



Ryszard Bartoszewicz^{1*}, Krzysztof Gandziarski²,
Marta Lewandowska¹, Kinga Szymańska¹

¹ AKADEMIA WYCHOWANIA FIZYCZNEGO WE WROCŁAWIU

² WYŻSZA SZKOŁA PEDAGOGICZNO-TECHNICZNA W KONINIE

ZACHOWANIA PROZDROWOTNE I POCZUCIE KOHERENCJI OSÓB PÓŹNEJ DOROSŁOŚCI OBJĘTYCH WSPARCIEM SPOŁECZNYM INSTYTUCJI EDUKACYJNEJ W OBSZARZE KULTURY FIZYCZNEJ

Abstract

Healthy behavior and sense of coherence of late adulthood covered
by social support educational institution in the field of physical culture

Background. The study is an attempt to determine the consequences of attending a university of the third age at a college of physical education, seen as a form of social support for healthy behaviors and the state of coherence of the elderly. **Material and methods.** The study involved 30 students of the University of the Third Age at the University School of Physical Education in Wrocław and the control group of 30 people who do not use any form of structural social support. The average age of the respondents in the groups was approximately 65 and 67 years, respectively. The study was conducted in late 2013 or early 2014 using a health behavior questionnaire of our own design and Aaron Antonovsky's SOC 29 questionnaire to assess the sense of coherence. **Results and conclusions.** It was found that the results of the survey carried out in both groups indicate that structural social support of an educational institution of physical culture differentiates positively the health behaviors and sense of coherence of respondents in late adulthood.

Key words: health, health behaviors, physical activity, physical fitness, sense of coherence, social support, late adulthood

Słowa kluczowe: zdrowie, zachowania prozdrowotne, aktywność ruchowa, sprawność fizyczna, poczucie koherencji, wsparcie społeczne, późna dorosłość

WPROWADZENIE

Jednym z podstawowych problemów człowieka wynikających z prawidłowości ontogenezy jest utrzymanie zdrowia w okresie starzenia się. Destruktywny charakter zmian biologicznych zachodzących w organizmie osób po 60. roku życia związanych ze zmniejszeniem masy kości oraz mięśni, pogorszeniem wzroku i słuchu, spadkiem elastyczności skóry, dłuższym czasem reakcji organizmu na bodźce czy obniżeniem wydolności poszczególnych narządów znacznie utrudnia zachowanie dobrego stanu zdrowia (Turner i Helms 1999). Trudności te są zazwyczaj potęgowane czynnikami psychospołecznymi związanymi z drastyczną zmianą roli społecznej przy przechodzeniu seniorów w stan emerytalny. W prowadzo-

nych badaniach wielokrotnie stwierdzano, że stan zdrowia osób, które przeszły na emeryturę, pogarsza się zarówno w aspekcie zdrowia fizycznego, jak i psychicznego. Wprawdzie krótko po zakończeniu aktywności zawodowej samopoczucie emerytów poprawia się, ale w miarę przebywania na emeryturze ich stan zdrowia jest coraz gorszy w porównaniu z pracującymi równo-
latkami (Sahlgren 2013). Stan taki związany jest z zaburzeniem równowagi psychospołecznej wynikającej z coraz trudniej zacho-
dzących procesów adaptacyjnych w wieku starszym. Dość często wskazuje się na zna-
czącą rolę zrozumienia nowej sytuacji życio-
wej i opanowania związanych z nią kom-
petencji w utrzymywaniu wysokiego poziomu
zdrowia, w tym przypadku zdrowia społecz-
nego (Erikson 1993).

Istotnym czynnikiem ułatwiającym utrzy-
mywanie dobrego stanu zdrowia jest właści-
we postrzeganie istoty zdrowia. Powszechnie

* Autor korespondencyjny

znane koncepcje pojęcia zdrowia w różny sposób umożliwiają jego kształtowanie. Najczęściej występujące potoczne rozumienie pojęcia zdrowia łączy się z koncepcją patogenetyczną, która zakłada istnienie dwóch przeciwstawnych stanów – zdrowia i choroby. W praktyce prowadzi to do sytuacji, w której człowiek zaczyna myśleć o własnym zdrowiu i o podejmowaniu starań o nie w stanie choroby (Ślusarska i wsp. 2013). Koncepcją, która zmusza do odmiennego, w praktyce permanentnego myślenia i działania na rzecz zdrowia, jest salutogeneza (Antonovsky 2005). Zgodnie z nią w całym swoim życiu przemierzamy się po kontinuum między chorobą a zdrowiem. Obecny kierunek, w jakim zmierzamy, jest natomiast konsekwencją naszego mniej lub bardziej prozdrowotnego stylu życia. W jego ramach wyróżnia się zachowania medyczne i zachowania prozdrowotne. Te pierwsze, mające jak najbardziej prozdrowotny charakter, związane są z podejmowaniem działań w obszarze medycznym. Zalicza się do nich np. poddawanie się badaniom okresowym, stosowanie się do zaleceń lekarskich, przestrzeganie wymogów dotyczących zażywania leków itp. Zachowania stricte prozdrowotne dotyczą takich aspektów, jak: odżywianie się, szeroko rozumiana higiena życia, aktywność ruchowa oraz unikanie zachowań ryzykownych. Podejmowanie zachowań prozdrowotnych nie stanowi automatycznego zachowania bądź doskonalenia zdrowia. Efektywne podążanie ku zdrowiu zależy również od tzw. uogólnionych zasobów odpornościowych. Składają się na nie biologiczne i fizyczne właściwości człowieka, cechy naturalnego i wytworzonego środowiska fizycznego, czynniki społeczno-kulturowe – kultura, religia, opieka zdrowotna itp., oraz warunki materialne – pozycja społeczno-zawodowa (Woynarowska 2012).

Odpowiednie wykorzystanie własnych uogólnionych zasobów odpornościowych na drodze podejmowanych zachowań prozdrowotnych może u różnych osób charakteryzować się odmiennymi efektami. Czynnikiem, który determinuje te efekty, jest poczucie koherencji (Antonovsky 2005). Zostało ono zdefiniowane jako stan kompetencyjny określający stopień, w jakim człowiek ma zdolność

rozumienia mechanizmów funkcjonujących w otaczającym go świecie, wykorzystywania tych mechanizmów do zaspokajania własnych potrzeb oraz w wyniku tego jednoznacznego dostrzegania sensu swojego istnienia w świecie.

Osoby starsze, które osiągnęły wiek emerytalny, narażone zostają na często drastyczną zmianę swojego położenia społecznego. Jednocześnie, biorąc pod uwagę ich naturalnie pogarszające się uogólnione zasoby odpornościowe, znajdują się w położeniu znacznie utrudniającym podejmowanie zachowań prozdrowotnych. Stąd też stan ich poczucia koherencji ma duże znaczenie dla ich prozdrowotnych działań. Jednak nie zawsze wysoki wskaźnik koherencji jest gwarantem skutecznego dążenia ku zdrowiu. W takiej sytuacji ogromnie ważną rolę odgrywa wsparcie społeczne, jakim obejmowany jest człowiek przez bliższe lub dalsze otoczenie społeczne. Wsparcie to można rozpatrywać w dwóch podstawowych postaciach: strukturalnej i funkcjonalnej. Postać strukturalna odnosi się do istniejących w społeczności sieci organizacyjnych, które poprzez przynależność do nich oraz kontakty i więzi interpersonalne z tego wynikające mogą zapewniać pomoc osobom potrzebującym. W postaci funkcjonalnej określa się bezpośredni charakter wsparcia, który może oddziaływać na jednostkę emocjonalnie, informacyjnie, instrumentalnie, rzeczowo lub duchowo (Sęk i Cieślak 2004). Funkcjonujące obecnie w naszym systemie edukacyjnym w coraz powszechniejszym zakresie uniwersytety trzeciego wieku w całej rozciągłości wypełniają zarówno strukturalnie, jak i funkcjonalnie ideę wsparcia społecznego.

Jednym z takich uniwersytetów jest Uniwersytet Trzeciego Wieku działający od czterech lat w Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu. Ze względu na obszar kształcenia uczelni macierzystej treści programowe w nim realizowane bardzo silnie nawiązują do problematyki szeroko rozumianego zdrowia, a w tym również prozdrowotnego stylu życia seniorów. Stało się to podstawą podjęcia badań i przygotowania niniejszej pracy.

CEL BADAŃ

Celem niniejszego opracowania jest scharakteryzowanie stanu oraz ewentualnego zróżnicowania deklarowanych zachowań prozdrowotnych oraz poczucia koherencji osób późnej dorosłości objętych i nieobjętych wsparciem społecznym instytucji edukacyjnej w obszarze kultury fizycznej. Postawiono następujące pytania badawcze:

1. Jak badani oceniają własne zachowania w zakresie wybranych elementów charakterystycznych dla prozdrowotnego stylu życia w zakresie odżywiania się, higieny snu, unikania ryzyka oraz prewencji medycznej?

2. Jakie zachowania deklarują badani w obszarze związanym z aktywnością i sprawnością ruchową?

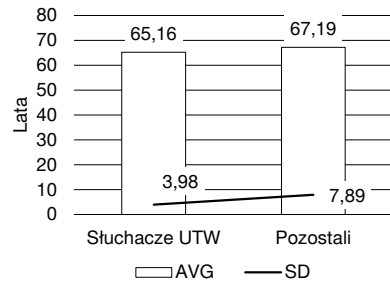
3. Jaki jest stan i struktura poczucia koherencji u osób badanych?

4. Czy i w jakim zakresie wsparcie społeczne UTW uzyskiwane przez część badanych różnicuje stan ich zachowań prozdrowotnych oraz poczucie koherencji?

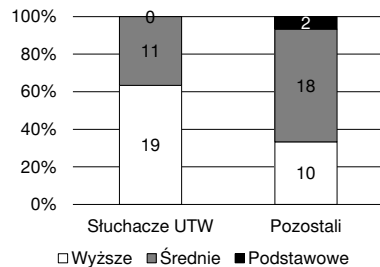
MATERIAŁ I METODY BADAŃ

Badania mające charakter eksploracyjny przeprowadzone zostały na przełomie 2013 i 2014 roku. Objęły one 60 osób w wieku późnej dorosłości. W grupie tej 30 osób (26 kobiet i 4 mężczyzn) było słuchaczami Uniwersytetu Trzeciego Wieku Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu. Osoby te rozpoczęły studia dla seniorów w październiku 2013 r, tym samym w chwili sondażu miały za sobą trzy miesiące zajęć programowych. Pozostali badani (19 kobiet i 11 mężczyzn) nie uczestniczyli w żadnych zorganizowanych zajęciach dla seniorów. Bliższą charakterystykę badanych osób przedstawiono na rycinach 1–4.

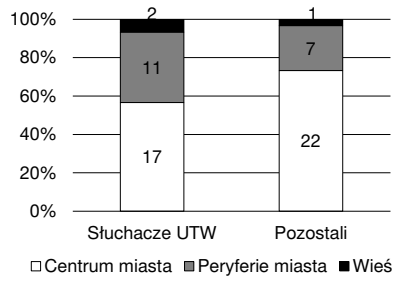
W celu określenia stanu zachowań prozdrowotnych badanych zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki ankietowej oraz autorskiego kwestionariusza pt. „Kwestionariusz zachowań prozdrowotnych (ZP013SE)”. Kwestionariusz zawiera 15 pytań, w tym 12 charakteryzujących zachowania respondentów związane z stosowaniem używek, odżywianiem



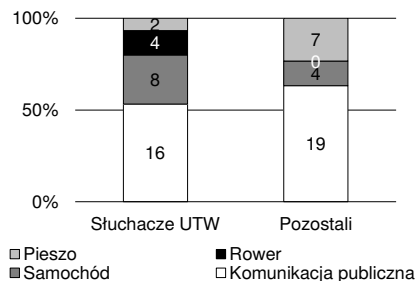
Ryc. 1. Wiek badanych



Ryc. 2. Wykształcenie badanych



Ryc. 3. Zamieszkanie badanych



Ryc. 4. Lokomocja badanych

się, higieną snu, aktywnością ruchową, kontrolą wysiłku i sprawności fizycznej, zachowaniami medycznymi i stanem zdrowia.

Poczucie koherencji zbadano za pomocą metody skali z wykorzystaniem kwestiona-

riusza SoC 29 autorstwa Arona Antonovskiego (1996). Wyniki badań poddano obróbce statystycznej w zakresie podstawowej charakterystyki zjawisk masowych. Obliczono wskaźniki średniej statystycznej (AVG), odchylenia standardowego (SD) oraz frakcje procentowe. Ze względu na niewielką liczebność badanych grup nie dokonano obliczenia wskaźników istotności różnic. Jako podstawę wnioskowania przyjęto indukcję nieuzupełną.

WYNIKI

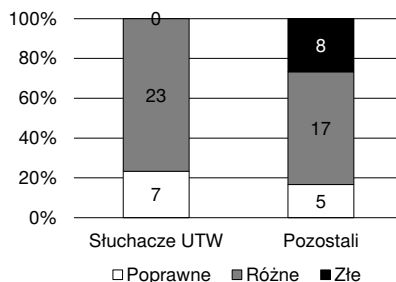
Aby zobrazować zachowania badanych w zakresie poprawności odżywiania się, zebrano deklaracje dotyczące samooceny badanych w tym zakresie (ryc. 5). Wyraźnie lepsze wyniki sondażu odnotowano w grupie słuchaczy UTW. Nieznacznie więcej osób oceniało własne odżywianie się jako poprawne, a także nie wystąpiły w ich grupie oceny negatywne. W tym miejscu należy podkreślić, że w programie zajęć UTW dość często występują treści związane z higieną odżywiania się osób starszych. Stąd też deklaracje słuchaczy powinny opierać się na ich faktycznej wiedzy zdobytej podczas zajęć.

Jednym z najbardziej negatywnych, z punktu widzenia stanu zdrowia przejawów zachowań ryzykownych osób starszych jest palenie tytoniu. Przeprowadzony sondaż ujawnił, że w grupie respondentów uczestniczących w zajęciach UTW liczba palących była trzykrotnie mniejsza niż w grupie pozostałych badanych (ryc. 6). Większa liczba palaczy mogła być związana z tym, że osoby te rzadziej od słuchaczy UTW podejmowały kontakty społeczne i nie miały poczucia kontroli zewnętrznej oraz swoistej dezaprobaty swojego nałogu. Zjawiska takie są, albo powinny być, oczywiste i powszechne w środowisku takim, jakim jest uczelnia wychowania fizycznego.

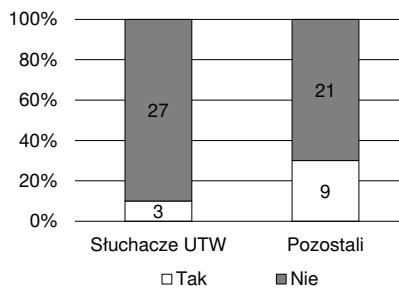
Ważnym elementem zachowania zdrowia jest również odpowiednia regeneracja sił poprzez sen. Trudno jest określić, zwłaszcza w odniesieniu do osób starszych, jednoznaczne normy długości snu. Jest to sprawa dość mocno zindywidualizowana. Wprawdzie badania wskazują na naturalne tenden-

cje do skracania się czasu snu wraz z wiekiem, ale najbardziej miarodajnym wskazaniem poprawności w tym zakresie powinna być jednak samoocena długości snu związana z samopoczuciem osób starszych. Przeprowadzone badanie wskazuje na brak różnic w tym zakresie w obu badanych grupach (ryc. 7). Liczba respondentów oceniających długość snu jako optymalną była niemal identyczna. W grupie słuchaczy UTW nie deklarowano snu zbyt długiego, ale więcej osób określiło go jako zbyt krótki. Niewykluczone, że ma to związek z obowiązkami wynikającymi z uczestniczenia w systematycznych zajęciach programowych.

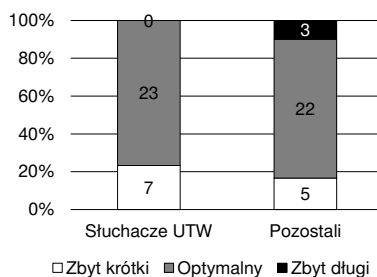
Elementami zachowań prewencyjnych ujętymi w przeprowadzonym sondażu były



Ryc. 5. Odżywianie się według badanych



Ryc. 6. Palenie tytoniu przez badanych



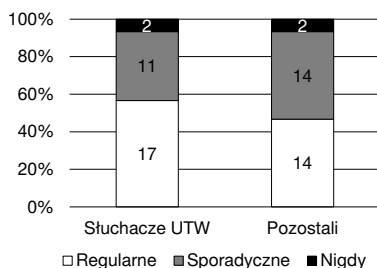
Ryc. 7. Czas snu w opiniach badanych

kwestie dotyczące medycznych badań profilaktycznych oraz autokontroli wysiłku i sprawności fizycznej. Deklaracje badanych wskazują na bardzo podobny ich udział w badaniach profilaktycznych (ryc. 8). Jedyne nieznaczne różnice na korzyść słuchaczy UTW występowały w liczbie deklarujących regularne kontrolowanie własnego zdrowia.

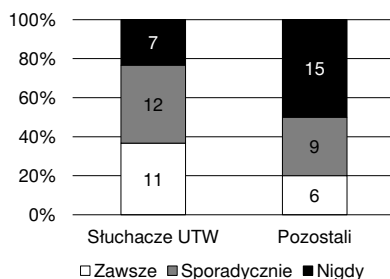
Wyraźne zróżnicowanie odnotowano w zakresie wyników dotyczących deklarowanej autokontroli podejmowanego wysiłku oraz własnej sprawności fizycznej. W tych kwestiach stan zachowań uczestników zajęć w UTW okazał się wyraźnie lepszy od pozostałych osób (ryc. 9 i 10). Najprawdopodobniej trzymiesięczny cykl zajęć programowych, z których wiele dotyczyło aktywności ruchowej, dał już tak dobre wyniki w tym zakresie. Z pewnością dalszymi tego konsekwencjami były zdecydowanie lepsze wyniki samooceny własnej sprawności fizycznej i stanu zdrowia deklarowane przez seniorów uczestniczących w zajęciach UTW (ryc. 11 i 12).

Jedną z najważniejszych składowych stylu życia prowadzącego do zachowania i pomnażania zdrowia jest aktywność ruchowa człowieka. W przeprowadzonym sondażu zebrano dane dotyczące deklarowanego przeciętnego czasu podejmowania aktywności w tygodniu, różnicując jej formy na nieorganizowaną (samodzielną) i zorganizowaną (Bartoszewicz 2011). Wszyscy badani w grupie słuchaczy UTW deklarowali aktywność w zajęciach samodzielnych, podczas gdy wśród pozostałych co piąty takiej aktywności nie wykazywał. Wyraźnie przeciętnie więcej czasu w tygodniu niż pozostali seniorzy studenci przeznaczali na taką aktywność (ryc. 13). Grupa ta okazała się również bardziej jednorodna pod względem czasu samodzielnej aktywności ruchowej.

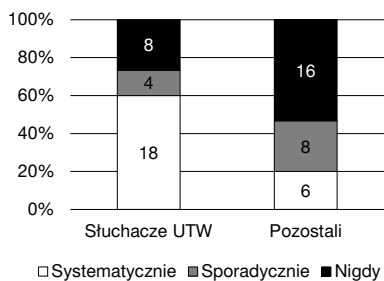
Wyraźnie inny był rozkład wyników dotyczących deklarowanej zorganizowanej aktywności ruchowej w grupie respondentów spoza UTW. Wśród nich jedynie co piąty zgłaszał podejmowanie takiej aktywności. W grupie seniorów studentów ze względu na zajęcia programowe wszyscy uczestniczyli w zorganizowanych zajęciach ruchowych. Przeciętny tygodniowy czas takiej aktyw-



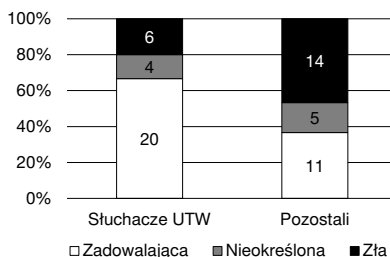
Ryc. 8. Badania profilaktyczne respondentów



Ryc. 9. Autokontrola wysiłku fizycznego



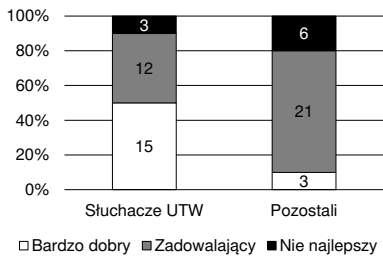
Ryc. 10. Autokontrola sprawności fizycznej



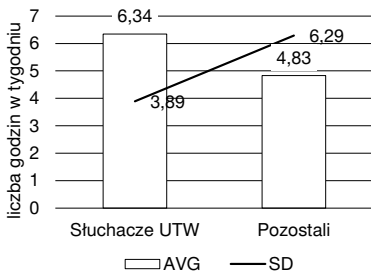
Ryc. 11. Autoocena sprawności fizycznej

ności był natomiast krótszy w obu grupach od czasu przeznaczanego na aktywność samodzielną (ryc. 14).

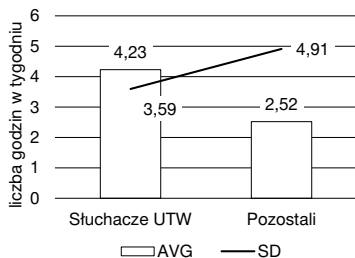
Konsekwencją wcześniejszych deklaracji była ogólna samoocena stylu życia badanych.



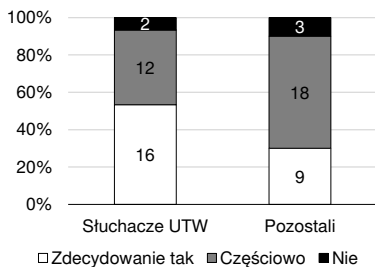
Ryc. 12. Autoocena stanu zdrowia



Ryc. 13. Samodzielna aktywność ruchowa



Ryc. 14. Zorganizowana aktywność ruchowa

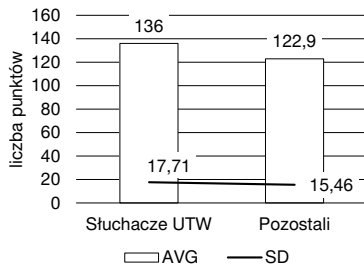


Ryc. 15. Samoocena prozdrowotności stylu życia

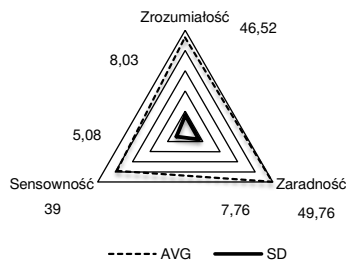
Znikoma część respondentów w obu grupach zdecydowanie negatywnie oceniła swój styl życia. Jednak znaczne już różnice wystąpiły w pozytywnych zakresach samooceny. Słuchacze UTW w wyraźnie większej

liczbie oceniali swoje zachowania jako zdecydowanie prozdrowotne. Oceny niezdecydowane częściej natomiast deklarowały osoby z grupy niezwiązanej z uniwersytetem trzeciego wieku (ryc. 15). Biorąc pod uwagę całość wyników sondażu, w tej grupie samooceny stylu życia można uznać za zawyżoną.

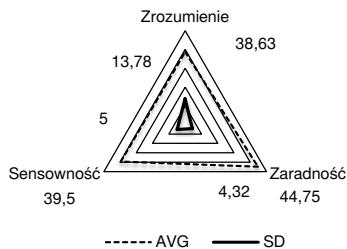
Ogólny stan poczucia koherencji badanych osób, określany wynikiem uzyskanym w badaniach kwestionariuszem SoC29 w relacji do wyniku maksymalnego można uznać za przeciętny (66,7% u słuchaczy UTW oraz 60,1% u pozostałych) (ryc. 16). Wartości wskaźników odchylenia standardowego wobec wartości średnich wskazują na podobne wewnętrzne zróżnicowanie koherencji wśród seniorów studentów i niestudentów.



Ryc. 16. Ogólne poczucie koherencji badanych



Ryc. 17. Struktura koherencji badanych w UTW



Ryc. 18. Struktura koherencji pozostałych badanych

Podstawa większej wartości ogólnego wskaźnika w grupie osób uczestniczących w zajęciach uniwersytetu trzeciego wieku ujawniła się w analizie struktury koherencji (ryc. 17 i 18). Zdecydowanie wyższe wartości wskaźników poszczególnych składowych koherencji odnotowano w zakresie zrozumienia oraz zaradności u słuchaczy uniwersytetu. U pozostałych osób natomiast na minimalnie wyższym poziomie pozostało poczucie sensu. Interesujące jest także to, że wraz z najniższym cząstkowym wskaźnikiem poczucia zrozumienia u osób spoza UTW występowało największe w ich grupie różnicowanie w tym zakresie.

DYSKUSJA

Wyniki badań przedstawione w niniejszym opracowaniu w znacznej części korespondują ze stanem prezentowanym w opracowaniach innych autorów. Do bardzo interesujących należy zaliczyć badania przeprowadzone w ramach Wieloośrodkowego Ogólnopolskiego Badania Stanu Zdrowia Ludności WOBASZ-SENIOR. W roku 2007 objęto nimi reprezentatywną próbę 1013 mieszkańców całej Polski (511 mężczyzn i 502 kobiety) w wieku powyżej 75 lat (Waśkiewicz i wsp. 2012). Autorki wskazują w nich, że u 30% kobiet i 40% mężczyzn w tym wieku występują nieprawidłowości w odżywianiu się, co prowadzi do nadwagi u około 70% badanych. Czynnikiem dodatkowo stymulującym nadmierną wagę jest niska aktywność ruchowa seniorów. Jest to szczególnie drastycznie widoczne u kobiet, u których odsetek biernych przekracza 70%, przy nieco ponad 50% u mężczyzn. Wskaźnik aktywnych seniorów przez większość dni w tygodniu wynosi 19% u kobiet i 32% u mężczyzn. Dane te są zbliżone do wyników deklarowanych przez osoby spoza UTW w zakresie aktywności zorganizowanej. Raport WOBASZ-SENIOR zawiera również dane dotyczące podejmowania zachowań ryzykownych w zakresie palenia tytoniu, które wskazują na 13% palących mężczyzn i jedynie 4% kobiet. Są to wartości odpowiadające zarejestrowanym w grupie słuchaczy UTW. Niestety wyniki uzyskane u pozostałych osób znacznie przekraczają wartości w cytowanych badaniach.

W 2012 roku ukazały się wyniki badań prowadzonych w środowisku grupy osób późnej dorosłości objętych działalnością uniwersytetów trzeciego wieku w Płocku (Gajewska i wsp. 2012). Ukazują one wyniki samooceny stanu zdrowia respondentów. Samoocena płockich seniorów jest nieco wyższa od rezultatów przedstawionych w niniejszym opracowaniu w grupie osób nieuczestniczących w zajęciach uniwersytetu trzeciego wieku. Jednak w porównaniu ze słuchaczami UTW w AWF we Wrocławiu jest ona zdecydowanie niższa. Można sądzić, że ten fakt jest znacznie determinowany profilem wrocławskiej uczelni. Wyniki samooceny stanu zdrowia osób starszych przedstawił również Światała (2009). Charakteryzują one osoby starsze z regionu Górnego Śląska. Ich samoocena stanu zdrowia jest nieco lepsza od opisanej w badaniach płockich, ale gorsza od stanu zarejestrowanego u seniorów studentów z Wrocławia. Wyniki samooceny stanu zdrowia w sondażach przeprowadzonych wśród słuchaczek uniwersytetów trzeciego wieku w Kaliszu i Ostrowie Wielkopolskim zawierają informacje dotyczące problemów ze snem. W badaniach prowadzonych z zastosowaniem kwestionariusza Nottingham Health Profile uzyskano wartość wskaźnika NHP 0,44 wskazujący na wyraźnie większe problemy ze snem występujące w tej grupie badanych.

Badania poszukujące związków między działalnością uniwersytetów trzeciego wieku a zachowaniami prozdrowotnymi osób starszych prowadzono również w środowisku kieleckim (Kozieł i wsp. 2008). Ich wyniki także wskazują na pozytywne oddziaływanie wsparcia społecznego poprzez struktury edukacyjne na stan zachowań prozdrowotnych osób objętych nim. Autorki wskazują na znacząco lepsze od pozostałych starszych osób wskaźniki zachowań seniorów studentów w zakresie prawidłowości odżywiania się, prewencji oraz praktyk zdrowotnych.

Strukturalne wsparcie społeczne kreujące pozytywne zmiany w zachowaniach zdrowotnych osób starszych może dokonywać się poprzez inne instytucje niż uniwersytety trzeciego wieku. W literaturze przedmiotu odnaleźć można wyniki wdrażania projektu CHANGE, polegającego na prowadzeniu działalności edukacyjnej ukierunkowanej na

osoby starsze przez pielęgniarki (Szczerbińska i wsp. 2011). Badania grupy osób ze środowiska krakowskiego objętych wsparciem społecznym w ramach tego programu wykazały wyraźnie pozytywne zmiany w zachowaniach prozdrowotnych respondentów. Jednak ze względu na zdecydowanie inny charakter badanych wskaźników nie można dokonać szczegółowego porównania tych wyników z prezentowanymi w naszym opracowaniu.

Wyniki stanu poczucia koherencji przedstawione w niniejszym opracowaniu uznać należy za porównywalne z publikowanymi przez innych autorów. W badaniach przeprowadzonych wśród pensjonariuszy Domu Opieki Społecznej w Gminie Gąbin uzyskano średnią wartość wskaźnika poczucia koherencji 131,92 (Kurowska i Sulowska 2011). Złożyły się na nią następujące wartości wskaźników składowych: zrozumiałość 45,6, zaradność 46,25 oraz sensowność 40,07. Były one niższe od zarejestrowanych w grupie seniorów studentów UTW, ale wyższe niż u pozostałych osób w naszym sondażu. Również podobne wyniki zarejestrowane zostały w badaniach słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Bydgoszczy. Wskaźnik ogólny wyniósł 134,06, wskaźnik zrozumiałości 48,42, zaradności 46,03, a sensowności 39,62 (Zielińska-Więczkowska i wsp. 2011).

Na tej podstawie można by uznać, że wsparcie strukturalne uniwersytetu trzeciego wieku, lub domu opieki społecznej, daje pozytywne rezultaty w zakresie kształtowania się poczucia koherencji. Należy jednak pamiętać, że Antonovsky (2005) przyjął poczucie koherencji jako cechę względnie stałą, która kształtuje się w ciągu całego życia człowieka, a ustala się na określonym dla danego człowieka poziomie około 30. roku życia, czyli w momencie osiągnięcia przez niego pełnej stabilizacji życiowej. Jej zmiany mogą się dokonać jedynie w wyniku działania bardzo istotnych dla człowieka czynników zmieniających porządek jego życia (Antonovsky 2005). W takiej sytuacji można postawić pytanie, czy do tych czynników może należeć przynależność do instytucji edukacyjnej późnej dorosłości lub też wstąpienie do wspólnoty pensjonariuszy domu opieki społecznej. Odpowiedź na to pyta-

nie wymaga jednak znacznie szerszych badań niż przeprowadzone na użytek niniejszego opracowania.

WNIOSKI

Przeprowadzone badania upoważniają do sformułowania poniższych wniosków stanowiących odpowiedzi na postawione pytania badawcze. Szczupłość grupy badawczej ogranicza jednak w dużym stopniu możliwość uogólniania tych wyników na szerszą populację.

Wyniki samooceny zachowań respondentów związanych z wybranymi elementami charakterystycznymi dla prozdrowotnego stylu życia w zakresie odżywiania się, unikania ryzyka oraz aktywności i sprawności ruchowej były lepsze w grupie słuchaczy UTW. Nie różniły się natomiast w zakresie higieny snu oraz przewencji medycznej. Ogólnie osoby badane w pewnej sprzeczności do deklarowanych i samoocenianych zachowań prozdrowotnych zbyt optymistycznie określały swój styl życia za prozdrowotny. Dotyczyło to zwłaszcza badanych niezwiązanych z UTW.

Badani z grupy słuchaczy UTW wykazywali wyraźnie wyższe poczucie koherencji od pozostałych osób poddanych sondażowi. Największe różnice w strukturze poczucia koherencji między badanymi grupami występowały w zakresie składowych zrozumiałości i zaradności.

W badanym środowisku strukturalne wsparcie społeczne instytucji edukacyjnej w obszarze kultury fizycznej pozytywnie różnicowało zachowania prozdrowotne i orientacje życiowe osób późnej dorosłości.

BIBLIOGRAFIA

- Antonovsky A. (2005), Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować, Fundacja IPN, Warszawa.
- Bartoszewicz R. (2011), Aktywność ruchowa młodzieży gimnazjalnej południowo-zachodniej Polski na tle wybranych ośrodków europejskich, AWF, Wrocław.
- Erikson E.H. (1993), Wachstum und Krise der Gesunden Persönlichkeit. *Psyche*, 7, 54–63.

- Gajewska O., Bryła M., Maniecka-Bryła I. (2012), Samoocena stanu zdrowia uczestników zajęć Stowarzyszenia Uniwersytetu Trzeciego Wieku, *Hygeia Public Health*, 47 (7), 453–459.
- Heszen I., Sęk H. (2007), Psychologia zdrowia, WN PWN, Warszawa.
- Kozieł D., Kaczmarczyk M., Naszydlowska E., Gałuszka R. (2008), Wpływ kształcenia w uniwersytecie trzeciego wieku na zachowania zdrowotne ludzi starszych, *Studia Medyczne*, 12, 23–28.
- Kurowska K., Sulkowska J. (2011), Poczucie koherencji a zachowania zdrowotne wśród pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej (DPS) – badania wstępne, *Psychogeriatrya Polska*, 8 (2), 73–80.
- Sahlgren G. (2013), Work Longer, Live Healthier: The relationship between economic activity, health and government policy, *IEA Discussion*, Paper 46, http://www.iea.org.uk/sites/default/files/publications/files/Work%20Longer,%20Live_Healthier.pdf [dostęp: maj 2014].
- Sęk H., Cieślak R. (2004), Wsoarcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne, [w:] Sęk H., Cieślak R. (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, PWN, Warszawa, 11–28.
- Szczerbińska K., Malinowska-Cieślak M., Piórecka B., Giustini M. (2011), Jak skutecznie zmieniać zachowania zdrowotne pacjentów w starszym wieku, *Przegląd Lekarski*, 68 (12), 1183–1189.
- Ślusarska B., Dobrowolska B., Zarzycka D. (2013), Metateoretyczny kontekst zachowań zdrowotnych w paradygmatach zdrowia, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 94 (4), 667–674.
- Świtała M. (2009), Samoocena stanu zdrowia i jej wpływ na zachowania konsumentów w starszym wieku, *Gerontologia Polska*, 17 (3), 129–136.
- Turner J.S., Helms D.B. (1999), *Rozwój człowieka*, WSiP, Warszawa.
- Waśkiewicz A., Sygnowska E., Broda G. (2012), Ocena stanu zdrowia i odżywienia osób w wieku powyżej 75 lat w populacji polskiej. Badanie WOBASZ-SENIOR, *Bromat Chem Toksykol*, 45 (3), 614–618.
- Woynarowska B. (2012), *Edukacja zdrowotna*, PWN, Warszawa.
- Zielińska-Więczkowska H., Ciemnoczołowski W., Kornatowski T., Kędziora-Kornatowska K. (2011), Poczucie koherencji a satysfakcja życiowa słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku, *Gerontologia Polska*, 19 (2), 119–125.

Praca wpłynęła do Redakcji: 03.06.2014

Praca została przyjęta do druku: 24.10.2014

Adres do korespondencji:

Ryszard Bartoszewicz

Katedra Dydaktyki Wychowania Fizycznego

Akademia Wychowania Fizycznego

ul. Witelona 25

51-617 Wrocław

e-mail: ryszard.bartoszewicz@awf.wroc.pl