

**Joanna Białkowska<sup>1</sup>, Barbara Juśkiewicz-Swaczyna<sup>2</sup>, Paweł Białkowski<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, Collegium Medicum, Wydział Lekarski, Katedra Neurologii i Neurochirurgii. Pracownia Rehabilitacji Zaburzeń Funkcji Behawioralno-Poznawczych. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Olsztynie

<sup>2</sup> Olsztyńska Szkoła Wyższa im. Józefa Rusieckiego, Wydział Fizjoterapii

<sup>3</sup> Szpital Morski im. PCK w Gdyni

---

# Rola stylu życia i systemu opieki nad seniorem w procesie pomyślnego starzenia się

The role of lifestyle and seniors care in the process of successful aging

---

## STRESZCZENIE

Postępujący proces starzenia się ludności Polski i Europy wpływa na pogłębianie się problemu niepełnosprawności, wielochorobowości i niskiej samooceny zdrowia oraz oceny jakości opieki medycznej. Decydujący wpływ na pomyślne starzenie się ma właściwy styl życia osób starszych, na który składają się: aktywność ruchowa, zdrowe odżywianie, umiejętność neutralizacji stresu, bezpieczne zachowania, umiejętność hartowania ciała i pozytywnego myślenia. Istotną rolę w opiece nad osobami starszymi spełniają fizjoterapia i terapia zajęciowa.

**Słowa kluczowe:** styl życia, senior, aktywność fizyczna, pomyślne starzenie się

## SUMMARY

The aging process of the population of Poland and Europe affects the deepening of the problem of disabilities, many diseases and low self-esteem of health as well as the quality of medical care. The proper lifestyle of the elderly which includes: physical activity, healthy eating, stress-neutralization, safe behavior, body hardening and positive thinking is the decisive factor for the proper functioning and successful aging. Physiotherapy and occupational therapy also plays an important role.

**Keywords:** lifestyle, senior, physical activity, successful aging

## Wstęp

Starzenie się ludności Europy i Polski jest prawdopodobnie najważniejszym wyzwaniem zdrowotnym i społeczno-politycznym nadchodzących lat. Przewiduje się, że w 2050 roku osoby po 60. r.ż. będą stanowiły 30% mieszkańców Unii Europejskiej (Staszewska, 2013).

Z opracowanej przez GUS w 2014 roku prognozy ludności wynika, że w perspektywie do 2050 roku ogólna liczba ludności Polski zmniejszy się o ponad 4,5 mln, natomiast będzie wzrastać zarówno liczba, jak i odsetek osób w wieku 60 lat i więcej. W 2025 r. osób w wieku powyżej 60. r.ż. będzie ponad 10 mln i będą stanowiły prawie 28% ludności kraju, w 2035 roku 11,4 mln (32%), a w 2050 ich udział wzrośnie do ponad 40% (13,7 mln osób w wieku co najmniej 60 lat). Starzenie się społeczeństwa w Polsce przebiega z większym natężeniem w środowisku wiejskim niż miejskim. Badania statystyczne wskazują, że w Polsce w 2000 roku osoby powyżej 65 roku życia stanowiły 12,3% ogółu społeczeństwa, przy czym w miastach wskaźnik ten osiągnął 11,7%, na wsi 13,3% (Sztur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska, 2006). W informacji ministra zdrowia w dokumencie *Wpływ zmian demograficznych i starzenia się społeczeństwa na organizację systemu ochrony zdrowia i Narodowy Program Zdrowia* z 19.02.2016 r. podano, że subiektywna ocena zdrowia starszych mieszkańców naszego kraju niestety nie jest zbyt wysoka. Gorzej niż Polacy swoje zdrowie oceniali jedynie starsi (65 lat i więcej) mieszkańcy Chorwacji, Estonii, Węgier, Portugalii, Łotwy i Litwy. Pozostali starsi mieszkańcy Unii Europejskiej oraz Szwajcarii, Islandii i Norwegii swój stan zdrowia oceniali dużo lepiej niż Polacy. Stosunkowo najwyższe oceny zdrowia zadeklarowali mieszkańcy Szwecji i Szwajcarii. W krajach tych 2/3 osób starszych oceniło swoje zdrowie jako dobre lub bardzo dobre.

Jak wskazują wyniki badań Eurostatu dotyczące 2013 roku, trwanie życia w zdrowiu w Polsce stanowiło dla mężczyzn 81% przewidywanej długości życia, a dla kobiet 77%. Oznacza to hipotetycznie, że dla urodzonego

w 2013 r. mężczyzny pierwsze 59 lat będzie okresem bez ograniczeń spowodowanych niepełnosprawnością (np. przewlekłymi chorobami), a dla kobiet pierwsze 63 lata. Jednak wraz z wiekiem wskaźniki te ulegają obniżeniu i udział procentowy pozostałego życia bez niepełnosprawności zmniejsza się. Dla mężczyzn w wieku 65 lat dalsze życie w zdrowiu dotyczy już tylko mniej niż połowy (ok. 46%) pozostałych lat życia, co przekłada się na 7,2 lat, a dla kobiet 39%, tj. 7,8 lat. W porównaniu ze wspomnianymi wcześniej krajami europejskimi jest to średnio o 3,1 lat mniej w przypadku mężczyzn i o 2,6 dla kobiet (Szałtys, 2014).

Zgodnie z koncepcją „pól zdrowia” (Lalonde, 1974), zdrowie tylko w 10% zależy od działań ochrony zdrowia i aż w 53% od stylu życia. Na styl życia składają się: aktywność ruchowa, zdrowe odżywianie, umiejętność neutralizacji stresu, bezpieczne zachowania, umiejętność hartowania ciała i pozytywnego myślenia.

Cykliczne badanie ankietowe *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2013 r.* (Żyra, 2014) dostarczyło informacji na temat subiektywnej oceny jakości opieki zdrowotnej. W opinii 43% respondentów w starszym wieku, największy wpływ na stan zdrowia mają czynniki, na które nie mamy wpływu, 40% badanych wskazywało na własne zachowanie jako czynnik mający największy wpływ na zdrowie, a 17% na jakość opieki zdrowotnej. Aktywność jest centralnym punktem scalającym zdrowie i jakość życia w starości. Chodzi tu zarówno o aktywność fizyczną, która ma pozytywny wpływ na wydolność biologiczną starzejącego się organizmu, łagodzenie przebiegu wielu chorób wieku podeszłego i poprawę funkcjonowania psychospołecznego, jak również o aktywizację psychiczną seniora i jego udział w życiu społecznym.

## Cel pracy

Celem pracy była analiza literatury przedmiotu na temat wpływu stylu życia na zdrowie osób po 65 roku życia oraz możliwości kompleksowej rehabilitacji i aktywizacji połączonej z edukacją seniorów w Polsce.

## Wybrane aspekty starzenia się

Choroby układu krążenia są najważniejszą przyczyną umieralności osób starszych (powyżej 65. r.ż.). W Polsce około 2/3 osób starszych choruje na nadciśnienie tętnicze, 1/3 jest leczona z powodu choroby niedokrwiennej serca, a częstość występowania niewydolności serca szacowana jest na 20–50%. W badaniu GUS *Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia* (EHIS) pod koniec 2014 roku 44% mężczyzn miało nadwagę, a 18% otyłość, wśród kobiet 30% miało nadwagę i 16% otyłość.

Z badań Eurostat z 2013 r. wynika, że dolegliwości bólowe odcinka lędźwiowego kręgosłupa występują u ponad 40% populacji po 60. r.ż., choroba zwyrodnieniowa stawów występuje u blisko 40% osób starszych, dolegliwości bólowe odcinka szyjnego i piersiowego kręgosłupa zgłasza po 29% badanych, choroba wieńcowa występuje u co czwartej starszej osoby. Kolejne pozycje zajęły cukrzyca (18%), nietrzymanie moczu, choroby tarczycy oraz migrena (po około 12%).

Pacjentów po 65. r.ż. charakteryzuje zjawisko wielochorobowości i polipragmazji, które niosą ryzyko powstawania interakcji lekowych niekorzystnie wpływających na sprawność i stan zdrowia osób starszych (Mossakowska, Więcek, Błędowski, 2012). W procesie starzenia dochodzi do zmniejszenia masy i siły mięśni szkieletowych oraz wzrostu ilości tkanki tłuszczowej. Zmniejsza się elastyczność mięśni, ścięgien i więzadeł, spada masa kostna. Zmniejszenie masy i siły mięśniowej doprowadza do osłabienia i obniżenia jakości życia, a także do zwiększonego ryzyka upadków i złamań, co doprowadza do zmniejszenia samodzielności (Białkowska, Mroczkowska, Osowicka-Kondratowicz 2016).

Upadki są jedną z głównych przyczyn urazów prowadzących do zgonów wśród osób starszych. Wśród przyczyn upadków wyróżnia się czynniki zewnętrzne związane ze środowiskiem seniora oraz czynniki wewnętrzne wynikające z procesu starzenia się organizmu,

istniejących chorób lub/i ubocznych skutków farmakoterapii (Szpringer i in., 2008).

W USA 30% osób powyżej 65. r.ż. i aż 40% powyżej 80. r.ż., mieszkających we własnych domach doświadcza upadku.

Następstwem niekontrolowanych upadków seniorów mogą być: złamania, skręcenia, zwichnięcia lub/i obrażenia tkanek miękkich, np. rany, krwiaki (Kołodziejczyk 2014). Zdaniem Wojszel i Bień (2007), w przypadku złamań szyjki kości udowej, z których 90% jest następstwem upadku, połowa pacjentów traci zdolność chodzenia. Upadki są główną przyczyną śmierci wśród zgonów spowodowanych nieszczęśliwymi wypadkami w grupie osób powyżej 65. r.ż.

Szacuje się, że u 48% osób starszych, które upadły przynajmniej raz, występował łąk przed kolejnym upadkiem, a 26% osób z tego powodu zmniejszyło swoją codzienną aktywność, czyli wystąpił u nich tzw. zespół poupadkowy. Osoba, która doświadczyła upadku, w obawie przed kolejnymi zaczyna ograniczać aktywność. Jej sprawność ulega pogorszeniu i paradoksalnie ryzyko następnego upadku jest jeszcze większe (Wojszel, Bień, Przydatek, 2001). Pacjenci po incydencie upadku stają się zbyt ostrożni: chodzą zbyt wolno, poszerzają płaszczyznę podparcia, robią mniejsze kroki, preferują krok dostawny, ograniczają propulsję i właściwe przetaczanie stopy, co zwiększa możliwość utraty równowagi. Pacjenci, którzy nie reagują prawidłowo na nagłe utraty równowagi – nie radzą sobie odpowiednio z nieoczekiwaną zmianą podłoża, doświadczają stałego lęku przed upadkiem.

Unieruchomienie seniora w łóżku sprzyja izolacji społecznej i istotnie zwiększa ryzyko powikłań zakrzepowo-zatorowych, odleżyn i odparzeń, przewlekłych infekcji układu oddechowego, moczowego.

W wieku starszym depresja towarzyszy deficytom ruchowym i słabnącym funkcjom poznawczym. Początkowo objawia się pogorszeniem nastroju. Około 15% osób w tej grupie wiekowej choruje na zaburzenia typu depresyjnego. Pojawia się krytycyzm wobec siebie i otoczenia, złość na pogorszenie

funkcjonowania i brak możliwości poradzenia sobie z pogłębiającymi się deficytami. Z wiekiem rośnie częstość i stopień upośledzenia wzroku i słuchu. W literaturze wskazuje się na złożony związek depresji z otępieniem (Bilikiewicz, Matkowska-Białko, 2004; Sobów, 2010). Sposób postrzegania siebie, swojej pozycji społecznej, siły do radzenia sobie z problemami, zdają się być kwestią istotną w zaburzeniach depresyjnych osób starszych.

### Bezpieczne środowisko seniora

W celu zmniejszania ryzyka upadków seniora konieczne jest stworzenie mu bezpiecznego środowiska poprzez: unikanie stromych schodów, ruchomych dywanów i chodników, niedostatecznego lub/i nierównomiernego oświetlenia pomieszczeń, unikanie śliskich nawierzchni, wzmożenie bezpieczeństwa podczas czynności higienicznych, korzystania z toalety, dobór lekkiego, antypoślizgowego obuwia stabilizującego staw skokowy, systematyczną diagnostykę i leczenie zaburzeń wzroku i słuchu, zachowanie zasad bezpieczeństwa przez seniora w przypadku hipotonii ortostatycznej, systematyczną ocenę mobilności seniora połączoną z zastosowaniem sprzętu asekuracyjnego (balkoniki, laski, kule, obuwie ortopedyczne), pomoc opiekuna w pokonywaniu barier architektonicznych (krawężniki, progi), aktywną pomoc terapeutyczną w stanach depresyjnych i lękowych, monitorowanie farmakoterapii w kontekście indywidualnych reakcji seniora, wnikliwą diagnostykę i skuteczne leczenie ostrych i przewlekłych chorób, pomoc w odbudowie więzi rodzinnych, zachęcanie do werbalizacji emocji przez seniora, pomoc w organizowaniu usług opiekuńczych, motywowanie do ćwiczeń (osoba podatna na upadki musi unikać gwałtownych ruchów, zwrotów, stopniowo zmieniać pozycję stojącą po przebywaniu w łóżku lub dłuższym siedzeniu), indywidualne usprawnianie seniorów w kontekście poprawy zakresu ruchu, postawy, lokomocji i równowagi (Szpringer i in., 2008).

### Rola aktywności ruchowej

Jednym z najważniejszych czynników łagodzących wpływ wieku i umożliwiających tzw. pomyślne starzenie się (*successful aging*) jest regularna aktywność ruchowa.

Zgodnie z utworzonym przez Rowe'a i Kahna (1987, 1997) pojęciem pomyślnego starzenia się (*successful aging*) istnieją trzy podstawowe kryteria-wyznaczniki uznania, iż z takim właśnie starzeniem ma się do czynienia. Do czynników tych zaliczamy: niski poziom niepełnosprawności, wysoki poziom samodzielnego funkcjonowania fizycznego i umysłowego oraz aktywne zaangażowanie i zainteresowanie życiem.

Dzięgielewska (2006) dzieli aktywność na trzy typy:

- formalną – działalność w różnych stowarzyszeniach społecznych, w polityce, w pracach na rzecz środowiska lokalnego, wolontariat;
- nieformalną – polegającą na kontaktach z rodziną, przyjaciółmi, znajomymi, sąsiadami;
- samotniczą – obejmującą oglądanie telewizji, czytanie, rozwijanie własnych zainteresowań, hobby.

Zdaniem Bień (2006), brak aktywności może powodować samotność, izolację społeczną, postępującą niesprawność, a nawet przedwczesną umieralność wśród osób w starszym wieku.

Wśród wielu czynników wpływających na występowanie niesprawności, a nawet przedwczesnej umieralności u osób w starszym wieku wymieniane są samotność i izolacja społeczna. Uzasadnione wydaje się promowanie zdrowego stylu życia oraz prewencja schorzeń przewlekłych, co ma priorytetowe znaczenie dla utrzymania zdrowia i niezależności do późnych lat życia.

Aktywnością ruchową lub fizyczną określa się wysiłek mięśniowy wywołujący w organizmie zespół zmian, które prowadzą do wydatku energetycznego wyższego niż poziom spoczynkowy (Przewęda, 1999, s. 201.).

Rola aktywności fizycznej jest wyjątkowo istotna w prewencji chorób cywilizacyjnych. Wskazuje się, że brak regularnych ćwiczeń fizycznych jest przyczyną rozwoju co najmniej 20 chorób przewlekłych. Wyniki badań epidemiologicznych i klinicznych dowodzą, że choroby te powszechniej występują u osób, które w małym stopniu podejmują aktywność fizyczną albo nie podejmują jej w ogóle. Hipokinezja (brak ruchu lub jego niedostateczna dawka) uznawana jest wręcz za jedno ze źródeł epidemii otyłości (Cordero-MacIntyre i in., 2006) i towarzyszącego jej zespołu metabolicznego (Bloomgarden, 2004), uznawana jest również za jedną z przyczyn powstawania choroby niedokrwiennej serca (Janssen, 2007) i chorób nowotworowych (Mao, Pan, Wen, Johnson, 2003). Z kolei w przeciwieństwie do hipokinezji, odpowiednia dawka aktywności fizycznej przynosi wiele korzyści zdrowotnych (Bruunsgaard, 2005), między innymi poprawia wydolność układu krążenia i oddychania (Watts i in., 2004) oraz opóźnia pojawianie się objawów tych schorzeń (Booth i in., 2002). Zwiększa się również pojemność życiowa płuc, głębokość oddechu i zużycie tlenu, a zmniejsza liczba oddechów na minutę i wielkość długu tlenowego. Ponadto silne mięśnie oddechowe kształtują klatkę piersiową, powodując poprawę postawy ciała, przez co znacznie usprawniają zaopatrzenie organizmu w tlen (Schnohr i in., 2006).

### Kinezyterapia seniorów

Autorem założeń współczesnej rehabilitacji w Polsce jest prof. W. Dega. Polska koncepcja rehabilitacji zakłada następujące cele i cechy:

1. **Wczesność zapoczątkowania.** Rehabilitacja rozpoczyna się możliwie już od czasu przyjęcia chorego do szpitala lub ambulatorium.
2. **Powszechność.** Rehabilitacja jest dostępna wszystkim, którzy jej potrzebują, i obejmuje wszystkie specjalności w leczeniu szpitalnym, ambulatoryjnym i sanatoryjnym.
3. **Ciągłość.** Rehabilitacja medyczna jest ściśle powiązana z rehabilitacją zawodową

i społeczną. Z chwilą zapoczątkowania rehabilitacji prowadzona jest aż do uzyskania pełnej sprawności, a u osób nie rokujących pełnego powrotu do zdrowia – do czasu uzyskania optymalnych mechanizmów kompensacyjnych, utrwalających wyniki usprawnienia lub utrzymania uzyskanej kondycji.

4. **Kompleksowość.** Uwzględnia się od początku wszystkie aspekty (etapy) rehabilitacji, tj. leczniczy, społeczny i psychologiczny. Wszystkie etapy procesu rehabilitacji mogą być realizowane tylko przez grupę przygotowanych specjalistów, tworzących interdyscyplinarny zespół, którego skład zależy od programu usprawniania, jaki zostaje opracowany indywidualnie dla określonej osoby.

Jedną z podstawowych potrzeb człowieka starszego jest zachowanie samowystarczalności i niezależności. Istotna jest zatem sprawność funkcjonalna, możliwość wykonywania czynności życia codziennego i aktywnego uczestniczenia w życiu.

Obecnie czas oczekiwania w NFZ na rehabilitację seniorów z chorobami przewlekłymi oznacza nawet kilkanaście miesięcy i zapewnia 10 dni terapii. W przypadku seniorów nie przynosi to oczekiwanego efektu i nie spełnia właściwie żadnego kryterium założeń współczesnej rehabilitacji.

Kinezyterapia pacjentów w wieku podeszłym powinna być długoczasowa i tak dobrana, aby oprócz pracy nad poprawą siły i wytrzymałości mięśni zawierała elementy poprawiające koordynację ruchową, usprawnianie ruchowe wraz z profilaktyką upadków, ćwiczenia oddechowe czy relaksacyjne. Ćwiczenia powinny być odpowiednio dobrane do wieku, stanu ogólnego, towarzyszących schorzeń i kontynuowane do późnej starości.

Usprawnianie powinno się rozpoczynać od krótkich ćwiczeń, przechodząc stopniowo do dłuższych i bardziej obciążających wysiłków. Z kolei wielkość i rodzaj obciążeń wysiłkiem fizycznym powinny być uzależnione od chorób współistniejących. W rehabilitacji ruchowej osób starszych z nadciśnieniem

i chorobą niedokrwienną serca przeciwwskazane są ćwiczenia izometryczne. U osób z zaburzeniami koncentracji nie należy wprowadzać ćwiczeń o zbyt dużej liczbie złożonych ruchów. Kinezyterapia seniorów powinna skupiać się na ćwiczeniach: aerobowych – wytrzymałościowych, siłowych oraz rozciągających, wykonywanych w pozycjach bezpiecznych. Udowodniono, że w przypadku osób starszych już jeden trening w ciągu tygodnia może przynieść korzyści (Żołądź, Majerczak, Duda, 2011). W planowaniu kinezyterapii należy unikać wysiłków beztlenowych oraz ćwiczeń statycznych. Większą urazowość mogą powodować ćwiczenia wymagające rywalizacji, sprinty, gry zespołowe. Za niesprzyjające uważa się ćwiczenia w zbyt dużym zakresie ruchu (szczególnie w odcinku szyjnym kręgosłupa). Ponadto niewskazane są ćwiczenia ze zbyt długim uniesieniem kończyn górnych ponad głowę. Wieczorkowska-Tobis (2006) opisuje rolę edukacji chorych pod kątem zwracania uwagi na określone aspekty codziennej aktywności. Według cytowanej autorki, coraz popularniejsze stają się ćwiczenia dla seniorów zawierające elementy jogi czy tańca.

### **Terapia zajęciowa**

Terapia zajęciowa jest istotną składową opieki nad osobami starszymi (Juśkiewicz-Swaczyna, Białkowska, 2015). W pracy z pacjentem stosuje się trzy rodzaje terapii: ergoterapię (terapia pracą, zajęcia manualne), arteterapię (terapia sztuką) oraz socjoterapię (wykorzystanie czynników socjalnych – ludoterapii, terapii ruchem, treningu umiejętności społecznych w celu niedopuszczenia do izolacji (Rottetrund, Nowotny, 2014). Jako element wspomagający wykorzystywane są zajęcia z zooterapii (dogoterapia, felinoterapia, hipoterapia, delfinoterapia). Kontakt ze zwierzęciem oprócz nawyków ruchowych pobudza do tworzenia więzi emocjonalnych, zapewnia stymulację sensoryczną, kształtuje umiejętność reagowania na bodźce zewnętrzne (Pawlik-Popielarska, 2005).

Interesującą i cieszącą się dużym zainteresowaniem formą spędzania wolnego czasu przez osoby w starszym wieku jest uczestnictwo w zajęciach muzycznych, które w zależności od formy aktywności mogą mieć charakter: pasywny, odbiorczy, oparty na słuchaniu muzyki; aktywny, czynny, oparty na ekspresji dźwiękowej z pomocą instrumentów lub głosu ludzkiego (śpiew); choreografii, rytmiki, gdzie istotą zajęć jest taniec, ruch ciała w rytmie muzyki.

### **Zespół interdyscyplinarny**

W celu aktywizacji osób starszych niezbędny jest kontakt z interdyscyplinarnym zespołem specjalistów i przedstawicielami środowiska lokalnego (Kupcewicz, Wróblewska, Kędzia 2016). W zależności od schorzeń pacjenta w pracach zespołu powinni uczestniczyć: geriatra, specjalista rehabilitacji medycznej, neurolog, psychiatra, ortopeda, psycholog, fizjoterapeuta, pielęgniarka, opiekun medyczny, terapeuta zajęciowy, logopeda, dietetyk, farmaceuta, pracownik socjalny, stomatolog, przedstawiciel środowiska lokalnego. Informacje i zalecenia wynikające z udzielonych świadczeń powinny być przekazywane lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej i przedstawicielowi środowiska lokalnego, którzy powinni koordynować działania na rzecz seniora.

### **Podsumowanie**

Prezentowane badania licznych autorów potwierdzają, że w populacji osób starszych występuje wiele problemów zdrowotnych, które ulegają nasileniu z upływem lat życia. Pogarszający się wraz z wiekiem stan zdrowia powoduje ograniczenia w codziennym życiu, potrzebę zewnętrznego wsparcia oraz zwiększoną intensywność korzystania z usług opieki zdrowotnej.

Tendencje demograficzne wskazują na znaczący postęp starzenia się populacji mieszkańców Polski. Nieunikniona w długiej perspektywie kontynuacja tego procesu (potwierdzają to prognozy liczby i struktury

ludności) będzie prowadzić do dalszego wzrostu potrzeb w zakresie opieki świadczonej seniorom i środków niezbędnych na realizację programów ochrony zdrowia i edukacji w zakresie zdrowego stylu życia. Obecna organizacja dostępu do rehabilitacji nie zapewnia seniorom w Polsce warunków do „pomyślnego starzenia się”. Konieczne staje się utworzenie placówek kompleksowej rehabilitacji, aktywizacji i edukacji osób starszych zawierających wszystkie wcześniej opisane elementy.

## Wnioski

Utrzymanie satysfakcjonującego stanu zdrowia i sprawności funkcjonalnej seniorów powinny być priorytetowymi działaniami państwa.

W przypadku seniorów rehabilitacja w ramach NFZ ze względu na krótki czas terapii i długi okres oczekiwania nie spełnia swojego zadania.

W celu poprawy jakości życia i sprawności seniorów trzeba tworzyć dzienne i stacjonarne placówki kompleksowej rehabilitacji, aktywizacji i edukacji osób starszych.

## Bibliografia

- Białkowska J., Mroczkowska D., Osowicka-Kondratowicz M. (2016). Specyfika rehabilitacji i opieki geriatrycznej pacjentów po 60. roku życia. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 14 (1): 58–62.
- Bień B. (2006). Proces starzenia się człowieka. Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A.: *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*. Gdańsk: Via Medica, 42–46.
- Bilikiewicz A., Matkowska-Białko D. (2004). Zaburzenia funkcji poznawczych a depresja. Udar mózgu. *Problemy Interdyscyplinarne*, 6(1), 27–37.
- Bloomgarden Z.T. (2004). Type 2 diabetes in the young. *Diabet. Care*, 27, 998–1010.
- Booth F.W., Chakravarthy M.V., Gordon S.E., Spangenburg E.E. (2002). Waging war on physical inactivity: using modern molecular ammunition against an ancient enemy. *Journal of Applied Physiology*, 93, 3–30.
- Bruunsgaard H. (2005). Physical activity and modulation of systemic low-level inflammation. *J. Leukocyte Biol.*, 78, 1–17.
- Cordero-MacIntyre Z., Peterson R., Fukuda D., Gungur S. (2006). Obesity a worldwide problem. Czyż S., Viviani F. *New Horizons. 24th International Council for Physical Activity and Fitness Research Symposium*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner, 61–71.
- Dzięgielewska M. (2006). Aktywność społeczna i edukacja w fazie starości. Szatur-Jaworska B. (red.), *Podstawy gerontologii społecznej*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR., 160–164.
- Janssen I. (2007). Physical activity, fitness, and cardiac, vascular, and pulmonary morbidities. Bouchard C., Blair S.N., Haskell W.L. (red.), *Champaign: Physical Activity and Health*. Human Kinetics, 161–172.
- Juśkiewicz-Swaczyna B., Białkowska J. (2015). Rola terapii zajęciowej w rehabilitacji. *Szkice Humanistyczne*, 15(3–4), 223–228.
- Kołodziejczyk P. (2014). Upadki osób starszych – fizjoterapia i fizjoprofilaktyka. *Gerontologia Współczesna*. 2, 3, 123–128.
- Kupcewicz E., Wróblewska T., Kędzia A. (2016) Wołosewicz I. Evaluation of satisfaction with life and functional fitness of individuals aged over 60 living in a nursing home and home environment. *Family Medicine & Primary Care Review*, 18, 4, 437–442.
- Lalonde M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa, ON: Minister of Supply and Services Canada. Retrieved from Public Health Agency of Canada: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf> (download 28.03.2017).
- Mao Y., Pan S., Wen S.W., Johnson K.C. (2003). Physical activity and the risk of lung cancer in Canada. *Am. J. Epidemiol.*, 158, 564–575.
- Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P., red. (2012). *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Międzynarodowy Instytut Biologii Molekularnej i Komórkowej w Warszawie. Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne.
- Pawlik-Popielarska B. (2005). *Terapia z udziałem psa*. Gdańsk: Wyd. Via Medica.
- Przewęda R. (1999). Promocja zdrowia przez wychowanie fizyczne. Karski J.K. (red.), *Promocja zdrowia*, Warszawa: Ignis, 201.
- Rottermund J., Nowotny J. (2014). *Terapia zajęciowa w rehabilitacji medycznej*. Bielsko-Biała: Alfa Medica Press.
- Rowe, J.W., Kahn, R. L. (1987). Human aging: usual and successful. *Science*, 237, 143–149.
- Rowe, J. W., Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37, 433–440.

- Sobów T. (2010). *Praktyczna psychogeriatrya: rozpoznawanie i postępowanie w zaburzeniach psychicznych u chorych w podeszłym wieku*. Wrocław: Continuo.
- Schnohr P., Lange P., Scharling H., Jensen J.S. (2006). Long-term physical activity in leisure time and mortality from coronary heart disease, stroke, respiratory diseases and cancer. *The Copenhagen City Heart Study*. *Eur. J Cardiovasc. Prev. Rehabil.*, 13, 173–179.
- Staszewska A. Problem starzenia się społeczeństwa w programach Unii Europejskiej. *Nowiny Lekarskie*, 2013, 82, 101–107.
- Szałtys D., red. (2014). *Prognoza ludności na lata 2014–2050*. Główny Urząd Statystyczny.
- Szpringer M., Wybraniec-Lewicka B., Czerwiak G., Michalska M., Krawczyńska J. (2008). Upadki i urazy wieku geriatrycznego. *Studia Medyczne*, 9, 77–81.
- Sztur-Jaworska B., Błędowski P., Dzięgielewska M. (2006). *Podstawy gerontologii społecznej*. Warszawa, 221–240.
- Watts K., Beye P., Siafarikas A., O'Driscoll G., Jones T.W., Davis E.A., Green D.J. (2004). Effects of exercise training on vascular function in obese children. *J. Pediatr.*, 144, 620–625.
- Wieczorowska-Tobis K., Rajska-Neumann A. (2006). Kompleksowa ocena geriatryczna jako narzędzie do analizy stanu funkcjonalnego pacjenta starszego. *Geriatrya Polska*, 1, 38–40.
- Wojszel Z.B., Bień B., Przydatek M. (2001). Wielkie problemy geriatryczne: upadki. *Medycyna Rodzinna*, 13, 83–86.
- Wojszel Z.B., Bień B. (2007). Wielkie problemy geriatryczne – rola zespołu terapeutycznego w opiece nad pacjentem. Kędziora-Kornatowska K. (red.), *Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku*. Lublin: Czelej, 97–114.
- Żołędź J., Majerczak J., Duda K. (2011). Starzenie się a wydolność fizyczna człowieka. Górski J. (red.), *Fizjologia wysiłku i treningu fizycznego*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 157–164.
- Żyra M., red. (2014). *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2013 r.* GUS.