

dr Marta Koszczyć

Katedra Dydaktyki Wychowania Fizycznego AWF we Wrocławiu

marta.koszczyc@awf.wroc.pl



Marta Koszczyć – pracownik naukowo-dydaktyczny Katedry Dydaktyki Wychowania Fizycznego Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu, doktor nauk o kulturze fizycznej. Od 2007 r. adiunkt w Zakładzie Teorii Wychowania Fizycznego i Zdrowotnego. Obecnie pełni funkcję Kierownika Uniwersytetu Trzeciego Wieku Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu. Problemy badawcze: szkolne wychowanie fizyczne i zdrowotne, edukacja zdrowotna ludzi późnej dorosłości, przygotowanie kadr pedagogicznych do pracy z seniorami.

mgr Łukasz Koper

Katedra Dydaktyki Wychowania Fizycznego AWF we Wrocławiu

Stowarzyszenie AVEC

lukasz.koper@awf.wroc.pl



Łukasz Koper – pracownik naukowo-dydaktyczny Katedry Dydaktyki Wychowania Fizycznego Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu, mgr wychowania fizycznego (2008) i mgr fizjoterapii (2009). Aktualnie słuchacz III. roku stacjonarnych studiów doktoranckich w Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu. Obecnie pełni funkcję Sekretarza Uniwersytetu Trzeciego Wieku Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu. Problemy badawcze: szkolne wychowanie fizyczne i zdrowotne, edukacja zdrowotna ludzi późnej dorosłości, przygotowanie kadr pedagogicznych do pracy z seniorami.

Styl życia a przekonania zdrowotne seniorów

Streszczenie: Człowiek prowadzący zdrowy styl życia powinien w swoim postępowaniu kierować się określonym systemem zasad, do których m.in. należą: regularne podejmowanie aktywności fizycznej, racjonalne odżywianie oraz higieniczny tryb życia. Są to elementy istotne na wszystkich etapach życia człowieka, bez względu na jego stan zdrowia czy status społeczny. Szczególnego znaczenia zasady te

nabierają w przypadku osób starszych, gdyż wraz z biegiem lat mają one coraz większy wpływ na jakość życia człowieka, a więc sprawność, samodzielność, niezależność. Coraz częściej wdraża się różnego rodzaju programy ćwiczeń dla osób w wieku późnej dorosłości propagujące zdrowy styl życia. Niestety wszelka działalność fizyczna w tym wieku kojarzona jest najczęściej z rehabilitacją bądź z leczeniem sanatoryjnym. Jeśli nawet niektóre z instytucji proponują zajęcia z zakresu aktywności fizycznej, to dotyczą one zazwyczaj prewencji wtórnej chorób i podejmowane są z inicjatywy i pod nadzorem pracowników służby zdrowia.

Projekt @ktywny Senior jest próbą wypełnienia luki, jaka pojawiła się w obszarze ogólnie pojętej aktywizacji osób po 60. roku życia. Wprowadzenie do programu zajęć Edukacji Fizycznej i Zdrowotnej nie tylko wzbogaciło ofertę, ale przede wszystkim wpłynęło na podniesienie wiedzy i umiejętności seniorów w zakresie całozyciowej troski o zdrowie. Program kursu obejmował cykl wykładów oraz zajęć praktycznych, których celem było wskazanie seniorom pozytywnych aspektów regularnej aktywności ruchowej, a także doświadczenie na sobie korzystnych efektów podejmowanych ćwiczeń.

W trakcie trwania projektu zostały przeprowadzone badania mające na celu rozpoznanie stylu życia seniorów ze szczególnym uwzględnieniem aktywności fizycznej na tle ich przekonań zdrowotnych. Przyjęto także hipotezę, że poziom reprezentowanych przekonań zdrowotnych warunkuje styl życia seniorów w obszarze aktywności fizycznej. Każdy z uczestników otrzymał do wypełnienia kwestionariusze ankiet „BM/HF” i „Zdrowy styl życia”. Wyniki uzyskane w badaniu nad zachowaniami zdrowotnymi wykazały, że najbardziej zaniedbanymi obszarami czynności zdrowotnych seniorów są systematyczne ćwiczenia fizyczne oraz umiejętność kontrowania poziomu stresu. Model zdrowia, jaki charakteryzuje seniorów, nie jest jednoznaczny, choć seniorzy skłaniają się bardziej ku modelowi holistyczno-funkcjonalnemu.

Na podstawie analizy informacji dotyczących elementów stylu życia seniorów w kontekście wyników opisujących model zdrowia, możemy sądzić, że pomimo tego, iż respondenci osiągnęli średnie rezultaty wyższe w zakresie modelu holistyczno-funkcjonalnego, to jednak ich poziom aktywności fizycznej był niski. Być może seniorzy nie dostrzegają związku pomiędzy zdrowiem a potrzebą pomnażania swojej sprawności fizycznej.

W świetle uzyskanych wyników badań można wnioskować, że istnieje pilna konieczność wprowadzenia zajęć z Edukacji Fizycznej i Zdrowotnej do programów skierowanych do osób po 60. roku życia.

Słowa kluczowe: ludzie późnej dorosłości, przekonania zdrowotne, zdrowy styl życia, aktywność fizyczna.

Harmonijny styl życia zapewniający ludziom dobry stan zdrowia zarówno fizycznego, jak i psychicznego jest określane w piśmiennictwie światowym terminem *wellness*, a jego hasło przewodnie to *feel good* – czuj się dobrze. Człowiek prowadzący zdrowy styl życia powinien w swoim postępowaniu kierować się określonym systemem zasad, do których m.in. należą: regularne podejmowanie aktywności fizycznej, racjonalne odżywianie oraz higieniczny tryb życia. Są to elementy istotne na wszystkich etapach życia człowieka, bez względu na jego stan zdrowia czy status społeczny¹⁾.

Szczególnego znaczenia zasady te nabierają w przypadku osób starszych, gdyż wraz z biegiem lat mają one coraz większy wpływ na jakość życia człowieka, a więc sprawność, samodzielność, niezależność²⁾. Należy również podkreślić, że obraz ogół-

¹⁾ E. Kozdroń, *Program rekreacji ruchowej osób starszych*, Warszawa 2004, s. 5–7.

²⁾ Tamże.

nej motoryki w wieku senioralnym, warunkowany jest stylem życia i stanem zdrowia z poprzednich etapów ludzkiej egzystencji. W żadnym z wcześniejszych okresów nie występują w motoryczności człowieka tak znaczące konsekwencje funkcjonowania w latach wcześniejszych³⁾.

Styl życia człowieka możemy określić jako zespół zachowań charakteryzujący ogólny sposób funkcjonowania jednostki lub grupy, uzależniony od norm społecznych i kulturowych, w których człowiek lub grupa egzystują, od osobistych wartości, postaw i wiedzy jednostki oraz od ogólnej ekonomicznej, politycznej i organizacyjnej struktury społeczeństwa⁴⁾. Do stylu życia zalicza się zatem zachowania powtarzające się, złożone i rozciągnięte w czasie, które pozostają pod wpływem i modyfikowane są przez środowisko psychospołeczne – rodzinę, społeczność, kulturę.

Wśród wielu zachowań człowieka możemy wyróżnić również działania podejmowane ze względów zdrowotnych lub takie, które mają na nie udokumentowany wpływ. Zachowania te możemy podzielić na sprzyjające zdrowiu oraz szkodliwe. Do pozytywnych działań możemy zaliczyć wspomniane wcześniej racjonalne żywienie, unikanie używek, radzenie sobie ze stresem czy aktywność fizyczną, do negatywnych – palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, zachowania agresywne, nieprawidłową dietę⁵⁾.

Aktywność ruchowa sprzyja nie tylko rzeźbieniu ciała człowieka oraz osiągnięciu rekordowych wyników, ale jest także elementem nierozzerwalnie związanym ze zdrowiem i w znaczącym stopniu warunkuje jego poziom. Podejmowane systematycznie ćwiczenia fizyczne są jednym z ważniejszych czynników sprzyjających opóźnieniu procesów inwolucyjnych. Istnieje pogląd, iż działanie to jest skuteczniejsze od środków farmakologicznych. Aktywne spędzanie czasu wolnego stymuluje wydolność fizyczną, poprawia pracę serca, zwiększa elastyczność ścian naczyń, polepsza sprawności zmysłów. Co prawda nie ma w dniu dzisiejszym naukowych dowodów, że ćwiczenia fizyczne przedłużają życie, natomiast wiemy na pewno, że poprawiają jego jakość⁶⁾.

To, jaki styl życia będzie propagował człowiek, zależy również od tego, jak postrzega zdrowie i chorobę. Postrzeganie zdrowia jako wartości można wyjaśnić w świetle biomedycznej i holistyczno-funkcjonalnej teorii zdrowia.

W modelu biomedycznym (BM) zdrowie i choroba są stanami rozłącznymi, człowiek albo jest zdrowy, albo chory; nie ma stanów pośrednich. Pozostają one poza kontrolą jednostki. Zdrowie w tym sposobie pojmowania jest sprowadzone jedynie do zasad biologicznego funkcjonowania jednostki na bazie wrodzonych możliwości. Zdrowia jako stanu normalnego *nie dostrzega się*. Praktyka medyczna określa

³⁾ W. Osiński, *Antropomotoryka*, Poznań 2000, s. 75–77.

⁴⁾ B. Woynarowska, *Zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce i innych krajach*, Warszawa 1996, s. 9–10.

⁵⁾ A. Łuszczzyńska, *Zmiana zachowań zdrowotnych – dlaczego dobre chęci nie wystarczą?*, Gdańsk 2004, s. 14–21.

⁶⁾ W. Osiński, dz. cyt., s. 75–77.

jedynie jego brak. Włącza się wtedy procedurę naprawczą; a więc lekarz nie zajmuje się człowiekiem w stanie zdrowia:

Gdybym chciał – jako zdrowy – poprosić lekarza o wskazanie, by zdrowie pomnożyć („by być zdrowszym”), zostałbym podejrzany o chorobę psychiczną i odesłany „na oddział zamknięty”⁷⁾.

Choroba natomiast jest sytuacją, w której organizm nie jest w stanie opierać się negatywnym czynnikiem napływającym ze środowiska zewnętrznego. Wówczas niezbędna, jak wydaje się w ten sposób myślącej osobie, jest opieka lekarska⁸⁾.

Model biomedyczny uwzględnia wyobrażenia i emocje jako aspekty psychiki, które nie mogą warunkować zdrowia ciała. Uwaga koncentrowana jest na biochemicznych przyczynach chorób. Wymiar społeczny, psychologiczny i behawioralny nie mieszczą się w tym schemacie. W paradygmacie tym **ciało ludzkie „uważa się za biomaszynę” i w przypadku dysfunkcji, czyli choroby pojawia się lekarz jako inżynier uszkodzonego mechanizmu a człowiek doświadczony dysfunkcją „nie ma nic do powiedzenia” w swojej sprawie.**

Model holistyczno-funkcjonalny (HF). Zdrowie to zmieniający się zasób, a choroba to deficyt zasobu odpornościowego, którego potencjał zależy w dużej mierze od świadomej aktywności **podmiotu**, który może się **zdrowia uczyć, może je promować, chronić i uczestniczyć w procesie leczenia**, gdy na skutek działania patogenów i obniżenia się odporności dochodzi do choroby (czyli załamania dynamicznej równowagi). W modelu tym mówimy, że człowiek tworzy zdrowie i człowiek choruje, a nie że choroba „dopada” człowieka. Według teorii holistyczno-funkcjonalnej człowiek jest zarówno podmiotem (decyduje o zmianach wobec siebie), jak i osobą społeczną powiązaną relacyjnie ze społeczeństwem oraz osobnikiem zintegrowanym adaptacyjnie z przyrodą. Co oznacza, że o jego zdrowiu:

- **przesądza on sam,**
- **na jego zdrowie mają wpływ inni,**
- **jego stan zdrowia determinuje „siła natury”⁹⁾.**

Przekonania zdrowotne będą miały zatem duże znaczenie dla podejmowania wszelkich działań służących zdrowiu.

Na świecie wdraża się różnego rodzaju programy ćwiczeń dla osób w wieku późnej dorosłości propagujące zdrowy styl życia. Nie można jednak w sposób bezpośredni wdrożyć ich do polskiej rzeczywistości. Inne są bowiem oczekiwania, warunki i możliwości osób starszych w naszym kraju. Powinniśmy dążyć zatem do stworzenia własnych standardów, wypracowania skutecznych metod aktywowa-

⁷⁾ A. Pawłucki – opracowanie własne dostępne u autora.

⁸⁾ H. Sęk, I. Ściagała, T. Pasikowski, M. Beisert, A. Bleja, *Subiektywne koncepcje zdrowia. Wybrane uwarunkowania*, „Przegląd Psychologiczny” 1992, 35(3), s. 351–363; H. Sęk, T. Pasikowski, I. Ściagała, *Sense of Coherence and Subjective Health Concepts*, „Polish Psychological Bulletin” 1994, vol. 25(1), s. 15–23.

⁹⁾ A. Pawłucki, dz. cyt.

nia rodzimego społeczeństwa. W Polsce brak jest jednolitego programu, który promowałaby aktywizację ruchową osób starszych. Wszelka działalność fizyczna w tym wieku kojarzona jest najczęściej z rehabilitacją bądź z leczeniem sanatoryjnym. Jeśli nawet niektóre z instytucji proponują zajęcia z zakresu aktywności fizycznej, to dotyczą one zazwyczaj prewencji wtórnej chorób i podejmowane są z inicjatywy i pod nadzorem pracowników służby zdrowia. W Polsce w promocji zdrowego stylu życia osób starszych brakuje przede wszystkim:

- właściwie prowadzonej polityki społeczno-zdrowotnej na wszystkich szczeblach zarządzania,
- efektywnej edukacji zdrowotnej we wszystkich okresach ontogenezy,
- powszechnego dostępu do zajęć z zakresu kultury fizycznej zarówno kobiet, jak i mężczyzn po 60. roku życia, stosownie do ich możliwości zdrowotnych, sprawnościowych czy finansowych¹⁰⁾
- oraz brak wykwalifikowanej kadry instruktorskiej dla tej grupy wiekowej.

Projekt *@ktywny Senior* jest próbą wypełnienia luki, jaka pojawiła się w obszarze ogólnie pojętej aktywizacji osób po 60. roku życia. Wprowadzenie do programu zajęć Edukacji Fizycznej i Zdrowotnej nie tylko wzbogaciło ofertę, ale przede wszystkim wpłynęło na podniesienie wiedzy i umiejętności seniorów w zakresie całonocnej troski o zdrowie.

Program kursu obejmował cykl wykładów oraz zajęć praktycznych, których celem było wskazywanie seniorom pozytywnych aspektów regularnej aktywności ruchowej, a także doświadczenie na sobie korzystnych efektów podejmowanych ćwiczeń. Osiągnięcie powyższego celu było możliwe dzięki realizacji następujących zadań:

- ❖ Uświadomienie i przekazanie wiadomości na temat aktywności ruchowej ludzi w wieku późnej dorosłości oraz jej znaczenia dla podnoszenia jakości życia.
- ❖ Opanowanie przez seniorów wybranych metod i form aktywności ruchowej stosowanych w celu podtrzymania i pomnażania zdrowia.

Tematyka wykładów obejmowała zagadnienia dotyczące kultury fizycznej, związku aktywności fizycznej ze zdrowiem, prewencji przedwczesnego starzenia się, profilaktyki chorób cywilizacyjnych i uzależnień, metod i form aktywności fizycznej. Zajęcia teoretyczne były znakomitym sposobem na przedstawienie zasad bezpieczeństwa, jakie obowiązują podczas podejmowania aktywności fizycznej, a także powodowały jeszcze mocniejsze zmotywowanie seniorów do realizacji ćwiczeń fizycznych podczas programu oraz po jego zakończeniu.

Zajęcia praktyczne stanowiły drugą część cyklu, w której to *@ktywni seniorzy* mogli wykorzystać poznane wiadomości w kilku formach ćwiczeń fizycznych zaproponowanych przez prowadzących, a realizowanych w oparciu o założenia treningu zdrowotnego. Powyższe zadania można podzielić na trzy grupy ze względu na cel ich podejmowania.

¹⁰⁾ E. Kozdroń, dz. cyt., s. 5–7.

Formy aktywności fizycznej znajdujące się w pierwszej grupie obejmowały ćwiczenia kształtujące wydolność fizyczną oraz elementy ćwiczeń siłowych. Zapoznano seniorów z techniką marszu nordic walking oraz wykorzystaniem kijów do poprawy tonusu mięśniowego. Cele tej grupy realizowano również w formie gimnastyki ogólnorozwojowej.

Drugą grupę stanowiły ćwiczenia relaksacyjne i elementy wschodnich systemów ćwiczeń. Celem tej grupy było wyposażenie seniorów w umiejętności radzenia sobie ze stresem, a także wskazanie na „nowy” sposób wypoczynku będący alternatywą dla tradycyjnych sposobów biernego wypoczynku. Seniorzy uczestniczyli w sesji treningu autogennego Schulza, spróbowali swoich sił w prostym układzie tai – chi i jogi, a także doznali pozytywnego wpływu automasażu na organizm.

Trzecią grupą były gry rekreacyjne, których celem było wskazanie na hedonistyczny charakter aktywności fizycznej.

W trakcie trwania projektu zostały przeprowadzone badania mające na celu rozpoznanie stylu życia seniorów ze szczególnym uwzględnieniem aktywności fizycznej na tle ich przekonań zdrowotnych. Przyjęto także hipotezę, **że poziom reprezentowanych przekonań zdrowotnych warunkuje styl życia seniorów w obszarze aktywności fizycznej.**

Każdy z uczestników otrzymał do wypełnienia kwestionariusze ankiet „BM/HF” i „Zdrowy styl życia”.

Kwestionariusz „BM/HF” konstrukcji Heleny Sęk i współpracowników składa się z dwudziestu twierdzeń, w skład których wchodzi twierdzenia dotyczące modelu biomedycznego oraz holistyczno-funkcjonalnego zdrowia. Część BM zawiera zestaw pytań ujmujących zdrowie w kategoriach medycznych, determinowanych genetycznie, w którym człowiek jest zobowiązany do przestrzegania norm wyznaczonych przez lekarzy.

W części HF pytania opracowane są zgodnie z założeniami, że zdrowie to proces dynamicznego równoważenia wymogów otoczenia.

Kwestionariusz „Zdrowy styl życia” składa się z sześciu części:

Kategoria I: palenie papierosów,

Kategoria II: spożywanie alkoholu i przyjmowanie środków farmakologicznych,

Kategoria III: nawyki żywieniowe,

Kategoria IV: ćwiczenia oraz sprawność fizyczna,

Kategoria V: kontrola stresu,

Kategoria VI: bezpieczeństwo.

W każdej z części znajdowały się pytania, na które ankietowany odpowiadał w trzystopniowej skali: prawie zawsze, czasami, prawie nigdy. Do poszczególnych odpowiedzi była przypisana odpowiednia ilość punktów, tak aby maksymalna suma w każdej z kategorii wynosiła 10. Wyniki w zależności od uzyskanej sumy podzielono na cztery grupy:

10–9 pkt. – bardzo dobrze

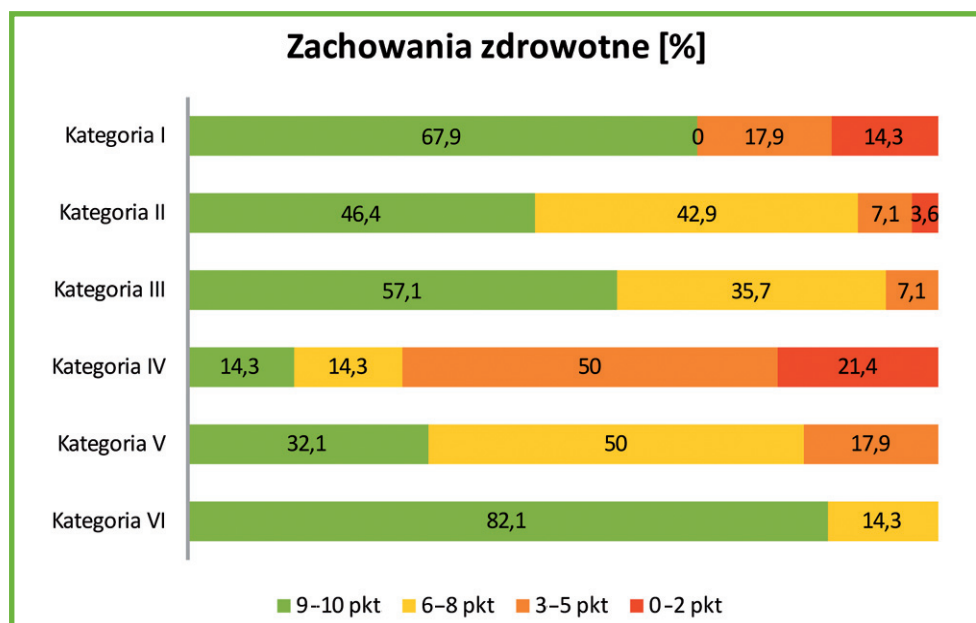
8–6 pkt. – dobrze

5–3 pkt. – przeciętnie

2–0 pkt. – źle

Analiza wyników uzyskanych w badaniu nad zachowaniami zdrowotnymi wykazała, że najbardziej zaniedbanymi obszarami czynności zdrowotnych seniorów są systematyczne ćwiczenia fizyczne (Kat. IV) oraz umiejętność kontrolowania poziomu stresu (Kat. V).

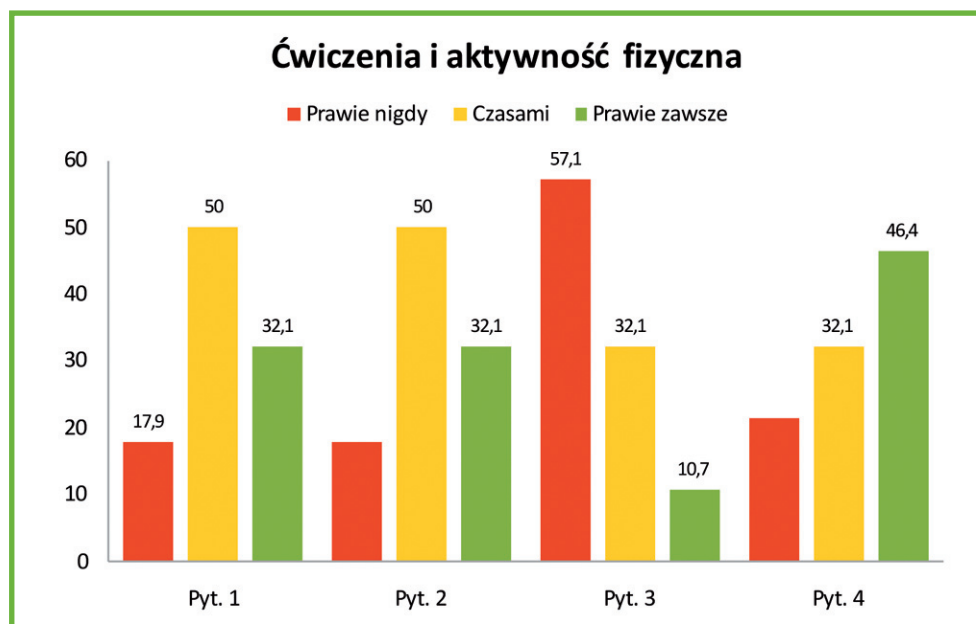
U blisko $\frac{3}{4}$ badanych możemy zaobserwować negatywną postawę wobec regularnie podejmowanych ćwiczeń fizycznych. Seniorzy potwierdzili zatem prawidłowość, że w okresie starzenia się organizmu mamy do czynienia ze zjawiskiem abnegacji ruchu. Ponadto należy przypuszczać, iż uczestnicy badań nie mają dostatecznej wiedzy na temat negatywnych skutków zaniechania regularnej aktywności fizycznej. Jedynie niespełna 15% respondentów deklaruje regularne dbanie o swoje zdrowie poprzez ćwiczenia fizyczne (rys. 1).



Rys. 1. Wartości procentowe opisujące zachowania zdrowotne seniorów w poszczególnych kategoriach działań

Źródło: opracowanie własne.

Seniorzy biorący udział w badaniu nie dostrzegają także konieczności kształtowania siły mięśniowej. Ponad połowa badanych prawie nigdy nie podejmuje ćwiczeń siłowych, które stanowią niezbędny element treningu zdrowotnego. Wydolność organizmu oraz siła mięśniowa determinują wysoki poziom ogólnej sprawności fizycznej. Ta natomiast warunkuje jakość i skuteczność podejmowanych w życiu



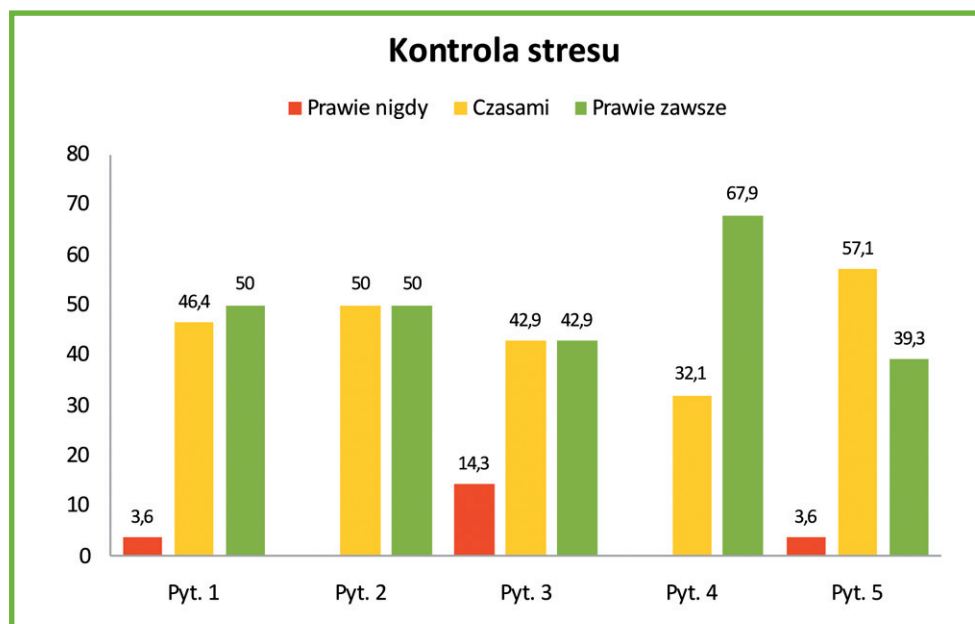
Rys. 2. Wartości procentowe zachowań zdrowotnych w kategorii: ćwiczenia i aktywność fizyczna

Źródło: opracowanie własne na podstawie pytań obejmujących następujące problemy: Pyt. 1 – utrzymanie pożądanej wagi, Pyt. 2 – regularne ćwiczenia wytrzymałościowe, Pyt. 3 – regularne ćwiczenia zwiększające siłę mięśniową, Pyt. 4 – rekreacyjne formy aktywności fizycznej z rodziną.

codziennym czynności użytkowych. 50% badanych przyznaje, że czasami bierze udział w zajęciach ruchowych, co najmniej 3 razy w tygodniu (Pyt. 2). Taka sama liczba osób twierdzi, że zdarza im się utrzymać pożądaną wagę (Pyt. 1). Najwięcej pozytywnych odpowiedzi dotyczy rodzinnego spędzania czasu wolnego podczas uprawy ogródka czy gier zespołowych (Pyt. 4) (rys. 2).

Kolejnym czynnikiem przyczyniającym się do przyspieszenia procesów starzenia się organizmu jest stres. W literaturze opisywane są dwa rodzaje stresu – negatywny (dystres) i pozytywny (eustres). Współczesny senior powinien nauczyć się eliminować skutki dystresu wywołane m.in. przejściem na emeryturę, przyspieszonym tempem rozwoju cywilizacji (zjawisko wykluczenia społecznego).

Przeprowadzone badania ujawniły, że w kategorii kontroli stresu respondenci deklarują, że nie zawsze umieją zapanować nad negatywnymi emocjami, zwłaszcza w sytuacjach trudnych – 14,3% (Pyt. 3). Większość seniorów nie jest do końca pewna swoich działań w obliczu pojawiającego się stresu. Około połowa badanych potwierdza, że istnieją sytuacje, które generują u nich negatywne uczucia i tylko czasami udaje im się je kontrolować. Ponad $\frac{2}{3}$ ankietowanych deklaruje, że w razie potrzeby może zwrócić się o pomoc do bliskich (Pyt. 4) (rys. 3).



Rys. 3. Wartości procentowe zachowań zdrowotnych w kategorii: kontrola stresu

Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na następujące pytania: Pyt. 1 – robię rzeczy, które przynoszą mi radość, Pyt. 2 – umiem się relaksować, wyrażać swoje uczucia, Pyt. 3 – umiem przewidywać sytuacje stresujące, Pyt. 4 – mam bliskich, do których mogę się zwrócić o pomoc, Pyt. 5 – uczestniczę w grupowych formach działalności.

W hipotezie założono, że przekonania zdrowotne mają istotny wpływ na styl życia seniorów w sferze systematycznej aktywności fizycznej.

Uzyskane wyniki badań skłaniają do stwierdzenia, że nie możemy jednoznacznie stwierdzić, ku jakiemu modelowi zdrowia skłaniają się seniorzy uczestniczący w badaniu. Średnia deklarowanych odpowiedzi jest nieco wyższa w przypadku modelu holistyczno-funkcjonalnego (tab. 1). Może to oznaczać, iż seniorzy świadomie uczestniczą w kreacji swojego zdrowia. Rozumieją także, że ich potencjał zdrowotny warunkuje styl życia, jaki preferują.

Tabela 1. Wartości statystyki opisowej charakteryzujące przekonania zdrowotne seniorów

	Średnia	Odch. std.	Minimum	Maksimum
BM	29,95238	5,609019	19,00000	42,00000
HF	35,75000	4,870668	23,00000	44,00000
Suma	65,15000	9,225244	47,00000	81,00000

Źródło: opracowanie własne.

Mając na uwadze uzyskane wyniki badań w kontekście rezultatów dotyczących stylu życia, możemy sądzić, że pomimo tego, iż respondenci osiągnęli średnie wyników wyższe w zakresie modelu holistyczno-funkcjonalnego przekonań zdrowotnych, to jednak ich poziom aktywności fizycznej był za niski. Być może seniorzy nie dostrzegają związku pomiędzy zdrowiem a potrzebą pomnażania swojej sprawności fizycznej.

Autorzy artykułu uważają jednak, że powyższe rozważania wymagają dalszego postępowania eksploracyjnego.

W świetle uzyskanych wyników badań można wnioskować, że istnieje pilna potrzeba wprowadzania zajęć z Edukacji Fizycznej i Zdrowotnej do programów skierowanych do osób po 60. roku życia. Treści programowe powinny zawierać zagadnienia dotyczące znaczenia szeroko pojętej aktywności fizycznej i rekreacyjnej w przeciwdziałaniu procesom inwolucyjnym. Ponadto wiedza teoretyczna musi być poparta cyklem zajęć praktycznych w zakresie treningu zdrowotnego oraz ćwiczeń kompensujących bezruch w życiu codziennym seniora. Nie bez znaczenia jest zwrócenie szczególnej uwagi na podniesienie umiejętności radzenia sobie ze stresem (techniki i metody relaksacji), a także sposobów eliminowania zmęczenia (wypoczynek bierny i aktywny).

Wzrastająca liczba osób starszych powoduje pilną potrzebę skupienia uwagi na zapewnieniu tej grupie społecznej możliwości dalszego kształcenia i wzbogacania swojej osobowości przez odkrywanie otaczającego świata. Potwierdza to bardzo pozytywny odbiór programu *@ktywny Senior*, wyrażony przez uczestników w ankiecie ewaluacyjnej do projektu. Seniorzy bardzo wysoko ocenili sposób prowadzenia zajęć, przygotowanie prowadzących i co najważniejsze przydatność treści i umiejętności zdobywanych podczas kursu.

Bibliografia:

- Kozdroń E., *Program rekreacji ruchowej osób starszych*, Warszawa 2004.
- Łuszczyńska A., *Zmiana zachowań zdrowotnych – dlaczego dobre chęci nie wystarczą?* Gdańsk 2004.
- Osiński W., *Antropomotoryka*, Poznań 2000.
- Pawłucki A., *Opracowanie własne dostępne u autora.*
- Wojnarowska B. (red.), *Zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce i innych krajach*, Warszawa 1996.
- Sęk H., Ściagała I., Pasikowski T., Beisert M., Bleja A., *Subiektywne koncepcje zdrowia. Wybrane uwarunkowania*, „Przegląd Psychologiczny” 1992, 35(3).
- Sęk H., Pasikowski T., Ściagała I., *Sense of Coherence and Subjective Health Concepts*, „Polish Psychological Bulletin” 1994 vol. 25(1).

Załącznik: Propozycja zajęć z Edukacji Zdrowotnej dla osób późnej dorosłości

I. Część teoretyczna

Konspekt 1

Temat: *Kultura fizyczna drogą do długowieczności i zdrowia współczesnego człowieka*

Wykład

- ❖ Celem wykładu jest zapoznanie uczestników z wybranymi teoriami dotyczącymi postrzegania ludzkiego ciała we współczesnej kulturze fizycznej.
- ❖ Poznajemy świat kultury ludzkiego ciała oraz różne formy uczestnictwa w kulturze fizycznej.
- ❖ Jak definiujemy pojęcie kultury fizycznej we współczesnym świecie?
- ❖ Co to znaczy, że ciało stanowi dla człowieka wartość egzystencjalną, a co oznacza nadawanie ciału wymiaru symbolicznego?

Konspekt 2

Temat: *Znaczenie aktywności fizycznej w życiu człowieka od chwili narodzin do późnej starości*

Wykład

- ❖ Dlaczego należy systematycznie podejmować aktywność fizyczną, kiedy jest się dzieckiem, nastolatkiem, człowiekiem „produkcyjnym” i w okresie jesieni życia?
- ❖ Wyjaśniamy sobie pojęcia: motoryczność człowieka, zdolności kondycyjne i koordynacyjne.

Konspekt 3

Temat: *Senior we współczesnej popkulturze*

Wykład

- ❖ Co kształtuje tożsamość współczesnej młodzieży?
- ❖ Co kryje się pod pojęciem kultura konsumpcji, kultura instant, kultura ciała i seksualności?
- ❖ Czy w kulturze współczesnej dziadkowie mogą mieć wpływ na wychowanie wnuka-dziecka i wnuka-nastolatka?

II. Część praktyczna

Konspekt 4

Temat: *Doskonalimy technikę nordic walking – poziom zdrowotny*

Kompetencje kulturowe zdrowotne:

K. aksjologiczna: wyposażenie w wiedzę na temat znaczenia podejmowania treningu zdrowotnego w utrzymaniu sprawności fizycznej.

K. technologiczna: nabywanie umiejętności pomiaru tętna treningowego.

Liczba ćwiczących: 20

Miejsce: park miejski

Przybory: kije nordic walking dla każdego uczestnika

Czas trwania: 90 min.

Lp.	Nazwa i opis zadania	Ilość/czas	Uwagi
1	Czynności organizacyjne – Powitanie, sprawdzenie gotowości do zajęć	2 min	Przypominamy uczestnikom, że w przypadku złego samopoczucia w trakcie ćwiczeń sami dawkuje intensywność
	– Wykonanie pomiaru tętna spoczynkowego	1 min	
2	Część wstępna – <i>Marsz bez kijów</i> Dynamiczna praca kończyn górnych (prostych w łokciach) i dolnych	2 min	
	– <i>Marsz z kijami</i>	2 min	Zwracamy uwagę na prawidłowe ułożenie stawu łokciowego podczas marszu
	<u>Ćwiczenia w miejscu</u> – <i>Krażenia barków</i> Kije złożone trzymane nachwytem przed sobą równolegle do podłoża, zataczanie barkami dużych kół do przodu	× 15	
	do tyłu	× 15	
	– <i>Zgięcia i wyprosty nadgarstków</i> Kije trzymane jw. unoszenie i opuszczanie kijów bez uginania ramion	× 20	
	– <i>Zgięcia i wyprosty ramion</i> Kije złożone trzymane podchwytem, ręce w dół. Unoszenie kijów w górę do barków	× 20	
	– <i>Wznosy ramion</i> Kije trzymane jw. nachwytem Na „1” wznos ramion nad głowę, na „2” opust za głowę, na „3” wznos na głowę, na „4” opust w dół przed siebie	× 20	Zwracamy uwagę na rytmiczny oddech podczas ćwiczenia
	– <i>Wspięcia na palce</i> Kije wbite przed sobą, wysokie wspięcia na palce z wytrzymaniem	× 20	
	– <i>Wymachy kończyn dolnych</i> Kije jw. wymachy kończyny dolnej w płaszczyźnie strzałkowej	2 × 10	
	– <i>Marsz w miejscu</i> Kije jw. wysokie unoszenie kolan imitujące marsz	× 20	
	– <i>Opad tułowia</i> Kije wbite przed sobą w takiej odległości, aby w opadzie tułów wraz z kończynami dolnymi tworzył kąt prosty. Opady tułowia przeplatamy wyprostem w dopchnięciem bioder do rękojeści kijów	× 8	
	– <i>Wypady</i> Kije wbite po bokach. Wypady w przód Podczas powrotu do pozycji wyprostowanej zaakcentować odepchnięcie od kijów	2 × 5	Zwracamy uwagę, aby kolano podczas wypadu nie wychylało się przed stopę

	<p>– <i>Obroty kijami</i> Kije złożone trzymane przed sobą na wysokości barków, ręce jak najbliżej siebie. Obracanie kijami do momentu oporu</p> <p>– <i>Kajaki</i> Kije trzymane jw. ręce na szerokość barków. Ruch kończyn górnych imitujący wiosłowanie w kajaku w przód w tył</p> <p>– <i>Skrety tułowia</i> Kije trzymane jw. Skrety tułowia nie uginając ramion</p> <p>– <i>Przysiady</i> Kije wbite po bokach pod kątem 45 stopni. Zgięcia w stawie biodrowym, kolanowym i skokowym (przysiady)</p> <p>– <i>Wznosy ramion</i> Kije złożone trzymane przed sobą, ręce w dole. Wznosy ramion – wdech nosem Opust ramion ze skłonem tułowia – wydech ustami</p> <p>– Wykonanie pomiaru tętna treningowego</p>	<p>× 15</p> <p>× 10 × 10</p> <p>2 × 8</p> <p>× 10</p> <p>× 4</p> <p>1 min</p>	<p>Zwracamy uwagę na odepchnięcie od kijów podczas powrotu do pozycji wyprostowanej</p>
3	<p>Część główna <u>Doskonalenie techniki marszu z kijami.</u></p> <p>– <i>Marsz z kijami</i> Przypomnienie techniki podstawowej</p> <p>– <i>Marsz z podskokiem</i> Co piąty krok w marszu podskok bez odepchnięcia od kijów</p> <p>– <i>Marsz z obrotem</i> Co piąty krok w marszu obrót dookoła własnej osi</p> <p>– <i>Marsz jeden za drugim</i> „Jedynka” w parze nadaje tempo oraz kierunek marszu. „Dwójka” naśladuje partnera</p> <p>– <i>Marsz parami</i> Uczestnicy stają jeden za drugim, „jedynka” trzyma rękojeści kijów, „dwójka” w okolicy grotów. Jednoczesny marsz z dynamiczną pracą ramion</p> <p>– <i>Marsz z odepchnięciem dwoma kijami</i> Marsz z jednoczesnym odepchnięciem dwoma kijami</p> <p>– <i>Marsz z zaakcentowaniem odepchnięcia</i> Marsz z naprzemianstronną pracą ramion z dynamicznym cofaniem kończyny górnej i silnym naciskiem na pasek</p> <p>– Wykonanie pomiaru tętna treningowego</p>	<p>× 1</p> <p>× 2</p> <p>× 2</p> <p>× 2</p> <p>× 2</p> <p>× 2</p> <p>× 2</p> <p>× 2</p> <p>1 min</p>	<p>Ćwiczenia odbywają się na prostym odcinku długości 50 metrów</p> <p>Obroty raz w jedną, raz w drugą stronę</p> <p>Zmiana prowadzących</p> <p>Zmiana prowadzących</p> <p>Zwracamy uwagę za utrzymanie wyprostowanych stawów łokciowych podczas marszu</p> <p>Zwracamy uwagę, aby przy zwiększeniu dynamiki chodu utrzymać prawidłową technikę</p>

	<u>Kształtowanie wytrzymałości</u> – <i>Marsz ciągly o umiarkowanej intensywności</i> Po 10 minutach marszu pomiar tętna treningowego	20 min	
	– Wykonanie pomiaru tętna treningowego	1 min	
4	Część końcowa – <i>Marsz o niskiej intensywności</i> Marsz ze znaczącym zmniejszeniem prędkości, nie trzymamy rękojeści, kije wiszą na paskach – <i>Marsz ze wznosem ramion</i> Kije złożone trzymane przed sobą, ręce w dole. Co piąty krok wznos ramion wraz z wdechem – <i>Skręty tułowia</i> Kije złożone oparte na barkach za głową. Skręty tułowia – <i>Skłony boczne</i> Kije złożone trzymane nad głową. Skłony boczne tułowia – <i>Otwarcie</i> Kije wbite przed sobą. Wdech wraz z otwarciem klatki piersiowej – rękojeści do boku. Wydech z zamknięciem klatki piersiowej – rękojeści do środka – Wykonanie pomiaru tętna treningowego	2 min × 4 × 10 × 10 × 5	Zwracamy uwagę, aby skłony były wykonywane w płaszczyźnie czołowej
		1 min	
5	Czynności organizacyjne Zebranie sprzętu, omówienie zajęć, pożegnanie uczestników	2 min	

Konspekt 5

Temat: *Poznajemy ćwiczenia z wykorzystaniem gazet podnoszące naszą sprawność ogólną.*

Kompetencje kulturowe zdrowotne:

K. komunikacyjna: wyjaśnienie słuchaczom zasad doboru odpowiedniego zestawu ćwiczeń fizycznych dla ich wieku.

K. technologiczna: umiejętność wykorzystania przyboru nietypowego w kształtowaniu sprawności ogólnej.

Liczba ćwiczących: 20

Miejsce: sala gimnastyczna

Przybory: gazety, maty

Czas trwania: 45 min.

Lp.	Treść zadania	Ilość /czas	Uwagi
1	Czynności organizacyjne Powitanie grupy, sprawdzenie gotowości do zajęć	1 min	Ćwiczący ustawieni w kole
2	Część wstępna – <i>Energia</i> Każda osoba kolejno podaje swoje imię i ilość energii, jaką posiada w skali 1:10 – <i>Marsz</i> Dynamiczna praca kończyn górnych i dolnych – <i>Marsz z wykonywaniem ćwiczeń</i> ✓ Kończyny górne uniesione w górze – zamykanie, otwieranie pięści ✓ Kończyny górne w górze krążenia w nadgarstkach ✓ Kończyny górne w dole – zgięcia i wyprosty w stawie łokciowym ✓ Kończyny górne w dole – krążenia ramion w przód i w tył ✓ Marsz z wysokim unoszeniem kolan ✓ Chód drobnymi kroczkami – na palcach ✓ W ruchu kończyny górne wznos bokiem w górę wdech nosem, opuszczenie – wydech ustami. ✓ Marsz – pobranie gazety	1 min 1 okrążenie × 15 2 × 10 × 10 2 × 10 ½ okrążenia ½ okrążenia × 4 ½ okrążenia	Po obwodzie koła Po obwodzie koła Prowadzący każdemu z uczestników wręcza kartkę z gazety
3	Część główna <u>Ćwiczenia z gazetami</u> – <i>Czapki</i> Ćwiczący kładą rozłożoną gazetę na głowie i maszerują utrzymując wyprostowaną pozycję ciała, nie dopuszczając do zsunięcia gazety – <i>Wznosy ramion</i> W marszu, gazeta trzymana oburącz przed sobą, ręce w dole, na „raz” znos ramion na głowę, na „dwa” opust ramion – <i>Marsz ślalomem</i> Każdy z ćwiczących kładzie swoją gazetę na podłodze. Po czym porusza się drobnymi kroczkami ślalomem sokół leżących gazet do momentu dobiegnięcia do swojej – <i>Marsz szeroko – wąsko</i> Ułożenie gazet j.w. Przechodząc między gazetami ćwiczący poruszają się zwykłym marszem, nad gazetą przechodzą szerokim marszem – <i>Sięgnij po gazetę</i> Ćwiczący stają nad swoimi gazetami. Wdech – uniesienie ramion nad głowę, wydech – opust ramion wraz ze skłonem tułowia, sięganie po gazetę – <i>Krążenia dookoła ciała</i> Ćwiczący trzymają gazetę jednorącz w okolicy głowy. Wykonują krążenia gazetą dookoła ciała do dołu, podając ją z ręki do ręki	½ okrążenia ½ okrążenia 1 okrążenie 1 okrążenie × 3 × 4	W marszu po obwodzie koła W miejscu na obwodzie koła Krążenia dookoła głowy szyi, klatki piersiowej, brzucha, ud, kolan, łydek. W obu kierunkach

<p>– <i>Agrafka</i> Gazeta trzymana jednorącz. Zmiana ręki za plecami. Jedna ręka z góry, druga z dołu</p>	× 10	
<p>– <i>Wyprosty ramion</i> Gazeta trzymana oburącz za sobą na wysokości bioder. Jednoczesne wyprosty ramion</p>	× 10	
<p><u>Ćwiczenia na gazecie</u> – <i>Marsz</i> Krokiem marszowym w miejscu, przodem do gazety. Wejście i zejście z gazety</p>	× 20	Ćwiczący ustawieni na obwodzie koła. Gazeta ułożona na podłożu
<p>– <i>Szeroko i wąsko</i> Marsz w miejscu nad gazetą. Wąsko – marsz na gazecie, szeroko – gazeta pomiędzy stopami</p>	× 20	
<p>– <i>Balans</i> Gazeta umieszczona między stopami. Przenoszenie ciężaru ciała z jednej kończyny dolnej na drugą</p>	× 20	
<p>– <i>Pięta</i> Jw. ze zgięciem stawu kolanowego pod kątem 90 stopni w tył</p>	× 20	
<p>– <i>V</i> Z ustawienia przed gazetą marsz w przód szeroko (gazeta między stopami), w tył wąsko</p>	× 20	
<p>– <i>Składanie gazety</i> Leżąc na podłożu gazetę należy złożyć w kostkę, a następnie rozłożyć za pomocą stóp</p>	2 min	
<p><u>Ćwiczenia w leżeniu</u> – <i>Sięganie kolan</i> Gazeta trzymana oburącz przed sobą. Niesienie głowy i tułowia, dotknięcie gazetą kolan</p>	× 15	Ćwiczący ustawieni na okręgu, leżenie tyłem, kolana zgięte stopy oparte o podłoże
<p>– <i>Unoszenie bioder</i> Gazeta trzymana jednorącz z boku w okolicy biodra. Uniesienie bioder, przełożenie gazety na drugą stronę</p>	× 15	
<p>– <i>Stopy w górę</i> Gaza trzymana między stopami. Wyprost w stawach kolanowych, stopy uniesione</p>	× 15	
<p>– <i>Skręt tułowia</i> Gazeta trzymana oburącz przed sobą. Skręt tułowia, gazeta w wyprostowanych kończynach górnych dotyka podłoża z jednej strony ciała, kolana z drugiej</p>	× 10	
<p>– <i>Gazeta za głowę</i> Gazeta trzymana oburącz w okolicy bioder. Przenos gazety za głowę – wdech, powrót – wydech</p>	× 4	
<p><u>Ćwiczenia w grupie</u> – <i>Podawanie gazet</i> Ćwiczący ustawieni w niewielkich odległościach od siebie. Na sygnał prowadzącego podają gazetę partnerowi z prawej strony, odbierając jednocześnie gazetę z lewej strony</p>	2 min	Ćwiczący ustawieni na okręgu, pozycja stojąca Kilkakrotna zmiana kierunku

	<p>– <i>Kulka</i> Każdy z ćwiczących dzieli gazetę na dwie równe części. Chwyta obie jednorącz i formuje z nich kulkę</p> <p>– <i>Bitwa</i> Prowadzący dzieli uczestników na dwie grupy. Oba zespoły zajmują swoją połowę sali. Na sygnał każda z drużyn stara się przerzucić jak najwięcej papierowych kul na stronę przeciwnika</p>	1 min	
		2 min	
4	<p>Część końcowa</p> <p>– <i>Marsz</i> Swobodny marsz po sali. Każdy z uczestników bierze dwie papierowe kule</p> <p>– <i>Do celu</i> Każdy z ćwiczących rzuca swoje papierowe kule do celu znajdującego się na środku okręgu</p>	1 min	
		1 min	Ćwiczący ustawieni w okręgu
5	<p>Czynności organizacyjne Omówienie zajęć, pożegnanie uczestników</p>	1 min	