

Janusz Szymborski, Katarzyna Iwińska, Krzysztof Przewoźniak,
Katarzyna Błaszczyk, Marek Troszyński, Anna Szylar

INTERDYSCYPLINARNA SZKOŁA PROMOCJI ZDROWIA SENIORÓW



Collegium Civitas



Klub Myśli Społecznej Inicjatywy

INTERDYSCYPLINARNA SZKOŁA PROMOCJI ZDROWIA SENIORÓW

Janusz Szymborski
Katarzyna Iwińska
Krzysztof Przewoźniak
Katarzyna Błaszczyk
Marek Troszyński
Anna Szylar

Warszawa 2014

Publikacja została przygotowana i sfinansowana
w ramach projektu Interdyscyplinarna Szkoła
Promocji Zdrowia Seniorów współfinansowanego
ze środków otrzymanych w ramach Rządowego
Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób
Starszych na lata 2014-2020

ASOS 2014-2020

Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej
Osób Starszych na lata 2014-2020

Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej

Autorzy:

prof. dr hab. Janusz Szymborski, Rządowa Rada Ludnościowa, Collegium Civitas
dr Katarzyna Iwińska, Klub Myśli Społecznej Inicjatywy, Collegium Civitas
Krzysztof Przewoźniak, Centrum Onkologii – Instytut, Collegium Civitas
Katarzyna Błaszczuk, Klub Myśli Społecznej Inicjatywy, Collegium Civitas
dr Marek Troszyński, Fundacja Wiedza Lokalna, Collegium Civitas
Anna Szylar, Klub Myśli Społecznej Inicjatywy, Instytut Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego

Redakcja i korekta: Magdalena Kopacz

Opracowanie typograficzne: Marek W. Gawron

Projekt okładki: Aleksandra Jaworowska

ISBN: 978-83-61067-58-0



Zezwala się na korzystanie z tej publikacji na warunkach licencji Creative Commons Uznanie Autorstwa 3.0 (znanej również jako CC-BY-SA), dostępnej pod adresem <http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/>, opublikowanej przez organizację Creative Commons.

Wydawcy:

Collegium Civitas Press

Pałac Kultury i Nauki, XII piętro

00-901 Warszawa, plac Defilad 1

tel. 22 656 71 96

e-mail: wydawnictwo@collegium.edu.pl

<http://www.civitas.edu.pl>

Klub Myśli Społecznej Inicjatywy

02-378 Warszawa, ul. Bobrowskiego 9/ 19

<http://www.inicjatywy.org/>

Spis treści

Wprowadzenie 7

Uzasadnienie Modelowego Programu

Interdyscyplinarnej Szkoły Promocji Zdrowia Seniorów 11

Demografia starzejącego się społeczeństwa:

stan wyjściowy i prognoza 11

Kondycja zdrowotna populacji seniorów:

stan wyjściowy i prognoza 25

Założenia Konceptyjne Modelowego Programu

Interdyscyplinarnej Szkoły Promocji Zdrowia Seniorów 37

Odniesienia Modelowego Programu ISPZS

do polityki senioralnej Polski 37

Podstawowe zasady promocji zdrowia

i edukacji zdrowotnej seniorów 39

Cele Modelowego Programu ISPZS

oraz sposoby ich realizacji 44

Treści kształcenia 45

Efekty uczenia się w Modelowej Interdyscyplinarnej

Szkole Promocji Zdrowia Seniorów 46

**Realizacja projektu Interdyscyplinarnej Szkoły
Promocji Zdrowia Seniorów w roku 2014** 51

Opis działań w projekcie ISPZS 51

Szczegółowy plan edukacyjny dla seniorów 53

Ewaluacja ISPZS 58

**Wnioski z ewaluacji efektów uczenia się w ISPZS
i ramowe rekomendacje do działań edukacyjnych
w zakresie promocji zdrowia seniorów** 67

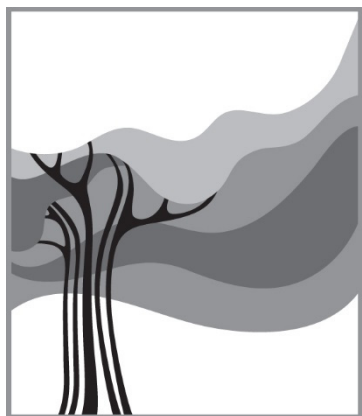
Wnioski 67

Rekomendacje 70

Literatura cytowana 77

***Ja to tak dzięki tym wszystkim wykładom
staram się dla siebie polubić tę starość...***

[z badań ewaluacyjnych
Interdyscyplinarnej Szkoły Promocji Zdrowia Seniorów]



Wprowadzenie

Długotrwały spadek urodzeń zapoczątkowany po roku 1983 i utrzymujące się niskie natężenie urodzeń spowodowały, że w wiek prokreacji wchodzi coraz mniej liczne roczniki. Polska znalazła się w takim momencie rozwoju demograficznego, że nawet wzrost współczynnika dzietności do poziomu gwarantującego prostą zastępowalność pokoleń nie spowoduje – w krótkim okresie – odwrócenia tych procesów, nie powstrzyma też zmniejszania się liczby ludności kraju i postępującego starzenia się jej struktury. Szybkie starzenie się ludności Polski przypada na okres rosnącej świadomości społeczeństwa i władz państwowych co do roli edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia oraz profilaktyki chorób i zagrożeń zdrowotnych. Zdrowie jest podstawową wartością w życiu ludzi, a prawo do zdrowia należy do katalogu podstawowych praw człowieka. Realizacja tego prawa w stopniu gwarantującym zaspokojenie potrzeb zdrowotnych obywateli winna być wspierana skuteczną polityką państwa.



Koncepcja programowa Interdyscyplinarnej Szkoły Promocji Zdrowia Seniorów (ISPZS) wychodzi naprzeciw zaleceniom długofalowej polityki senioralnej, której założenia zostały przyjęte przez rząd RP 24 grudnia 2013 roku. Głównym celem Modelowego Programu ISPZS jest poprawa kondycji zdrowotnej osób starszych poprzez realizację interdyscyplinarnego programu edukacji w zakresie promocji zdrowia, skierowanego do słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku (UTW), pensjonariuszy Domów Pomocy Społecznej (DPS) oraz dziennych, instytucjonalnych ośrodków pomocy/ opieki dla seniorów, a także klubów seniora prowadzonych przez organy samorządowe i organizacje obywatelskie. Beneficjenci Modelowego Programu ISPZS zdobędą wiedzę i umiejętności oraz kompetencje personalne i społeczne w zakresie promocji zdrowego starzenia się.

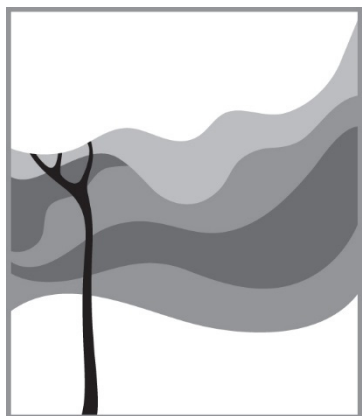
Zadania wyszczególnione w Modelowym Programie ISPZS mogą być realizowane w toku 12-tygodniowego, 60-godzinnego cyklu wykładów i warsztatów, prowadzonych przez profesjonalistów z różnych dyscyplin nauk społecznych i nauk o zdrowiu. W Programie przewidziano także możliwość odbycia szkolenia, realizacji małych projektów z zakresu promocji zdrowia i aktywnego uczestnictwa w imprezach zdrowotnych przez tych seniorów, którzy poprzez nabycie odpowiedniej wiedzy i umiejętności zechcą wykonywać, np. w formie wolontariatu, zadania opiekuńcze wobec niepełnosprawnych i niesamodzielnych osób w starszym wieku.

Program zawiera propozycje oparte na dowodach naukowych i doświadczeniach uzyskanych w toku realizacji projektu realizowanego w roku 2014 ze środków Rządowego Programu na Rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych (ASOS) na lata 2014-2020. Zamiarem autorów jest wspieranie podobnych przedsięwzięć na rzecz promocji zdrowia seniorów w poszczególnych regionach kraju i w społecznościach lokalnych. Może stanowić także cenną pomoc dla organów publicznych i instytucji pozarządowych w wykryciu niedostatków w ich



własnych, realizowanych już programach oraz w sprecyzowaniu własnych nadrzędnych celów dla promocji zdrowia seniorów.

Choć wybór priorytetów promocji zdrowia i sposobów realizacji programów zdrowotnych zależy od lokalnych uwarunkowań i znajduje się w gestii poszczególnych podmiotów, to jednak, zdaniem autorów Modelowego Programu ISPZS, istnieją uniwersalne metody podejścia i ogólne zasady tworzące fundament dla promowania zdrowia i aktywności społecznej seniorów.



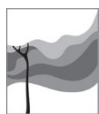
Uzasadnienie Modelowego Programu Interdyscyplinarnej Szkoły Promocji Zdrowia Seniorów

Podstawowe przesłanki podjęcia prac nad budową Modelowego Programu Promocji Zdrowia Seniorów dotyczą uwarunkowań demograficznych i zdrowotnych.

Demografia starzejącego się społeczeństwa: stan wyjściowy i prognoza

Polska należy do tych krajów w Europie, gdzie spada wskaźnik urodzeń, postępuje starzenie się społeczeństwa i szybko wzrasta obciążenie demograficzne, co pociąga za sobą poważne konsekwencje społeczne i ekonomiczne. Starzenie się ludności oznacza – zgodnie ze stosowaną w demografii definicją – zwiększanie odsetka osób starszych przy jednoczesnym zmniejszaniu odsetka dzieci.

W nawiązaniu do czterofazowego modelu przejścia demograficznego wydaje się, że Polska wchodzi w ostatnią fazę, m.in. ze stabilizacją procesu reprodukcji na niskim poziomie przyrostu naturalnego



i postępującą depopulacją. Informacje demograficzne winny być podstawą skoordynowanych działań zaradczych państwa obejmujących także tworzenie warunków do powstania równości szans na aktywną, zdrową starość.

Istnieje wiele miar i klasyfikacji stopnia zaawansowania starzenia populacji, takich jak struktura ludności w podziale na biologiczne grupy wieku, udział ludności w wieku 65 lat i więcej w populacji ogółem czy mediana wieku ludności. Relacje ilościowe między podstawowymi grupami wieku ludności (0–14 lat – „dzieci”, 15–64 lat – „dorośli”, 65 lat i więcej – „starsi”) pozwalają określić istniejące w społeczeństwie relacje międzypokoleniowe oraz ocenić poziom starości demograficznej. W literaturze jako metrykalny próg starości przyjmuje się wiek 60 lat lub – coraz częściej – 65 lat.

Dane demograficzne z Narodowego Spisu Powszechnego 2011

Wyniki spisu ludności wykazały, że w Polsce 31 marca 2011 roku mieszkało 38 511,8 tys. osób zaliczanych do kategorii ludności faktycznej (Ludność Polski według Narodowego Spisu Powszechnego 2011, GUS 2012). W roku 2011 ludność miejska stanowiła 60,8% ogółu populacji, a ludność wiejska – 39,2%.

W okresie międzyspisowym, w latach 2002–2011, zmieniły się zarówno proporcje ludności według płci, jak i struktura wieku ludności faktycznej. Mężczyźni stanowią obecnie 48,4% ogółu Polaków, a kobiety – 51,6%. Współczynnik feminizacji – na 100 mężczyzn przypada 107 kobiet – zmienia się wraz ze wzrostem wieku ludności. Mężczyźni przeważają liczebnie aż do wieku 46 lat – współczynnik wynosi 97, wśród ludności od 47. roku życia – na 100 mężczyzn przypada już 126 kobiet, a od 70 lat wzwyż – 180.

Mediana wieku statystycznego mieszkańca Polski wyniosła 38,1 roku; kobiety są starsze – ich wiek środkowy wyniósł 40 lat, a mężczyzn 36,4 roku. Różnica ta wynika z wyższej umieralności mężczyzn.



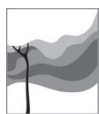
Wpływ ich nadumieralności uwidacznia się w odniesieniu do wskaźnika wdowieństwa wśród osób od 40. roku życia. Udział mężatek w tej grupie wieku jest o 6 punktów procentowych niższy (wynosi 35%) w porównaniu z odsetkiem żonatych (41%). W miarę przechodzenia do starszych grup wieku zjawisko się nasila np. w grupie osób liczących 80 lat i więcej żonaci mężczyźni stanowią jeszcze 62%, a kobiety-wdowy już 80%, zatem starość dla mężczyzn w większości oznacza życie z drugą osobą, a dla kobiet najczęściej samotność – w rezultacie starsi mężczyźni najczęściej do końca życia pozostają żonaci, a starsze kobiety są wdowami. Tym samym odsetek wdów jest pięciokrotnie wyższy (15,5) w porównaniu z odsetkiem wdowców (3,1%).

W latach 2002–2011 liczba osób w wieku poprodukcyjnym (60/ 65 i więcej) wzrosła o 981 tys. i zwiększył się do 16,9% (tj. o 1,9 punktu procentowego) jej udział w ogólnej liczbie ludności. Obciążenie demograficzne ludnością w wieku poprodukcyjnym wzrosło o 2 punkty procentowe – w roku 2011 na każde 100 osób w wieku produkcyjnym przypadało 26 osób w wieku poprodukcyjnym. W stosunku do poprzedniego spisu liczba osób w wieku emerytalnym wzrosła o ponad 760 tys.

W roku 2011 spośród 6512,1 osób w wieku poprodukcyjnym własne źródła utrzymania miało 96,1%, przy czym aż dla 93,5% spośród nich były to źródła niezarobkowe, dla 2,6% – dochody z pracy, a zaledwie 1,8% deklarowało pozostawanie na utrzymaniu.

Pożytywnym zjawiskiem jest wzrost poziomu wykształcenia ludności Polski – odsetek osób z wykształceniem co najmniej średnim wzrósł z 41,4 w roku 2002 do 48,6 w roku 2011, z największą dynamiką w odniesieniu do osób z wykształceniem wyższym – odpowiednio z 9,9 do 17,0 wśród ogółu ludności w wieku 13 lat i więcej.

Osoby starsze charakteryzują się przeciętnie niższym poziomem edukacji, niż ma to miejsce w przypadku młodszego pokolenia. Obec-



nie tylko niespełna połowa (49%) ludności w wieku 65 lat i więcej legitymuje się wykształceniem ponadpodstawowym; jednocześnie zaznacza się wyraźna dysproporcja między miastem a wsią – na wsi aż 75% posiada wykształcenie co najwyżej podstawowe, natomiast w miastach takie osoby stanowią 37% zbiorowości. Występuje duże zróżnicowanie w poziomie wykształcenia w ujęciu według województw – najlepiej wykształcone osoby starsze zamieszkują centralną i północno-zachodnią Polskę, natomiast najniższe wykształcenie posiadają mieszkańcy wschodniej części naszego kraju.

W perspektywie najbliższych 20 lat udział osób co najmniej 65-letnich z wykształceniem ponadpodstawowym, w tym wyższym, zdecydowanie wzrośnie, ponieważ do grupy tej będą wchodziły coraz lepiej wykształcone osoby (urodzone w drugiej połowie lat 50. i 60. ubiegłego wieku).

Wyniki spisu ludności wykazały także, iż 31 marca 2011 roku ludność rezydująca w Polsce liczyła 37,2 mln (37 244 tys.) osób. Liczba ludności rezydującej była mniejsza od liczby ludności faktycznie zamieszkałej w Polsce o 1 257 tys. (3,3%). Zmniejszenie liczby rezydentów w stosunku do ludności faktycznej jest zróżnicowane w grupach wieku ludności, przy czym dla wieku produkcyjnego jest ona o 4,5% mniejsza w stosunku do ludności faktycznej w tej grupie (o 1 mln mniej), a w przypadku wieku poprodukcyjnego – mniejsza o 44 tys. (0,7%) od liczby ludności faktycznej w tych grupach.

Analiza spisowa źródeł utrzymania i aktywności ekonomicznej osób starszych wykazała, że zbiorowość osób w wieku 65 lat i więcej to głównie osoby, które lata aktywności zawodowej mają już za sobą i utrzymują się z niezarobkowych źródeł, będących – zarówno w 2002, jak i w roku 2011 – dla 95% tych osób wyłącznym źródłem utrzymania. Tylko z pracy utrzymywało się niespełna 2% osób starszych – znacznie więcej niż w roku 2002 i byli to przede wszystkim mężczyźni.

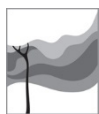


Niezarobkowe źródła utrzymania to w przypadku osób starszych przede wszystkim emerytury i renty. Głównym niezarobkowym źródłem utrzymania dla przeszło 86% osób starszych była emerytura (pracownicza lub rolnicza) i w porównaniu do 2002 roku obserwuje się znaczny wzrost odsetka takich osób (o 14 punktów procentowych). Na przestrzeni lat 2002–2011 znacznie zmniejszył się udział osób starszych utrzymujących się głównie z rent (z tytułu niezdolności do pracy, rodzinnej i socjalnej). W roku 2002 stanowili oni ponad 21% tej zbiorowości, natomiast w roku 2011 ich udział wynosił niespełna 8%. Wśród nich przeważały osoby utrzymujące się z renty rodzinnej (2/3 tej zbiorowości) przyznawanej uprawnionym członkom rodziny po śmierci współmałżonka, rodzica lub innej osoby.

Obok niezarobkowego źródła utrzymania niewielka część osób starszych posiadała także dodatkowe źródło dochodu. Częściej byli to mężczyźni i mieszkańcy miast łączący emeryturę z dochodami z pracy. Natomiast w przypadku osób utrzymujących się z rent lub z zasiłków i świadczeń dodatkowym dochodem najczęściej było inne niezarobkowe źródło.

W roku 2011 praca była głównym lub dodatkowym źródłem utrzymania tylko dla niespełna 5% ludności w wieku 65 lat i więcej – na przestrzeni lat 2002–2011 niewielki wśród ludności w starszym wieku udział osób pracujących obniżył się jeszcze bardziej (z 6,6% do 4,8%), czyli z punktu widzenia statusu na rynku pracy grupa ta należy do osób aktywnych zawodowo. Zmniejszył się również współczynnik aktywności zawodowej, szczególnie wśród najstarszej grupy ludności (75 lat i więcej), gdzie odnotowano ponad dwukrotny spadek.

W związku z ustawowym przesunięciem wieku uprawniającego do emerytury, w najbliższych latach można się spodziewać wzrostu aktywności zawodowej ludności w starszym wieku. Będzie on dotyczył przede wszystkim najmłodszej grupy (65–69 lat). Współczynnik aktywności zawodowej może także wzrosnąć w starszych rocznikach,



ponieważ wiek emerytalny będą osiągać coraz lepiej wykształcone grupy osób, posiadających doświadczenie zawodowe i wyższy poziom kwalifikacji zawodowych.

Dane demograficzne GUS na koniec 2013 roku

W końcu roku 2013 liczba ludności Polski wynosiła 38,5 mln, w tym około 5,7 mln stanowiły osoby w starszym wieku, tj. w wieku 65 lat i więcej. W latach 1989–2013 liczba osób w starszym wieku wzrosła o prawie 1,9 mln, a jej udział w ogólnej populacji zwiększył się z 10% w roku 1989 do 14,7% w roku 2013.

W ostatnim ćwierćwieczu w subpopulacji osób w starszym wieku najwyższe tempo przyrostu dotyczyło osób w wieku co najmniej 80 lat, ich udział w ogólnej liczbie ludności Polski podwoił się – z niespełna 2% w roku 1989 do prawie 4% w roku 2013, tj. z wielkości ok. 753 tys. do 1 483 tys. osób. Dla porównania – udział młodszej grupy starszego wieku (65–79 lat) zwiększył się w tym okresie z 8% do niespełna 11% w ogólnej populacji.

Wśród populacji w starszym wieku większość stanowią kobiety (ponad 61%), na 100 mężczyzn przypada ich 160 (dla ogółu ludności Polski wskaźnik feminizacji wynosi 107). Rosnący wraz z wiekiem wzrost udziału kobiet w populacji jest konsekwencją nadumieralności mężczyzn i zróżnicowania parametrów trwania życia – kobiety osiągające wiek 65 lat mają przed sobą jeszcze o prawie 5 lat więcej życia niż mężczyźni. Przewaga liczebna kobiet wzrasta wraz z przechodzeniem do kolejnych grup podeszłego wieku; w grupie wieku 65-69 lat kobiety stanowią 56% zbiorowości i współczynnik feminizacji wynosi 126, a wśród osób co najmniej 80-letnich – 70% i na 100 mężczyzn przypada 228 kobiet.

Ludność w starszym wieku w miastach stanowi prawie 16% populacji; na terenach wiejskich mieszka ich zdecydowanie mniej i tworzą



grupę nieco ponad 13% mieszkańców. Od ponad dwóch dekad województwo łódzkie charakteryzuje się najwyższym odsetkiem osób w starszym wieku, natomiast w województwie warmińsko-mazurskim ich udział jest najniższy.

Trwanie życia według danych GUS z 2013 roku

Rok 1992 zapoczątkował okres dynamicznego wzrostu przeciętnego trwania życia w Polsce, co było wynikiem korzystnych zmian w natężeniu zgonów. W latach 1991–2013 przeciętne trwanie życia noworodka–chłopca wzrosło o 7,2 lat (do 73,1 lat w 2013 r.), a dziewczynki o 6 lat (do 81,1).

Wydłużyło się także dalsze trwanie życia osób w wieku 65 lat. W roku 2013 65-letni mężczyzna miał przed sobą ponad 15 lat życia, a kobieta w tym wieku średnio prawie 20 lat. Zatem, dalsze trwanie życia 65-latków wydłużyło się w stosunku do roku 1991 o ponad 3 lata dla mężczyzn i prawie 4 lata dla kobiet.

W przypadku najstarszych osób wydłużenie dalszego trwania życia jest relatywnie jeszcze większe – w roku 2013 przewidywane kolejne lata życia dla mężczyzny w wieku 70 lat to 12,5 roku, tj. o prawie 3 lata więcej niż w roku 1991, a dla kobiety prawie 16 lat, czyli więcej o ponad 3 lata.

W Polsce występuje duże zróżnicowanie przeciętnego trwania życia w poszczególnych województwach. W roku 2013 wśród osób w wieku 65 lat najkrótszy okres życia mieli przed sobą starsi mężczyźni w województwie łódzkim i warmińsko-mazurskim – 14,7 lat, natomiast najdłużej żyli 65-latkowie mieszkający w podkarpackim – 16,2 lat. W przypadku kobiet zróżnicowanie było mniejsze; przeciętna długość dalszego życia kobiety 65-letniej była najniższa w woj. łódzkim, śląskim i wielkopolskim – 19,2 lat, a najdłużej żyły starsze mieszkanki województwa podlaskiego – 20,5 lat.



*Założenia prognozy ludności GUS na lata 2008–2035
oraz zmiany w liczbie i strukturze ludności
według nowej prognozy demograficznej GUS na lata 2014–2050*

Zgodnie z założeniami prognozy ludności opublikowanej przez GUS w roku 2008, liczba ludności Polski będzie się zmniejszać – do 35 993 mln w roku 2035, a największy jej ubytek będzie miał miejsce w ostatnim dziesięcioleciu prognozy. W całym okresie nią objętym proces ten będzie dotyczył głównie miast (udział tej ludności zmaleje z 61 do 58,9%). Lata prognozy to okres przyspieszonego procesu starzenia się ludności Polski wskutek zmian w procesach ruchu naturalnego, przedłużania przeciętnego dalszego trwania życia (z 79,8 lat w przypadku kobiet i 71,4 lat w przypadku mężczyzn w roku 2010 do odpowiednio 82,9 i 77,1 lat w roku 2035) oraz międzynarodowych migracji ludności.

Zmiany w strukturze ludności według ekonomicznych i biologicznych grup wieku będą polegały na dalszym wzroście udziału osób w wieku poprodukcyjnym w ludności ogółem przy jednoczesnym zmniejszaniu się udziału osób w wieku przedprodukcyjnym, oraz na silnym wzroście populacji osób starszych, któremu towarzyszyć będzie stałe zmniejszanie się populacji dzieci do lat 14.

W latach 2010–2035 udział ludności w wieku 60+/ 65+ w strukturze ludności ogółem wzrośnie z 16,8 do 26,7%, w tym w miastach z 17,6 do 27,8%, a na wsi z 15,6 do 25,2%. Liczba ludności w najstarszej grupie wiekowej (75 lat i więcej) wzrośnie z 2 449,1 tys. do 4 493,9 tys., a jej udział w populacji z 6,4 do 12,5%. Od roku 2021 zmniejszać się będzie liczba ludności w wieku produkcyjnym. Współczynnik obciążenia demograficznego na 100 osób w wieku nieprodukcyjnym wzrośnie w latach 2010–2035 z 55 do 74. W roku 2035 liczba ludności w wieku poprodukcyjnym zbliży się do liczby ludności w wieku produkcyjnym.



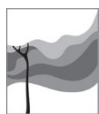
Prognoza demograficzna GUS w odniesieniu do gospodarstw domowych wskazuje na zmniejszanie się wielkości gospodarstw domowych z 2,64 osób do 2,42. Wzrośnie też udział gospodarstw jednoosobowych (z 26,9 do 32,5%), dwuosobowych (z 26,5 do 28,7%) oraz gospodarstw bez dzieci (z 67,6 do 75,8%).

Zgodnie z założeniami nowej, opublikowanej 1 października 2014 roku przez Główny Urząd Statystyczny prognozy demograficznej, obejmującej okres do roku 2050, w przyjętej perspektywie wystąpi znaczne zmniejszenie liczby dzieci i osób dorosłych, zaś zwiększy się liczba i udział osób starszych. W stosunku do roku 2013 ubytek dzieci w wieku 0–14 lat szacowany jest na 1,65 mln, co stanowi 71,4% ich liczby w bazowym roku prognozy. Liczba osób dorosłych (15–64 lata) zmniejszy się w perspektywie do roku 2050 o 8,3 mln; pod względem liczebności zasoby tej grupy ludności w końcu prognozowanego okresu będą stanowiły w miastach 61,5% stanu z roku 2013, a na wsi 81,2%.

Zmniejszenie udziałów dzieci i dorosłych oznacza wzrost odsetka ludzi starszych (65+). Do końca horyzontu prognozy spodziewany jest przyrost o 19 punktów procentowych w miastach, nieco mniej na wsi – o 16,8 punktów proc. W rezultacie udział osób starszych przekroczy 30% na obszarach wiejskich, natomiast w miastach zbliży się do 35%.

W skali kraju liczebność tej zbiorowości zwiększy się o 5,4 mln w roku 2050, ale znaczący wzrost liczby osób starszych wystąpi już w pierwszych latach prognozy – w roku 2015 wiek 65 lat ukończą osoby urodzone w roku 1950 i w kolejnych latach populację ludzi starszych będą zasilały bardzo liczne roczniki wyżu urodzeń z lat 50. zeszłego wieku.

Przebieg zmian liczebności subpopulacji 65+ pokrywa się z występowaniem wyżów i niżów urodzeń w drugiej połowie XX wieku. Po roku 2020 dynamika procesu ulegnie spowolnieniu aż do roku 2035, po czym – aż do roku 2050 – nastąpi ponownie znaczne zwiększenie liczebności tej grupy ludności jako konsekwencja wchodzenia w wiek



starości demograficznej licznych roczników wyżu demograficznego z lat 1970–1985. W ostatnim roku prognozowanego okresu liczba osób w wieku 65 lat i więcej będzie stanowiła w miastach 179,3% zasobów z roku 2013 i 224,9% – na terenach wiejskich.

Obok wyżów demograficznych zasilających subpopulację osób starszych istotną rolę w zwiększeniu liczby i odsetka osób w wieku co najmniej 65 lat odegra też wydłużanie się dalszego trwania życia. Zgodnie z założeniami prognozy – urodzony w roku 2050 mężczyzna będzie miał przed sobą średnio 81,1 lat życia, a więc o 9 lat więcej niż w roku 2013, natomiast przeciętne trwanie życia kobiet wyniesie 87,5, czyli o 6,4 lat dłużej niż obecnie. Zatem wydłuży się także odpowiednio dalsze trwanie życia osób, które w roku 2050 będą w wieku 65 lat lub starszym. Intensywność procesu starzenia się ludności będzie zróżnicowana terytorialnie.

Analiza zmian przewidywanych w strukturze ludności w wieku 65 lat i więcej w perspektywie do roku 2050 pokazuje, że zbiorowość osób starszych nie jest grupą jednorodną. Dlatego w celu zobrazowania zmian w przyszłej strukturze ludności w starszym wieku GUS wyodrębnia dwie subpopulacje: osoby w wieku 65–79 lat oraz osoby w wieku 80 lat i więcej. Do roku 2025 będzie wzrastał udział „młodszej” subpopulacji (65–79 lat), bowiem tę grupę osób starszych będą sukcesywnie zasilaly osoby urodzone w latach 1949–1965, a jednocześnie będzie ubywało osób w wieku 80 lat i więcej urodzonych w latach 1934–1945.

Po roku 2025 znacząco wzrośnie odsetek osiemdziesięciolatków i osób starszych z uwagi na fakt, że ten wiek – w kolejnych latach – osiągną osoby urodzone w czasie powojennego wyżu demograficznego. W roku 2040 osoby ponad osiemdziesięcioletnie będą stanowiły aż 36% zbiorowości osób starszych. W końcu prognozowanego okresu proporcje nieco ulegną zmianie i odsetek osób 80+ w populacji w wieku 65 lat i więcej zmniejszy się do 32%. Liczba ludności w wieku 80 lat i więcej wykazywana w bieżących bilansach w wielkości około 1,5 mln



tys., wzrośnie w roku 2050 ponad dwukrotnie – do ponad 3,5 mln osób, przy czym 60% ludności w podeszłym wieku będzie mieszkało w miastach.

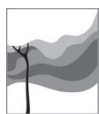
Uwzględniając strukturę według płci, w końcu prognozowanego okresu kobiety będą stanowiły 64% tej grupy, co oznacza odsetek o 6 punktów procentowych mniejszy niż w bazowym roku prognozy. Poprawa proporcji między płciami w starszych grupach wieku wynika z przyjętych założeń dotyczących umieralności, w szczególności odnośnie do zmniejszenia różnic w przeciętnym dalszym trwaniu życia między kobietami i mężczyznami. W miastach odsetek kobiet wśród osób, które ukończą 80. rok życia wyniesie 65%, na wsi nieco mniej – 62%. Zgodnie z założeniami prognozy osoby co najmniej 80-letnie będą w roku 2050 stanowiły 10,4% populacji kraju, podczas gdy w roku 2013 było to 3,9%.

Konsekwencje rozwoju procesów demograficznych w Polsce

Starzenie populacji znajdzie odzwierciedlenie w głębokich zmianach struktury ludności według funkcjonalnych grup wieku. Przewiduje się:

- niekorzystne zmiany w populacji kobiet w wieku prokreacyjnym,
- niekorzystne zmiany w grupie dzieci i młodzieży w wieku do 24 lat,
- niekorzystne zmiany w podziale na ekonomiczne grupy wieku – zmniejszenie potencjalnych zasobów pracy, wzrost liczby ludności w wieku emerytalnym.

W prognozowanym okresie populacja kobiet w wieku rozrodczym (15–49 lat) zmniejszy się z 9,3 mln w roku 2013 do 5,8 mln w roku 2050. W roku 2013 kobiety w wieku 15–49 lat stanowiły zarówno w miastach, jak i na wsi około 24% populacji, w końcu okresu prognozy będzie to jedynie 17%. Jednocześnie będziemy obserwować niekorzystne



zmiany relacji pomiędzy udziałami poszczególnych grup wieku prokreacyjnego kobiet, powodujące zaawansowanie procesu starzenia się potencjalnych matek. Przewidywane, niesprzyjające zmiany w liczbie i strukturze zbiorowości kobiet będą przyczyną trwałego spadku liczby urodzeń do roku 2050, co przyniesie w następstwie zmniejszenie populacji dzieci i młodzieży w wieku do 24 lat. W liczbach bezwzględnych – do roku 2050 zbiorowość dzieci i młodzieży skurczy się o około 3,5 mln.

Najlepiej proces zmian obrazuje odniesienie wartości w końcu horyzontu prognozy do wejściowego roku 2013. W roku 2050 osoby w wieku 0–24 lata będą stanowiły 67% zasobów z roku bazowego. W miastach relatywne ubytki będą większe niż na wsi – w końcu okresu prognozy wielkość populacji mieszkańców miast w wieku do 24 lat będzie stanowiła 64% zasobu z roku 2013, a na wsi – 71%. Nastąpią istotne zmiany liczebności poszczególnych grup wieku według klasyfikacji uwzględniającej różne etapy edukacji, szczególnie w grupie dzieci w wieku przedszkolnym oraz potencjalnych studentów.

W ujęciu według ekonomicznych grup wieku wszystkie spodziewane kierunki zmian wielkości i udziału poszczególnych zbiorowości (w wieku przedprodukcyjnym, produkcyjnym oraz poprodukcyjnym) są zbliżone do wcześniej opisanych zjawisk, występujących dla biologicznych grup wieku (0–14, 15–64, 65 lat i więcej). Na przewidywane zmiany wielkości i struktury populacji osób w wieku produkcyjnym niemobilnym i poprodukcyjnym (45 i więcej lat) bardzo silnie oddziałuje występowanie wyżów i niżów demograficznych w przeszłości.

W prognozowanym okresie w skali kraju spodziewany jest pokaźny, ciągły ubytek ludności w wieku przedprodukcyjnym o ponad 2 mln. Zmiany te nie są równomiernie rozłożone w czasie: w ciągu 15 lat – między rokiem 2025 a 2040 liczba osób w wieku 0–17 lat zmniejszy się o ponad 1,2 mln, natomiast w ciągu pierwszej i ostatniej dekady objętej prognozą ubytek będzie zdecydowanie mniejszy.

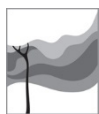


Podobne tendencje można zaobserwować w kształtowaniu się liczebności populacji w wieku produkcyjnym mobilnym (tj. w grupie 18–44 lata). Przez wszystkie lata prognozy, do roku 2050, spodziewany jest spadek wielkości tej populacji o 6 milionów, w tym o 4,1 mln w miastach, przy czym zmiany przybiorą na sile w latach 2020–2035. Wśród ludności w wieku produkcyjnym niemobilnym w kolejnych okresach będą występowały zmiany rozmiaru populacji w obu kierunkach – przyrost lub ubytek. Liczba osób w wieku niemobilnym będzie wzrastała aż do lat 2035–2040.

Zmiany wielkości grupy osób w wieku emerytalnym w największym stopniu są „obciążone” falowaniem wynikającym z występowania w II połowie ubiegłego stulecia okresów wysokich urodzeń, a następnie ich spadku. Do roku 2030 liczba osób w wieku poprodukcyjnym w miastach (według przepisów nowej ustawy emerytalnej) zwiększy się do 5,3 mln. W następnych latach do roku 2040 oczekiwany jest niewielki ubytek (o ok. 300 tys.), zaś ostatnie dziesięciolecie zaznaczy się wzrostem liczebności tej zbiorowości (do 5,9 mln).

Na obszarach wiejskich w latach objętych prognozą będzie występował systematyczny wzrost liczebności tej grupy, z 2,4 mln w roku 2013 do 4,1 mln w roku 2050. Ogółem liczba ludności w wieku emerytalnym w Polsce wzrośnie z około 7 mln w roku 2013 do blisko 10 mln w roku 2050.

Starzenie się zasobów pracy i wzrost udziału osób biernych zawodowo to nieodwracalne w przyjętym horyzoncie prognozy cechy rozwoju ludności, które są zdeterminowane przez procesy demograficzne. Wskutek zmian przepisów dotyczących wieku przechodzenia na emeryturę, tj. sukcesywnego przesuwania wieku poprodukcyjnego, liczba potencjalnych emerytów będzie mniejsza w stosunku do ich liczby przed zmianą ustawowego wieku emerytalnego: w roku 2020 – o 12% (o ponad 1 mln osób), w roku 2035 – o 18% (1,85 mln), a w roku 2050 aż o 1/5 (o prawie 2,5 mln osób).



Współczynnik obciążenia ludności w wieku produkcyjnym osobami w wieku emerytalnym będzie się zwiększał przez wszystkie lata prognozy – z 28 osób w roku 2013 do 52 w roku 2050. Przy utrzymaniu poprzednich zasad dotyczących ustawowego wieku przejścia na emeryturę – na 100 osób w wieku produkcyjnym przypadłoby 75 osób uprawnionych do emerytury.

Jak wynika z obu prognoz GUS, zmiany w strukturze rodzin i gospodarstw domowych wpływać będą na zmniejszanie potencjału opiekuńczego rodzin do świadczenia opieki swoim starym, niesamodzielnym i niepełnosprawnym członkom. Tymczasem liczba osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, potrzebująca opieki innych osób w przewidywanym prognozą czasie będzie rosła. Starzenie się ludności ma daleko idące konsekwencje społeczne i ekonomiczne (RRL 2008).

Charakterystyka zmian demograficznych w Polsce w latach 2014–2050 oraz ich następstw dla kształtowania się sytuacji populacji osób starszych ma służyć wskazaniu aktualnych i przewidywanych problemów wymagających rozwiązania w polityce zdrowotnej i senioralnej. Zmiany w strukturze rodzin i gospodarstw domowych wpływać będą na zmniejszanie potencjału opiekuńczego rodzin do świadczenia opieki starszym i niepełnosprawnym członkom, wskutek czego przewiduje się niewydolność państwa opiekuńczego i konieczność wzięcia przez jego starszych obywateli odpowiedzialności za siebie, w tym za swe zdrowie. W raportach badawczych i dokumentach rządowych podkreśla się, że problemy związane z opieką nad ludźmi starszymi i ochroną ich zdrowia będą się pogłębiać z powodu rosnącego ryzyka występowania wielu chorób charakterystycznych dla tego wieku oraz pogarszania się ich sytuacji materialnej, co ma przede wszystkim związek z przewidywanym spadkiem wysokości świadczeń emerytalnych.

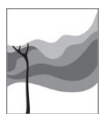


Kondycja zdrowotna populacji seniorów: stan wyjściowy i prognoza

Prowadzone przez GUS badania ankietowe dotyczące subiektywnej oceny własnego zdrowia (*Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*, 2011) wykazały, że tylko co ósma starsza osoba w Polsce (13%) oceniła swój stan zdrowia jako co najmniej dobry, kolejne 45% zadeklarowało „taki sobie” stan zdrowia (ani dobry, ani zły), a pozostałe 42% wskazało na zły lub bardzo zły (w roku 2005 ocen takich było ponad 50%).

Wśród 32 krajów sklasyfikowanych pod względem samooceny stanu zdrowia wśród osób starszych Polska zajmuje 4. miejsce od końca. Gorzej swój stan zdrowia oceniali jedynie starsi mieszkańcy Węgier, Łotwy i Litwy, natomiast najlepiej Norwegii, Szwecji i Szwajcarii. Relatywnie zły stan zdrowia osób starszych wyraźnie widać, jeżeli rozpatrzymy np. częstość długotrwałych problemów zdrowotnych czy chorób przewlekłych, których doznawanie stwierdziła ponad połowa osób starszych; mniejszą sprawność narządów, mobilność lub ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu deklarowało prawie 60%, a wśród osób w bardzo zaawansowanym wieku – aż 80%.

Wyniki spisu ludności z roku 2011 wykazały, że liczba osób, które zadeklarowały ograniczenie zdolności do wykonywania zwykłych czynności podstawowych dla swojego wieku i/ lub posiadały ważne orzeczenie kwalifikujące je do zaliczenia do zbiorowości osób niepełnosprawnych, wynosiła 4 697,5 tys., czyli 12,2% populacji naszego kraju. Wśród ogółu osób niepełnosprawnych 2 530,4 tys. stanowiły kobiety, a 2 167,1 tys. mężczyźni. Wydaje się, że niepełnosprawność częściej dotyka mieszkańców miast niż wsi. Ogólne liczby osób niepełnosprawnych uzyskane wstępnie z wyników spisu z roku 2011 są niedoszacowane. W konsekwencji zaniżone są także odsetki osób niepełnosprawnych w relacji do ogólnej liczby ludności. Wyniki tego spisu ludności wskazują, że w grupie ludności w wieku co najmniej 65



lat co 3. osoba (ponad 1,9 mln) była niepełnosprawna (co stanowiło prawie 41% ogólnej zbiorowości osób z niepełnosprawnością).

Z danych zgromadzonych w trakcie trwania projektu PolSenior (*Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, 2012) wynika, że nadciśnienie tętnicze występowało u 78% kobiet i 72% mężczyzn w wieku podeszłym. Cukrzyca dotyka 22% populacji w wieku podeszłym. Otyłość występuje u 28% mężczyzn i 40% kobiet, a zaburzenia lipidowe stwierdzono u 87,2% osób starszych. Niepokoi fakt, że wiele osób w podeszłym wieku ma nierozpoznane choroby przewlekłe, w tym cukrzycę, choroby nerek, nieskorygowane deficyty wzroku i słuchu.

Większość osób starszych cierpi na więcej niż jedno schorzenie. Choroby serca i naczyń są w Polsce przyczyną 54% zgonów u osób powyżej 65. roku życia. W roku 2011 wśród osób powyżej 60. roku życia było 2,3 mln przypadków choroby wieńcowej, zawałów serca i udarów mózgu. Choroby nowotworowe występują w różnym wieku, ale więcej niż połowa z nich dotyczy osób powyżej 65. roku życia. Choroby te staną się w tym stuleciu najczęstszą przyczyną zgonów, także w Polsce, i są ściśle związane ze starzeniem się polskiego społeczeństwa.

Choroby układu oddechowego są obecnie jednym z najważniejszych problemów zdrowia publicznego w populacji osób w wieku podeszłym. Choroby mózgu, przede wszystkim choroby neurodegeneracyjne oraz naczyniowe, stanowią największe zagrożenie dla godnego, spokojnego i niezależnego życia osób starszych. Z powodu otępienia cierpi około 400 tys. osób, w tym na chorobę Alzheimera 250 tys. osób. Zaburzenia zdrowia psychicznego są m.in. wynikiem kryzysu rozwojowego okresu starości. Zaburzenia depresyjne notuje się u 30% osób w wieku 65 i więcej lat. Depresja zwiększa ryzyko samobójstwa. Dolegliwości ze strony układu kostno-stawowego powodujące postępujące upośledzenie sprawności chorych stanowią częstą przypadłość



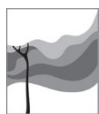
w starszym wieku. W roku 2008 w populacji powyżej 50. roku życia wystąpiło 2,6 mln złamań osteoporotycznych.

Zasadniczym problemem podniesionym w niniejszym programie jest stan i możliwości rozwoju w Polsce – nakierowanych na populację ludzi starszych – edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia oraz profilaktyki zagrożeń zdrowotnych i chorób jako podstawa zdrowego, aktywnego starzenia się.

W procesie zdrowego starzenia się społeczeństwa niezwykle istotnym elementem jest jakość życia, określana jako możliwy do osiągnięcia optymalny poziom zdolności fizycznych, psychicznych i intelektualnych, odgrywanych ról i funkcjonowania społecznego, a także percepcji stanu zdrowia, satysfakcji z życia oraz ogólnego dobrego samopoczucia. Zmiana stylu życia na prozdrowotny uzyskana dzięki działaniom promującym zdrowe odżywianie, aktywność fizyczną, niepalenie oraz redukcję niebezpiecznych zachorowań związanych z nadużywaniem alkoholu może przynieść znaczne opóźnienie zachorowań lub ich uniknięcie.

W Narodowym Programie Zdrowia (2007) wskazano m.in. na potrzebę zmniejszenia rozpowszechnienia czynników ryzyka związanych z chorobami niezakaźnymi w populacji osób starszych. Dotyczy to w szczególności chorób wywołanych działalnością i stylem życia człowieka. W kierunkach realizacji Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych w latach 2014–2015 (2005) większą uwagę zwraca się na profilaktykę, promocję zdrowia, edukację zdrowotną i poprawę jakości życia osób starszych zagrożonych i chorujących na nowotwory. Zapobieganie upadkom, a co za tym idzie, urazom prowadzącym do zmniejszenia sprawności i samodzielności oraz wzrostu zachorowalności i śmiertelności, jest także ważnym działaniem prewencyjnym.

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (2010) jako priorytet uznał także promocję zdrowia psychicznego i zapobieganie



zaburzeniom psychicznym. W dokumencie *Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym; Polityka dla Europy* opracowanym w roku 2005 przez Evę Jane-Llopis i Petera Andersona w ramach sieci IMPHA (Implementing Mental Health Promotion Action – Wdrażanie Działań na rzecz Promocji Zdrowia Psychicznego) podkreśla się, że pozytywnego zdrowia psychicznego nie można uzyskać przez samo tylko leczenie zaburzeń psychicznych. Istnieją natomiast dane świadczące o tym, że promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym może doprowadzić do ograniczenia ryzyka zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania przy mniejszych kosztach opieki społecznej i zdrowotnej.

Jednym z głównych obszarów promocji zdrowia psychicznego w Europie jest *wspieranie zdrowego psychicznie starzenia się*. Wzrost populacji ludzi starzejących się oznacza zmianę struktury demograficznej społeczeństwa, przynosząc ze sobą zwiększone ryzyko niektórych zaburzeń psychicznych (np. otępienia i depresji), przewlekłych chorób związanych z wiekiem oraz spadku jakości życia w populacji ludzi starszych. Wiek, ból, pogorszenie wzroku, choroby przewlekłe, udar, ograniczenie funkcjonowania, negatywne zdarzenia życiowe, śmierć bliskich, samotność, brak wsparcia społecznego i niedostatki opieki zwiększają ryzyko depresji u osób w podeszłym wieku. Kliniczne otępienie jest najczęstszą pojedynczą przyczyną zależności wśród osób powyżej 75. roku życia. Zdrowie psychiczne populacji osób w starszym wieku można poprawić przez aktywność fizyczną i wsparcie społeczne. Ryzyko otępienia można prawdopodobnie zmniejszyć zapobiegając urazom czaszkowo-mózgowym oraz eliminując czynniki ryzyka dla chorób naczyniowych mózgu.

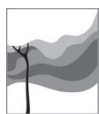
Stąd głównymi celami działań są: poprawa zdrowia psychicznego populacji seniorów, z osobami przewlekłe chorymi włącznie; zmniejsz-



szenie dyskryminacji osób starszych, zwiększenie akceptacji, przestrzegania i podporządkowanie się legislacji i polityce promującej zdrowie i dobre samopoczucie ludzi starszych.

Cele te mogą być zrealizowane m.in. dzięki skoordynowanym działaniom nakierowanym na:

- zapewnienie wdrożenia konwencji praw człowieka oraz instrumentów, które zwalczają dyskryminację osób starszych;
- zagwarantowanie mechanizmów zachęcania osób w podeszłym wieku do dalszego aktywnego uczestniczenia społecznego, kulturalnego, ekonomicznego i politycznego w życiu społeczeństwa i w procesie podejmowania decyzji, na przykład przez działalność ochotniczą, udział w społeczności lokalnej oraz integrację międzypokoleniową;
- współdziałanie z sektorem edukacji w zakresie modernizacji systemów edukacyjnych w celu kształcenia ustawicznego;
- współdziałanie z sektorem pracy w celu promowania możliwości zatrudnienia aż do starości oraz zachęcanie pracowników w starszym wieku do kontynuowania pracy zawodowej;
- współdziałanie z innymi sektorami, aby umożliwić osobom niepełnosprawnym pełne uczestniczenie w życiu społeczności;
- opracowanie polityki opieki zdrowotnej i społecznej, która zapewniałaby wszystkim starszym ludziom dostęp do świadczeń zdrowotnych i pomocy społecznej, zwłaszcza osobom w gorszej sytuacji materialnej;
- stworzenie sieci wsparcia społecznego na bazie społeczności lokalnej, przygotowanie programów i ośrodków rekreacyjnych dla ludzi starszych;
- wdrożenie i udostępnienie takich interwencji, jak ćwiczenie aerobiku lub innych form aktywności fizycznej dla osób starszych;



- współdziałanie z sektorem zdrowia i służbami społecznymi, aby starszym ludziom zapewnić aparaty słuchowe, operacje zaćmy, czy inne wspomagające interwencje zapobiegające ich izolacji społecznej;
- wdrożenie programów badań przesiewowych i interwencji pod kątem czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, takich jak podwyższone ciśnienie krwi, aby zmniejszyć ryzyko ośpienia na tle naczyniowym;
- zagwarantowanie wdrożenia legislacji dotyczącej bezpieczeństwa ruchu drogowego, aby zmniejszyć liczbę urazów czaszkowo-mózgowych we wcześniejszych okresach życia.

Zdrowie fizyczne i psychiczne w dużej mierze jest uwarunkowane czynnikami socjo-ekologicznymi, w tym niezdrowym stylem życia. Jedną z głównych przyczyn złej kondycji zdrowotnej jest analfabetyzm zdrowotny, czyli niewiedza i brak umiejętności na temat czynników kształtujących zdrowie, sposobów budowania kondycji zdrowotnej i poprawy zdrowia, a także praw obywatelskich w tym zakresie.

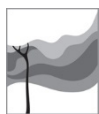
Najbardziej celowym działaniem wydaje się intensyfikowanie kierowanych do osób starszych programów interwencyjnych, możliwie najpełniej budujących kondycję zdrowotną i opóźniających rozwój chorób przewlekłych. Podstawowym warunkiem powodzenia wymienionych zamierzeń na rzecz zdrowego starzenia się jest rozbudzanie i rozwijanie świadomości edukacyjnej. Oznacza to stałą potrzebę podnoszenia swoich kwalifikacji, kształcenia i doskonalenia zawodowego. Towarzyszy temu chęć zdobywania nowych umiejętności, rozwijania pasji i zainteresowań w czasie wolnym od pracy w okresie po zakończeniu aktywności i pracy zawodowej. Jest to realizacja idei uczenia się przez całe życie. Obecnie w Polsce zaledwie 1% osób w wieku 55–64 lat uczy się lub kształci, co znacząco odbiega od średniej dla całej UE na poziomie 5%.



Interesującym zjawiskiem jest obserwowany od kilku lat wzrost liczby pacjentów – zarówno kobiet, jak i mężczyzn – w gabinetach medycyny estetycznej. Większość z nich poddaje się tym zabiegom, aby – w ich intencji – przedłużyć młodość i w efekcie poprawić samopoczucie. Dbanie o siebie, o swoją kondycję i wygląd, powoli staje się także modą na spędzanie wolnego czasu, w tym na oczekiwania starszego turysty, co do warunków wypoczynku. Coraz popularniejsza staje się turystyka zdrowotna z odnową biologiczną, programem rekonwalescencyjnym. Ośrodki i centra SPA, wellness, kluby fitness, sanatoria, prewentoria stają się podstawowym wymogiem wyposażenia i infrastruktury obszarów turystyczno-wypoczynkowych w kraju. Wśród osób leczonych w uzdrowiskach znaczącą większość stanowią osoby powyżej 65. roku życia.

Promocja zdrowego, aktywnego starzenia się staje się elementem polskiej racji stanu. Jest warunkiem ograniczenia przewidywanych skutków zdrowotnych zmian demograficznych. Przykładowo szacuje się, że w roku 2030 liczba osób z chorobą wieńcową, zawałem serca i udarami mózgu wyniesie ok. 3,6 mln. Przewiduje się, że do roku 2020 choroba Alzheimera stanie się udziałem ok. 1 mln osób. Liczba złamań osteoporotycznych w Polsce wzrośnie w roku 2035 do około 4 mln. Istotnym czynnikiem wynikającym ze starzenia się społeczeństwa będzie także wzrost kosztów leczenia.

Według własnych szacunków prognostycznych wykonanych z wykorzystaniem danych prognozy ludności na lata 2008–2035 oraz wyników badania stanu zdrowia ludności z roku 2004, zmiany przewidziane prognozą demograficzną będą miały znaczący wpływ na sytuację zdrowotną ludności. Zgodnie z założeniami, przyjętymi dla potrzeb projekcji, tylko z powodu starzenia się populacji zwiększy się istotnie odsetek osób potrzebujących podstawowej i specjalistycznej opieki medycznej. Można spodziewać się istotnego pogorszenia się stanu zdrowia populacji, wzrostu odsetka populacji obciążonej



niepełnosprawnością i chorobami przewlekłymi (m.in. choroba wieńcowa, nowotwory, nadciśnienie tętnicze, astma, cukrzyca, zapalenie stawów), co zwiększy zarówno potrzeby, jak i wydatki na świadczenia medyczne oraz usługi opiekuńcze. Można także przewidywać zwiększenie udziału pacjentów korzystających w ciągu roku z wizyt lekarskich czterokrotnie i częściej, udziału osób leczonych w szpitalach, a także istotnego wzrostu odsetka osób zażywających leki.

W kolejnym opracowaniu podjęto próbę oszacowania skutków zmian w strukturze ludności według wieku – przewidywanych w prognozie demograficznej na lata 2008–2035 – dla zdrowia populacji i potrzeb związanych z opieką zdrowotną, wykorzystując jako źródło danych na temat sytuacji zdrowotnej ludności Polski wyniki Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia, przeprowadzonego w roku 2009 (Marcinak, Szymborki, 2010). Dokonując szacunków prognozytycznych nie uwzględniono potencjalnych zmian zachowań zdrowotnych, w tym odnośnie do żywienia i aktywności ruchowej, a także ewentualnej poprawy w zakresie dostępności do usług opieki zdrowotnej i ich jakości. Oszacowane wskaźniki są zatem wynikiem zmian w strukturze ludności według wieku, głównie postępującego starzenia się populacji.

Badanie *Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia* (ang. *The European Health Interview Survey – EHIS*) zostało przeprowadzone według zharmonizowanej metodologii co do zakresu tematycznego i zastosowanych narzędzi badawczych, wspólnej dla krajów UE. Kwestionariusz badania obejmował 4 moduły:

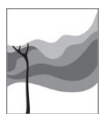
- 1) zmienne podstawowe (charakterystykę demograficzno-społeczną respondenta oraz gospodarstwa domowego);
- 2) stan zdrowia;
- 3) korzystanie z usług medycznych;
- 4) determinanty zdrowia.



Badaniem objęto 24,5 tys. gospodarstw domowych i ok. 35,1 tys. osób w wieku 15 lat i więcej w wylosowanych mieszkaniach oraz 6,7 tys. dzieci (w polskim badaniu uwzględniono specjalny blok pytań dla dzieci 0–14 lat). Wyniki zostały uogólnione na ludność kraju wg stanu na 31 grudnia 2009 roku.

Zgodnie z przyjętymi w projekcie założeniami obliczono przyszłe proporcje ludności według samooceny stanu zdrowia. Wyniki szacunków dotyczących populacji ogółem wskazują, że udział osób oceniających swoje zdrowie jako co najmniej dobre może zmniejszyć się w rozważanym okresie 2009–2035 z 65,7% do 53,5%, przy jednoczesnym wzroście odsetka ocen złych i bardzo złych (z 10,8% do 16,1% – tj. o 33%). Dane te świadczą jednoznacznie o ryzyku pogorszenia się stanu zdrowia ludności, będącego następstwem przewidywanego starzenia się struktury populacji i znaczącej wagi kategorii określającej zły stan zdrowia w starszych grupach wieku.

Wyniki badania stanu zdrowia w roku 2009 wskazały, że 51% ogółu populacji chorowało przewlekłe. Wskutek zmian w strukturze wieku ludności i wzrostu w populacji udziału starszych osób – w grupie osób w wieku 15 lat i więcej odsetek chorujących może zwiększyć się z ok. 55% w roku 2009 do ponad 60% w roku 2035. Na podstawie wyników badania stanu zdrowia i prognozy demograficznej wykonano szacunki liczby osób sprawnych i niepełnosprawnych dla poszczególnych, rozważanych grup ludności i wyznaczonych punktów czasowych okresu prognostycznego, a następnie obliczono stosowne odsetki dla ludności ogółem. Wyniki wskazują na zmniejszanie się w populacji udziału osób sprawnych i wzrost odsetka osób z ograniczeniami sprawności. Zgodnie z przyjętymi założeniami w prognozowanym okresie nastąpi znaczące zwiększenie udziału osób, u których – z powodu długotrwałej choroby – występują ograniczenia w wykonywaniu codziennych czynności, charakterystycznych dla danego wieku.



Zgodnie z obserwacją dokonaną w badaniu zdrowia z roku 2009, odsetek osób niepełnosprawnych w wieku 15 lat i więcej zwiększył się z prawie 16% ogółu populacji (odsetek wśród kobiet wyniósł 16,7%, a dla mężczyzn – 14,9%) do ponad 21% w ostatnim roku prognozy (na podstawie szacunku). W przypadku złych ocen stanu zdrowia niepełnosprawność w większym stopniu dotyczy kobiet, ponieważ charakteryzują się starszą strukturą wieku.

Można przypuszczać, że na skutek oddziaływania starzejącej się struktury ludności na pogarszanie się stanu zdrowia (przy założeniu braku wpływu innych czynników) oraz wzrostu częstości występowania niepełnosprawności i chorób przewlekłych, zwiększą się potrzeby w zakresie leczenia szpitalnego.

Z wykonanych analiz wynika, że w latach 2009–2035 odsetek hospitalizacji wśród ogółu ludności zwiększy się z 11,2% do 12,6%. W tym samym okresie wzrosną zarówno odsetki jednorazowych pacjentów szpitali w ciągu roku, jak i pacjentów przebywających w nich wielokrotnie. Jeżeli nie zaistnieją inne czynniki o charakterze pozytywnym, oddziałujące w odwrotnym kierunku, istotnie pogorszy się stan zdrowia populacji, wzrośnie odsetek populacji obciążonej chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością oraz udział pacjentów leczonych w szpitalach. Na tej podstawie można przewidywać zwiększenie wydatków na świadczenia medyczne oraz na usługi opiekuńcze.

Bieżące i przewidywane problemy w funkcjonowaniu Systemu Opieki Zdrowotnej (SOZ) w Polsce były przedmiotem pogłębionej debaty w czasie II Kongresu Demograficznego. W Polsce, podobnie jak w wielu innych krajach, występują złożone, często sprzeczne, wzajemne relacje pomiędzy pacjentem, lekarzem, płatnikiem i właścicielem. Polską specyfiką jest jednak niska pozycja zdrowia publicznego i promocji zdrowia w systemie opieki zdrowotnej, często marginalna pozycja zdrowia w politykach publicznych, a także niedostatki w ko-



ordynacji działań międzyresortowych i wewnątrz SOZ oraz w myśleniu strategicznym, pojmującym wydatki na zdrowie jako inwestycję w przyszłość.

Zgodnie z ustaleniami raportu przygotowanego przez Instytut Ochrony Zdrowia (Gujski i inni, 2013), organizacja Systemu Opieki Zdrowotnej nie zapewnia dziś ciągłości opieki nad pacjentem. Sprzyja natomiast zwiększaniu kosztów leczenia i przerzucaniu kosztów z niższych na wyższe szczeble opieki. Główną przyczynę tego stanu rzeczy upatruje się w braku koordynacji podmiotów leczniczych oraz praktyce finansowania świadczeń – Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) nie kupuje efektu opieki, ale finansuje produkcję świadczeń. Dlatego kluczowe jest uporządkowanie i podniesienie efektywności SOZ, ponadresortowe podejście do promocji i ochrony zdrowia, zapewnienie zdrowego starzenia się umożliwiającego kontynuację pracy zawodowej oraz samodzielność. Wydaje się zatem słuszne postawienie tezy, że starzenie się ludności Polski nie może być usprawiedliwieniem licznych dysfunkcji w opiece zdrowotnej, szeroko opisywanych m.in. na tegorocznym (2014) Europejskim Kongresie Gospodarczym.



Założenia koncepcyjne Modelowego Programu Interdyscyplinarnej Szkoły Promocji Zdrowia Seniorów

Odniesienia Modelowego Programu ISPZS do polityki senioralnej Polski

Modelowy Program ISPZS wpisuje się w realizację celów nakreślonych w **Założeniach Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020**, przyjętych 24 grudnia 2013 roku.

Głównym celem polityki senioralnej **w obszarze zdrowie i samodzielność** jest tworzenie warunków dla jak najdłuższego utrzymywania dobrego stanu zdrowia i autonomii. Nasz program ma ścisły związek z priorytetem dotyczącym promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej, w szczególności z celem 2. obejmującym promocję właściwego stylu życia w sferze zdrowia psychicznego, aktywności intelektualnej, odżywiania, rytmu dnia, rekreacji, higieny ciała i unikania zachowań ryzykownych pod względem zdrowotnym.

Celem ogólnym polityki senioralnej **w obszarze aktywności edukacyjnej społecznej i kulturalnej** jest wspieranie idei uczenia się wśród



osób starszych i aktywizowanie do działań obywatelskich i społecznych. Modelowy Program ISPZS ma umocowanie w priorytecie dotyczącym rozwoju oferty edukacyjnej dla osób starszych w obszarach zgodnych z potrzebami. Jak wykazują dotychczasowe doświadczenia Uniwersytetów Trzeciego Wieku (UTW) edukacja zdrowotna należy do najbardziej pożądanых przez osoby starsze obszarów edukacyjnych.

Modelowy Program ISPZS odnosi się do edukacji – pierwszego priorytetu **Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014-2020 (ASOS)**. Edukacja osób starszych obejmuje działania na rzecz poprawy aktywności społecznej osób starszych poprzez różne formy edukacji formalnej i pozaformalnej, które pozwalają na aktywne włączenie się w życie społeczności lokalnych. W ramach działań edukacyjnych program ASOS proponuje organizowanie zajęć edukacyjnych, w tym wykładów i warsztatów poszerzających wiedzę i umiejętności seniorów w różnych dziedzinach, zajęć przygotowujących seniorów do świadczenia usług wolontariackich i opiekuńczych, działań mających na celu promowanie wolontariatu kompetencji i oferty edukacyjnej wśród osób starszych.

Modelowy Program ISPZS może być także postrzegany jako propozycja realizacji działań w obrębie dwóch celów strategicznych **Założeń Polityki Ludnościowej Polski** (RRL, 2012) przyjętych na II Kongresie Demograficznym. Promocja zdrowia i aktywność społeczna oraz rozwój edukacji seniorów stanowią istotne elementy zarówno celu nakierowanego na tworzenie warunków sprzyjających integracji w starzejącym się społeczeństwie, jak i celu obejmującego poprawę stanu zdrowia ludności i ograniczanie umieralności.

Koncepcja Modelowego Programu ISPZS jest ściśle powiązana z wynikami dyskusji i dokumentami przyjętymi na I Kongresie Zdrowego Starzenia w roku 2014.

Należy podkreślić, że zarysowane powyżej podstawy prawne polityki senioralnej w Polsce, w której realizację wpisuje się Modelowy



Program ISPZS, są spójne z wypracowaną na poziomie Unii Europejskiej inicjatywą w ramach wdrażania Strategii Europa 2020. W dokumencie unijnym **Europejskie partnerstwo na rzecz innowacji sprzyjającej aktywnemu starzeniu się w dobrym zdrowiu** (*Taking forward the Strategic Implementation Plan of the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing*, 2012), sformułowany został cel obejmujący identyfikację i usunięcie przeszkód w podejmowaniu i realizacji działań innowacyjnych na rzecz aktywnego i zdrowego starzenia się.

Koncepcja Modelowego Programu ISPZS nawiązuje do procesu kopenhaskiego dotyczącego rozwoju kształcenia i szkolenia zawodowego oraz procesu bolońskiego dotyczącego rozwoju szkolnictwa wyższego, które zostały uzupełnione podczas polskiej prezydencji w Radzie UE w listopadzie 2011 roku w **Rezolucji Rady UE w sprawie odnowionej europejskiej agendy w zakresie uczenia się dorosłych** (2012).

Podstawowe zasady promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej seniorów

Przez edukację zdrowotną należy rozumieć zespół wzajemnie spójnych działań inspirowanych zadaniami umożliwiającymi zachowanie zdrowia, dbanie o zdrowie i zapobieganie jego utracie. Zadania te mieszczą się jednocześnie w trzech wymiarach: informacyjnym, tożsamym z oświatą zdrowotną, gdzie konieczne jest dostarczanie wiedzy o zdrowiu, jego zagrożeniach i możliwościach ochrony; czynnościowym, tożsamym z wychowaniem zdrowotnym, który wymusza nabywanie nawyków zdrowego życia, czyli uczenie działań indywidualnych dla zachowania własnego zdrowia w życiu codziennym; motywacyjnym, pobudzającym aktywność jednostek na rzecz zdrowia, w którym należy wyzwolić w jednostce zadowolenie z „bycia zdrowym”, wewnętrzną potrzebę utrzymania zdrowia oraz zainteresowanie sposobami podnoszenia jego stanu.



Działania edukacji zdrowotnej uwzględniające wyżej wymienione czynniki zmiany zachowania przyniosą lepsze rezultaty, jeżeli adresaci tych działań będą przekonani, że są w stanie skutecznie z nich skorzystać. Dlatego jednym z celów edukacji zdrowotnej powinno być także zwiększanie poczucia własnej skuteczności odbiorców działań, aby nabrali przekonania, że potrafią zmienić zachowanie i potem kontynuować nowe. Działania ukierunkowane na wzmocnienie poczucia własnej skuteczności mogą przyczynić się do tego, że ludzie łatwiej i efektywniej będą podejmowali zachowania prozdrowotne, pomimo różnego rodzaju barier i trudności. Im silniejsze poczucie własnej skuteczności, tym ludzie chętniej podejmują zachowania zdrowotne, mają silne przekonanie, że cele są możliwe do osiągnięcia i pokonują przeszkody w dążeniu do nich.

Teoria samoskuteczności dostarcza informacji, jak skutecznie pomagać ludziom w procesie zmiany zachowań zdrowotnych. Proces zmiany zachowań na prozdrowotne jest trudny, wieloetapowy, uwarunkowany wieloma czynnikami i przebiega w warunkach ułatwiających lub utrudniających dokonanie tej zmiany. Samoskuteczność jest jednym z tych wyznaczników zachowania, który powinien być uwzględniany przy planowaniu i wdrażaniu strategii edukacji zdrowotnej w obszarach leczenia, rehabilitacji, prewencji chorób i promocji zdrowia.

Podjęcie do zdrowia i choroby z perspektywy salutogenezy nie koncentruje się tylko na przyczynach złego stanu zdrowia, choroby lub czynnikach ryzyka, lecz równie istotną kwestią jest pochodzenie zdrowia i czynniki mu sprzyjające. Rozumienie zdrowia i choroby różni się zatem od tego przyjętego w paradygmacie patogenetycznym. W salutogenezie podkreśla się fizyczny, psychiczny, społeczny i duchowy wymiar zdrowia i choroby oraz ich związek z różnymi uwarunkowaniami. Zdrowie i choroba stanowią ważny wymiar jakości życia, zatem w podejściu sa-



lutogenetycznym celem działań na rzecz zdrowia nie jest wyłącznie pozbycie się choroby, ale umożliwienie dobrego życia, co uwarunkowane jest głównie poziomem uogólnionych zasobów odpornościowych i poczuciem koherencji.

W opinii autorów Modelowego Programu ISPZS istotną podbudowę edukacji zdrowotnej seniorów daje klasyfikacja uogólnionych zasobów odpornościowych zaproponowana przez Bengta Lindströma i Monikę Eriksson (2009), którzy wyróżnili cztery ich poziomy:

- indywidualny,
- interpersonalny,
- zewnętrzny oraz
- krajowy (globalny).

Poziom indywidualny odnosi się do wszelkich zasobów, które służą wspieraniu zdrowia indywidualnego we wszystkich jego wymiarach. Zasoby na **poziomie interpersonalnym** odnoszą się do sfery interakcji międzyludzkich, sprzyjają spójności społecznej i budują kapitał społeczny. Do zasobów na **poziomie zewnętrznym** zalicza się zasoby ekonomiczne, związane z mieszkalnictwem, edukacją itd. **Poziom krajowy (globalny)** odnosi się do makro i socjokulturowych cech społeczeństwa tj. kapitału społecznego, ustawodawstwa krajowego, ustroju politycznego, kapitału kulturowego i kulturowej stabilności, religii, filozofii, tradycji.

W teorii salutogenezy podstawowy czynnik determinujący poziom zdrowia stanowi poczucie koherencji, rozumiane jako ogólna orientacja człowieka, czyli przekonanie o spójności świata, wyrażająca stopień, w jakim człowiek ma dominujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że:

- (1) bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturyzowany, są przewidywalne i wytłumaczalne;
- (2) dostępne są zasoby, które pozwalają sprostać wymaganiom stawianym przez bodźce;



- (3) sprostanie tym wymaganiom jest warte zaangażowania i wysiłku.

Twórca salutogenezy, Aaron Antonovsky (1987), nazwał poczucie koherencji „kluczem do zdrowia”, ponieważ umożliwia rozpoznawanie i wykorzystywanie dostępnych zasobów do określonych wymagań/stresorów, dzięki czemu można skuteczniej radzić sobie ze stresorami i stresem. Badania wykazują, że u osób dorosłych poczucie koherencji wraz z wiekiem ma tendencję wzrostową.

Salutogenetyczne podejście odnosi się do specyficznego rozumienia zdrowia i choroby oraz działania na jego rzecz, w tym: wzmacniania i wykorzystywania szeroko rozumianych zasobów jednostek, grup i społeczności oraz wykorzystania poczucia koherencji i jego uwarunkowań, jako ważnych predyktorów zdrowia i jakości życia. W salutogenezie podkreślono zależności pomiędzy jednostką, jej środowiskiem i kulturą – ich nierozzerwalność i mechanizmy przenikania się w złożonym koncepcie zdrowia i jakości życia człowieka i populacji (za: Piotrowicz, Cianciara, 2011).

Podejście takie jest zgodne z ideą promocji zdrowia zawartej w Kartcie Ottawskiej z roku 1986. Upowszechnienie prozdrowotnych stylów życia nie może być osiągnięte poprzez działania podporządkowane, na wzór działań klinicznych, modelowi (paradygmatowi) medycznemu. W ramach tego modelu obowiązuje bowiem indywidualne podejście do rozwiązywania problemów zdrowotnych. W praktyce skutkuje ono dążeniem do minimalizacji negatywnego wpływu zachowań na zdrowie przede wszystkim za pomocą skierowanej do jednostek edukacji zdrowotnej, przy braku oddziaływania na środowiskowe determinanty tych zachowań.

Z racji bardzo rozległych wpływów społecznych, którym podporządkowane są ludzkie zachowania, próby ich zmiany, tak jak jest to zbyt często robione w wielu systemach zdrowia zdominowanych przez medycynę naprawczą, także w polskim systemie, nie mogą



ograniczać się jedynie do przekonywania o słuszności zachowań zdrowotnych oraz informowania o zagrożeniach związanych z nieracjonalnymi zachowaniami zdrowotnymi. Tego rodzaju indywidualne podejście do rozwiązywania problemów zdrowotnych milcząco zakłada bowiem nieograniczoną autonomię jednostek w sferze podejmowania decyzji o własnym zachowaniu. Jest to założenie z gruntu fałszywe. Mimo że bezpośrednia decyzja o określonym zachowaniu jest podejmowana przez konkretne osoby, trzeba pamiętać o tym, że rodzaj tej decyzji jest wynikiem wpływu wielu czynników w tym przede wszystkim kulturowych, społecznych i społeczno-ekonomicznych.

Zasady edukacji zostały oparte zarówno na wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) dotyczących zdrowia publicznego i promocji zdrowia, jak i na najlepszych wzorcach edukacyjnych, obowiązujących w angielskich i amerykańskich szkołach zdrowia publicznego oraz Uniwersytetach Trzeciego Wieku.

W toku realizacji projektu wykazano, że pozytywne efekty kształcenia seniorów w zakresie promocji zdrowia mogą być osiągnięte dzięki przestrzeganiu następujących zasad nauczania:

- poszerzania wiedzy i rozwijania umiejętności w zakresie sposobów unikania ryzyka zdrowotnego, promowania zdrowia, poszerzania kompetencji zdrowotnych, zmieniania zachowań i postaw zdrowotnych seniorów, wspierania innych w promowaniu zdrowia i zapobieganiu problemom zdrowotnym;
- utrwalania poglądu, iż zdrowie może być dostępne dla wszystkich, ze szczególnym uwzględnieniem tych seniorów, którzy są w najtrudniejszej sytuacji zdrowotnej i ekonomicznej;
- kształtowania przekonań, że zdrowie należy rozumieć wielowymiarowo, tzn. nie tylko w aspekcie medycznym, ale także psychospołecznym, kulturowym, środowiskowym i ekonomicznym, i że warunkiem jego poprawy jest umiejętne korzystanie ze wszystkich zasobów życiowych;



- poznawania sposobów wykorzystywania nabytych umiejętności promowania zdrowia w praktyce z wykorzystaniem doświadczeń lokalnych i standardów krajowych i międzynarodowych;
- doceniania tych metod promowania zdrowia, które są poparte wynikami badań naukowych.

Cele Modelowego Programu ISPZS oraz sposoby ich realizacji

Głównym celem Modelowego Programu ISPZS jest poprawa kondycji zdrowotnej osób starszych poprzez realizację interdyscyplinarnego programu edukacji w zakresie promocji zdrowia skierowanego do słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku (UTW), pensjonariuszy Domów Pomocy Społecznej (DPS) oraz dziennych, instytucjonalnych ośrodków pomocy/ opieki dla seniorów, a także klubów seniora prowadzonych przez organy samorządowe i organizacje obywatelskie. Beneficjenci Modelowego Programu ISPZS zdobędą wiedzę i umiejętności oraz kompetencje personalne i społeczne w zakresie promocji zdrowego starzenia się.

Jak wykazano w toku realizacji projektu, cel główny został osiągnięty w wyniku realizacji **pięciu celów operacyjnych**:

1. Poszerzenie wiedzy i umiejętności słuchaczy UTW CC i ich rodzin na temat zdrowego starzenia się i promocji zdrowia w starszym wieku poprzez wykłady i zajęcia warsztatowe, z wykorzystaniem materiałów edukacyjnych i strony internetowej;
2. Rozszerzenie wiedzy i umiejętności wydzielonej grupy opiekunów niosących pomoc osobom starszym na temat zagadnień i metod promocji zdrowia wśród ludzi starszych poprzez



- szkolenie opiekunów w ramach wykładów i zajęć warsztatowych, z wykorzystaniem materiałów edukacyjnych i strony internetowej;
3. Zwiększenie stopnia integracji między osobami starszymi a ich opiekunami w zakresie działań na rzecz promocji zdrowia i zdrowego starzenia się poprzez aktywizujące formy dydaktyczne (forum dyskusyjne, wspólne zajęcia warsztatowe i miniprojekty z zakresu promocji zdrowia);
 4. Wzmocnienie aktywności zdrowotnej słuchaczy poprzez włączenie się uczestników szkoły do imprez prozdrowotnych i społecznokulturalnych zorganizowanych w Warszawie, a także rozwijanie aktywności uczestników szkoły drogą internetową (blogi, chaty, wymiana informacji i poglądów na portalach społecznościowych);
 5. Powiększenie motywacji słuchaczy do służącej zdrowiu zmiany postaw i zachowań wyrażającej się uczestnictwem w programach profilaktycznych, racjonalizacją diety, poświęceniem większej ilości czasu na aktywność fizyczną, podjęciem prób zaprzestania palenia i ograniczenie spożycia alkoholu, dbałością o ochronę przed wypadkami i urazami.

Treści kształcenia

Treści kształcenia w Modelowym Programie ISPZS zostały wypracowane w wyniku realizacji i ewaluacji projektu ASOS w roku 2014. Wykorzystano również dotychczasowy dorobek akademicki Collegium Civitas, doświadczenia w realizacji zadań publicznych zdobyte przez Klub Myśli Społecznej „Inicjatywy”, a także osiągnięcia, działającego w ramach Collegium Civitas, Uniwersytetu Trzeciego Wieku.

Koncepcja Modelowego Programu ISPZS łączy w sposób zrównoważony wiedzę i kompetencje z zakresu nauk biologicznych i medycznych



z dorobkiem nauk humanistycznych i społecznych, a także wiedzę teoretyczną z umiejętnościami praktycznymi w tych dziedzinach.

Osiągnięcie harmonijnej równowagi na wysokim poziomie współpracy w tak różnych dziedzinach wymaga zbudowania interdyscyplinarnego zespołu dydaktycznego, wzajemnie zainteresowanego problematyką zdrowego, aktywnego starzenia się społeczeństwa, zdolnego do przekazywania słuchaczom następujących treści programowych:

- wprowadzenie do zagadnień promocji zdrowia i zdrowia publicznego;
- główne problemy i wyzwania zdrowotne – historia, stan obecny, przyszłość;
- wiedza o zdrowiu i promocji zdrowia w różnych wymiarach: medycznym, filozoficznym, etycznym, biologicznym, społeczno-kulturowym, ekonomicznym;
- polityka zdrowotna i senioralna w Polsce, UE i WHO;
- wybrane programy promocji zdrowia dla osób starszych;
- zagadnienia opieki nad osobami niepełnosprawnymi i niesamodzielnymi;
- rzecznictwo w zakresie promocji zdrowia – zadania dla seniorów.

Efekty uczenia się w Modelowej Interdyscyplinarnej
Szkołe Promocji Zdrowia Seniorów

W wyniku nauki w Modelowej Interdyscyplinarnej Szkole Promocji Zdrowia Seniorów słuchacze nabyli odpowiednią wiedzę, umiejętności oraz kompetencje personalne i społeczne służące zachowaniu aktywności i zdrowia. Uczestnicy zajęć dydaktycznych nie tylko zapoznali się z pojęciami, zjawiskami, metodami promocji zdrowia oraz rolą promocji zdrowia we wszystkich aspektach życia człowieka, także w wieku starszym, ale przede wszystkim nauczyli się, jak



w praktyce wykorzystać tę wiedzę i umiejętności dla poprawy swojej kondycji zdrowotnej i ochrony zdrowia innych seniorów.

Należy zakładać, że nabyta wiedza i umiejętności w zakresie promocji zdrowia staną się podstawą do intelektualnego i zawodowego rozwoju seniorów. W ocenie efektów kształcenia konieczne jest uwzględnienie ściśle określonych elementów w zakresie wiedzy, umiejętności oraz kompetencji personalnych i społecznych.

W zakresie wiedzy słuchacz:

1. Ma podstawową wiedzę na temat rodzajów i dynamiki czynników ryzyka i zagrożeń zdrowia człowieka w starszym wieku i zbiorowości ludzi starszych, z uwzględnieniem gradientu socjalnego.
2. Posiada zasadnicze informacje oraz rozeznanie co do wpływu elementów składających się na styl życia oraz na zdrowie człowieka.
3. Rozporządza elementarną, uporządkowaną wiedzą o różnych kulturowych i środowiskowych uwarunkowaniach zdrowia, ich specyfice i możliwościach działań promujących zdrowie i profilaktykę wśród osób w podeszłym wieku w miejscu zamieszkania, pracy, wypoczynku oraz w podróży.
4. Ma podstawową wiedzę dotyczącą samodzielnego rozpoznawania oraz radzenia sobie z problemami zdrowotnymi, głównie w zakresie promocji zdrowia oraz profilaktyki zagrożeń i chorób wśród kobiet i mężczyzn w starszym wieku.
5. Posiada rudymenarne informacje na temat zdrowego żywienia i doboru odpowiedniej diety złożonej ze składników pokarmowych dla osób w starszym wieku.
6. Dysponuje elementarną wiedzą odnośnie do zasad i metod pielęgnacji urody i opóźniania procesów starzenia.
7. Rozporządza podstawową, uporządkowaną wiedzą w kwestii zachowań w sferze życia seksualnego osób starszych.



8. Ma elementarną wiedzę odnośnie do zasad i metod promocji aktywności fizycznej ludzi w starszym wieku.
9. Posiada podstawowe dane o funkcjonowaniu ośrodków rekreacyjnych, odnowy biologicznej, centrów SPA, uzdrowisk.
10. Dysponuje wiedzą w zakresie promocji zdrowia i zapobiegania problemom zdrowotnym osób starszych w stopniu umożliwiającym aktywne poszukiwanie pracy w sektorze polityki społecznej, zdrowia, edukacji III wieku albo podjęcie działalności związanej z promocją zdrowego starzenia się w ramach wolontariatu.

W zakresie umiejętności słuchacz:

1. Potrafi wykorzystywać podstawową wiedzę teoretyczną z zakresu promocji zdrowia oraz powiązanych z nią dyscyplin w celu analizowania i interpretowania indywidualnych i zbiorczych problemów zdrowotnych seniorów oraz motywów i wzorów ich zachowań związanych ze zdrowiem.
2. Umie dostrzec kulturowe, środowiskowe i biologiczne uwarunkowania zdrowia osób starszych w wymiarze jednostkowym i populacyjnym.
3. Jest w stanie ocenić przydatność typowych metod, procedur i dobrych praktyk do realizacji zadań związanych z różnymi sferami promocji zdrowia seniorów.
4. Potrafi zaplanować i efektywnie włączyć się w realizację personalnych i środowiskowych programów profilaktycznych i edukacyjnych nakierowanych na osoby w starszym wieku.
5. Umie animować prace nad rozwojem uczestników promocji zdrowia, wspierać ich samodzielność w zdobywaniu wiedzy oraz inspirować do działań na rzecz kultury zdrowotnej w okresie starości.



6. Posiada umiejętności niezbędne do działalności wolontariackiej i pracy w działach zajmujących się prewencją i promocją zdrowia osób starszych w administracji państwowej wszystkich szczebli, w samorządzie terytorialnym, w placówkach i jednostkach administracyjnych opieki społecznej i opieki zdrowotnej, w instytucjach III sektora, w zakładach pracy.
7. Umie ocenić stan odżywienia, sposób żywienia, rozpoznać otyłość i niedożywienie.
8. Ma umiejętność wykorzystania posiadanej wiedzy do zapobiegania chorobom żywieniowo – zależnym w oparciu o zasady dietoprofilaktyki z wykorzystaniem metod edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia ukierunkowanych na ludzi w starszym wieku.
9. Posiada elementarne umiejętności praktyczne niezbędne do wspierania osób starszych w opóźnianiu procesów starzenia i pielęgnacji urody, w kształtowaniu i podtrzymywaniu sprawności i wydolności fizycznej w miejscu zamieszkania, ośrodkach rekreacyjnych, ośrodkach odnowy biologicznej, centrach SPA.
10. Potrafi wykorzystać posiadaną wiedzę do nadania właściwego znaczenia sferze życia seksualnego osób starszych.
11. Posiada bazowe umiejętności praktyczne służące skutecznemu zapobieganiu typowym urazom i schorzeniom narządu ruchu u osób w starszym wieku.
12. Potrafi wykorzystać posiadaną wiedzę do kształtowania właściwych postaw otoczenia wobec starości i do skutecznego przeciwstawienia się stereotypom w tej sferze.

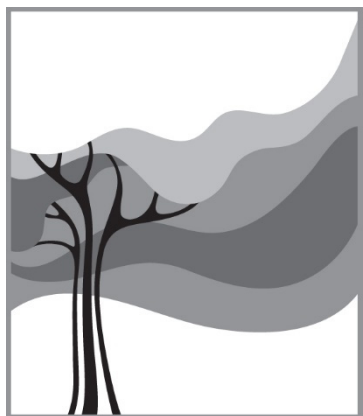
W zakresie kompetencji personalnych i społecznych słuchacz:

1. Ma przekonanie o sensie, wartości i potrzebie podejmowania działań w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia własnego i zbiorowości osób w starszym wieku.



2. Wykazuje aktywność, podejmuje trud i odznacza się wytrwałością w realizacji indywidualnych i zespołowych działań wspierających profesjonalistów w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia seniorów.
3. Jest przygotowany do aktywnego uczestnictwa w grupach, organizacjach i instytucjach realizujących działania w zakresie promocji zdrowego starzenia się i jest zdolny do porozumiewania się z osobami będącymi i niebędącymi specjalistami w danej dziedzinie.
4. Odpowiedzialnie przygotowuje się do działań w zakresie promocji zdrowia osobistego, osób bliskich oraz zbiorowości kobiet i mężczyzn w starszym wieku, do uczestnictwa w działaniach w zakresie profilaktyki typowych chorób i zagrożeń zdrowotnych osób starszych głównie poprzez właściwe żywienie, aktywność fizyczną, jak również poprzez metody opóźniające procesy starzenia i służące pielęgnacji urody.
5. Jest świadomy wyzwań stojących przed systemami opieki społecznej i opieki zdrowotnej w XXI wieku (nierówności w zdrowiu; wyzwania demograficzne – starzenie się społeczeństw w gospodarkach wysoko rozwiniętych; wyzwania technologiczne) oraz jest orędownikiem reorientacji polityki senioralnej i polityki ochrony zdrowia w kierunku docenienia roli zdrowia publicznego, promocji zdrowia, profilaktyki chorób i zagrożeń.

W kolejnych edycjach ISPZS zaleca się sporządzenie matrycy efektów kształcenia, w której powinny być uwidocznione efekty kształcenia w zakresie wiedzy, umiejętności oraz kompetencji personalnych i społecznych osiągnięte w ramach poszczególnych przedmiotów.



Realizacja projektu Interdyscyplinarnej Szkoły Promocji Zdrowia Seniorów w roku 2014

Opis działań w projekcie ISPZS

Projekt ISPZS był realizowany we współpracy dwóch instytucji: Collegium Civitas (partnera projektu) oraz Klubu Myśli Społecznej „Inicjatywy”, organizacji pozarządowej, która była liderem w projekcie dofinansowanym przez program ASOS 2014-2020. Projekt rozpoczął się od spotkania, którego celem było lepsze zapoznanie osób zaangażowanych w realizację działań w projekcie oraz zbudowanie stabilnych struktur zespołu projektu. Partnerzy projektu wraz z doradcami i wybranymi ekspertami ustalili szczegółowy podział zadań.

Pierwszym etapem było dopracowanie programu Interdyscyplinarnej Szkoły Promocji Zdrowia Seniorów oraz rozpoczęcie promocji planowanych działań edukacyjnych dla seniorów. Zajęcia zaplanowano na czas weekendów wakacyjnych. Na początku stworzono również



stronę internetową o adresie: <http://www.senior.inicjatywy.org>, na której umieszczano materiały dotyczące projektu ISPZS.

Kolejne etapy realizacji projektu to opracowanie materiałów promocyjnych oraz rekrutacja słuchaczy ISPZS. W tym czasie wykładowcy i prowadzący zajęcia ustalali z kierownikiem merytorycznym sylabusy wykładów, zajęć warsztatowych oraz materiały edukacyjno-szkoleniowe. Harmonogram zajęć podzielono na wykłady, które odbywały się w dwóch aulach Collegium Civitas oraz równolegle prowadzone grupy warsztatowe (warsztaty odbywały się w mniejszych salach i nie przekraczały 25 uczestników).

Po bardzo intensywnej promocji i zróżnicowanych działaniach rekrutacyjnych, w lipcu 2014 roku rozpoczęto realizację zajęć w szkole. Zajęcia odbywały się w Pałacu Kultury i Nauki, w siedzibie Collegium Civitas. Pierwszy zjazd był szczególnie trudny, ponieważ przed jego rozpoczęciem trzeba było w bardzo szybkim czasie zaopiekować się ponad setką seniorów, którzy dokonywali rejestracji, uzyskiwali informacje o programie oraz kolejnych zjazdach.

Zajęcia w Collegium Civitas odbywały się:

- Zjazd I – 19.07.2014 (sobota) i 20.07.2014 (niedziela)
- Zjazd II – 26.07.2014 (sobota) i 27.07.2014 (niedziela)
- Zjazd III – 02.08.2014 (sobota) i 03.08.2014 (niedziela)
- Zjazd IV – 09.08.2014 (sobota) i 10.08.2014 (niedziela)
- Zjazd V – 23.08.2014 (sobota) i 24.08.2014 (niedziela)
- Zjazd VI – 30.08.2014 (sobota) i 31.08.2014 (niedziela)
- Zjazd VII – 06.09.2014 (sobota) i 07.09.2014 (niedziela)
- Zjazd VIII – 13.09.2014 (sobota) i 14.09.2014 (niedziela)

Pod koniec letnich zjazdów w sierpniu wybrano spośród uczestników ISPZS grupę 60 słuchaczy, którzy następnie uczestniczyli w szkoleniu opiekunów osób starszych. Celem tego szkolenia było poszerzenie wiedzy i umiejętności na temat zagadnień zdrowego starzenia się



i metod promocji zdrowia wśród ludzi starszych oraz polityki senioralnej w Polsce. Osoby uczestniczące w 16-godzinny kursie otrzymały po jego zakończeniu certyfikaty podpisane przez władze Collegium Civitas i Klub Myśli Społecznej Inicjatywy.

Ponadto od sierpnia do końca listopada zapraszano uczestników szkoły do udziału w imprezach prozdrowotnych, które odbywały się w Warszawie. Kierownik merytoryczny ISPZS, niektórzy prowadzący zajęcia wraz z lekarzami i pielęgniarkami oraz zainteresowani uczestnicy programu (słuchacze Szkoły, opiekunowie, członkowie ich rodzin) uczestniczyli m.in w II Letnim Turnusie Wypoczynkowym dla Seniorów organizowanym na ogródkach działkowych na Woli, rodzinnym pikniku międzypokoleniowym, Warszawskich Dniach Zdrowia, w Wolskich Dniach Seniora oraz w akcji „Biegnij Warszawo” i w „VII Biegu Papieskim”. Kilka fotografii ze wspomnianych wydarzeń zamieszczono na wkładce (strony 65-66 niniejszej publikacji).

W ramach działań partycypacyjnych zaproponowano także uczestnikom współpracę z prowadzącymi zajęcia w opracowaniu autorskich miniprojektów z zakresu promocji zdrowia dla osób starszych. Obejmowały one takie tematy jak: „Aktywizacja osób starszych do popularyzacji zaleceń Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem w ramach edukacji międzypokoleniowej”, „Przygotowanie i rozpropagowanie wśród osób starszych materiałów dotyczących świadczeń socjalnych przysługujących osobom niepełnosprawnym i niesamodzielnym”, „Zorganizowanie klubu ćwiczeń koordynujących ruchowo dla osób starszych wg wzorów medycyny komplementarnej” (więcej na stronie internetowej o adresie: <http://www.senior.inicjatywy.org>).



Szczegółowy plan edukacyjny dla seniorów

Program ISPZS był nakierowany na rozumianą holistycznie promocję zdrowia seniorów powyżej 60. roku życia i uwzględnił wszystkie proponowane w Programie ASOS kierunki działań edukacyjnych:

- wykłady i zajęcia warsztatowe,
- zajęcia przygotowujące do usług wolontariackich (tworzenie miniprojektów z zakresu promocji zdrowia i uczestnictwo w imprezach prozdrowotnych),
- kształcenie opiekunów,
- promowanie wolontariatu kompetencji i oferty edukacyjnej wśród osób starszych.

Podstawowy program kształcenia obejmował 60 godzin dydaktycznych realizowanych w trybie 12 weekendowych zjazdów, w tym 30 godzin wykładów i 30 godzin zajęć warsztatowych (dla każdej grupy). Warsztaty dotyczyły także zagadnień praktycznych promocji zdrowia, słuchacze uczyli się między innymi, jak tworzyć, oceniać i wdrażać w życie programy promujące zdrowie wśród osób starszych.

Tematyka wykładów oraz zajęć warsztatowych tegorocznej Interdyscyplinarnej Szkoły Promocji Zdrowia była następująca:

Wykłady

- 1) ***Zdrowie i sens życia – dyskusja filozoficzna*** (2 godziny wykładów; omawiane zagadnienia: rozumienie zdrowia i problemów zdrowotnych w kategoriach filozoficznych, dylematy moralne i etyczne dotyczące problemów zdrowotnych współczesnego świata).
- 2) ***Historia wielkich problemów zdrowotnych i wyzwania w zdrowiu w XXI wieku*** (4 godziny wykładów; omawiane zagadnienia: najważniejsze zjawiska i problemy zdrowotne cywilizacji zachodniej, wielkie epidemie i choroby cywilizacyjne – choroby pasożytnicze i zakaźne, nowotwory, choroby układu krążenia, choroby psychiczne, wpływ



zmian społeczno-ekonomicznych, rozwoju medycyny, higieny, programów profilaktycznych i promocji zdrowia na obraz stanu zdrowia w Polsce i na świecie; prognozowane zagrożenia zdrowotne).

- 3) ***Co szkodzi zdrowiu? Główne czynniki ryzyka zdrowotnego*** (4 godziny wykładów; omawiane zagadnienia: uwarunkowania zdrowia i choroby w kontekście stylu życia, zachowań zdrowotnych i wpływu środowiska, niezdrowe odżywianie, niedostatek aktywności fizycznej, unikanie badań profilaktycznych, nieradzenie sobie ze stresem; uzależnienia).
- 4) ***Ewolucja a zdrowie człowieka*** (2 godziny wykładów; omawiane zagadnienia: wybrane zjawiska i mechanizmy ewolucji życia na Ziemi, mające wpływ na kształtowanie się organizmu człowieka, jego podatność na choroby i możliwości obronne, a także występowanie zagrożeń zdrowotnych, w tym epidemii i chorób cywilizacyjnych, prognozowane zjawiska ewolucyjne a nowe wyzwania zdrowotne).
- 5) ***Ile kosztuje utrata zdrowia? Ile możemy zyskać na jego poprawie?*** (2 godziny wykładów; omawiane zagadnienia: podstawowe ekonomiczne pojęcia i zjawiska związane ze zdrowiem i chorobą; wydatki na zdrowie i czynniki je kształtujące w budżecie gospodarstwa domowego i państwa, ocena ekonomicznych kosztów utraty zdrowia i zysków związanych z jego poprawą, ekonomiczna efektywność programów promocji zdrowia).
- 6) ***Czym jest promocja zdrowia? Co muszę wiedzieć, aby poprawić swoje zdrowie?*** (3 godziny wykładów; omawiane zagadnienia: podstawowe pojęcia, definicje, zjawiska dotyczące promocji zdrowia, promocja zdrowia jako strategia rozwiązywania problemów zdrowotnych osób w starszym wieku na różnych poziomach struktur społecznych; promocja zdrowia seniorów a rozwój społeczności i instytucji lokalnej).
- 7) ***Kulturowy wymiar zdrowia*** (3 godziny wykładów i 2 godziny zajęć warsztatowych; omawiane zagadnienia: kulturowe aspekty zdrowia,



choroby i medycyny, miejsce zdrowia i zagadnień z nim związanych w kulturze – zdrowie w sztuce, architekturze i budownictwie, reklamie, modzie itp., kultura materialna a zdrowie, rozumienie i stan zdrowia w różnych grupach kulturowych).

- 8) ***Zdrowotne i społeczne problemy wieku starszego – sprzężenia zwrotne*** (4 godziny wykładów; omawiane zagadnienia: główne problemy zdrowotne i społeczne osób w starszym wieku, ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji w Polsce, specyfika i zasady opieki geriatrycznej, całościowa ocena geriatryczna).
- 9) ***Jak zbierać siły do walki z chorobą? Porady psychologa*** (2 godziny wykładów; omawiane zagadnienia: główne zjawiska i mechanizmy psychiczne mające wpływ na utratę i poprawę zdrowia oraz jakość życia w trakcie i po przebytej chorobie, problemy psychiczne osób starszych, samoocena i samokontrola problemów psychicznych, metody wsparcia psychologicznego osób chorych, farmakoterapia, zasady i instytucje opieki psychicznej).
- 10) ***Opieka nad osobami niepełnosprawnymi i niesamodzielnymi*** (4 godziny zajęć warsztatowych; omawiane zagadnienia: zasady opieki długoterminowej, metody wspierania rodziny w opiece nad niepełnosprawnym i niesamodzielnym seniorem – aspekty medyczne, okołomedyczne i socjalne, system opieki zdrowotnej i społecznej wobec samotnych seniorów z niepełnosprawnością – realia i postulowane rozwiązania, zasady opieki paliatywno-hospicyjnej).
- 11) ***Prawo i polityka zdrowotna wobec ludzi w starszym wieku – zalecenia WHO, sytuacja w UE i Polsce*** (2 godziny wykładów; omawiane zagadnienia: polityka zdrowia publicznego wobec rozwoju procesów demograficznych; aktualne i postulowane rozwiązania legislacyjne w zakresie ochrony zdrowia seniorów; prawa pacjenta w starszym wieku).



- 12) *Życie seksualne seniorów, czyli jak czerpać radość z życia* (2 godziny wykładów; omawiane zagadnienia: życie seksualne kobiet i mężczyzn w starszym wieku w świetle badań, zmiany postaw społecznych wobec seksualności seniorów; aspekty medyczne seksualności seniorów – leki, terapie, pomoc psychologiczna).

Zajęcia warsztatowe:

- 1) *Fizjoprofilaktyka i motoryka zdrowotna w wieku starszym* (4 godziny zajęć warsztatowych; omawiane zagadnienia: sprawność i wydolność fizyczna, profilaktyczne znaczenie zwiększonej aktywności fizycznej, bezpieczeństwo wysiłku fizycznego, zalecane programy i formy ruchu, przeciwwskazania do wysiłku, wspomaganie wysiłku fizycznego osób starszych).
- 2) *Pielęgnacja urody* (2 godziny zajęć warsztatowych; omawiane zagadnienia: prewencja starzenia się skóry i związanych z tym zmian wyglądu w kontekście powszechnego kultu młodości; medycyna przeciwstarzeniowa; współczesne możliwości kosmetologii pielęgnacyjnej i estetycznej; dietetyczne wspomaganie przeciwstarzeniowych zabiegów medycyny estetycznej; SPA, wellness).
- 3) *Promocja zdrowego żywienia seniorów* (4 godziny zajęć warsztatowych; omawiane zagadnienia: zasady zdrowego żywienia osób powyżej 60. i 80. roku życia, podstawy dietetyki klinicznej – układanie diety, łączenie pokarmów, posiłki a zażywanie leków, diety alternatywne, wegetarianizm).
- 4) *Jak zapobiec wypadkom, czyli jak bezpiecznie dożyć późnej starości?* (2 godziny zajęć warsztatowych; omawiane zagadnienia: typowe schorzenia układu kostno-stawowego i urazy w wieku starszym oraz sposoby ich usprawniania, specyfika rehabilitacji, ocena bólu, bezpieczeństwo seniora w pojeździe i na drodze, zachowanie się w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia, reagowanie na zachowania agresywne, szukanie pomocy).



- 5) ***Jak przestać palić tytoń i ograniczyć picie alkoholu?*** (4 godziny zajęć warsztatowych; omawiane zagadnienia: definicje, mechanizmy i objawy uzależnienia od tytoniu i alkoholu; biologiczne, psychiczne, społeczne i ekonomiczne skutki uzależnienia, metody samooceny zespołu uzależnienia i abstynencji, dostępne w Polsce metody leczenia wymienionych uzależnień, ze szczególnym uwzględnieniem samokontroli i wsparcia behawioralnego, przykłady skutecznych programów profilaktycznych i kampanii zdrowotnych, kształtowanie umiejętności wspierania innych seniorów, członków swojej rodziny, kolegów w pracy w rozwiązywaniu problemów związanych z wymienionymi uzależnieniami).
- 6) ***Jak radzić sobie z depresją? Problematyka zdrowia psychicznego seniorów*** (2 godziny zajęć warsztatowych; omawiane zagadnienia: idee, specyfika, naukowe podstawy psychoprofilaktyki wśród osób w starszym wieku, metody oceny depresji, depresja w chorobach somatycznych; depresja endogenna, depresja z agitacją i urojeniami, depresja apatyczna, podstawowe zasady psychoterapii).
- 7) ***Sport dla wszystkich w edukacji zdrowotnej seniorów*** (2 godziny zajęć warsztatowych; omawiane zagadnienia: aktywne formy turystyki i rekreacji w edukacji zdrowotnej seniorów; dozowanie aktywności fizycznej).
- 8) ***Jak zostać rzecznikiem i promotorem zdrowia?*** (4 godziny zajęć warsztatowych; omawiane zagadnienia: kluczowe pojęcia, koncepcja i rola rzecznictwa w promocji zdrowia, adresaci i instytucje wspomagające działania rzecznicze, planowanie, organizacja i promowanie ww. działań, także z użyciem mediów, psychiczne, społeczne i zawodowe predyspozycje rzecznika zdrowia, wsparcie wybranych programów promocji zdrowia adresowanych do osób w starszym wieku poprzez działania rzecznicze).

Opisy wszystkich zajęć są dostępne na stronie internetowej o adresie: <http://www.senior.inicjatywy.org>.



Ewaluacja ISPZS

Ewaluacja ISPZ ma przede wszystkim służyć sprawdzeniu, czy został osiągnięty główny cel projektu oraz jego cele operacyjne, związane z realizacją głównych zadań. Dodatkowym elementem ewaluacji powinno być także wartościowanie działań, czyli badanie, czy działania i ich wyniki są wartościowe, tj. cenne i użyteczne.

Na ewaluację projektu powinna składać się:

- ewaluacja procesu – dokonywana w trakcie realizacji programu, jej celem jest monitorowanie przebiegu realizacji programu dla dokonania ewentualnych modyfikacji;
- ewaluacja rezultatów programu – dokonywana bezpośrednio po zakończeniu kolejnych etapów jego realizacji i po upływie pewnego czasu (ewaluacja odroczone), jej celem jest zbadanie stopnia osiągnięcia przyjętych celów programu.

Badania naukowe i doświadczenia własne autorów dotyczące realizacji działań ewaluacyjnych w trakcie prowadzenia ISPZS w roku 2014 wskazują na pewne trudności w ewaluacji wyników promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej seniorów.

Przed wszystkim trwała zmiana postaw i zachowań jest często odległa w czasie, a efekty promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej zależą nie tylko od prowadzonych działań edukacyjnych, ale także od czynników zewnętrznych (np. zmian w środowisku kulturowym i społeczno-ekonomicznym) oraz wewnętrznych (indywidualnych cech uczestników zajęć).

Wydaje się, że efekty realizacji programu Szkoły najlepiej sprawdzać w życiu codziennym, gdy teoria przyswojona z zajęć zostaje zastosowana w praktyce. Dlatego ze względu na złożoność celów, wymagane jest zastosowanie złożonych metod pomiarowych i użycie



wielu wskaźników. Niemniej jednak, zastosowane w roku 2014 założenia i narzędzia badawcze powinny być podstawą planu ewaluacji działań ISPZS w kolejnych latach.

Głównym celem badań ewaluacyjnych prowadzonych w roku 2014 była ocena efektywności działań podjętych w ramach Interdyscyplinarnej Szkoły Promocji Zdrowia Seniorów. Ocena ta miała nie tylko służyć do zweryfikowania obecnej koncepcji, programu i organizacji Szkoły, ale także do opracowania jej modelowego programu, który będzie rozwijany w najbliższych latach.

W tym celu wykonano następujące badania ilościowe:

- wstępne badanie ankietowe (pre-test), w którym dokonano oceny wiedzy, opinii, zachowań i postaw zdrowotnych słuchaczy na początku głównego cyklu zajęć;
- kontrolne badanie ankietowe (post-test), w którym dokonano tych samych elementów oceny słuchaczy po zakończeniu głównego cyklu zajęć;
- badanie ankietowe mające na celu bieżącą ocenę przez słuchaczy głównego cyklu zajęć (wykładów i warsztatów) oraz
- badanie ankietowe mające na celu ocenę przez słuchaczy szkolenia dla opiekunów osób starszych.

Wstępne badanie ankietowe przeprowadzono podczas inauguracji i pierwszych zajęć Szkoły (zjazd I) w dniach 19-20 lipca 2014 roku. Wzięło w nim udział 84 słuchaczy. Kontrolne badanie ankietowe wykonano na zakończenie głównego cyklu zajęć, po wręczeniu certyfikatów słuchaczom 4 października 2014 roku (zebrano 49 ankiet). Ankiety mające na celu bieżącą ocenę przez słuchaczy głównego cyklu zajęć były zbierane po każdych zajęciach (wykładach lub warsztatach) prowadzonych przez wykładowców w okresie od 19 lipca do 14 września 2014 roku (zebrano 1079 ankiet). Ankiety oceniające szkolenia dla opiekunów osób starszych były zebrane po zakończeniu każdego z ośmiu



modułów szkoleniowych w dniach 25-26 września i 2-3 października 2014 roku (zebrano 24 ankiety).

W przypadku wszystkich badań przeprowadzono przekrojową analizą pytań merytorycznych w odniesieniu do pytań dotyczących społeczno-demograficznych cech słuchaczy oraz pytań dotyczących ich uczestnictwa w Szkole i, ewentualnie, źródła wiedzy o niej. Zbadano, czy analizowane różnice w rozkładzie zmiennych są istotne statystycznie (95% przedział ufności) oraz sprawdzono, czy różnice takie występują w odpowiedziach na analogiczne pytania pre- i post-testu.

W ramach idei triangulacji danych uznano za zasadne łączenie metod jakościowych i ilościowych, jako najbardziej efektywne i stanowiące o rzetelności i trafności prowadzonych badań. Zrealizowano zatem również badania jakościowe, które były uzupełnieniem monitoringu bieżących działań w projekcie, pogłębieniem analiz ocen poszczególnych wykładów i zajęć oraz wyników badań sondażowych (pre-testu i post-testu).

Badania zostały przeprowadzone za pomocą wywiadów indywidualnych i grupowych. Wywiady indywidualne prowadzono po zakończeniu programu edukacyjnego z wybranymi (prawie wszystkimi) prowadzącymi zajęcia warsztatowe wykładowcami/ trenerami. Ich celem było standaryzowane zebranie opinii i rekomendacji dla modelowego programu i projektów realizowanych w przyszłości.

Narzędziem do wywiadów indywidualnych były dyspozycje – średnio standaryzowany scenariusz, który wcześniej poddano testowi (pilotażowi). Badania zostały zrealizowane metodą zogniskowanych wywiadów grupowych, która polega na zbieraniu danych na interesujący temat podczas wspólnej dyskusji w grupie. Liczebność takiej grupy ogranicza się zazwyczaj do 4-8 osób, aby umożliwić każdej badanej osobie swobodne wypowiedzenie się, podzielenie się swoimi



opiniami, zapewniając jednocześnie możliwość zebrania różnorodnych doświadczeń. Badanie odbywało się na podstawie wcześniej ustalonego scenariusza.

Główne wyniki i wnioski z badań ewaluacyjnych ISPZS 2014

Zajęcia w Interdyscyplinarnej Szkole Promocji Zdrowia Seniorów podniosły wiedzę i opinie słuchaczy na temat zdrowia i promocji zdrowia. Dotyczy to zarówno wiedzy ogólnej, jak i wiedzy szczegółowej, mającej znaczenie praktyczne, np. komu przyznaje się dodatek pielęgnacyjny. ISPZS wpłynęła także na postawy seniorów dotyczące angażowania się w działalność obywatelską, np. dwa razy więcej słuchaczy niż na początku zajęć sądzi, że należy się osobiście angażować w działalność obywatelską na rzecz zdrowia. Wyniki wszystkich badań ilościowych także spójnie wskazują, że prowadzone w Szkole zajęcia wywarły wpływ na zachowania zdrowotne słuchaczy; ponad połowa deklaruje, że dzisiaj więcej czasu poświęca aktywności fizycznej, prawie połowa zdrowiej się odżywia, co trzeci słuchacz Szkoły częściej dba o zdrowie innych, a co czwarty robi badania profilaktyczne z większą systematycznością i lepiej sobie radzi z samotnością.

Choć w trakcie zajęć z wysoką oceną spotkały się wszystkie analizowane ich elementy (treść, jasność wyrażania myśli, metodyka zajęć, materiały wizualne), to po zakończeniu Szkoły zdecydowanie najwięcej słuchaczy (41%), którzy wypełnili kontrolne badanie ankietowe (post-test) uznało, że najbardziej wartościowym elementem zajęć była ich tematyka (interesujące treści). Uczestnicy zwrócili uwagę na większą potrzebę zajęć praktycznych, kształtujących umiejętności słuchaczy w zakresie komunikacji, psychologii, budowania stosunków interpersonalnych, ale również promocji zdrowia, zdrowego odżywiania itp.

Duża część raportów i wyników badań dostępna jest na stronie internetowej o adresie: [http:// www.senior.inicjatywy.org](http://www.senior.inicjatywy.org).



We wszystkich zajęciach więcej czasu i uwagi powinno się poświęcić na komunikację ze słuchaczami Szkoły. Powinni mieć oni większy wpływ na dobór i metodykę zajęć. Być może, dodatkowe zajęcia dla słuchaczy Szkoły warto zorganizować w formie konsultacji eksperckich lub spotkań tematycznych dotyczących konkretnych jednostek chorobowych. W wykładach więcej czasu należy poświęcić na dyskusję poruszanych problemów zdrowotnych.

W celu zapewnienia szerszej wymiany poglądów i zwiększania integracji między słuchaczami istotne jest przestrzeganie zasady, by grupy wykładowe liczyły nie więcej niż 60 osób, a grupy warsztatowe nie więcej niż 10-15 osób.

W programie ISPZS dużą wagę należy przywiązywać również do praktycznych efektów kształcenia. Dlatego w ramach zajęć warsztatowych konieczne jest stworzenie słuchaczom możliwości zaznajomienia się zarówno z konkretnymi projektami promującymi różne domeny zdrowia, jak i ze sposobami rozwiązywania, pod kierunkiem doświadczonych specjalistów, rzeczywistych problemów pojawiających się w trakcie ich realizacji.

Podsumowując, w opinii słuchaczy Interdyscyplinarna Szkoła Promocji Zdrowia Seniorów jest innowacyjną i bardzo przydatną społecznie instytucją, która poszerza wiedzę, zmienia opinie osób starszych na temat zdrowia i polityki zdrowotnej, kształtuje umiejętności seniorów w zakresie poprawy zdrowia, pozytywnie wpływa na ich deklaracje dotyczące aktywności w programach zdrowotnych i wolontariacie na rzecz ochrony zdrowia niepełnosprawnych i niesamodzielnych seniorów oraz, co najważniejsze, ma wpływ na zmianę ich zachowań zdrowotnych.



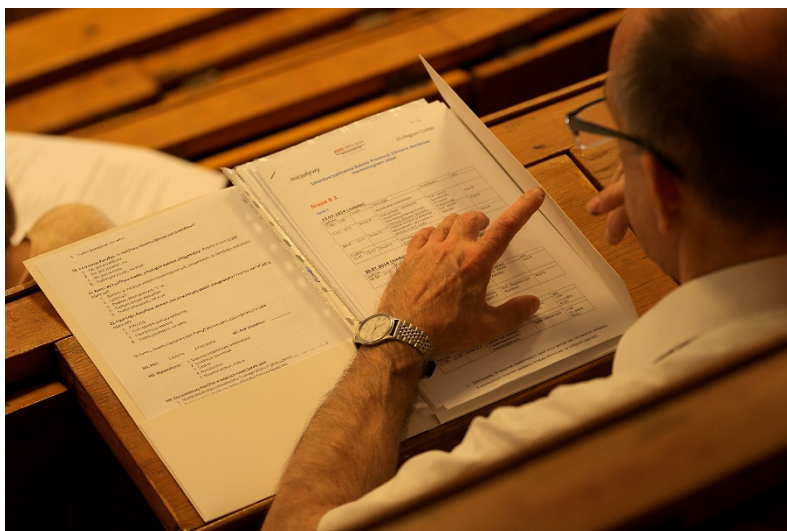
Wykład prof. Witodła Zatońskiego w Collegium Civitas

Autor fot.: Marcelli Zielnik



Wykład w Collegium Civitas – prof. dr hab. Janusz Szymborski

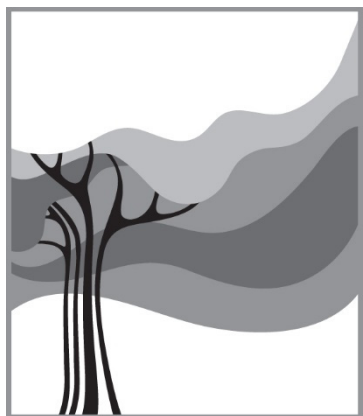
Autor fot.: Marcelli Zielnik



Wykład w Collegium Civitas – słuchacz ISPZS Ireneusz Rugieł
Autor fot.: Marcei Zielnik



Impreza prozdrowotna, ogródki działkowe Warszawa-Wola
Autor fot.: Janusz Marek Jaworski



Wnioski z ewaluacji efektów uczenia się w ISPZS i ramowe rekomendacje do działań edukacyjnych w zakresie promocji zdrowia seniorów

Wnioski

1. Program ISPZS wpisuje się w realizację celów nakreślonych w *Założeniach Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020*, w szczególności ma ścisły związek z priorytetami dotyczącymi promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej oraz rozwoju oferty edukacyjnej dla osób starszych w obszarach zgodnych z potrzebami.

Program ISPZS ma też umocowanie w pierwszym priorytecie – edukacja osób starszych – *Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014-2020*. Program jest nakierowany na rozumianą holistycznie promocję zdrowia seniorów powyżej 60. r.ż. i uwzględnia wszystkie proponowane w *Programie ASOS* kierunki działań edukacyjnych, tj.:



- wykłady i zajęcia warsztatowe;
- zajęcia przygotowujące do usług wolontariackich (tworzenie miniprojektów z zakresu promocji zdrowia i uczestnictwo w imprezach prozdrowotnych);
- kształcenie opiekunów;
- promowanie wolontariatu kompetencji i oferty edukacyjnej wśród osób starszych.

2. Słuchacze ISPZS wysoko ocenili podstawowy program kształcenia realizowany w czasie 60 godzin dydaktycznych – 30 godzin wykładów i 30 godzin zajęć warsztatowych – obejmujący holistycznie ujęte grupy treści programowych, takie jak: wprowadzenie do zagadnień promocji zdrowia i zdrowia publicznego; główne problemy i wyzwania zdrowotne; wiedza o zdrowiu i promocji zdrowia w różnych wymiarach: medycznym, filozoficznym, etycznym, biologicznym, społeczno-kulturowym, ekonomicznym; polityka zdrowotna i senioralna w Polsce, UE i WHO; wybrane programy promocji zdrowia dla osób starszych; zagadnienia opieki nad osobami niepełnosprawnymi i niesamodzielnymi; rola seniorów w rzecznictwie na rzecz promocji zdrowia.

Z uznaniem zdecydowanej większości słuchaczy spotkał się dobór szczegółowej tematyki zajęć. Bardzo dużym zainteresowaniem cieszyły się zajęcia praktyczne, dzięki którym odbiorcy mogli się nauczyć, jak tworzyć, oceniać i wdrażać w życie programy promujące zdrowie wśród osób starszych. Znaczna część słuchaczy ISPZS zdecydowała się skorzystać z oferty szkoleń dających możliwość nabycia odpowiedniej wiedzy i umiejętności, które mogą okazać się przydatne do wykonywania, np. w formie wolontariatu, zadań opiekuńczych wobec niepełnosprawnych i niesamodzielnych osób w starszym wieku.



3. Słuchacze ISPZS wysoko ocenili organizację i sposób prowadzenia zajęć, w tym przygotowanie, kompetencje i zaangażowanie interdyscyplinarnego zespołu dydaktycznego oraz zespołu administracyjnego. Wysoka kultura i profesjonalizm prowadzenia wykładów, warsztatów i szkoleń stworzyły słuchaczom możliwość aktywnego uczestnictwa, a nawet wpływania na poszerzenie tematyki zajęć o zagadnienia będące przedmiotem ich szczególnego zainteresowania. Z kolei wysoka kultura i mądrość słuchaczy, wynikająca z ich ogromnego doświadczenia życiowego, wywarły silne pozytywne wrażenie i przyczyniły się do poszerzenia wiedzy wykładowców odnośnie do realnych problemów społecznych i zdrowotnych osób starszych oraz do przykładania większego znaczenia do specyfiki edukacji seniorów i doceniania korzyści ze stosowania metod edukacji uczestniczącej. Pewne sugestie ze strony słuchaczy pozwoliły na bieżące modyfikacje organizacyjne i mogą być cenną pomocą dla planowania dalszych działań edukacyjnych.
4. Badania ewaluacyjne w trakcie realizacji podstawowego programu kształcenia i tuż po jego zakończeniu nie pozwalają na ocenę, czy nastąpiła poprawa kondycji zdrowotnej osób starszych – co było głównym celem Programu ISPZS. Wynika to z faktu, że trwała zmiana postaw i zachowań jest zazwyczaj odległa w czasie, a efekty promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej zależą nie tylko od prowadzonych działań edukacyjnych, ale także od czynników zewnętrznych, np. zmian w środowisku kulturowym i społeczno-ekonomicznym oraz od indywidualnych cech uczestników zajęć.

Tym niemniej wyniki badań pokazały, że uczestnictwo w wykładach i warsztatach pozwoliło znacznej liczbie słuchaczy zdobyć wiedzę i umiejętności w zakresie promocji zdrowego starzenia się, a także wywarło korzystny wpływ na zachowania zdrowotne słuchaczy, zwłaszcza w zakresie zwiększenia aktywności fizycznej,



zdrowszego odżywiania się, częstszego korzystania z badań profilaktycznych, lepszego radzenia sobie z samotnością oraz zwiększenia dbałości o zdrowie innych ludzi. Wyniki badań pokazały również, że nastąpiła pożądana zmiana nastawienia słuchaczy do aktywnego uczestnictwa w programach promujących zdrowie wśród seniorów, np. odnośnie do osobistego angażowania się w działalność obywatelską na rzecz zdrowia.

Należy zatem zakładać, że nabyta wiedza i umiejętności w kwestii promocji zdrowia przyczynią się z czasem do poprawy kondycji zdrowotnej słuchaczy i mogą stać się także podstawą ich intelektualnego i zawodowego rozwoju.

Rekomendacje

Wymienione poniżej standardy mogą dostarczyć wsparcia dla rozwoju własnych propozycji na rzecz promocji zdrowia seniorów w poszczególnych regionach kraju i w społecznościach lokalnych. Mogą także stanowić cenną pomoc dla organów publicznych i instytucji pozarządowych w wykryciu niedostatków w ich własnych, realizowanych już programach oraz w sprecyzowaniu celów nadrzędnych służących promocji zdrowia seniorów.

Choć wybór priorytetów promocji zdrowia i sposobów realizacji programów zdrowotnych zależą od lokalnych uwarunkowań i znajdują się w gestii poszczególnych podmiotów, to jednak, zdaniem autorów Modelowego Programu ISPZS, istnieją uniwersalne metody podejścia i ogólne zasady tworzące fundament dla promowania zdrowia i aktywności społecznej seniorów.

1. Pozytywne efekty kształcenia seniorów w zakresie promocji zdrowia mogą być osiągnięte dzięki przestrzeganiu pewnych ogólnych zasad nauczania:



- 1/ poszerzania wiedzy i rozwijania umiejętności w zakresie sposobów unikania ryzyka zdrowotnego, promowania zdrowia, poszerzania kompetencji zdrowotnych, zmienia-
nia zachowań i postaw zdrowotnych seniorów, wspierania
innych w promowaniu zdrowia i zapobieganiu problemom
zdrowotnym;
 - 2/ pogłębiania rozumienia, iż zdrowie może być dostępne dla
wszystkich, ze szczególnym uwzględnieniem tych senio-
rów, którzy są w najtrudniejszej sytuacji zdrowotnej i eko-
nomicznej;
 - 3/ kształtowania przekonań, że zdrowie należy rozumieć wie-
lowymiarowo, tzn. nie tylko w aspekcie medycznym, ale
także psychospołecznym, kulturowym, środowiskowym
i ekonomicznym, a warunkiem jego poprawy jest umiejętne
korzystanie ze wszystkich zasobów życiowych;
 - 4/ poznawania sposobów wykorzystywania nabytych umiejęt-
ności społecznych w praktyce z wykorzystaniem doświadczeń
lokalnych i standardów krajowych i międzynarodowych;
 - 5/ doceniania tych metod promowania zdrowia, które są po-
parte wynikami badań naukowych.
2. Uzyskanie przez słuchaczy odpowiedniej wiedzy i umiejętności
oraz kompetencji personalnych i społecznych w zakresie promocji
zdrowego starzenia się wymaga nakierowania procesu dydaktycz-
nego na następujące cele operacyjne:
- 1/ poszerzenie wiedzy i umiejętności słuchaczy na temat zdro-
wego starzenia się i promocji zdrowia w starszym wieku,
poprzez wykłady i zajęcia warsztatowe, z wykorzystaniem
dobrych materiałów edukacyjnych i możliwości, jakie daje
Internet;



- 2/ poszerzenie wiedzy i umiejętności wydzielonej grupy opiekunów niosących pomoc osobom starszym na temat zagadnień i metod promocji zdrowia wśród ludzi starszych, poprzez szkolenie opiekunów w ramach wykładów i zajęć warsztatowych, z wykorzystaniem materiałów edukacyjnych i informacji ze stron internetowych;
 - 3/ powiększenie stopnia integracji między osobami starszymi a ich opiekunami w zakresie działań na rzecz promocji zdrowia i zdrowego starzenia się, poprzez aktywizujące formy dydaktyczne (forum dyskusyjne, wspólne zajęcia warsztatowe i miniprojekty z zakresu promocji zdrowia);
 - 4/ zwiększenie aktywności zdrowotnej słuchaczy poprzez włączenie się uczestników szkoły do imprez prozdrowotnych i społeczno-kulturalnych zorganizowanych w środowisku lokalnym, a także rozwijanie aktywności uczestników szkoły drogą internetową (blogi, czaty, wymiana informacji i poglądów na portalach społecznościowych);
 - 5/ zwiększenie motywacji słuchaczy do służącej zdrowiu zmiany postaw i zachowań wyrażającej się uczestnictwem w programach profilaktycznych, racjonalizacją diety, poświęceniem większej ilości czasu na aktywność fizyczną, podjęciem prób zaprzestania palenia i ograniczenie spożycia alkoholu, dbałością o ochronę przed wypadkami i urazami.
3. Pożądane efekty kształcenia seniorów mogą być uzyskane pod warunkiem połączenia we własnych programach, w sposób zrównoważony, wiedzy i kompetencji z zakresu nauk biologicznych i medycznych z dorobkiem nauk humanistycznych i społecznych, a także wiedzy teoretycznej z umiejętnościami praktycznymi w tych dziedzinach, co wymaga zbudowania interdyscyplinarnego zespołu dydaktycznego, wzajemnie zainteresowanego problematyką zdrowego, aktywnego



starzenia się społeczeństwa, zdolnego do przekazania słuchaczom treści w następujących grupach tematycznych:

- 1/ wprowadzenie do zagadnień promocji zdrowia i zdrowia publicznego;
 - 2/ główne problemy i wyzwania zdrowotne – historia, stan obecny, przyszłość;
 - 3/ wiedza o zdrowiu i promocji zdrowia w różnych wymiarach: medycznym, filozoficznym, etycznym, biologicznym, społeczno-kulturowym, ekonomicznym;
 - 4/ polityka zdrowotna i senioralna w Polsce, UE i WHO;
 - 5/ wybrane programy promocji zdrowia dla osób starszych;
 - 6/ zagadnienia opieki nad osobami niepełnosprawnymi i nie-samodzielnymi;
 - 7/ zagadnienia dotyczące stylu życia i sposobów adaptacji do nowej sytuacji;
 - 8/ psychospołeczne aspekty starzenia się i niepełnosprawności;
 - 9/ rzecznictwo w zakresie promocji zdrowia – zadania dla seniorów;
 - 10/ umiejętności interpersonalne: komunikacja, rozwiązywanie konfliktów itp.
4. Tryb, miejsce, termin, dobór szczegółowej tematyki i wymiaru godzinowego wykładów i zajęć warsztatowych zależą od lokalnych uwarunkowań, jednak pełna realizacja interdyscyplinarnego programu kształcenia w zakresie promocji zdrowia seniorów wymaga minimum 60 godzin dydaktycznych. W celu zapewnienia szerszej wymiany poglądów i zwiększania integracji między słuchaczami istotne jest przestrzeganie zasady, by grupy wykładowe liczyły nie więcej niż 60 osób, a grupy warsztatowe nie więcej niż 10-15 osób.

W realizacji programu istotne jest stosowanie metod edukacji uczestniczącej. Dużą wagę należy przywiązywać do praktycznych

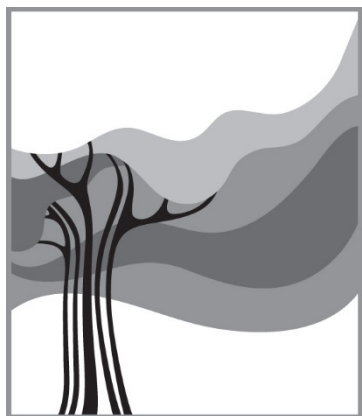


efektów kształcenia, co narzuca konieczność stworzenia uczestnikom zajęć warsztatowych możliwości zaznajomienia się zarówno z konkretnymi projektami promującymi różne domeny zdrowia, jak i ze sposobami rozwiązywania, pod kierunkiem doświadczonych specjalistów, określonych problemów w realizacji tych projektów. Choć organizacja szkoleń wykracza poza podstawowy pakiet kształcenia, to stwarzają one możliwość nabycia odpowiedniej wiedzy i umiejętności, które mogą okazać się przydatne dla wykonywania, np. w formie wolontariatu, zadań opiekuńczych wobec niepełnosprawnych i niesamodzielnych osób w starszym wieku.

5. Wymienione w punktach 1–4 standardy odnoszą się do interdyscyplinarnych programów kształcenia w zakresie promocji zdrowia seniorów w ramach Uniwersytetów Trzeciego Wieku. Standardy te mogą także posłużyć do budowania autorskich programów promocji zdrowia dla pensjonariuszy Domów Pomocy Społecznej i dziennych, instytucjonalnych ośrodków pomocy/ opieki dla seniorów, a także klubów seniora prowadzonych przez organy samorządowe i organizacje obywatelskie.
6. Ewaluacja procesu i wyników kształcenia powinna być integralną częścią każdego programu promocji zdrowia adresowanego do seniorów. Ze względu na złożoność celów, wymagane jest zastosowanie złożonych metod pomiarowych i użycie wielu wskaźników. Ocena ta służy zarówno do zweryfikowania koncepcji, treści programowych i organizacji zajęć, jak też do porównań efektów kształcenia pomiędzy poszczególnymi realizatorami. Jako niezbędne minimum należy uznać:
 - 1/ wykonanie wstępnych badań ankietowych (pre-test), w celu oceny wiedzy, opinii, zachowań i postaw zdrowotnych słuchaczy na początku głównego cyklu zajęć;



- 2/ wykonanie kontrolnego badania ankietowego (post-test),
w celu dokonania tych samych elementów oceny słuchaczy
po zakończeniu głównego cyklu zajęć;
- 3/ wykonanie badania ankietowego mającego na celu bieżącą
ocenę przez słuchaczy głównego cyklu zajęć (wykładów
i warsztatów).



Literatura cytowana

- Antonovsky A. (1987), *Unraveling The Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well*, San Francisco: Jossey-Bass Publishers
- Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce* (2012), (red.) Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P., Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne
- Gujski M., Kalbarczyk W.P., Ścibek A., Z. Tytko (2013), *Zdrowie priorytetem politycznym państwa – analiza i rekomendacje*, Warszawa: Instytut Ochrony Zdrowia, <http://www.medicalnet.pl/MedicalNet/files/22/22fe603f-bb33-499d-892b-49af10abf57d.pdf>
- GUS (2008), *Prognoza ludności na lata 2008–2035*, Warszawa: Główny Urząd Statystyczny
- GUS (2011), *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*, Warszawa: Główny Urząd Statystyczny, http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/ZO_stan_zdrowia_2009.pdf



- GUS (2012), *Raport z wyników. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011*, Warszawa: Główny Urząd Statystyczny
- GUS (2014), *Prognoza ludności na lata 2014–2050*, Warszawa: Główny Urząd Statystyczny
- Jané-Llopis E., Anderson P. (2005), *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A Policy for Europe*, Nijmegen: Radboud University Nijmegen
- Kleer J. (2010), *Sektor publiczny między demografią a gospodarką*, „Biuletyn” nr 55, Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa
- Krzemieniecki K. (2013), *Onkologia wieku podeszłego*, w: *Zdrowe starzenie się: BIAŁA KSIĘGA*, (red.) Samoliński B., Raciborski F., Warszawa: Wydawnictwo Naukowe „Scholar”, <http://www.starzejsiezdrowo.pl/?q=pl/node/15>
- Lindström B., Eriksson M. (2009), *The salutogenic approach to the making of HiAP/Healthy Public Policy: illustrated by a case study*, “Global Health Promotion” Vol. 16, No. 1
- Maciążek-Chyra B., Wiland P. (2013), *Osoby starsze a choroby układu mięśniowo-szkieletowego*, w: *Zdrowe starzenie się: BIAŁA KSIĘGA*, (red.) Samoliński B., Raciborski F., Warszawa: Wydawnictwo Naukowe „Scholar”, <http://www.starzejsiezdrowo.pl/?q=pl/node/15>
- Marciniak G., Szymborski J. (2010), *Przyszłość demograficzna a zdrowie*, „Biuletyn RPO” nr 68, Warszawa
- Mączyńska E. (2010), *Przełom cywilizacyjny a wzrost gospodarczy. Niedoceniane aspekty demograficzne*, „Biuletyn” nr 55, Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa
- Moses H. III, Matheson D.H.M., Dorsey E.R., George B.P., Sadoff D., Yoshimura S. (2013), *The Anatomy of Health Care in the United States*, “JAMA” Vol. 310, No. 18, <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1769890>
- Mossakowska M. (2013), *Problemy zdrowotne osób w wieku podeszłym – wnioski z projektu PolSenior*, w: *Zdrowe starzenie się: BIAŁA KSIĘGA*,



- (red.) Samoliński B., Raciborski F., Warszawa: Wydawnictwo Naukowe „Scholar”, <http://www.starzejsiezdrowo.pl/?q=pl/node/15>
- Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (2011) Rozporządzenie Rady Ministrów z 28 grudnia 2010 r., Warszawa: Ministerstwo Zdrowia, http://www.lubelskie.pl/img/userfiles/files/PDF/Zdrowie/npozp_pub.pdf
- Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 (2007), Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z 15 maja 2007 r., http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf
- Norton A. (2013), *Soaring Prices, Not Demand, Behind Massive Hike in U.S. Health Spending. Major survey of U.S. health care trends yields surprises*, “HealthDay”, Nov. 12, <http://health.usnews.com/health-news/news/articles/2013/11/12/soaring-prices-not-demand-behind-massive-hike-in-us-health-spending>
- Parnowski T. (2013), *Rola uniwersytetów trzeciego wieku jako skutecznego narzędzia aktywizacji osób starszych*, w: *Zdrowe starzenie się: BIAŁA KSIĘGA*, (red.) Samoliński B., Raciborski F., Warszawa: Wydawnictwo Naukowe „Scholar”, <http://www.starzejsiezdrowo.pl/?q=pl/node/15>
- Piotrowicz M., Cianciara D. (2011), *Teoria salutogenezy – nowe podejście do zdrowia i choroby*, „Przegląd Epidemiologiczny” nr 65 (3)
- Prezentacje Prelegentów podczas I Kongresu Zdrowego Starzenia, <http://www.zdrowestarzenie.org/baza-wiedzy.html> [25 marca 2014 r.]
- Raport „Polska 2030 – wyzwania rozwojowe” (2009), (red. nauk.) Boni M., Warszawa: Zespół Doradców Strategicznych Prezesa Rady Ministrów
- Rezolucja Rady w sprawie odnowionej europejskiej agendy w zakresie uczenia się dorosłych (2012), Dz.U. UE C 372/1, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2011:372:0001:0006:PL:PDF>



RRL (2008), *Stanowisko w sprawie „Starzenie się ludności Polski a zabezpieczenie społeczne”*, „Biuletyn” nr 53, Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa

RRL (2012), *Założenia polityki ludnościowej Polski 2012. Projekt*, Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa

Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014–2020 (2014), Załącznik do uchwały nr 237 Rady Ministrów z 24 grudnia 2013 r. (poz. 52), Monitor Polski Dz.U. R.P., 24 stycznia

Słomska Z. (2012), *Promocja zdrowia jako strategia rozwiązywania współczesnych problemów zdrowotnych*, w: *Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa*, (red.) Szymborski J., Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa

Szymborski J., Marciniak G. (2014), *Zdrowotne następstwa przemian demograficznych w Polsce – przyczyna czy usprawiedliwienie problemów w ochronie zdrowia?*, „Studia Ekonomiczne” Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach [w druku]

Szymborski J., Przewoźniak K. (2014), *Interdyscyplinarna Szkoła Promocji Zdrowia Seniorów jako działanie na rzecz aktywności osób w starszym wieku*, „Studia Ekonomiczne” Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach [w druku]

Taking forward the Strategic Implementation Plan of the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (2012), COM(2012) 83 final, Brussels: European Commission, 29 lutego, http://ec.europa.eu/health/ageing/docs/consult_report_en.pdf

The 2012 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU27 Member States (2010-2060) (2012), Joint Report prepared by the European Commission (DG ECFIN) and the Economic Policy Committee (AWG), „EUROPEAN ECONOMY” No. 2, http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/pdf/ee-2012-2_en.pdf

Ustawa z 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” (2005), Dz.U.



- z 2005 r. Nr 143, poz. 1200, z późn. zm., <http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/indexr=m16&ms=744&ml=pl&mi=744&mx=0&ma=04806>
- Walecka I., Szymańska E. (2013), *Poprawa jakości życia osób starszych obu płci poprzez zastosowanie nieinwazyjnych i inwazyjnych metod medycyny estetycznej*, w: *Zdrowe starzenie się: BIAŁA KSIĘGA*, (red.) Samoliński B., Raciborski F., Warszawa: Wydawnictwo Naukowe „Scholar”, <http://www.starzejsiezdrowo.pl/?q=pl/node/15>
- Wystąpienia uczestników panelu „Stan zdrowia społeczeństwa – jego wpływ na długość życia” na sesji inauguracyjnej II Kongresu Demograficznego (2012), w: *Polska w Europie – Przyszłość demograficzna*, (red.) Strzelecki Z., Potrykowska A., Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa
- Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020 (2014), Załącznik do uchwały nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. (poz. 118), *Monitor Polski Dz.U. R.P.*, 4 lutego
- Zdrojewski T. (2013), *Choroby układu krążenia i ich prewencja u osób w wieku starszym*, w: *Zdrowe starzenie się: BIAŁA KSIĘGA*, (red.) Samoliński B., Raciborski F., Warszawa: Wydawnictwo Naukowe „Scholar”, <http://www.starzejsiezdrowo.pl/?q=pl/node/15>
- Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa* (2012), (red.) Szymborski J., Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa
- Zielona księga – długookresowa projekcja przychodów i wydatków na ochronę zdrowia w Polsce* (2008), (red.) Golinowska S., Warszawa: Ministerstwo Zdrowia

Publikacja została przygotowana i sfinansowana w ramach projektu Interdyscyplinarna Szkoła Promocji Zdrowia Seniorów współfinansowanego ze środków otrzymanych w ramach Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014-2020

ASOS 2014-2020

Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej
Osób Starszych na lata 2014-2020

Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej

inicjatywy

! Collegium Civitas