

WPLYW SYSTEMATYCZNEJ AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ NA JAKOŚĆ ŻYCIA OSÓB ZDROWYCH – ROZWAŻANIA WSTĘPNE

INFLUENCE OF PHYSICAL ACTIVITY ON THE QUALITY OF LIFE OF HEALTHY ADULTS – PRELIMINARY REMARKS

Maria-Luiza Podbielska^{1,2*}

¹ Inwestasekur, 53-124 Wrocław, Al. Lipowa 30

² Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu, 51-612 Wrocław, ul. Paderewskiego 35

* e-mail: maria-luiza@gmx.at

STRESZCZENIE

Praca omawia terminologię związaną z jakością życia i metody badania. Zwrócono uwagę na badanie jakości życia osób zdrowych w aspekcie systematycznie uprawianej aktywności fizycznej jako zachowań prozdrowotnych.

Słowa kluczowe: jakość życia, aktywność fizyczna

ABSTRACT

The paper discusses terminology of the quality of life and the examination methods. The attention was paid to the quality of life of healthy adults that can be influenced by systematic physical activity as a health promoting and preventive measure.

Keywords: quality of life, physical activity

1. Wstęp

Do czynników wpływających na jakość życia bez wątpienia należy aktywność fizyczna, która m.in. obejmuje podejmowane w ramach wypoczynku czynnego różnego rodzaju zabawy, ćwiczenia czy też amatorskie uprawianie różnych dyscyplin sportu. Aktywności fizyczne tego typu realizowane są w różnych celach: dla przyjemności, rekreacji, a także w celu utrzymania zdrowia, poprawy zdolności wysiłkowej lub też zdobywania specjalnych sprawności i umiejętności fizycznych. Takie zachowania prozdrowotne zapobiegają powstawaniu różnych chorób cywilizacyjnych [1]. Podkreśla się, że aktywność fizyczna powinna towarzyszyć człowiekowi przez całe życie, dlatego tak ważne jest propagowanie kultury fizycznej nie tylko wśród dzieci, ale i wśród osób dorastających, bo to daje podstawy kontynuacji zachowań prozdrowotnych w życiu dorosłym [2]. Badając jakość życia

zdrowych dorosłych, można stwierdzić, że aktywność fizyczna jest nie tylko związana *sensu stricte* z kondycją fizyczną, ale także psychiczną [3].

2. Pojęcie jakości życia

Pojęcie jakości życia jest szerokie i zarówno w naukach społecznych, jak i w naukach medycznych nie ma jednoznacznej definicji jakości życia. Jakość życia bada się w zależności od dziedziny życia i czynników, które na jakość wpływają. Najczęściej pod uwagę bierze się takie czynniki, jak stan zdrowia, zadowolenie z życia, poczucie szczęścia, dostosowanie psychospołeczne, dobrostan czy aktywność fizyczną [4]. Jakość życia ma niewątpliwie związek z ogólnym poczuciem zdrowia rozumianym zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO). WHO definiuje zdrowie następująco: „*zdrowie jest stanem pełnego, dobrego samopoczucia/dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego*” (*WHO definition of Health, Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference*, cytowane za: Frank, 2012 [5]). Definicja ta podkreśla, że zdrowie to nie tylko brak choroby. Zdrowie jest więc pojęciem, obejmującym zasoby osobiste i społeczne oraz możliwości fizyczne, a nie tylko brak obiektywnie istniejącej choroby czy niepełnosprawności. Dlatego też można powiedzieć, że jakość życia to pojęcie subiektywne danej osoby, zależne od jej pozycji życiowej i przyjętych systemów wartości, zależne również od stawianych celów, osiągnięć, wzorców i zainteresowań [6]. Pojmowanie jakości życia jest więc zależne nie tylko od stanu zdrowia fizycznego i psychicznego, samodzielności, relacji społecznych, czynników środowiska, ale także od indywidualnego nastawienia danej osoby.

Chociaż wspomniana powyżej definicja zdrowia WHO z 1946 roku (weszła w życie 7. kwietnia 1948 roku) wyraźnie nawiązuje do jakości życia, to badania na ten temat rozpoczęto stosunkowo niedawno, bo dopiero w latach 90. ubiegłego stulecia podjęto systematyczne studia w tej dziedzinie [7, 8]. Dziś wiemy, że badania te powinny uwzględniać między innymi stopień zadowolenia ze stanu zdrowia oraz z życia rodzinnego, stosunków towarzyskich, życia zawodowego, osiągniętego wykształcenia, wykonywanej specjalności czy uniwersalnych norm mających wpływ na jakość życia w obrębie miejscowej społeczności, na co uwagę zwracają również polscy badacze [9, 10].

3. Badania nad jakością życia

Na jakość życia mają wpływ czynniki obiektywne i subiektywne. Do czynników obiektywnych możemy zaliczyć np. stan zdrowia, a w przypadku osoby chorej także obraz kliniczny jednostki chorobowej, stwierdzony przez personel medyczny. Ważna jest też pozycja społeczno-ekonomiczna takiej osoby. Natomiast czynniki subiektywne to np. czynniki społeczne, psychiczne, fizyczne, a także międzyludzkie. Wpływ poszczególnych czynników subiektywnych na wypadkową ocenę jakości życia jest bardzo zindywidualizowany (spersonalizowany) czyli zależy od nastawienia danej osoby. Dlatego w ostatnich latach tak wiele uwagi poświęca się medycynie opartej na predykcji (przewidywaniu), prewencji i spersonalizowanym podejściu do pacjenta (tzw. medycyna PPPM – Predictive, Preventive, Personalized Medicine [11, 12]. Przy tym ważną rolę odgrywa promocja zdrowia i prewencja, między innymi poprzez aktywność fizyczną, na co zwraca się uwagę w wielu oficjalnych dokumentach np. Komisji Europejskiej (Biała księga na temat sportu, 2007) [13].

Większość badań nad jakością życia dotyczy oceny jakości życia osób chorujących na jakąś chorobę. Badana jest jakość życia pacjentów onkologicznych, chorych na cukrzycę, na choroby układu krążenia, po zawałach etc. Nie sposób tu wymienić wszystkich publikacji, które w ostatnim czasie się ukazały. Dość powiedzieć, że w bazie PUBMED w lutym 2014 roku pod hasłem quality of life widniało ogółem 215 180 publikacji. Co roku ich liczba lawinowo rośnie. O ile w roku 1970 roku opublikowano 12 prac, a w roku 1980 – 398, to 1990 było 1 739 publikacji, a w 2013 ukazało się aż 20 728 prac. W badaniach ankietowych osób chorych bada się jakość życia zależną od zdrowia tzw. HRQOL (*Health-related Quality of Life*). HRQOL bierze pod uwagę przebieg choroby, jej następstwa, wyniki leczenia. Przy tym wykorzystywane są różnego rodzaju kwestionariusze ogólne np. EuroQOL (EQ-5D), Sickness Impact Profile (SIP), World Health Organization Quality Of Life Questionnaire (WHOQOL) oraz International Quality of Life Assessment (IQOLA) – SF-36 Health Survey [14, 15, 16].

Opracowywane są również różne kwestionariusze szczegółowe, dotyczące konkretnych jednostek chorobowych. Wielu badaczy zwraca też uwagę, że trudno jest jednoznacznie stwierdzić, które skale i w jakich przypadkach powinny być stosowane [17]. W 2008 roku badacze australijscy Narelle Borrott i Robert Bush dokonali dogłębnej analizy różnych skal w odniesieniu do chorych na cukrzycę typu 2 i doszli do wniosku, że skale ogólne mogą być tak samo wiarygodne, jak i skale specyficzne [18].

Badania jakości życia mogą być prowadzone także poprzez analizę dostępnych danych statystycznych, jak np. w przypadku wskaźnika jakości życia, który wszedł do sfery makroekonomicznej. Wskaźnik ten, wprowadzony w 2005 przez brytyjski tygodnik *The Economist*, pozwala na porównanie jakości życia obywateli różnych państw czy regionów, przy czym pod uwagę bierze się następujące czynniki: sytuacja materialna (PKB), zdrowie (średnia oczekiwana długość życia), ocena stabilności politycznej i bezpieczeństwa, wskaźnik rozwodów, życie wspólnotowe (religijne, związkowe), klimat, stopa bezrobocia, wolność polityczna i równość płci. Dane te publikowane są co roku, a pochodzą z różnych zestawień statystycznych (nie są to dane uzyskiwane za pomocą badań ankietowych).

4. Jakość życia osób zdrowych

W ostatnich latach prowadzi się też badania jakości życia w populacji osób zdrowych, analizując różne czynniki, jak np. styl życia, formy spędzania wolnego czasu czy sytuację socjoekonomiczną. Niektóre badania, analizujące poczucie szczęścia, wskazują na przewagę aktywności fizycznej nad innymi formami spędzania wolnego czasu. Hills i Argyle badali poczucie szczęścia u 275 osób w czterech grupach badawczych, u osób, które w czasie wolnym poświęcały się zajęciom sportowym, osób, które słuchały muzyki, chodziły często do kościoła lub oglądały łatwe programy telewizyjne. Posługując się skalą oksfordzką (Oxford Happiness Inventory OHI) pokazali, że najszczęśliwszą grupą osób są osoby uprawiające sport [19]. Taki wynik może być też związany z wiekiem, gdyż była to grupa najmłodsza. Badania takie obejmują często duże populacje, a ich wyniki znajdują odzwierciedlenie m.in. w prozdrowotnej polityce państwa, szczególnie w krajach o wysokim stopniu zagrożenia depresją (jak np. w Skandynawii). Takie badania przeprowadzono np. w Finlandii, wykazując mniejszy poziom zagrożenia depresją i wyższe poczucie szczęścia u osób uprawiających sport, przynajmniej 2–3 razy w tygodniu [20]. Badając poczucie jakości życia u bliźniąt uprawiających aktywność fizyczną i nieuprawiających sportów, również wykazano wyższą jakość życia osób, które w chwilach wolnych oddawały się aktywności fizycznej [21]. Co ciekawe, preferowana jest umiarkowana aktywność fizyczna, ponieważ stwierdzono, że u osób intensywnie ćwiczących jakość życia porównywalna jest z jakością życia osób nieuprawiających żadnej aktywności fizycznej [22, 23].

Wiele badań prowadzonych w ostatnich latach dotyczy także zawodowych sportowców. Ukazują się prace, które analizują jakość życia byłych sportowców wyczynowych. W badaniach jakości życia byłych wyczynowych tenisistów stołowych wykazano, że mają oni wysoką jakość życia i poczucie satysfakcji życiowej [24]. Wiele prac związanych jest z porównaniem jakości życia sportowców wyczynowych i amatorów, wskazując, że jakość życia zależy o poziomu współzawodnictwa [25]. Z tym faktem wiąże się również wyniki badań wskazujące, że jakość życia sportowców zależy od płci, na korzyść mężczyzn [26]. Inne badania koncentrują się na porównaniu jakości życia sportowców niepełnosprawnych i osób niepełnosprawnych, nieuprawiających sportu [27]. Porównuje się też jakość życia sportowców zawodowych i amatorów, wskazując na wyższą jakość życia osób, które bardziej narażone są na ostrzejszą konkurencję [28].

5. Podsumowanie

Reasumując, można stwierdzić, że umiarkowana aktywność fizyczna, połączona z elementem walki i konkurencji, ma pozytywny wpływ na zdrowie fizyczne, poczucie szczęścia i ogólną jakość życia. Wiele osób czynnych zawodowo ma bardzo nieaktywny tryb pracy, przeważnie jest to praca siedząca, wymagająca stałego dostępu do komputera. W czasie wolnym natomiast często te osoby nie korzystają z takich form aktywności, jak fitness czy basen, gdyż uważają to za nudne i nie mogą się zobligować do regularnych ćwiczeń. Sporty partnerskie czy grupowe, np. tenis czy squash wymagają znalezienia odpowiedniego partnera, dostosowania grafiku, a także już pewnych umiejętności, żeby ich upra-

wianie sprawiało przyjemność. Alternatywą dla tych osób mogą być wybrane sporty walki, które zawierają zarówno element ogólnej aktywności fizycznej, łączą elementy sportu towarzyskiego z elementami walki, a także w powszechnym odczuciu społecznym mają pozytywny wymiar umiejętności samoobrony.

LITERATURA

- [1] J. Barankiewicz: *Leksykon wychowania fizycznego i sportu szkolnego*, WSiP, Warszawa 1998.
- [2] T. Tammelin, S. Nayha, A. Hills, M.R. Jarvelin: *Adolescent Participation in Sports and Adult Physical Activity*, American Journal of Preventive Medicine, vol. 24(1), 2003; s. 22–28.
- [3] D. Gill, C. Hammond, E.J. Reifsteck, C. Jehu, R. Williams, M. Adams, E. Lange, K. Becofsky, E. Rodriguez, Y.-T. Shang: *Physical Activity and Quality of Life*, Journal of Preventive Medicine and Public Health, vol. 46(Suppl 1), 2013, s. 28–34.
- [4] E. Pietrzykowska, D. Zozulińska, B. Wierusz-Wysocka: *Jakość życia chorych na cukrzycę*, Polski Merkuriusz Lekarski vol. 23(136), 2007, s. 311–314.
- [5] P. Frank: *The Preamble of the Constitution of the World Health Organization*, Bulletin of the World Health Organization, vol. 80(12), 2002, s. 981–982.
- [6] E. Mikołajewska: Wpływ rehabilitacji i fizjoterapii na poprawę jakości życia, Postępy Rehabilitacji, vol. 22(3), 2008, s. 5–9.
- [7] L. Fallowfield: *Quality of quality-of-life data*, The Lancet, vol. 348(9025), 1996, s. 421–422.
- [8] M.E.M. Jenney, S. Campbel: *Measuring quality of life*, Archives of Disease in Childhood, vol. 77, 1997s. 347–354.
- [9] E. Papuć: Jakość życia – definicje i sposoby jej ujmowania, Current Problems Psychiatry, vol. 12(2), 2011, s. 141–145.
- [10] J. Trzebiatowski: *Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych*, Hygeia Public Health, vol. 46(1), 2011, s. 25–31.
- [11] O. Golubnitschaja, V. Costigliola: *Common origin but individual outcomes: time for new guidelines in personalized healthcare*, Personalized Medicine, vol. 7, 2010, s. 561–568.
- [12] O. Golubnitschaja: *The message from the Secretary General of EPMA – European Association of Predictive, Preventive and Personalized Medicine*, Acta Bio-Optica et Informatica Medica Inżynieria Biomedyczna, 2013, vol. 19, nr 1, s. 1–2.
- [13] *Biała księga na temat sportu*, wydanie w języku polskim, Komisja Europejska, Luksemburg, Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich, 2007.
- [14] C.E. Ferrans, M.J. Powers: *Quality of Life Index: Development and psychometric properties*, Advances in Nursing Science, vol. 8, 1985, s. 15–24.
- [15] R.D. Hays, H. Hahn, G. Marshall: *Use of the SF-36 and other health-related quality of life measures to assess persons with disabilities*, Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, vol. 83(12 Suppl 2), 2002, s. 4–9.
- [16] P. Hills, M. Argyle: *The Oxford Happiness Questionnaire: a compact scale for the measurement of psychological well-being*, Personality and Individual Differences, 2002, s. 1073–1082.
- [17] T. Bakas, S.M. McLennon, J.S. Carpenter, J.M. Buelow, J.L. Otte, K.M. Hanna, J.L. Welch: *Systematic review of health-related Quality of Life Models*, Health and Quality of life Outcomes, vol. 10, 2012, s. 134–146.
- [18] N. Borrott, R. Bush: *Measuring Quality of Life among those with type 2 diabetes in primary care*, 2008, Prepared by the Healthy Communities Research Centre, The University of Queensland, Australia in collaboration with Ipswich & West Moreton, Division of General Practice (IWMDGP).
- [19] P. Hills P, M. Argyle: *Positive moods derived from leisure and their relationship to happiness and personality*, Personality and Individual Differences, 1998, 25, 523–535.
- [20] P. Hassmén, N. Koivula, A. Uutela: *Physical Exercise and Psychological Well-Being: A Population Study in Finland*, Preventive Medicine, vol. 30, 2000, s. 17–25.
- [21] J.H. Stubbe, M.H.M. de Moor, D.I. Boomsma, E.J.C. de Geus: *The association between exercise participation and well-being: A co-twin study*, Preventive Medicine, vol. 44, 2007, s. 148–152.
- [22] A. Vuillemin, S. Boini, S. Bertrais, S. Tessier, J.U.M. Oppert, S. Hercberg, F. Guillemin, S. Brianc: *Leisure time physical activity and health-related quality of life*, Preventive Medicine, vol. 41, 2005, s. 562–569.
- [23] D. Brown, L. Balluz, G. Heath, D. Moriarty, E. Ford, W. Giles, A. Mokdada: *Associations between recommended levels of physical activity and health-related quality of life. Findings from the 2001 Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) survey*, Preventive Medicine, vol. 37, 2003, s. 520–528.
- [24] M. Kawa: *Jakość życia byłych wyczynowych tenisistów stołowych*, Sport Wyczynowy, nr 11–12, 2004, s. 29–30.
- [25] A.R. Snyder, J.C. Martinez, R.C. Bay, J.T. Parsons, E.L. Sauers, T.C.V. McLeod: *Health-related quality of life differs between adolescent athletes and adolescent nonathletes*, Journal of Sport Rehabilitation, vol. 19, 2010, s. 237–248.
- [26] T. Tanabe, A.R. Snyder, R.C. Bay, T.C.V. McLeod: *Representative values of health-related quality of life among female and male adolescent athletes and the impact of gender*, Athletic Training & Sports Health Care, vol. 2, 2010, s. 106–113.
- [27] K. Yazicioglu, F. Yavuz, A.S. Goktepe, A.K. Tan: *Influence of adapted sports on quality of life and life satisfaction in sport participants and non-sport participants with physical disabilities*, Disability and Health Journal, vol. 5(4), 2012, s. 249–53.
- [28] A.L. Padrão dos Santos: *Quality of Life in Professional, Semiprofessional, and Amateur Athletes: An Exploratory*

Analysis in Brazil, SAGE Open, vol. 3, 2013, s. 1–8.

otrzymano / submitted: 31.03.2014
wersja poprawiona / revised version: 07.05.2014
zaakceptowano / accepted: 10.05.2014