

Aktywność rekreacyjna w procesie pomyślnego starzenia się

Recreational activity in a fair ageing

Ewa Kozdroń

Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie

Streszczenie

W artykule przedstawiono argumenty przemawiające za koniecznością zwiększenia aktywności fizycznej osób w starszym wieku w celu wydłużenia okresu aktywności funkcjonalnej w życiu codziennym. W Polsce do biernego stylu życia, w zależności od wieku, przynajmniej raz tygodniu podejmuje jedynie ok. 12% osób w wieku 60+. Przykładem dobrej promocji aktywności fizycznej jest Program Rekreacji Ruchowej Osób Starszych (PRROS), którego skuteczność potwierdziły wyniki badań.

Słowa kluczowe: rekreacja ruchowa, osoby starsze, profilaktyka gerontologiczna

Summary

The paper presents and discusses arguments for the necessity of increasing the physical activity of the elderly in order to extend their daily functional capacity. In Poland, 50 – 70% of the population declare sedentary lifestyle, and only 12% of subjects aged 60 years and over (60+) engage in physical activity. An example of good promotion of physical activities is the programme of motor recreation of the elderly (PRROS), an efficient undertaking, confirmed by research reports.

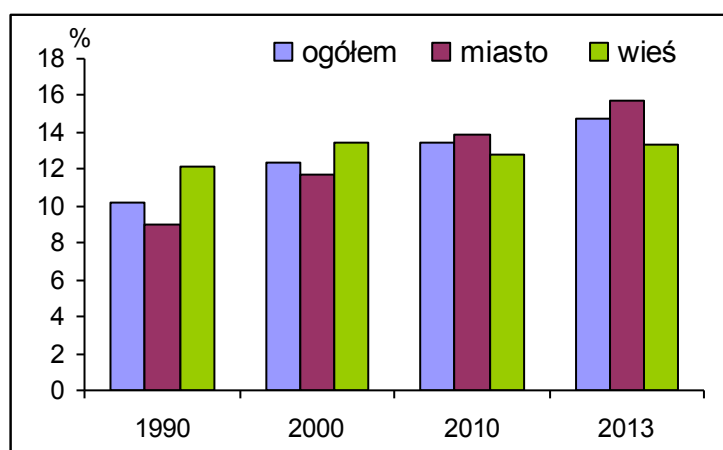
Key words: Motor recreation; Elderly subjects; Ageing prevention

Wprowadzenie

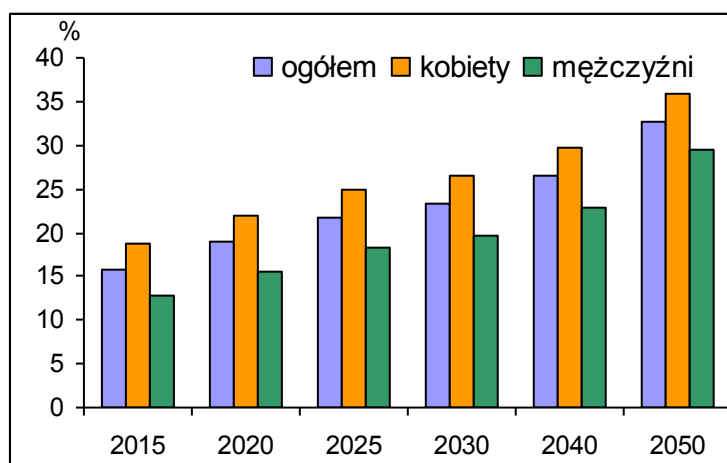
Wydłużenie się życia ludzkiego spowodowało, że zarówno na świecie, jak i w Polsce zagadnienia dotyczące ludzi w starszym wieku stały się przedmiotem badań wielu nauk tak w wymiarze teoretycznym, jak również praktycznym. Polska, tak jak większość europejskich krajów, jest krajem „siwiejącym” – przybywa w naszym społeczeństwie osób powyżej 60. roku życia. Najświeższe dane demograficzne pokazują wzrastający odsetek osób w wieku ponad 60 lat (60+) w naszym społeczeństwie. Na rycinie 1 zestawiono odsetek osób w wieku 65+ od roku 1990, z podziałem na miasto i wieś.

Prognozy demograficzne na najbliższe 40 lat także wskazują, że będzie stale wzrastała liczba osób 65+ zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Poniżej przedstawiono szacowany, procentowy udział osób starszych w naszym społeczeństwie (ryc. 2). Prognozuje się, że w roku 2050 aż 1/3 naszego społeczeństwa będzie w wieku 65+. Liczba seniorów będzie wzrastać w większym stopniu na obszarach miejskich niż wiejskich. Jak podają Szukalski i Kowalewski [15], wynika to z tego, że osoby z powojennego wyżu emigrowały masowo ze wsi do miast.

Proces starzenia się społeczeństw jest faktem nieuniknionym i nieodwracalnym. Przebiega w różnym tempie, ale można i należy się do niego odpowiednio przygotować. Według WHO pomyślne, zdrowe starzenie się (*successful ageing*) to proces optymalizacji możliwości zachowania zdrowia (fizycznego, społecznego i psychicznego), który umożliwia osobom starszym czynne uczestnictwo w życiu społecznym, bez dyskryminacji ze względu na wiek a tym samym pozwalający na czerpanie radości z dobrej jakości, niezależnego życia.



Ryc. 1. Odsetki osób w wieku 65+ w Polsce (źródło: Rocznik demograficzny 2014, GUS)



Ryc. 2. Prognozowane odsetki osób w wieku 65+ w Polsce (źródło: Rocznik demograficzny 2014, GUS)

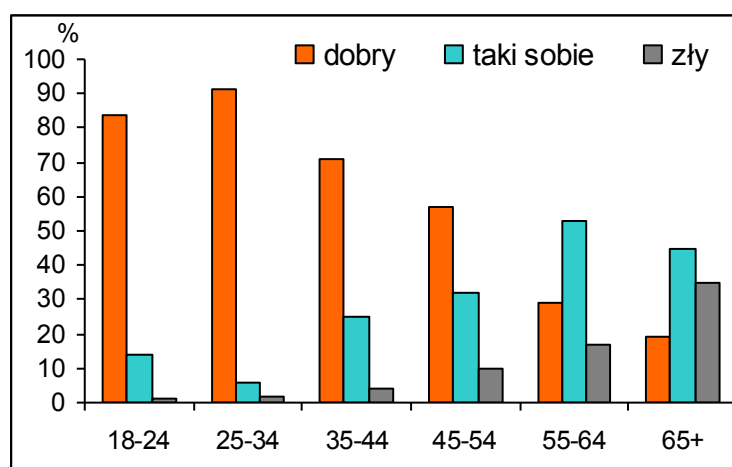
Starzenie się ludzkiego organizmu to naturalny fizjologiczny etap życia. Nie należy tego etapu przyspieszać niewłaściwym stylem życia, lecz przeciwnie – trzeba zrobić wszystko, aby go opóźnić, zachowując jak najdłużej sprawność, samodzielność i niezależność (czyli realizować cele profilaktyki gerontologicznej). Bowiem jednym z najważniejszych problemów pomyślnego starzenia jest utrzymanie na odpowiednim poziomie stanu zdrowia osób starszych

Prawie 70 lat temu, w 1946 roku, Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) stworzyła definicję zdrowia, która weszła do powszechnego użytku. Brzmi ona: „*zdrowie to pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie tylko brak choroby lub niedomagania*”.

Samoocena stanu zdrowia, czyli subiektywne ocenianie własnego stanu zdrowia, jest bardzo istotna zwłaszcza w grupie osób starszych, gdyż następująca wraz z wiekiem utrata zdolności adaptacyjnych może mieć niekorzystny wpływ na zdrowie. Samoocena ta może odnosić się do różnych czynników: ma wpływ na samoakceptację, radzenie sobie ze stresem oraz może mieć wpływ na wyniki leczenia. Osoby starsze prezentujące wyższy poziom samooceny zdrowia lepiej radzą sobie w trudnych sytuacjach. Obiektywna ocena stanu zdrowia starszej osoby jest jednak trudna, gdyż w tym wieku najczęściej występuje wielochorobowość i niesprawność [2].

Przy samoocenie zdrowia należy pamiętać, że postrzeganie zdrowia jest szczególnie złożone i wieloczynnikowe. Stan zdrowia zależy od tempa i osobniczo zmiennego procesu starzenia się, a z drugiej jest następstwem chorób, urazów, wypadków i oddziaływań środowiska. Istotne bardzo jest to, że jak wykazały badania, negatywna samoocena zdrowia wykazuje prognostyczny związek ze skróceniem dalszego trwania życia [17].

Jak pokazują badania realizowane przez GUS i CBOS [5,6], w Polsce poprawia się samoocena stanu zdrowia. Ponad połowa dorosłych Polaków określa swój stan zdrowia jako dobry (57%). Wraz z wiekiem jednak ta ocena się zmienia – wśród osób 65+ już 1/3 nie jest w pełni usatysfakcjonowana ze swojego stanu zdrowia. Wykres poniżej przedstawia samoocenę zdrowia osób w wieku 18 – 65+ (ryc.3). Można wyraźnie zauważyć, że im jesteśmy starsi, tym gorzej oceniamy swój stan zdrowia.



Ryc. 3. Samoocena zdrowia Polaków (źródło: CBOS, 2012)

Samoocena stanu zdrowia jest ściśle powiązana z występowaniem chorób przewlekłych. Badania CBOS pokazały, że dorośli są przekonani, iż najistotniejszy wpływ na poprawę stanu zdrowia ma prawidłowa dieta (50% badanych), regularne wizyty u lekarza (34%), unikanie sytuacji stresowych (29%) oraz regularna aktywność fizyczna (25%). A wiadome jest, jak pisze Osiński, iż „nie tylko wśród biologów powszechne jest przekonanie, że walka i wysiłek fizyczny zmuszające organizm do aktywności i wyładowania energii, i w ogóle pewien rodzaj przeciwności, są konieczne do prawidłowego rozwoju i funkcjonowania organizmu” [12]. W ogólnej definicji zdrowia szczególnego znaczenia nabiera zdrowie fizyczne - ma bowiem trzy wymiary: kondycję fizyczną, subiektywne zdrowie i stan funkcjonalny [14]. Te trzy aspekty zdrowia fizycznego najsilniej warunkują jakość życia osób w starszym wieku.

Wychowanie ku starości i w starości

Bardzo ważnym zadaniem w strategii działań kultury fizycznej –sportu dla wszystkich w starzejącym się społeczeństwie jest przygotowanie do starości zarówno własnej, jak i najbliższych. Mówimy więc o **wychowaniu ku starości** oraz **w starości**. Z tego wynika nowe jakościowo zadanie dotyczące tworzenia warunków zaspokajania potrzeb niematerialnych, które w sposób znaczący wpływają na zdrowie, a tym samym na jakość życia. Dla kultury fizycznej jest to wyzwanie idące w dwóch kierunkach: 1) kształtowania proaktywnych ruchowo postaw od najmłodszych lat, 2) działania wspomagającego uczestnictwo osób starszych w systematycznej aktywności fizycznej, rekreacyjnej. Jednym słowem stwarzanie warunków do zwiększenia uczestnictwa w sporcie przedstawicielom wszystkich grup społecznych.

Inicjatywa Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej 2012¹ jest tym bardziej cenna i uzasadniona, gdyż pozwala wspólnie na poziomie unijnym i krajowym, regionalnym czy lokalnym podejmować dyskusję nad budowaniem właściwego modelu, lobbingu aktywności osób starszych. Ma on posłużyć jako ramy do zwiększenia świadomości, intensyfikacji i upowszechnienia dobrych praktyk oraz zachęcenia decydentów i zainteresowanych, ze wszystkich szczebli, do promowania aktywności osób w starszym wieku. Uwzględniając cele ER 2012, aktywność osób starszych rozpatruje się jako promowanie różnego rodzaju aktywności (aktywności zawodowej, aktywności w życiu społecznym i aktywności w obszarze zdrowia i samodzielności). W tych interdyscyplinarnych obszarach aktywność fizyczna będąca podstawą sprawności funkcjonalnej osób starszych, a tym samym zdrowia i samodzielności, wydaje się zajmować miejsce szczególne, wiodące. **Aktywność fizyczna** odgrywa tak ważną rolę, że należy o niej mówić w kategoriach **powinności** człowieka. Nie można jej stawiać na jednym poziomie z innymi rodzajami działań czasu wolnego, gdyż nie można równoważyć tego, co konieczne, z tym, co pożądane.

Aktywność fizyczna, zdrowie i jakość życia są ze sobą ściśle powiązane. Intensywny ruch był nieodłącznym czynnikiem ewolucji człowieka, zatem ruch, regularna aktywność fizyczna, są niezbędne, aby unikać chorób i jak najlepiej funkcjonować. W starzejącym się organizmie dochodzi do różnych zmian patofizjologicznych ograniczających zdolności funkcjonalne. Okres ten związany jest ze stopniowym spadkiem sprawności fizycznej, częściej występującą niepełnosprawnością i współistniejącymi chorobami przewlekłymi. Spadek sprawności fizycznej wynika przede wszystkim z obniżenia wydolności tlenowej, zmniejszania się masy i siły mięśniowej oraz gorszego funkcjonowania narządów zmysłów.

W wyniku regularnej aktywności fizycznej ludzkie ciało przechodzi morfologiczne i funkcjonalne zmiany, które mogą zapobiegać lub opóźniać występowanie pewnych schorzeń oraz poprawiać zdolność do podejmowania wysiłków fizycznych. Tak więc ćwiczenia fizyczne są skutecznym narzędziem służącym do redukcji lub zapobiegania problemom funkcjonalnym związanym ze starzeniem się organizmu. Istnieje także coraz więcej dowodów na to, że aktywność fizyczna może pomóc w zachowaniu funkcji kognitywnych oraz wywierać efekt prewencyjny na depresję oraz demencję. Shephard wykazał, że regularne uczestnictwo w programie aktywności fizycznej może wpłynąć na opóźnienie się normalnych procesów starzenia nawet o 10 – 20 lat (zob. [12]).

W literaturze światowej liczne badania ukazują korzystny wpływ ćwiczeń fizycznych jako czynnika prewencji pierwotnej i wtórnej wielu chorób niezakaźnych, a o braku aktywności, mówi się, jako o tzw. niezależnym czynniku ryzyka określając go [1] jako ryzyko przynależne populacji – PAR (*population-attributable risk*).

Barierami aktywności często bywają czynniki kulturowe, psychologiczne oraz zdrowotne. Dlatego tak ważne są działania motywujące osoby starsze do podjęcia i systematycznego uczestnictwa w aktywności fizycznej. Zwiększając świadomość korzyści płynących z odpowiedniego stylu życia w tym z aktywności fizycznej zarówno wśród osób starszych, jak i wśród ogółu społeczeństwa należy podjąć wysiłek idący w kierunku usuwania barier uczestnictwa seniorów w sporcie dla wszystkich, jakimi są między innymi wiek i zdrowie [5,13]. Jakkolwiek stan zdrowia starzejących się osób może w dużym stopniu wynikać z ich zachowań i stylu życia w młodości i dorosłości, aktualne zaangażowanie w aktywność fizyczną jest kluczowe dla zdolności do prowadzenia samodzielnego życia.

Reasumując, odpowiednia aktywność fizyczna jest najbardziej skutecznym – spośród znanych dotychczas – sposobem opóźniania procesów starzenia się i czynnikiem zachowania zdrowia oraz – co w przypadku osób w podeszłym wieku wydaje się najważniejsze – mobilności i wydłużenia okresu aktywności funkcjonalnej w życiu codziennym.

¹ decyzja Parlamentu Europejskiego oraz Rady nr 940/2011/UE z dnia 14 września 2011 r.

W dokumentach WHO i UE [7,16] dotyczących rekomendacji aktywności fizycznej dla osób starszych, wymieniane są: ćwiczenia usprawniające (codziennie po 5 – 10 minut ćwiczeń zwiększających ruchomość w stawach i wpływających na rozćwiczenie aparatu ruchu), ćwiczenia siłowe angażujące duże partie mięśniowe (minimum 2 razy w tygodniu po 20 minut) i ćwiczenia aerobowe, czyli wydolnościowe (min 2 razy w tygodniu po 30 minut), albo co najmniej 150 min/tydz. aktywności fizycznej o umiarkowanej intensywności lub 75 min o dużej intensywności. Bardziej ogólne rekomendacje dotyczące minimum aktywności fizycznej dla osób dorosłych i starszych mówią o umiarkowanym wysiłku fizycznym podejmowanym 5 razy w tygodniu, a najlepiej codziennie, co najmniej przez 30 minut.

Niestety, według dostępnych danych 40 – 60% populacji UE prowadzi siedzący tryb życia (Eurobarometr – marzec 2010). W Polsce w zależności od wieku dotyczy to 50 – 70% populacji [5], należy więc podjąć strategiczne działania w celu odwrócenia spadkowej tendencji poziomu aktywności fizycznej całej polskiej populacji.

Z badań wynika, że aktywne formy spędzania czasu wolnego przez ludzi starych w Polsce, a także ich uczestnictwo w życiu społeczności lokalnej i organizacjach społecznych nie mają charakteru powszechnego. Styl życia polskich seniorów można by określić raczej jako bierny i monotony [8].

Mając więc na uwadze, że około 80% ludzi starszych (w okresie wczesnej starości, czyli do 75 r.ż.) jest mobilnych ruchowo [4], ponad 50% badanych deklaruje potrzebę ruchu, a do podejmowania aktywności fizycznej raz w tygodniu przyznaje się 12% Polaków 60+ [6], trzeba zadać pytanie: **Jak promować aktywność ruchową w tej grupie wiekowej, jak zachęcić osoby starsze do systematycznych działań rekreacyjnych?**

Główne założenia metodyczne w budowaniu programów rekreacji ruchowej

Oferta programowa z zakresu aktywizacji ruchowej powinna być traktowana jako propedeutyka działań rekreacyjnych wśród osób starszych i jako szeroko pojęta edukacja zdrowotna.

Główne założenia, jakimi powinni kierować się opracowujący tego rodzaju programy to przede wszystkim *dokładne określenie odbiorcy*, tzw. grupy celowej, gdyż dokonanie diagnozy środowiskowej i osobniczej jest gwarantem właściwego doboru programu, a także *kompleksowość działań* – promowanie i wdrażanie prozdrowotnych zachowań w stylu życia osób starszych przez:

- działania informacyjno-edukacyjne, mające na celu ukazanie korzystnych efektów biopsychospołecznych realizowanego programu;
- motywowanie uczestników do wprowadzania zmian w ich stylu życia – korzystanie z porad lekarzy, psychologów, specjalistów w zakresie żywności i żywienia, rehabilitantów;
- stymulowanie do podejmowania indywidualnych, samodzielnych form aktywności ruchowej w ramach zorganizowanych zajęć (zdobycie umiejętności ruchowych), które po zakończeniu uczestnictwa w programie mogą stanowić podstawę aktywnego stylu życia;
- proponowanie różnych form ruchu, uwzględniających indywidualne upodobania uczestników bądź dających możliwość poznania nieznanymi im dyscyplin (sportów całego życia).

Prozdrowotny charakter prowadzonej aktywności ruchowej – uwzględnienie w programie elementów treningu zdrowotnego, przystosowanego do potrzeb ludzi starszych. Włączenie różnych form aktywności ruchowej, które stosuje się w prewencji pierwotnej i wtórnej wielu chorób internistycznych i ortopedycznych.

Profesjonalizm w prowadzeniu zajęć – przestrzeganie jednolitych zasad organizacyjnych i metodycznych. Należą do nich przede wszystkim:

- opracowanie programu w ujęciu makro- i mikrocykli,

- właściwy dobór intensywności, czasu trwania, technik wykonywania i rodzaju ćwiczeń oraz odpowiednie ich umiejscowienie w przebiegu jednostki zajęć, zgodnie z kolejnymi etapami programu,
- indywidualizacja obciążeń wysiłkowych,
- wprowadzenie atmosfery dobrej zabawy, odprężenia i zaufania.
- Bezpieczeństwo – propagowanie tzw. bezpiecznego ruchu. Do tego niezbędne jest:
- stwierdzenie przez lekarza braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia systematycznej aktywności ruchowej,
- zapewnienie stałego nadzoru medycznego,
- prawidłowe dobieranie obciążeń fizycznych,
- wdrażanie do samokontroli i samooceny,
- przestrzeganie wszystkich zasad metodyki dotyczących prowadzenia zajęć ruchowych z osobami starszymi.

Skuteczność programu potwierdzona badaniami naukowymi, dotyczącymi oceny zarówno obiektywnych, jak i subiektywnych efektów podejmowanej aktywności. O skuteczności programów świadczy również zmiana stylu życia jego uczestników, w przypadku kultury fizycznej jest to uczestnictwo, po zakończonym programie, w regularnych ćwiczeniach fizycznych.

Przykładem takich interwencyjno-edukacyjnych działań, których bezpieczeństwo i skuteczność zostały empirycznie potwierdzone, mogą być programy PRROS i PAW 60+.

Program Rekreacji Ruchowej Osób Starszych (PRROS)

Jest on skierowany do nieaktywnych osób po 60. roku życia (mieszkających w miastach), które do tej pory nie doświadczyły na sobie korzystnych efektów regularnej aktywności ruchowej, dlatego nie odczuwają potrzeby korzystania z tego rodzaju zajęć. Program ten przeznaczony jest szczególnie dla kobiet.

Celem PRROS jest promocja zdrowego stylu życia wśród osób starszych, czyli działania idące w kierunku zdrowego starzenia się. Uczestnictwo w PRROS stanowi pierwszy krok do zmiany zachowań w kierunku prozdrowotnym, to jest właściwego żywienia, skutecznego wypoczynku, higienicznego trybu życia, a w szczególności dbałości o odpowiednią aktywność ruchową. Ten półroczny program ma za zadanie zachęcić i przekonać do systematycznej aktywności ruchowej, wyposażyć osoby starsze w wiedzę i umiejętności z zakresu podstawowej aktywności ruchowej oraz ukazać wartości i cele, jakie niesie ze sobą rekreacja ruchowa. Skuteczność tego programu potwierdziły m.in. wyniki badań dotyczące zmian: zdolności wysiłkowych (ocena sprawności układu krążenia); sprawności fizycznej (ocena poziomu wytrzymałości, siły i gibkości); składu ciała; gęstości tkanki kostnej; czy stanu emocjonalnego [9] oraz sprawności funkcjonalnej [11].

PRROS trwa przez 6 miesięcy i składa się z trzech etapów:

etap I – kwalifikująco-informacyjny (wprowadzający),

etap II – regularnych zajęć programowych (główny),

etap III – szkoleniowo-turystyczny i profilaktyczno-wypoczynkowy (końcowy).

Etap I (dwa do czterech tygodni) – poświęcony na przekonanie osób starszych do celowości podjęcia tego typu systematycznej aktywności ruchowej. Następnie osoby te są kwalifikowane przez lekarza do II etapu PRROS-u.

W tym okresie należy przeprowadzić z zainteresowanymi osobami cztery spotkania o charakterze edukacyjnym, które będą dotyczyć pozytywnego znaczenia aktywności ruchowej w życiu starszego człowieka z punktu widzenia medycyny, psychologii, żywienia oraz realizacji PRROS-u. Uczestnicy otrzymują pełną informację programowo-organizacyjną, regulamin uczestnika PRROS, instrukcję z zakresu samokontroli i samooceny, następnie wypełniają ankietę dotyczącą swojego stylu życia, preferowanych

przez siebie form aktywności i oczekiwań związanych z uczestnictwem w PRROS. Dla uczestników jest to okres mobilizujący do podjęcia systematycznej aktywności ruchowej, a dla organizatora-instruktora czas na dokonanie diagnozy osobniczej obejmującej cechy biologiczne oraz psycho-społeczne, ale także dotyczącej zainteresowań i oczekiwań uczestników programu rekreacji pozwalającej na ewentualne modyfikacje programowe.

Etap II – trwający 22 tygodnie i stanowiący trzon programu – to systematyczny udział w zorganizowanych godzinnych zajęciach gimnastyki prozdrowotnej, odbywających się dwa razy w tygodniu w sali odpowiednio do tego przygotowanej (44 zajęcia) oraz uczestnictwo – przynajmniej raz w tygodniu – w marszu dostosowanym do możliwości uczestników i warunków klimatycznych, trwającym od 20 do 60 minut. Do tej formy ruchu inspirowany jest przez instruktora, prowadząc marsze w pierwszym miesiącu, dokonując podziału na grupy w zależności od możliwości wydolnościowych ćwiczących, miejsca zamieszkania czy innych kryteriów podziału. Marsz jest sterowany przez instruktora, ale realizowany samodzielnie przez uczestników.

Program zajęć ruchowych w tym etapie uwzględnia trzy fazy:

- 1) adaptacyjną (wstępną), trwającą – w zależności od możliwości i umiejętności uczestników – od 2 do 4 tygodni;
- 2) usprawniającą (wyrównanie poziomu), trwającą następnie 4 tygodnie;
- 3) główną, właściwą, obejmującą racjonalne działanie, trwającą od 14 do 16 tygodni (w zależności od długości trwania fazy 1).

W każdym tygodniu II etapu PRROS wprowadzane jest jedno nowe ćwiczenie, które uczestnicy mają wykonywać w domu. Instruktor omawia je i wykonuje z uczestnikami podczas zajęć, a schemat wykonania tego ćwiczenia wszyscy otrzymują w formie opisu lub rysunku. W ten sposób uczestnicy, kończąc II etap programu, wyposażeni są w zestaw 22 ćwiczeń gimnastyki usprawniającej.

Etap III – to dwutygodniowy wyjazd do ośrodka wypoczynkowego lub sanatoryjnego, którego celem powinno być zapoznanie uczestników PRROS z różnorodnymi formami prawidłowych zachowań zdrowotnych, wpływających na poprawę jakości życia. Realizacja tej części programu powinna opierać się na:

- wykorzystaniu specyficznych warunków klimatycznych i leczniczych tego miejsca (klimatoterapia, zabiegi lecznicze indywidualnie dostosowane do potrzeb uczestnika);
- żywieniu według jadłospisów opracowanych przez dietetyka czy zgodnie z zaleceniami Instytutu Żywności i Żywienia;
- kinezyterapii, która obejmuje:
 - codzienną 15- – 20-minutową gimnastykę poranną,
 - kontynuowanie programu gimnastyki zdrowotnej co drugi dzień (6 jednostek), w pozostałe dni prowadzenie gimnastyki w wodzie lub zajęć tanecznych (realizacja w bloku zajęć popołudniowych),
 - turystykę pieszą, rowerową lub inne zajęcia plenerowe, np. gry rekreacyjne (realizacja w godzinach 11⁰⁰ – 13⁰⁰);
 - edukacji prozdrowotnej obejmującej zajęcia (wykłady bądź ćwiczenia) z dziedziny niekonwencjonalnych sposobów leczenia, takich jak: aromatoterapia, muzykoterapia, relaksacja, ergoterapia, psychoterapia, ziołoterapia, dietoterapia – zdrowe żywienie itp. (6 spotkań w bloku zajęć popołudniowych);
 - indywidualnych konsultacjach z instruktorem PRROS dla dopracowania indywidualnego zestawu usprawniających ćwiczeń domowych pod kątem potrzeb uczestnika oraz ustalenia pozostałych form tygodniowej aktywności ruchowej po powrocie do domu (konsultacje realizowane w godzinach wieczornych);
 - zagospodarowaniu wieczorów według uznania uczestników.

Dni pierwszy i ostatni przeznaczone są na badania lekarskie, wykonanie testów wysiłkowych, prób sprawnościowych czy innych pomiarów.

Po etapie III każdy uczestnik programu otrzymuje dyplom ukończenia PRROS, a także informację, gdzie może korzystać z dalszych grupowych zajęć ruchowych w zależności od indywidualnych potrzeb, możliwości i oczekiwań. [10].

Program Aktywnego Wypoczynku 60+ (PAW 60+)

Program ten opracowany został z myślą o wypoczynku osób starszych i realizacji celów profilaktyki gerontologicznej. Jego skuteczność potwierdziły wyniki badań². Rozpowszechnienie go wśród organizatorów wczasów można stanowiąc przemyślany proces edukacji zdrowotnej.

Celem PAW 60+ jest promocja zdrowego stylu życia wśród osób starszych, czyli działania idące w kierunku zdrowego starzenia się. Uczestnictwo w dwutygodniowym wypoczynku ma za zadanie zachęcić i przekonać do systematycznej aktywności ruchowej, wyposażyć osoby starsze w wiedzę i umiejętności z zakresu podstawowej, codziennej aktywizacji ruchowej oraz ukazać wartości i cele, jakie niesie ze sobą rekreacja ruchowa (sporty całego życia). Ma także zniwelować bariery uczestnictwa w regularnych zajęciach aktywizujących ruchowo.

Odpowiedni dobór form ruchu stanowi priorytet programu. Preferując sporty całego życia, uwzględniono założenia treningu zdrowotnego, którego głównymi celami są: kreacja zdrowia i profilaktyka chorób niezakaźnych. Biorąc pod uwagę powyższe kryteria oraz ocenę stanu zdrowia dokonaną przez lekarza planowany jest optymalny tok postępowania przystosowujący obciążenia na zajęciach do możliwości ćwiczących. Podstawę programu stanowią formy plenerowe. Są to marsze z kijami (Nordic Walking), gimnastyka ogólnospawnościowa ze szczególnym uwzględnieniem ćwiczeń mięśni posturalnych oraz gimnastyka w wodzie. Oprócz podstawowych form aktywności program zawiera inne zajęcia rekreacyjne takie jak: „Powitanie Słońca”- poranna 20- – 30-minutowa gimnastyka, gry i zabawy rekreacyjne, zajęcia taneczne, wycieczki krajoznawcze, wieczorne spotkania (m.in. zajęcia integracyjne, ognisko, muzykoterapia, relaksacja) oraz zajęcia edukacyjne: wykłady,

Czas trwania pojedynczych zajęć wynosi od 45 do 75 minut, co w sumie stanowi ok. 4 godziny dziennie przeznaczone na trening zdrowotny. Zajęcia ruchowe w PAW charakteryzują się zróżnicowaniem w zakresie intensywności i czasu trwania ćwiczeń. Mając na uwadze dopuszczalne obciążenia wysiłkowe, na bieżąco należy monitorować tolerancję wysiłkową uczestników programu. Intensywność prowadzonych zajęć kontrolowana jest indywidualnie przez ćwiczących i podczas wysiłku aerobowego nigdy nie powinna przekraczać 60% HR max. W subiektywnej ocenie (wg Skali Borga) wysiłki nie powinny przekraczać 13 punktów (Kozdroń 2008). W Programie Aktywnego Wypoczynku obciążenie tygodniowe określono opierając się na szacunkowym obliczeniu wydatku energetycznego. Wysiłki realizowane podczas obozu oscylują od 2,5 do 5,0 MET, co oznacza, że są to wysiłki lekkie do umiarkowanych. W PAW szacunkowe wyliczenie wydatku energetycznego wynosi między 800 a 1000 kcal/dzień [3].

Trening prozdrowotny w formie obozu mocno integruje, ośmiela i stymuluje do dalszej aktywności fizycznej i społecznej. Nietuzinkowa, atrakcyjna forma rekreacji, jaką jest prozdrowotny obóz, daje seniorom wiele możliwości wykazania się, a tym samym pomaga w zaspokojeniu potrzeby uznania. Wspólne zadania, prace, narady zachęcają do kontaktów z innymi ludźmi i wzmagają kreatywność, takie nieprzerwane stosunki interpersonalne wnoszą dużo satysfakcji, jak również inspirują wymianę myśli do podejmowania różnorodnych działań.

² DS.120 „Prozdrowotny aktywny wypoczynek osób starszych” AWF Warszawa, kier. projektu E. Kozdroń

Podsumowując, uświadomienie potrzeb i korzyści płynących z aktywizacji ruchowej jest niezbędne w zachęceniu i umotywowaniu osób starszych do podjęcia i kontynuacji systematycznej aktywności ruchowej.

Przedstawione powyżej przykłady interwencyjno-edukacyjnych programów spełniają założenia edukacji ustawicznej ukierunkowanej na pomyślne, zdrowe starzenia się. Mogą więc być rekomendowane jako bezpieczne i dostępne działania edukacji zdrowotnej zapewniające optymalną, w stosunku do wieku, sprawność funkcjonalną osobom starszym, zwiększające niezależność i samodzielność, a tym samym wpływające na poprawę jakości życia osób starszych.

Ze względu na rosnący odsetek osób starszych w Europie, w tym w Polsce, coraz ważniejsze staje się wspieranie idei starzenia się w zdrowiu. Jest to istotne nie tylko dla zwiększenia udziału osób starszych w rynku pracy i umożliwienia im utrzymania dłuższej aktywności w społeczeństwie, ale także przyczynia się do poprawy indywidualnej jakości ich życia i zmniejszenia obciążeń systemów opieki zdrowotnej i socjalnej.

Nie da się całkowicie zahamować naturalnych procesów starzenia, da się natomiast, dzięki systematycznej aktywności fizycznej, częściowo je złagodzić albo możliwie najbardziej opóźnić. Dlatego uświadamianie społeczeństwa, że integralną częścią pomyślnego, zdrowego starzenia się jest przede wszystkim zachowanie odpowiedniej sprawności funkcjonalnej, która w dużej mierze zależy od stylu życia, a w nim należnego miejsca aktywności fizycznej we wszystkich okresach ontogenezy jest naszym działaniem priorytetowym.

Piśmiennictwo

1. Bauman A. (1998) Use of population-attributable risk (PAR) in understanding the health benefits of physical activity. *Brit. J. Sports Med.* 32 (4):279-280.
2. Bień B. (2000) Sytuacja zdrowotna ludzi w podeszłym wieku w Polsce. Służba Zdrowia.
3. Frysztak A., Kozdroń E., Leś A. (2010) Aktywny wypoczynek osób starszych stymulatorem utrzymania dynamicznej stabilności ciała. W: Kałuża D., Szukalski P. (red.) Jakość życia seniorów w XXI wieku. Ku aktywności. Wydawnictwo Biblioteka, Łódź, s. 50-59.
4. Gębska-Kuczerowska A. (2001):Uwarunkowania mobilności osób w wieku 65 lat i więcej. W: Charzewski J. (red.) Problemy starzenia. AWF Warszawa, s. 111-113
5. GUS (2009) Uczestnictwo Polaków w sporcie i rekreacji ruchowej w 2008 r.
6. GUS (2013) Notatka informacyjna. Wyniki badań GUS – Uczestnictwo Polaków w sporcie i rekreacji ruchowej w 2012 r.
7. HEPA Europe (2006) Evidence-based physical activity promotion - HEPA Europe, the European network for the promotion of health-enhancing physical activity. *Journal of Public Health* 14(2):53-57.
8. Hallicy M. i J. (2002) Integracja społeczna i aktywność ludzi starszych. W: B.Synak (red.) Polska starość. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk, s.189-118.
9. Kozdroń E. (2006) Zorganizowana rekreacja ruchowa kobiet w starszym wieku w środowisku miejskim. Propozycja programu i analiza efektów prozdrowotnych. Studia i Monografie, AWF Warszawa.
10. Kozdroń E. (2008) Program rekreacji ruchowej osób starszych. AWF Warszawa.
11. Kozdroń E., Leś A. (2010) Aktywność ruchowa w procesie pomyślnego starzenia się. *Postępy Rehabilitacji* 24(1):49-57.
12. Osiński W. (2013) Gerokinezylogia. Nauka i praktyka aktywności fizycznej osób starszych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, s. 41.
13. PolSenior (2012) Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. M.Mosakowska, A.Więciek, P.Błędowski (red.) Termedia, Wydawnictwa Medyczne, Poznań.
14. Spirduso W., Francis K., MacRae P. (2005) Physical Dimensions of Aging (2nd edition). Human Kinetics.

-
15. Szukalski P., Kowalewski J.T. (2008) Pomyślne starzenie się w perspektywie nauk o pracy i polityce społecznej. Zakład Demografii Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
16. WHO (2008) Benefits of Physical Activity.
www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_benefiits/en/index.html
17. Wolinsky F., Callahan Ch., Johnson R. (1994) Subjective health status and mortality in the elderly. W: Facts and Research in Gerontology. Serdi Publisher.
-

Otrzymano: 4.12.2014

© Wyższa Szkoła Kultury Fizycznej i Turystyki im. Haliny Konopackiej, Pruszków
ISSN 2391-8640

Adres autora: ewakozdron@wp.pl



Dr hab. **Ewa Kozdroń**, prof. nadzw. nauk o kulturze fizycznej, Kierownik Katedry Rekreacji na Wydziale Turystyki i Rekreacji AWF w Warszawie. Autorka modelowego interwencyjno-edukacyjnego Programu Rekreacji Ruchowej Osób Starszych (PRROS) realizowanego na terenie całego kraju oraz innych programów stanowiących podstawę zdrowego starzenia się. Współzałożycielka i Prezes Europejskiego Stowarzyszenia Promocji Rekreacji Ruchowej 50+, członek Warszawskiej Rady Seniorów oraz komisji ministerialnych. Autorka wielu prac naukowych w dziedzinie kinezygerontoprofilaktyki.