

AKTYWNOŚĆ RUCHOWA STRAŻNIKIEM SPRAWNOŚCI PSYCHOFIZYCZNEJ I ZDROWIA W UJĘCIU SOCJOLOGICZNYM

Pisząc ten artykuł, zdałem sobie sprawę z tego, że po zakończeniu działalności naukowej w wieku senioralnym nie będę mógł spodziewać się tego, że państwo będzie miało dla mnie jakąś ofertę w zakresie świadczeń socjalnych. Może nawet nie otrzymam emerytury ani renty, bądź też będą one w tak niskiej wysokości, że nie zaspokoją elementarnych potrzeb. Do takiego sposobu myślenia skłania to, w jakim standardzie żyją obecni emeryci i renciści oraz dane demograficzne i kalkulacje finansowe, z których wynika, że i te niskie świadczenia, jakie oni pobierają teraz, będą nieosiągalne dla tych, którzy na rentę lub emeryturę będą przechodzić za 15-20 lat. Niemiecki filozof i terapeuta Bert Hellinger uważa nawet, że opiekuńcze państwa europejskie dają za dużo swoim obywatelom¹. Jego zdaniem emerytura nie musi być obowiązkowa ani oczywista, podobnie jak do czasu objęcia prezydentury przez Baracka Obamę nie były powszechnymi ubezpieczenia zdrowotne w USA.

Fakt, że nisko wynagradzane pielęgniarki strajkują przed Sejmem RP, analogicznie do opiekunów osób niepełnosprawnych, rehabilitantów i masażystów walczących o wsparcie finansowe, nie napawa optymizmem. Podobnie jak deficyt opiekunów medycznych i społecznych oraz odchodzenie z zawodu pielęgniarek. Zakładam zatem, że państwo będzie raczej sukcesywnie odbierało i redukowało „przywileje” i świadczenia socjalne. Tak, jak czyni to obecnie przy pomocy urzędników – np. orzeczników ZUS – przywracających w „cudowny” sposób sprawność kobietom po resekcji piersi lub pozbawiając świadczeń finansowych i społecznych bezrobotnych cukrzyków, skazując ich tym samym na wegetację. Według danych Fundacji Watch Health Care Polska zajmuje jedno z ostatnich miejsc w Europie pod względem dostępności dobrej jakości opieki medycznej; podobnych informacji dostarcza Konsumencki Indeks Zdrowia, porównujący systemy ochrony zdrowia w krajach europejskich z perspektywy konsumenta/pa-

¹ Za: R.R. Smith (2012), *Podróże z Platonem. Filozofia na walizkach*, Warszawa, s. 234.

cjenta. Według OECD mamy najmniejszy odsetek czynnych zawodowo lekarzy w całej Unii Europejskiej (2,2 na 1 tys. mieszkańców).

„Eksperci” i „specjaliści” od zdrowia, sprawności i kondycji fizycznej

Intuicja i socjalizacja, będąca tresurą społeczną, podpowiadają, że o nasze zdrowie mogliby, a nawet powinni, zadbać tacy eksperci i specjaliści od ciała, jak: lekarz, fizjoterapeuta, „wuefista”, czyli nauczyciel wychowania fizycznego. Bo oni mają stosowne kwalifikacje i wykształcenie, stanowiące podstawę wykonywanego przez nich zawodu. Przyjrzyjmy się temu bliżej. Aby dostać się na studia wyższe na większość kierunków państwowych i prywatnych uczelni w Polsce, wystarczy mieć zdaną maturę. Przeważnie nie obowiązują żadne egzaminy ani wymogi wstępne – poza formalnymi, łatwymi do spełnienia dla zdecydowanej większości kandydatów, których z powodu niżu demograficznego i tak jest niedostateczna liczba.

1) Wychowanie fizyczne i sport. Zawód trenera od kilku lat jest zderegulowany i nie wymaga studiów wyższych. Ci, którzy przychodzą na kierunek studiów *wychowanie fizyczne* lub *sport* (głównie na AWF, ale nie tylko), posiadają często niewielki kapitał intelektualny, kulturowy i społeczny. Jako statystyczni Polacy nie czytają książek i zwykle nie uprawiają też regularnie sportu. Wielu z nich z bardziej zaawansowanymi postaciami aktywności fizycznej spotyka się po raz pierwszy dopiero na studiach. Niektórzy przychodzą na nie po to, żeby nauczyć się pływać i zdobyć inne przydatne praktyczne umiejętności. Są wytworem edukacyjnej „taśmy produkcyjnej”, której efekt końcowy przybrać może postać nauczyciela wychowania fizycznego, trenera osobistego, osiedlowego lub klubowego. Akademie wychowania fizycznego nie „produkują” dziś elit sportowych. Operują takimi zasobami ludzkimi, jakie skłonne były przyjść na bezpłatne studia, mając niemal nieograniczone możliwości wyboru na przepastnym „rynku usług edukacyjnych” Ci, którzy przychodzą, są „dziećmi swoich rodziców” – a połowa Polaków nie uprawia sportu w ogóle – o czym będzie mowa dalej. Moglibyśmy życzliwie założyć, że do szkół wyższych kształcących na kierunku *wychowanie fizyczne* przychodzą dzieci tej drugiej połowy – uprawiającej sport, ale fakty zdają się nie potwierdzać tego założenia. Jak zatem student bez rodzinnych tradycji i wyrobionych trwałych postaw w osobistym życiu ma aktywizować niechętnego nad wyraz nastolatka, otyłe dziecko, wykształconego człowieka po incydencie chorobowym lub seniora i zachęcić ich do uprawiania sportu? Jakimi środkami kultu-

rowo-społecznymi dysponuje absolwent kierunku *sport, wychowanie fizyczne*? Jaki jest jego język komunikacji, „miękkie” kompetencje i umiejętności społeczne? Niechęć wielu osób do sportu bierze się z wad wczesnych etapów edukacji, słabej infrastruktury sportowej w szkołach², kontaktu z nauczycielami wychowania fizycznego i ich metodami kształcenia niedostosowanymi do płci³, stopnia sprawności i zaangażowania, wieku rozwojowego itp. Dla niektórych osób niechęć ta przybrała postać „alergii” i utrwaliła się dożywotnio. Znakomicie zostało to pokazane w filmach „Facet od wf-u”⁴, „Tajne przez połacie”⁵, czy „Wszystko będzie dobrze”⁶, a świetnie opisane przez filozofa i socjologa Szczepana Twardocha w opowiadaniu *Masara*⁷. Niedawna ministra sportu – dr Joanna Mucha – bez krępacji przyznawała, że od dziecka sportu nie cierpiała i go nie uprawiała oraz – co wydaje się kuriozalne – że na sporcie się nie zna. Niebawem dzieci będą oceniane na podstawie tego, jak bardzo się starają, a nie jaki faktyczny wynik osiągnęły.

- 2) Fizjoterapia – kierunek studiów tak dziś modny, jak niegdyś *zarządzanie i marketing* albo *pedagogika specjalna*, a obecnie *kosmetologia*. Wykładany na uczelniach państwowych i prywatnych w bardzo różnym standardzie. Aby dostać się na pierwszy stopień fizjoterapii wystarczy matura, a na drugi stopień – studia uzupełniające magisterskie – można być przyjętym bez żadnych egzaminów. Po przebrnięciu na dowolnych ocenach w dowolnej liczbie terminów jest się dopuszczonym do pracy z pacjentami. Jeszcze do niedawna kierunek *fizjoterapia*, stworzony przez zasłużonego poznańskiego lekarza Wiktora Dege, uchodził za elitarny, związany był z pasją i powołaniem. Obecnie bez żadnego problemu może studiować go każdy, kto tylko zechce. Jak osiągający jedynie minimalny standard akademicki student fizjoterapii miałby nawiązać kontakt i porozumienie z wykształconym człowiekiem na szpitalnym łóżku, kozetce rehabilitacyjnej, w gabinecie zabiegowym? Jak miałby nakłonić pacjenta do aktywności ruchowej wtórnej w sytuacji, kiedy sam jest otyły (lub anorektyczny), sportu nie uprawia i nigdy nie uprawiał? A na studiach jest po to, by „fajnie” spędzać czas i na kilka lat oddalić od siebie wid-

² Raport Najwyższej Izby Kontroli, będący efektem inspekcji przeprowadzonej w 2010 r. w polskich szkołach, uznaje infrastrukturę sportową za „katastrofalną”, http://www.nik.gov.pl/aktualnosc/nik-o-wychowaniu-fizycznym-w-szkolach.html#przypis_1 (dostęp: 09.04.2015).

³ H. Jakubowska (2014), *Gra ciałem. Praktyki i dyskursy różnicowania płci w sporcie*, Warszawa.

⁴ „Mr. Woodcock”, reżyseria Craig Gillespie i David Dobkin, scenariusz Michael Carnes i Josh Gilbert, 2007 r.

⁵ „Burn after Reading”, scenariusz i reżyseria Joel Cohen i Etan Cohen, 2008 r.

⁶ Reżyseria Tomasz Wiszniewski, scenariusz Robert Brutter, Tomasz Wiszniewski i Rafał Szamburski.

⁷ S. Twardoch (2011), *Masara*. W: Tenże, *Tak jest dobrze*, Warszawa, ss. 61-89.

mo bezrobocia. Zasadną krytykę powszechnej scholaryzacji już 100 lat temu przeprowadził rosyjski socjolog Pitirim A. Sorokin⁸ i nie straciła ona na aktualności. Niemniej jednak rozpaczliwie potrzebujemy specjalistycznych kadr: pielęgniarek, fizjoterapeutów, asystentów osób niepełnosprawnych, opiekunów społecznych, aktywatorów zawodowych seniorów. Zapotrzebowanie na tego typu fachowy personel będzie stale wzrastać. Widać to po rynku pracy w „starej Europie”, Japonii i w USA. Medyczne roboty usługowe nie będą w stanie zastąpić ludzi we wszystkim.

- 3) Środowisko lekarskie, ślepo zapatrzone w farmakologię, komputery, laboratoria analityczne i urządzenia elektroniczne, w większości przypadków (poza medycyną sportową) nie ceni sportu, a w aktywności fizycznej nie dostrzega antidotum na bolączki współczesnego człowieka. Lekarze gremialnie traktują pacjentów jako „jednostki chorobowe” i „przypadki medyczne”, przedmiotowo, a nie podmiotowo, jak życzyłby sobie tego Immanuel Kant. Platon o ignorujących rudymenarne potrzeby pacjentów medykach napisał: „Tacy lekarze nie udzielają pacjentom żadnych wyjaśnień dotyczących ich choroby i słowem nie dają odezwać się choremu (...) niby jakiś tyran, i co tchu pędzi do następnego pacjenta”⁹ Jeszcze dobitniej wyraził to brytyjski neurolog i psychiatra Oliver Sacks, kiedy trafił do szpitala jako pacjent: „Człowiek poddany instrumentalnym rygorom i przepisom przestaje być wolny, zostaje pozbawiony praw, odseparowany od świata. Jest to dokładnie taka sama procedura, jaka towarzyszy zamykaniu w więzieniu (...). Człowiek przestaje być osobą – staje się pensjonariuszem, rozumie, że chodzi o opiekę, ale i tak jest to przerażające. W trakcie formalności przyjmowania poddałem się całkowicie owemu przerażeniu idącemu z poczucia całkowitej degradacji (...) po raz pierwszy potraktowano mnie jako (...) przedmiot”¹⁰. Jaka jest szansa na to, że lekarze będą rekomendowali pacjentom nowoczesną aktywność ruchową zamiast lekarstw? Minimalna.

Zdrowie w polu napięć społecznych

Niemiecki filozof Hans Georg Gadamer, uczeń Edmunda Husserla i Martina Heideggera, twierdzi z asercją: „Nigdzie indziej postęp nowoczesnego badania naukowego nie wkracza tak silnie w pole napięć społeczno-politycznych (jak

⁸ P.A. Sorokin (2009), *Ruchliwość społeczna*, Warszawa, ss. 190-195.

⁹ Platon (1960), *Prawa*, Warszawa, s. 166.

¹⁰ O. Sacks (1996), *Stanąć na nogi*, Poznań, ss. 32-33.

w medycynie – dopisek TS)”¹¹. Jesteśmy obecnie świadkami zachodzenia, i to bezpośrednio na naszych oczach i z naszym udziałem, radykalnych zjawisk społecznych o charakterze globalnym¹². Zjawiska te zachodzą na siebie nawzajem, symultanicznie, w tym samym czasie, przyczyniając się do powstawania ruchów społecznych przypominających te, gdy nachodzą na siebie płyty tektoniczne, doprowadzając do gwałtownych wstrząsów. Wśród wielu czynników mających na ten stan rzeczy wpływ, szczególną uwagę odgrywają te o proveniencji społecznej, wymienione poniżej nie w porządku ważności, ale w formie subiektywnego wykazu.

1. Gwałtowne starzenie się społeczeństw. Nie tyle lepsza, co raczej efektywniejsza i skuteczniejsza opieka medyczna oraz poprawa warunków bytowych przyczynia się do tego, że długość życia ludzi stale rośnie, choć już niekoniecznie jego jakość. W Polsce w przeciągu najbliższej dekady spodziewany jest wzrost rządu 2-3 mln osób w wieku poprodukcyjnym. Pisząc o starości, pięknie wyraził się eseista Marek Bieńczyk: „(...) na ciałach ułomnych, starych, tak czy inaczej kalekich widać najwyraźniej gesty rozpaczliwej walki z własnym przemijaniem; schylić się i próbować założyć kaptcie to już cała bitwa. Dojmujące jest widzieć je u ludzi, których kochamy, ale też poruszające jest widzieć je u tych, których nie znamy, lecz którzy są dookoła”¹³. Na problemy seniorów w Polsce głośno, aż do zderzenia gardła, zwrócił uwagę Jerzy Owsiak w ramach Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy w 2013 roku, po raz pierwszy zbierając pieniądze na pomoc dla tej kategorii osób.
2. Liczba ludzi chorych, paradoksalnie, wzrasta, a nie maleje, jak można by się tego spodziewać. Zjawisko to jest pośrednio związane ze starzeniem się społeczeństw, ale nie tylko. Część ludzi, dożywając sędziwego wieku, boleśnie doświadczają takich chorób, jak Alzheimer i Parkinson. Nowotwory są w wyraźnej ofensywie: „O ile coraz skuteczniej leczymy raka, wciąż nie dajemy sobie rady z rosnącą liczbą zachorowań. Co roku na choroby nowotworowe w samej Wielkopolsce zapada ok. 14,2 tys. Wielkopolan. W porównaniu z 1999 rokiem liczba ta zwiększyła się o prawie cztery tysiące. Chorujemy, bo niezdrowo się odżywiamy, palimy papierosy, pijemy alkohol, za małą wagę przywiązujemy do aktywności fizycznej. Już teraz choroby nowotworowe stanowią w Polsce, w tym w Wielkopolsce, poważny problem epidemiologiczny i społeczny. »A mając na uwadze starzenie się społeczeństwa, problem ten będzie coraz większy« – alarmują eksperci z Wielkopolskiego Biura Reje-

¹¹ H.G. Gadamer (2011), *O skrytości zdrowia*, Poznań, s. 7.

¹² *Przegląd Socjologiczny* (2012), t. 61, nr 2. Numer poświęcony chorobie i medycynie XXI w.

¹³ M. Bieńczyk (2015), *Mieszkam w Republice Nie Tutaj*, *Gazeta Wyborcza*, 21-22.03.2015, s. 28.

stracji Nowotworów”¹⁴. Przyznawanie dodatkowych pakietów świadczeń medycznych pacjentom z podejrzeniem raka i nadanie priorytetu ich leczeniu, rozbija się o niedostateczną liczbę środków finansowych oraz niewydolność systemu opieki medycznej. Chętnie do szpitala szli jedynie pacjenci w utopjach filozoficznych, np. św. Tomasza Morusa.

3. Przybywa osób z niepełnosprawnościami, w szczególności społecznymi. Przykładem jest m.in. autyzm (i zespół Aspergera), którego niespecyficzne i wielorakie objawy wchodzące w skład jego spektrum doczekały się oficjalnego uznania za niepełnosprawność społeczną. „Zgromadzenie Ogólne ONZ rezolucją z 18 grudnia 2007 roku (A/RES/62/193), opublikowaną 21 stycznia 2008 roku, uznało autyzm za jeden z najpoważniejszych problemów zdrowotnych świata, obok raka, cukrzycy i AIDS. Autyzm postrzegany jest jako zaburzenie cywilizacyjne, które powoduje trwałą niepełnosprawność. (...) Autyzm to jedno z najgłębszych zaburzeń rozwojowych. Obejmuje (przenika) wszystkie obszary rozwoju dziecka i jest przyczyną ciężkiej niepełnosprawności na całe życie”¹⁵. Nie tyle fizycznie przybywa osób z niepełnosprawnościami, co lepiej potrafimy je diagnozować, rozpoznawać¹⁶. Według danych GUS w Narodowym Spisie Powszechnym Ludności i Mieszkań z 2011 roku z 38,5 mln mieszkańców Polski ok. 12% deklaroowało się jako osoby niepełnosprawne¹⁷
4. Tempo życia i wymogi stawiane współczesnemu człowiekowi są na tyle obciążające i stresogenne, że wręcz zabójcze. Alvin Toffler miał rację, pisząc: „Przez cały świat przetacza się »potężna fala«, tworząc nowe, często dość osobliwe środowisko do pracy, zabawy, małżeństwa, wychowywania dzieci, a wreszcie – życia na emeryturze. (...) Rozpad rodziny, zachwianie gospodarki, paraliż systemów politycznych, ruina uznanych wartości spowodują, że trzecią falę odczuje każdy”¹⁸. I odczuwa: sześciolatek wypychany do szkoły, uczeń nakłaniany do studiów, student wciskany na rynek pracy, pracownik zestresowany możliwością jej utraty, a w końcu emeryt martwiący się o niewystarczające środki niezbędne do życia. Brytyjski filozof Robert R. Smith zauważa, że „(...) coraz trudniej nam znaleźć wyłącznik – czy w grę wchodzi nasze ciała, czy też nasze smartfony. (...). Czy jesteśmy na progu ery,

¹⁴ S. Sałwacka (2015), Misja: wygrać z rakiem, *Gazeta Wyborcza – Poznań*, 27.03.2015, s. 12.

¹⁵ Fundacja SYNAPSIS (2012), Sytuacja osób z autyzmem i ich rodzin w Polsce, *Niepełnosprawność i Rehabilitacja*, nr 4, ss. 124-125.

¹⁶ A. Ostrowska (2015), Niepełnosprawni w społeczeństwie 1993-2013, *Studia Socjologiczne*, nr 2. Numer poświęcony niepełnosprawności.

¹⁷ http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/lu_nps2011_wyniki_nsp2011_22032012.pdf (dostęp: 10.04.2015).

¹⁸ A. Toffler (2001), *Trzecia fala*, Warszawa, ss. 31-32.

w której nie będziemy już mogli liczyć na długi sen, a najwyżej na przejście w stan *standby*?”¹⁹ Silne emocje, których doświadczamy, próbując uporać się z niezliczoną liczbą stawianych nam wymogów i związany z tym ogromny stres, doprowadza do depresji, zaburzeń snu, kompulsywnych zachowań, ryzykownych i destruktywnych sposobów „skumulowanego” spędzania czasu wolnego („zabawa do upadłego”), tak dobrze opisanych w powieściach współczesnych polskich autorów²⁰. Antropolog Zbigniew Drozdowski trafnie uchwycił ten patologiczny stan rzeczy, charakteryzując dzisiejszego człowieka: „Osobnik o znacznej wysokości ciała, krępo zbudowany, o dużej komponentie tłuszczowej, małej aktywności ruchowej (...), przywiązany do swego samochodu, komputera i telefonu komórkowego, ograniczający swoje formy rekreacji do telewizyjnych gier, wykształcony bardzo specjalistycznie, pracujący na kilku etatach, zestresowany świadomością ich utracenia oraz konkurencją »sąsiada«, zatem ciągle potencjalny pacjent klinik kardiologicznych, psychiatrycznych, nowotworowych”²¹.

5. Depresja: Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) szacuje, że jest to czwarta choroba na świecie przyczyniająca się do niepełnosprawności zawodowej, a do 2020 roku ma szansę znaleźć się na miejscu drugim (po zawałach serca). Narodowy Fundusz Zdrowia informuje, że w 2013 roku leczono ok. 1 mln Polaków z czytelnymi objawami depresji i przewiduje, że w najbliższych latach liczba ta będzie permanentnie rosnąć. Tym bardziej, że depresja towarzyszy wielu chorobom i niepełnosprawnościom, a jej bolesne skutki znają seniorzy. Depresja nie dotyka jedynie ludzi chorych, niepełnosprawnych czy w wieku senioralnym. Doświadczają jej coraz młodsze osoby, z których część nie radzi sobie z codziennymi problemami życiowymi i wyzwaniem współczesnego świata. Utrzymywanie się na powierzchni zjawisk społecznych, w sytuacji niezwykle dynamicznie zmieniającej się rzeczywistości, powoduje konieczność przetwarzania ogromnej liczby danych, spełniania nieskończonej liczby wymogów, powiększania puli umiejętności i stałego wzrostu kompetencji. Filozof i socjolog Zygmunt Bauman ujmuje to w sposób następujący: „Cieleśna i duchowa zdolność wchłaniania rosnącej masy wrażeń i twórczego na nie reagowania, umiejętność działania w szybko zmieniającym się otoczeniu oraz

¹⁹ R.R. Smith (2012), *Śniadanie z Sokratesem. Filozofia na talerzu*, Warszawa, s. 23.

²⁰ P. Pustkowiak (2013), *Nocne zwierzęta*, Warszawa; J. Żulczyk (2014), *Ślepnąc od świateł*, Warszawa.

²¹ Z. Drozdowski (2003), Kultura fizyczna nadchodzących pokoleń w refleksji antropologa. W: Zbigniew Kazimierz Drozdowski. *Doktor Honoris Causa Akademii Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu*, Poznań, ss. 208-209.

szybkiej zmiany kursu, gdy zajdzie po temu potrzeba lub gdy zmiana wyda się korzystna”²².

6. Eurobarometr w raporcie pt. *Sport i aktywność fizyczna* opublikowanym w 2013 roku podaje informacje, że: 49% dorosłych Polaków nie uprawia sportu wcale, 24% rzadko, 19% z pewną regularnością, a jedynie 6% uprawia sport regularnie²³. Podobnych danych dostarczają także inne źródła. Dla porównania: nieaktywnych ruchowo w Szwecji jest tylko 9%, Danii 13%, Niemczech 29%, Czechach 34%. Spośród najbardziej widocznych aktorów społecznych uprawiających w Polsce sport należy przede wszystkim wyróżnić seniorów, dla których kijki do *nordic walkingu*, czytelnie wyznaczone trasy marszowe oraz bezpłatne, intuicyjne i proste w obsłudze siłownie zewnętrzne okazały się ofertą jakby dla nich specjalnie stworzoną. Rynek usług paramedycznych i prosportowych jest w naszym kraju jednym z najbardziej dynamicznie rozwijających się w Europie.

Sport to zdrowie

WHO przypomina, że zdrowie to nie tylko brak choroby czy kalectwa, ale również pewien fizyczny, psychiczny i społeczny dobrostan. Określany przez nas słowami „w zdrowym ciele, zdrowy duch”, przez psychologa społecznego Mihaili’ego Csikszentmihalyi²⁴ „przepływem pozytywnej energii” (*flow*), a przez filozofa i motywatora chorych nowotworowo oraz sportowców Marcina Fabjańskiego „dostrojeniem do procesu życia i odzyskiwaniem szczęścia w codziennym życiu”²⁵. Chorowity antyczny myśliciel grecki Epikur uważał, że do bycia szczęśliwym wystarczy, by człowiek nie cierpiał, a jego podstawowe potrzeby były zaspokojone. Jedną z tych potrzeb, w które ewolucyjnie wyposażyła nas natura, jest potrzeba bycia w ruchu. Ruch zaś – odpowiadający naszej konstytucji psychofizycznej, stosowany zgodnie z arystotelesowską regułą „złotego środka” – jest gwarantem zdrowia. Dzieci w naturalny sposób oddające się ruchowi są jednak często przez nas temperowane; zwłaszcza dzieci nadaktywne. Dyscyplina, dryl i porządek są dla rodziców w domu i nauczycieli w szkole ważniejsze. Stąd nakazy troskliwych rodziców typu: „nie biegaj, bo się spocisz” i dyżurnych nauczy-

²² Z. Bauman (1995), *Ciało i przemoc w obliczu ponowoczesności*, Toruń, s. 55.

²³ <http://www.msport.gov.pl/article/1558-Badanie-Eurobarometru-pt-Sport-i-aktywnosc-fizyczna> (dostęp: 09.04. 2015).

²⁴ M. Csikszentmihalyi (2005), *Przepływ. Psychologia optymalnego doświadczenia*, Taszów.

²⁵ <http://sasana.wikidot.com/fabjanski-marcin> (dostęp: 13.04.2015); M. Fabjański (2014), *Zaufaj życiu. Nie zakochuj się w przelatującym wróblu*, Warszawa. Ten poznański filozof chętnie porusza się po Europie pieszo, podobnie jak Marek Kamiński.

cieli poskramiających uczniów na przerwach w szkole, zakazujących im biegania po korytarzach. Chorobą polskich szkół są całoroczne zwolnienia z lekcji wychowania fizycznego wystawiane przez „troskliwych” rodziców, skazujących tym samym swoje dzieci na fizyczną niesprawność. Niezbędne, lecz niewystarczające, są akcje „WF z klasą”²⁶, czy „Stop zwolnieniom z WF-u”²⁷ oraz wykorzystywanie wizerunku sportowców do promocji wychowania fizycznego. Filozof sportu Józef Lipiec uważa, że mamy dziś do czynienia z „polityką antysportową”²⁸.

Uderzający na wielkomiejskich osiedlach mieszkaniowych jest widok nieaktywnej ruchowo młodzieży i dzieci. Zniknęły trzepaki zachęcające do spontanicznych akrobacji gimnastycznych, na ścianach domów zawisły tabliczki z zakazem gry w piłkę. Nie widuje się już niemal wcale dziewczynek i chłopców grających w badminton, w klasy, w gumę, w zośkę. Widuje się za to *homo sedentarius* – istoty permanentnie siedzące – neurotycznie wpatrzone w ekrany smartfonów; potrzeba nieustannego obcowania z innymi ludźmi przybrała epidemiczną postać kompulsywnego uzależnienia. Maria Gacek przypomina: „Z licznych opracowań wynika bowiem, że niedobór ruchu (hipokinezja) jest istotnym czynnikiem złożonej etiopatogenezy wielu chorób cywilizacyjnych, w tym cukrzycy typu II, miażdżycy, choroby niedokrwiennej serca, nadciśnienia tętniczego, otyłości, które w większości określić można mianem schorzeń psychosomatycznych. Nawarstwianie się ich negatywnych skutków prowadzi do zmian określanых jako *spirala śmierci*, w przeciwieństwie do *spirali życia*, warunkowanej zachowaniami prozdrowotnymi”²⁹ Wiktor Dega uważał, że „lekarstwo można zastąpić ruchem, ale ruchu nie da zastąpić się żadnym lekarstwem” Podobnego zdania jest Józef Drabik, pisząc: „Ruch jest w stanie zastąpić prawie każdy lek, ale wszystkie leki razem wzięte nie zastąpią ruchu”, dodając: „Aktywność ruchowa służy zdrowiu tylko wtedy, gdy realizowana jest w odpowiedniej objętości, intensywności i częstotliwości, tj. przy odpowiednim obciążeniu. Dla każdego człowieka istnieje indywidualny poziom tego obciążenia, mający optymalny wpływ na zdolność do ochrony organizmu przed chorobą”³⁰. W przypadku osób z niepełnosprawnościami aplikujemy dostosowaną aktywność ruchową³¹ – znajdując „dla każdego coś dobrego” – ruchowo.

²⁶ <http://www.ceo.org.pl/pl/wf> (dostęp: 12.10.2015).

²⁷ <http://www.msport.gov.pl/kampania> (dostęp: 12.10.2015).

²⁸ J. Lipiec (2015), Polityka i sport. W: Z. Dziubiński, K.W. Jankowski [red.], *Kultura fizyczna a polityka*, Warszawa, ss. 171-172.

²⁹ M. Gacek (2000), Aktywność rekreacyjna a kondycja psychofizyczna jednostki, *Kultura Fizyczna*, nr 7-8, s. 13.

³⁰ J. Drabik (1999), Aktywność fizyczna w kształtowaniu zdrowia człowieka – korzyści i zagrożenia, *Wychowanie Fizyczne i Sport*, nr 4, s. 127.

³¹ S. Kowalik [red.] (2009), *Kultura fizyczna osób z niepełnosprawnością. Dostosowana aktywność ruchowa*, Gdańsk; T. Sahaj (2010), *Choroba i niepełnosprawność w kontekście aktywności ruchowej i sportu*, Poznań.

Aktywność ruchowa strażnikiem zdrowia psychofizycznego

Aby zachęcać ludzi do uprawiania sportu, powinniśmy dokonywać rewitalizacji przestrzeni: czerpać dobre wzorce z historii i nasycać przestrzeń miejską i podmiejską nowoczesną i ogólnodostępną infrastrukturą sprzyjającą mimowolnej, niewymuszonej aktywności ruchowej. Doskonałym przykładem są tak niegdyś powszechne, niskokosztowe „ścieżki zdrowia”, do idei których dziś powracamy oraz siłownie zewnętrzne i kolorowe place zabaw dla dzieci w każdej, najmniejszej nawet polskiej wsi. Pozostaje jeszcze newralgiczna kwestia aktywności fizycznej w mieście. Ogołocone ze wszystkiego betonowe place w blokowiskach nie przyciągają chętnych do uprawiania sportu. Natomiast skutecznie czynią to „orliki”, dobrze oznaczone miejskie i podmiejskie ścieżki biegowe, rowerowe i do *nordic walkingu*, piaskowe boiska do siatkówki, osiedlowe place aktywnych gier, powszechność których propagował Henryk Jordan, a także *skytte*-parki i miniaturowe boiska do koszykówki oraz darmowe korty tenisowe i stoły do ping-ponga na świeżym powietrzu. Niezmuszani do tego młodzi ludzie używają BMX-ów, deskorolek, taśm do *slack line'a*, desek do *skimboardu*. W popularnych kanałach muzycznych na przełomie 2014/2015 roku tryumfy święciły dwa videoclipy: o chłopcu, który po amputacji nogi, hospitalizacji i rehabilitacji oprotezowany wraca do jazdy rowerem z grupą przyjaciół³² oraz o seksualności osób niepełnosprawnych, w tym młodych sportowców oraz senierek³³. Arystoteles jest autorem zdania: „(...) nikt bowiem nie gani tych, co są brzydzy z natury, ganimy jednak takich, którzy są nimi przez brak ćwiczeń fizycznych i zaniedbanie. (...) Podobnie ma się rzecz z chorobą i ułomnością; bo nikt nie mógłby lżyć niewidomego od urodzenia lub skutkiem choroby czy uderzenia, lecz raczej litowałyby się nad nim; każdy natomiast zganiłby człowieka, który stracił wzrok z powodu opilstwa lub innego rodzaju nieumiarkowania. A więc spośród niedomagań fizycznych te, co zależą od nas, są przedmiotem nagany, te zaś, które nie zależą od nas, nie”³⁴.

Nie czekając na rozwiązania systemowe, w trosce o swoje zdrowie i sprawność fizyczną, powinniśmy dokonywać zmian w sobie samych, korzystając z tego, co znajdujemy w najbliższym otoczeniu. Niegdyś gimnastyka domowa była zalecana przez higienistów (np. Eugeniusza Piaseckiego) i powszechnie stosowana (np. przez Stanisława Ignacego Witkiewicza) przy wykorzystaniu sprzętów do-

³² Rudimental: *Waiting All Night ft. Ella Eyre*, <http://www.youtube.com/> (dostęp:12.10.2015).

³³ Margaret: *Start a Fire*, <http://www.youtube.com/> (dostęp:12.10.2015).

³⁴ Arystoteles (1996), Etyka Nikomachejska. W: Tenże, *Dzieła wszystkie*, t. V, Warszawa, ss. 132-133.

mowych; nadal jest to możliwe – nasze ciało jest wielofunkcyjnym agregatem. Pomóc nam w tych ćwiczeniach mogą animatorzy tacy, jak Ewa Chodakowska, podobnie jak kiedyś czyniła to Jane Fonda, propagując *aerobic*. Lub internetowe środowiska, których twórcy i moderatorzy zdalnie pomagają w znalezieniu sparring-partnera, drużyny, obiektu sportowego³⁵. Bądź też reklamy radiowe, w których rząd Szwajcarii zachęca Polaków do dbania o zdrowie poprzez aktywność fizyczną albo programy lojalnościowe stacji benzynowych nakłaniające do wymiany punktów za tankowanie na akcesoria do uprawiania sportu i bycia fit. „Amerykańska Akademia Medycyny Sportu jako model aktywności prozdrowotnej proponuje dowolne wysiłki o charakterze wytrzymałościowym (aerobowe), angażujące duże grupy mięśni, rytmiczne, dynamiczne, podejmowane systematycznie trzy razy w tygodniu, w czasie od 20 do 60 minut z intensywnością 60-90 lub 50%-85% VO2 max. Trening wytrzymałościowy o wymienionych parametrach oddziałuje kardioprotekcyjnie, hipotensyjnie, optymalizuje profil lipidowy krwi, działa immunostymulująco, intensyfikuje inaktywację wolnych rodników; przeciwdziała zatem zmianom miażdżycowym, kancerogenezie, ogranicza starzenie się organizmu”³⁶.

Choć naukowe podstawy zalecają regularną aktywność ruchową o odpowiedniej intensywności i względnie dowolnym charakterze, to jednak konieczność dostosowywania się do rygoru systematyczności dla wielu mniej zdeterminowanych i zdyscyplinowanych osób może być stresująca. Zamiast tego skuteczniejsza mogłaby okazać się metoda małych kroków, np. 5-10-15 minut dziennie, o dowolnej porze, gdy przyjdzie nam na to ochota. Można spróbować zmieniać swoje codzienne rutynowe postawy. Oderwać się od pracy i wstawać co godzinę na 5 minut dla „rozprostowania kości”, zacząć chodzić po schodach, rezygnując z ruchomych schodów i windy, przejść kilka przystanków autobusowych lub tramwajowych, chodzić pieszo do sklepu. Minimalizacja może nam wyjść na dobre wtedy, gdy nabierzemy prozdrowotnych nawyków, poczujemy przyjemność i radość z ćwiczeń, zaczniemy chcieć więcej, odczujemy głód ruchu, poprawę zdrowia. Nawyki te pojawiają się w stosunkowo krótkim czasie po rozpoczęciu w miarę regularnych ćwiczeń.

„Agent pozytywnej zmiany”

Aktywatorów ruchowych określam mianem „agentów pozytywnej zmiany” Takim „agentem” może być każdy, kto nakłania nas do podjęcia systematycznej aktywności ruchowej o charakterze prozdrowotnym. I wcale nie musi to być wy-

³⁵ www.gdziegramy.pl, 10.10.2015; <http://portalaktywni.com> (dostęp: 10.10.2015).

³⁶ Za: M. Gacek (2000), *Aktywność rekreacyjna a kondycja psychofizyczna jednostki*, dz. cyt., s. 13.

kształcony na uczelni sportowej nauczyciel wychowania fizycznego lub trener ani instruktor z całodobowego fitness klubu, jakie w dużych miastach są niemal w każdej większej galerii handlowej. Osobą taką może być przedszkolanka zabierająca dzieci na spacer nawet podczas słoty, babcia zabierająca wnuczka na kulig lub sanki, kobieta po urodzeniu dziecka, która „nabrała ciała”, szukająca sparing partnerki do jogi, pilatesu lub zumbi, dziadek zachęcający do ćwiczeń w siłowni zewnętrznej, synowa zabierająca teściową na *nordic walking*, ojciec wybierający się z synem na rower, matka z córką na rolki, koleżanka z klubu seniora ze zmianami miażdżycowymi i puchnącymi nogami, zabierająca na spacer inną panią lub pana po zawale lub wylewie³⁷ itp. W przypadku prozdrowotnej aktywności sportowej „lepiej późno niż później”, „lepiej późno niż wcale” – zawsze jest szansa na wprowadzenie pozytywnej zmiany.

Pojedyncze osoby – aktywiści, moderatorzy, zapaleńcy – intensywną pracą i zaangażowaniem potrafią zmieniać mentalność ludzi, przestrzeń fizyczną i społeczną. W Poznaniu od lat prezydenci i wiceprezydenci miasta są aktywni sportowo – sukcesywnie i świadomie przeobrażają przestrzeń miejską i podmiejską tak, by sprzyjała mobilności jak największej liczby ludzi. A przy tym sami świecą przykładem, biorąc udział w biegach ulicznych, dojeżdżając do pracy rowerem. Socjolog Maja Brzozowska-Brywczyńska, kandydatka na radną miejską, ekspert ds. przestrzeni miejskiej dla dzieci, stara się wzbogacać ścisłą zabudowę poznańskich osiedli o interaktywne place zabaw, połączone choćby z mikroskopijnymi terenami zielonymi (zamiast parkingów). „Agentami pozytywnej zmiany” nie muszą być pojedyncze osoby, zdeterminowane i przekonane o skuteczności swoich działań. Mogą być nimi gminy, sołectwa, organizacje pozarządowe, rady osiedli mieszkaniowych czy też ruchy społeczne. Monitorowane przeze mnie osiedla mieszkaniowe mają bogatą ofertę dla każdej kategorii wiekowej mieszkańców, własnym kosztem rozbudowały infrastrukturę na pobliskich terenach rekreacyjnych³⁸. Budżety obywatelskie nieodmiennie od lat przeznaczane są na rozbudowę infrastruktury sportowej. W podpoznańskich miejscowościach zainstalowano wiele pomysłowych artefaktów zachęcających do spontanicznych działań. Są to np. bezpieczne, kolorowe, miniaturowe ścianki wspinaczkowe dla dzieci oraz liczne „ścieżki zdrowia” Lasy Państwowe wyznaczają na swoich terenach

³⁷ D. Mroczkowska [red.] (2011), *Czas wolny: refleksje, dylematy, perspektywy*, Warszawa; D. Rancew-Sikora i in. [red.] (2013), *O społecznym znaczeniu tożsamości, miejsca i czasu życia. Szkice socjologiczne i gerontologiczne*, Gdańsk.

³⁸ T. Sahaj (2014), Aktywność rekreacyjna i sportowa w poznańskim Lesie Marcelińskim. Przejawy działania lokalnych wspólnot. W: F. Makurat, M. Żmudzka-Brodnicka, A. Nawrocka [red.], *Wokół zagadnień aktywności fizycznej i sportu*, Starogard Gdański, ss. 181-197; Tenże (2015), Miejsce kaźni i straceń, rekreacji i sportu. Tereny zielone wokół jeziora Rusałka w Poznaniu, *Turystyka Kulturowa*, nr 10, ss. 21-37.

trasy rowerowe, do *nordic walkingu* i inne, organizują *eventy* sportowe, instalują interaktywne urządzenia do ćwiczeń na przydrożnych parkingach dla kierowców. Okolicznościowe biegi organizują i sponsorują banki i koncerny samochodowe.

Zakończenie

Moralny i społeczny obowiązek stania na straży zdrowia ciąży obecnie na nas wszystkich. Maciej Demel – jeden z pionierów wychowania prozdrowotnego – napisał, że kultura fizyczna „(...) jest awangardą medycyny (profilaktyka), a zarazem jej ariergardą (rehabilitacja). Nade wszystko jednak jest ona przetrwalnikiem idei promocyjnej, tj. potęgowania zasobów zdrowia. Na tym gruncie określono pozytywne wskaźniki zdrowia: sprawność, wydolność, odporność nieswoistą”³⁹ Zbigniew Drozdowski profetycznie dodaje: „Rehabilitacja (kinezyterapia) będzie rozszerzała obszar swego działania, przy znacznym zwiększaniu jej zadań profilaktycznych, wiążących się z rekreacją, być może do pojawienia się nowego działu kultury fizycznej włącznie”⁴⁰. W tym celu powinna współpracować ze sobą antropologia, nauki humanistyczne i społeczne (filozofia i socjologia), medycyna i wychowanie fizyczne, wspólnie tworząc nowoczesną, zorientowaną prozdrowotnie kulturę fizyczną, o jakiej na początku XX wieku marzył Eugeniusz Piasecki, patron poznańskiej AWF. Jedynej mającej „skonsumowane” uprawnienia do doktoryzowania z zakresu „nauk o zdrowiu” (dotychczasowej domenie jedynie uczelni medycznych), w której filozof sportu i fizjolog wysiłku, socjolog kultury fizycznej i genetyk, lekarz i trener mentalny wykonują pracę organiczną, pracę u podstaw. Już niegdyś bowiem Arystoteles napisał: „(...) gimnastyka ustali, jaki rodzaj ćwiczeń dla pewnego ciała jest korzystny i jaki najlepszy – oczywiście przy tym jest rzeczą, że dla najlepiej przez naturę uposażonego, a zarazem i najlepiej pielęgnowanego ciała odpowiednie muszą być ćwiczenia najlepsze – ustali również (bo to jest rzeczą gimnastyki), jaki rodzaj ćwiczeń jest dla największej liczby osób najlepszy”⁴¹. Dziś „gimnastyce” towarzyszy medycyna, filozofia i socjologia, efektywnie ją wspomagając i wspólnie tworząc szeroko pojętą kulturę fizyczną.

³⁹ M. Demel (1999), Polskie szkoły promocji zdrowia, *Wychowanie Fizyczne i Sport*, nr 4, s. 115.

⁴⁰ Z. Drozdowski (2003), *Kultura fizyczna nadchodzących pokoleń...*, dz. cyt., s. 28.

⁴¹ Arystoteles (1964), *Polityka*, Warszawa, s. 147.