jest również opracowanie metod edukacji i wdrażanie profilaktyki gerontologicznej [12]. Zapotrzebowanie na tego typu usługi edukacyjne jest coraz większe – od 1975 roku, kiedy powołano w Polsce pierwszy uniwersytet trzeciego wieku, do dnia dzisiejszego powstało ponad 200 uniwersytetów, które w dalszym ciągu nie zaspokajają wszystkich potrzeb edukacyjnych seniorów [13,14].

## Czynniki wpływające na poziom wykształcenia seniorów

Wykształcenie jest najważniejszym determinantem wpływającym na wszelkie formy aktywności człowieka, również w wieku starszym [15], dlatego tak ważne jest włączenie osób starszych do systemu edukacji, obejmującej kształcenie przez całe życie jako działania zmniejszającego ryzyko wykluczenia społecznego, technologicznego oraz kulturowego. Oceniając poziom wykształcenia polskich seniorów, można zauważyć pewne prawidłowości związane z dziejami Polski współczesnej. W czasach odbudowy kraju ze zniszczeń II wojny światowej większość obywateli kończyła swoją edukację na poziomie szkoły podstawowej lub zasadniczej zawodowej, zatem najstarsi seniorzy drugiej dekady XXI wieku legitymowali się w większości niskim poziomem wykształcenia [16]. Szczegółowe informacje dotyczące wykształcenia polskich seniorów zawarto w diagnozie społecznej z 2013 roku (Tab. 1).

**Tabela 1.** Procentowy wskaźnik wykształcenia seniorów w przedziałach wiekowych według danych z roku 2013 (źródło: opracowanie własne na podstawie [15]).

Poziom wykształcenia	Wiek w latach				
	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 - 80	80+
Podstawowe i niższe	22,2	27,1	45,0	43,5	57,4
Zasadnicze zawodowe	33,2	28,2	16,1	15,9	9,8
Średnie	30,9	28,3	26,0	25,4	21,7
Wyższe i policealne	13,7	16,4	12,8	15,3	11,1

Lata 90-te XX wieku, określane są mianem „boomu edukacyjnego”. W wyniku zmian systemowych pojawiły się możliwości podnoszenia kwalifikacji zawodowych i poziomu wykształcenia w tzw. średnich szkołach zawodowych i na studiach zaocznych dla dorosłych. Skutkiem tej aktywności edukacyjnej jest fakt, że w najbliższych latach w wiek emerytalny, a zatem i w fazę starości będzie wkraczać coraz większa grupa seniorów z wyższym wykształceniem [15]. Ta pozytywna tendencja będzie utrzymywała się przez najbliższe lata i będzie miała wpływ na podnoszenie ogólnej satysfakcji z życia. Pogłębiona analiza wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności z 2011 roku zwraca uwagę, iż ten trend dotyczy zarówno mieszkańców miast, jak i wsi (21% vs. 10%). Jak zauważają autorzy raportu, godnym zwrócenia uwagi jest fakt prawie 100% wzrostu udziału osób z wykształceniem wyższym, zamieszkujących tereny wiejskie w porównaniu z 2002 rokiem. Ta pozytywna tendencja zauważalna jest również we wzroście poziomu wykształcenia kobiet w stosunku do mężczyzn,



niezależnie od miejsca zamieszkania. Kobiety z wyższym wykształceniem stanowiły 23,2% mieszkańców miast i 12,1% mieszkańców wsi wobec 19,4% mężczyzn w miastach i 7,7% mężczyzn zamieszkujących na wsi [18]. Szczegółowe zestawienie wskaźnika wykształcenia w grupie seniorów w latach 2002 i 2011 przedstawiono w tab. 2.

**Tabela 2.** Procentowy wskaźnik wykształcenie według płci i wieku w Polsce w 2002 i 2011 r. (źródło: opracowanie własne na podstawie [17]).

	Płeć	Przedział wiekowy	Wykształcenie					
			Wyższe	Policealne, Średnie zawodowe	Ogólnokształcące	Zawodowe	Podstawowe	Niepełne podstawowe, bez wykształcenia
2002	M	60 - 64	11,4	18,7	3,7	24,1	38,4	1,9
		65+	9,9	15,6	4,5	15,2	44,6	8,7
	K	60 - 64	8,8	18,4	10,1	9,6	48,9	2,5
		65+	4,0	17,2	7,5	5,7	55,2	14,9
2011	M	60 - 64	13,1	22,3	5,3	35,6	20,7	0,5
		65+	13,2	17,2	5,8	21,7	37,3	3,1
	K	60 - 64	12,0	24,0	14,5	20,8	26,1	0,6
		65+	7,2	13,4	11,3	8,5	51,1	6,3

Mimo wyraźnego odnotowania wzrostu poziomu wykształcenia Polaków, w porównaniu z mieszkańcami 27 krajów Unii Europejskiej (UE) udział starszych mieszkańców Polski, korzystających z różnych form kształcenia ustawicznego wynosi 0,9% w porównaniu z 4,2% średniej 27 państw UE i ponad 24,4% aktywności edukacyjnej seniorów mieszkających w Danii [19]. Celem zmniejszenia różnic edukacyjnych między Polską i pozostałymi krajami Unii Europejskiej, został opracowany Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych (ASOS) na lata 2014 – 2020, w ramach którego przewiduje się zwiększenie różnorodności i poprawienie jakości oferty edukacyjnej dla seniorów [20]. Uczenie się osób starszych sprzyja ciągłemu rozwojowi człowieka na wielu płaszczyznach, dając możliwość długiego utrzymania odpowiedzialności za swoje życie, ciągłego kształtowania go, a w konsekwencji przyczynia się do podnoszenia jakości życia zarówno jednostki,

jak i społeczności seniorów. Kształcenie seniorów ma na celu zapewnienie samowystarczalności i zaradności poprzez szeroką ofertę edukacyjną, obejmującą m.in. podstawy ekonomii, w tym tzw. „srebrnej gospodarki”, korzystanie w życiu codziennym z nowoczesnych technologii (bankowość internetowa, urzędowe platformy internetowe, itp.), kształtowanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych, np. korzystanie z różnych form pomocy. Pożądaną ofertą edukacyjną jest przygotowanie seniorów do aktywnego działania i wpływania na kształt swojego życia (rozwój poznawczy, realizacja zainteresowań i pasji) oraz społecznego (partycypacja obywatelska) [21,22]. Kształcenie w późnej dorosłości rozwija liczne funkcje: kompensacyjną, rozwoju poznawczego i twórczego, adaptacyjną i profilaktyki gerontologicznej, ekonomiczną i opiekuńczą oraz społeczno – kulturową i integracyjno – rekreacyjną. Jak twierdzi Szatur–Jaworska „edukacja w starości musi nawiązywać do planu życiowego człowieka starego, inaczej mówiąc do jego orientacji życiowej. Wtedy edukacja może być: sposobem socjalizacji wtórnej, drogą do rozumienia i wolności, dążeniem do tożsamości i indywidualności, dążeniem do godności i wybitności, sposobem *bycia czymś więcej*” [23].

## **Podsumowanie**

Wykorzystując wieloletnie doświadczenia państw Unii Europejskiej w zakresie rozwiązywania kryzysów demograficznych i ekonomicznych w oparciu o innowacyjną gospodarkę, można stwierdzić, iż jednym z ważniejszych filarów w ich przewyciężaniu jest dobrze zaplanowana polityka senioralna [24]. Głównym celem polityki senioralnej jest dążenie do wzmacniania wszelkich działań zwiększających potencjał starszych osób w działaniach zmierzających do uzyskania jak najlepszej jakości życia, wynikających z pozytywnego starzenia się. Rozumiejąc pomyślne starzenie się jako osiągnięcie wieku starczego z wysoką sprawnością umysłową, fizyczną oraz szeroko pojętą aktywnością społeczną, a z małym ryzykiem chorób i niedołążności [8], należy dążyć do promowania aktywności edukacyjnej i społecznej. Wszelkie działania lokalne, jak i programy ogólnopolskie, takie jak program ASOS, zmierzające przez działania edukacyjne do zwiększenia partycypacji społecznej seniorów mogą przyczynić się do zatrzymania „apokaliptycznej demografii” i rozwoju „srebrnej gospodarki” [11,22].

## **Piśmiennictwo**

1. Kowalewski J.T. (red.): Ludzie starzy w polskim społeczeństwie w pierwszych dekadach XXI wieku. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2006.

2. Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red.): *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012.
3. *Rocznik demograficzny*. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2014.
4. Trafiałek E., Kozieł D., Kaczmarczyk M.: *Starość jednostkowa i demograficzna w zadaniach gerontologii i polityki społecznej*. Stud Med. 2009; 15: 61-67.
5. Szatur –Jaworska B., Błędowski P., Dzięgielewska M.: *Podstawy gerontologii społecznej*. Wydawnictwo ASPRA, Warszawa 2012.
6. Bień B.: *Proces starzenia się człowieka*. [w:] *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*. Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.). Via Medica, Gdańsk 2006: 42-46.
7. Seredocha I.: *Znaczenie aktywności społecznej i edukacyjnej osób starszych w perspektywie słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku i osób niepełnosprawnych w Elblągu*. Zarządzanie Publiczne 2010; 3(11): 155-170.
8. Kaczmarczyk M., Trafiałek E.: *Aktywność osób w starszym wieku jako szansa na pomyślne starzenie*. Gerontol Pol. 2007; 15(4): 116-118.
9. CBOS: *Rola dziadków w naszym życiu*. BS/8/2012. Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2012.
10. Jan Paweł II: *Orędzie do Światowego Zebrania poświęconego sprawie starzenia się ludności*. [w:] *Nauczanie Papieskie*. Tom V. Wydawnictwo Pallottinum, Poznań-Warszawa 2002: 224-225.
11. Szukalski P (red.): *To idzie starość – polityka społeczna a przygotowanie do starzenia się ludności Polski*. Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2008.
12. Hrapkiewicz H.: *Uniwersytety trzeciego wieku jako jedna z form kształcenia osób starszych*. Chowanna 2009; 2(33): 115-126.
13. Czerniawska O.: *Uniwersytety Trzeciego Wieku, 30 lat działania. Przemiany, dylematy i oczekiwania w epoce ponowoczesnej*. Chowanna 2009; 2(33): 97-113.
14. *Uniwersytety Trzeciego Wieku w Polsce* [online]. Dostępne: [www.e-mentor.edu.pl/repozytorium-utw/](http://www.e-mentor.edu.pl/repozytorium-utw/). Data pobrania: 18.10.2016.
15. Czapiński J., Błędowski P.: *Aktywność społeczna osób starszych w kontekście percepcji Polaków*. *Diagnoza społeczna 2013*. Drukarnia Braci Grodzkich sp. j., Warszawa 2014.
16. Kaczmarczyk M., Kamusińska E., Kozieł D., Trafiałek E.: *Zapotrzebowanie na opiekę wśród osób starszych zamieszkujących w środowisku domowym*. [w:] Lacko A., Moraucikova E., Megarciakova M. (red). *Ruzomerske zdravotnickie dni 2011- VI rocnik*. *Zbiornik z medinarodnej konferencie*. VEVRUM – vyd. KU, Ruzomberok 2011: 191-197.

17. Błędowski P., Szatur – Jaworska B., Szweda – Lewandowska Z., Kubicki P.: Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce. Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2012.
18. Nowak L.(red.): Raport z wyników Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011. Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2012.
19. Borg P.P., Buchow H., Cayotte E. (red.): Aktywność osób starszych i solidarność międzypokoleniowa. Statystyczny portret Unii Europejskiej 2012. Edycja 2012. Eurostat Statistical Books, Bruksela 2012.
20. Uchwała Nr 237 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie ustanowienia Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014–2020.
21. Fabiś A.: Uczący się seniorzy. Uwarunkowania uczenia się osób starszych w Polsce. [w:] Starość w Polsce. Aspekty społeczne i edukacyjne. Fabiś A., Muszyński M., Tomczyk Ł., Zrałek M. (red.). Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Rotmistrza Witolda Pileckiego w Oświęcimiu, Oświęcim 2014: 51-80.
22. Worach-Kardas H.: Starość w cyklu życia. Społeczne i zdrowotne oblicza późnej dorosłości. Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”, Katowice 2015.
23. Rzecznik Praw Obywatelskich: Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i Rekomendacje. Rzecznik Praw Obywatelskich, Warszawa 2012.
24. Trafiałek E. (red.): Innowacje w polityce społecznej XXI wieku. Przedsiębiorczość, zmiana, rozwój, polityka socjalna. Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”, Katowice 2014.





## **Uniwersytet Zdrowego Seniora jako modelowy przykład edukacji prozdrowotnej osób starszych w Białymstoku**

*Mateusz Cybulski, Elżbieta Krajewska-Kułak*

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

### **Wprowadzenie**

Starzenie się społeczeństwa jest istotnym oraz nieuniknionym problemem społecznym i zdrowotnym w populacjach wieku krajów świata, w tym również Polski. Pomimo wielu specyficznych cech związanych ze starzeniem się w aspekcie zdrowotnym (wielochorobowość, wielolekowość, polipragmazja, atypowość objawów chorobowych) istotny wpływ pod względem zachowań prozdrowotnych i profilaktyki zdrowotnej tej grupy osób odgrywa edukacja.

Zdaniem Koziół i wsp. [1] jedną z najbardziej charakterystycznych zmian, jakie dokonały się w świadomości ludzi w ostatnich latach, jest uznanie wiodącej roli zachowań zdrowotnych w utrzymaniu i umacnianiu zdrowia. Wyniki przeprowadzonych przez nich badań udowodniły, iż ludzie starsi, którzy byli aktywni intelektualnie jako słuchacze Uniwersytetu Trzeciego Wieku, prezentowali wyższy wskaźnik zachowań pozytywnie oddziałujących na stan zdrowia, niż ich rówieśnicy niebędący uczestnikami tej formy aktywizacji seniorów [1]. Powyższy wniosek potwierdziły również wyniki badań innych autorów [2-6].

W związku z istotnym zapotrzebowaniem osób w podeszłym wieku na rozwój osobisty i edukację ustawiczną, celowym działaniem wydaje się być rozpowszechnianie inicjatywy Uniwersytetów Trzeciego Wieku, w tym w szczególności promujących informacje w zakresie promocji zdrowia oraz edukacji zdrowotnej, poprzez rozwój istniejących, a także tworzenie nowych instytucji tego typu. Odpowiedzią na tego typu potrzeby seniorów w Białymstoku jest Uniwersytet Zdrowego Seniora.

### **Historia i rozwój Uniwersytetu Zdrowego Seniora**

Uniwersytet Zdrowego Seniora (UZS) został powołany w październiku 2013 roku z inicjatywy prof. dr hab. n. med. Elżbiety Krajewskiej-Kułak, Prodziekan ds. Studenckich Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku oraz Przewodniczącej Wydziałowej Komisji ds. Promocji i Wolontariatu. Koordynatorem projektu został dr n. o zdr. Mateusz Cybulski, ówczesny doktorant prof. Krajewskiej-Kułak, naukowo zajmujący się



badaniem interdyscyplinarnych aspektów starzenia się społeczeństwa i związanych z tym problemów biopsychospołecznych.

Do pierwszej edycji UZS zrekrutowano 40. osób – 10. mieszkańców współpracującego z Wydziałem Nauk o Zdrowiu Domu Pomocy Społecznej przy ul. Świerkowej 9 w Białymstoku oraz 30. mieszkańców miasta. Najstarszy uczestnik miał 91 lat. Uroczysta inauguracja odbyła się 23 października 2013 roku w Centrum Dydaktyczno-Naukowym Wydziału Nauk o Zdrowiu UMB przy ul. Szpitalnej 37 podczas Konferencji „Opieka nad osobami starszymi i przewlekle chorymi w Białymstoku – jaka jest?” (Fot. 1). Zakończenie roku akademickiego odbyło się na początku czerwca. Aktualnie terminy te są podtrzymywane.



**Fotografia 1.** Inauguracja I edycji Uniwersytetu Zdrowego Seniora (*źródło: oficjalny profil Wydziału Nauk o Zdrowiu UMB na Facebook'u*).

Cechą charakterystyczną UZS jest traktowanie studenta-seniora, jak studenta studiów I lub II stopnia.

Każdy student UZS składa uroczyste ślubowanie, powtarzając jego treść za Prodziekan ds. Studenckich. Treść przyrzeczenia jest następująca:



*„Ja, studentka/student Uniwersytetu Zdrowego Seniora uroczystie ślubuję:  
być dobrym i dzielnym studentem Uniwersytetu Zdrowego Seniora,  
pilnie uczęszczać na zajęcia i czynnie w nich uczestniczyć,  
życzliwie i grzecznie odnosić się do innych studentów,  
dbać o dobre imię studentów i Wydziału Nauk o Zdrowiu  
Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku,  
śledzić nowe zdobycze medycyny i podnosić systematycznie swoją wiedzę  
w celu wykorzystania jej do umacniania swojego zdrowia”.*

Ponadto każdy słuchacz otrzymuje także specjalny indeks seniora, w którym jest zobowiązany zebrać wszystkie wpisy zaliczeniowe i który otrzymuje osobiście od Dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu podczas uroczystej inauguracji (Fot. 2).

Na zakończeniu roku akademickiego, w czerwcu, absolwent staje się posiadaczem dyplomu ukończenia Uniwersytetu Zdrowego Seniora, a od roku akademickiego 2014/2015 otrzymuje także bilet absolwenta z logo Uczelni oraz nazwą Uniwersytetu Zdrowego Seniora (Fot. 3).



**Fotografia 2.** Indeks Uniwersytetu Zdrowego Seniora (źródło: *Wschodzący Białystok*).

W kolejnych edycjach UZS zwiększono limit miejsc do 50. i zdecydowano się prowadzić nabór tylko wśród mieszkańców miasta, stosując zasadę „kto pierwszy się zgłosi, ten zostanie przyjęty”.



**Fotografia 3.** Zakończenie II edycji Uniwersytetu Zdrowego Seniora  
(źródło: [www.umb.edu.pl/uzs](http://www.umb.edu.pl/uzs)).

Co roku limit miejsc wyczerpuje się tego samego dnia, kiedy odbywa się rekrutacja. Dodatkowo tworzona jest tzw. lista rezerwowa na wypadek, gdyby któryś z uczestników z przyczyn niezależnych zrezygnował z uczestnictwa w zajęciach. W 2016 roku pobito rekord, dotyczący czasu zapisów – limit 50. miejsc wyczerpał się w przeciągu 54 minut od rozpoczęcia zapisów. Do takiej popularności projektu, realizowanego przez Wydział Nauk o Zdrowiu, przyczynia się rozpowszechnianie informacji o rekrutacji przez lokalne media (radio, gazety, portale internetowe), a aktualnie coraz częściej także tzw. „poczta pantoflowa”, czyli reklama UZS przez dotychczasowych absolwentów przy wykorzystaniu marketingu szeptanego.

Opiekę medialną (patronat medialny) nad UZS sprawują Kurier Poranny, TVP3 Białystok oraz Polskie Radio Białystok.

Dotychczas absolwentami Uniwersytetu Zdrowego Seniora zostało 140 osób.

Aby zostać studentem Uniwersytetu Zdrowego Seniora należy spełnić 2 warunki, tj.: być w wieku 60 lat i więcej oraz mieszkać w Białymstoku lub w okolicznej miejscowości.

Dotychczasowi absolwenci trzech zakończonych edycji UZS zwracali szczególną uwagę na wysoki poziom merytoryczny realizowanych w ramach projektu zajęć. O tym fakcie świadczy także to, że w 2015 roku Uniwersytet Zdrowego Seniora został włączony do Ogólnopolskiej Sieci Uniwersytetów Trzeciego Wieku „Aktywny Senior”, prowadzonej przez Wyższą Szkołę Humanitas w Sosnowcu (Fot. 4).



**Fotografia 4.** Logotyp Sieci UTW „Aktywny Senior” (źródło: [www.humanitas.edu.pl](http://www.humanitas.edu.pl)).

Sieć ta tworzona jest z inicjatywy środowisk naukowych i stanowi forum współpracy oraz ogólnopolskiej promocji tych uniwersytetów trzeciego wieku, które - oprócz oferty dydaktycznej i naukowej - zapewniają swoim słuchaczom możliwość udziału w zajęciach, projektach i wydarzeniach ukierunkowanych na rozwijanie aktywności społecznej oraz działają na rzecz integracji międzypokoleniowej i wyrównywania szans osób starszych.

Sieć UTW „Aktywny Senior” zrzesza najlepsze polskie uniwersytety trzeciego wieku, podejmujące realne i efektywne działania na rzecz włączania społecznego seniorów i pobudzania ich aktywności w różnych wymiarach życia obywatelskiego. Przyjęcie w poczet członków Ogólnopolskiej Sieci Uniwersytetów Trzeciego Wieku „Aktywny Senior” to dla UZS wyróżnienie i źródło prestiżu, ale także odpowiedzialność za jakość prowadzonych zajęć oraz wartość oferty zorientowanej na aktywizację seniorów i integrację międzypokoleniową.

Aktualnie do Sieci UTW należy, prócz UZS, 17. innych Uniwersytetów Trzeciego Wieku. Patronat honorowy nad siecią objął Rzecznik Praw Obywatelskich. 28 maja 2015 roku podczas Senioraliów 2015 odbyło się uroczyste wręczenie certyfikatów przynależności do Sieci UTW „Aktywny Senior”, podczas którego UZS reprezentował koordynator, dr Mateusz Cybulski (Fot. 5).

Od roku akademickiego 2016/2017 partnerem i współorganizatorem Uniwersytetu Zdrowego Seniora został Urząd Miejski w Białymstoku, który dofinansował realizację projektu (Fot. 6). Od tego samego roku UZS ma nową, przejrzystą stronę internetową, która znajduje się pod adresem [www.umb.edu.pl/uzs](http://www.umb.edu.pl/uzs).



**Fotografia 5.** Wręczenie certyfikatów włączenia do Sieci UTW „Aktywny Senior” (źródło: [www.humanitas.edu.pl](http://www.humanitas.edu.pl)).



**Fotografia 6.** Inauguracja IV edycji UZS – przemówienie Zastępcy Prezydenta Miasta Białegostoku, Rafała Rudnickiego (źródło: *Wschodzący Białystok*).

## **Cele Uniwersytetu Zdrowego Seniora**

Do zasadniczych celów Uniwersytetu Zdrowego Seniora należą:

1. propagowanie zdrowego stylu życia i postaw prozdrowotnych;
2. poszerzanie wiedzy w dziedzinie:
  - opieki medycznej poprawiającej jakość życia ludzi w podeszłym wieku,
  - wykorzystania nowoczesnych metod diagnostyki i leczenia,
  - stosowania leków i suplementów diety oraz farmakoekonomii w chorobach u ludzi w podeszłym wieku;
3. przeciwdziałanie samotności i aktywizacja społeczna osób starszych.

## **Metody działania**

Uniwersytet Zdrowego Seniora jest realizowany przy wykorzystaniu następujących metod dydaktycznych:

1. wykładów specjalistów z różnych dziedzin nauk medycznych oraz nauk o zdrowiu, mających na celu poszerzanie wiedzy w zakresie wykorzystywania najnowszych osiągnięć nauki i techniki w rozwiązywaniu kluczowych problemów zdrowotnych u ludzi w podeszłym wieku;
2. zajęć praktycznych - ćwiczeń w pracowniach umiejętności i pracowniach specjalistycznych;
3. zajęć z podstaw informatyki i obsługi Internetu;
4. zajęć aktywizujących ruchowo;
5. akcji promujących zdrowy styl życia, mających na celu poszerzanie wiedzy o możliwościach poprawy jakości życia ludzi w podeszłym wieku;
6. dyskusji;
7. zajęć fakultatywnych;
8. innych form zajęć, służących promowaniu wykorzystania najnowszych osiągnięć nauki i techniki w rozwiązywaniu kluczowych problemów zdrowotnych u ludzi w podeszłym wieku.

Program zajęć UZS bazuje na trzech głównych filarach, tj. wykładach, zajęciach praktycznych (ćwiczeniach) oraz zajęciach fakultatywnych. Tematyka wszystkich wymienionych form jest stała i co roku powtarzana dla nowych słuchaczy UZS.

W ciągu roku akademickiego odbywa się 15. wykładów, prowadzonych przez nauczycieli akademickich Wydziału Nauk o Zdrowiu UMB, trwających dwie godziny dydaktyczne każdy (90 minut). Trzydzieści wykładów to tematy powtarzane z roku na rok, natomiast dwa ostatnie

to wykłady na życzenie studentów-seniorów. Tematyka wykładów wybierana jest na początku roku kalendarzowego. Koordynator UZS prosi słuchaczy, aby na kartkach napisali propozycje tematów, w których chcieliby uczestniczyć. Następnie koordynator analizuje propozycje, zbiera je w całość i przeprowadza głosowanie wśród uczestników. Dwa tematy, które zdobędą najwięcej głosów seniorów są realizowane przez odpowiednio dobranego wykładowcę.

Tematy wykładów realizowanych w ramach Uniwersytetu Zdrowego Seniora zaprezentowano w tab. 1.

**Tabela 1.** Tematy wykładów realizowanych w ramach Uniwersytetu Zdrowego Seniora.

<b>Lp.</b>	<b>Temat wykładu</b>
<b>1</b>	Podstawowe definicje z zakresu zdrowia i choroby oraz główne przyczyny zgonów w Polsce
<b>2</b>	Przychodzi senior do przychodni... czyli prawa pacjenta w pigułce
<b>3</b>	Problemy ze skórą w podeszłym wieku
<b>4</b>	Profilaktyka chorób sercowo- naczyniowych
<b>5</b>	Zagrożenia chorobami neurologicznymi
<b>6</b>	Ruch jako lekarstwo
<b>7</b>	Profilaktyczna radiologia
<b>8</b>	Czy można żyć bez nerek?
<b>9</b>	Depresja w podeszłym wieku - działania poprawiające współpracę
<b>10</b>	Bezpieczeństwo farmakoterapii u osób w wieku podeszłym
<b>11</b>	Badania laboratoryjne w profilaktyce chorób w różnych okresach życia
<b>12</b>	Stosowanie suplementów diety
<b>13</b>	Zaburzenia jakości głosu u osób w podeszłym wieku
<b>14</b>	Wykład na życzenie studentów
<b>15</b>	Wykład na życzenie studentów

W ciągu roku akademickiego odbywa się ponadto 12 dwugodzinnych zajęć praktycznych, w tym podwójne spotkanie z zajęć dotyczących podstaw obsługi komputera i Internetu.

Tematyka realizowanych zajęć jest następująca:

1. Tajemnice muzeum medycznego.

2. Bajkoterapia dla dorosłych, czyli co i jak czytać, aby czuć się dobrze.
3. I Ty możesz zostać ratownikiem.
4. Profilaktyka chorób i promocja zdrowego stylu życia.
5. Jak wejść w rolę wyjątkowej Babci i Dziadka, czyli jak przygotować się do nowej, życiowej roli i mądrze sprostać nowemu zadaniu.
6. Zaburzenia jakości głosu u osób w podeszłym wieku.
7. Ruch receptą na zdrowie! Zdrowy kręgosłup.
8. Zobaczyć niewidzialne – promieniowanie jonizujące w medycynie.
9. Europejski Kodeks Walki z Rakiem – podstawa profilaktyki chorób nowotworowych.
10. Podstawy posługiwania się komputerem i Internetem cz. I.
11. Zdrowa dieta.
12. Podstawy posługiwania się komputerem i Internetem cz. II.

Założeniem zajęć praktycznych było, aby prócz przekazania jak największej ilości informacji z zakresu zdrowia osób w podeszłym wieku uczestnikom ćwiczeń, promować kierunki studiów oferowane na Wydziale Nauk o Zdrowiu. W tym celu 8 modułów prowadzonych jest przez przedstawicieli kierunków studiów Wydziału (nauczycieli akademickich, a niekiedy również studentów) – Dietetyki, Elektroradiologii, Fizjoterapii, Logopedii z Fonoaudiologią, Pielęgniarstwa, Położnictwa, Ratownictwa Medycznego oraz Zdrowia Publicznego. W ramach tych zajęć słuchacze UZS uczą się m.in. udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, prawidłowych zasad pomiaru glikemii i ciśnienia tętniczego, ćwiczeń foniatrycznych, czy głównych zaleceń profilaktyki przeciwnowotworowej. W tym celu studenci dzieleni są na dwie grupy ćwiczeniowe, po 25. osób każda. Przyjęty został podział alfabetyczny, ale jeśli ktoś z uczestników chce zmienić grupę, ma taką możliwość pod warunkiem, że znajdzie osobę, która zgodzi się przenieść do jego aktualnej grupy. Szczegółową tematykę poszczególnych zajęć ćwiczeniowych przedstawiono w tab. 2-12.

**Tabela 2.** Charakterystyka modułu I – Tajemnice muzeum medycznego.

<p><b>Metody:</b> wykład, dyskusja, pokaz</p>
<p><b>Cel:</b> Muzeum Historii Medycyny i Farmacji UMB w ramach Uniwersytetu Zdrowego Seniora przygotowało specjalną ofertę edukacyjną.</p>



Seniorzy będą mieli możliwość poznania tajemniczego świata dawnej apteki wyposażonej w zabytkowe meble, naczynia i narzędzia do wytwarzania surowców oraz leków. Uczestnicy odwiedzą w pełni wyposażony międzywojenny gabinet stomatologiczny.

Realizowane zajęcia dla seniorów dotyczyć będą różnych dziedzin medycyny i farmacji (historii stomatologii, okulistyki, chirurgii, ginekologii, radiologii, itp.).

W ramach zajęć przedstawiana jest także historia Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku oraz jego głównej siedziby – Pałacu Branickich.

Ponadto zajęcia w Muzeum będą także sprzyjać kształtowaniu postaw prozdrowotnych oraz elementów edukacji regionalnej.

**Skrócony przebieg zajęć:**

1. Powitanie zebranych studentów-seniorów przez kustosza Muzeum Historii Medycyny i Farmacji.
2. Pogadanka na temat historii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.
3. Zajęcia odbywają się w sali wystaw czasowych, gdzie prezentowana jest aktualnie wystawa pt. „Projekt z ryciny czytany”, poświęcona historii głównej siedziby UMB – dawnemu Pałacowi Branickich.
4. Następną część zajęć odbywa się w kolejnej Sali, w której prezentowana jest wystawa pt.: „Białostoccy Herkulesi. Akademicka codzienność pierwszych absolwentów Uniwersytetu Medycznego”.
5. Zwiedzanie dawnej apteki – poznanie dziejów farmacji na dawnym pograniczu Korony Polskiej i Wielkiego Księstwa Litewskiego.
6. Zwiedzanie części medycznej Muzeum Historii Medycyny i Farmacji UMB, składającej się z gabinetów: stomatologicznego, okulistycznego, rentgenowskiego oraz anatomopatologicznego, a także szpitala polowego.
7. Uczestnicy zajęć mają możliwość obejrzenia oryginalnych narzędzi medycznych z XVIII-XX wieku, wyposażenia dawnych gabinetów lekarskich i poznania dziejów poszczególnych dziedzin medycyny.
8. Zakończenie zajęć.



Czynności prowadzącego zajęcia	Czynności uczestnika zajęć
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Powitanie zebranych studentów w Muzeum Historii Medycyny i Farmacji, przedstawienie historii Muzeum oraz jego siedziby, a także zapoznanie z działalnością Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Przyswojenie wiedzy na temat historii UMB na podstawie wystawy: „Białostoccy Herkulesi. Akademicka codzienność pierwszych absolwentów Uniwersytetu Medycznego”.</li> <li>• Zwiedzanie gabinetu anatomopatologicznego, w którym przybliżana jest historia anatomii od czasów starożytnych do XX wieku, ze szczególnym uwzględnieniem wątków artystycznych w medycynie. Obejrzenie zgromadzonych eksponatów anatomicznych z Zakładu Anatomii Prawidłowej Człowieka oraz Zakładu Patomorfologii Lekarskiej UMB, a także realizacji artystycznych Stanisława Wakulińskiego.</li> <li>• Poznanie wątków z dziejów stomatologii w dawnym gabinecie stomatologicznym.</li> <li>• Nawiązanie do długoletniej tradycji medycznej głównej siedziby UMB – dawnego Pałacu Branickich przy okazji zwiedzania szpitala polowego.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wykład</li> <li>• dyskusja</li> </ul>

<p>Obejrzenie dawnych narzędzi chirurgicznych.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dzieje okulistyki zaprezentowane w zorganizowanym gabinecie okulistycznym.</li> <li>• Poznanie dziejów szpitalnictwa białostockiego od epoki nowożytnej do XX wieku.</li> <li>• Zajęcia w aptece z przełomu XIX i XX wieku – poznanie historii farmacji na Podlasiu.</li> <li>• Zakończenie zajęć w Muzeum Historii Medycyny i Farmacji.</li> </ul>	
---	--

**Tabela 3.** Charakterystyka modułu II – Bajkoterapia dla dorosłych, czyli co i jak czytać, aby czuć się dobrze.

<p><b>Metody:</b> pogadanka, dyskusja, pogładowa, ćwiczenia praktyczne, zespół metod aktywizujących</p>	
<p><b>Cel:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uświadomienie roli autoterapii w kształtowaniu zdrowej postawy względem życia.</li> <li>• Zachęcanie do wglądu w samego siebie.</li> <li>• Zapoznanie z bajkoterapią dla dorosłych jako jedną z metod terapeutycznych.</li> <li>• Zaproponowanie gotowych tekstów literackich dostosowanych do wieku i problemów życiowych.</li> </ul>	
<p><b>Czynności prowadzącego zajęcia</b></p>	<p><b>Czynności uczestnika zajęć</b></p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wprowadzenie w znaczenie autoterapii.</li> <li>2. Wyjaśnienie terminu BIBLIOTERAPIA.</li> <li>3. Poznaj siebie – budowa autoportretu duszy (wyznaczniki upodobań i życiowych priorytetów).</li> <li>4. Bajkoterapia dla dorosłych – teksty „na problem”.</li> </ol>	<p>Uczestnik zajęć jest zachęcany do podejmowania dyskusji i aktywnego uczestniczenia w formie warsztatowej dotyczącej zagadnień:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Autoterapii, biblioterapii, bajkoterapii.</li> </ol>

5. Literatura współczesna, czyli co może mieć walor terapeutyczny?	2. Współczesna proza – walory terapeutyczne, mapa życia w tekstach literackich. 3. Książki naszej młodości – wspomnienia i projekty.
--	---

**Tabela 4.** Charakterystyka modułu III – I Ty możesz zostać ratownikiem.

<b>Metody:</b> pogadanka, giełda pomysłów, gry dydaktyczne	
<b>Cel:</b> Nauka udzielania pierwszej pomocy. Nabywanie umiejętności radzenia sobie z lękiem i bezradnością w obliczu stanów zagrożenia życia.	
<b>Skrócony przebieg zajęć:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Czynności wstępne – podanie tematu i celu zajęć.</li> <li>2. Moralny i prawny obowiązek udzielania pierwszej pomocy.</li> <li>3. Zagrożenia przy udzielaniu pierwszej pomocy oraz sposoby ich unikania.</li> <li>4. Ćwiczenia praktyczne. Pomiar ciśnienia tętniczego, glukozy we krwi.</li> <li>5. Osoba nieprzytomna. Pojęcie przytomności, przyczyny zaburzeń oddechu i krążenia.</li> <li>6. Rozpoznawanie nieprzytomności.</li> <li>7. Ćwiczenia praktyczne reagowania w stanach zagrożenia życia.</li> </ol>	
<b>Czynności prowadzącego zajęcia</b>	<b>Czynności uczestnika zajęć</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pogadanka.</li> <li>• Pokaz zabiegów ratujących życie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ćwiczenie umiejętności udzielania pierwszej pomocy przy udziale innych słuchaczy.</li> <li>• Wykonywanie ćwiczeń przy fantomie.</li> </ul>

**Tabela 5.** Charakterystyka modułu IV – Profilaktyka chorób i promocja zdrowego stylu życia.

<b>Metody:</b> wykład, prezentacja multimedialna, dyskusja, pogadanka, ćwiczenia
<b>Cel:</b> Przybliżenie zasad zdrowego stylu życia i profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych.

<b>Czynności prowadzącego zajęcia</b>	<b>Czynności uczestnika zajęć</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prezentacja wykładu z zakresu profilaktyki cukrzycy typu 2.</li> <li>• Wykład i ćwiczenia nt. zasad prawidłowego pomiaru ciśnienia tętniczego krwi.</li> <li>• Wykład nt. zasad określania wskaźników masy ciała.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analizowanie przekazywanych treści.</li> <li>• Dyskusja/rozmowa.</li> <li>• Praca w grupach, ćwiczenia wykonywania pomiarów ciśnienia tętniczego krwi, cukru.</li> <li>• Wylizanie wskaźnika BMI i WHR.</li> </ul>

**Tabela 6.** Charakterystyka modułu V – Jak wejść w rolę wyjątkowej babci i dziadka, czyli jak przygotować się do nowej, życiowej roli i mądrze sprostać nowemu zadaniu.

<b>Metody:</b>	
pogadanka, dyskusja, pogładowa, ćwiczeń praktycznych, zespół metod aktywizujących	
<b>Cel:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zaktualizowanie potrzebnej wiedzy, aby być znów na bieżąco z tym, co „nowe w macierzyństwie”, pielęgnacji i wychowaniu małych dzieci.</li> <li>• Pomoc w wypielęgnowaniu w sobie „unowocześnionego genu Babci/Dziadka”.</li> <li>• Przydzielenie certyfikatu, czyli osiągnięcie Karty Superbabci/Superdziadka.</li> </ul>	
<b>Czynności prowadzącego zajęcia</b>	<b>Czynności uczestnika zajęć</b>
<p>Prowadzący kolejno wprowadza w zagadnienia w sposób warsztatowy.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jak wykorzystać czas oczekiwania na urodzenie wnuka/wnuczki?</li> <li>2. Jak wspomagać córkę/synową w tym, co trudne w okresie ciąży, a zarazem budować dobre?</li> <li>3. Jak być rodzinnym doradcą w przygotowaniach do porodu i położu – czego oczekują przestraszeni rodzice?</li> <li>4. Jak pomóc w budowaniu rodzicielstwa swoich dzieci?</li> <li>5. Jak czuwać nad rozwojem wnuka?</li> </ol>	<p>Uczestnik zajęć jest zachęcany do podejmowania dyskusji i aktywnego uczestniczenia w formie warsztatowej dotyczącej zagadnień:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jak wykorzystać czas oczekiwania na urodzenie wnuka/wnuczki?</li> <li>2. Jak wspomagać córkę/synową w tym, co trudne w okresie ciąży, a zarazem budować dobre relacje?</li> <li>3. Jak być rodzinnym doradcą w przygotowaniach do porodu i położu – czego oczekują przestraszeni rodzice?</li> </ol>

	<p>4. Jak pomóc w budowaniu rodzicielstwa swoich dzieci?</p> <p>5. Jak czuwać nad rozwojem wnuka?</p> <p>Uczestnicy otrzymują pakiety materiałów.</p>
--	---

**Tabela 7.** Charakterystyka modułu VI – Zaburzenia jakości głosu u osób w podeszłym wieku.

<b>Metody:</b> wykład, warsztaty z emisji głosu	
<b>Cel:</b> Poszerzenie wiedzy w zakresie wykorzystania nowoczesnych metod diagnostyki i terapii zaburzeń głosu starczego.	
<b>Czynności prowadzącego zajęcia</b>	<b>Czynności uczestnika zajęć</b>
Warsztaty z emisji głosu.	Czynny udział w warsztatach z emisji głosu.

**Tabela 8.** Charakterystyka modułu VII – Ruch receptą na zdrowie! Zdrowy kręgosłup.

<b>Metody:</b> wykład, dyskusja	
<b>Cel:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uświadomienie seniorom wpływu regularnej aktywności fizycznej na zdrowie fizyczne, psychiczne i społeczne.</li> <li>• Omówienie zależności między poziomem aktywności fizycznej, a stanem zdrowia człowieka.</li> <li>• Motywowanie seniorów do większej aktywności fizycznej i uczestnictwa w różnego rodzaju formach sportu i rekreacji.</li> </ul>	
<b>Skrócony przebieg zajęć:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pozytywne skutki aktywności fizycznej.</li> <li>2. Negatywne skutki braku aktywności fizycznej.</li> <li>3. Rodzaje aktywności fizycznej.</li> <li>4. Dobór aktywności fizycznej w zależności od wieku osoby ćwiczącej.</li> </ol>	
<b>Czynności prowadzącego zajęcia</b>	<b>Czynności uczestnika zajęć</b>
Wykład, dyskusja.	Czynne uczestnictwo w wykładzie, dyskusji.

**Tabela 9.** Charakterystyka modułu VIII – Zobaczyć niewidzialne – promieniowanie jonizujące w medycynie.

<b>Metody:</b> pokaz multimedialny, pokaz środków ochrony indywidualnej, dyskusja	
<b>Cel:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zapoznanie uczestników z problematyką obecności promieniowania jonizującego w otoczeniu człowieka oraz korzyściami zastosowania w medycynie.</li> <li>• Zapoznanie z środkami i zasadami ochrony indywidualnej pacjenta przed promieniowaniem jonizującym.</li> <li>• Przekazanie wiedzy na temat sposobu przygotowania pacjenta do badań obrazowych: zdjęcia RTG, urografii, badania przewodu pokarmowego z użyciem środków kontrastujących, angiografii, TK, MRI, USG.</li> </ul>	
<b>Skrócony przebieg zajęć:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pokaz prezentacji multimedialnej o tematyce dotyczącej promieniowania jonizującego w środowisku człowieka i jego zastosowania w medycynie.</li> <li>2. Prezentacja środków ochrony radiologicznej, tj. fartucha z materiału pochłaniającego promieniowanie jonizujące, osłony na tarczycę, rękawic, osłony gonad oraz omówienie zasad poprawnego stosowania u pacjentów.</li> <li>3. Wyjaśnienie zasad prawidłowego przygotowania pacjenta do badań obrazowych.</li> <li>4. Podsumowanie zajęć - Quiz radiacyjny.</li> </ol>	
<b>Czynności prowadzącego zajęcia</b>	<b>Czynności uczestnika zajęć</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pokaz prezentacji multimedialnej, omawianie treści związanych z obecnością promieniowania jonizującego w środowisku człowieka i zastosowaniem w medycynie.</li> <li>• Dyskusowanie - zadawanie pytań oraz formułowanie odpowiedzi, wniosków, spostrzeżeń.</li> <li>• Prezentowanie środków ochrony radiologicznej pacjenta i omawianie zasad poprawnego ich stosowania przez personel medyczny.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oglądanie prezentacji multimedialnej.</li> <li>• Słuchanie wypowiedzi osoby prowadzącej.</li> <li>• Dyskusowanie - zadawanie pytań oraz formułowanie odpowiedzi, wniosków, spostrzeżeń.</li> <li>• Obserwacja pokazu środków ochrony przed promieniowaniem jonizującym. Założenie (przez osoby chętne) fartucha z materiału pochłaniającego promieniowanie jonizujące, osłony</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Omawianie zasad prawidłowego przygotowania pacjenta do badań obrazowych (m.in.: zdjęcie RTG, TK, MRI, USG, angiografia).</li> <li>• Przeprowadzenie Quizu radiacyjnego – rozdanie formularzy, omówienie celu i sposobu przeprowadzenia Quizu, odczytanie zagadnień i odpowiedzi, wyjaśnianie potencjalnych wątpliwości.</li> </ul>	<p>na tarczyce, itp. w celu poznania prawidłowych zasad użytkowania.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Udzielanie odpowiedzi na formularzu Quizu radiacyjnego.</li> </ul>
---	--

**Tabela 10.** Charakterystyka modułu IX – Europejski Kodeks Walki z Rakiem – podstawa profilaktyki chorób nowotworowych.

<p><b>Metody:</b> prelekcje, pokaz z objaśnieniem, ćwiczenia, dyskusja kierowana</p>	
<p><b>Cel:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wyjaśnienie podstawowych zasad profilaktyki pierwotnej nowotworów złośliwych.</li> <li>2. Wyjaśnienie podstawowych zasad profilaktyki wtórnej nowotworów złośliwych.</li> <li>3. Omówienie związku pomiędzy elementami stylu życia, a zachorowaniem na nowotwory złośliwe.</li> </ol>	
<p><b>Czynności prowadzącego zajęcia</b></p>	<p><b>Czynności uczestnika zajęć</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wykorzystując dane epidemiologiczne prezentujemy sytuację epidemiologiczną nowotworów złośliwych w Polsce na tle krajów UE.</li> <li>• Zostaną przedstawione podstawowe elementy zdrowego stylu życia, wpływające na zmniejszenie zachorowalności na nowotwory złośliwe. Na przykładzie tzw. „palącej maszyny” demonstrujemy</li> </ul>	<p>Aktywny udział w ćwiczeniach i dyskusji.</p>

uczestnikom skutki palenia papierosów.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zostaną przedstawione schematy badań przesiewowych w onkologii, realizowanych w Polsce.</li> <li>• Każdy uczestnik otrzyma Europejski Kodeks Walki z Rakiem.</li> </ul>	

**Tabela 11.** Charakterystyka modułu XI – Zdrowa dieta.

<b>Metody:</b> wykład, dyskusja, praca w grupach, prezentacja multimedialna	
<b>Cel:</b> Zapoznanie uczestników z zasadami zdrowego żywienia i profilaktyką chorób dietozależnych.	
<b>Skrócony przebieg zajęć</b>	
<b>Zajęcia teoretyczne:</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wprowadzenie do tematu racjonalnego żywienia.</li> <li>2. Zapoznanie uczestników z piramidą zdrowego żywienia i z piramidą diety śródziemnomorskiej.</li> <li>3. Omówienie zasad zdrowego żywienia.</li> <li>4. Omówienie podstaw diety śródziemnomorskiej.</li> <li>5. Podsumowanie wiadomości.</li> </ol>	
<b>Zajęcia praktyczne:</b>	
Dyskusja na temat profilaktyki oraz zasad żywienia w chorobach dietozależnych.	
<b>Czynności prowadzącego zajęcia</b>	<b>Czynności uczestnika zajęć</b>
Prelekcja/prezentacja multimedialna.	Czynny udział w dyskusji na temat profilaktyki oraz zasad żywienia w chorobach dietozależnych.

**Tabela 12.** Charakterystyka modułu X i XII – Podstawy posługiwania się komputerem i Internetem.

<b>Metody:</b> praca na stanowisku komputerowym wyposażonym w system Windows
---



**Cel:**

- Zapoznanie z podstawami obsługi komputera i systemu operacyjnego.
- Zaznajomienie z Internetem i wyszukiwarką internetową.

**Skrócony przebieg zajęć:**

1. Przedstawienie fizycznych elementów komputera i ich funkcji.
2. Zapoznanie z klawiaturą i rola klawiszy specjalnych.
3. Uruchamianie i zamykanie programów, praca z okienkami.
4. Pliki i katalogi - struktura danych na nośniku.
5. Podstawowe programy dostarczane z systemem Windows.
6. Przeglądarki internetowe: Internet Explorer, Mozilla Firefox.
7. Poczta elektroniczna.
8. Wyszukiwanie informacji w Internecie - Google.

<b>Czynności prowadzącego zajęcia</b>	<b>Czynności uczestnika zajęć</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prezentacja komponentów komputera (jednostka główna, monitor, klawiatura, mysz), objaśnienie budowy klawiatury.</li> <li>• Instruktaż uruchomienia i wyłączenia komputera.</li> <li>• Omówienie elementów interfejsu systemu.</li> <li>• Omówienie struktury plików na dysku.</li> <li>• Prezentacja sposobu tworzenia i usuwania plików i katalogów.</li> <li>• Prezentacja podstawowych programów systemu Windows.</li> <li>• Omówienie zasad działania poczty elektronicznej.</li> <li>• Prezentacja przykładowego serwera e-mail oraz sposobu założenia konta.</li> <li>• Omówienie roli wyszukiwarki internetowej.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uruchomienie komputera oraz programu do pokazu możliwości klawiatury.</li> <li>• Testowanie sposobu działania klawiatury i klawiszy specjalnych.</li> <li>• Uruchomienie kilku okienek i manipulacja nimi.</li> <li>• Inspekcja zawartości menu Start oraz pulpitu.</li> <li>• Uruchomienie i praca z programami systemu Windows, np. Notatnik, Kalkulator.</li> <li>• Zapisanie plików zawierających rezultaty pracy z programami.</li> <li>• Uruchomienie i inspekcja przeglądarki internetowej.</li> <li>• Otwarcie kilku przykładowych stron WWW.</li> <li>• Założenie konta e-mail i wymiana kilku wiadomości.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prezentacja sposobu wyszukiwania informacji w Internecie.</li> <li>• Prezentacja przykładowych stron WWW o charakterze medycznym.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otwarcie wyszukiwarki internetowej i wyszukanie kilku informacji w Internecie.</li> <li>• Inspekcja zawartości stron WWW o charakterze medycznym.</li> </ul>
---	---

Ostatnim elementem zajęć dydaktycznych są 4. fakultety, trwające 2 godziny zegarowe.

Tematyka realizowanych zajęć fakultatywnych jest następująca:

1. Zdrowie okiem USG/Zdrowe kości okiem promieni X (realizowane są 2 fakultety jednocześnie, student-senior wybiera, w którym chce uczestniczyć).
2. Zajęcia praktyczne z opieki nad osobą niepełnosprawną i obłożnie chorą.
3. Zajęcia praktyczne z pielęgnacji wnuczka/prawnuczka.
4. Zajęcia praktyczne z Nordic Walking.

Szczegółową tematykę poszczególnych zajęć fakultatywnych przedstawiono w tabelach 13-16.

**Tabela 13.** Charakterystyka fakultetu I – Zdrowie okiem USG/Zdrowe kości okiem promieni X.

<b>ZDROWIE OKIEM USG</b>	
<b>Metody:</b> warsztaty ultrasonograficzne	
<b>Cel:</b> Podkreślenie wagi badania ultrasonograficznego pod kątem profilaktyki chorób narządów mięsnych jamy brzusznej (wątroby, trzustki, pęcherzyka żółciowego, układu moczowego, śledziony, gruczołu krokowego) występujących w geriatricii.	
Czynności prowadzącego zajęcia	Czynności uczestnika zajęć
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wykonanie badań USG studentom.</li> <li>• Odpowiadanie na pytania studentów.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Przygotowanie się do badania USG.</li> <li>• Zadawanie pytań.</li> </ul>
<b>ZDROWE KOŚCI OKIEM PROMIENI X</b>	
<b>Metody:</b> warsztaty densytometryczne	
<b>Cel:</b> Podkreślenie wagi densytometrii w geriatricii.	

<b>Czynności prowadzącego zajęcia</b>	<b>Czynności uczestnika zajęć</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wykonanie badań densytometrycznych studentom.</li> <li>• Odpowiadanie na pytania studentów.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Przygotowanie się do badania densytometrycznego.</li> <li>• Zadawanie pytań.</li> </ul>

**\*do wyboru**

**Tabela 14.** Charakterystyka fakultetu II – Zajęcia praktyczne z opieki nad osobą niepełnosprawną i obłożnie chorą.

<b>Metody:</b> prezentacja multimedialna, dyskusja, pogadanka, ćwiczenia, demonstracja	
<b>Cel:</b> Przybliżenie problemów i zasad opieki nad osobą niepełnosprawną i obłożnie chorą.	
<b>Czynności prowadzącego zajęcia</b>	<b>Czynności uczestnika zajęć</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Przedstawienie zasad wykonywania toalety ciała osoby niepełnosprawnej.</li> <li>• Demonstracja zasad prawidłowego przemieszczania pacjentów, zmiany pozycji ułożeniowej, zmiany bielizny osobistej, pościelowej.</li> <li>• Przewidywanie zasad profilaktyki powikłań u osoby niepełnosprawnej i/lub ciężko chorej (stany zapalne jamy ustnej, zachłystowe zapalenie płuc, odparzenia, odleżyny, zakrzepowe zapalenie żył, upadki).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analizowanie przekazywanych treści.</li> <li>• Obserwacja.</li> <li>• Powtarzanie czynności.</li> <li>• Ćwiczenia w grupach.</li> <li>• Praca z manekinem.</li> <li>• Dyskusja, rozmowa.</li> </ul>

**Tabela 15.** Charakterystyka fakultetu III – Zajęcia praktyczne z pielęgnacji wnuczka/prawnuczka.

<b>Metody:</b> ćwiczeniowa, pogadanka, dyskusja, zadaniowa
<b>Cel:</b> Wprowadzenie w zagadnienia związane z pielęgnacją wnuczka/prawnuczka.

Czynności prowadzącego zajęcia	Czynności uczestnika zajęć
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umiejętności dziecka w pierwszych tygodniach życia.</li> <li>• Podstawowe prawidłowości rozwojowe.</li> <li>• Pierwsze sygnały zaburzeń w rozwoju i nieprawidłowości pielęgnacyjnych.</li> <li>• Jak wspomagać proces karmienia piersią u młodej mamy?</li> <li>• Budowanie więzi między matką i dzieckiem – podstawowe zalecenia.</li> <li>• Wiąż babcia – wnuczek/prawnuczek.</li> </ul>	<p>Uczestnicy biorą aktywny udział we wszystkich zakresach:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Umiejętności dziecka w pierwszych tygodniach życia.</li> <li>• Podstawowe prawidłowości rozwojowe.</li> <li>• Pierwsze sygnały zaburzeń w rozwoju i nieprawidłowości pielęgnacyjnych.</li> <li>• Jak wspomagać proces karmienia piersią u młodej mamy?</li> <li>• Budowanie więzi między matką i dzieckiem – podstawowe zalecenia.</li> <li>• Wiąż babcia – wnuczek/prawnuczek.</li> </ul>

**Tabela 16.** Charakterystyka fakultetu IV – Zajęcia praktyczne z Nordic Walking.

<p><b>Metody:</b> zajęcia praktyczne</p>
<p><b>Cel:</b> Marsz z kijami jako sport dla seniora - wprowadzenie teoretyczne oraz praktyczne szkolenie z prawidłowej techniki marszu Nordic Walking wzbogacone o podstawowe informacje fizjoterapeutyczne, dietetyczne oraz wskazówki dotyczące dbania o dobrą sylwetkę.</p>

### Ewaluacja zajęć w ramach UZS

Na podstawie opinii zarówno absolwentów, jak i osób, które chcą zapisać się na nowy kurs można jednoznacznie stwierdzić, że projekt jest wysoko oceniany przez seniorów pod względem zarówno merytorycznym, jak również organizacyjnym.

Co roku organizatorzy oraz osoby prowadzące zajęcia weryfikują i aktualizują przekazywane treści, dostosowując je do odbiorców. Ponadto każdego roku nanoszone są minimalne korekty programowe w celu podniesienia jakości kształcenia zainteresowanych seniorów.

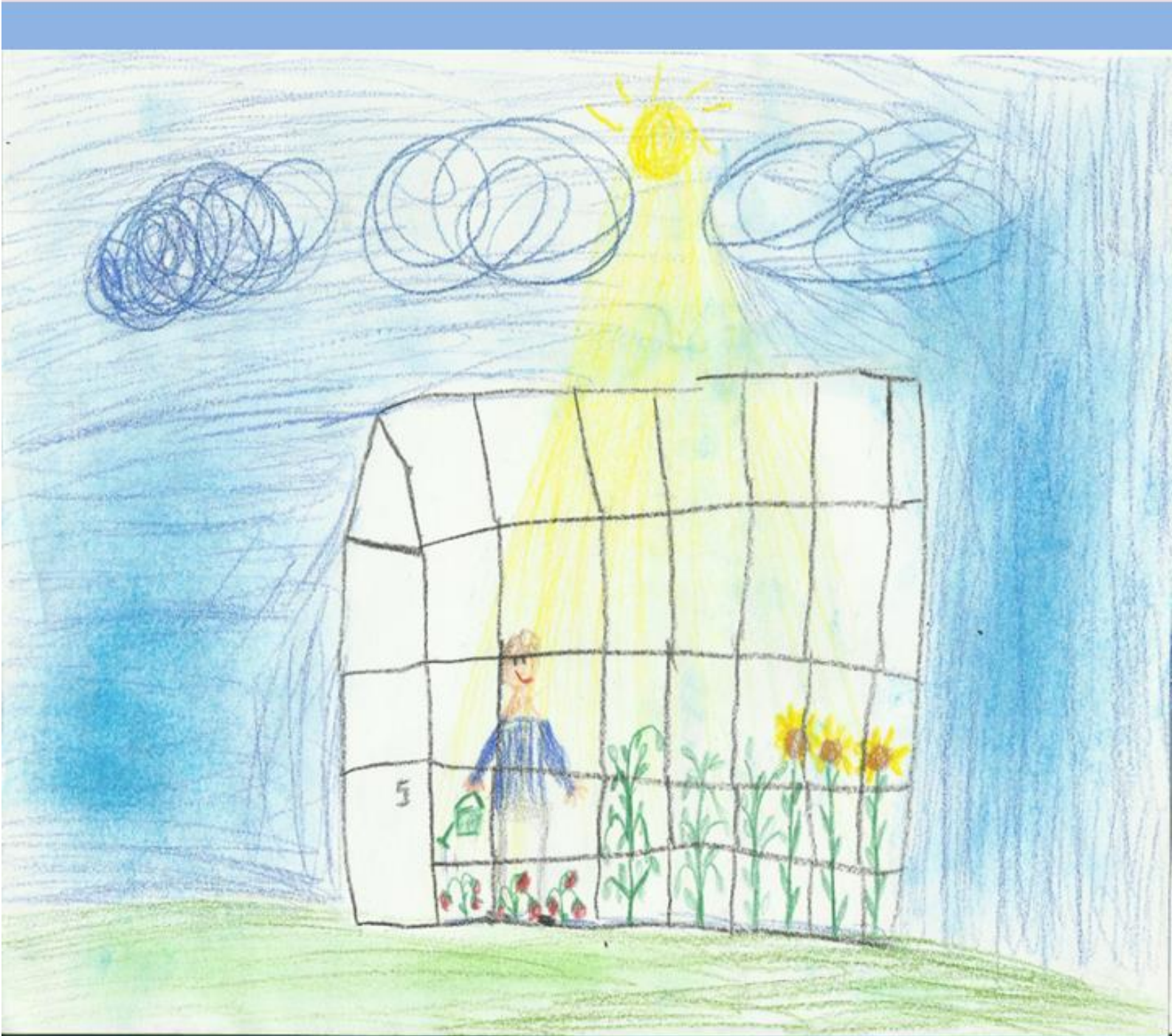
Aktualnie jako formę ewaluacji można uznać wypowiedzi absolwentów UZS, zawierające subiektywną ocenę projektu, które znajdują się w rozdziale „Subiektywne opinie seniorów na temat projektów prozdrowotnych, realizowanych przez Wydział Nauk o Zdrowiu UMB”.

## **Podsumowanie**

W Białymstoku działa sporo instytucji powołanych w celu aktywizacji społecznej i edukacyjnej osób w podeszłym wieku. Prócz organizacji pozarządowych, których działalność statutowa opiera się na wspieraniu aktywnego starzenia się (np. Polskie Stowarzyszenie Pedagogów i Animatorów KLANZA Oddział Białostocki realizuje Szkołę Superbabci/Superdziadka oraz prowadzi Klub Aktywnego Seniora, zaś Stowarzyszenie Akademia Plus 50 realizuje projekt Centrum Seniora), przy Uniwersytecie w Białymstoku działa Uniwersytet Trzeciego Wieku. Niszę w zakresie zdrowego starzenia się i edukacji prozdrowotnej wypełnia Uniwersytet Zdrowego Seniora. Z racji dużego zainteresowania kontynuacją nauki i dalszym poszerzeniem wiedzy z zakresu zdrowia seniorów, w odpowiedzi na potrzeby mieszkańców Białegostoku w podeszłym wieku od roku akademickiego 2015/2016 realizowany jest II etap edukacji prozdrowotnej pod nazwą „Zdrowie psychiczne osób w podeszłym wieku”, opisany w kolejnym rozdziale.

## **Piśmiennictwo**

1. Kozieł D., Kaczmarczyk M., Naszydłowska E., Gałuszka R.: Wpływ kształcenia w Uniwersytecie Trzeciego Wieku na zachowania zdrowotne ludzi starszych. *Stud Med.* 2008; 12: 23-28.
2. Grzanka-Tykwińska A., Chudzińska M., Podhorecka M., Kędziora-Kornatowska K.: Udział w zajęciach Uniwersytetów Trzeciego Wieku a aktywny styl życia osób starszych. *Gerontol Pol.* 2015; 23(3): 47-50.
3. Kaczmarczyk M., Trafiałek E.: Aktywizacja osób w starszym wieku jako szansa na pomyślne starzenie. *Gerontol Pol.* 2007; 15: 116-118.
4. Zielińska-Więczkowska H., Kędziora-Kornatowska K.: Jakość starzenia się i starości w subiektywnej ocenie słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku. *Gerontol Pol.* 2009; 17: 137-142.
5. Jakubaszek M.: Uniwersytet trzeciego wieku w edukacji całościowej. *Edukacja Ustawiczna Dorosłych* 2014; 1(84): 83-98.
6. Wróblewska I., Błaszczuk J.: Uniwersytet Trzeciego Wieku jako instytucja aktywizująca osoby starsze – badania własne. *Now Lek.* 2012; 81(1): 31-35.



## **Projekt „Zdrowie psychiczne osób w podeszłym wieku” jako flagowy przykład profilaktyki psychogeriatrycznej wśród mieszkańców Białegostoku powyżej 60 roku życia**

*Mateusz Cybulski, Elżbieta Krajewska-Kulak*

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

### **Wprowadzenie**

Jednym ze zjawisk towarzyszących procesowi starzenia się społeczeństwa jest zjawisko wielochorobowości (polipatologii). Zgodnie z definicją wg Wieczorowskiej-Tobis [1], wielochorobowość jest to współwystępowanie kilku przewlekłych chorób. Jako przykład autorka podaje jednoczesne występowanie choroby zwyrodnieniowej mięśnia sercowego, cukrzyca, osteoporozy, choroby zwyrodnieniowej stawów i depresji.

Charakterystyczną cechą wielochorobowości w okresie starości jest jednoczesne występowanie chorób somatycznych i psychicznych. Częstość łagodnych i przewlekłych zespołów depresyjnych sięga według niektórych autorów aż 30% populacji osób starszych, a zespoły otępienne rozpoznaje się u około 10%, przy czym po 90. roku życia występują one aż u 40% osób [1].

Zaburzenia psychiczne należą do jednych z częściej występujących zaburzeń w wieku podeszłym. Szacuje się, że zaburzenia psychiczne występują u 12-50% osób powyżej 60 roku życia [2] i mogą przyjmować całkiem odmienne formy, tzn. zaburzenia, występujące w przeszłości, często się nasilają lub przeciwnie, przyjmują postać łagodniejszą [3].

Zdaniem Bilikiewicza [3], do najczęściej występujących zaburzeń psychicznych w wieku podeszłym należą: depresja, zaburzenia świadomości, otępienie i psychozy. Inne zaburzenia psychiczne u osób wieku podeszłym występują zdecydowanie rzadziej lub współwystępują, tworząc mieszany obraz kliniczny. W głównej mierze są to zaburzenia nerwicowe i lękowe w postaci fobii. U ludzi w podeszłym wieku występuje również problem uzależnienia od alkoholu, który towarzyszy najczęściej depresji u 59% osób [3]. Coraz częściej diagnozuje się również uzależnienie od leków oraz zwraca uwagę na problem samobójstw w tej grupie wiekowej.

Najistotniejszym problemem natury psychicznej wśród osób starszych jest depresja, należąca do grupy tzw. „wielkich problemów geriatrycznych”. Jej objawy często łączą się z poważnym upośledzeniem codziennych aktywności, zarówno psychicznych, jak i fizycznych [4] oraz przyczyniają się do częstszego korzystania z usług medycznych [5]. W tym miejscu warto zwrócić uwagę na fakt, iż osoby starsze rzadko zgłaszają się do lekarza z powodu

trapiących ich problemów psychicznych, a podczas ewentualnej wizyty skupiają się na problemach somatycznych, co wynikać też może z odmienności obrazu depresji w starości [6]. Z tego też powodu problemy psychiczne często pozostają nierozpoznane, co stanowi poważne wyzwanie zarówno dla lekarzy geriatrów, jak i wszystkich sprawujących opiekę nad pacjentami w podeszłym wieku. Zaburzenia nastroju występują bowiem wyjątkowo często u chorych starszych osób i są związane ze zwiększoną śmiertelnością i częstszym korzystaniem z usług medycznych [7,8]. Depresja najczęściej jest warunkowana przez samotność seniorów – jeden z najczęstszych problemów okresu starości, zgłaszanych przez nich samych.

W związku z powyższym z konieczności aktywizacji społecznej osób starszych w celu eliminacji czynników ryzyka (w szczególności samotności), które mogą w konsekwencji wywołać różne choroby lub zaburzenia psychiczne w grupie seniorów wyniknęła potrzeba realizacji II etapu edukacji prozdrowotnej seniorów w mieście Białymstoku pt. „Zdrowie psychiczne osób w podeszłym wieku”.

### **Geneza projektu**

Decyzję o realizacji II etapu kształcenia prozdrowotnego seniorów w Białymstoku podjęto na początku roku akademickiego 2015/2016. W tym celu nawiązano współpracę z Polskim Stowarzyszeniem Pedagogów i Animatorów KLANZA Oddział Białostocki. Podjęta współpraca zaowocowała złożeniem wniosku o dofinansowanie wspólnego projektu w ramach środków z budżetu miasta Białegostoku w ramach ogłoszonego konkursu. Finalnie, złożony projekt został pozytywnie zaopiniowany przez Komisję Konkursową, a tym samym Wydział Nauk o Zdrowiu UMB wraz z PSPiA KLANZA Oddziałem Białostockim otrzymał grant na realizację programu szkoleniowego dla osób powyżej 60. roku życia z budżetu miasta Białegostoku. Uroczysta inauguracja projektu z udziałem Dyrektora Departamentu Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego w Białymstoku, Adama Kurluty oraz władz dziekańskich Wydziału Nauk o Zdrowiu odbyła się 7 marca 2016 roku (Fot. 1). Podczas inauguracji studenci-seniorzy wysłuchali wykładu inauguracyjnego pt. „Historia i rozwój psychiatrii na przestrzeni wieków”, który wygłosił dr hab. n. med. Napoleon Waszkiewicz, kierownik Kliniki Psychiatrii UMB. Z racji, iż kurs z założenia miał być kontynuacją szkolenia prozdrowotnego seniorów, adresatami projektu byli mieszkańcy miasta Białegostoku powyżej 60. roku życia – absolwenci I lub II edycji Uniwersytetu Zdrowego Seniora. Łącznie projektem objęto 50 absolwentów Uniwersytetu Zdrowego Seniora. Podobnie jak w przypadku UZS, tak i przypadku szkolenia „Zdrowie psychiczne osób w podeszłym wieku” słuchacze złożyli uroczyste ślubowanie, a także otrzymali torby z materiałami promocyjno-informacyjnymi oraz kartami zaliczeń



wykładów i warsztatów, które były podstawą ukończenia projektu oraz otrzymania dyplomu, podpisanego przez Dziekana WNoZ, prof. dr hab. n. med. Sławomira J. Terlikowskiego i Prodzikan ds. Studenckich WNoZ, prof. dr hab. n. med. Elżbietę Krajewską-Kułąk. Koordynatorem projektu z ramienia UMB, podobnie jak w przypadku UZS, został dr n. o zdr. Mateusz Cybulski.

Zajęcia odbywały się raz w tygodniu. Uroczyste zakończenie projektu, połączone z rozdaniem dyplomów, odbyło się 31 maja 2016 roku (Fot. 2 i 3).

Opiekę medialną (patronat medialny) nad realizacją projektu sprawują Kurier Poranny, TVP3 Białystok oraz Polskie Radio Białystok.

Aktualnie (od roku akademickiego 2016/2017) projekt będzie adresowany bezpośrednio do absolwentów UZS, którzy ukończyli I etap kształcenia w minionym roku akademickim.



**Fotografia 1.** Inauguracja projektu „Zdrowie psychiczne osób w podeszłym wieku”  
(źródło: PSPiA KLANZA Oddział Białostocki).

## Cele projektu „Zdrowie psychiczne osób w podeszłym wieku”

Do zasadniczych celów projektu należą:

1. Propagowanie zdrowego stylu życia i postaw prozdrowotnych w aspekcie psychicznym.
2. Poszerzanie wiedzy w zakresie:
  - opieki medycznej poprawiającej jakość życia ludzi w podeszłym wieku z zaburzeniami psychicznymi;
  - wykorzystania nowoczesnych metod diagnostyki i leczenia
  - stosowania leków w chorobach psychicznych u ludzi w podeszłym wieku.
3. Przeciwdziałanie samotności i wykluczeniu społecznemu osób starszych.
4. Aktywizacja społeczna osób starszych.



**Fotografia 2.** Zakończenie projektu „Zdrowie psychiczne osób w podeszłym wieku”  
(źródło: PSPiA KLANZA Oddział Białostocki).

### Metody działania

Projekt „Zdrowie psychiczne osób w podeszłym wieku” jest realizowany przy wykorzystaniu następujących metod dydaktycznych:



- wykładów specjalistów z dziedzin nauk medycznych/nauk o zdrowiu w zakresie zdrowia psychicznego, mających na celu poszerzanie wiedzy w zakresie wykorzystywania najnowszych osiągnięć nauki i techniki w rozwiązywaniu kluczowych problemów psychicznych u ludzi w podeszłym wieku;
- zajęć praktycznych - warsztatów z zakresu aspektów psychologicznych i terapeutycznych funkcjonowania w społeczeństwie;
- dyskusji;
- innych form, służących promowaniu wykorzystania najnowszych osiągnięć nauki i techniki w rozwiązywaniu kluczowych problemów psychicznych u ludzi w podeszłym wieku.



**Fotografia 3.** Pamiątkowe zdjęcie absolwentów I edycji projektu „Zdrowie psychiczne osób w podeszłym wieku” (źródło: PSPiA KLANZA Oddział Białostocki).

Program zajęć kursu bazuje na dwóch głównych filarach, tj. wykładach oraz zajęciach praktycznych (warsztatowych). Tematyka wszystkich wymienionych form z założenia będzie stała i co roku powtarzana dla nowych słuchaczy projektu.

W ciągu roku akademickiego odbywa się 11. wykładów, prowadzonych przez nauczycieli akademickich Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, trwających dwie godziny dydaktyczne każdy (90 minut) (Fot. 4).

Tematy wykładów realizowanych w ramach szkolenia zaprezentowano w tab. 1.

**Tabela 1.** Tematy wykładów realizowanych w ramach projektu „Zdrowie psychiczne osób w podeszłym wieku”.

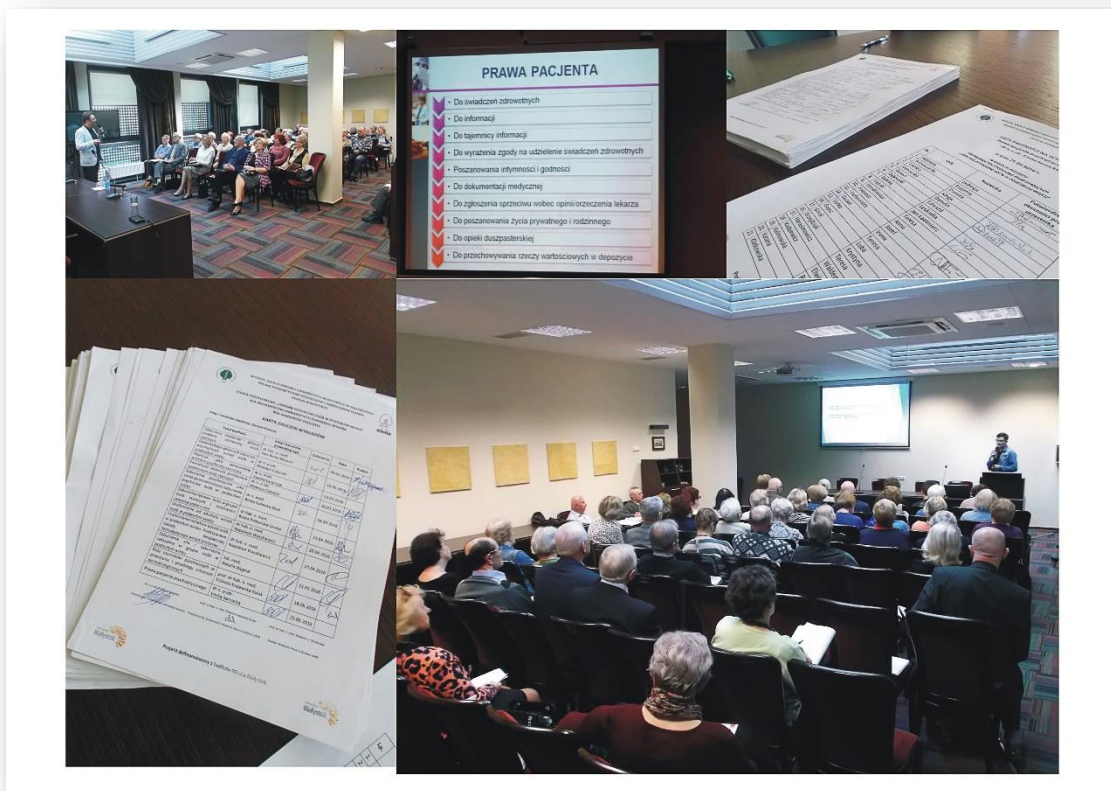
<b>Lp.</b>	<b>Temat wykładu</b>
<b>1</b>	Epidemiologia głównych zaburzeń psychicznych wśród osób w podeszłym wieku.
<b>2</b>	Zaburzenia otępienne – główny problem zdrowotny osób starszych.
<b>3</b>	Depresja jako powszechny problem psychiczny seniorów.
<b>4</b>	Samotność istotnym problemem społecznym osób starszych.
<b>5</b>	Zaburzenia psychotyczne u osób w podeszłym wieku.
<b>6</b>	Zaburzenia lękowe. Stres w grupie osób starszych i możliwości radzenia sobie z nim.
<b>7</b>	Uzależnienie od alkoholu wśród osób w podeszłym wieku.
<b>8</b>	Uzależnienie od leków wśród osób w podeszłym wieku. Podstawowe zasady bezpiecznej farmakoterapii wśród seniorów.
<b>9</b>	Zaburzenia snu i zaburzenia seksualne w grupie osób w podeszłym wieku.
<b>10</b>	Rola czynników psychicznych w powstaniu i przebiegu schorzeń dermatologicznych.
<b>11</b>	Prawa pacjenta psychiatrycznego.

W ciągu roku akademickiego odbywa się ponadto 11 zajęć warsztatowych, trwających 2 godz. dydaktyczne (90 minut) każde. Warsztaty prowadzone są przez pracowników PSPiA KLANZA Oddział Białostocki.

KLANZA to stowarzyszenie działające na rzecz wzbogacenia i uatrakcyjnienia procesu edukacji i wychowania oraz animacji społeczno-kulturalnej w grupie dzieci, młodzieży i dorosłych. KLANZA istnieje od 1990 roku. Początkowo w Lublinie była to nieformalna grupa osób pod nazwą Klub Animatora Zabawy KLANZA. Z początkiem 1995 r. powołano organizację pozarządową noszącą obecnie nazwę Polskie Stowarzyszenie Pedagogów i Animatorów KLANZA. W Polsce działa 18 struktur lokalnych (Zarząd Główny, 7 oddziałów i 10 kół) oraz 9 placówek patronackich. KLANZA jest organizacją znaną na rynku

edukacyjnym i kulturalnym w całej Polsce i poza jej granicami. Od 2000 roku działa Centrum Szkoleniowe KLANZA – niepubliczna placówka doskonalenia nauczycieli o zasięgu ogólnopolskim. W ofercie KLANZY jest ok. 110 autorskich programów szkoleniowych. Zajęcia prowadzi 80 wysokokwalifikowanych trenerów i animatorów, którzy szkolą nauczycieli, animatorów kultury, pedagogów, pracowników społecznych. W 2004 roku osiągnięcia KLANZY zostały nagrodzone prestiżowym wyróżnieniem Pro Publico Bono.

Metoda KLANZY (metoda pracy z grupą), opisana po latach doświadczeń przez założycielkę Stowarzyszenia, dr Zofię Zaorską, stanowi o sile, odrębności zewnętrznej i wewnętrznej spójności osób w nim skupionych. Celem wieloletnich starań Polskiego Stowarzyszenia Pedagogów i Animatorów KLANZA, które kontynuuje rozpoczętą przez KClub ANimatora ZAbawy drogę do radości i życiowej satysfakcji, było sprzyjanie rozwojowi osoby, grupy, społeczności, w atmosferze wzajemnej, życzliwej współpracy, ujawniającej siłę grupy, jej wielorakie możliwości. Po 17 latach działania można już mówić o sukcesach.



**Fotografia 4.** Realizacja wykładów w ramach projektu „Zdrowie psychiczne osób w podeszłym wieku” (źródło: PSPiA KLANZA Oddział Białostocki).

Działania animatorów KLANZY są adresowane do dzieci, młodzieży, dorosłych i osób starszych.

Metoda KLANZY to powtarzalny sposób organizowania spotkań ludzi, uwzględniających:

1. Nawiązywanie kontaktów prowadzącego z grupą i w grupie pomiędzy uczestnikami z wykorzystaniem zabaw integracyjnych. Dbłość o dobrą atmosferę – życzliwości, otwartości, akceptacji i szacunku dla każdego uczestnika spotkania.
2. Ustalanie zasad pracy w grupie i wprowadzanie ich po akceptacji przez wszystkich.
3. Celowe wykorzystywanie przestrzeni, zwracanie uwagi na estetykę otoczenia.
4. Tworzenie warunków do uczenia się przez działanie, przeżywanie, odkrywanie. Animowanie do rozwiązywania problemu za pomocą metod aktywizujących
5. Dbanie o relaks, dobre samopoczucie uczestników i radosną atmosferę spotkań
6. Wykorzystywanie tańca, ruchu, muzyki, zaskakujących sytuacji do wzmacniania energii lub odpoczynku i relaksu uczestników grupy.
7. Dbłość o przebieg procesu grupowego i stopniowanie emocji w każdym działaniu z wyraźnym początkiem i zakończeniem. Rzetelne wykorzystywanie czasu przeznaczonego na spotkanie.
8. Stosowanie informacji zwrotnych, zwracanie uwagi na znaczenie i umiejętność życzliwego przekazu własnych odczuć w danym czasie i miejscu. Podkreślanie dobrych cech i wskazywanie słabych nie w formie krytyki, ale informacji o spostrzeżeniach przydatnych do refleksji o tym, co warto zmienić.
9. Docenianie każdego włożonego trudu, niezapominanie o podziękowaniach, sympatycznym wręczaniu świadectw, zaświadczeń.
10. Wykorzystywanie różnych środków – prostych i łatwych do zdobycia, a umożliwiających twórcze działanie. Podkreślanie radości służą: logo, umowny żółty kolor koszulek dla animatorów reprezentujących KLANZĘ na imprezach zewnętrznych, tańce dla grupy, a zwłaszcza Specnerin – angielski taniec kończący wiele działań, kolorowa chusta, którą Stowarzyszenie wypromowało i do której opracowuje zabawy. Sprawdzone w praktyce pomysły zajęć i imprez opracowywane są przez Wydawnictwo KLANZA w formie poradników, pomocy dydaktycznych.

Efektom stosowania metody KLANZY jest:

- wzmocnienie potencjału człowieka,
- wzbudzenie chęci do doskonalenia i zdobywania umiejętności,
- chęć do pozytywnych zmian w rodzinie, środowisku zawodowym.

Źródłem inspiracji do powstania metody KLANZY była przede wszystkim pedagogika zabawy (*Spielpädagogik*), która jest symboliczną nazwą poszukiwań rozwiązań metodycznych, ułatwiających proces uczenia. Nawiązując do teorii psychologii humanistycznej i wyodrębniającego się z niej nurtu pedagogiki postaci (*Gestalt*), próbuje przełożyć założenia teoretyczne na propozycje sytuacji, w których uczestnik grupy może bez lęku rozwijać swoje najlepsze cechy. Celem pedagogiki zabawy jest dostarczenie prowadzącemu grupę rozmaitych pomysłów, umożliwiających mu świadomą, kreatywną, pobudzającą do twórczych rozwiązań pracę z uczestnikami grupy.

Pedagogika zabawy wykorzystuje urozmaicone propozycje, które mogą ożywić tradycyjne nauczanie:

- zabawy ułatwiające wejście w grupę, poznanie nowego otoczenia, poznanie imion, powierzchownych cech osób, z którymi rozpoczynana jest nauka,
- zabawy rozluźniające, odprężające, wykorzystujące ruch, taniec, gest, likwidujące napięcie mięśni i napięcie psychiczne,
- zabawy ułatwiające wprowadzenie tematu, pozwalające poznać odczucia, doświadczenia, potrzeby i oczekiwania poszczególnych członków grupy,
- metody, określane czasami jako gry dydaktyczne, polegające na przedstawianiu określonych treści w formie zagadkowego problemu i poszukiwaniu rozwiązań według proponowanych reguł,
- gry dyskusyjne, polegające na analizowaniu określonego problemu z różnych stron, z włączeniem doświadczenia i dotychczasowej wiedzy uczestników,
- metody ułatwiające przekaz informacji zwrotnej, sygnalizujące indywidualną reakcję i odczucia poszczególnych uczestników,
- działania parateatralne, polegające na wykorzystaniu gry z podziałem na role jako wstępu do omówienia problemu,
- zabawy umożliwiające samoocenę, poznanie własnej hierarchii wartości, własnych spontanicznych zachowań,
- zabawy integrujące dużą grupę, umożliwiające wszystkim wspólną, aktywną zabawę dla dużych grup, bez podziału na bawiących się i obserwatorów, bez ośmieszającej rywalizacji, przypadkowych wygranych i kilku zwycięzców.

Tematyka realizowanych zajęć w ramach projektu jest następująca:

1. Poznajmy się bliżej – warsztaty integracyjne.
2. Pozytywne myślenie oznaką zdrowia psychicznego.

3. Ruch nieodłączną częścią zdrowia – tańce integracyjne.
4. Aktywność twórcza radością życia – warsztaty twórcze.
5. Wolontariat seniorski jako forma angażowania społecznego.
6. Sposoby zdrowego odżywiania się.
7. Jak zadbać o swój wygląd?
8. Twoje urodziny, mój prezent – warsztaty twórcze.
9. Komunikacja w rodzinie.
10. Akceptacja siebie i innych.
11. Podróż do krainy wszystkiego najlepszego – warsztaty integracyjne.

Założeniem zajęć praktycznych było przekazanie jak największej ilości informacji z zakresu różnych form aktywności, stanowiących profilaktykę z zakresu zdrowia psychicznego. W tym celu studenci podzieleni zostali na dwie grupy ćwiczeniowe, po 25. osób każda. Przyjęty został podział alfabetyczny, ale jeśli ktoś z uczestników chciał zmienić grupę, miał taką możliwość pod warunkiem, że znajdzie osobę, która zgodzi się przenieść do jego aktualnej grupy. Szczegółową tematykę poszczególnych zajęć ćwiczeniowych przedstawiono w tab. 2-12.

**Tabela 2.** Charakterystyka warsztatu I – Poznajmy się bliżej – warsztaty integracyjne.

<p><b>Cel:</b> Integracja dwóch grup uczestniczących w projekcie (wspólne spotkanie i zabawa uczestników). Rozwijanie umiejętności komunikacyjnych i umiejętności pracy w grupie.</p>
<p><b>Treści kształcenia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Powitanie, przedstawienie się w niecodzienny sposób.</li> <li>• Sposoby na poznanie imion, poznanie siebie.</li> <li>• Kontakt grupy.</li> <li>• Integracja przez taniec.</li> </ul>
<p><b>Sposób realizacji (metody, środki dydaktyczne):</b> praca indywidualna, praca w grupie, dyskusje otwarte</p>

**Tabela 3.** Charakterystyka warsztatu II – Pozytywne myślenie oznaką zdrowia psychicznego.

<p><b>Cel:</b> Kształtowanie umiejętności z zakresu stosowania psychologii pozytywnej, pomocnych w zwalczaniu stresu, utrzymywaniu dobrostanu psychicznego, podniesieniu jakości życia.</p>
---



<p><b>Treści kształcenia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Charakterystyka człowieka myślącego pozytywnie/negatywnie.</li> <li>• Przykłady afirmacji.</li> <li>• Ćwiczenia pozytywnych przeformowań.</li> <li>• Sposoby na rozwijanie optymizmu i radości w życiu codziennym.</li> </ul>
<p><b>Sposób realizacji (metody, środki dydaktyczne):</b></p> <p>dyskusja, praca w grupach, ćwiczenia indywidualne, materiały szkoleniowe, materiały plastyczne</p>

**Tabela 4.** Charakterystyka warsztatu III – Ruch nieodłączną częścią zdrowia – tańce integracyjne.

<p><b>Cel:</b></p> <p>Poprawa kondycji fizycznej i psychicznej uczestników projektu.</p>
<p><b>Treści kształcenia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nauka tańców integracyjnych różnych narodów.</li> <li>• Techniki tańców integracyjnych</li> </ul>
<p><b>Sposób realizacji (metody, środki dydaktyczne):</b></p> <p>ćwiczenie tańców integracyjnych</p>

**Tabela 5.** Charakterystyka warsztatu IV – Aktywność twórcza radością życia – warsztaty twórcze.

<p><b>Cel:</b></p> <p>Uświadomienie uczestnikom wagi aktywności twórczej w życiu seniora oraz możliwości rozwijania (odkrywania) pasji w starszym wieku.</p>
<p><b>Treści kształcenia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Czym jest twórczość i postawa twórcza? – charakterystyka.</li> <li>• Przykłady aktywnej twórczości, życia z pasją w starszym wieku (znane nazwiska, nieznane postacie).</li> <li>• Postawa twórcza, a pokonywanie przeżywanych problemów.</li> </ul>
<p><b>Sposób realizacji (metody, środki dydaktyczne):</b></p> <p>mini wykład, dyskusja, praca w parach</p>

**Tabela 6.** Charakterystyka warsztatu V – Wolontariat seniorski jako forma angażowania społecznego.

<b>Cel:</b> Propagowanie wolontariatu seniorskiego.
<b>Treści kształcenia:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Czynniki angażowania i motywowania ludzi.</li><li>• Definicje wolontariatu.</li><li>• Korzyści z pracy wolontariackiej.</li><li>• Fazy rozwoju grupy.</li><li>• Trudne sytuacje w pracy animatora i lidera.</li></ul>
<b>Sposób realizacji (metody, środki dydaktyczne):</b> praca w grupach, otwarta dyskusja

**Tabela 7.** Charakterystyka warsztatu VI – Sposoby zdrowego odżywiania się.

<b>Cel:</b> Zapoznanie uczestników z zasadami prawidłowego żywienia. Uświadomienie potrzeby aktywności fizycznej.
<b>Treści kształcenia:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Zalecenia ogólne dotyczące zdrowego żywienia, zbilansowanej diety, aktywności fizycznej.</li><li>• Dieta dla seniora.</li><li>• Piramida zdrowego żywienia i aktywności fizycznej.</li><li>• Najzdrowsze warzywa na świecie – tworzenie własnego menu.</li></ul>
<b>Sposób realizacji (metody, środki dydaktyczne):</b> pokaz, praca w grupach, dyskusja

**Tabela 8.** Charakterystyka warsztatu VII – Jak zadbać o swój wygląd?

<b>Cel:</b> Uświadomienie wpływu nastawienia psychicznego na wygląd zewnętrzny.
<b>Treści kształcenia:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Wygląd, a uroda – to nie to samo.</li><li>• Jak zadbać o wygląd?</li><li>• Postrzeganie innych i siebie.</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 przykazań trafionego zakupu odzieży.</li> </ul>
<b>Sposób realizacji (metody, środki dydaktyczne):</b> praca w grupach, aktywna dyskusja

**Tabela 9.** Charakterystyka warsztatu VIII – Twoje urodziny, mój prezent – warsztaty twórcze.

<b>Cel:</b> Uświadomienie wagi dzielenia się „drobnymi” gestami. Rozwijanie i usprawnianie motoryki manualnej. Rozwijanie wiary we własne siły/umiejętności.
<b>Treści kształcenia:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zachowanie równowagi w dawaniu i braniu.</li> <li>• Okazywanie wdzięczności.</li> <li>• Radość dawania i brania.</li> <li>• Radość „za grosik” – tworzenie prezentu – serca z papierowej wikliny.</li> </ul>
<b>Sposób realizacji (metody, środki dydaktyczne):</b> dyskusja, pokaz jak wykonać serce z wikliny papierowej, wykonanie prac plastycznych przez słuchaczy

**Tabela 10.** Charakterystyka warsztatu IX – Komunikacja w rodzinie.

<b>Cel:</b> Poprawa komunikacji w rodzinie. Sposoby rozwiązywania konfliktów.
<b>Treści kształcenia:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jakość komunikacji w rodzinie.</li> <li>• Schemat komunikacji.</li> <li>• Błędy w łańcuchu komunikacji, konflikty.</li> <li>• Dobrze porozumiewania się.</li> <li>• Rozwiązywanie konfliktów – metoda sporów konstruktywnych.</li> </ul>
<b>Sposób realizacji (metody, środki dydaktyczne):</b> dyskusja aktywna, praca w grupach, mini wykład

**Tabela 11.** Charakterystyka warsztatu X – Akceptacja siebie i innych.

<b>Cel:</b> Kształtowanie u słuchaczy umiejętności akceptacji samego siebie i innych.
--

<p><b>Treści kształcenia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Układy akceptacji samego siebie i innych.</li> <li>• Cechy ludzi, którzy siebie akceptują.</li> <li>• Budowanie mocnych stron siebie.</li> <li>• Poznanie siebie, a polubienie siebie.</li> </ul>
<p><b>Sposób realizacji (metody, środki dydaktyczne):</b> pogadanka, praca indywidualna i grupowa, burza mózgów</p>

**Tabela 11.** Charakterystyka warsztatu XI – Podróż do krainy wszystkiego najlepszego – warsztaty integracyjne.

<p><b>Cel:</b> Integracja dwóch grup ćwiczeniowych w projekcie (wspólne spotkanie i zabawa wszystkich uczestników).</p>
<p><b>Treści kształcenia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kraina radości.</li> <li>• Kraina tańca.</li> <li>• Kraina dobrych życzeń.</li> <li>• Kraina podsumowań.</li> </ul>
<p><b>Sposób realizacji (metody, środki dydaktyczne):</b> taniec, śpiew, praca plastyczna, zabawa</p>

Dokumentacja fotograficzna realizowanych zajęć została zaprezentowana na Fot. 5-7.

### **Ewaluacja zajęć w ramach UZS**

W związku z rozliczeniem grantu otrzymanego z budżetu miasta Białegostoku dokonano precyzyjnej ewaluacji projektu. W tym celu na ostatnich zajęciach warsztatowych przeprowadzono ankietę ewaluacyjną, która zawierała m.in. ocenę każdego wykładu oraz zajęć praktycznych, subiektywną ocenę zmiany poziomu wiedzy po ukończeniu kursu, itd.

Na 50 uczestników, którzy wypełnili ankiety większość oceniła treść wykładów wysoko i bardzo wysoko (96,55%) – 61,10% oceniło treści wykładowe bardzo wysoko, 35,45% - wysoko, 3,09% - średnio, a 0,36% - nisko. Nikt z uczestników projektu nie ocenił zajęć wykładowych bardzo nisko.



**Fotografia 5.** Realizacja warsztatów w ramach projektu „Zdrowie psychiczne osób w podeszłym wieku“ (źródło: PSPiA KLANZA Oddział Białostocki).



**Fotografia 6.** Realizacja warsztatów w ramach projektu „Zdrowie psychiczne osób w podeszłym wieku“ (źródło: PSPiA KLANZA Oddział Białostocki).



**Fotografia 7.** Realizacja warsztatów w ramach projektu „Zdrowie psychiczne osób w podeszłym wieku“ (źródło: PSPiA KLANZA Oddział Białostocki).

Najwyższą ocenę otrzymały wykłady:

1. Zaburzenia snu i zaburzenia seksualne w grupie osób w podeszłym wieku.
2. Rola czynników psychicznych w powstaniu i przebiegu schorzeń dermatologicznych.
3. Uzależnienie od alkoholu wśród osób w podeszłym wieku.

Najniższą ocenę otrzymały wykłady:

1. Epidemiologia głównych zaburzeń psychicznych wśród osób w podeszłym wieku.
2. Zaburzenia otępienne – główny problem zdrowotny osób starszych.
3. Zaburzenia psychotyczne u osób w podeszłym wieku.

Na 50 uczestników, którzy wypełnili ankiety większość oceniła treść warsztatów wysoko i bardzo wysoko (92,18%). Bardzo wysoko zajęcia warsztatowe oceniło 58,91% respondentów, wysoko – 33,27%, średnio – 7,09%, a nisko – 0,73%. Nikt z uczestników projektu nie ocenił zajęć warsztatowych bardzo nisko.

Najwyższą ocenę otrzymały warsztaty:

1. Twoje urodziny, mój prezent – warsztaty twórcze.
2. Akceptacja siebie i innych.
3. Podróż do Krainy wszystkiego najlepszego.

Najniższą ocenę otrzymały warsztaty:

1. Poznajmy się – warsztaty integracyjne.
2. Wolontariat seniorski jako forma angażowania społecznego.
3. Ruch nieodłączną częścią zdrowia – tańce integracyjne.

Większość uczestników projektu (42 osoby – 84%) oceniło swój poziom wiedzy dotyczącej zdrowego stylu życia i postaw prozdrowotnych w aspekcie psychicznym wysoko (28 osób – 56%) oraz bardzo wysoko (14 osób – 28%), 8 osób (16%) oceniło jako średnio, nie było żadnej oceny niskiej ani bardzo niskiej.

Większość uczestników projektu (46 osób – 92%) oceniło swój poziom wiedzy w dziedzinie opieki medycznej poprawiającej jakość życia osób w podeszłym wieku z zaburzeniami psychicznymi wysoko (30 osób – 60%) oraz bardzo wysoko (16 osób – 32%), zaś pozostałe 4 osoby (8%) oceniły swój poziom wiedzy średnio. Nikt z uczestników nie udzielił oceny niskiej ani bardzo niskiej.

Większość uczestników projektu (44 osoby – 88%) oceniło swój poziom wiedzy z wykorzystania nowoczesnych metod diagnostyki i leczenia wysoko (30 osób – 60%) oraz bardzo wysoko (14 osób – 28%), a pozostałych 6 osób (12%) określiło swój poziom wiedzy na średnim poziomie. Nikt z uczestników nie wystawił oceny niskiej, ani bardzo niskiej.

Większość uczestników projektu (43 osoby – 86%) oceniło swój poziom wiedzy w zakresie stosowania leków w chorobach psychicznych u ludzi w podeszłym wieku wysoko (23 osoby – 46%) oraz bardzo wysoko (20 osób – 40%), natomiast pozostałych 7 osób (14%) oceniło swój poziom wiedzy średnio. Nikt z uczestników nie dał oceny niskiej ani bardzo niskiej.

Większość uczestników projektu (44 osoby – 88%) oceniło poprawę swojego samopoczucia i kondycji psychicznej bardzo wysoko (23 osoby – 46%) oraz wysoko (21 osób – 42%), zaś pozostałych 6 osób (12%) – średnio. Żaden z uczestników nie dał oceny niskiej ani bardzo niskiej.

Większość uczestników projektu (47 osób – 94%) oceniło wzrost świadomości siebie (własnych emocji, potrzeb, myśli, swoich możliwości, czy ograniczeń) wysoko (27 osób – 54%) oraz bardzo wysoko (20 osób – 40%), a pozostałe 3 osoby (6%) – średnio. Nikt z uczestników nie dał oceny niskiej ani bardzo niskiej.

Większość uczestników projektu (43 osoby – 86%) oceniło zmniejszenie poziomu samotności/zwiększenie ilości doświadczeń społecznych bardzo wysoko (25 osób – 50%) oraz wysoko (18 osób – 36%), a pozostałych 7 osób (14%) – średnio. Nikt z uczestników nie dał oceny niskiej ani bardzo niskiej.



Dobrze i bardzo dobrze oceniło:

- przydatność treści wykładowych – 86% słuchaczy,
- wiedzę merytoryczną prowadzących – 100% słuchaczy,
- umiejętność przekazywania wiedzy przez prowadzących – 100% słuchaczy,
- atmosferę pracy na zajęciach – 98% słuchaczy,
- materiały otrzymane podczas warsztatów - 98% słuchaczy,
- salę szkoleniową – 92% słuchaczy.

Do najczęstszych korzyści, jakie odnieśli uczestnicy dzięki udziałowi w projekcie, należały:

- rozwój osobisty oraz poszerzenie wiedzy o zdrowiu psychicznym (29 osób),
- nawiązanie nowych kontaktów (13 osób),
- wzrost świadomości elementów towarzyszących osobom starszym – dieta, zdrowie psychiczne, ruch, komunikacja, zdrowie ogólne (6 osób),
- wzrost wiedzy o chorobach, dermatologii, a także większe poczucie pewności siebie i dobra atmosfera (6 osób),
- poprawa samopoczucia i integracja społeczna (5 osób).

## **Podsumowanie**

Projekt „Zdrowie psychiczne osób w podeszłym wieku“, realizowany przez Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku we współpracy z Polskim Stowarzyszeniem Pedagogów i Animatorów KLANZA Oddział Białostocki i dofinansowany z budżetu miasta Białegostoku, umożliwił osobom w wieku 60+ z Białegostoku poszerzenie wiedzy z zakresu profilaktyki psychogeriatrycznej – tak istotnej z punktu widzenia starzejącego się społeczeństwa. Biorąc pod uwagę wyniki ewaluacji realizacji projektu, jako organizatorzy, możemy mieć nadzieję, że przyniesie on w przyszłości wymierne efekty, zmniejszając współczynnik zapadalności na choroby i zaburzenia psychiczne wieku podeszłego w populacji seniorów miasta Białegostoku. W naszym odczuciu będzie on również istotnym elementem realizacji III etapu edukacji prozdrowotnej seniorów w Białymstoku, a mianowicie wolontarystycznego pełnienia funkcji edukatorów zdrowotnych przez seniorów, zaplanowanego do realizacji w przyszłości i opisanego szczegółowo w kolejnym rozdziale.



## Piśmiennictwo

1. Wieczorowska-Tobis K.: Specyfika pacjenta starszego. [w:] Fizjoterapia w geriatrici. K. Wieczorowska – Tobis, T. Kostka, A.M. Borowicz (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011: 18-28.
2. Bilikiewicz A., Parnowski T.: Starzenie się i zaburzenia psychiczne wieku podeszłego. [w:] Psychiatria. T. Bilikiewicz (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007: 457-502.
3. Muszalik M., Zielińska-Więczkowska H., Wojciechowska A., Kędziora-Kornatowska K.: Funkcjonowanie pacjentów w starszym wieku z zaburzeniami psychicznymi w aspekcie jakości życia (QOL). *Psychogeriatr Pol.* 2011; 8(2): 45-54.
4. Katon W., von Korff M., Lin E., Lipscomb P., Russo J., Wagner E., Polk E.: Distressed high utilizers of medical care. DSM-III-R diagnoses and treatment needs. *Gen Hosp Psychiatry.* 1990; 12(6): 355–362.
5. Simon G., Ormel J., von Korff M., Barlow W.: Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care. *Am J Psychiatry.* 1995; 152(3): 352–357.
6. Roness A., Mykletun A., Dahl A.A.: Help-seeking behaviour in patients with anxiety disorder and depression. *Acta Psychiatr Scand.* 2005; 111(1): 51–58.
7. Charney D.S., Reynolds C.F., Lewis L., Lebowitz B.D., Sunderland T., Alexopoulos G.S., Blazer D.G., Katz I.R., Meyers B.S., Arean P.A., Borson S., Brown C., Bruce M.L., Callahan C.M., Charlson M.E., Conwell Y., Cuthbert B.N., Devanand D.P., Gibson M.J., Gottlieb G.L., Krishnan K.R., Laden S.K., Lyketsos C.G., Mulsant B.H., Niederehe G., Olin J.T., Oslin D.W., Pearson J., Persky T., Pollock B.G., Raetzman S., Reynolds M., Salzman C., Schulz R., Schwenk T.L., Scolnick E., Unutzer J., Weissman M.M., Young R.C.: Depression and bipolar support alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in late life. *Arch Gen Psychiatry.* 2003; 60(7): 664–672.
8. Katon W.J., Lin E., Russo J., Unutzer J.: Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients. *Arch Gen Psychiatry.* 2003; 60(9): 897–903.



## **Wolontariat prozdrowotny seniorów w Białymstoku – czy jest skazany na sukces?**

*Mateusz Cybulski, Elżbieta Krajewska-Kulak*

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

### **Wprowadzenie**

*Dawać samego siebie to więcej, niż tylko dawać*

*Matka Teresa z Kalkuty*

Starzenie się europejskich społeczeństw, w tym populacji polskiej, stało się faktem i jest procesem, którego nie da się uniknąć. Według danych, opublikowanych przez Komisję Europejską w „Trzecim raporcie demograficznego” (2011) [1] odsetek osób w podeszłym wieku (65+) wzrósł z 13,7% w 1990 roku do 17,4% w 2010 roku. Aktualne prognozy mówią, iż do 2060 roku osoby w wieku 65 i więcej lat będą stanowić niemal  $\frac{1}{3}$  ludności Unii Europejskiej. Jeszcze ważniejsze może być istotne zwiększenie się odsetka osób w wieku 80 lat lub więcej, który w latach 1990-2060 ma wzrosnąć nawet 4-krotnie. W Polsce Główny Urząd Statystyczny [2] szacuje, że do 2035 roku liczba osób w wieku 65+ może wzrosnąć prawie do 10 mln (w porównaniu do 6,2 mln w 2008 r.), czyli do ok. 27% społeczeństwa.

W związku z aktualnymi trendami demograficznymi istotnym wyzwaniem wydaje się być aktywizacja społeczna i edukacyjna osób starszych, w tym zachęcanie osób starszych do działalności wolontariackiej, a w szczególności do pełnienia funkcji edukatorów zdrowotnych w swojej grupie wiekowej.

Takie wyzwanie ma zamiar podjąć Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, tym samym realizując III etap edukacji prozdrowotnej seniorów w mieście Białymstoku. Celem realizacji III etapu projektu jest zapewnienie aktywnej starości i starzenia się, promowanego przez Unię Europejską.

### **Definicja wolontariatu**

*I ciebie, i mnie stworzono do wielkich rzeczy.*

*Nie stworzono nas byśmy przeszli przez życie bez celu.*

*A ową wielką rzeczą jest kochać i być kochanym*

*Matka Teresa z Kalkuty*

Ogólna definicja wolontariatu zakłada, że jest to dobrowolna i nieodpłatna aktywność, świadczona na rzecz innych osób (najczęściej obcych, spoza swojej rodziny) [3]. Rozróżnia się dwa rodzaje wolontariatu – wolontariat formalny, świadczony na rzecz różnego rodzaju

organizacji i instytucji, oraz nieformalny, mogący mieć charakter samopomocowy bądź wsparcia udzielanego poza wszelkimi strukturami instytucjonalnymi – bezpośrednio potrzebującym osobom. Do tej kategorii można zaliczyć również pomoc sąsiedzka oraz pomoc udzielaną w ramach poszczególnych rodzin, ale poza zamieszkiwanym wspólnie gospodarstwem domowym [4].

Obowiązujące w Polsce regulacje prawne obejmują tylko wolontariat formalny. Zasady funkcjonowania tego rodzaju działalności opisuje ustawa o działalności pożytku publicznego i wolontariacie [5].

### **Wolontariat osób starszych w Polsce na tle krajów Unii Europejskiej**

*Największym złem jest brak wrażliwości i miłości bliźniego  
oraz przerażająca obojętność w stosunku do sąsiada żyjącego na marginesie,  
dotkniętego wyzyskiem, moralnym zepsuciem, biedą i chorobą*

*Matka Teresa z Kalkuty*

Obok wykształcenia i statusu zawodowego wiek jest jednym z najważniejszych wyznaczników różnicujących aktywność Europejczyków jako wolontariuszy, na co wskazują polskie badania, dotyczące aktywności społecznej i angażowania się w wolontariat. W Polsce osoby powyżej 50. roku życia należą do grupy wiekowej najmniej aktywnej na polu społecznym. Są także jednymi z najmniej aktywnych w porównaniu z osobami w tym wieku zamieszkującymi inne kraje europejskie [3].

Według badania Stowarzyszenia Klon/Jawor [6], w 2010 roku zaangażowanie w wolontariat na rzecz organizacji lub grup zadeklarowało 10% Polaków powyżej 55. roku życia, podczas gdy wśród osób młodych poniżej 25. lat odsetek ten wyniósł 22%, a więc był ponad 2-krotnie wyższy.

Według badania Eurobarometru [7] zaangażowanie w nieodpłatne i dobrowolne działania na rzecz organizacji charytatywnych i zajmujących się wolontariatem w roku 2011 deklarowało 12% Polaków powyżej 55. roku życia. W całej Unii Europejskiej odsetek ten wyniósł 27%, chociaż także Europa jest pod tym względem zróżnicowana. Wolontariat osób dojrzałych jest najbardziej rozpowszechniony w krajach skandynawskich oraz Holandii, gdzie zaangażowanie w aktywność wolontariacką deklaruje ponad połowa osób powyżej 55. roku życia. Najmniej wolontariuszy jest w krajach Europy Południowej, w głównej mierze wśród Greków i Portugalczyków, gdzie wolontariat deklaruje zaledwie 4% osób w wieku 55+ [3]. Odrębną grupę stanowią kraje postkomunistyczne (Bułgaria, Węgry, Litwa, Łotwa, Estonia, Rumunia, Czechy, Słowacja, Słowenia), w których odsetek wolontariuszy wśród osób 55+ zbliżony jest

do poziomu Polski. Wyjątkiem na tym tle są Czechy, Słowacja i Słowenia, gdzie poziom zaangażowania osób dojrzałych w wolontariat jest o 10-20% wyższy [3].

Wolontariat osób dojrzałych, podobnie jak działalność społeczną, można klasyfikować na różne sposoby m.in. ze względu na obszar podejmowanej aktywności oraz jej przedmiot i rodzaj podmiotu, na który ta działalność jest ukierunkowana [3].

Analiza modeli działalności wolontariackiej osób dojrzałych wykazuje na dominację form i skali działań prowadzonych przez przedstawicieli tej grupy wiekowej na rzecz i w obrębie grup rówieśniczych [3].

W Polsce brakuje rozwiązań systemowych wspierających i stymulujących rozwój wolontariatu osób dojrzałych. W polityce wspierania wolontariatu osób dojrzałych warto jednak wspomnieć o [3]:

- Międzynarodowym Programie Grundtvig - „*Uczenie się przez całe życie*”, wspierającym uczenie się osób dojrzałych i edukację międzypokoleniową oraz dofinansującym międzynarodowe projekty wolontariatu seniorów (różne możliwości edukacyjne) – edukację pozaformalną (np. w formie szkoleń, kursów, seminariów, zorganizowanych przez uniwersytet trzeciego wieku, dom kultury lub dowolną inną placówkę edukacji dorosłych) oraz edukację nieformalną (w formie zorganizowanych kursów, ale np. w rodzinie, w trakcie angażowania się w działalność organizacji pozarządowych, czy w obszarze bibliotek, muzeów oraz innych placówek kulturalnych i mediów, itd.). Celem jest współpraca dwóch organizacji partnerskich z dwóch krajów w celu umożliwienia zrealizowania wolontariatu za granicą osobom 50+.
- *Retired and Senior Volunteer Programme (RSVP)* realizowanym przez *Community Service Volunteers UK (CSV)* – największą pozarządową organizację wspierającą rozwój wolontariatu w Wielkiej Brytanii, w ramach którego działający w poszczególnych regionach kraju współpracujący z CSV lokalni partnerzy realizują własne programy angażujące starszych wolontariuszy. Program ma na celu wykorzystanie wiedzy, umiejętności i doświadczenia osób starszych po przejściu na emeryturę z korzyścią dla ich lokalnych społeczności, umożliwienie seniorom nabycia nowych umiejętności oraz doświadczenia w obszarach, z którymi nie mieli dotychczas do czynienia oraz zaangażowanie ich do rozwiązywania lokalnych problemów znajdujących się w danej okolicy zasobów. Ciekawym rozwiązaniem jest także powierzenie samym wolontariuszom nie tylko zarządzania projektami, lecz także pozyskiwania na ich realizację funduszy.

- Przedsięwzięciu „Same plusy Wolontariat 50+”, zrealizowanym przez Akademię Rozwoju Filantropii w Polsce oraz Regionalne Centrum Wolontariatu w Elblągu, którego celem było wypracowanie modelowych rozwiązań wspierania wolontariatu osób dojrzałych, rozpoznanie potrzeb oraz oczekiwań i postaw osób 50+ wobec aktywności wolontarystycznej, a także organizacji pod kątem współpracy z dojrzałymi wolontariuszami, wypracowanie modelu współpracy ze starszymi wolontariuszami na etapie wdrażania ich do pracy społecznej, wspierania i szkolenia, promocja wolontariatu jako sposobu na aktywność osób w starszym wieku przez m.in. uruchomienie programu wolontariatu 50+ w wybranej społeczności lokalnej oraz upowszechnienie wypracowanego modelu w innych społecznościach lokalnych.
- Ogólnopolskim konkursie dotacyjnym „Seniorzy w akcji” realizowanym przez Towarzystwo Inicjatyw Twórczych „ę” i ukierunkowanym na promowanie wolontariatu osób dojrzałych, włączanie ich w działania na rzecz otoczenia, a także wzmacnianie solidarności międzypokoleniowej, zmianę wizerunku osób starszych oraz tworzenie przestrzeni fizycznej i społecznej dla osób dojrzałych w środowiskach lokalnych.

Wydaje się, że wolontariat osób dojrzałych powinien być uwzględniany w stałej ofercie organizacji pozarządowych tworzonej w oparciu o wcześniej zdiagnozowane i systematycznie monitorowane potrzeby, oczekiwania i motywacje potencjalnych wolontariuszy.

### **Zalety seniora jako wolontariusza**

*Nigdy nie poznamy całego dobra,  
jakie może dać zwykły uśmiech*

*Matka Teresa z Kalkuty*

Pomimo niskiego odsetka udziału społeczeństwa polskiego w działalności wolontariackiej, wolontariat wśród osób starszych staje się z roku na rok coraz bardziej popularny. Praca wolontariusza wymaga poświęcenia wolnego czasu, który nie stanowi problemu dla osób starszych, w przeciwieństwie do młodych zaangażowanych zawodowo. Ponadto aktywność wolontarystyczna osób w starszym wieku przynosi wiele korzyści, które płyną w obie strony. Wolontariuszom pozwala utrzymać stały kontakt z ludźmi, czuć się potrzebnym oraz dzielić się swoimi umiejętnościami i doświadczeniami.

Osoby starsze są wyjątkowo cenionymi i poszukiwanymi wolontariuszami przez organizacje społeczne i pozarządowe, zajmujące się działalnością wolontariacką. Do najważniejszych z nich zalicza się [8]:

- więcej wolnego czasu z tytułu przebywania na emeryturze;
- duży zasób umiejętności, nabyte w trakcie pracy zawodowej;
- zainteresowanie działalnością, podczas którego mogą przekazywać swoją wiedzę innym;
- chęć pomocy innym osobom;
- posiadane kontakty, które mogą np. pozyskać dodatkowe środki na funkcjonowanie organizacji.

W grudniu 2012 roku, na zlecenie Stowarzyszenia Centrum Wolontariatu w Warszawie przeprowadzono badanie pt. „*Wolontariat seniorów w województwie mazowieckim*”, którego celem była diagnoza oraz oszacowanie potencjału wolontariatu seniorów na Mazowszu [9]. Objęto nim 506 osób w wieku 60. lat i więcej oraz 120 organizacji. Badanie wykazało, że co piąta organizacja w województwie mazowieckim współpracuje z wolontariuszami-seniorami, a 44% jest taką współpracą zainteresowanych [9]. W opinii badanych największą korzyścią ze współpracy z edukatorami-seniorami jest ich doświadczenie życiowe, większa dyspozycyjność, odpowiedzialność i obowiązkowość, zaangażowanie oraz spokój i cierpliwość [9].

### **Wpływ wolontariatu na jakość życia seniorów**

*Najlepszą drogą do odnalezienia samego siebie  
jest zagubienie się w służeniu innym*

*Ghandi*

Badania przeprowadzone w 2009 r. na terenie całej Europy wykazały istnienie dodatniej korelacji pomiędzy wolontariatem, a postrzeganiem zdrowia, zadowoleniem z życia, długością życia i ujemnej korelacji z depresją [10].

Osoby w podeszłym wieku bardzo często traktują wolontariat jako zamiennik utraconej roli społecznej. Seniorzy, którzy angażują się w działalność wolontariacką odczuwają pozytywny wpływ tych działań. Wolontariat osób starszych może pomóc wyciągnąć ich z izolacji społecznej, a tym samym wzmocnić ich udział i pozycję w społeczeństwie, zwiększyć poziom samooceny wolontariuszy, zmienić stereotypy i promować społeczną oraz polityczną świadomość. Pomagając innym, starsi wolontariusze mogą też pomóc sobie i zwiększyć swój potencjał fizyczny, psychiczny i społeczny, chroniąc się od zagrożeń związanych z przejściem na emeryturę i brakiem aktywności fizycznej [11].

Integracja społeczna związana z wolontariatem może poprawić samopoczucie jednostki, ponieważ zmniejszenie społecznej izolacji może doprowadzić do zmniejszenia depresji. Badania przeprowadzone w różnych krajach na temat wolontariatu wykazały, że ocena wolontariatu, percepcji i oddziaływania nie jest jednakowa we wszystkich krajach i kulturach. Wykazano wysoki wskaźnik uczestnictwa w Europie Północnej i niski poziom uczestnictwa w krajach basenu Morza Śródziemnego [10].

### **Podstawy teoretyczne działania wolontariatu prozdrowotnego osób starszych w Białymstoku**

*Kto nabytą wiedzę pielęgnuje,  
a nową bez przerwy zdobywa,  
ten może być nauczycielem innych*  
Konfucjusz

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego planuje w niedalekiej przyszłości uruchomić III etap edukacji prozdrowotnej seniorów – mieszkańców Białegostoku, polegający na wolontariacie prozdrowotnym, który będzie realizowany w formie edukacji zdrowotnej na zasadzie „senior dla seniora”, gdyż z kilkuletniego doświadczenia w prowadzeniu Uniwersytetu Zdrowego Seniora wynika, iż edukacja zdrowotna należy do najbardziej pożądanych przez osoby starsze obszarów edukacyjnych.

Warto w tym miejscu podkreślić, za Pike i Foster [12], że promocja zdrowia to nie szereg zadań, które są tylko mniej istotnym dodatkiem do leczenia klinicznego, ale to integralna i centralna część wszystkich czynności medycznych, szczególnie ważna w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania zagrożeń, a niejednokrotnie też wczesnych objawów choroby.

Zmiana stylu życia w kierunku prozdrowotnym jest zadaniem niezwykle trudnym, wymagającym wielostronnych i skoordynowanych działań [13]. Należy także pamiętać, że dostarczenie informacji nie jest na ogół wystarczające do zmiany ludzkich zachowań, a niezbędne jest także przekonanie, że tak należy postępować, jednakże dopiero nakłonienie kogoś do takich zmian przynosi pożądany efekt, jak twierdzi Krischner [13] „*następuje wówczas zintegrowanie racjonalnego osądu podjętego wyboru z jego emocjonalnym zaakcentowaniem*”.

Zgodnie z zaleceniami Pike i Foster [12] do głównych nurtów promocji zdrowia należą:

- dostarczanie ludziom właściwych informacji, aby mogli dokonać wyboru,
- umożliwienie ludziom oceny wyborów, jakich dokonują,
- pomaganie ludziom w rozwijaniu zdolności analizowania i odnajdywania



alternatywnych wyborów, które są dla nich otwarte.

Takie też zadania przewidujemy dla edukatorów-seniorów.

Z profilaktyką, rozumianą według WHO jako „*zespół przedsięwzięć mających na celu obniżenie częstości zachorowań przez zmniejszenie ryzyka powstawania choroby*”, ściśle związana jest edukacja zdrowotna. Pod jej pojęciem rozumie się „*zespół wzajemnie spójnych działań inspirowanych zadaniami umożliwiającymi zachowanie zdrowia, dbanie o zdrowie i zapobieganie jego utracie*”. Zadania te mieszczą w trzech wymiarach:

- informacyjnym (oświata zdrowotna - dostarczanie wiedzy o zdrowiu, jego zagrożeniach i możliwościach ochrony);
- czynnościowym (wychowanie zdrowotne - nabywanie nawyków zdrowego życia, czyli uczenie działań indywidualnych dla zachowania własnego zdrowia w życiu codziennym);
- motywacyjnym - pobudzanie aktywności jednostek na rzecz zdrowia, wyzwolenie w jednostce zadowolenia z „bycia zdrowym”, wewnętrznej potrzeby utrzymania zdrowia oraz zainteresowania sposobami podnoszenia jego stanu.

W naszym odczuciu, jako inicjatorów wolontariatu prozdrowotnego seniorów, mogą oni odnieść sukces edukacyjny we wszystkich powyższych trzech obszarach.

Ingrosso [cyt. za 14] wyróżnia trzy modele edukacji zdrowotnej:

- autorytatywną - opartą na przekazie informacji, obejmującym elementy poznawcze, jak i moralne, w której przekaz ten przebiega od osoby posiadającej wiedzę do osoby pragnącej ją zdobyć. Przekazywaną wiedzę łączy się ze szczegółowymi wskazówkami, co powinno być zrobione, a czego należy unikać, aby nie stracić zdrowia. Proces edukacji ma charakter instruktażowy, a celem jest obrona osoby objętej edukacją przed pojawieniem się w jej życiu niekorzystnych dla zdrowia zdarzeń.
- uczestniczącą - opartą na wymianie wiedzy pomiędzy ekspertem, który posiada ogólną wiedzę i umiejętności oraz odbiorcą, który zna warunki, w których żyje i pragnie podzielić się swoją wiedzą na ten temat z ekspertem w celu poprawy własnego stanu zdrowia. Informacje są tu przekładane w dwóch kierunkach, a związek między uczestnikami procesu oparty jest na empatii i zaufaniu. Celem tego typu procesu edukacyjnego jest wyrabianie umiejętności oraz stworzenie warunków i relacji, które będą działać na korzyść rozwoju jednostkowych oraz zbiorowych potencjałów, a także umożliwią przystosowanie jednostek do konieczności i ograniczeń napotykaných w codziennym życiu.

- promującą - opartą na wzajemności i wspólnym świadczeniu procesu dydaktycznego pomiędzy edukatorem i osobą edukowaną, z których każdy posiada inne kompetencje i poglądy, ale jednocześnie są oni na równi zainteresowani aktywizacją procesu edukacji skierowanego na zmianę. Tego typu komunikacja związana jest z porównywaniem różnic, co ma doprowadzić do reorganizacji tego, co wie osoba edukująca (zmiana w kategoriach poznawczo – racjonalnych) oraz tego, czego osoba edukowana doświadcza w codziennym życiu (zmiana kategorii doświadczenia). Celem tego typu edukacji jest uczenie się, sprowadzające się do redefiniowania wcześniej istniejących modeli własnego działania poprzez analizę różnych zadanych kombinacji i rozwiązań alternatywnych oraz doprowadzenie do powstania zdolności do samoorganizacji. Działanie edukacyjne ma charakter „działania z kimś” i zakłada aktywne uczestnictwo osoby objętej edukacją.

Wydaje się, że w przypadku edukatorów-seniorów najbardziej realny na początku wydaje się być model autorytatywny, ale po zdobyciu doświadczenia, w kolejnych latach - także i dwa następne modele.

Wspomniane już wcześniej badania Stowarzyszenia Centrum Wolontariatu w Warszawie pt. „*Wolontariat seniorów w województwie mazowieckim*” [9], wykazały, że preferowanymi przez wolontariuszy-seniorów odbiorcami pomocy wolontarystycznej byli ich rówieśnicy w potrzebie (93% wskazań) lub osoby starsze od respondentów (92%). Kolejne trzy grupy, o nieco niższym odsetku wskazań (86-81%) to dorośli, dzieci oraz ofiary klęsk żywiołowych [9].

Powyższe wydaje się uzasadniać w omawianym projekcie własnym, celowość wybrania za grupę edukowanych rówieśników lub osoby starsze od edukatorów prozdrowotnych. Warto rozważenia jest także uaktywnienie seniorów w działalności prozdrowotnej młodzieży.

### **Założenia wolontariatu prozdrowotnego osób starszych w Białymstoku**

*Największą satysfakcję odczuwamy właśnie wtedy,  
gdy dajemy innym coś z siebie,  
gdy za cel stawiamy sobie poprawienie warunków życia innych ludzi,  
gdy przyłączamy się do jakiejś większej sprawy  
i staramy się wywrzeć pozytywny wpływ na otaczający świat*

*Nick Vujicic*

### **Zadania wolontariatu prozdrowotnego**

Zadania wyznaczone seniorom-edukatorom prozdrowotnym w ramach planowanego projektu mają obejmować pomoc edukowanym w:

- poszerzaniu wiedzy i rozwijaniu ich umiejętności w zakresie sposobów unikania ryzyka zdrowotnego;
- promowaniu zdrowia, poszerzaniu kompetencji zdrowotnych, zmianie zachowań i postaw zdrowotnych oraz w zapobieganiu problemom zdrowotnym poprzez promocję właściwego stylu życia, w tym w sferze zdrowia psychicznego, aktywności intelektualnej, racjonalnego odżywiania, umiejętności rekreacji oraz unikania wszelkiego typu zachowań ryzykownych pod względem zdrowotnym;
- utrwalaniu poglądu, iż zdrowie należy rozumieć wielowymiarowo, nie tylko w aspekcie medycznym, ale także psychospołecznym, kulturowym, środowiskowym i ekonomicznym;
- poznawaniu sposobów wykorzystywania nabytych umiejętności promowania zdrowia w praktyce.

Celem wolontariatu prozdrowotnego seniorów ma być także:

- wyzwolenie u nich dodatkowej motywacji i chęci do samodoskonalenia się, aby jeszcze lepiej pomagać i realizować nowe inicjatywy;
- zwiększenie stopnia integracji pomiędzy osobami starszymi, w tym wypadku edukatorami-seniorami i edukowanymi seniorami.

Seniorzy-wolontariusze medyczni będą aktywizowani do działań obywatelskich i społecznych, będą mieli szansę wyjść do grupy społecznej, którą reprezentują i podzielić się z nimi zdobytą i przyswojoną wiedzę z zakresu nauk medycznych i nauk o zdrowiu. Badania przeprowadzone w 2013 roku, które posłużyły do napisania rozprawy doktorskiej przez dr Mateusza Cybulskiego pt. „Biopsychospołeczne problemy w funkcjonowaniu osób w podeszłym wieku” [15] wykazały bowiem, że to osoby starsze widzą siebie samych w bardziej negatywnym świetle, niż młodzież, a tym samym obaliły mit, że osoby młode stygmatyzują seniorów.

Kolejną ważną funkcją będzie, z założenia, lepsze przyswajanie wiedzy przez edukowanych seniorów, ponieważ potwierdzonym naukowo jest fakt, że edukator z tej samej grupy społecznej, a szczególnie w podobnym wieku jest lepiej odbierany przez słuchaczy.

### ***Dobór seniorów-wolontariuszy prozdrowotnych***

Edukatorami prozdrowotnymi zostaną osoby, które ukończyły dwa wcześniejsze etapy kształcenia prozdrowotnego, czyli Uniwersytet Zdrowego Seniora (I etap) i projekt „Zdrowie

psychiczne osób w podeszłym wieku” (II etap) oraz wyrażą chęć uczestnictwa w III etapie (wolontariat).

Na dzień dzisiejszy chęć uczestnictwa w dalszym etapie kształcenia wyraziło kilkanaście osób.

### ***Sposób realizacji działań***

Edukacja prowadzona będzie w drodze:

- otwartych wykładów dla mieszkańców Białegostoku w wieku 60+ z zakresu realizacji tematu obranego przez edukatora zdrowotnego – seniora;
- spotkań prozdrowotnych w formie pogadanek w instytucjach skupiających osoby starsze;
- imprez prozdrowotnych i społeczno-kulturalnych zorganizowanych w środowisku lokalnym;
- aktywności drogą internetową (wymiana informacji i poglądów na portalach społecznościowych, blogi, czaty).

Miejscem działań będą:

- domy pomocy społecznej,
- zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze,
- oddziały opieki długoterminowej,
- oddziały szpitalne z tzw. „trudnymi pacjentami”, np. oddziały kardiologii inwazyjnej, oddziały neurochirurgii, oddziały rehabilitacji medycznej,
- hospicja,
- Kluby Seniora,
- Uniwersytety Trzeciego Wieku,
- wszelkie akcje prozdrowotne organizowane przez Wydział Nauk o Zdrowiu UMB.

### ***Przygotowanie seniora-wolontariusza prozdrowotnego do działań***

Każdy senior, który podejmie decyzję o chęci działania jako wolontariusz prozdrowotny, będzie do realizacji swoich zadań przygotowany w kilku etapach.

#### ***I etap - szkolenie ogólne dotyczące zasad działania wolontariatu***

Program szkolenia obejmie omówienie:

- terminologii związanej z wolontariatem,
- najważniejszych faktów z historii wolontariatu,

- aspektów prawnych wolontariatu w Polsce,
- rodzajów działań wolontariackich,
- zjawiska stereotypizacji,
- podstaw z zakresu komunikacji interpersonalnej.

### II etap - szkolenie z zakresu metod stosowanych w edukacji zdrowotnej

Program szkolenia obejmie omówienie:

- zasad holistycznego podejścia do chorego,
- głównych podejść w edukacji prozdrowotnej (medyczne, behawioralne, edukacyjne, zorientowane na jednostkę, środowiskowe),
- podstawowych modeli edukacji prozdrowotnej (zorientowanego na chorobę, zorientowanego na czynniki ryzyka, zorientowanego na zdrowie),
- podstawowych metod realizacji programu prozdrowotnego – biernych (np. pogadanka, prelekcja, pokaz, prezentacja filmu) i aktywnych (np. „burza mózgów”, odgrywanie ról, symulacje, zdania niedokończone, studia przypadków, ukierunkowana dyskusja, technika „narysuj i napisz”, techniki twórczego stawiania pytań i rozwiązywania problemów oraz podejmowania decyzji),
- możliwości wykorzystania Internetu w edukacji prozdrowotnej.

### III etap - szkolenie z zakresu tematyki, jaką edukator-senior będzie realizował

- senior wybierze sobie temat z zakresu szeroko rozumianego zdrowia, np. konkretną jednostkę chorobową z jej pełną charakterystyką (przyczyny, objawy, zasady leczenia) i szczególnym naciskiem na przedstawienie zasad profilaktyki z rozróżnieniem faz,
- każdy senior będzie miał przydzielonego „opiekuna merytorycznego”, zatrudnionego w UMB,
- każdy senior zostanie przeszkolony przez opiekuna merytorycznego pod względem tematów prozdrowotnych, które będzie propagował jako wolontariusz prozdrowotny,
- po odbyciu szkolenia zadaniem wolontariusza-seniora będzie przekazanie zdobytej pod nadzorem opiekuna merytorycznego wiedzy innym osobom starszym, które nie były objęte projektami prozdrowotnymi, realizowanymi przez Wydział Nauk o Zdrowiu UMB.

## Plany rozwoju

*Każdy ma coś, co może dać innym*

*Barbara Bush*

W przyszłości rozważana jest także możliwość wdrożenia działań edukacyjnych seniorów-wolontariuszy medycznych w szkołach, obejmujące tematykę profilaktyki uzależnień z wykorzystaniem integracji międzypokoleniowej.

Wydaje się nam, że seniorzy współdziałający z dziećmi i młodzieżą – grupami szczególnie zagrożonymi uzależnieniami (alkohol, narkotyki, dopalacze) mogą pozytywnie, dzięki swojemu doświadczeniu życiowemu, spokojowi, czy cierpliwości, wpłynąć na wzmocnienie poczucia bezpieczeństwa, zaufania i wzajemnej akceptacji społecznej.

Dzieci oraz młodzież w sposób naturalny i bezpieczny mogą od seniorów nauczyć się budowania nowych i zdrowych relacji, pogłębić umiejętności społeczne oraz wzmocnić siły w podejmowanym wysiłku do leczenia i zmiany swojej sytuacji.

Być może, w niektórych przypadkach seniorzy-wolontariusze mogą zastąpić nieobecną w życiu dzieci i młodzieży osobą dorosłą, pełniąc rolę przybranej babci lub dziadka.

## Podsumowanie

*Przestańmy nareszcie kręcić się wokół siebie,*

*a pomyślmy o niesieniu pomocy innym*

*Stefan Wyszyński*

Analiza zasobów internetowych i piśmiennictwa wykazała, że w Polsce dotychczas nie realizowano podobnego projektu, jaki założyli sobie pracownicy Wydziału Nauk o Zdrowiu UMB. Tym samym daje to szansę na wprowadzenie dobrej praktyki, która może być wzorem do realizowania w przyszłości przez inne placówki edukacyjne, skierowane do osób starszych.

Reasumując, na pytanie „Czy wolontariat prozdrowotny seniorów w Białymstoku jest skazany na sukces?” w opinii autorów należy odpowiedzieć zdecydowanie twierdząco.

## Piśmiennictwo

1. MEMO/11/209. Third Demography Report: population is becoming older and more diverse. European Commission, Brussels 2011.
2. Prognoza ludności na lata 2008-2035. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2009.
3. Pazderski F., Sobiesiak-Penszko P.: Wolontariat osób dojrzałych w Polsce. Ekspertyza dla Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Fundusz Inicjatyw Obywatelskich, Warszawa 2012.

4. Ehlers A., Naegele G., Reichert M.: *Volunteering by older people in the EU*. Eurofund, Dublin 2011.
5. Ustawa z dn. 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2003 r., nr 96, poz. 873, z późn. zm.).
6. Przewłocka J.: *Zaangażowanie społeczne Polaków w roku 2010: Wolontariat, filantropia, 1%. Raport z badań*. Stowarzyszenie Klon/Jawor, Warszawa 2011.
7. Eurobarometer. *Active ageing* [online]. Dostępne: [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_378\\_fact\\_pl\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_378_fact_pl_en.pdf). Data pobrania: 20.11.2016.
8. *Angażowanie osób dojrzałych w wolontariat i aktywność społeczną*. Stowarzyszenie Pro Ethica, Ruda Śląska 2012.
9. *Poradnik dla organizacji i instytucji „Jak pracować z wolontariuszem seniorem?”*. Stowarzyszenie Centrum Wolontariatu, Warszawa 2012.
10. Haski-Leventhal D.: *Elderly Volunteering and Well-Being: A Cross-European Comparison Based on SHARE Data*. *International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations* 2009; 20(4): 388-404.
11. Mollon P.E., Gil A.: *Edukacja a jakość życia seniorów*. Wydawnictwo Akademii im. Jana Długosza, Częstochowa 2014.
12. Pike S., Foster D.: *Promocja zdrowia dla wszystkich*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 1998.
13. Krischner H.: *Promocja zdrowia na tle rozwoju medycyny społecznej*. [w:] *Promocja zdrowia*. J.B. Karski (red.). Wydawnictwo IGNIS, Warszawa 1999: 19-39.
14. Słońska Z.: *Edukacja zdrowotna a promocja zdrowia*. [w:] *Promocja zdrowia*. J.B. Karski (red.). Wydawnictwo IGNIS, Warszawa 1999: 304-317.
15. Cybulski M.: *Biopsychospołeczne problemy w funkcjonowaniu osób w podeszłym wieku*. Rozprawa doktorska. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2014.





**Subiektywne opinie seniorów  
na temat  
projektów prozdrowotnych,  
realizowanych przez  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
UMB**



*Anatol Antosiuk\**

Będąc absolwentem Uniwersytetu Zdrowego Seniora Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku w roku akademickim 2015/2016, w czasie uczestnictwa w zajęciach teoretycznych i zajęciach praktycznych posiadam dużą wiedzę z zakresu medycyny, głównie wieku podeszłego.

Zajęcia były prowadzone przez nauczycieli akademickich w sposób bardzo dokładny i zrozumiały dla każdego studenta-seniora.

Bardzo dobra była organizacja zajęć zarówno teoretycznych, jak i praktycznych, a to dzięki dużemu zaangażowaniu i pracy dr Mateusza Cybulskiego.

Uczęszczając na zajęcia przyswoiłem duży zasób wiedzy z medycyny, a mianowicie sposoby pomocy w nagłych wypadkach, występowanie różnych chorób i sposoby ich zapobiegania oraz leczenia.

Dużo dały mi również zajęcia o zdrowym stylu życia seniorów, prawidłowym stosowaniu leków oraz suplementów diety, stosowaniu różnych ćwiczeń fizycznych i ruchowych, a także opiece nad osobami starszymi i wnukami.

Podczas zajęć ćwiczeniowych zapoznałem się z zasadami pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, poziomu cukru we krwi, prowadzenia reanimacji osoby nieprzytomnej oraz pomocy w innych, nagłych wypadkach.

Jednym słowem zajęcia na Uniwersytecie Zdrowego Seniora dały mi dużą wiedzę o tym, jak w podeszłym wieku być cały czas aktywnym, nie chorować, a nawet pomagać innym osobom niedołącznym i schorowanym w właściwy sposób. Jestem bardzo zadowolony z zajęć i zdobytej na nich wiedzy. Uważam, że tego typu zajęcia, jak na Uniwersytecie Zdrowego Seniora powinny być prowadzone dla innych grup seniorów, ponieważ są one bardzo przydatne.

\* - pisownia oryginalna





*Józef Ilczuk\**

O fakcie istnienia Uniwersytetu Zdrowego Seniora dowiedziałem się dzięki tzw. „poczcie pantoflowej”. Dodatkowo los szczęścia dopomógł wejść z listy rezerwowej w skład grupy uczestniczącej w zajęciach.

Już pierwsze zajęcia przyniosły duży ładunek informacji, połączony z pewnego rodzaju zawstyżeniem, że posiadane do tego momentu wiadomości były tak skąpe. Te odczucia powtarzały się po każdym zajęciu. Cały czas intryguje mnie pytanie, dlaczego tak mało wiedziałem? Czy wynika to ze słabości natury ludzkiej i chronicznej skłonności do lenistwa, a może przekaz ważnych informacji z zakresu ochrony zdrowia, jego profilaktyki prowadzony jest w sposób niewłaściwy i tym samym nie jest w stanie przebić się przez potężny bełkot polityczny?

Każde zajęcia dostarczały wiedzy, która po zastosowaniu na co dzień dopingowała, by zmieniać dotychczasowe przyzwyczajenia, zarówno żywieniowe, jak i dotyczące zachowań w zakresie szeroko rozumianej higieny.

Zorganizowanie Uniwersytetu Zdrowego Seniora uważam za nadzwyczaj chwalebny pomysł, wypełniający lukę w profilaktyce zdrowotnej. Idea ta winna być bezwzględnie kontynuowana. Reakcje uczestników były zawsze pozytywne, bez względu na to, jaki był temat wykładu. Osobiście nie zauważyłem żadnych negatywów w organizacji całości zajęć w czasie tego szkolenia. Sporadyczne kłopoty ze znalezieniem czasu przez wykładowcę i przesunięciem tematu na inny termin świadczą o tym, że pracownicy naukowci Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku mają po prostu ogrom zajęć. Tę opinię podzielało wielu uczestników szkolenia. Jeśli byli jacyś malkontenci, to uważam ich za swego rodzaju folklor, ubarwiający całość.

Jeżeli chodzi o tematy zajęć, które były omawiane, uważam, że były kompletne. Obejmowały problemy, z jakimi na co dzień spotykają się osoby w wieku późnej dorosłości. Zawsze istnieje możliwość rozszerzenia zakresu szkoleń, wprowadzenia nowych tematów, jednak uniwersalne przeszkody, jakimi są czas i pieniądze, potrafią przeszkodzić w realizacji najbardziej ambitnych projektów.

Bardzo wysoko oceniam zajęcia praktyczne. Również i one pokazały, jak mało wiemy w temacie, np. udzielania pierwszej pomocy, czy jak prawidłowo należy oddychać. Osobiście jestem bardzo wdzięczny organizatorom Uniwersytetu Zdrowego Seniora za zorganizowanie zajęć praktycznych w gabinecie USG. Dzięki temu dowiedziałem się o istniejącej zmianie chorobowej i obecnie grzecznie oczekuję w kolejce na wizytę u lekarza specjalisty.

Serdecznie dziękuję organizatorom i wykładowcom Uniwersytetu Zdrowego Seniora za wiedzę, jaką mi przekazali.

\* - pisownia oryginalna





W roku akademickim 2015/2016 uczęszczałyśmy na zajęcia Uniwersytetu Zdrowego Seniora. Przyjęto nas bardzo serdecznie i poważnie - tak jak prawdziwych studentów. Odbyla się inauguracja roku, otrzymaliśmy indeksy, teczki ze świetnie przygotowanym programem zajęć oraz materiałami pomocniczymi do realizacji tego programu. Czułyśmy się bardzo szczęśliwe i dowartościowane, że w jesieni życia możemy jeszcze „postudiować”. Zajęcia odbywały się dwa razy w miesiącu. Mobilizowało nas to do większego zadbania o swój wygląd - trzeba było ładniej się ubrać, pójść do fryzjera, podmalować. Najważniejsze jednak było to, że mamy okazje wyjść z domu, spotkać się z ludźmi.

Wszystkie zajęcia były bardzo ciekawe, starannie przygotowane przez prowadzących. Zyskałyśmy bardzo dużo wiedzy, niby prostej, trochę znanej, ale fachowo pogłębionej, rozszerzonej i usystematyzowanej, a mianowicie wiedzy o:

- prawach pacjenta,
- chorobach neurologicznych, nowotworowych, pokarmowych, skórnych i innych,
- praktycznej umiejętności dotyczącej poprawnego mierzenia ciśnienia, badania poziomu cukru oraz interpretacji wyników,
- treningu w udzielaniu pierwszej pomocy,
- opieki nad osobami obłożnie chorymi,
- właściwego przygotowania się do badań (poprawnego pobierania próbek materiału biologicznego) w laboratorium,
- właściwego przygotowania się do badań radiologicznych, USG, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego,
- poznania aktualnej piramidy żywieniowej oraz zasad prawidłowego odżywiania,
- wiadomości na temat stosowania suplementów diety,
- roli babci i zagadnień związanych z wychowywaniem wnucząt,
- roli ruchu w naszym wieku.

Uzyskaną wiedzę staramy się przekazywać naszym dzieciom, wnukom, znajomym, rodzinie. Uświadomienie nam wagi ruchu dla życia w zdrowiu sprawiło, że staramy się o to dbać. Chodzimy na gimnastykę dla seniorów, masaże, basen. Uprawiamy Nordic Walking, chodzimy na spacer. Uczestniczymy częściej w imprezach kulturalnych i rozrywkowych. Innymi słowy rozpoczęłyśmy aktywniejsze życie. Wszystkie mamy wnuki, a dwie z nas oczekują na kolejne. Po wykładzie dr Ireny Fiedorczyk kupimy naszym



nowonarodzonym wnuczkom białą, jedwabną chusteczkę do rączek, a nie kolorową, plastikową grzechotkę lub karuzelę do łóżeczka.

Serdecznie dziękujemy Pani prof. Elżbiecie Krajewskiej-Kułąk za zorganizowanie Uniwersytetu Zdrowego Seniora, wszystkim wykładowcom za przekazaną wiedzę, opiekunowi dr Mateuszowi Cybulskiemu za sprawną organizację zajęć i cierpliwość do nas - emerytów, a koleżankom i kolegom za miłą atmosferę. Czekamy na kontynuację nauki na studiach podyplomowych.

\* - pisownia oryginalna



Moja przygoda z Uniwersytetem Zdrowego Seniora zaczęła się od przeglądu porannej gazety. Pewnego dnia, po śniadaniu, wspólnie z mężem znaleźliśmy w Kurierze Porannym wzmiankę o naborze do III edycji UZS. Mąż przekonał mnie do uczestnictwa w zajęciach, abym trochę oderwała się od codziennych obowiązków domowo-rodzinnych. Po krótkiej dyskusji ubraliśmy się i pojechaliśmy zapisać się. Byłam bardzo zaskoczona ilością osób chętnych do udziału w tym przedsięwzięciu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Przed drzwiami, gdzie trwał nabór, kłębił się tłum. Zaczęłam wątpić, czy przed zamknięciem listy przyjętych, uda się dotrzeć do biurka, przy którym zapisy prowadził pan dr Mateusz Cybulski. Udało się! W ten sposób rozpoczęłam piękną przygodę – stałam się „studentką”.

Od pierwszych zajęć w ramach Uniwersytetu Zdrowego Seniora okazało się, że wykłady, fakultety i zajęcia praktyczne są bardzo ciekawe. Prowadzący zajęcia wykładowcy dzielili się ze słuchaczami swoją ogromną wiedzą. Wiadomości przekazywane były w interesującej formie, w ciekawy sposób i z wielkim zaangażowaniem prowadzących zajęcia. Mnie osobiście najbardziej pomocna była wiedza jak unikać depresji i jak radzić sobie z tym problemem, gdy nastąpi załamanie zdrowia psychicznego. Dzięki zajęciom mocno uzmysłowiłam sobie jak ważny jest dla zdrowia fizycznego i psychicznego ruch na świeżym powietrzu. Bardzo utkwiły mi w pamięci zajęcia z pierwszej pomocy. Okazało się, że łatwo można, mając podstawową wiedzę, pomóc potrzebującym, np. w przypadku zasłabnięcia czy urazu. Wielkie emocje towarzyszyły mi przy przeprowadzaniu, pierwszej w moim życiu, reanimacji... Na szczęście tylko na fantomie.

Podsumowując stwierdzam, że:

- ✓ zajęcia były bardzo ciekawe i pożyteczne;
- ✓ forma i zakres przekazywanej wiedzy były dostosowane do oczekiwań studentów – seniorów;
- ✓ darzę wielkim szacunkiem wszystkich prowadzących zajęcia – za ich wiedzę i zaangażowanie;
- ✓ szkoda, że to „studiowanie” już się skończyło, bo jak wszystko, co miłe i przyjemne, trwało zbyt krótko;
- ✓ poznałam nowych ludzi, których nigdy bym nie spotkała, gdybym siedziała w domu;
- ✓ z częścią uczestników zajęć w dalszym ciągu spotykam się – trzymamy się razem, wspieramy się wzajemnie, utrzymujemy kontakty telefoniczne.

Na koniec moja refleksja o młodzięczych marzeniach i ich częściowym spełnieniu. W latach 60-tych ubiegłego wieku byłam uczennicą liceum ogólnokształcącego w mieście powiatowym. Pilnie uczyłam się, marząc o dostaniu się na studia w ówczesnej Akademii Medycznej w Białymstoku. Niestety do realizacji moich planów nie doszło, gdyż moich rodziców nie było stać na finansowanie mojego pobytu poza domem. Zaraz po maturze musiałam podjąć pracę zawodową, by pomóc rodzicom w utrzymaniu mojego młodszego rodzeństwa. Dzięki uczestnictwu w zajęciach Uniwersytetu Zdrowego Seniora poczułam odrobinę smaku studiów medycznych.

Dziękuję i serdecznie życzę wszystkim wykładowcom i organizatorom tej formy aktywizacji seniorów wielkich sukcesów w życiu zawodowym oraz szczęścia osobistego.

\* - pisownia oryginalna





*Zofia Radziszewska\**

Uniwersytet Zdrowego Seniora to cudowny projekt i aż szkoda, że trwał tak krótko.

Zajęcia prowadzone były w sposób bardzo ciekawy, przystępny i zawsze w serdecznej atmosferze, z szacunkiem do nas – seniorów.

Zakres i treść przekazanej wiedzy są bardzo cenne i przydatne.

Zajęcia praktyczne, w szczególności zajęcia z pierwszej pomocy, podobały mi się najbardziej.

\* - pisownia oryginalna



*Teresa Rafałowska\**

O tym, że Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku umożliwia osobom będącym na emeryturze zdobywanie cennych wiadomości, wiedziałam od koleżanki, która była już studentką Uniwersytetu Zdrowego Seniora. Pilnowałam informacji o naborze studentów-seniorów na kolejny rok. Udało mi się zapisać, choć stałam cierpliwie w kolejce i nie miałam pewności, że znajdę się na liście słuchaczy. Tak duża liczba chętnych świadczy o dużej popularności zdobywania niezbędnej wiedzy medycznej.

13 października 2015 roku odbyła się inauguracja Uniwersytetu Zdrowego Seniora. Byłam mile zaskoczona tą uroczystością, która przebiegała tak samo godnie, jak ta, kiedy zaczynałam swoje studia wiele lat temu.

Już pierwszy wykład uświadomił mi, że niewiele wiem o prawach pacjenta, o możliwościach zdobywania informacji dotyczącej terminów oczekiwania na leczenie u lekarzy specjalistów.

Kolejne wykłady też były bardzo ciekawe. Tematy były związane z naszym zdrowiem, a przede wszystkim z profilaktyką. Wiele dowiedziałam się o dodatkowych badaniach laboratoryjnych, USG, tomografii komputerowej, RTG, rezonansie magnetycznym. Uświadomiłam sobie jak ważna jest sprawność fizyczna i że ruch to naprawdę zdrowie. Wiele wykładów i ćwiczeń poświęconych było informacjom, jak należy czytać wyniki naszych badań, o diecie w starszym wieku oraz kiedy i w jaki sposób trzeba walczyć z określoną chorobą. Zdobyłam również cenne informacje na temat zdrowia psychicznego, chorób dermatologicznych, metabolicznych, a także o istotnym wpływie środowiska na nasze zdrowie.

Uczestniczyłam w ćwiczeniach z zakresu udzielania pierwszej pomocy. Będąc nauczycielką wiedziałam wiele na ten temat, ale odbyte ćwiczenia były praktyczne i długo je zapamiętam.

Za zgodą wykładowców, niektóre wiadomości zamieściłam na portalu internetowym [senior.bialystok.pl](http://senior.bialystok.pl).

Na to, że tak chętnie uczestniczyłam i zdobywałam cenne wiadomości o zdrowiu, wpływ miało wiele czynników. Przede wszystkim otwartość na nasze problemy, gotowość udzielenia informacji i wysoka kultura osobista naszego opiekuna - dr Mateusza Cybulskiego. Mimo dużej różnicy wieku między studentami, a opiekunem, nie czuliśmy się „starzy”. Jego ciepłe słowa oraz uśmiech na długo pozostaną w naszej pamięci. Dziękujemy!



Kolejny czynnik to właściwy dobór tematów wykładów i ćwiczeń. Wiadomo było, że oprócz studentów na spotkania przychodzili „wolni słuchacze”. Oni też chcieli dowiedzieć się o profilaktyce i leczeniu. Teraz na pewno są studentami Uniwersytetu Zdrowego Seniora.

Na wyróżnienie zasługuje także ogromna kompetencja i sposób prowadzenia zajęć przez świetnie przygotowanych wykładowców. Zawsze po zajęciach mieli czas na indywidualne rozmowy z nami i starali się nam pomóc wyjaśnić bądź rozwiązać nasz problem.

Szkoda, że Uniwersytet Zdrowego Seniora trwał tylko jeden rok akademicki, ale mam nadzieję, że będę mogła uczestniczyć w zajęciach jako słuchaczka studiów podyplomowych.

Dziękuję za umożliwienie zdobycia cennej wiedzy medycznej.

\* - pisownia oryginalna



*Jan Sidoruk\**

Urodziłem się optymistą z dużym zaufaniem do ludzi. Pracowałem, aby lepiej żyć, a teraz maluję, aby pięknie żyć. Na drodze życiowej miałem szczęście spotykać dobrych ludzi. Tak było na Uniwersytecie Trzeciego Wieku, gdzie zacząłem naukę malowania w 2005 roku. Grupa liczyła 16 osób, a ja byłem w niej jedynym mężczyzną. Spotykamy się teraz raz w tygodniu w gmachu Wydziału Pedagogiki Uniwersytetu w Białymstoku przy ulicy Świerkowej. Po pięciu latach nauki malowania obrazy nadawały się do pokazania.

W tym czasie było ogłoszenie, że w Pałacu Branickich, w styczniu 2010 roku odbędzie się aukcja charytatywna dla Fundacji „Pomóż Im”. W aukcji, w formie wolontariusza miał wziąć udział słynny aktor, Cezary Żak. Na aukcję zaniósłem swój obraz „Piwonie”. Wtedy to spotkałem wspaniałych ludzi, którzy ciągle organizują aukcje charytatywne: prof. dr hab. n. med. Elżbietę Krajewską-Kułąk oraz dr n. o zdr. Mateusza Cybulskiego. Podczas pamiętnego koncertu Cezary Żak wylicytował mój obraz za 550 zł, a lek. Dariusz Kuć z Hospicjum dla Dzieci z Chorobami Nowotworowymi serdecznie mu za to podziękował.

Od tego czasu nawiązałem stałą współpracę z prof. Krajewską-Kułąk i dr Cybulskim, ponieważ przekazałem im kilka obrazów na aukcje prowadzone w ramach koncertów charytatywnych. Zaowocowało to tym, że w 2013 roku zostałem zaproszony przez dr Cybulskiego na I edycję Uniwersytetu Zdrowego Seniora. Wykłady na temat zdrowia osób starszych prowadzili profesorowie. Uniwersytet Zdrowego Seniora ukończyłem w roku akademickim 2013/2014 z zadowoleniem i dyplomem.

Za dwa lata, w roku akademickim 2015/2016 odbyło się drugie szkolenie medyczne na temat „Zdrowie psychiczne osób w podeszłym wieku”. Dwa semestry ukończyłem z zadowoleniem i dyplomem podpisanym przez prof. dr hab. n. med. Sławomira Jerzego Terlikowskiego, Dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu oraz prof. dr hab. n. med. Elżbietę Krajewską-Kułąk.

Tak wspaniali wykładowcy pokazali nam wszystkim, jak należy dbać o zdrowie w podeszłym wieku. Najlepszy wykład dała dr Irena Fiedorczyk na temat niemowlaków. Powiedziałem sobie, że co tu mają szukać babcie i dziadki, jak ich wnuki są już po studiach, lecz to było złudzenie. Wykład był tak interesujący, że zapisałem sześć stron brulionu. Po zajęciach zapytałem Panią dr, czy ta nauka nie jest za późno o 50 lat. Pani dr potwierdziła, że tak, tylko „*ja też miałam niemowlaki i był wielki problem: pleśniawki - pogotowie, brzuszek - pogotowie. A teraz wiem, że to przyszło i poszło, i nie ma biedy*”.

Aktualnie wiedzę zdobytą na wykładach na Uniwersytecie Zdrowego Seniora przekazuję  
wszem i wobec.

\* - pisownia oryginalna





*Felicja Wójcik\**

We wrześniu 2015 roku w godzinach wieczornych zadzwonił telefon. Po drugiej stronie była moja koleżanka Renia, która powiedziała: „*Słuchaj, Felicjo. Zapisaliśmy Ciebie na Uniwersytet Zdrowego Seniora. Czy się zgadzasz?*”. Po tych słowach byłam tak zaskoczona, że zamilkłam. „*Halo! Jesteś tam?!*” – pytała Renia. „*Oczywiście, że jestem*” – odpowiedziałam. Byłam dumna. Raz, że mam tak wspaniałe koleżanki, po drugie, że Uniwersytet Medyczny w Białymstoku ma dobrą opinię w naszym mieście. Zawsze podziwiałam studentów tej uczelni. A teraz ja miałam usiąść w auli i być słuchaczem.

Inauguracja roku akademickiego była bardzo uroczysta. Oczywiście i my byliśmy odświętni. Potraktowano nas bardzo poważnie. Władze dziekańskie ubrane były w togi i birety – mieli wiele ciepła w całej swej postaci. Odśpiewaliśmy na stojąco Hymn Państwowy i Gaude Mater, a także złożyliśmy ślubowanie, którego treść była wyświetlona na ekranie. Każdemu z nas dano torbę z materiałami i uściśnięto rękę. Było to bardzo wzniosłe przeżycie. Naszym opiekunem został Pan dr Mateusz Cybulski, który mógłby być moim wnukiem – młody, przystojny i bardzo grzeczny, co okazało się później.

Zajęcia odbywały się 2 razy w miesiącu w godzinach popołudniowych. Prowadzili je wykładowcy z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Traktowali nas poważnie. Przez 1,5 godziny wykładów stali, a my siedzieliśmy, słuchaliśmy, notowaliśmy. Byli bardzo dobrze przygotowani, bo swoje wykłady popierali filmami, a nawet rozdawali nam materiały, które pełniły funkcję notatek. Można było zadawać pytania – czasami było humorystycznie i wesoło.

Ja byłam bardzo dumna. Wszystkim znajomym, bez względu na to, czy chcieli tego słuchać, czy nie, opowiadałam, że jestem słuchaczką Uniwersytetu Zdrowego Seniora na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku. „*Ta to umie się wkręcić*” – tak o mnie mówiono. W tym miejscu chciałabym wspomnieć o pewnym, zabawnym zdarzeniu. Mam znajomą 40-latkę. Jej też powiedziałam o tych studiach. Powtórzyła to swojemu koledze. Podczas naszego wspólnego spotkania próbowali mi wyperswadować ten pomysł, bo mam swoje lata i to nie dla mnie. Byli zaskoczeni, że w wieku 70 lat też można się doksztalać.

Co mi dało studiowanie na UZS? W moim odczuciu bardzo dużo. To był prawdziwy „*eliksir medyczny*”. Przez ten cały rok nauczyłam się bardzo dużo o swoim zdrowiu – jak o niego dbać, gdzie szukać pomocy lekarskiej. W zasadzie o tym wszystkim można dowiedzieć się z Internetu, czy od znajomych, ale nie w takiej formie przekazu. Mogłam w swoim środowisku dyskutować na tematy medyczne, a w niektórych przypadkach byłam bardziej kompetentna od swoich rozmówców.

Uniwersytet Zdrowego Seniora jest instytucją powołaną nie z papieru, druku, czy jakiejś ustawy, ale tu widać i słycać SERCE założycieli. Pamiętali o nas – seniorach. Dali nam radość i to, że mogliśmy się chwalić, uśmiechać, czuć się jeszcze czynni, że mogliśmy... Szkoda, że Uniwersytet Zdrowego Seniora trwa tylko jeden rok.

Po zakończeniu naszej edukacji nadal spotykamy się w swoich grupach przy kawie. Nawiązały się nowe znajomości. Z niektórymi absolwentami rozmawiam tylko telefonicznie. Obgadujemy i bardzo ciepło wspominamy rok naszego studiowania.

Organizatorom, wykładowcom, słuchaczom, a przede wszystkim dr Mateuszowi Cybulskiemu, naszemu opiekunowi, serdecznie dziękuję za trud, poświęcenie i cierpliwość wobec nas.

Jestem dumna i bardzo się cieszę, że u nas w Białymstoku, moim rodzinnym mieście, doceniają i wspomagają seniorów!

\* - pisownia oryginalna







**ISBN 978-83-946571-1-6**