

Marcin Dornowski

Wpływ ruchu na zdrowie i jakość naszego życia

Oczywistym jest fakt, że zależność ta jest absolutnym truizmem. Permanentna aktualność jej tkwi w proporcji elementów składowych, które w efekcie dają nam bezpieczny i skuteczny sposób na uzyskanie maksimum pozytywnych skutków i minimum tych niepożądanych w trakcie procesu, którą jest aktywność ruchowa (Osiński, 2000).

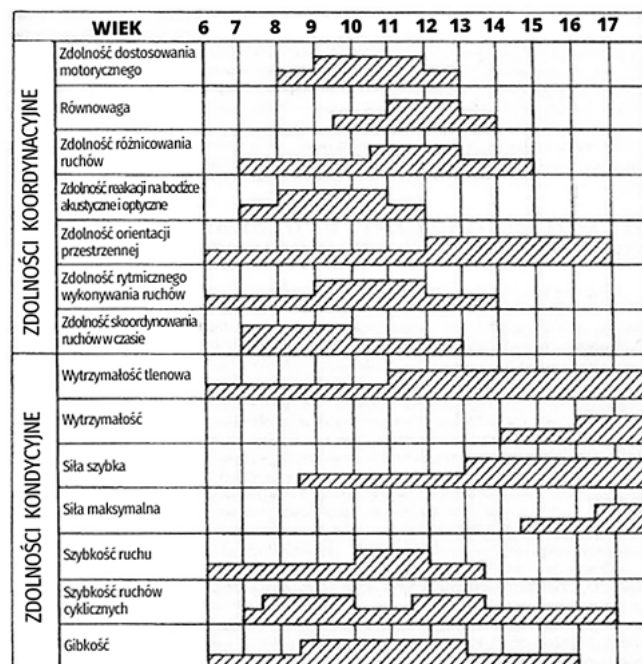
Żeby obrazowo przedstawić jaki jest ten wpływ, należy zdefiniować elementy składowe. Ruch to zmiana położenia ciała lub jego części w przestrzeni i czasie. Aktywność ruchową World Health Organization (WHO) definiuje jako ruch ciała wywołany przez mięśnie szkieletowe, co wymaga nakładu energii; zdrowie jako stan pełnego fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu. W ostatnich latach definicja ta została uzupełniona o sprawność do prowadzenia produktywnego życia społecznego i ekonomicznego razem z wymiarem duchowym. Jakość życia WHO definiuje jako (QOL, ang. quality of life) subiektywną ocenę przez jednostkę jej sytuacji życiowej w odniesieniu do kultury, w której ta jednostka żyje, jej systemu wartości, celów, oczekiwań, zainteresowań (WHO, 2006).

Żeby realnie, prawdziwie i jak najbardziej bez przekłamań pokazać tę relację – ruch/zdrowie/jakość życia należy wziąć pod uwagę kilka bardzo istotnych kwestii, które wielokrotnie przy tworzeniu planów związanych z aktywnością ruchową jest pomijanych, a co powodują czasami, a może i nawet często przewagę tych negatywnych efektów ruchu i aktywności ruchowej (Śliwiński, Rasińska, 2015). Są to w mojej opinii: etapy rozwoju ontogenetycznego – okresy sensytywne, obciążenia stosowane, środowisko społeczne, wykonywany zawód.

Skuteczną mapą działania w aspekcie odpowiedniego momentu kształtowania zdolności motorycznych w poszczególnych okresach ontogenezy staje się zatem opis faz sensytywnych rozwoju zdolności motorycznych, gdzie jasno widzimy kiedy możemy i powinniśmy je kształtować żeby w efekcie uzyskać ich poziom zbliżony to naszego genetycznego potencjału (rys.1).

Obciążenia stosowane w aktywności ruchowej tzn. intensywność i objętość zastosowanych środków to kolejna istotna kwestia. Chodzi o to, w jakim tempie i jak dużo wykonamy powtórzeń i serii konkretnych ćwiczeń w planowanym procesie aktywności ruchowej. Niestety bardzo często nie jest to brane pod uwagę.

Model sensytywnych faz rozwoju zdolności motorycznych (Raczek 1987)



Rys.1 Fazy sensytywne rozwoju zdolności motorycznych człowieka (Raczek, 2010).

Środowisko społeczne – to element, który może być istotnie znaczącym czynnikiem w prowokowaniu do aktywności fizycznej bądź też nie. To rodzice, rodzeństwo, przyjaciele i grupa społeczna mogą stać się motywatorem lub demotywatorem, dobrym lub złym doradcą, który pozwoli żeby element ruchu był czynnikiem wpływającym na nasze zdrowie i jakość życia.

I w końcu wykonywany zawód, profesja. To też czynnik moderujący styl życia a przez to poziom aktywności ruchowej jednostki. Są zawody, które stymulują do ruchu i takie które wręcz uniemożliwiają. Są jednak jednostki które pomimo tzw. siedzącej pracy są aktywne lub nawet nadaktywne i są sytuacje wręcz odwrotne.

W okresie dzieciństwa (6-7 lat) zaleca się żeby aktywność ruchowa trwała około 60 minut co najmniej 3 razy w tygodniu i powinien być to intensywny wysiłek (aerobowy). Aktywność fizyczna u dzieci powinna oferować różnorodność ruchową, być dobrana do wieku i możliwości dziecka; powinna również sprawiać dziecku radość.

W okresie dojrzewania i młodzieńczego (14/15 – 20 lat) aktywność ruchowa w dużym skrócie staje się trudnym zadaniem, wręcz wyzwaniem. Związane jest to ze specyficznymi cechami procesu rozwoju w tym wieku. Następują zaburzenia koordynacyjne, nieharmonijny przyspieszony przyrost ciała. Dla zdrowia i dobrego samopoczucia zaleca się co najmniej aktywność ruchową 3 razy w tygodniu, średnio 60 minut o umiarkowanej intensywności aerobowej (Mazur 2013).

W okresie dojrzałości (40-50 lat) zaleca się podejmować aktywność ruchową przez 150 -300 minut umiarkowanego wysiłku tygodniowo, w tym intensywnego 75-150 minut. Co najmniej 2 razy w tygodniu dorośli powinni wykonywać ćwiczenia wzmacniające mięśnie i ćwiczenia wytrzymałościowe (Seefeldt i inni, 2002).

W okresie starości, sugerowane są przez różnych autorów, ćwiczenia siłowe, wykonywane 2 razy w tygodniu po 20 minut, zawierające zestaw 8-10 ćwiczeń angażujących najważniejsze grupy mięśniowe, po 10-15 powtórzeń każdego ćwiczenia. Ćwiczenia rozciągające, równoważne i koordynacyjne, wykonywane codziennie po 5-10 minut. I to ostatnie wydaje się być bardzo istotne. Zdolności koordynacyjne i ich zadawalający poziom jest potrzebny w każdym okresie, jednakże ze względu na różne występujące negatywne sytuacje, chociażby neofobia (strach przed nauką nowych umiejętności, w tym i ruchowych), staje się fundamentalną kwestią. Im wyższy poziom zdolności koordynacyjnych, tym większa chęć podejmowania nauki nowych umiejętności i utrzymywania poziomu ich wyuczenia w dłuższym czasie. Powodować to również będzie zwiększenie bezpieczeństwa w trakcie ruchu i aktywności ruchowej, pomimo przeciwieństw takich jak potencjalna osteoporoza, zmniejszenie masy mięśniowej oraz obniżenie funkcji mięśni (Pocztarska, Bergier, 2012).

Kobietom w ciąży i w okresie połogu WHO rekomenduje aktywność ruchową trwającą około 150 minut tygodniowo, jeśli nie ma przeciwwskazań lekarskich. Warto zadbać by intensywność podejmowanej aktywności była umiarkowana, korzystne są także ćwiczenia rozciągające. Tak wygląda teoria. Z obserwacji, jak i w oparciu o wiele nowoczesnych projektów naukowych angażujących kobiety w ciąży, posiadamy wiedzę dotyczącą konkretnych wartości obciążeń treningowych (intensywności i objętości). Indywidualnie dobrane ich wartości, oczywiście po konsultacji lekarza, pozwalają kobietą trenować na wyższych intensywnościach niż przedstawiała do tej pory literatura tematu. Przykładem mogą być wyniki badań oraz publikacje prof. Anny Szumilewicz (AWFiS Gdańsk), z którą miałem przyjemność współpracować w części projektu badań i publikować rezultaty badań dotyczą-

cych aktywności ruchowej kobiet w ciąży oraz oceny pracy mięśni dna miednicy w aspekcie wysiłkowego nietrzymania moczu.

Jak wygląda aktywność ruchowa w jednostkach chorobowych? Wiele źródeł podaje, że aktywność fizyczna wydaje się skuteczna w obniżaniu ryzyka raka piersi, jelita grubego, raka płaskonabłonkowego oraz raka prostaty. U pacjentów z ww. nowotworami ruch niweluje obniża symptomy takie jak zmęczenie, obniżona jakość życia. W dodatku aktywność fizyczna ma działanie protekcyjne podczas chemioterapii. Każda jednostka chorobowa wymaga bardzo indywidualnego podejścia do realizacji zadań w ramach procesu aktywności ruchowej. Lekarz, instruktor ruchu, psycholog i fizjoterapeuta to wg mnie najlepsza grupa specjalistów przy tworzeniu i realizacji nowoczesnych i skutecznych terapii ruchem. Świetnym przykładem obrazującym takie działanie, głównie w oparciu o efekty psychologiczne ale nie tylko, jest projekt realizowany przez dr Milenę Lachowicz (AWFiS Gdańsk oraz GUMed) „*Rak Out*”, angażujący kobiety po przejściu oraz w trakcie chorób nowotworowych – nowatorski i rzetelny projekt o interdyscyplinarnych podstawach: psychologii, medycyny, teorii sportu.

Temat aktywności ruchowej i jej niezaprzeczalnego wpływu na nasze zdrowie i jakość życia jest cały czas aktualny i często podejmowany. Ważnym jest żebyśmy byli świadomi siły tej aktywności i konieczności stosowania jej „mądrze” i w sposób zaplanowany.

Literatura:

1. Raczek J.: Antropomotoryka. Teoria motoryczności w zarysie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
2. Osiński W.: Antropomotoryka (Antropomototics). Wydanie II rozszerzone Wydawnictwo AWF Poznań, Seria Podręczniki, nr 49, 2000.
3. Siwiński W., Rasińska R.: Aktywność fizyczna jako zasadniczy cel stylu życia i zdrowia człowieka, w: Pielęgniarstwo Polskie nr 2 (56), Warszawa 2015.
4. Mazur J.: Aktywność fizyczna młodzieży szkolnej w wieku 9-17 lat, Raport końcowy. Cz. I. Badania ilościowe, Warszawa 2013.
5. Constitution Of The World Health Organization. 2006.
6. Pocztarska-Dec A., Bergier J.: Aktywność ruchowa ludzi starszych w świetle dotychczasowych badań. Człowiek i Zdrowie, nr 1 (VI), 2012.
7. Seefeldt V, Malina R., Clark M.: Factors affecting levels of physical activity in Adults. Sports Medicine 32 143-168, 2002.

dr hab. Marcin Dornowski

Profesor Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku, prorektor ds. studenckich.