

Aktywność fizyczna u osób w wieku emerytalnym *Physical activity in people of retirement age*

Grzegorz Raczak¹, Wojciech Ratkowski²

¹ Gdański Uniwersytet Medyczny, Klinika Kardiologii i Elektroterapii Serca

² Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu w Gdańsku, Katedra Sportu

Streszczenie

Przeciętny oczekiwany czas życia obecnych 60-latków wynosi w Polsce 19 lat dla mężczyzn, i 24 lata dla kobiet co jest okresem krótszym o 3 lata niż spodziewana średnia europejska. Najczęstszą przyczyną zgonów są choroby układu krążenia, takie jak zawał serca, niewydolność serca, choroby naczyń mózgowych i udary mózgu. Istotne jest więc zapobieganie wymienionym sytuacjom i walka z czynnikami ryzyka, w szczególności modyfikowalnymi, takimi jak otyłość, zła dieta i siedzący tryb życia. Aktywność fizyczna redukuje nasilenie czynników ryzyka rozwoju chorób sercowo-naczyniowych takich jak nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemia, nadwaga, cukrzyca oraz jest korzystna dla człowieka i powinna być stosowana na każdym etapie życia, również wśród osób w starszym wieku i chorych na choroby przewlekłe. Celem optymalizacji i zapewnienia bezpieczeństwa samodzielnemu wykonywaniu ćwiczeń fizycznych przez takich chorych jest zdolność do samokontroli swojego stanu zdrowia i nawiązanie dobrej współpracy z lekarzem oraz fizjoterapeutą. Istotne jest stopniowanie aktywności fizycznej, rozpoczynając od małego obciążenia i krótkotrwałych ćwiczeń. *Geriatrics 2021; 15: 42-45. doi: 10.53139/G.20211506*

Słowa kluczowe: aktywność fizyczna, wysiłek fizyczny; profilaktyka chorób sercowo-naczyniowych

Abstract

The average life expectancy of the current 60-year-olds in Poland is 19 years for men and 24 years for women, which is 3 years shorter than the expected average in Europe. The most common causes of death are cardiovascular diseases, such as heart attack, heart failure, cerebrovascular disease, and stroke. Therefore, it is important to prevent the above-mentioned situations and reduce risk factors, particularly modifiable ones, such as obesity, wrong diet, and an sedentary lifestyle. Physical activity reduces the severity of risk factors for the development of cardiovascular diseases such as hypertension, hypercholesterolemia, overweight, diabetes. Additionally, physical activity is beneficial for humans and should be used at every stage of life, also among elderly people and patients with chronic diseases. The aim of optimizing and ensuring the safety of self-exercise by such patients is the ability to self-control their health and establish good cooperation with the doctor and physiotherapist. It is important to graduate physical activity, starting with a light load and short-term exercise. *Geriatrics 2021; 15: 42-45. doi: 10.53139/G.20211506*

Keywords: physical activity, physical effort, prevention of cardiovascular diseases

Wstęp

Jak pokazują wyniki opublikowanego niedawno badania Polsenior2 – przeciętny oczekiwany czas życia obecnych 60-latków wynosi w Polsce 19 lat dla mężczyzn, i 24 lata dla kobiet co jest okresem krótszym o 3 lata niż spodziewana średnia europejska. Co ważne, w ostatnim czasie przestał się on wydłużać. Przyczyną zgonów są najczęściej choroby układu krążenia (w roku 2014 stanowiły one 45,1% przyczyn zgonów oraz nowotwory złośliwe (25,4% zgonów) [1].

Oprócz zgonów ważnym parametrem są hospitalizacje. Najczęstsze przyczyny hospitalizacji z powodu chorób serca i naczyń w Polsce stanowiły: choroba niedokrwienna, w tym zawał serca – 34%, niewydolność serca – w sumie 15,6%, choroby naczyń mózgowych i zawały mózgu -17,8%.

Bardzo ważne jest więc zapobieganie wymienionym sytuacjom, a w tym walka z czynnikami ryzyka. Głównymi czynnikami ryzyka chorób sercowo-naczyniowych są: palenie papierosów, podwyższone

ciśnienie tętnicze, zwiększony poziom cholesterolu LCL, cukrzyca, płęć męska i zaawansowany wiek [1]. Czynniki dodatkowe, określanymi jako **predysponujące** do tych chorób są m.in. otyłość, zła dieta i siedzący tryb życia. Wszystkie te składniki określone są jako modyfikowalne, co znaczy, że odpowiednim postępowaniem można ograniczać ich wpływ na organizm człowieka.

Oprócz czasu życia i liczby hospitalizacji, ważnym problemem u seniorów są też tak zwane upadki, które występują w Polsce u 1,5 miliona osób rocznie. Upadki w starszym wieku związane są głównie ze wstawaniem i chodzeniem. Co ważne 1/3 z nich (pół miliona na rok) kończy się urazem, najczęściej głowy albo złamaniem szyjki kości udowej. Prowadzi to do dalszej utraty samodzielności i inwalidztwa.

Podsumowując wyniki badania podkreślono, że osoby starsze powinny (w miarę możliwości i stanu zdrowia) zażywać różnych form aktywności fizycznej zarówno w domu jak i na świeżym powietrzu. Jest to szczególnie ważne w epoce covidocentryzmu, kiedy to ludzie boją się wychodzić z domu, a jeśli będąc w domu też nie są aktywni.

Aktywność fizyczna

Aktywność fizyczna odgrywa dużą rolę, zarówno w przedłużaniu życia, jak i w poprawie jego komfortu. Wysiłek fizyczny przynosi korzyści w trybie natychmiastowym, są to: zmniejszenie poziomu niepokoju, poprawa snu, poprawa funkcji poznawczych czy zmniejszenie insulinooporności. Jest też efekt odległy korzystnego wpływu wysiłku na serce i redukcji czynników ryzyka choroby wieńcowej.

Wielkość zalecanego wysiłku w populacji ogólnej

Bardzo istotnym dokumentem dotyczącym aktywności fizycznej człowieka są zalecenia opublikowane w Stanach Zjednoczonych w roku 2018. Najbardziej polecane jest stosowanie wysiłku o umiarkowanej intensywności, 3-5,9 METsa, (*Metabolic equivalent of Task*), jakim może być np. marsz z prędkością 2,5 do 4 mil/h (tj 4 do 6,4 km/h), czas tego wysiłku to 150-300 minut tygodniowo, najlepiej 5 razy w tygodniu po 30-60 minut, można oczywiście stopniowo zwiększać wielkość wysiłku z umiarkowanego na bardziej intensywny, np. marsz z prędkością >6 mil/godzinę, 75-150 minut tygodniowo. Wysiłek łagodny, spacer

z prędkością poniżej 2,5 mil/h (4 km/h) może również przynosić korzyści zdrowotne [2].

Aktywność fizyczna jest korzystna dla człowieka i powinna być stosowana na każdym etapie życia, w edukacji przedszkolnej, szkolnej, u osób dorosłych, osób w starszym wieku, a także u chorych na przewlekłe choroby. W każdej z tych grup według innych reguł. Aktywność fizyczna korzystnie redukuje wielkość wielu poważnych czynników ryzyka rozwoju chorób sercowo-naczyniowych takich jak nadciśnienie tętnicze, zaburzenia cholesterolu, nadwaga, obecność cukrzycy [2,3]. Oceniając aktywność fizyczną poszczególnych osób należy pamiętać, że może być ona związana z drogą do pracy, z samą pracą zawodową i z czasem wolnym od pracy. Aktywność należy oceniać całościowo. Poziom aktywności fizycznej społeczeństwa ciągle nie jest ani zadowalający ani wystarczająco monitorowany. Odsetek mężczyzn i kobiet, którzy w czasie wolnym od pracy nie deklarują praktycznie żadnej aktywności fizycznej wynosi około 50%. Nie zmienił się on istotnie w ostatnim czasie [3]. Według badania WOBASZ całkowity, deklarowany brak aktywności fizycznej stwierdzono w 2015 roku u 1/3 Polaków, aktywność okazjonalną (co by to w rzeczywistości nie znaczyło) u około 20%, regularną 30 minutową aktywność, przez większość dni tygodnia zgłaszało 30% osób. Należy tu zaznaczyć, że ilość treningów deklarowanych może być większa niż wykonywanych.

Aktywność fizyczna u osób w wieku emerytalnym

W dobie COVID, w czasie, kiedy bardzo wiele starszych osób, idąc w ślad za informacją płynącą z mediów i od specjalistów boi się wychodzić na spacer, siedzi w domu i tam też się zbytnio nie rusza, zwrócenie uwagi na konieczność ruchu ma ogromne znaczenie. Nie chodzi tutaj o wysiłek wyczynowy tylko o normalną ludzką aktywność. Aby to ułatwić, można zaproponować regularne spotkania osób zainteresowanych z instruktorami, którzy przekażą zainteresowanym odpowiednią wiedzę teoretyczną i nauczą jak konkretnie ćwiczyć samemu seniorów lub ich rodziny. Jeżeli nie ma instruktorów, funkcje takie powinni pełnić wszyscy lekarze, zarówno POZ jak i specjaliści.

Zalecenia dla osoby planującej rozpoczęcie prozdrowotnej aktywności ruchowej

Przed rozpoczęciem treningu, warto jest wykonać próbę wysiłkową z pomiarem częstości akcji serca przy maksymalnym stosowanym obciążeniu. Warto odnotować jaki odsetek częstości akcji serca maksymalnej osiągnęliśmy oraz ocenić obciążenie w MET-sach. Są to ciągle dobre mierniki intensywności ćwiczenia. Wydolność fizyczna poniżej 3 METS jest przeciwwskazaniem do aktywności fizycznej w ramach treningu. Osoby, które nie chorowały wcześniej powinny zaczynać od obciążenia adekwatnego do ich aktualnego stopnia aktywności fizycznej [2].

Poniżej przedstawiamy Instrukcje dla pacjenta Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

1. Obciążenie stosowane w czasie treningu, zwłaszcza w początkowej fazie, powinno być wyliczone na podstawie wcześniej wykonanego testu wysiłkowego. Ważna wskazówka dla pacjenta; w czasie wykonywanego wysiłku może on swobodnie rozmawiać, ewentualnie lekko poci się.
2. Planując wychodzenie na spacer warto wyliczyć sobie długość własnego kroku, uzyskiwaną w czasie treningu. Najlepiej to uczynić poprzez policzenie ilości kroków wykonanych na wyskalowanym obszarze np. 400 metrowym stadionie. Jeżeli wykonaliśmy na stadionie pełne okrążenie uzyskując 611 kroków, średnia długość naszego kroku wynosi 65 cm (0,65 m). Wynika to z podzielenia 400 metrów długości bieżni stadionu przez ilość wykonanych przez nas kroków tj. 611. Uzyskujemy $0,65$ metra. Zalecany przez ESC marsz z prędkością 4-6,4km/h oznacza dla nas $4000/0,65 = 6154$ i $6400/0,65 = 9846$. Taki zakres możemy sobie sami monitorować w telefonie komórkowym lub specjalnym zegarku – mamy się mieścić w zakresie 6154 do 9846 kroków na godzinę. Proste i wydaje się potencjalnie użyteczne. Pisząc inaczej – wybieramy się na zalecany 30 minutowy spacer łatwo wyliczamy, że w tym właśnie okresie czasu musimy wykonać 3077 do 4923 kroków. Jeśli je wykonamy- mieścimy się w światowych normach.

Możemy stopniowo wydłużać czas i zwiększać obciążenie treningowe.

Pamiętać należy, że wiele osób w wieku emerytalnym ma uszkodzone serca, przeżyło hospitalizację, podlega regularnej opiece ambulatoryjnej, wymaga specjalnej rehabilitacji. Aktywność fizyczna u nich jest także polecana, ale ważne jest zachowanie niezbędnych zasad bezpieczeństwa. Jak podaje Polskie Towarzystwo Kardiologiczne na stronie dla pacjentów, warunkiem samodzielnego wykonywania ćwiczeń fizycznych u takich chorych jest zdolność do samokontroli swojego stanu zdrowia i nawiązanie dobrej współpracy z lekarzem i fizjoterapeutą. Należy zatem rozpoczynać rehabilitację w warunkach szpitalnych lub ambulatoryjnych, gdzie pacjent może bezpiecznie poznać „swoje możliwości” i prawidłowo nauczyć się samodzielnie kontrolować ciśnienie tętnicze krwi oraz tętno.

Innymi słowy, pacjent musi być stabilny hemodynamicznie przed rozpoczęciem programu ćwiczeń fizycznych. Nie może mieć duszności, bólów w klatce piersiowej. Masę ciała pacjenta należy kontrolować w wystandaryzowanych warunkach. Wzrost masy w ciągu 3 dni o przynajmniej 1,8 kilograma, to sygnał, na który trzeba reagować kontaktując się z lekarzem. Należy kontrolować spoczynkową częstość akcji serca. Jeśli przekracza 100/minutę też należy to skonsultować z lekarzem. Zwłaszcza jeśli chce się wykonywać jakiś wysiłek. Podejmując aktywność fizyczną, należy czynić to stopniowo, rozpoczynając od małego obciążenia i krótkotrwałych ćwiczeń [3,4].

Konflikt interesów / Conflict of interest
Brak/None

Adres do korespondencji / Correspondence address

✉ Wojciech Ratkowski
Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu
w Gdańsku, Katedra Sportu
ul. Kazimierza Górskiego 1; 80-336 Gdańsk
☎ (+48 58) 554 74 53
✉ wojciech.ratkowski@awf.gda.pl

Piśmiennictwo/References

1. Red. Wojtyniak B, Goryński P. Sytuacja zdrowotna ludności i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa, 2016 s. 13-18, 332-33.
2. Piercy KL, Troiano RP. Physical Activity Guidelines for Americans From the US Department of Health and Human Services. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2018;11(11):e005263.
3. Pelliccia A, Sharma S, Gati S, et al. 2020 ESC Guidelines on sports cardiology and exercise in patients with cardiovascular disease. *Eur Heart J*. 2021;42(1):17-96.
4. Misra A, Chowbey P, Makkar BM, et al. Consensus statement for diagnosis of obesity, abdominal obesity and the metabolic syndrome for Asian Indians and recommendations for physical activity, medical and surgical management. *J Assoc Physicians India*. 2009;57:163-70.