

STAN ZDROWIA OSÓB STARSZYCH W POLSCE: WYZWANIA EDUKACYJNE

Ewa Romanowska

*Niepaństwowa Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Białymstoku**

Streszczenie: Artykuł zawiera przegląd ogólnopolskich raportów ukazujących stan zdrowia polskich seniorów w ostatniej dekadzie. Na tej podstawie określone zostały funkcje, obszary i zadania geragogiki w służbie zdrowia seniorów. Korzystne zmiany w sytuacji zdrowotnej osób starszych wymagają działań obejmujących ściśle związane ze sobą obszary: wiedzy, umiejętności oraz kompetencji społecznych. W artykule uwaga skoncentrowana została na „edukacji w starości” ze wskazaniem celów ukierunkowanych na młodsze pokolenia oraz dialog i współdziałanie międzygeneracyjne. „Edukacja w starości” we współczesnym świecie musi być dostosowana do potrzeb i możliwości seniorów. Nie powinna być zarezerwowana dla elit w formie i treściach, a seniorzy nie mogą być traktowani jak bierni odbiorcy. Wymaga to kształcenia większej liczby wysoko wykwalifikowanych geragogów, którzy znajdują zatrudnienie w istniejących i nowych placówkach realizujących zadania edukacji osób starszych, a także staną się animatorami aktywności społecznej, ruchu na świeżym powietrzu, a przede wszystkim senioralnych i międzygeneracyjnych grup samopomocowych. Wymaga to jednak poza działaniami oddolnymi decyzji i wdrożeń leżących w gestii polityki społecznej.

Słowa kluczowe: edukacja osób starszych, geragogika, pomyślnie starzenie się, profilaktyka gerontologiczna, promocja zdrowia osób starszych.

W świetle danych statystycznych korzystnie zmienia się długość życia Europejczyków. W 2014 r. oczekiwana średnia dalszego trwania życia po osiągnięciu wieku 65 lat wynosiła w Unii Europejskiej (UE) w przypadku kobiet: 21,6 lat a mężczyzn: 18,2 lat (Eurostat, 2014). Wartość tego wskaźnika prognozowano w przypadku Polek na 20,4 lata a Polaków: 15,9 lat. Jeśli przeanalizujemy te statystyki, biorąc pod uwagę obok długości życia fakt sprawności, funkcjonowania bez ograniczenia aktywności, to w rankingu 36 państw europejskich Polki zajęły dopiero 24 miejsce, a Polacy: 22. Wskaźnik ten przybrał najwyższą wartość we Francji: 24 lata życia dla kobiet i 19,7 lat dla mężczyzn, a najniższą w Bułgarii: 17,6 lat dla kobiet i 14,1 lat dla mężczyzn (Eurostat, 2014).

W literaturze przedmiotu ocena zdrowia publicznego w poszczególnych państwach UE analizowana jest poprzez porównanie wielu wskaźników w kategoriach wydatków na zdrowie: efektywności i jakości opieki, jej dostępności, obciążenia, wydajność i trwałości systemów opieki zdrowotnej, statystyki zachorowań, wskaźników zdrowia związanych ze stylem życia obywateli i stanem ochrony środowiska, stanu i jakości systemów podstawowej opieki zdrowotnej, wpływu złego stanu zdrowia na rynek pracy i braku pracy na stan zdrowia (OECD, 2016).

* ewarom10@wp.pl

Mildred Blaxter (1990) na podstawie wypowiedzi 9 000 mężczyzn i kobiet określiła pięć głównych perspektyw analizy pojęcia „zdrowie”: (1) zdrowie jako „brak choroby”; (2) zdrowie jako witalność, sprawność fizyczna (ang. physical fitness); (3) zdrowie jako korzystne relacje społeczne; (4) zdrowie w aspekcie funkcjonalnym jako pełnosprawność; oraz (5) zdrowie jako dobre samopoczucie psychospołeczne. Blaxter (2010, s. 96) stwierdziła, że sposób definiowania zdrowia różni się w zależności od pozycji społecznej, płci czy wieku człowieka. Być zdrowym może oznaczać posiadanie ciała o określonych proporcjach, ale oznaczać również może szeroko rozumiane „dobre życie” (Kolderup, Stein, 2016). Zdrowie należy analizować nie tylko w perspektywie indywidualnej, ale również społecznej, uwarunkowanej miejscem, przestrzenią i historią (Robertson, 2007, s. 5). Wskaźniki zdrowia pokazują granice adaptacji osoby starszej do aktualnej sytuacji życiowej, stopień izolacji i integracji społecznej, poczucie osamotnienia. Są ważnym elementem oceny jakości życia. Pozwalają zarazem na ukazanie sytuacji osób starszych w różnej sytuacji materialnej, życiowej i zdrowotnej – jako członka rodziny i interesanta instytucji publicznych związanych ze służbami medycznymi i socjalnymi (Tobiasz -Adamczyk, 1995).

Sytuacja zdrowotna polskich seniorów

W ostatniej dekadzie szczególnie istotne do oceny sytuacji zdrowotnej osób starszych w Polsce są wyniki największego w naszym kraju, multidyscyplinarnego projektu badawczego Pol-Senior (zob. Mossakowska, Więcek, Błędowski, 2012) oraz realizowanych w Polsce rund projektu SHARE. Kolejne ważne dokumenty analizujące sytuację zdrowotną osób starszych w Polsce w ostatnich latach stanowią badania Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) zrealizowane w 2009 r. i pod koniec 2014 r., Europejskie Ankiety Badanie Zdrowia (EHIS) oraz badania „POLPAN” z lat 2008 i 2013, w których zastosowano standaryzowany kwestionariusz Nottingham Health Profile, oceniający problemy zdrowotne w trzech wymiarach: dolegliwości fizycznych, funkcjonowania psychicznego i społecznego, w sześciu wymiarach: ból, brak energii, ograniczenia fizyczne, problemy emocjonalne, problemy ze snem, izolacja społeczna. Powstał też osobny raport poświęcony Polkom 50 + (Ostrowska, 2015). Stan zdrowia osób starszych można także oceniać, analizując wyniki badań dotyczące skali i natężenia zjawiska przemocy, monitorowania zjawiska uzależnień i/lub aktywności społecznej osób starszych, analizowanej w Diagnostyce Społecznej 2013 (zob. Czapiński, Błędowski, 2013).

Tabela 1

Osoby w wieku 50+ oceniające swoje zdrowie poniżej oceny dobrej wg grup wieku (dane w %)

Grupa wieku	Samoocena zdrowia poniżej oceny dobrej (%)	
	2009*	2014**
50–59	55	50
60–69	72	65
70–79	85	79
80 lat i więcej	86	88

Źródło: Wyniki badania *EHIS (2009), ** EHIS (2014).

Porównując odsetek negatywnych samoocen zdrowia w Polsce w roku 2009 i 2014, należy stwierdzić, że zmniejszeniu uległ on w grupie osób w wieku 50–79 lat a zwiększeniu w grupie osób 80-letnich i starszych. Zadowolenie z dobrego stanu zdrowia malało wraz z wiekiem (Tabela 1).

Tabela 1A

Osoby w wieku 50+ oceniające swoje zdrowie jako złe lub bardzo złe wg grup wieku i wykształcenia (dane w %)

Grupa wieku	Wykształcenie a samoocena zdrowia jako złe lub bardzo złe (%)		
	Wyższe	Średnie	Poniżej średniego
50–59	5	13	18
60–69	8	18	26
70–79	23	33	39
80 lat i więcej	38	47	53

Źródło: Wyniki badania EHIS (2014).

Niżej oceniły swoje zdrowie osoby słabiej wykształcone (tabela 1A). Osoby w wieku 50-69 lat z wykształceniem poniżej średniego ponad trzykrotnie częściej twierdziły, że ich stan zdrowia jest zły lub bardzo zły niż osoby z wykształceniem wyższym. Osoby w wieku 50-69 lat z wykształceniem średnim ponad dwukrotnie częściej twierdziły, że ich stan zdrowia jest zły lub bardzo zły niż osoby z wykształceniem wyższym. W starszych grupach wiekowych odsetek osób z samooceną zdrowia jako złe lub bardzo złe był zdecydowanie niższy w przypadku osób z wyższym wykształceniem niż średnim i niższym (tabela 1A).

Osoby żyjące w związkach wyżej oceniały swoje zdrowie niż osoby samotne czy rozwiedzione (EHIS, 2014). Mężczyźni powyżej 60. roku życia deklarowali zdecydowanie lepszy stan zdrowia niż kobiety w tej samej grupie wiekowej (Czapiński, Błędowski, 2013, s. 33).

Badania POLPAN wskazują, że proces utraty zdrowia w starszym wieku przebiega inaczej u mężczyzn i u kobiet. Poczucie zdrowia gwałtownie pogarsza się u mężczyzn dopiero po przekroczeniu 80. roku życia, a między 60. a 80. rokiem życia deklarowana przez respondentów utrata zdrowia jest niewielka. Jednocześnie mężczyźni odczuwają poprawę subiektywnej oceny własnego zdrowia i nastroju. Natomiast kobiety zaczynają podupadać na zdrowiu już około 60. roku życia. Pogorszeniu ulegają wszystkie wskaźniki zdrowia. Kobiety przejawiają pogarszający się nastrój i obniżającą się samoocenę (Mikucka, 2015, s. 6).

Polska znalazła się na pierwszym miejscu wśród 16 krajów europejskich (SHARE 2010/2012) ze względu na udział przewlekle chorych w całej populacji seniorów. W kolejnych grupach wraz z wiekiem, niezależnie od płci, zwiększa się liczba seniorów z przewlekłymi schorzeniami (tabela 2).

Tabela 2

Średnia liczba schorzeń przewlekłych na jedną osobę w wieku powyżej 50 lat

Grupa wieku	Razem	Mężczyźni	Kobiety
50–59	2,3	2	2,6
60–69	3,1	2,8	3,4
70–79	4,1	3,7	4,4
80 lat i więcej	4,5	4,3	4,6

Źródło: Wyniki badania EHIS (2014).

W 2014 r. ponad 70% 50-latków sygnalizowało wystąpienie długotrwałych problemów zdrowotnych. Wśród 60-latków odsetek ten wyniósł już 85%, a w grupie osób najstarszych ponad 90% (ESIS, 2014). Sześć najczęściej występujących dolegliwości zdrowotnych związanych z chorobami przewlekłymi (tabela 3) pogłębia się z wiekiem. Po ukończeniu 50. roku życia wyraźnie zwiększa się liczba i odsetek osób cierpiących na bóle dolnej i/lub środkowej partii pleców, wysokie ciśnienie krwi, bóle szyi i chorobę zwyrodnieniową stawów. Powyżej 70. roku życia blisko 60 % osób zgłaszało wysokie ciśnienie krwi, a znacznie ponad 40% – chorobę zwyrodnieniową stawów i bóle dolnej partii pleców. Po przekroczeniu 60. roku życia coraz liczniejsza była grupa osób chorujących na cukrzycę, częstsze były również problemy z układem moczowym lub prostatą. Wzrastało zagrożenie udarem mózgu (EHIS, 2014). Wraz z wiekiem rośnie zagrożenie demencją (rys.1). Szacowana częstość występowania otępienia w Polsce w 2015 r. to 11 przypadków na 1000 osób.

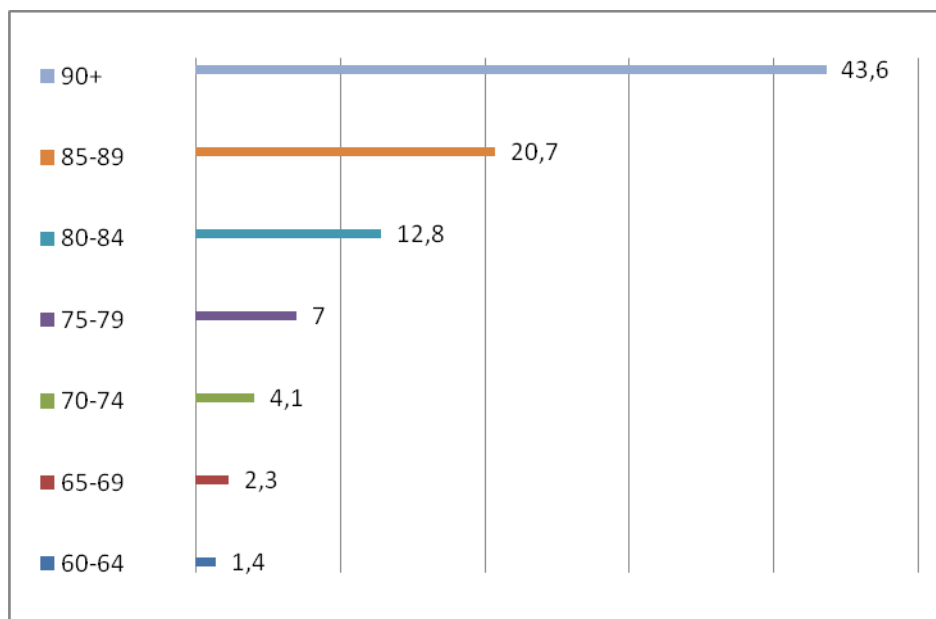
Tabela 3

Sześć najczęściej występujących dolegliwości zdrowotnych/chorób przewlekłych (dane w %)

Mężczyźni		Kobiety	
Dolegliwość	Częstość zgłoszeń	Dolegliwość	Częstość zgłoszeń
Bóle dolnej partii pleców	21,2	Bóle dolnej partii pleców	28,4
Wysokie ciśnienie krwi	20,7	Wysokie ciśnienie krwi	25,2
Bóle szyi	13,0	Bóle szyi	21,0
Bóle środkowej partii pleców	12,9	Choroba zwyrodnieniowa stawów	19,6
Choroba zwyrodnieniowa stawów	10,3	Bóle środkowej partii pleców	19,0
Choroba wieńcowa	8,0	Silne bóle głowy (migrena)	13,2

Źródło: Wyniki badania EHIS (2014).

Z Raportu Polki 50+ (Ostrowska, 2015) wynika, że choroba niedokrwienna serca stanowi dla kobiet na przedpolu starości (w grupie wieku 55–59 lat) w Polsce większe zagrożenie życia niż przeciętnie dla mieszkanki UE. Najczęściej rozpoznawane nowotwory złośliwe u kobiet to: nowotwory płuc, piersi i jelita grubego. Grupa wieku 55–59 ma już dwukrotnie wyższy, a grupa 60–64 trzykrotnie wyższy niż w grupie 50–54 współczynnik umieralności z powodu nowotworu oskrzeli i płuc. Znaczącą zachorowalność i umieralność kobiet obserwuje się także w przypadku nowotworów złośliwych szyjki macicy, trzonu macicy oraz jajnika. Współczynnik umieralności na nowotwór jelita grubego w grupie wieku 60–64 lata jest dwuipółkrotnie większy niż w grupie wiekowej 50–54 lat. Groźne i śmiertelne w skutkach w grupie starszych kobiet są udary mózgu, a cukrzycę cechuje w Polsce bardzo wysoka dynamika umieralności, szczególnie wśród kobiet w wieku 50–65 lat (Ostrowska, 2015, s. 17–24).



Rysunek 1. Szacunkowa częstość występowania otępienia w UE w różnych grupach wiekowych w 2015 r. (%).

Źródło: Wyniki badania OECD (2015) i Prince, M. i współprac. (2013).

Wielu seniorów często doświadcza dolegliwości fizycznych utrudniających poruszanie się poza domem. Problem ten rośnie we wszystkich grupach wiekowych po 60. roku życia (od 22,2% w grupie od 60 do 64 lat do 49,7% w najstarszej grupie wiekowej). Zdecydowanie częściej dolegliwości te są zgłaszane przez kobiety we wszystkich grupach wiekowych. Różnice są tu szczególnie duże w kategorii wiekowej od 70 do 74 lat, od 75 do 79 lat i 80+. Kobiety często doświadczające dolegliwości fizycznych utrudniających poruszanie się poza domem w tych trzech grupach rosnących wiekowo stanowią kolejno: 39,2%, 45% i 54,7%, a mężczyźni: 28,7%, 30,7% i 39,7% (Czapiński, Błędowski, 2013, s. 35).

Dolegliwości zdrowotne często utrudniają codzienne czynności i inne zajęcia mężczyzn (14,7%) i kobiet (18,3%) po 60. roku życia. Problem ten wzrasta wraz z wiekiem seniorów po 70. roku życia a w przypadku senierek we wszystkich grupach wiekowych. Wskazuje go w najstarszej grupie 32,4% mężczyzn i 50,9% kobiet (Czapiński, Błędowski, 2013, s. 36).

W 2014 r. w Polsce 34% osób w wieku 65 lat i więcej (ponad dwa mln osób) miało ograniczenia w wykonywaniu podstawowych czynności codziennych. Ograniczenia lekkie miało 200 tys. osób, średnie – 1 311 tys. osób a 504 tys. osób – poważne ograniczenie (EHIS, 2014). Z codziennym, samodzielnym funkcjonowaniem w grupie wieku 65–69 lat problemy miała co piąta osoba, natomiast wśród osób 70-letnich – prawie co trzecia, a wśród najstarszych (80 lat lub więcej) – częściej niż co druga osoba 58% (EHIS, 2014). W 2014 r. kładzenie się i wstawanie z łóżka lub siadanie czy wstawanie z krzesła sprawiało trudność ponad 1,6 mln osób w wieku 65 lat i więcej. Samodzielne umycie się od stóp do głowy stanowiło trudność w przypadku 1,6 mln osób, a samodzielne ubranie się czy rozebranie było problematyczne w sytuacji zdrowotnej ponad 1,3 mln osób. Trudności przy korzystaniu z ubikacji miało 875 tys. osób starszych, a 520 tys. z samodzielnym jedzeniem posiłków (EHIS, 2014).

Samoocena zdrowia mężczyzn po 60. roku życia w 2014 r. była w Polsce bardziej optymistyczna niż kobiet, jednak nie zawsze odzwierciedlała ich stan zdrowotny. W 2013 r. wśród 35 państw europejskich śmiertelność mężczyzn z powodu raka lokowała Polskę na ósmym miejscu, a śmiertelność mężczyzn z powodu raka płuc aż na drugiej, po Węgrzech, pozycji w Europie. Tym-

czasem w grupie wiekowej 50-latków paliło tytoń 36% mężczyzn i 27% kobiet (tabela 4), a osoby palące co najmniej 20 papierosów dziennie stanowiły 55% ogółu palących mężczyzn i 31% palących kobiet (EHIS, 2014). Palący tytoń seniorzy to częściej mężczyźni z podstawowym i niższym wykształceniem – 31,3% niż z wykształceniem wyższym i policealnym – 13% oraz kobiety z podstawowym i niższym wykształceniem – 21% niż z wykształceniem wyższym i policealnym – 31,3% (Czapiński, Błędowski, 2013, s. 31).

W świetle ogólnopolskich badań w 2015 r. palenie papierosów w Polsce najsilniej determinowała nie płeć, wiek czy wykształcenie, ale sytuacja materialna. Zdecydowanie najwyższe odsetki palących notowano wśród bezrobotnych – 55% badanych oraz wśród osób źle oceniających swój status materialny – 42% (Raport z ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu, 2015).

Tabela 4

Palący tytoń codziennie według grup wieku i płci (w %)

Grupa wieku	Kobiety	Mężczyźni
15 lat i więcej	17	29
50–59	27	36
60–69	21	30
70–79	5	17
80 lat i więcej	2	6

Źródło: Wyniki badania EHIS (2014).

Wśród osób starszych deklarujących spożywanie alkoholu dominują mężczyźni, w szczególności po 65. roku życia (tabela 5). Spośród alkoholi zdecydowanie preferują oni piwo, a osoby powyżej 65. roku coraz chętniej sięgają po wódkę. Natomiast kobiety w wieku 55–64 lat częściej sięgają po wino, a powyżej 65. roku życia preferują wódkę.

Tabela 5

Spożywanie alkoholu w Polsce przez osoby w wieku 55 lat i więcej (dane w %)

Grupa wieku	Osoby deklarujące spożywanie alkoholu		Rodzaj najczęściej spożywanego alkoholu							
	M	K	Mężczyźni				Kobiety			
			piwo	wino	wódka	alkohol wysoko-gatunk.	piwo	wino	wódka	alkohol wysoko-gatunk.
55–64	78	67	65	10	16	10	22	47	22	10
65 lat i więcej	73	35	52	2	32	14	15	29	41	15

Źródło: BS/116/2010 CBOS, 2010.

W badaniu osób 50-letnich lub starszych nadmierna masa ciała cechowała najczęściej osoby posiadające wykształcenie co najwyżej zasadnicze zawodowe, z długotrwałymi problemami zdrowotnymi, niesprawne oraz oceniające swoje zdrowie poniżej oceny dobrej (EHIS, 2014). Wśród mężczyzn w wieku 50-79 lat aż 75% ma nadwagę lub otyłość, a wśród kobiet w tym wieku odsetek osób z nadwagą lub otyłością oscyluje od 60% do 71% (tabela 6).

Tabela 6

Częstość występowania zbyt dużej masy ciała wg płci i grup wieku (dane w %)

Grupa wieku	Mężczyźni			Kobiety		
	Otyłość	Nadwaga	Otyli lub z nadwagą	Otyłość	Nadwaga	Otyłe lub z nadwagą
50–59	26	49	75	21	39	60
60–69	28	47	75	28	40	68
70–79	24	51	75	28	43	71
80 lat i więcej	17	47	64	20	40	60

Źródło: Wyniki badania EHIS (2014).

Równoległe z wiekiem obserwuje się zmniejszenie sportowej aktywności fizycznej seniorów (EHIS, 2014). 60,2% seniorów nie uczestniczy regularnie (przynajmniej raz w ciągu tygodnia) w rekreacyjnych dyscyplinach aktywności ruchowej w formie na przykład dłuższych kilkugodzinnych spacerów, jazdy na rowerze, gimnastyce, pływaniu. Odsetek nieuczestniczących kobiet jest większy niż mężczyzn. Osoby bierne ruchowo za najważniejsze bariery powodujące brak aktywności fizycznej uznają stan zdrowia niepozwalający w ogóle na podejmowanie aktywności ruchowej – 73,5% ogółu wskazań oraz na brak potrzeby uczestnictwa w aktywności ruchowej – 30,4% badanych (Rowiński, Dąbrowski, 2011, s. 46–47).

Z wiekiem rośnie zagrożenie wypadkiem i depresją (tabela 7). W 2014 r. prawie 30% najstarszych seniorów mających problemy z podstawową samoobsługą żyło samotnie i musiało sobie samodzielnie radzić, bo nie miało żadnej pomocy (EHIS 2014). Małe wsparcie społeczne deklarowane przez seniorów w Polsce pogłębia trudności z ich funkcjonowaniem w codziennym życiu i może powodować nasilenie problemów zdrowotnych. Polska zajmuje szóste miejsce wśród 35 państw europejskich pod względem częstości zgonów mężczyzn z powodu samobójstw (Eurostat, 2013).

Najliczniejsza grupa osób starszych korzystających ze specjalistycznej opieki zdrowotnej to seniorzy po 80. roku życia. Jednak nawet w tej grupie wiekowej w ciągu 12 miesięcy przed badaniem blisko 30% respondentów nie korzystało z porad lekarza specjalisty (tabela 8).

Tabela 7

Osoby z poważnymi objawami depresji według grup wieku i płci oraz deklarujące małe wsparcie społeczne (dane w %)

Grupa wieku	Osoby z poważnymi objawami depresji		Osoby deklarujące małe wsparcie społeczne
	Mężczyźni	Kobiety	
50–59	5	7	15
60–69	5	8	16
70–79	8	12	16
80 lat i więcej	14	22	15

Źródło: Wyniki badania EHIS (2014).

Tabela 8

Osoby chodzące do lekarza pierwszego kontaktu, rodzinnego i specjalisty w ciągu ostatnich 12 miesięcy wg grup wieku (dane w %)

Grupa wieku	Osoby chodzące do lekarza			
	pierwszego kontaktu, rodzinnego		specjalisty	
	mniej niż 6 miesięcy temu	od 6 do 12 miesięcy temu	mniej niż 6 miesięcy temu	od 6 do 12 miesięcy temu
50-59	63	16	43	17
60-69	77	11	55	14
70-79	85	8	62	15
80 lat i więcej	86	9	55	17

Źródło: Źródło: Wyniki badania EHIS (2014).

Ponad 90% kobiet w wieku od 59 do 69 lat obejmują w Polsce badania mammograficzne, ale odsetek mężczyzn, u których kiedykolwiek wykonano lekarskie badanie prostaty, wciąż jest niski (tabela 9). Najczęściej wykonywanym badaniem profilaktycznym w ciągu ostatnich 12 miesięcy po 50. roku życia było badanie ciśnienia krwi i choć nie wymaga ono kosztownego sprzętu ani nie wiąże się z nieprzyjemnymi dolegliwościami przy badaniu w żadnej grupie wiekowej po 50. roku życia odsetek badanych nie przekroczył 90% (tabela 10).

Tabela 9

Kobiety, u których kiedykolwiek wykonano badanie mammograficzne lub cytologiczne (wymazu z szyjki macicy) wg grup wieku oraz mężczyźni, u których kiedykolwiek wykonano lekarskie badanie prostaty wg grup wieku (dane w %)

Grupa wieku	Kobiety		Mężczyźni (badanie prostaty)		
	badanie mammograficzne	badanie cytologiczne	w ciągu ostatnich 12 m-cy	wcześniej	razem
50-59	97	83	10	18	28
60-69	92	87	21	27	48
70-79	83	70	32	34	66
80 lat i więcej	74	48	31	37	68

Źródło: Wyniki badania EHIS (2014).

Tabela 10

Osoby dorosłe wykonujące badania profilaktyczne w ciągu ostatnich 12 miesięcy

Grupa wieku	Badanie: cholesterol	Badanie: cukier w surowicy krwi	Badanie: ciśnienie krwi
50-59	59	59	71
60-69	69	69	80
70-79	≈ 76	≈ 76	88
80 lat i więcej	≈ 74	≈ 74	88

Źródło: Źródło: Wyniki badania EHIS (2014).

Edukacja osób starszych a problemy zdrowotne seniorów

Polepszenie sytuacji zdrowotnej seniorów wymaga wielokierunkowych działań, których wektor powinien być skierowany na populację seniorów i środowisko społeczne: na opiekunów/rodzinę seniorów, na młodsze pokolenia, a także na służby zapewniające bezpieczeństwo oraz organizacje pożytku publicznego i instytucje świadczące seniorom różnorodne usługi. Nie bez znaczenia jest też stan środowiska przyrodniczego, warunki mieszkaniowe i możliwość nabycia odpowiednich produktów spożywczych i lekarstw.

Dlatego w pracy z osobami starszymi należy stosować strategię protekcji, prewencji, partycypacji i promocji (Szarota, 2007). Polityka społeczna państwa powinna objąć protekcją seniorów, udzielając im ochrony i wsparcia. Działania prewencyjne mają przeciwdziałać i opóźniać negatywne zdrowotne i społeczne skutki starzenia się, promocyjne – zmieniać stereotypy dotyczące starości, a partycypacyjne – włączać seniorów do aktywnego funkcjonowania w społeczeństwie obywatelskim. Jednocześnie należy komplementarnie traktować model ratowniczy – działania interwencyjne, ukierunkowane na pomoc doraźną i model instytucjonalny – działania optymalizacyjne, służące podnoszeniu jakości życia całej populacji seniorów (Czarnecki, 2013; Kijak, Szarota, 2013). Edukacja osób starszych powinna eliminować starzenie patologiczne, w którym następuje przyspieszenie starzenia i pogorszenie stanu zdrowia. Podstawowym celem edukacji osób starszych powinno być dążenie do jak najdłuższego, pełnosprawnego, odpowiedzialnego i samodzielnego życia. W polskich rządowych programach zgodnie z Kartą Ottawską Promocji Zdrowia (1986), promocję zdrowia definiuje się jako proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem przez podejmowanie wyborów i decyzji sprzyjających zdrowiu (Romanowska, 2013).

Stan zdrowia człowieka jako efekt wpływu różnych czynników opisują w literaturze przedmiotu takie modele jak na przykład: biomedyczny, ekologiczny, czterech „pól zdrowia” (Lalonde, 1974), holistyczny (Romanowska, 2013). Pierwszy model pojmuje zdrowie jako brak zakłóceń mechanizmów biologicznych. Ekologiczny – akcentuje istnienie złożonych relacji między człowiekiem i środowiskiem. Model czterech „pól zdrowia” Marca Lalonde’a największy wpływ na zdrowie przypisuje stylowi życia, zespołowi codziennych zachowań, typowych reakcji i pewnych cech osobowości, przywiązując mniejszą wagę do fizycznego i społecznego środowiska oraz biologicznych czynników człowieka (Woynarowska, 2011, s. 14). W koncepcji i realizacji edukacji zdrowotnej w Polsce obowiązuje holistyczny model zdrowia, zwany też społeczno-ekologicznym lub biopsychospołecznym. Ujmuje on różne wzajemnie ze sobą powiązane aspekty zdrowia człowieka: fizyczne, psychiczne, emocjonalne, społeczne, duchowe, seksualne (Woynarowska, 2011, s. 13). Wyznacznikiem zdrowia środowiska są warunki fizyczne, chemiczne, biologiczne i społeczne, w jakich funkcjonuje człowiek na przykład w domu, pracy, miejscach wypoczynku. Z kolei zdrowe społeczeństwo oznacza różne aspekty kultury stanowiące o jakości życia człowieka, tj. system wartości, normy kulturowe, praktyki, dostęp do żywności, mieszkań, pracy, rekreacji, opieki zdrowotnej, dóbr kulturalnych. Widać tu wyraźny system wzajemnych powiązań, które uwzględniają założenia edukacji zdrowotnej w Polsce.

Podejście uczestniczące, siedliskowe prezentuje zapis w Karcie Ottawskiej Promocji Zdrowia (1986): „zdrowie jest tworzone i doświadczane przez ludzi w siedliskach ich codziennego życia, w miejscu gdzie uczą się, pracują, bawią i kochają” (Opolski, 2011). Siedliskami szczególnie ważnymi w edukacji zdrowotnej osób starszych są: rodzina, społeczność lokalna, zakład opieki zdrowotnej, domy opieki społecznej i inne instytucje świadczące pomoc, opiekę oraz usługi edu-

kacyjne. Model siedliskowy stanowi podstawę dla projektów społeczności realizowanych w Polsce – zdrowe miasto, zdrowa szkoła, programy dla zdrowia w społecznościach lokalnych oraz systemu opieki zdrowotnej – szpital promujący zdrowie (Romanowska, 2013).

Przy analizie czynników wspierających i podtrzymujących stan zdrowia na uwagę zasługuje teoria salutogenezy Aarona Antonovsky'ego (2005). Koncepcja zdrowia oznacza w niej stan zadowolenia, radzenie sobie organizmu ze stresem i ze zmianą, samorealizację, posiadanie satysfakcjonujących więzi społecznych, poczucie sensu życia, a nie tylko brak choroby. Człowiek zdrowy ma wysoki poziom koherencji opartej na poczuciu zrozumiałości – środowiska, ludzi, świata, oraz zaradności i sensowności. Być zdrowym to zmierzać do realizacji wartości, które nadają życiu kierunek i stanowią o motywach i zaangażowaniu w działaniu.

Edukacja osób starszych w obszarze dbałości o zdrowie pełni szereg ważnych funkcji:

- profilaktyczną – zapobiegającą pojawieniu się lub rozwojowi niekorzystnego zjawiska szkodzącemu zdrowiu;
- emancypacyjną – pozwalającą poznać i ocenić własne możliwości rozwojowe;
- rozwojową – związaną z nabywaniem nowych kompetencji, pogłębianiem i poszerzaniem zainteresowań, co prowadzi do podtrzymania wielorakiej aktywności i sprawności;
- personalizacyjną – umożliwiającą rozwiązywanie własnych problemów indywidualnych i egzystencjalnych;
- pragmatyczną – pozwalającą aktywnie uczestniczyć w świecie ciągłej zmiany technicznej, technologicznej, informatycznej, co pozwala na wzmocnienie pozytywnej samooceny, skuteczniejsze działanie; odgrywa istotną rolę w poszerzaniu i pogłębianiu możliwości samokształcenia;
- prewencyjną – zapobiegającą popełnianiu przestępstw z udziałem osób starszych (w roli ofiary bądź osoby popełniającej przestępstwo lub wykroczenie);
- socjocentryczną – zapobiegającą alienacji, osamotnieniu, włączającą do wspólnoty i motywującą do budowania różnych wspólnot- o charakterze międzygeneracyjnym i senioralnych (w skali mikro- mezo- i makrospołecznej) szczególnie w ramach społeczności lokalnych, ale także np. społeczności w sieci; mobilizuje do podmiotowych, wspólnych działań w ważnych dla seniorów obszarach, od działań incydentalnych, jednostkowych (np. tworzenie list z głosami poparcia w kwestii funkcjonowania ogrodów działkowych) po systematyczne, polegające na stałej współpracy z instytucjami (np. tworzenie społecznych rad seniorów w samorządach);
- allocentryczną – kierującą uwagę na potrzeby innych ludzi, ale również innych żywych organizmów: roślin, zwierząt. Prowadzi to do osłabienia postaw egocentrycznych i wzmacnia empatyczne reagowanie na potrzeby innych;
- kompensacyjną – pozwalającą zaspokoić ważne potrzeby psychologiczne (np. sukcesu, przynależności) i osiągnięcie satysfakcji życiowej przez ułatwianie angażowania się w działalność akceptowaną społecznie (np. artystyczną, społeczną, sportową).

Tak pojęta edukacja osób starszych w służbie zdrowia pozwala realizować wartości: intelektualne, estetyczne, socjocentryczne, allocentryczne, prestiżowe, materialne, przyjemnościowe, emocjonalne i perfekcjonistyczne.

Profilaktyka pierwszorzędowa kierowana jest do osób zdrowych i wspomaga prawidłowe funkcjonowanie człowieka. Polega na promocji zdrowego stylu życia, rozwijaniu różnorodnych umiejętności ułatwiających radzenie sobie w trudnych sytuacjach oraz na zapobieganiu lub zmniejszeniu zasięgu zachowań ryzykownych.

Celem profilaktyki drugorzędowej jest ograniczenie głębokości i czasu trwania dysfunkcji, a także stworzenie warunków umożliwiających wycofanie się z zachowań ryzykownych. Natomiast profilaktyka trzeciorzędowa polega na zahamowaniu pogłębiania się procesu chorobowego i degradacji społecznej spowodowanej na przykład przez chorobę alkoholową oraz uniemożliwienie powrotu do normalnego życia w społeczeństwie.

Edukację osób starszych na poziomie pierwszorzędowym mogą realizować geragodzy oraz osoby z grona seniorów przy ustalonym wsparciu np. dydaktycznym i technicznym geragogów. Na kolejnych poziomach profilaktyki rośnie zakres pomocy terapeutycznej, aż do pobytu i leczenia w specjalistycznych placówkach opieki zdrowotnej. Profilaktykę trzeciorzędową prowadzą lekarze-specjaliści, psychologowie, psychoterapeuci, rehabilitanci, pracownicy socjalni i specjaliści z zakresu resocjalizacji.

Zofia Szarota wyodrębniła cztery obszary działań edukacyjnych, które obejmuje geragogika (Kijak, Szarota, 2013, s. 48). Te same obszary odpowiadają edukacji zdrowotnej w profilaktyce gerontologicznej (tabela 12).

Tabela 12

Obszary działań edukacyjnych w geragogice ogólnej i edukacji zdrowotnej w profilaktyce gerontologicznej

Obszary działań edukacyjnych	Geragogika ogólna	Edukacja zdrowotna w profilaktyce gerontologicznej
Przygotowanie do roli seniora	edukacja do starości	edukacja zdrowotna do starości
Edukacja seniorów	edukacja w starości	edukacja zdrowotna w starości
Edukacja oparta na dialogu międzypokoleniowym, w ramach którego seniorzy dzielą się swoim doświadczeniami z młodszymi pokoleniami	edukacja przez starość	edukacja zdrowotna przez starość
Kształcenie kadr do pracy z seniorami	edukacja dla starości	edukacja zdrowotna dla starości

Źródło: Opracowanie własne (por. Kijak, Szarota, 2013, s. 48).

Wyzwania „edukacji zdrowotnej w starości” obejmują trzy ściśle związane ze sobą obszary: poszerzanie i pogłębianie wiedzy, doskonalenie i zdobywanie umiejętności oraz poszerzanie kompetencji społecznych.

W świetle diagnozy sytuacji osób starszych zaprezentowanej w pierwszej części niniejszej pracy w obszarze „edukacji zdrowotnej w starości” należy zwrócić szczególną uwagę na następujące zagadnienia: zdrowotne skutki otyłości i nadwagi; aktywność fizyczna jako fundament zdrowia; palenie papierosów, spożywanie alkoholu jako uwarunkowania chorób; obowiązkowe badania w wieku senioralnym; potrzeba wykonywania systematycznych, podstawowych badań kontrolnych, m.in. mammografii, badań prostaty czy ukierunkowanych na diagnozę onkologiczną badań jelita grubego; cukrzyca, depresja, otępienie, nadciśnienie, osteoporoza (przyczyny, rodzaje, przebieg, skutki, profilaktyka); czynniki kancerogenne; ból – źródła, terapia, uzależnienie od leków przeciwbólowych; schorzenia kręgosłupa; problemy ze słuchem i wzrokiem, w tym dobór aparatu słuchowego i okularów; warzywa i owoce w diecie a suplementy; potrawy służące zdrowiu (rodzaj, sposób przyrządzenia); stomatologia w życiu seniora; styl życia a zdrowie; badania przesiewowe pamięci; ćwiczenia pamięci; wsparcie społeczne a stan zdrowia; zagadnienia prawne (prawa pacjenta, prawo do opieki i świadczeń pomocy społecznej); zagrożenia bezpieczeństwa osób starszych; sieci samopomocy seniorów; robotyka, technika i e-portale w służbie seniorów, połączone z wiedzą umożliwiającą korzystanie z e-usług oraz zanieczyszczenie środowiska a zdrowie.

Na uwagę zasługują badania Moniki Bolt-Drosik (2014), wskazujące na dysproporcję między monitorowaniem stanu somatycznego a stanu psychicznego, w tym głównie funkcji poznawczych seniorów nie tylko przez pacjentów i ich rodziny, ale także przez lekarzy różnych specjalności. Według Bolt-Drosik większość opiekunów zgłasza kilkuletni wywiad stopniowego pogarszania się sprawności funkcji poznawczych seniorów, jednak do lekarza zgłasza się z seniorem dopiero, gdy chory przestawał być samodzielny, wymagał pomocy, opieki, przejawiał zaburzenia zachowania bądź zaburzenia świadomości (Bolt-Drosik, 2014, s.101). Co więcej, ponad 60% pacjentów zgłaszających się do PZP po raz pierwszy nie było wcześniej zdiagnozowanych ani leczonych w kierunku zaburzeń pamięci, chociaż u ponad 60% tych osób rozpoznano otępienie w stopniu co najmniej umiarkowanym. Opóźnienie kolejnych objawów lub spowolnienie rozwoju demencji może spowodować wczesna profilaktyka prowadząca do zwiększenia tzw. rezerwy poznawczej (kognitywnej), następnie włączenie leczenia i odpowiednia stymulacja nefarmakologiczna (Bolt-Drosik, 2014, s.102).

Ważną rolę w procesie budowania rezerwy poznawczej seniorów poprzez różnorodne formy edukacji, rozwijanie i podtrzymywanie pozytywnych kontaktów społecznych mogą odegrać geragodzy pracujący na co dzień z seniorem lub szkolący opiekunów seniorów. Geragodzy powinni przy tym współpracować z geriatrami i psychiatrami.

Problematyka zdrowia cieszy się dużym zainteresowaniem seniorów w ramach zajęć organizowanych przez uniwersytety trzeciego wieku (Romanowska, 2009). Proces uczenia się może wpływać pozytywnie na stan zdrowia niezależnie od problematyki zajęć poprzez zaspokajanie istotnych potrzeb psychicznych i społecznych seniorów. Dlatego ważne jest poruszanie tematów rozwijających zainteresowania seniorów, służących wzmocnieniu poczucia bezpieczeństwa i podmiotowości. W obszarze umiejętności, które należy lepiej rozwinąć w społeczności seniorów wciąż ważne miejsce zajmuje sprawne posługiwanie się technologią informacyjno-komunikacyjną, czyli obsługiwanie sprzętu komputerowego i aplikacji, połączone z rozumieniem mechanizmów oddziaływania mediów na jednostki oraz społeczeństwo wraz z możliwościami ich implementacji w życie (Tomczyk, 2015, s. 105).

Dychotomiczny podział postaw dorosłych na pozytywne bądź negatywne wobec korzystania z nowych urządzeń i technologii nie jest wystarczający. Zróżnicowanie w kompetencjach medialnych seniorów jest uwarunkowane wiekiem, pracą zawodową, środowiskiem zamieszkania. Młodsza grupa seniorów, którzy powtarzają opanowane dotąd czynności i zachowania i nie korzystają z żadnych nowoczesnych rozwiązań typu telefon komórkowy, Internet czy karta płatnicza. Telefony komórkowe ze względu na ich mobilność, zapewnienie większego poczucia bezpieczeństwa i zdecydowanie niższe koszty usług są często używane w codziennym życiu przez osoby starsze. Wśród seniorów jest jednak zdecydowanie więcej cyfrowych imigrantów niż autochtonów, którzy w sposób biegły korzystają z komputerów i tabletów. Wśród polskich seniorów proporcje między e-obywatelami (w pełni użytkującymi e-usługi) a wykluczonymi cyfrowo realnie (nie korzystającymi z e-usług z powodu braku umiejętności i infrastruktury) lub wykluczonymi cyfrowo pozornie (niekorzystającymi z e-usług z powodu braku umiejętności) są niekorzystne w porównaniu z krajami, w których rozwiązania informatyczne pojawiły się dekadę wcześniej (Tomczyk, 2015, s. 101 i s. 111). Z badań SHARE prowadzonych w Polsce w latach 2011–2012 wynika, że w przeciągu ostatnich 12 miesięcy od badania z komputera korzystało zaledwie 22% a z Internetu 21% osób w wieku 50+ (Chłoń-Domińczak, 2014, s. 32).

Kompetencje informatyczne będą coraz bardziej przydatne także ze względu na rozwój robotyki wykorzystywanej do świadczenia usług osobom starszym. Rozszerza się zakres stosowania robotów w opiece i usługach pielęgniarstwa, w rehabilitacji jako osobistych asystentów oraz towarzyszy osób starszych i z niepełnosprawnościami. W terapii roboty oddziałują na zdolności

poznawcze i samopoczucie pacjenta, służą poprawie komunikacji. Roboty coraz powszechniej stosowane są także do pomocy w gospodarstwach domowych, w pracach przydomowych i w czynnościach samoobsługowych.

Zmieniają się sposoby opieki długoterminowej. Rozwija się monitoring pacjenta poza placówką zdrowia. Umiejętności w obsłudze urządzeń elektronicznych będą potrzebne nie tylko do lepszej komunikacji z rodziną i znajomymi, ale również coraz częściej do korzystania z usług e-zdrowia. Niedostateczne kompetencje informatyczne mogą skutkować pogłębieniem zjawiska wykluczenia społecznego seniorów.

Trzecim ważnym obszarem edukacji w starości są kompetencje społeczne. Z badań wynika, że nieliczni polscy seniorzy angażują się w wolontariat, działania służące społecznościom lokalnym czy aktywność kulturalną. Tylko 14% osób starszych jest członkami organizacji czy stowarzyszeń (Kijak, Szarota, 2013). Odsetek osób deklarujących aktywność społeczną zmniejsza się z 21% wśród osób w wieku od 55 do 64 lat do 11% wśród osób od 65 do 74 lat i 5% wśród najstarszej grupy respondentów. Nie dotyczy to jedynie uczestnictwa w działalności religijnej, gdzie nie wystąpiła taka korelacja (Chłoń-Domińczak, 2014, s. 34). Z drugiej strony, proces starzenia się społeczeństwa, konieczność mobilności zawodowej młodszego pokolenia i emigracja zarobkowa mogą potęgować samotność i osamotnienie starszych osób.

Przewyciężenie tych problemów mogą umożliwić programy edukacyjne wspierające dialog międzygeneracyjny oraz rozwój międzygeneracyjnych i senioralnych sieci samopomocy opartych na wolontariacie w lokalnych społecznościach. Wsparcie międzygeneracyjne i sieci samopomocy pobudzają seniorów do aktywności, samodzielności i zaradności, ale dają też bardzo ważne poczucie bezpieczeństwa. Uczą współczucia w grupie i środowisku, podtrzymują wiarę w sens życia, pomagają w rozwijaniu zainteresowań, a wreszcie przelamują codzienną monotonię i pozwalają czuć się ważnym, potrzebnym. W edukacji zdrowotnej ważną rolę odgrywają systematyczne ćwiczenia sportowe, spacer, ruch na świeżym powietrzu.

Edukacja w starości może być realizowana w ramach formalnej, nieformalnej i incydentalnej edukacji (Skrzypczak, 1996). Powinna ją charakteryzować wielowariantowość, otwartość, elastyczność, egalitaryzm, indywidualizacja uwzględniająca zróżnicowane możliwości i potrzeby oraz styl uczenia się. Ważna rola w procesie edukacji seniorów powinna spoczywać na geragogach jako specjalistach komunikacji społecznej znających potrzeby seniorów i problemy gerontologii oraz metody i formy edukacji osób starszych. Z pewnością ważne są społeczne inicjatywy jak przeszkolenie „Latarników Polskiej Cyfrowej” związane z edukacją cyfrową Polaków powyżej 50. roku życia (Tomczyk, 2015, s. 126–127), ale dwudniowe szkolenia nie zastąpią gruntownej edukacji geragogicznej. Potrzeby w zakresie kształcenia geragogów są pilne. Z badań SHARE (2014) wynika, że osoby po 54. r.ż. w Polsce sporadycznie utrzymują aktywność edukacyjną. Jedynie 2,5% respondentów zadeklarowało, że w ostatnich 12 miesiącach brało udział w szkoleniu lub kursie edukacyjnym, a około jedna czwarta badanych stwierdziła, że nigdy nie słyszała o uniwersytetach trzeciego wieku (Chłoń-Domińczak, 2014, s. 36). Oznacza to, że instytucje realizujące zadania „edukacji w starości” (jak: uniwersytety trzeciego wieku, kluby seniora, domy kultury, domy dziennego pobytu seniorów i inne placówki służące aktywizacji osób starszych) obejmują swoją działalnością tylko niewielką grupę seniorów. Niskie kompetencje informatyczne ograniczają wielu seniorom dostęp do wiedzy. Propagowanie zdrowego stylu życia nie może ograniczać się do społecznych kampanii telewizyjnych przeplatanych reklamami telewizyjnymi dowodzącymi, że „możesz robić, co chcesz i żyć, jak chcesz, bo na wszystkie dolegliwości są odpowiednie pigułki”.

Edukacja w starości we współczesnym świecie musi być dostosowana do potrzeb i możliwości seniorów. Nie powinna być zarezerwowana dla elit w formie i treściach, a seniorzy nie mogą być traktowani jak bierni odbiorcy. Wymaga to kształcenia większej liczby wysoko wykwalifikowanych geragogów, którzy znajdą zatrudnienie w istniejących i nowych placówkach realizujących

zadania edukacji osób starszych oraz staną się animatorami aktywności społecznej, ruchu na świeżym powietrzu, a przede wszystkim senioralnych i międzygeneracyjnych grup samopomocowych. Wymaga to jednak poza działaniami oddolnymi decyzji i wdrożeń leżących w gestii polityki społecznej.

Bibliografia

- Antonovsky, A. (2005). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Bazy danych Eurostat. Pobrane z: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database> ec.europa.eu
- Blaxter, M. (1990). *Health and lifestyles*. London, England: Routledge.
- Blaxter, M. (2010). *Health (key concepts)*. Cambridge: Polity Press.
- Bolt-Drosik, M. (2014). Analiza zaawansowania otępienia i współwystępujących chorób somatycznych u pacjentów z chorobą Alzheimera zgłaszających się do PZP. *Psychogeriatrya Polska*, 11(3), 97-102.
- Chłoń-Domińczak, A. (red.). (2014). Portret generacji 50+ w Polsce i Europie. Wyniki badania zdrowia, starzenia się i przechodzenia na emeryturę. Warszawa [SHARE 2010/2012]. Pobrane z: www.ibe.edu.pl
- Czapiński, J., Błędowski, P. (2014). Aktywność społeczna osób starszych w kontekście percepcji Polaków. *Diagnoza społeczna 2013*. Warszawa. Pobrane z: http://analizy.mpips.gov.pl/images/stories/publ_i_raporty/DS2013/Raport_glowny_Diagnoza_Spoleczna_2013.pdf
- Czarnecki, P. (2013). *Praca socjalna*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- EHIS. (2014). Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r. Warszawa: GUS. Pobrane z: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2014-r-6,6.html?pdf=1>
- Kijak, R. J., Szarota, Z. (2013). *Starość. Między diagnozą a działaniem*. Warszawa: Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich.
- Kolderup, H., Stein, E. (2016). 'Good health is to have a good life': How middle-aged and elderly men in a rural town in Norway Talk about Health. *International Journal of Men's Health*, 15(3), 218-234.
- Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. Pobrane z: www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf
- Mikucka, M. (2015). Jak się starzejemy? Zdrowie Polaków po sześćdziesiątym roku życia. Warszawa. Pobrano z: <http://polpan.org>
- Mossakowska, M., Więcek, A., Błędowski, P. (red.). (2012). *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Warszawa. Termedia Wydawnictwo Medyczne.
- OECD. (2016). Health at a glance: Europe 2016 – State of health in the EU Cycle. Paris. OECD. Pobrano z: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>
- OECD. (2015). Health at a Glance 2015: OECD Indicators. Paris. OECD. Pobrano z: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en
- Opolski, J. (red.). (2011). Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia. (1) Pobrano z: http://epidemiologia.sum.edu.pl/wpcontent/uploads/2013/11/CMKP_Zdrowie_Publiczne_T_1.pdf

- Ostrowska, A. (red.). (2015). Raport Polki 50 plus: Zdrowie i jego zagrożenia. Pobrano z: http://fzk.org.pl/pdf/RAPORT_Polki_50plus_fin_web.pdf
- Prince, M. i współprac., (2013). The Global Prevalence of Dementia: A Systematic Review and Metaanalysis. *Alzheimer's & Dementia*, 9(2), 63-75.
- Raport z ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu TNS Polska dla Głównego Inspektoratu Sanitarnego, (2015). Pobrano z: http://gis.gov.pl/images/gis_raport_tns_polska_2015.pdf
- Robertson, S. (2007). *Understanding men and health: Masculinities, identity and well-being*. Maidenhead: Open University Press.
- Romanowska, E. (2009). Uniwersytety Trzeciego Wieku na Podlasiu. *Edukacja Otwarta*, (1), 97–119.
- Romanowska, E. (2013). Programy edukacji zdrowotnej wspierające rodzinę w polityce społecznej Białegostoku w latach 2000–2012. W: J. Izdebska, A. Popławska (red.), *W trosce o współczesną rodzinę. Teoria badania wsparcie. Ujęcie interdyscyplinarne* (s. 343–364). Białystok: NWSP.
- Rowiński, R., Dąbrowski, A. (2011). Rekreacja fizyczna a sprawność funkcjonalna i jakość życia osób starszych. *Polityka Społeczna* [nr spec]. Pobrano z: <http://polsenior.iimcb.gov.pl/sites/polsenior.iimcb.gov.pl/files/file/publikacje/p-s/PolitykaSpoeczna.pdf>
- Skrzypczak, J. (2006). Proces kształcenia człowieka dorosłego, W: T. Wujek (red.), *Wprowadzenie do andragogiki* (s. 270–307). Warszawa–Radom: ITE.
- Szarota, Z. (2007). Społeczne wykluczanie starości: edukacyjna riposta. W: A. Fabiś (red.), *Wyzwania współczesnej edukacji dorosłych* (s. 85–99). Mysłowice: Wyd. GWSP.
- Tobiasz-Adamczyk, B. (1995). Kompleksowa ocena stanu zdrowia osób w podeszłym wieku na podstawie koncepcji psychologicznych. *Sztuka Leczenia*, 1(3), 47–51.
- Tomczyk, Ł. (2015). *Edukacja osób starszych. Seniorzy w przestrzeni nowych mediów*. Warszawa: Difin.
- Woynarowska, B. (red). (2011). *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli*. Warszawa: ORE.

THE HEALTH STATUS OF THE ELDERLY IN POLAND: EDUCATIONAL CHALLENGES

Abstract: The article contains a review of national research reports showing the state of health of the Polish older adults in the last decade. On this basis functions, areas and tasks of geragogics in the elderly's health care are defined. Positive changes in health status of the elderly require action in three closely connected areas: knowledge, skills and social competence. The article stresses the importance of self-help networks and intergenerational cooperation. The elderly education in the contemporary world must be tailored to the needs and capabilities of the older adults. It should not be reserved for the elite in the form and content. The older adults should not be treated as passive recipients. This requires the training of more highly skilled tutors who find employment in existing and new centers of the elderly education. They should become the animators of social and outdoor activity, and, above all, the animators of the elderly and intergenerational self-help groups. This requires both the grassroots social actions and responsible social policy.

Keywords: education for the elderly, geragogics, successful aging, geronprophylaxis, health promotion of the elderly.