

Katarzyna Kotarska, Alicja Drohomirecka, Krzysztof Wilk  
Uniwersytet Szczeciński

## Ocena aktywności fizycznej i stylu życia osób po 50. roku życia

### Streszczenie

Aktywność ruchowa jest ważnym i niezastąpionym elementem profilaktyki zdrowotnej, a w przypadku różnych schorzeń również częścią terapii. Ma także zadanie utylitarne związane bezpośrednio ze sferą dnia codziennego, utrzymaniem życiowej niezależności, zaspokajaniem potrzeb natury estetycznej oraz prowadzi do odprężenia psychicznego. Systematyczna aktywność ruchowa jest drogą do utrzymania organizmu w długoletniej kondycji fizycznej i zdrowiu, sprzyja zachowaniu dobrej koordynacji i równowagi, pozwala zachować funkcjonowanie układu nerwowego na właściwym poziomie zwłaszcza w okresie starzenia się organizmu. Celem pracy jest ocena poziomu aktywności fizycznej u osób starszych. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, a narzędzie badawcze stanowił własny kwestionariusz ankiety, składający się z 29 pytań dotyczących prozdrowotnego stylu życia i aktywności fizycznej badanych osób. Na podstawie analizy wyników wykazano, że badane osoby po 50. roku życia prowadzą zdrowy styl życia i systematycznie podejmują różne formy aktywności fizycznej.

**Słowa kluczowe:** aktywność fizyczna, styl życia, osoby w starszym wieku.

**Kody JEL:** I12

### Wstęp

W XX wieku znacznie wzrosła liczba ludności na świecie. W minionym stuleciu istotnie wydłużyła się także średnia długość życia, która u mężczyzn wynosi obecnie 70,2 roku, natomiast u kobiet — 78,3 roku. Konsekwencją tego zjawiska jest stopniowy, ale stały wzrost liczby osób w podeszłym wieku w Polsce i na świecie (Wojtyniak, Goryński 2003).

Człowiek starzejąc się jest coraz mniej aktywny fizycznie, co jest związane m.in. ze zmianami zachodzącymi w obrębie układu ruchu, utratą siły mięśniowej i gibkości, zaburzeniami koordynacji ruchowej i obniżeniem wydolności, a także zmniejszeniem pojemności życiowej płuc, sztywnieniem tkanki łącznej, bólami stawowymi i zaburzeniami w mechanizmach regulacji nerwowej. Zwiększona podatność na złamania i częste upadki mogą prowadzić do pełnej lub częściowej niepełnosprawności i uzależnienia od osób trzecich. Te zmiany, zwane inwolucyjnymi, może nie zostaną zahamowane, ale z pewnością mogą być spowolnione przez odpowiednio dawkowaną aktywność fizyczną. Regularna aktywność ruchowa przyczynia się do korzystnych zmian w układzie sercowo-naczyniowym, m.in. zwiększenia pojemności minutowej serca, obniżenia częstości skurczów serca, obniżenia ciśnienia (obu faz), zwiększenia objętości krwi oraz pozytywnie wpływa na gospodarkę cholesterolową. Pozytywnie wpływa także na działanie układu oddechowego powodując

lepsze utlenowanie krwi, a także na cały aparat kostno-stawowy utrzymując prawidłowy zakres ruchu w stawach, właściwy poziom siły mięśniowej i wytrzymałości mięśni, które pozwalają utrzymać prawidłową postawę ciała (Kotarska i in. 2014a). Ćwiczenia fizyczne wzmacniają układ odpornościowy, zapobiegają rozwojowi chorób układu krążenia czy cukrzycy. Brak aktywności może powodować samotność, izolację społeczną, postępującą niesprawność, a nawet przedwczesną umieralność wśród osób w starszym wieku (Bień 2006). W przypadku ćwiczeń osób starszych konieczna jest stała kontrola intensywności zajęć oraz często ich indywidualizacji. Zaleca się uwzględniać upodobania do preferowanych form aktywności fizycznej, stan zdrowia, a także rodzaj aktywności życiowej – zajęcia zdrowotne, silne przeżycia czy przyjmowane leki. Jednak ćwiczący powinni być przygotowani do samokontroli i autorefleksji nad stanem własnych potrzeb i możliwości. Systematyczna aktywność pozwala osiągnąć korzyści fizyczne i psychiczne dla organizmu, uważana jest za najlepszą profilaktykę w trosce o zdrowie człowieka. Nabiera to szczególnego znaczenia w przypadku osób starszych, ponieważ stosowanie regularnie aktywności fizycznej daje możliwość aktywnego życia w różnych jego obszarach - w życiu rodzinnym, społecznym czy zawodowym (Kotarska i in. 2014b). Pozytywne psychofizjologiczne efekty aktywności fizycznej mogą być wielorakie, a co ważniejsze, wszystkie one przybliżają człowieka do dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, którym według standardów światowych jest zdrowie (Gracz i in. 2001).

## Material i metoda badań

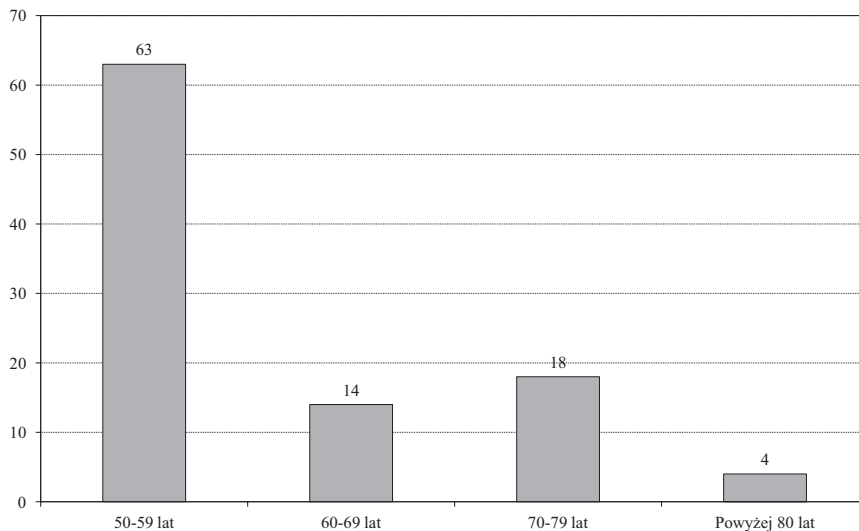
Badania stanowiące podstawę do rozważań przeprowadzono w lutym 2015 roku. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, a narzędzie badawcze stanowił własny kwestionariusz ankiety, składający się z 29 pytań, wymagających zaznaczenia odpowiedzi bądź jej wpisania. Pytania dotyczyły płci, wieku, stanu cywilnego badanych osób, liczby dzieci w rodzinie, wysokości i masy ciała (na podstawie, których wyliczono wskaźnik BMI), miejsca zamieszkania, sytuacji materialnej (w ocenie subiektywnej), wykształcenia, odżywiania, ilości snu, spędzania czasu wolnego oraz aktywności fizycznej.

Przebadano 49 kobiet. Wiek ankietowanych mieścił się w przedziale od 50. do ponad 80. roku życia. Najliczniejszą grupę stanowiły respondentki w wieku 50-59 lat (63%), a następnie w wieku 70-79 lat (18%), tylko 4% badanych było w wieku powyżej 80 lat (por. wykres 1).

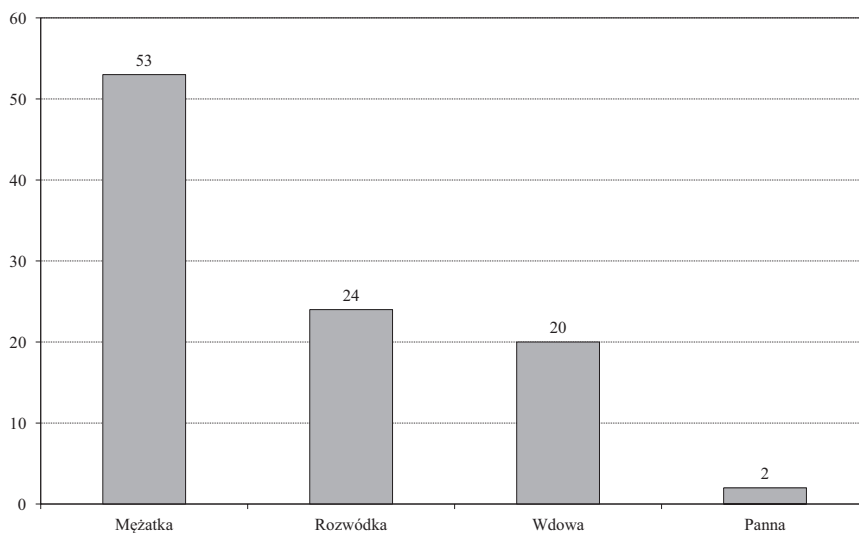
53% ankietowanych kobiet było mężatkami, 24% w badanej grupie stanowiły kobiety po rozwodzie, a 2% pozostała w stanie wolnym (por. wykres 2).

Średnia masa ciała badanych pań wynosiła 70 kg, natomiast średnia wysokość ciała respondentek 165 cm. Wskaźnik BMI wynosił 25, co oznacza nadwagę badanych osób (por. wykres 3).

Analizując wykształcenie badanych kobiet stwierdzono, że najliczniejszą grupę stanowiły panie z wykształceniem średnim 39%, następnie z wykształceniem wyższym 37%, zasadniczym 20% oraz 4 % stanowiły respondentki z wykształceniem podstawowym (por. wykres 4).

**Wykres 1****Odsetek badanych w poszczególnych przedziałach wieku (w %)**

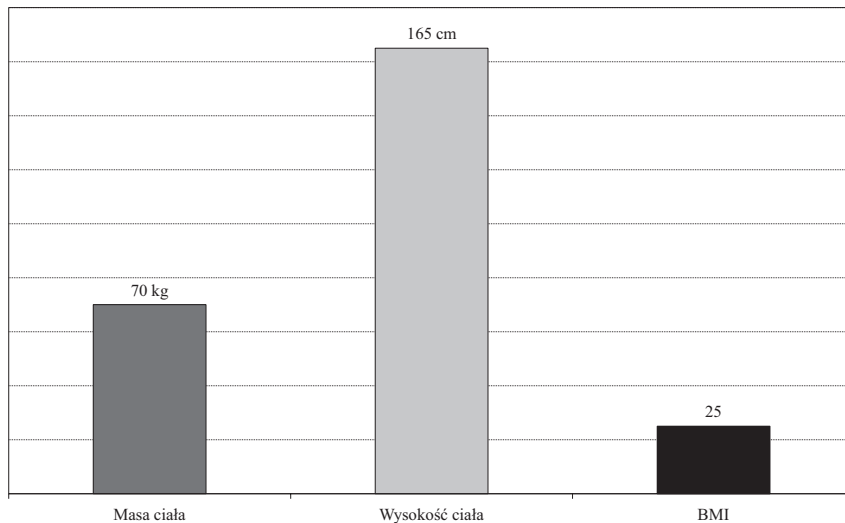
Źródło: badania własne.

**Wykres 2****Stan cywilny respondentek (w %)**

Źródło: jak w wykresie 1.

**Wykres 3**

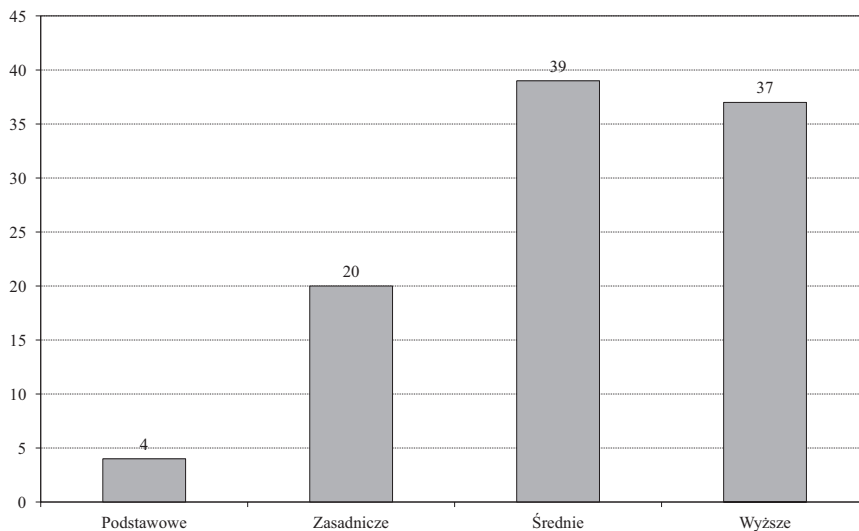
**Wartości średnich arytmetycznych cech somatycznych badanych kobiet**



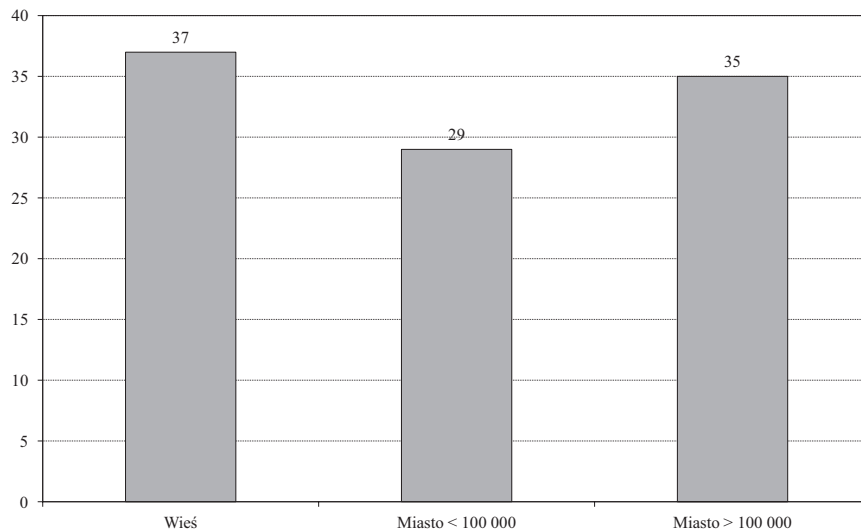
Źródło: jak w wykresie 1.

**Wykres 4**

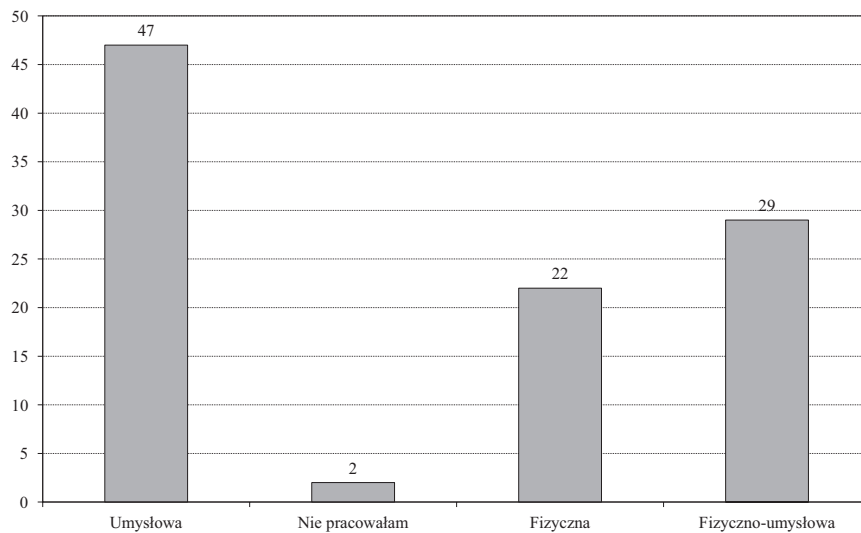
**Wykształcenie respondentek (w %)**



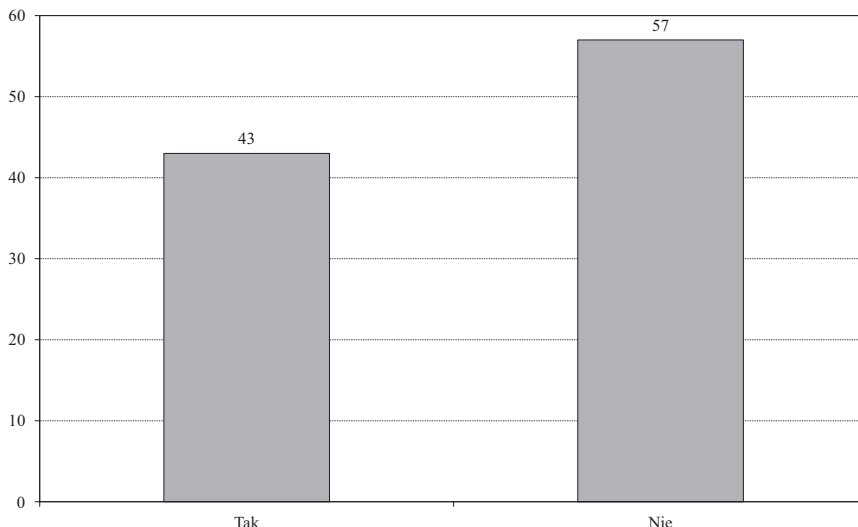
Źródło: jak w wykresie 1.

**Wykres 5****Miejsce zamieszkania badanych kobiet (w %)**

Źródło: jak w wykresie 1.

**Wykres 6****Rodzaj wykonywanej pracy (w %)**

Źródło: jak w wykresie 1.

**Wykres 7****Praca zawodowa badanych kobiet (w %)**

Źródło: jak w wykresie 1.

Najwięcej badanych ankietowanych pochodziło ze wsi 37% oraz miasta powyżej 100 tys. mieszkańców – 35% (por. wykres 5).

Zdecydowana większość badanych kobiet wykonywała pracę o charakterze umysłowym, a tylko 2% badanych kobiet nigdy nie podjęła pracy zawodowej (por. wykres 6).

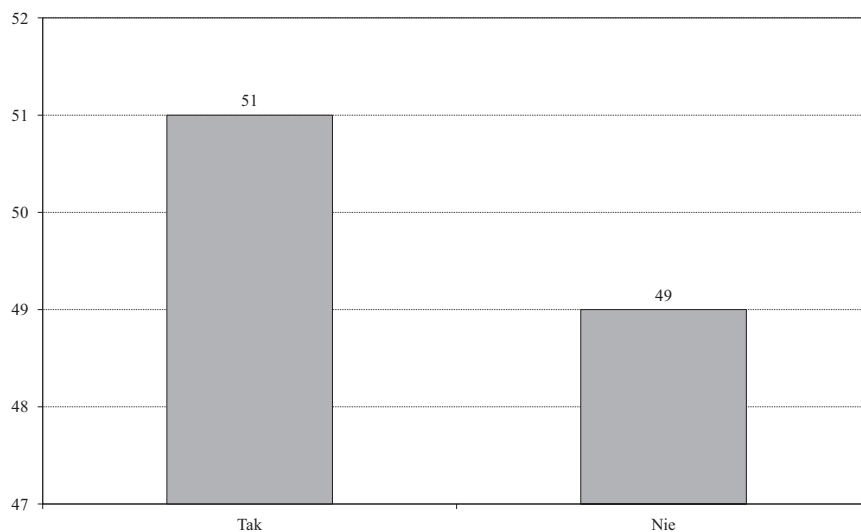
Spośród badanych pań 57% nie pracuje zawodowo, natomiast 43% nadal wykonuje pracę (por. wykres 7).

**Wyniki**

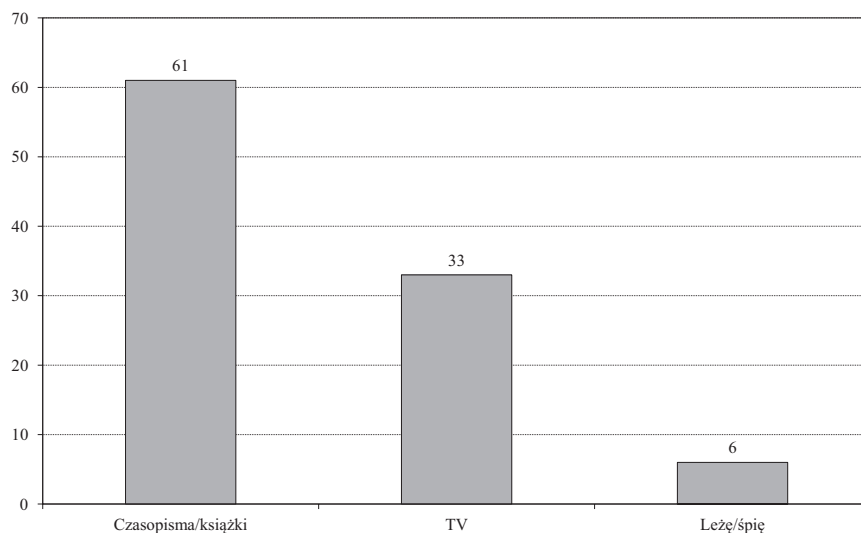
Wykres 8 obrazuje aktywność ruchową badanych osób po 50 roku życia. Wykazano, że 51% respondentek systematycznie podejmowało wysiłki fizyczne, natomiast 49% okazjonalnie.

Ważnym składnikiem prozdrowotnego stylu życia jest sposób spędzania czasu wolnego. Jak wynika z wykresu 9, badani określali rodzaje jego biernego spędzania. Najczęściej wymieniano czytanie – 61%, następnie oglądanie telewizji – 33%. Najmniejszą liczbowo grupę – 6% stanowiły osoby, które czas wolny spędzają leżąc lub śpiąc.

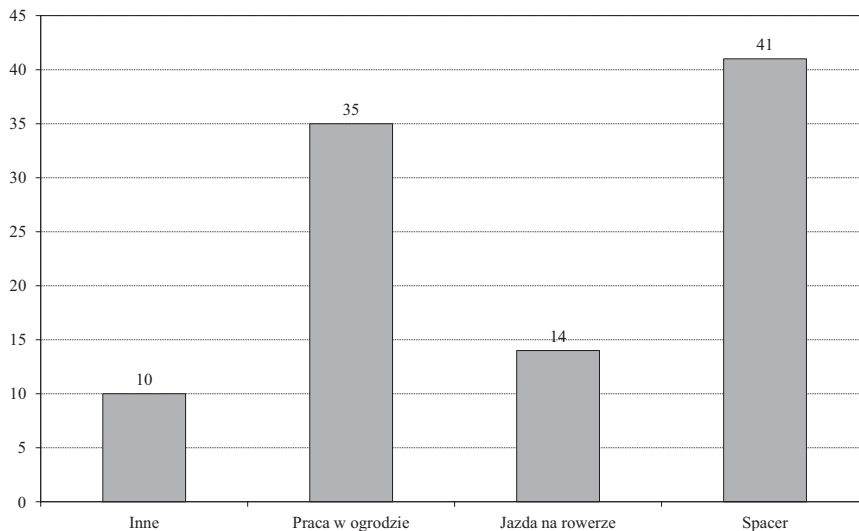
Natomiast wśród sposobów aktywnego spędzania czasu wolnego (por. wykres 10), respondentki najczęściej wymieniały spacer, pracę w ogrodzie oraz jazdę na rowerze.

**Wykres 8****Odsetek ankietowanych uprawiających i nieuprawiających systematycznej rekreacji ruchowej przed 50. rokiem życia (w %)**

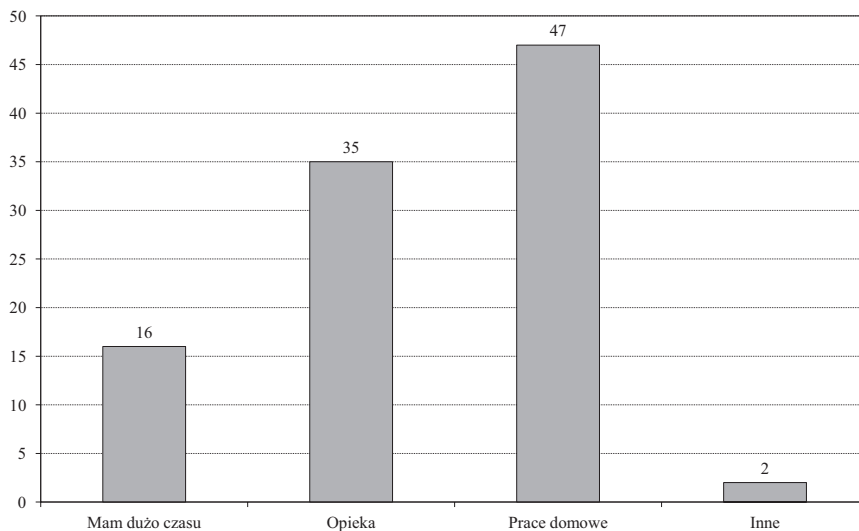
Źródło: jak w wykresie 1.

**Wykres 9****Bierne sposoby spędzania czasu przez badane kobiety (w %)**

Źródło: jak w wykresie 1.

**Wykres 10****Aktywne sposoby spędzania czasu przez badane kobiety (w %)**

Źródło: jak w wykresie 1.

**Wykres 11****Przyczyny braku czasu w opinii ankietowanych kobiet (w %)**

Źródło: jak w wykresie 1.



W następnym pytaniu zapytano o powody braku czasu wolnego – 47% ankietowanych jako przyczynę podała konieczność wykonywania prac domowych, 35% opiekę nad innymi osobami, a zaledwie 16% ankietowanych stwierdziło, że ma dużo wolnego czasu dla siebie (por. wykres 11).

Zadowolający jest fakt, że 35% badanych odczuwa potrzebę aktywnego spędzania czasu wolnego, 26% zdecydowanie chce spędzać czas wolny aktywnie, natomiast 19% badanych respondentki raczej nie ma takiej potrzeby (por. wykres 12).

Przyczynami braku podejmowania aktywności fizycznej są: brak motywacji – 33%, problemy zdrowotne – 29 %, lenistwo –8% (por. wykres 13).

Pozytywny jest jednak fakt, że w grupie pań aktywnie spędzających czas, 31% podejmuje ją kilka razy w tygodniu, a 29% prawie codziennie (por. wykres 14).

Jak wynika z wykresu 15, badani podejmowali różne formy aktywności fizycznej – 18% pań wybrało marsz z kijami oraz ćwiczenia na zdrowy kręgosłup, kolejno 14 % fitness oraz jazdę na rowerze.

Aż 55 % respondentek jest świadomych, że systematyczna aktywność fizyczna wpływa pozytywnie na zdrowie, ale niepokojący jest fakt, że 24% niestety nie ma na ten temat zdania (por. wykres 16).

Poddając samoocenie poziom sprawności fizycznej ankietowanych na tle innych kobiet – 37% ankietowanych oceniło swój poziom sprawności fizycznej jako dobry, 26% jako przeciętny, 20% jako bardzo dobry, a 16% badanych jako słaby (por. wykres 17).

Natomiast oceniając prowadzony styl życia, 35% respondentek opowiedziało się, że są średnio aktywne, 31% – aktywne, 20% – mało aktywne, a tylko 14% oceniło swój styl życia jako bardzo aktywny (por. wykres 18).

Analizując ilość snu w ciągu doby stwierdzono, że 37% badanych kobiet przesypia prawidłowo 7-8 godzin i 43% przeznaczają na sen 5-7 godzin (por. wykres 19).

Większość ankietowanych – 37% wykazuje, że spożywa dziennie 4 posiłki, 26% – 5 posiłków i 33% badanych – 3 posiłki dziennie (por. wykres 20).

Wykazano także, że 73% badanych kobiet codziennie spożywa warzywa i owoce, a 24% sporadycznie (por. wykres 21).

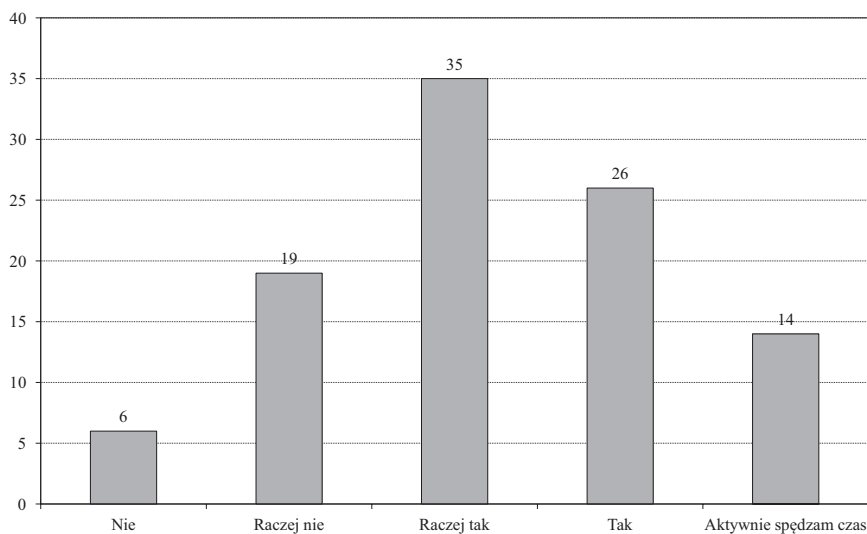
Zadowolający jest fakt, że zdecydowana większość badanych pań (73%) stosuje zasady zdrowego żywienia podczas codziennego przygotowania (por. wykres 22).

Analizując wykres 23 można stwierdzić, że 39% badanych korzysta z samochodu jako środka transportu, 24% z komunikacji miejskiej, a 22% porusza się rowerem, co można uznać za aktywność lokomocyjną, tylko 14% badanych chodzi pieszo .

Zdecydowana większość badanych (70%) podaje, że nie pali papierosów (por. wykres 24), a 57%, że nie paliła w przeszłości (por. wykres 25).

## Wykres 12

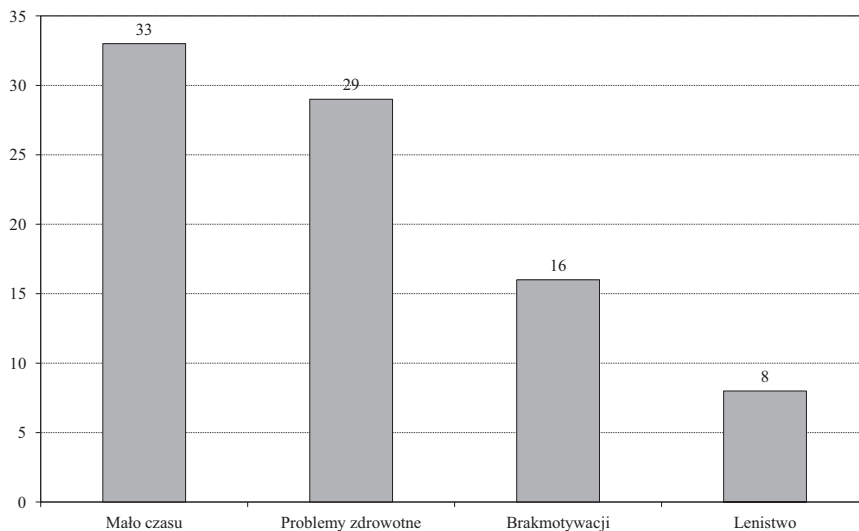
Odsetek kategorii odpowiedzi respondentek na pytanie „Czy odczuwa Pani potrzebę spędzania czasu w sposób aktywny?” (w %)



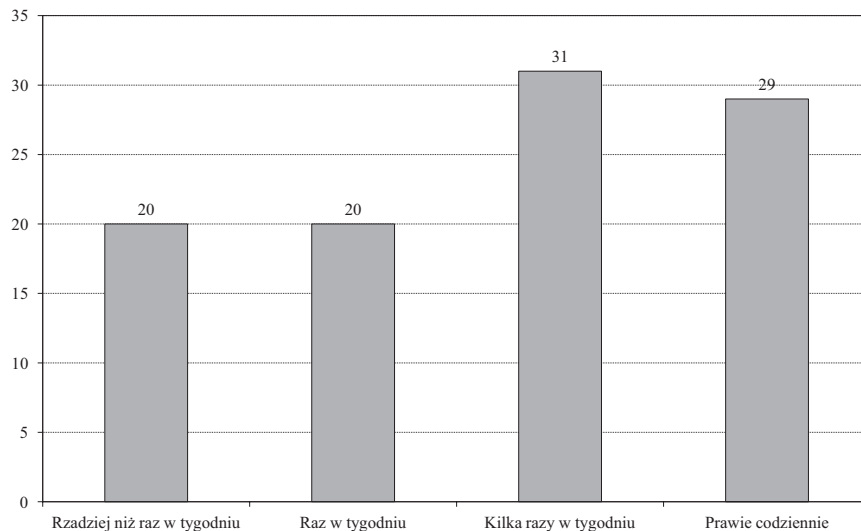
Źródło: jak w wykresie 1.

## Wykres 13

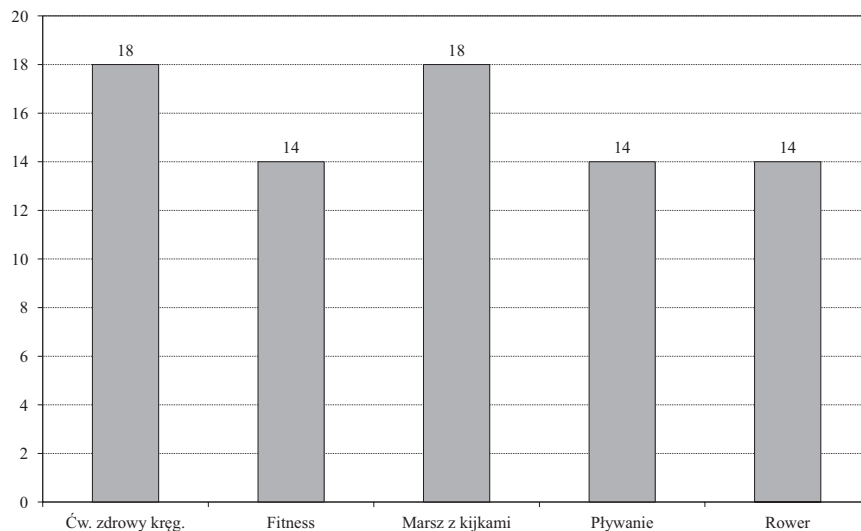
Przyczyny zbyt małej aktywności fizycznej w opinii respondentek (w %)



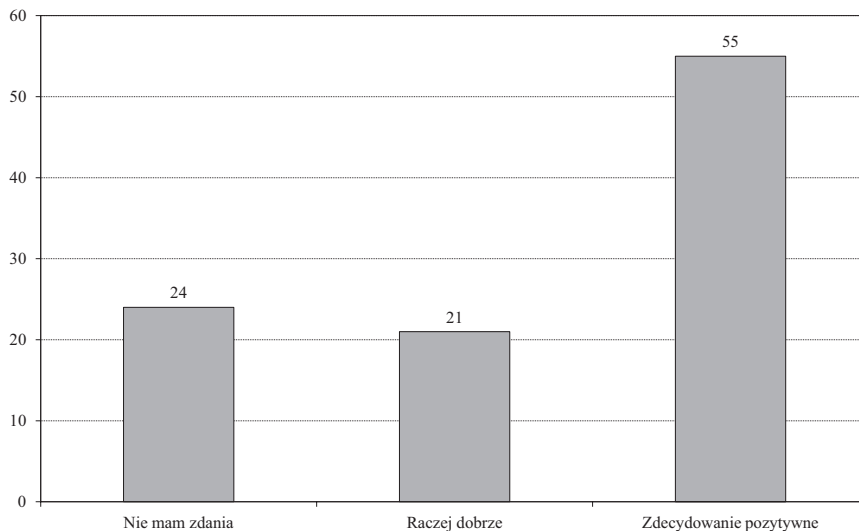
Źródło: jak w wykresie 1.

**Wykres 14****Częstość podejmowanej aktywności ruchowej badanych kobiet (w %)**

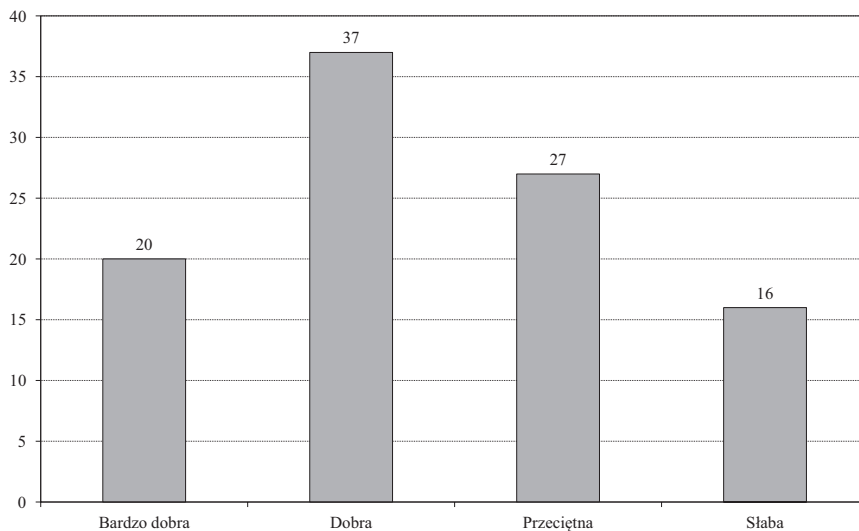
Źródło: jak w wykresie 1.

**Wykres 15****Preferowane formy aktywności ruchowej w przyszłości (w %)**

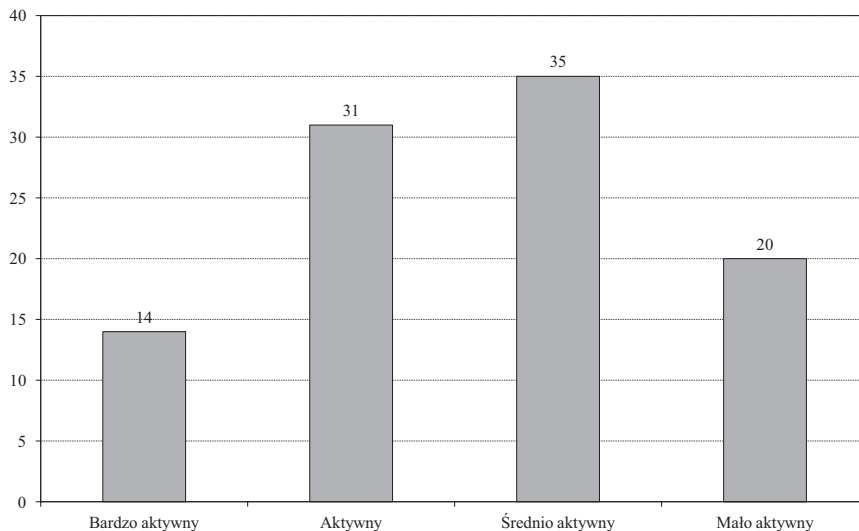
Źródło: jak w wykresie 1.

**Wykres 16****Ocena wpływu aktywności ruchowej na zdrowie w opinii respondentek (w %)**

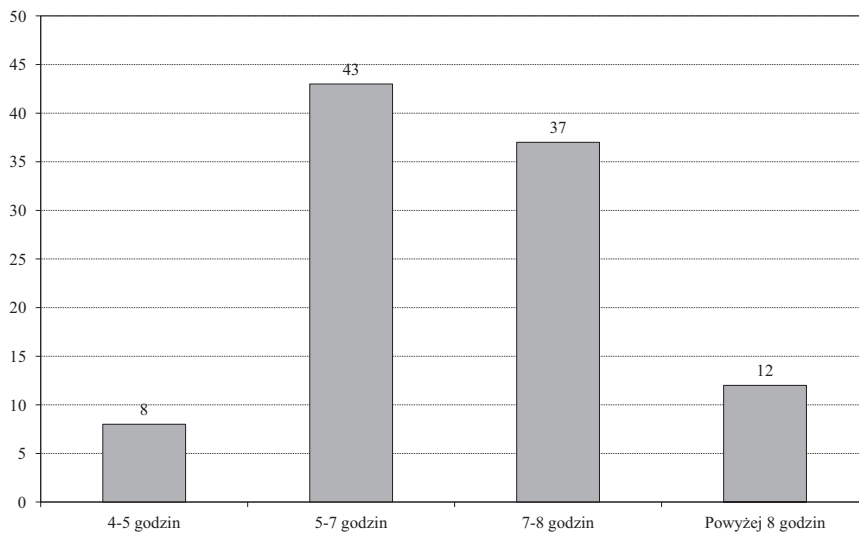
Źródło: jak w wykresie 1.

**Wykres 17****Samoocena poziomu sprawności fizycznej respondentek na tle innych kobiet (w %)**

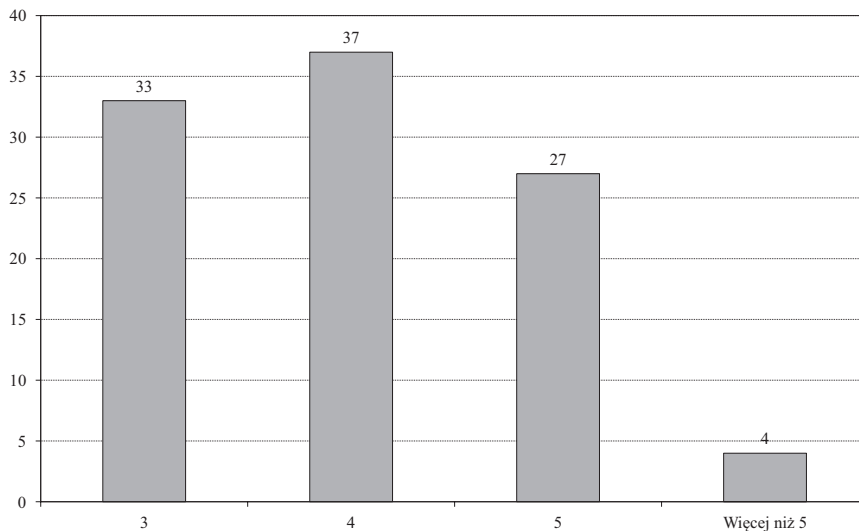
Źródło: jak w wykresie 1.

**Wykres 18****Samocena prowadzonego stylu życia badanych kobiet (w %)**

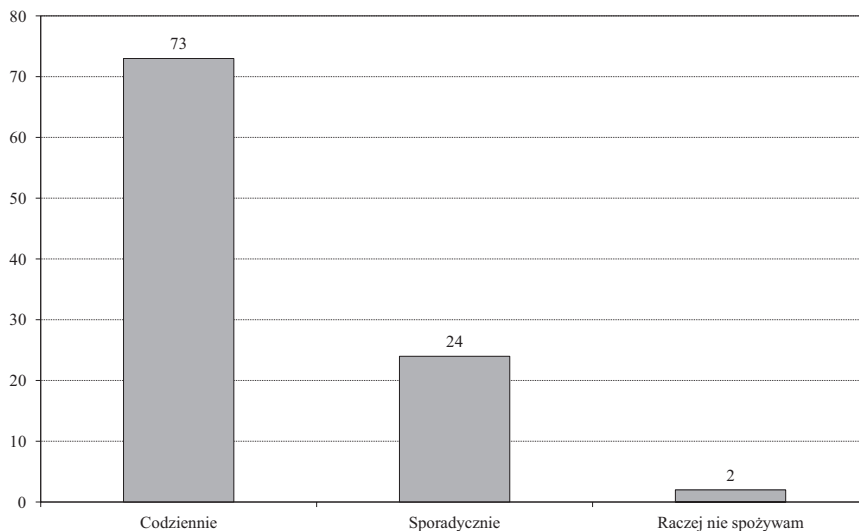
Źródło: jak w wykresie 1.

**Wykres 19****Liczba godzin przeznaczonych na sen w ciągu doby wśród badanych kobiet (w %)**

Źródło: jak w wykresie 1.

**Wykres 20****Liczba posiłków spożytych w ciągu doby przez badane kobiety (w %)**

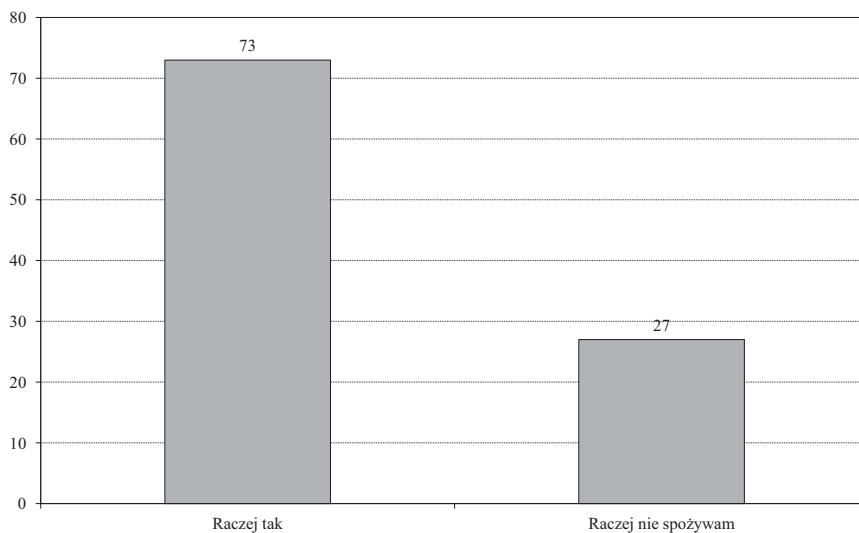
Źródło: jak w wykresie 1.

**Wykres 21****Częstość spożywania warzyw i owoców w ciągu doby przez ankietowane (w %)**

Źródło: jak w wykresie 1.

**Wykres 22**

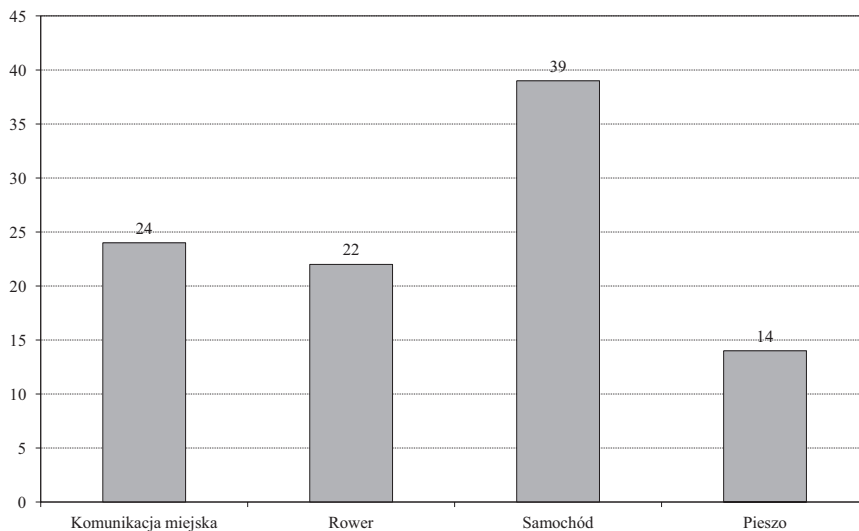
**Procentowy udział odpowiedzi na pytanie „czy w stosuje Pani zasady zdrowego żywienia podczas codziennego przygotowywania posiłków?” (w %)**



Źródło: jak w wykresie 1.

**Wykres 23**

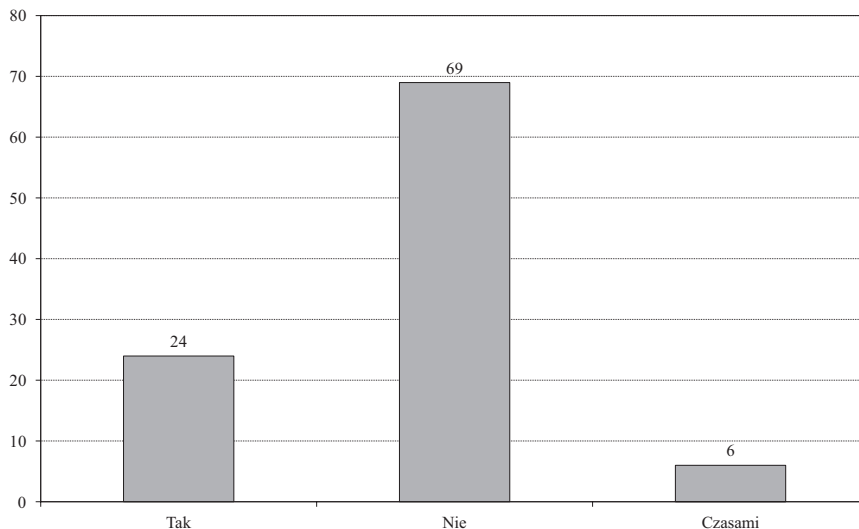
**Środki lokomocji, z których korzystają respondenci (w %)**



Źródło: jak w wykresie 1.

**Wykres 24**

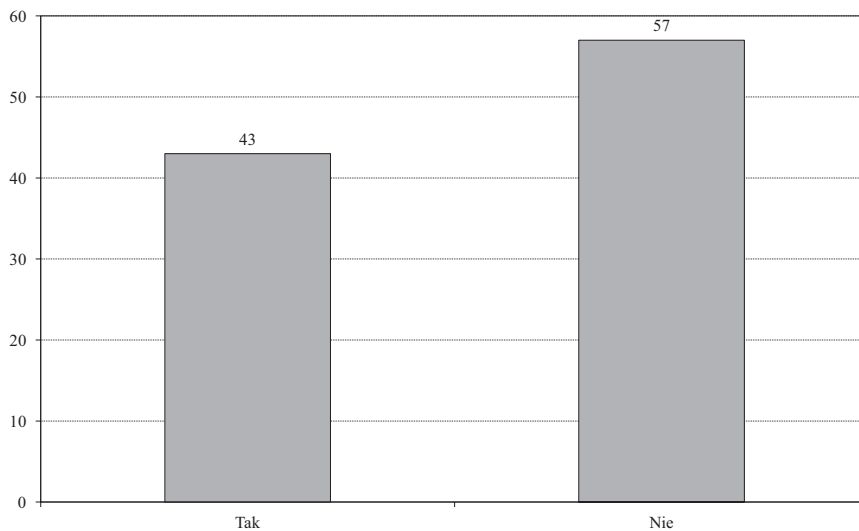
**Odsetek palących i niepalących obecnie kobiet w badaniu (w %)**



Źródło: jak w wykresie 1.

**Wykres 25**

**Odsetek palących i niepalących w przeszłości kobiet w badaniu (w %)**



Źródło: jak w wykresie 1.



## Podsumowanie

Zdrowie człowieka zależy od wielu czynników, ale przede wszystkim od stylu życia. Na zdrowy styl życia składają się zachowania prozdrowotne, tj. aktywność ruchowa, prawidłowe odżywianie, higiena osobista itd. Natomiast do zachowań antyzdrowotnych należą m.in. poddawanie się nałogom (alkohol, nikotyna) czy nieregularny tryb życia (Kotarska, Drohomirecka 2013). Z medycznego punktu widzenia aktywność fizyczna jest postrzegana jako najbardziej pożądana forma rekreacji i wykorzystania czasu wolnego ze względu na jej podstawowe znaczenie dla zdrowia i profilaktyki chorób cywilizacyjnych. Znaczenie aktywności ruchowej człowieka trudno wiązać z zaspokojeniem jedynie potrzeb biologicznych, bowiem istota działania ruchowego człowieka wnika również głęboko w sferę psychiczną i społeczną (Osiński 2002). Potrzeba właściwej aktywności fizycznej dla prawidłowego funkcjonowania organizmu człowieka jest kwestią oczywistą i bezdyskusyjną. Najczęściej możemy wyróżnić aktywność ruchową związaną z wykonywaniem pracy zawodowej lub podejmowaną wyłącznie w czasie wolnym. Ta druga wiąże się z potrzebą prozdrowotnego stylu życia, w którym główną rolę odgrywa aspekt zdrowotny. Wyniki wielu badań jednoznacznie wskazują, że regularna aktywność fizyczna w czasie wolnym od pracy odgrywa istotną rolę w redukcji czynników ryzyka i umieralności (Nowak 2006). Starość sama w sobie jest wskazaniem do aktywności ruchowej. Należy jednak wyznaczyć jej cele i zakres. Ćwiczenia, które służą rozwijaniu i utrzymywaniu siły, sprawności i wytrzymałości, są ważne we wszystkich etapach życia człowieka. Ludziom we wczesnym okresie starości zaleca się ćwiczenia ogólnie usprawniające, koordynacyjne i lokomocyjne. Przyjmowanie odpowiedzialności za własne zdrowie i podejmowanie zachowań prozdrowotnych wynika z przekonania, że kontrola własnego zdrowia zależy od jednostki. Nie powinno być sytuacji, w której o stanie zdrowia decyduje przypadek lub inne czynniki zewnętrzne (Jurkiewicz i in. 2011). Każda osoba ma możliwość wyboru najbardziej odpowiadającej formy wysiłku fizycznego, który pozwoli utrzymać dobrą kondycję fizyczną i psychiczną. Poleca się wybrać aktywność sprawiającą przyjemność oraz poprawiającą samopoczucie, którą łatwo można dopasować do własnego trybu życia i powinno się wykonywać regularnie (Sobieszńska 2009). Brak aktywności ruchowej stanowi jeden z najważniejszych modyfikowalnych czynników ryzyka wielu chorób. Dlatego w takiej rzeczywistości dobre zdrowie i aktywność fizyczna uznawane są za warunek podstawowych kompetencji zawodowych i społecznych, a także jako środek do osiągnięcia lepszej jakości życia (Biernat 2011). Systematyczna aktywność fizyczna współczesnych Polaków jest procesem stale rozwijającym się. Z jednej strony – podejmuje ją coraz więcej osób, z drugiej zaś – dla pewnych kręgów społecznych jest ona nadal niedostępna. Badania związków między zróżnicowaniem (uwarstwieniem) społecznym a zachowaniami w czasie wolnym najczęściej ograniczają się do analizowania tradycyjnych czynników demograficznych, takich jak: płeć, wiek, przynależność zawodowa, wykształcenie czy dochody (Biernat 2014). Próby znalezienia racjonalnego wytłumaczenia biernych zachowań w czasie wolnym obserwujemy we wszystkich grupach wiekowych. Zwiększona aktywność ruchowa osób starszych wpływa nie tylko na efekty biologiczne i psychologiczne, ale powoduje zwiększenie zdolności do podejmowania różnego rodza-

ju wysiłków, wyznacza korzystny wizerunek pozytywnego i aktywnego postrzegania osób starszych w naszym społeczeństwie. Nie sposób jednak całkowicie zahamować naturalnego procesu starzenia się, można jednak wydłużyć czas aktywnego, samodzielnego i niezależnego życia.

W powyższych badaniach dotyczących oceny aktywności fizycznej i stylu życia osób po 50. roku życia wykazano, że najczęściej były to panie w wieku między 50. a 59. rokiem życia z wykształceniem średnim, mieszkające na wsi lub w mieście powyżej 100 tys., wykonujące pracę umysłową. Analizując BMI badanej grupy respondentek stwierdzono, że są to osoby z nadwagą. Wykazano także, że respondentki prowadzą zdrowy styl życia. Analizując ilość snu w ciągu doby wykazano, że 37% pań poświęca odpowiednią liczbę godzin na sen (od 7 do 8 godzin), a 43% badanych od 5 do 7 w ciągu doby. Ważnym elementem zdrowego stylu życia jest odpowiednia ilość snu, podczas którego organizm regeneruje się, a mózg odpoczywa. Wiele badań epidemiologicznych wykazało, że osoby, które śpią około 6-8 godzin na dobę, rzadziej chorują na schorzenia układu krążenia, nerwowego (depresja, nerwica), a także otyłość. Osoby śpiące mniej niż 5 godzin dziennie, aż o 70% częściej cierpią na nadwagę. Zatem regularny wypoczynek ma także pozytywny wpływ na zapobieganie otyłości, ponadto zmniejsza ryzyko występowania chorób krążenia i nadciśnienia. Wykazano, że badane kobiety właściwie się odżywiają, 37% spożywa dziennie niewielkie 4 posiłki, 26% badanych je 5 posiłków w ciągu dnia, a 73% spośród ankietowanych codziennie spożywa warzywa i owoce. Wszystkie te stwierdzenia potwierdzają fakt, że ankietowani kierują się zasadami zdrowego odżywiania. Komponując posiłki wybierają produkty jak najmniej przetworzone nie zawierające konserwantów, przeciwutleniaczy, stabilizatorów, emulgatorów i słodzików, które niekorzystnie wpływają na nasze zdrowie. Zadowalającym faktem jest wykazanie, że spośród badanych 70% nie pali papierosów i 57% nie paliło także w przeszłości. Ten wysoki odsetek może świadczyć, że badane osoby mają świadomość zagrożeń wynikających z palenia papierosów, zalet prowadzenia zdrowego stylu życia oraz potrzeby prowadzenia działań prewencyjnych.

Oceniając zapotrzebowanie na ruch badanych kobiet wykazano, że panie odczuwają potrzebę aktywnego spędzania wolnego czasu, preferują spacer, prace w ogrodzie lub jazdę na rowerze. Chętnie podejmują aktywność fizyczną kilka razy w tygodniu najczęściej wybierając nordic walking, ćwiczenia na zdrowy kręgosłup oraz fitness i jazdę na rowerze. Wybór form zależy od miejsca zamieszkania. Swoją sprawność fizyczną oceniły jako dobrą. Panie skarżyły się na brak czasu wolnego, co ich zdaniem spowodowane jest nadmiarem prac domowych oraz sprawowaniem opieki nad innymi. Jako powód nie podejmowania aktywności fizycznej ankietowane wskazały brak motywacji.

Wobec problemu zarówno osobniczego, jak i populacyjnego starzenia się nikt nie może pozostać obojętny. Starzenie się i starość to kluczowe problemy społeczne, które dotyczą w Polsce około 7 milionów osób po 60. roku życia. Od sposobu rozwiązania tych problemów w znacznym stopniu zależy społeczno-ekonomiczna oraz moralna przyszłość naszego społeczeństwa.

1. Zwiększona aktywność ruchowa osób starszych – oprócz efektów biologicznych i psychologicznych – to także zwiększenie zdolności do podejmowania różnego rodzaju wysiłków; promocja pozytywnego i aktywnego wizerunku osób starszych w naszym społeczeństwie.
2. Badane kobiety po 50. roku życia prowadzą zdrowy styl życia, co przejawia się w ich prawidłowym odżywianiu, odpowiedniej ilości snu w ciągu doby, braku używek oraz systematycznej aktywności.
3. Ankietowane odczuwają potrzebę aktywnego spędzania wolnego czasu. Chętnie podejmują aktywność fizyczną kilka razy w tygodniu, wybierając najczęściej nordic walking, ćwiczenia na zdrowy kręgosłup oraz fitness i jazdę na rowerze. Wybór form zleży od miejsca zamieszkania.

## Bibliografia

- Bień B. (2006), *Proces starzenia się człowieka*, (w:) Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*, Via Medica, Gdańsk.
- Biernat E. (2011), *Aktywność fizyczna mieszkańców Warszawy na przykładzie wybranych grup zawodowych*, SGH, Urząd m.st. Warszawy. Biuro Sportu i Rekreacji, Warszawa.
- Biernat E. (2014), *Aktywność fizyczna w życiu współczesnego człowieka*, E-wydawnictwo Narodowego Centrum Badania Kondycji Fizycznej, Warszawa.
- Gracz J., Sankowski T. (2001), *Psychologia w rekreacji i turystyce*, AWF, Poznań.
- Jurkiewicz M., Mianowana V., Wysokiński A. (2011), *Aktywność fizyczna jako zachowanie zdrowotne zmniejszające ryzyko wystąpienia ponownego incydentu wieńcowego u pacjentów po zawale mięśnia sercowego*, „Polski Przegląd Kardiologiczny”, nr 13(1).
- Kotarska K. Drohomirecka A. (2013), *Styl życia nauczycieli wychowania fizycznego*, „Handel Wewnętrzny”, nr 5, t. 1.
- Kotarska K. Drohomirecka A. Makris M. (2014), *Physical activity and lifestyle of the elderly*, “Central European Journal of Sport Sciences and Medicine”, No. 4(8).
- Kotarska K, Wunsch E, Kempinska-Podhorodecka A, Wójcicki M., Milkiewicz P. (2014), *Factors affecting health-related quality of life and physical activity after liver transplantation for autoimmune and nonautoimmune liver diseases: a prospective, single centre study*, “Journal of Immunology Research”.
- Nowak Z. (2006), *Prospektywna ocena przydatności kwestionariuszy aktywności fizycznej u chorych poddanych interwencji wieńcowym*, AWF, Katowice.
- Osiński W. (2002), *Zarys teorii wychowania fizycznego*, AWF, Poznań.
- Sobieszńska M, Kałka D, Pilecki W, Adamus J. (2009), *Aktywność fizyczna w podstawowej i pierwotnej prewencji choroby sercowo-naczyniowej*, „Polski Merkuriusz Lekarski”.
- Wojtyński B., Goryński P. (2003), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, PZH, Warszawa.

## Assessment of Physical Activity and Lifestyle in People Aged 50+

### Summary

The motor activity is an important and irreplaceable element of the preventive healthcare and in case of various ailments also a part of therapy. It has also the utilitarian task directly related to the daily sphere, maintenance of life independence, meeting needs of the aesthetic nature and leads to psychical relax. The systematic motor activity is the way to keep the body in a long-standing physical condition and health, facilitates maintenance of a good coordination and balance, allows saving functioning of the nervous system at the proper level, especially in the period of organism's ageing. An aim of the study is to assess the level of physical activity of elderly people. In their study, the author applied the method of diagnostic survey and the research tool was their own questionnaire composed of 29 questions concerning healthy lifestyle and physical activity of the people surveyed. Based on the analysis of findings, they established that individuals aged 50+ lead healthy lifestyle and systematically undertake various forms of physical activity.

**Key words:** physical activity, lifestyle, elderly people.

**JEL codes:** I12

## Оценка физической активности и образа жизни лиц в возрасте свыше 50 лет

### Резюме

Двигательная активность – важный и незаменимый элемент профилактики, а в случае разных заболеваний – также часть терапии. У нее есть также утилитарное задание, связанное непосредственно со сферой повседневной жизни, сохранением жизненной независимости, удовлетворением потребностей эстетического характера, а также она ведет к психической релаксации. Систематическая двигательная активность – путь к удержанию организма в многолетнем физическом состоянии и здоровье, способствует сохранению хорошей координации и равновесия, позволяет сохранить функционирование нервной системы на надлежащем уровне, особенно в период старения организма. Цель работы – оценить уровень физической активности у пожилых лиц. В работе применили метод диагностического зондажа, а исследовательским инструментом был собственный вопросник анкеты, состоящий из 29 вопросов, касающихся направленного на здоровье образа жизни и физической активности обследуемых лиц. На основе анализа результатов определили, что обследуемые лица в возрасте свыше 50 лет ведут здоровый образ жизни и системаически применяют разные формы физической активности.

**Ключевые слова:** физическая активность, образ жизни, лица пожилого возраста.

**Коды JEL:** I12

Artykuł nadesłany do redakcji w marcu 2016 roku

© All rights reserved

Afiliacja:

dr Katarzyna Kotarska

dr Alicja Drohomirecka

dr Krzysztof Wilk

Uniwersytet Szczeciński

Wydział Kultury Fizycznej i Promocji Zdrowia

AL. Piastów 40B, bud.6

71-065 Szczecin

tel.: 91 444 27 33/34

e-mail: katarzyna.kotarska@univ.szczecin.pl