

Czy pomiar aktywności fizycznej przy wykorzystaniu kwestionariusza jest przydatny klinicznie?

mgr Sylwia Skorupska, prof. dr hab. n. med. Artur Mamcarz

III Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny



Stawy rozwój ekonomiczny i gospodarczy spowodował, że człowiek wbrew własnej naturze zaczął prowadzić siedzący tryb życia. Ograniczenie aktywności fizycznej prowadzi do narastania niekorzystnych zmian, które z czasem stają się nieodwracalne, oraz do rozwoju wielu chorób nękających współczesną cywilizację, w tym chorób serca, otyłości czy chorób metabolicznych. Dlatego eksperci WHO stawiają konieczność zwiększenia aktywności fizycznej społeczeństw na jednym poziomie z leczeniem nadciśnienia tętniczego, zaburzeń lipidowych czy walką z nałogami [1].



Nieliczne badania dotyczące aktywności fizycznej w Polsce pokazują, że 2,4–64% Polaków deklaruje prowadzenie aktywnego trybu życia. Tak duże różnice wyników spowodowane są wykorzystaniem różnych metod badawczych do pomiaru aktywności fizycznej. W związku z powyższym konieczne wydaje się stosowanie kwestionariuszy o najwyższym wskaźniku powtarzalności i wiarygodności [2]. Do najczęściej stosowanych i weryfikowanych kwestionariuszy w populacji osób dorosłych należą: *Minnesota Leisure Time Physical Activity Questionnaire* (MLTPAQ), *Seven-Day Physical Activity Recall* (SDPAR), *Paffenbarger Physical Activity Questionnaire* (PPAQ).

W komentowanej pracy autorzy oceniali przydatność kwestionariusza PPAQ w praktyce klinicznej. Badaniem objęto 207 chorych, których poddano zabiegowi rewaskula-

ryzacji naczyń wieńcowych, a następnie włączono do programu rehabilitacji kardiologicznej szpitalnej i wczesnej rehabilitacji poszpitalnej. Autorzy wykazali, że powyższy kwestionariusz może zostać wykorzystany w badaniach klinicznych, gdyż oprócz ocenionej do tej pory wysokiej powtarzalności, dodatkowo wykazuje korelację z większością wskaźników testu wysiłkowego. W badaniu można zauważyć także niepokojącą skłonność pacjentów do niepodjęcia aktywności fizycznej. W związku z tym nasuwa się pytanie: czy w trakcie programu rehabilitacji kardiologicznej, oprócz ćwiczeń fizycznych, prowadzona była edukacja prozdrowotna pacjentów? Jeśli nie – to czy brak wzrostu aktywności fizycznej badanych nie był spowodowany brakiem wiedzy na temat sposobu i możliwości bezpiecznego podejmowania wysiłku fizycznego? Powiedzenie pacjentowi „musi pan się więcej ruszać” nie przyniesie oczekiwanych przez lekarza czy fizjoterapeutę rezultatów. Aktywność fizyczna powinna być dobrana indywidualnie do możliwości, potrzeb i zainteresowań pacjenta. Powinna być wprowadzana stopniowo (dobrym początkiem jest rehabilitacja kardiologiczna), by wyrobić u pacjenta nawyk aktywności fizycznej, a następnie zmienić jego styl życia [3].

Piśmiennictwo

1. Skorupska S, Makowiecki KL, Mamcarz A. Zespół metaboliczny – czy warto zmienić styl życia? *Kardioprofil* 2008; 6: 350-4.
2. Stasiotek D, Jegier A. Wybrane kwestionariusze stosowane do oceny aktywności ruchowej w różnych grupach wiekowych. *Medicina Sportiva* 2003; 7: 19-30.
3. Krawański A. Projektowanie treningu zdrowotnego – metodyka postępowania. *Medicina Sportiva* 2001; 5 (Supl. 2): 129-46.