

DOI: http://dx.doi.org/10.12775/AUNC_PED.2023.015

Anna Anyżewska

Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu
Akademia Ekonomiczno-Humanistyczna w Warszawie
ORCID: 0000-0003-3370-1674

Joanna Lewczuk

Wydział Nauk Społecznych
Chrześcijańska Akademia Teologiczna w Warszawie
ORCID: 0000-0003-0756-9016

CZY SPORTOWCY AMATORZY PROWADZĄ ZDROWY STYL ŻYCIA? KONTEKST PEDAGOGIKI ZDROWIA

Do Amateur Athletes Lead a Healthy Lifestyle? The Context of Health Pedagogy

Streszczenie

W ostatnich latach zwiększa się zainteresowanie prozdrowotnym stylem życia. Prawidłowe zachowania zdrowotne sportowców amatorów mają szczególne znaczenie. Celem pracy było zweryfikowanie hipotezy badawczej, zakładającej, że sportowcy amatorzy, jako grupa potencjalnie wpisująca się w ramy zdrowego stylu życia, charakteryzują się prawidłowym nasileniem zachowań zdrowotnych oraz interesują się tematyką zdrowego stylu życia. Przyjęta w pracy hipoteza badawcza została tylko częściowo potwierdzona. Sportowcy amatorzy deklarowali zainteresowanie zdrowym stylem życia (92% kobiet i 75%

mężczyzn), jednak poziom zachowań zdrowotnych należałoby uznać za niewystarczający. Wysokim poziomem zachowań zdrowotnych charakteryzowało się jedynie 29% kobiet i 25% mężczyzn. Stwierdzone niewystarczające nasilenie zachowań prozdrowotnych sportowców amatorów potwierdza zasadność prowadzenia badań oraz podejmowania działań edukacyjnych w tym zakresie.

Słowa kluczowe: sport, sportowcy amatorzy, zdrowie, zdrowy styl życia, zachowania zdrowotne

Abstract

In recent years, the interest in a pro-health lifestyle has risen. Appropriate health-related behaviours among amateur athletes are crucial to maintaining a healthy lifestyle. The aim of this study was to examine the hypothesis that amateur athletes as a group, who live a potentially healthy lifestyle, practise a high level of health-related behaviours and are interested in a healthier lifestyle. The hypothesis was partially confirmed by our results. The interest in maintaining a healthy lifestyle was declared by 92% of women and 75% of men; however, the pro-health behaviour of the studied group were found to be unsatisfactory. A high level of health behaviours was observed in only 29% of women and 25% of men. The observed unsatisfactory level of health-related behaviour among amateur athletes confirms the validity of the research and the need for further research.

Key words: sport, amateur athletes, health, healthy lifestyle, healthy behaviors

Wprowadzenie

W ostatnich latach prowadzonych jest coraz więcej programów mających na celu poprawę stanu zdrowia ludności w Polsce, np. *Narodowy Program Zdrowia*¹, i na całym świecie, np. *Healthy People*

¹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025, Dz.U. z 2021 r. poz. 642; Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, Dz.U. z 2022 r. poz. 1608.

2030². Jednocześnie obserwuje się zwiększenie zainteresowania aktywnością fizyczną oraz prawidłową dietą. Można wręcz powiedzieć, że ukształtowała się moda na zdrowy styl życia. Tymczasem osoby, które chcą prowadzić zdrowy styl życia, spotykają się z jednej strony z niesprawdzonymi, często wzajemnie sprzecznymi informacjami, przede wszystkim zamieszczanymi w środkach masowego przekazu, z drugiej zaś mogą być narażane na agresywną reklamę producentów i dystrybutorów odżywek dla sportowców, suplementów diety oraz środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego³.

Kluczowa wydaje się zatem skuteczna profilaktyka i edukacja zdrowotna skierowana do różnych grup ludności, w tym dorosłych. Problematyką tą najczęściej zajmują się specjaliści z różnych dziedzin naukowych, m.in. żywienia człowieka (np. dietetyk), kultury fizycznej (np. instruktor, trener), ale także nauk humanistycznych (szerzej rozumiana pedagogika zdrowia, psychologia zdrowia). Niestety wciąż dostępnych jest niewiele badań z udziałem sportowców amatorów, które uwzględniałyby wieloaspektowe podejście do zdrowia tych osób. Jest to bowiem specyficzna grupa, podejmująca aktywność fizyczną w czasie wolnym od pracy lub nauki, a więc prowadząca bardzo zróżnicowany tryb życia. Współcześnie promowana idea „sportu dla wszystkich” zmienia postrzeganie wartości zdrowia w sporcie powszechnym, gdyż zakłada rywalizację o zabawowym charakterze, walkę z własnymi słabościami, nienastawioną na współzawodnictwo. Tymczasem specyfika organizowanych w Polsce masowych imprez sportowych zaczyna coraz bardziej przypominać wyczynowe zawody i niestety często zachęca sportowców amatorów do uzyskiwania przez nich jak najlepszego rezultatu, poprawiania życiowych rekordów, zatracając tym samym istotę prozdrowotnej, rekreacyjnej aktywności fizycznej. Na problem ten

² <https://health.gov/healthypeople>.

³ K. Puchalski, E. Korzeniowska, *Dlaczego nie dbamy o zdrowie. Rola potocznych racjonalizacji w wyjaśnianiu aktywności prozdrowotnej*, w: *Zdrowie, choroba, społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny*, red. W. Piątkowski, Lublin 2004, s. 107–126; A. Juruć, *Edukacja żywieniowa*, w: *Psychodietetyka*, red. A. Brytek-Matera, Warszawa 2020, s. 83–102.

szczególną uwagę zwraca Paweł Nowak⁴, podkreślając, że rekreacyjna aktywność fizyczna właściwie ulega komercjalizacji i staje się elementem masowej popkultury. Z jednej strony organizowanie masowych imprez sportowych stanowi znakomitą szansę na upowszechnianie prozdrowotnej aktywności fizycznej, z drugiej zaś może stanowić realne zagrożenie, szczególnie dla młodych, ambitnych sportowców amatorów, którzy chcąc uzyskać jak najlepszy rezultat, mogą zapominać o motywach zdrowotnych. Stąd ogromną rolę w kształtowaniu właściwych postaw wśród sportowców amatorów mogą odegrać inicjatywy i programy wychowywania do zdrowego stylu życia, podejmowane w ramach pedagogiki zdrowia.

Prawidłowe zachowania zdrowotne sportowców amatorów mają szczególne znaczenie, ponieważ zwiększona aktywność fizyczna, zamiast wspomagać i zapewniać dobre zdrowie, może przyczynić się w tej grupie do jego pogorszenia. Dlatego szczególnie uzasadnione wydaje się poznanie zachowań zdrowotnych podejmowanych przez sportowców amatorów, co uczyniono celem niniejszej pracy.

Pedagogika zdrowia, styl życia i zachowania zdrowotne

Wychowywanie do zdrowego stylu życia ma z gruntu interdyscyplinarny charakter⁵. Sama koncepcja wychowania zdrowotnego, a w teorii – pedagogiki zdrowia, powstała w wyniku interakcji myśli wychowawczej w medycynie (w szczególności w medycynie społecznej) i myśli o zdrowiu w pedagogice (pedagogice społecznej) z autorami na gruncie polskim ze strony pedagogicznej (Grzegorza Piramowicza) oraz ze strony lekarskiej (Jędrzeja Śniadeckiego)⁶. W rozumieniu kształtowania się zachowań zdrowotnych i umiejętnego wdrażania zmian niezbędne jest wielopłaszczyznowe ujęcie wyznaczników tych zachowań. Z pomocą

⁴ P. Nowak, *Sport rekreacyjny – na pograniczu wartości prozdrowotnych*, „Zdrowie – Kultura Zdrowotna – Edukacja”, 2010 nr 6, s. 129–134.

⁵ M. Demel, *Pedagogika zdrowia*, Warszawa 1980, s. 5–6.

⁶ Tamże, s. 81.

przychodzi również psychologia zdrowia⁷, zajmująca się opracowywaniem złożonych modeli systemowych, dzięki czemu działania podejmowane w ramach pedagogiki zdrowia mogą być skuteczniejsze.

Podobnie jak w przypadku definicji zdrowia nie ma jednej uniwersalnej definicji zdrowego stylu życia, choć zarówno w modelu Marca Lalonde'a⁸, jak i w opinii Światowej Organizacji Zdrowia⁹ największy wpływ na zdrowie ma właśnie styl życia¹⁰. Prozdrowotny styl życia można określić jako świadome działania, ukierunkowane na zwiększenie potencjału własnego zdrowia i eliminację zachowań zagrażających zdrowiu¹¹. Odkąd wiadomo, że stan zdrowia ludzkiego zależy przede wszystkim od indywidualnego stylu życia (50%), a w mniejszym stopniu od środowiska, biologii człowieka (czynniki dziedziczne) i opieki zdrowotnej¹², coraz większą wagę przykładana się do zachowań zdrowotnych w znacznym stopniu kształtujących ów styl życia.

Istnieje wiele definicji zachowań zdrowotnych. Można klasyfikować je pod względem funkcji na zachowania prozdrowotne i antyzdrowotne¹³, a do tych ukierunkowanych na zdrowie najczęściej zalicza

⁷ I. Heszen, H. Sęk, *Modele społecznej psychologii poznawczej wyjaśniające zachowania zdrowotne i zmianę zachowań*, w: *Psychologia zdrowia*, red. I. Heszen, H. Sęk, Warszawa 2007, s. 120–140.

⁸ M. Lalonde, *A New Perspective on the Health of Canadians. A Working Document*, Ottawa 1974.

⁹ WHO, *The world health report 1998 – Life in the 21st century: a vision for all*, Geneva 1998.

¹⁰ Według kanadyjskiego lekarza zdrowy styl życia to „zbiór decyzji podejmowanych przez jednostki, które wpływają na ich zdrowie, nad którymi jednostki mają większą lub mniejszą kontrolę. [...] Osobiste decyzje i nawyki, które są złe, z perspektywy zdrowia, tworzą samo-narzucane ryzyka. Kiedy te ryzyka skutkują chorobą lub śmiercią, styl życia ofiary może być określony jako przyczyniający się lub powodujący chorobę lub śmierć”. M. Lalonde, dz. cyt.. WHO opisuje styl życia jako „sposób życia oparty na identyfikowalnych wzorcach zachowań, które są wyznaczane przez wzajemne oddziaływanie między osobistymi cechami jednostki, interakcjami społecznymi oraz społeczno-ekonomicznymi i środowiskowymi warunkami życia”. WHO, *The world health report 1998*, dz. cyt.

¹¹ B. Woynarowska, *Styl życia i zachowania zdrowotne*, w: *Edukacja zdrowotna*, red. B. Woynarowska, Warszawa 2017, s. 57.

¹² M. Lalonde, dz. cyt..

¹³ I. Heszen, H. Sęk, dz. cyt., s. 123.

się: zdrowy sposób odżywiania, umiarkowaną, regularną aktywność fizyczną, rekreację i odpoczynek oraz zachowania prewencyjne (w szczególności badania profilaktyczne)¹⁴. Ludność Polski charakteryzuje rozbieżność między wysoką, deklarowaną wartością przypisywaną zdrowiu a dość niskim ogólnym poziomem dbałości o zdrowie¹⁵. Niezadowalające efekty mogą wynikać głównie z tego, że podejmowane działania edukacyjne słabo uwzględniają złożone determinanty zachowań zdrowotnych osób poddanych interwencji (m.in. słabe dostosowanie oddziaływań do specyficznych potrzeb i cech odbiorcy).

Niewystarczający poziom aktywności fizycznej jeszcze przed światową pandemią wirusa SARS-CoV-2 był już postrzegany jako największy problem zdrowia publicznego¹⁶, dlatego informacje o zmniejszaniu aktywności fizycznej w związku z doświadczoną sytuacją pandemiczną są jeszcze bardziej niepokojące¹⁷. Ograniczenie kontaktów międzyludzkich okazuje się bardzo niewskazane także w kontekście uczenia się właściwych zachowań zdrowotnych. Zatem w procesie wychowania zdrowotnego cenne może okazać się uwzględnienie uczenia się transformacyjnego w myśl teorii autorstwa Jacka Mezirowa¹⁸. Przedmiotem

¹⁴ K. Puchalski, *Uwarunkowania zachowań zdrowotnych i możliwości ich kształtowania*, w: *Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie – wyzwania dla edukacji zdrowotnej*, red. E. Korzeniowska, K. Puchalski, Łódź 2010, s. 33–43; B. Woynarowska, *Styl życia i zachowania zdrowotne*, dz. cyt., s. 57–68.

¹⁵ M. Gruszczycka, M. Bąk-Sosnowska, R. Plinta, *Zachowania zdrowotne jako istotny element aktywności życiowej człowieka. Stosunek Polaków do własnego zdrowia*, „Hygeia Public Health”, 2015 nr 50(4), s. 558–565; B. Woynarowska, *Niektóre uwarunkowania dbałości o zdrowie*, w: *Edukacja zdrowotna*, red. B. Woynarowska, Warszawa 2017, s. 86–88.

¹⁶ S. Blair, *Physical inactivity: the biggest public health problem of the 21st century*, „British Journal of Sports Medicine”, 2009 nr 43(1), s. 1–2.

¹⁷ M. Górnicka, M. Drywień, M. Zielińska, J. Hamułka, *Dietary and Lifestyle Changes During COVID-19 and the Subsequent Lockdowns among Polish Adults: A Cross-Sectional Online Survey PLifeCOVID-19 Study*, „Nutrients”, 2020 nr 12, s. 2324.

¹⁸ Teoria uczenia się transformacyjnego J. Mezirowa jest jedną z najważniejszych współczesnych teorii funkcjonujących w edukacji dorosłych (por. m.in. S. Brookfield, *The Concept of Critically Reflective Practice*, w: *Handbook of Adult and Continuing Education*, red. A. Wilson, E. Hayes, San Francisco 2000), wciąż

tej teorii jest specyficzny dla człowieka dorosłego proces uczenia się prowadzący do głębokiej przemiany w sposobie postrzegania rzeczywistości i dokonywania zmian¹⁹. Posługując się terminologią stosowaną przez Mezirowa, można zauważyć, że w procesie uczenia się transformacyjnego zachodzi przemiana w indywidualnej ramie (układzie) odniesienia, prowadząca do wyzwolenia się człowieka z bezrefleksyjnego posługiwania się w interpretowaniu swojego doświadczenia utrwalonymi schematami nadawania znaczeń i oparcia własnego działania na świadomej, krytycznej refleksji. Uczenie się pożądaných zachowań zdrowotnych również może przybierać charakter uczenia się transformacyjnego, w którym podejmowanie aktywności fizycznej stanie się procesem bardziej świadomym, wyważonym i uwewnętrznionym niż automatycznym, opartym na mało refleksyjnym naśladownictwie.

Szczególnie istotne, w kontekście teorii uczenia się transformacyjnego Mezirowa, wydają się trudności w obszarze komunikacji międzyludzkich. Jednym z wymienianych przez Mezirowa obszarów uczenia się transformacyjnego jest uczenie się komunikacyjne²⁰, gdzie w procesie interakcji partnerzy komunikacji poznają i uzgadniają nadawane przez siebie znaczenia. Proces ten wymaga uważnych kontaktów

poddawaną dyskursowi i ewoluującą (por. M. Chmielecka, *Ewolucja teorii transformacyjnego uczenia się*, „Edukacja Ustawiczna Dorosłych”, 2019 nr 4, s. 9–18). Autor teorii jest laureatem nagród za wybitne osiągnięcia w zakresie publikacji na temat edukacji dorosłych (por. K. Pleskot-Makulska, *Teoria uczenia się transformacyjnego autorstwa Jacka Mezirowa*, „Rocznik Andragogiczny”, 2007, s. 81–96).

¹⁹ J. Mezirow, *Transformative Dimensions of Adult Learning*, San Francisco 1991, s. 11.

²⁰ Uczenie się komunikacyjne związane jest ze światem społecznego komunikowania się. Jego istotą jest uczenie się przekazywania innym własnych myśli oraz rozumienia komunikatów formułowanych przez innych ludzi. Stwarza to konieczność oceny znaczeń, jakie kryją się w wypowiedziach innych osób, a tym samym – krytycznej oceny własnych założeń i partnera komunikacji. Konieczna jest w tej sytuacji np. ocena kryjącego się w wypowiedzi podtekstu, dosłowności lub metaforyczności, wiarygodności partnera, jego poglądu na świat, celu komunikowania się itp. (J. Mezirow, *Learning to Think Like an Adult. Core Concepts of Transformation Theory*, w: *Associates, Learning as Transformation. Critical Perspectives on a Theory in Progress*, red. J. Mezirow i wsp., San Francisco 2000, s. 10).

międzyludzkich, które ze względu na różne ograniczenia zewnętrzne lub u osób nastawionych głównie na rywalizację czy indywidualny sukces mogą być znacznie płytsze. Mezirow podkreśla, że uczenie się komunikacyjne jest często ważniejsze niż uczenie się instrumentalne (związane głównie z testowaniem prawdziwości hipotez) dla rozwoju uczenia się transformacyjnego. Znaczenia powstają bowiem w procesie społecznego komunikowania się, w świecie społecznych interakcji. Tymczasem ci, którzy z różnych względów nie komunikują się swobodnie z innymi, nie mają możliwości w sposób pełny kształtować w sobie uczenia się transformacyjnego, prowadzącego do głębokich i trwałych zmian w obszarze wykształcania w sobie zachowań prozdrowotnych. Zgodnie z teorią Mezirowa nienaturalne, niepełne kontakty interpersonalne utrudniają skuteczne i satysfakcjonujące uczenie się uwzględniające krytyczną samorefleksję. Pozostawanie głównie w domenie wcześniejszego rozwojowo uczenia się formatywnego, czyli uczenia się przebiegającego bez zmiany ramy odniesienia (za to powielania zachowań widocznych u innych)²¹, bądź ewentualna próba nagłej zmiany ramy interpretacyjnej sytuacji bez dokonania dogłębnej zmiany we własnym myśleniu (np. jednostka bez przekonania, transformacji postaw, podejmuje trud uprawiania sportu amatorskiego) mogą przyczyniać się do trudności w prezentowaniu zachowań prozdrowotnych.

Cel badań

Uzasadnione jest zweryfikowanie, czy sportowcy amatorzy (jako grupa potencjalnie wpisująca się w ramy zdrowego stylu życia) rzeczywiście prowadzą zdrowy styl życia (rozumiany jako wyższe niż przeciętne nasilenie zachowań zdrowotnych) oraz czy interesują się tą tematyką.

²¹ Tamże, s. 12–30.

Osoby badane i metody

Badaniem zostało objętych 251 dorosłych (w tym 113 kobiet i 138 mężczyzn) w wieku od 18 do 60 lat, trenujących amatorsko²² dowolną dyscyplinę sportową minimum od roku, z częstotliwością przynajmniej raz w tygodniu przez większość miesięcy w roku. Uczestnicy zostali dobrani metodą doboru nielosowego (celowego)²³. Badanych rekrutowano w warszawskich klubach sportowych, prowadzących zajęcia sportów walki, oraz wśród uczestników zorganizowanych zajęć z gier zespołowych, jak też metodą kuli śnieżnej²⁴ w formie przekazania przez badanych kwestionariuszy ankiety znajomym sportowcom amatorom. Udział w badaniu był dobrowolny. Przed przystąpieniem do badania uczestnicy otrzymali szczegółowe informacje na jego temat oraz wyrazili pisemną zgodę na swój udział. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Wojskowym Instytucie Higieny i Epidemiologii (5/II/2018).

Badanie zostało przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem ankiety jako techniki badawczej. Kwestionariusz składał się z dwóch części:

1. Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ) autorstwa Zygryda Juczyńskiego²⁵, składającego się z 24 stwierdzeń, za pomocą których oceniono cztery kategorie (prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienie psychiczne oraz praktyki zdrowotne) oraz ogólne nasilenie zachowań zdrowotnych. Dla każdego z 24 stwierdzeń opisujących zachowania związane ze zdrowiem badani zostali poproszeni o zaznacze-

²² Na potrzeby niniejszych badań do grupy włączono jedynie osoby trenujące rekreacyjnie, tj. w czasie wolnym od pracy zawodowej, dla których uprawianie sportu nie było związane z wyczynowym ani zawodowym jego charakterem.

²³ M. Łobocki, *Dobór próby w badaniach pedagogicznych*, w: *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*, red. M. Łobocki, Kraków 2010, s. 161–176.

²⁴ K. Jabłońska, A. Sobieraj, *Metodyka dobierania próby badawczej w naukach społecznych*, „Bezpieczeństwo i Technika Pożarnicza”, 2013 nr 4, s. 31–36.

²⁵ Z. Juczyński, *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Warszawa 2012.

nie częstości przestrzegania poszczególnych zachowań w czasie roku: 1 – prawie nigdy, 2 – rzadko, 3 – od czasu do czasu, 4 – często, 5 – prawie zawsze. Określono ogólne nasilenie zachowań zdrowotnych (suma punktów w zakresie od 24 do 120), jak również nasilenie poszczególnych rodzajów zachowań zdrowotnych.

2. Autorskiego kwestionariusza ankiety, obejmującego następujące części:

- samoocena prowadzenia zdrowego stylu życia, zainteresowanie tematyką zdrowego stylu życia, w szczególności tematyką żywieniową i dotyczącą zagadnień treningu sportowego,
- aktywność fizyczna (rodzaj, liczba godzin w tygodniu i staż treningowy) oraz motywy podejmowania aktywności fizycznej,
- metryczka.

Wskaźnik ogólnego nasilenia zachowań zdrowotnych przekształcono z użyciem skali stenowej, zgodnie z obowiązującą interpretacją: 1–4 sten jako niskie natężenie zachowań, 5–6 sten jako przeciętne, a 7–10 jako wysokie²⁶.

Uzyskane wyniki w ramach statystyki opisowej przedstawiono za pomocą średniej arytmetycznej (X) wraz z odchyleniem standardowym (SD) oraz mediany (Me). Następnie dane poddano analizie statystycznej, wykorzystując program komputerowy IBS SPSS 28. Zgodność rozkładu zmiennych z rozkładem normalnym sprawdzono przy użyciu testu Shapiro-Wilka, przyjmując poziom istotności $\alpha = 0,05$. W pracy przedstawiono podział wyników badań ze względu na płeć badanych, stosując test U Manna-Whitneya z uwagi na brak zgodności rozkładu zmiennych z rozkładem normalnym oraz test χ^2 . Dodatkowo w celu sprawdzenia wystąpienia ewentualnej dominacji poszczególnych kategorii zachowań zdrowotnych wśród badanych wykorzystano test ANOVA Friedmana dla danych powiązanych. Test korelacji Spearmana został wykorzystany do oceny zależności pomiędzy nasileniem zachowań zdrowotnych i samooceną prowadzenia zdrowego stylu życia, wiekiem osób badanych oraz stażem treningowym. W analizach przyjęto poziom istotności statystycznej dla $p < 0,05$.

²⁶ Tamże, s. 116.

Wyniki

Badanie przeprowadzono w grupie 251 sportowców amatorów (113 kobiet i 138 mężczyzn), w wieku 31 ± 11 , którzy przeznaczali na aktywność fizyczną w ramach sportu lub rekreacji 5 ± 3 godziny tygodniowo. Średni staż treningowy badanych wynosił 9 lat. Najczęściej podejmowaną przez badanych aktywnością fizyczną były gry zespołowe (32%), następnie bieganie (25%) oraz zajęcia na siłowni (21%), rzadziej sporty walki (16,7), jazda na rowerze (15%), zajęcia crossfit lub fitness (14%), pływanie (10%) oraz inne (19%). Więcej niż jeden rodzaj aktywności fizycznej podejmowało 43% badanych. Ponad połowa badanych (55%) miała wyższe wykształcenie, a 45% średnie. Blisko połowa osób (48%) wykonywała pracę umysłową, 24% pracę o charakterze mieszanym (zarówno umysłową, jak i fizyczną), 6% fizyczną, a 22% nie pracowało.

Poziom ogólnego nasilenia zachowań zdrowotnych oraz ich kategorie

Wskaźnik ogólnego nasilenia zachowań zdrowotnych sportowców amatorów, zmierzony za pomocą Inwentarza Zachowań Zdrowotnych, był w badanej grupie dość zróżnicowany i wynosił 48–114 (w skali od 24 do 120). Średnie wartości wskazywały na przeciętne nasilenie zachowań zdrowotnych (5–6 sten), przy czym u kobiet średnia wartość tego wskaźnika była o 7% wyższa niż w przypadku mężczyzn: 84,4 vs 79,2 ($p = 0,001$) (tabela 1). Poza ogólnym nasileniem zachowań zdrowotnych badane kobiety charakteryzowały się również istotnie wyższymi wskaźnikami dla 2 z 4 kategorii zachowań zdrowotnych, tj. prawidłowych nawyków żywieniowych (3,70 vs 3,34; $p < 0,001$; różnica 11%) oraz zachowań profilaktycznych (3,46 vs 3,14; $p < 0,001$; różnica 10%). Ponadto wykazano, że w grupie kobiet dominującą kategorią zachowań zdrowotnych były prawidłowe nawyki żywieniowe ($p = 0,009$), podczas gdy w grupie mężczyzn najwyżej ocenione zostało pozytywne nastawienie psychiczne ($p < 0,001$).

Tabela 1. Zachowania zdrowotne sportowców amatorów (n = 251) na podstawie Inwentarza Zachowań Zdrowotnych autorstwa Z. Juczyńskiego

Wyróżnik	Kobiety (n = 113)				Mężczyźni (n = 138)				p
	X	±	SD	Me	X	±	SD	Me	
Ogólne nasilenie zachowań zdrowotnych ¹	84,4	±	12,6	84,0	79,2	±	10,9	79,0	0,001*
niskie [%]			26				27		0,792
przeciętne [%]			45				48		
wysokie [%]			29				25		
Prawidłowe nawyki żywieniowe ²	3,70	±	0,72	3,67	3,34	±	0,66	3,33	< 0,001*
Zachowania profilaktyczne ²	3,46	±	0,75	3,50	3,14	±	0,64	3,17	< 0,001*
Pozytywne nastawienie psychiczne ²	3,51	±	0,70	3,67	3,44	±	0,65	3,50	0,298
Praktyki zdrowotne ²	3,40	±	0,71	3,33	3,29	±	0,60	3,33	0,240
p	0,009				< 0,001				

X – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe, Me – mediana

Test U Manna-Whitneya (dane ilościowe niepowiązane), ANOVA Friedmana (dane ilościowe powiązane), test chi² (dane jakościowe)

* istotność statystyczna, p < 0,05

¹ Suma wartości możliwych do uzyskania (w skali 24–120).

² Średnia wartość dla 6 stwierdzeń opisujących daną kategorię zachowań zdrowotnych (w skali: 1–5).

Skala: 1 – prawie nigdy, 2 – rzadko, 3 – od czasu do czasu, 4 – często, 5 – prawie zawsze.

Kobiety i mężczyźni podobnie oceniali prowadzony przez siebie styl życia jako zdrowy: 70% kobiet i 66% mężczyzn (tabela 2). Warto zwrócić uwagę, że aż 23% kobiet i 22% mężczyzn nie potrafiło jednak dokonać samooceny prozdrowotności swojego stylu życia. Kobiety istotnie częściej niż mężczyźni deklarowały zainteresowanie zarówno zdrowym stylem życia (92% vs 75%; p = 0,004), jak i tematyką żywieniową (81% vs 61%; p = 0,007), rzadziej zaś zagadnieniami treningu sportowego (56% vs 70%; p = 0,019).

Tabela 2. Samoocena prowadzenia zdrowego stylu życia oraz zainteresowanie tą tematyką w opinii sportowców amatorów (n = 251)

Wyróżnik	Kobiety (n = 113)	Mężczyźni (n = 138)	p
„Prowadzę zdrowy styl życia”:			0,743
zdecydowanie nie	1	1	
nie	6	11	
trudno powiedzieć	23	22	
tak	57	54	
zdecydowanie tak	13	12	
Zainteresowanie zdrowym stylem życia [%]	92	75	< 0,001*
Zainteresowanie tematyką żywieniową [%]	81	61	< 0,001*
Zainteresowanie zagadnieniami treningu sportowego [%]	56	70	0,019*

Test chi²

* istotność statystyczna, p < 0,05

Zależności pomiędzy nasileniem zachowań zdrowotnych a samooceną prowadzenia zdrowego stylu życia, wiekiem badanych oraz stażem treningowym

Odnotowano, że wyższej samoocenie prowadzenia zdrowego stylu życia odpowiadało wyższe ogólne nasilenie zachowań zdrowotnych zarówno w przypadku kobiet ($\rho = 0,29$; $p = 0,002$), jak i mężczyzn ($\rho = 0,41$; $p < 0,001$) (tabela 3). Spośród analizowanych kategorii zachowań zdrowotnych w grupie kobiet potwierdzono dodatnie korelacje dla dwóch z czterech kategorii, tj. prawidłowych nawyków żywieniowych ($\rho = 0,37$; $p < 0,001$) oraz pozytywnego nastawienia psychicznego ($\rho = 0,24$; $p = 0,010$), a w grupie mężczyzn – dla wszystkich czterech kategorii, tj. prawidłowych nawyków żywieniowych ($\rho = 0,41$; $p < 0,001$), zachowań profilaktycznych ($\rho = 0,18$; $p = 0,035$), pozytywnego nastawienia psychicznego ($\rho = 0,28$; $p = 0,001$) oraz praktyk zdrowotnych ($\rho = 0,27$; $p = 0,001$). Odn-

towano jedną istotną korelację pomiędzy wiekiem i nasileniem prawidłowych nawyków żywieniowych, jednak tylko w grupie mężczyzn ($\rho = 0,20$; $p = 0,020$). Natomiast staż treningowy nie korelował ani z ogólnym nasileniem zachowań zdrowotnych, ani nasileniem poszczególnych ich kategorii zarówno w grupie kobiet, jak i mężczyzn.

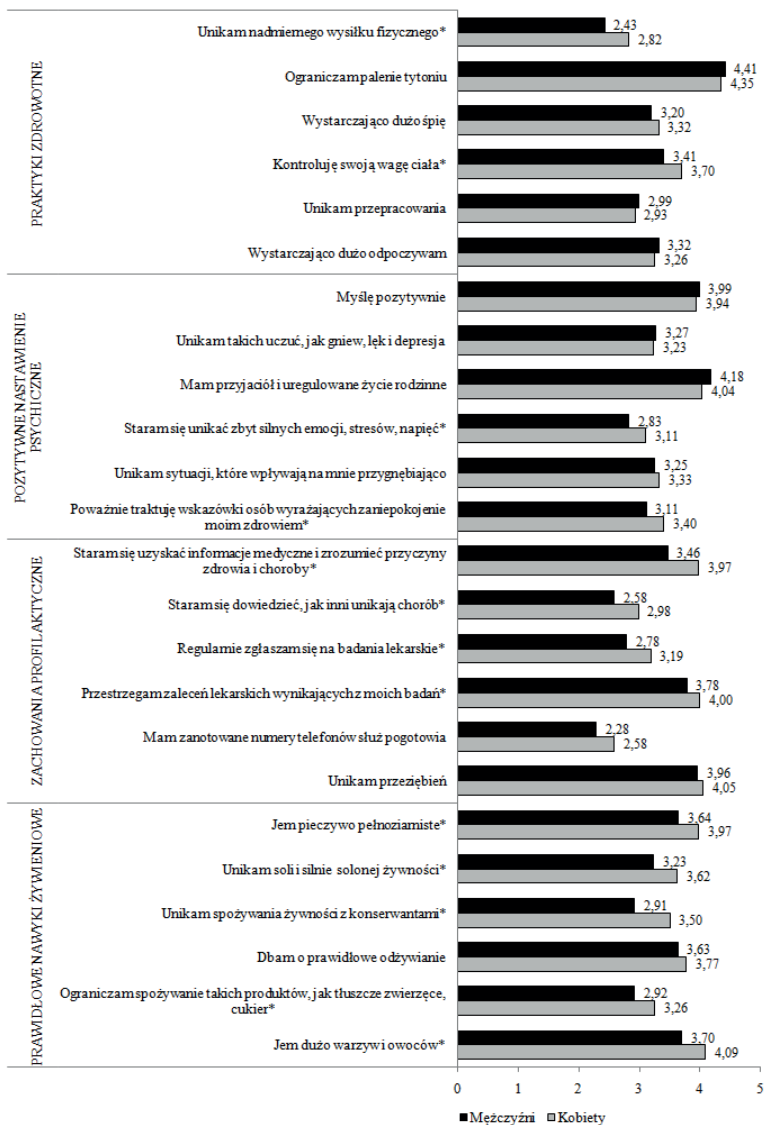
Tabela 3. Zależności pomiędzy samooceną prowadzenia zdrowego stylu życia a nasileniem zachowań zdrowotnych sportowców amatorów ($n = 251$) na podstawie Inwentarza Zachowań Zdrowotnych autorstwa Z. Juczyńskiego

Korelacje pomiędzy samooceną prowadzenia zdrowego stylu życia ¹ a nasileniem zachowań zdrowotnych	Kobiety ($n = 113$)		Mężczyźni ($n = 138$)	
	Rho	p	Rho	p
Ogólne nasilenie zachowań zdrowotnych	0,29	0,002*	0,41	< 0,001*
Prawidłowe nawyki żywieniowe	0,37	< 0,001*	0,41	< 0,001*
Zachowania profilaktyczne	0,17	0,075	0,18	0,035*
Pozytywne nastawienie psychiczne	0,24	0,010*	0,28	0,001*
Praktyki zdrowotne	0,08	0,417	0,27	0,001*

¹ Odpowiedź na pytanie „Czy uważa Pan/Pani, że prowadzi zdrowy styl życia?”. Skala: 1 – zdecydowanie nie, 2 – raczej nie, 3 – trudno powiedzieć, 4 – raczej tak, 5 – zdecydowanie tak.

* istotność statystyczna, $p < 0,05$

Za pomocą szczegółowej analizy poszczególnych zachowań zdrowotnych wykazano wystąpienie istotnie statystycznie wyższych wskaźników u kobiet niż u mężczyzn dla ponad połowy branych pod uwagę stwierdzeń (13 z 24) (rysunek 1). Największe różnice zaobserwowano w przypadku prawidłowych nawyków żywieniowych – kobiety istotnie częściej unikały spożywania żywności z konserwantami (3,50 vs 2,91; $p < 0,001$; różnica 20%). Spośród zachowań profilaktycznych kobiety istotnie częściej od mężczyzn starały się dowiadywać, jak inni unikają chorób (2,98 vs 2,58; $p = 0,013$; różnica 16%), oraz uzyskiwać informacje medyczne i zrozumieć przyczyny zdrowia i choroby (3,97 vs 3,46; $p < 0,001$; różnica 15%), a w kategorii praktyk zdrowotnych – istotnie częściej unikały nadmiernego wysiłku fizycznego (2,82 vs 2,43; $p = 0,002$; różnica 16%). Kobiety istotnie częściej starały się unikać zbyt silnych emocji, stresów i napięć (3,11 vs 2,83; $p = 0,030$; różnica 10%).

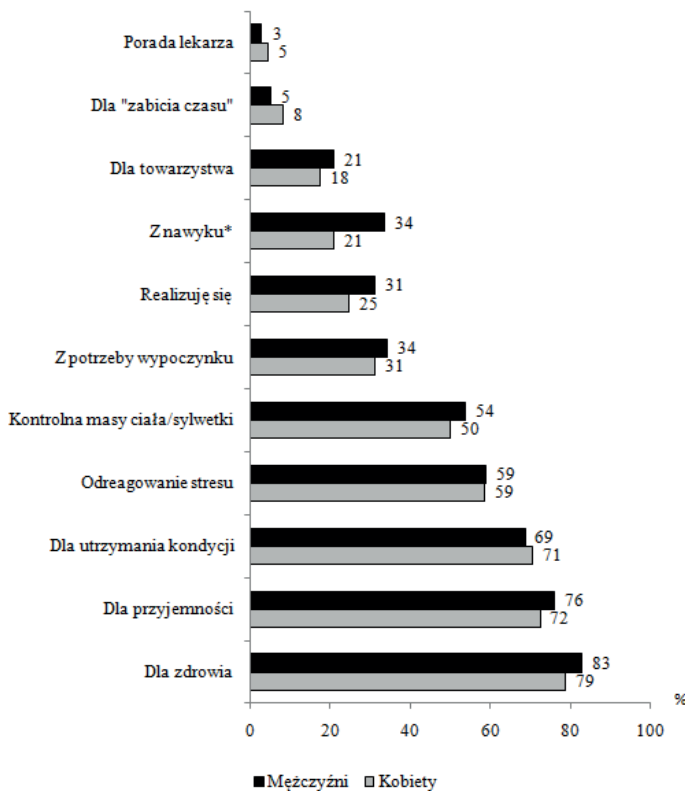


* istotność statystyczna

Rysunek 1. Nasilenie poszczególnych zachowań zdrowotnych sportowców amatorów (n = 251) na podstawie Inwentarza Zachowań Zdrowotnych autorstwa Z. Juczyńskiego

Motywy podejmowania aktywności fizycznej

Zdrowie, przyjemność oraz utrzymanie kondycji były najczęściej deklarowanymi (69–81%) motywami podejmowania aktywności fizycznej, zarówno przez kobiety, jak i mężczyzn (rysunek 2). W następnej kolejności badani deklaruwali chęć odreagowania stresu (59% kobiet i 59% mężczyzn) oraz kontrolę masy ciała/sylwetki (50% kobiet i 54% mężczyzn). Wykazano, że mężczyźni istotnie częściej niż kobiety ćwiczyli „z nawyku” (34% vs 21%; $p = 0,031$).



* istotność statystyczna

Rysunek 2. Motywy podejmowania aktywności fizycznej przez sportowców amatorów ($n = 251$)

Dyskusja wyników

Sportowcy amatorzy to specyficzna grupa, dla której zachowania zdrowotne powinny mieć szczególne znaczenie. Tymczasem przyjęta w pracy hipoteza badawcza zakładająca, że osoby te charakteryzują się prawidłowym (więc wyższym niż przeciętne) nasileniem zachowań zdrowotnych i zainteresowaniem tematyką zdrowego stylu życia, została tylko częściowo potwierdzona. Określone za pomocą Inwentarza Zachowań Zdrowotnych ogólne ich nasilenie zostało sklasyfikowane na poziomie przeciętnym (5 sten w przypadku kobiet oraz 6 w grupie mężczyzn). Jedynie 29% kobiet i 25% mężczyzn charakteryzowało się wysokim nasileniem zachowań zdrowotnych, niskim zaś – odpowiednio aż 26% i 27%. Należałoby zatem uznać, że poziom zachowań zdrowotnych większości sportowców amatorów był niewystarczający, choć znaczna większość respondentów (70% kobiet i 66% mężczyzn) zadeklarowała, że prowadzi zdrowy styl życia i interesuje się tą tematyką (92% kobiet i 75% mężczyzn). W badanej grupie sportowców amatorów, podobnie jak wśród mieszkańców Polski²⁷, stwierdzono wysoką rozbieżność pomiędzy wynikami dotyczącymi wysokiej wartości zdrowia (jako głównego motywu podejmowania aktywności fizycznej przez sportowców amatorów) i deklarowania zainteresowania zagadnieniami zdrowego stylu życia a przeciętnym wynikiem ogólnego nasilenia zachowań zdrowotnych.

Nasuwa się zatem pytanie, czy sportowcy amatorzy rzeczywiście prowadzą zdrowy styl życia, na ile świadomie i adekwatnie wybierają i oceniają prozdrowotny charakter podejmowanych przez siebie zachowań. Aktywność fizyczna, którą podejmują, utwierdza ich w przekonaniu o prowadzeniu zdrowego stylu życia, a zadeklarowaną motywacją do ćwiczeń jest właśnie wzmacnianie zdrowia, jednak biorąc pod uwagę wszystkie kategorie zachowań zdrowotnych, prozdrowotność stylu życia okazuje się zaledwie przeciętna. Aleksandra Łuszczynska w tytule swojej książki podkreśla, że do zmiany zachowań zdrowotnych do-

²⁷ B. Woynarowska, *Niektóre uwarunkowania dbałości o zdrowie*, dz. cyt.

bre chęci mogą nie wystarczać²⁸. Choć powszechnie uważa się, że to wiedza o zdrowiu jest kluczowa, obserwacje i praktyka pokazują, że utrzymanie wprowadzonych zmian nie należy do łatwych zadań. Dla prowadzenia zdrowego stylu życia oprócz aktywności fizycznej ważne jest wdrożenie i utrzymanie również innych praktyk prozdrowotnych dotyczących np. profilaktyki zdrowotnej, higieny psychicznej czy właściwego odżywiania. Klasycznym przykładem może być prowadzona w Polsce już od 2008 roku kampania „5 porcji warzyw, owoców lub soku”, zachęcająca do zwiększenia spożywania tych produktów²⁹. Choć Światowa Organizacja Zdrowia od lat zaleca spożywanie minimum 400 g warzyw i owoców dziennie³⁰, w rzeczywistości wielkość ich spożycia w Polsce wciąż jest zbyt niska – w 2022 roku wynosiła średnio 276 g/d/os (obliczenia własne na podstawie danych GUS)³¹.

Badania własne pokazują, że średnie ogólne nasilenie zachowań zdrowotnych wśród sportowców amatorów, jak też poszczególne ich kategorie, było podobne albo tylko nieznacznie wyższe w porównaniu z wynikami uzyskanymi przez innych autorów, którzy analizowali zachowania zdrowotne osób zdrowych, reprezentujących różne grupy populacji, w tym także osoby nietreningujące³² (tabela 4). Nasilenie

²⁸ A. Łuszczynska, *Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają?*, Gdańsk 2004.

²⁹ B. Groele, K. Gutkowska, *Wpływ kampanii „5 porcji warzyw, owoców lub soku” na świadomość konsumenta*, „Przemysł Spożywczy”, 2016 nr 70(10), s. 50–53.

³⁰ WHO, *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*, Technical Report Series 916 of a Joint WHO/FAO Expert Consultation, Geneva 2003.

³¹ GUS, *Budżety gospodarstw domowych w 2022 r.*, Warszawa 2023.

³² M. Weber-Rajek, A. Bethke, A. Radzimińska, E. Lulińska-Kuklik, W. Zukow, *Zachowania zdrowotne i urazy sportowe*, „Journal of Education, Health and Sport”, 2016 nr 6(5), s. 119–130; G. Nowak, A. Żelazko, D. Nowak, M. Waliczek, K. Pawlas, *Zależność między zachowaniami zdrowotnymi a poziomem stresu i występowaniem bezsenności oraz depresji u studentów zdrowia publicznego*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne”, 2015 nr 5(3), s. 231–238; J. Lewko, B. Polityńska-Lewko, M. Sierakowska, E. Krajewska-Kułał, *Zachowania zdrowotne wśród studentów pielęgniarstwa*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia, Sectio D”, 2005 nr 283, s. 260–264; M. Baumgart, M. Weber-Rajek, A. Radzimińska, A. Goch, W. Zukow, *Zachowania zdrowotne studentów fi-*

3 z 4 kategorii zachowań zdrowotnych badanych sportowców amatorów było zbliżone do wyników badań przeprowadzonych z udziałem młodszych sportowców (n = 100, wiek: 18–30 lat)³³ – w badaniach własnych uzyskano wyższe wskaźniki prawidłowych nawyków żywieniowych. Wyższe ogólne nasilenie zachowań zdrowotnych wśród kobiet niż u mężczyzn potwierdzają również badania innych autorów, m.in. wśród studentów kierunków nauczycielskich³⁴ czy lekarzy³⁵. Choć wśród mieszkańców Polski wartości średnie kształtują się zazwyczaj na zbliżonym poziomie, to procentowy rozkład osób o niskim, przeciętnym i wysokim nasileniu zachowań zdrowotnych jest bardzo różny pomiędzy badanymi grupami. Jednak w żadnej z tych grup ani w badaniach własnych odsetek osób o wysokim nasileniu zachowań zdrowotnych nie przekroczył 1/3 badanych, co powinno niepokoić.

Zgodnie z teorią nieformalnej edukacji dorosłych proces uczenia się może zachodzić intencjonalnie lub nie³⁶. Samokierowane uczenie się, rozumiane jako intencjonalne podejmowanie aktywności fizycznej dla wzmacniania zdrowia, może być także uczeniem się autonomiczno-selektywnym, zgodnie z propozycją klasyfikacji zachowań dorosłych w obszarze edukacji nieformalnej według Pierścieniaka³⁷, tyle że

zjoterapii, „Journal of Education, Health and Sport”, 2015 nr 5(6), s. 211–224; A. Arendt, M. Laszczyńska, M. Bażydło, A. Kotwas, B. Karakiewicz, *Ocena zachowań zdrowotnych mężczyzn po 40 roku życia*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, 2014 nr 95(3), s. 659–666; M. Bąk-Sosnowska, S. Kołodziej, K. Gojdz, V. Skrzypulec-Plinta, *Zachowania zdrowotne polskich lekarzy*, „Wiadomości Lekarskie”, 2016 nr 69(3), s. 449–455; M. Wysokiński, W. Fidecki, S. Bernat-Kotowska, R. Ślusarz, *Health Behaviour of Miners*, „Medycyna Pracy”, 2015 nr 66(6), s. 753–761.

³³ M. Weber-Rajek, A. Bethke, A. Radziwińska, E. Lulińska-Kuklik, W. Zukow, dz. cyt., s. 119–130.

³⁴ G. Kosiba, M. Gacek, A. Bogacz-Walancik, A. Wojtowicz, *Zachowania zdrowotne a satysfakcja z życia studentów kierunków nauczycielskich*, „Teraźniejszość – Człowiek – Edukacja”, 2017 nr 20(78), s. 79–93.

³⁵ M. Bąk-Sosnowska, S. Kołodziej, K. Gojdz, V. Skrzypulec-Plinta, dz. cyt., s. 449–455.

³⁶ D. Schugurensky, *The forms of informal learning: Towards a conceptualization of the field*, Working Paper nr 19, Toronto 2000.

³⁷ K. Pierścieniak, *Nieformalna edukacja dorosłych: wokół zakresów i znaczeń*, „Rocznik Andragogiczny”, 2009, s. 79–98.

Tabela 4. Porównanie zachowań zdrowotnych sportowców amatorów (wyniki badań własnych) z wybranymi wynikami badań innych autorów

Badana grupa	Wiek	Ogólne nasilenie zachowań zdrowotnych (IZZ)		Kategorie zachowań zdrowotnych (IZZ)			źródło	
		X ±SD (Me)	poziom nasilenia: niski/średni/wysoki	prawidłowe nawyki żywieniowe	zachowania profilaktyczne	pozytywne nastawienie psychiczne		praktyki zdrowotne
Sportowcy amatorzy (n = 251)	18–60	84,4 ± 12,6 (84,0); 79,2 ± 10,9 (79,0)	26/45/29; 27/48/25	3,70 ± 0,72; 3,34 ± 0,66	3,46 ± 0,75; 3,14 ± 0,64	3,51 ± 0,70; 3,44 ± 0,65	3,40 ± 0,71; 3,29 ± 0,60	badania własne
[kobiety; mężczyźni]								
Sportowcy (n = 100)	18–30	–	–	3,25 ± 0,76 3,13 ± 0,51	3,35 ± 0,66 3,19 ± 0,71	3,52 ± 0,49 3,40 ± 0,55	3,37 ± 0,69 3,18 ± 0,57	Weber-Rajek i in. (2016)
[kobiety; mężczyźni]								
Studentki zdrowia publicznego (n = 133)	19–39	78,4 ± 12,9	30/39/31	3,38 ± 0,77	3,22 ± 0,72	3,32 ± 0,69	3,13 ± 0,72	Nowak i in. (2015)
Studentki pielęgniarstwa (n = 70)	powyżej 19	76,1	50/44/6	2,84–3,66	2,55–3,88	2,67–4,14	2,59 – 3,94	Lewko i in. (2005)
Studentki fizjoterapii (n = 85)	–	–	–	3,44 ± 0,51	3,36 ± 0,58	3,23 ± 0,50	3,01 ± 0,47	Baumgart i in. (2015)
Mężczyźni (n = 204)	40–82	76,3 ± 13,0	35/43/22	3,05 ± 0,67	3,10 ± 0,78	3,46 ± 0,66	3,10 ± 0,64	Arendt i in. (2014)
Lekarze (n = 523)	49 ± 14	83,47 ± 12,33 (84,00)	27/43/30	3,68 ± 0,67	3,38 ± 0,77	3,48 ± 0,66	3,37 ± 0,61	Bąk-Sosnowska i in. (2016)
Górnicy (n = 200)	19–42	72,7 ± 12,1	–	2,83 ± 0,65	2,94 ± 0,69	3,40 ± 0,66	2,96 ± 0,73	Wysokiński i in. (2015)

z odmiennym – negatywnym – skutkiem dla zdrowia. Dlatego podejmowana aktywność fizyczna zawsze powinna być dostosowana do indywidualnych możliwości danej osoby. Podczas gdy umiarkowana aktywność fizyczna pozytywnie wpływa na zdrowie, to zarówno jej brak, nadmierna ilość lub intensywność, jak i niedostosowanie do indywidualnych możliwości danej jednostki mogą prowadzić do negatywnych skutków zdrowotnych. Ponadto osoby podejmujące wzmożoną aktywność fizyczną w czasie wolnym powinny charakteryzować się bardzo dobrym zdrowiem z uwagi na zwiększony wydatek energetyczny, który w przeliczeniu na godzinę treningu może wynosić 580–820 kcal³⁸. Modyfikacja sposobu żywienia zalecana jest już przy trenowaniu 5 lub więcej godzin tygodniowo³⁹. Udowodniono, że systematyczne ćwiczenia zmniejszają ryzyko 40 chorób⁴⁰, m.in. układu sercowo-naczyniowego i oddechowego, jak również wystąpienia otyłości, osteoporozy i osteoartretyzmu, nadciśnienia, udaru i cukrzycy oraz zwiększają odporność organizmu na zachorowania, m.in. przez korzystny wpływ na układ immunologiczny⁴¹. Z drugiej strony, z intensyfikacją aktywności fizycznej wiążą się niekorzystne skutki zdrowotne, jak np. większe ryzyko odniesienia kontuzji, dodatkowe narażanie organizmu na stres

³⁸ A. Anyżewska, R. Łakomy, J. Bertrandt, *Wydatek energetyczny wybranych rodzajów treningów podejmowanych przez sportowców amatorów*, „Sport i Turystyka. Środkowoeuropejskie czasopismo naukowe”, 2019 nr 2(3), s. 143–155.

³⁹ L.M. Burke, *A food pyramid for Swiss athletes*, „International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism”, 2008 nr 18(4), s. 430–437.

⁴⁰ G. Ruegsegger, F. Booth, *Health benefits of exercise*, „Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine”, 2018 nr 8(7), s. 29694.

⁴¹ D. Rothenbacher, A. Hoffmeister, H. Brenner, W. Koenig, *Physical activity, coronary heart disease and inflammatory response*, „Archives of Internal Medicine”, 2003 nr 163, s. 1200–1205; P. Dandona, A. Aljada, A. Bandyopadhyay, *Inflammation: the link between insulin resistance, obesity and diabetes*, „Trends in Immunology”, 2004 nr 25, s. 4–7; W. Drygas, A. Jegier, A. Bednarek-Gejo, T. Kostka, *Long-term effects of various physical activity levels in preventing obesity and metabolic syndrome in middle-aged men*, „European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation”, 2005 nr 12, s. 28–34.

oksydacyjny czy możliwość wystąpienia zaburzeń elektrolitowych i odwodnienia⁴².

Okazuje się, że sportowcy amatorzy nie zawsze potrafią zachować umiar. Paweł Nowak⁴³ podkreśla, że „biegacze amatorzy często popadają w pułapkę ciągłej obsesyjnej rywalizacji. Zamiast bawić się w sport, próbują na poważnie go uprawiać, zapominając, że są amatorami. Nie powinni zapominać o prozdrowotnych wartościach aktywności ruchowej, zamiast wręcz ryzykować zdrowiem dla wygranej”. Wśród części sportowców amatorów zauważa się dążenie do realizacji często hedonistycznych celów (np. przyjemność z uzyskania medalu, uzyskania wygranej), których osiągnięcie może odbywać się kosztem zdrowia⁴⁴. Wyniki badań własnych pokazały, że sportowcy amatorzy podejmują aktywność fizyczną równie często z powodów zdrowotnych, jak i dla odczuwania przyjemności. Natomiast spośród analizowanych praktyk zdrowotnych najniżej ocenione zostało unikanie nadmiernego wysiłku fizycznego, szczególnie przez sportowców amatorów płci męskiej. Nie należy jednak umniejszać pozytywnych aspektów podejmowanego wysiłku fizycznego i jego wpływu na zdrowie. Poprzez właściwą postawę wobec własnego zdrowia, w szczególności świadome podejmowanie zachowań prozdrowotnych, ryzyko negatywnych skutków zdrowotnych wzmożonego wysiłku można znacząco zminimalizować, przy jednoczesnym maksymalizowaniu prozdrowotnych korzyści.

Ze względu na niezadowalający poziom zachowań zdrowotnych sportowców amatorów należy zwrócić uwagę na czynniki, które mogą motywować do dbania o własne zdrowie. Badania przeprowadzone przez Milert i in.⁴⁵ potwierdziły, że podjęcie aktywności fizycznej samo w sobie może motywować do zmiany zachowań zdrowotnych. Pomimo

⁴² R. Złotkowska, M. Skiba, A. Mroczek, T. Bilewicz-Wyrozumska, K. Król, K. Lar, E. Zbrojkiewicz, *Negatywne skutki aktywności fizycznej oraz sportu*, „Hygeia Public Health”, 2015 nr 50(1), s. 41–46.

⁴³ P. Nowak, *Sport rekreacyjny – na pograniczu wartości prozdrowotnych*, „Zdrowie – Kultura Zdrowotna – Edukacja”, 2010 nr 6, s. 130.

⁴⁴ W. Firek, *W stronę filozofii zdrowia*, w: *Zdrowie i jego uwarunkowania*, red. D. Mucha, H. Zięba, Nowy Targ 2011, s. 22–33.

⁴⁵ A. Milert, W. Klich, T. Ridan, J. Morgaś, *The influence of 1-year Tai Chi practice on health behavior in adults*, „Physical Activity Review”, 2017 nr 5, s. 29–36.

opinii, że zachowania zdrowotne kształtują się w drugiej dekadzie życia, kiedy to podejmowane są decyzje dotyczące wyboru zawodu czy dalszej edukacji⁴⁶, autorzy zaobserwowali istotny wzrost wskaźnika ogólnego nasilenia zachowań zdrowotnych (75 vs 83; $p < 0,001$), jak i wszystkich ich kategorii wśród dorosłych w wieku 30–50 lat, którzy przez rok regularnie uczestniczyli w zajęciach tai-chi. Potwierdza to możliwość modelowania zachowań zdrowotnych przez całe życie.

Przeprowadzone badania potwierdzają potrzebę prowadzenia skutecznej profilaktyki zdrowotnej oraz edukacji w tym zakresie. Niezwykle istotne wydaje się jednoczesne zwracanie uwagi na zwiększanie świadomości prowadzenia zdrowego stylu życia we wszystkich jego obszarach. Uzyskane wyniki wskazują na potrzebę prowadzenia dalszych badań z udziałem większej liczby sportowców amatorów celem podjęcia próby wyodrębnienia czynników sprzyjających podejmowaniu zachowań prozdrowotnych. Skoro głównym motywem podejmowania aktywności fizycznej przez badanych było zdrowie, a poziom zachowań zdrowotnych tych osób był zaledwie przeciętny, celowe wydaje się zweryfikowanie, czym dla sportowców amatorów jest zdrowie i jakie mają postawy wobec zdrowia i zdrowego stylu życia.

Wnioski

1. Nasilenie zachowań prozdrowotnych w badanej grupie sportowców amatorów należy uznać za niewystarczające, gdyż pomimo zadeklarowania przez większość badanych zarówno prowadzenia zdrowego stylu życia (70% kobiet i 66% mężczyzn), jak i zainteresowania tą tematyką (92% kobiet i 75% mężczyzn) zaledwie u mniej niż $\frac{1}{3}$ respondentów stwierdzono wysokie nasilenie zachowań zdrowotnych (29% kobiet i 25% mężczyzn). Uzyskane wyniki są szczególnie niepokojące z uwagi na duże rozbieżności w odniesieniu do wymienionego przez zdecydowaną większość

⁴⁶ J. Kuczyński, E. Kleszczewska, T. Popławski, K. Łogwiniuk, A. Szpakow, A. Szpakow, *Badanie używania substancji psychoaktywnych oraz postaw prozdrowotnych wśród studentów uczelni z Suwałk, Białegostoku i Grodna*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, 2011 nr 92(4), s. 748–753.

- badanych głównego motywu podejmowania aktywności fizycznej – „dla zdrowia” (79% kobiet i 83% mężczyzn).
2. Wykazano, że badane kobiety charakteryzowały się istotnie wyższym od mężczyzn ogólnym nasileniem zachowań zdrowotnych (84,4 vs 79,2; $p = 0,001$) oraz prawidłowych nawyków żywieniowych (3,70 vs 3,34; $p < 0,001$) i zachowań profilaktycznych (3,46 vs 3,14; $p = 0,002$). Wśród kobiet dominującą kategorią zachowań zdrowotnych były prawidłowe nawyki żywieniowe, natomiast w grupie mężczyzn najwyżej zostało ocenione pozytywne nastawienie psychiczne.
 3. Choć nie stwierdzono różnicy w samoocenie prowadzenia przez kobiety i mężczyzn zdrowego stylu życia, kobiety istotnie częściej deklarowały zainteresowanie tematyką zdrowego stylu życia (92% vs 75%; $p < 0,001$) oraz tematyką żywieniową (81% vs 61%; $p < 0,001$), mężczyźni zaś – zagadnieniami treningu sportowego (70 vs 56%; $p = 0,019$).
 4. Stwierdzone niewystarczające nasilenie zachowań zdrowotnych sportowców amatorów potwierdza zasadność prowadzenia dalszych badań z udziałem większej grupy w celu podjęcia próby wyodrębnienia determinantów tych zachowań, a poznane deficyty w zachowaniach zdrowotnych mogą przyczynić się do skuteczniejszej edukacji i promocji zdrowia w tej grupie.

Bibliografia:

- Anyżewska, Anna, Roman Łakomy, Jerzy Bertrandt. 2019. „Wydatek energetyczny wybranych rodzajów treningów podejmowanych przez sportowców amatorów”. *Sport i Turystyka. Środkowoeuropejskie czasopismo naukowe* 2(3): 143–155. <https://doi.org/10.16926/sit.2019.02.28>.
- Arendt, Anna, Maria Laszczyńska, Marta Bażydło, Artur Kotwas, Beata Karakiewicz. „Ocena zachowań zdrowotnych mężczyzn po 40 roku życia”. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 95(3) (2014): 659–666.
- Baumgart, Mariusz, Magdalena Weber-Rajek, Agnieszka Radziwińska, Aleksander Goch, Walery Zukow. 2015. „Zachowania zdrowotne studentów fi-

- zjoterapii”. *Journal of Education, Health and Sport* 5(6): 211–224. <https://doi.org/10.5281/zenodo.18554>.
- Bąk-Sosnowska, Monika, Sebastian Kołodziej, Krzysztof Gojdz, Violetta Skrzypulec-Plinta. „Zachowania zdrowotne polskich lekarzy”. *Wiadomości Lekarskie* 69(3) (2016): 449–455.
- Blair, Steven. 2009. „Physical inactivity: the biggest public health problem of the 21st century”. *British Journal of Sports Medicine* 43(1): 1–2. [https://doi.org/10.1016/s1440-2440\(07\)70066-x](https://doi.org/10.1016/s1440-2440(07)70066-x).
- Brookfield, Stephen. „The Concept of Critically Reflective Practice”. W: *Handbook of Adult and Continuing Education*, red. Arthur Wilson, Elisabeth Hayes. San Francisco, 2000.
- Burke, Louise. 2008. „A food pyramid for Swiss athletes”. *International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism* 18(4): 430–437. <https://doi.org/10.1123/ijsnem.18.4.430>.
- Chmielecka, M. 2019. „Ewolucja teorii transformatywnego uczenia się”. *Edukacja Ustawiczna Dorosłych* 4: 9–18. <https://doi.org/10.34866/e9fc-7x67>.
- Dandona, Paresh, Ahmad Aljada, Arindam Bandyopadhyay. 2004. „Inflammation: the link between insulin resistance, obesity and diabetes”. *Trends in Immunology* 25: 4–7. <https://doi.org/10.1016/j.it.2003.10.013>.
- Demel, Maciej. *Pedagogika zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, wyd. 2, 1980.
- Drygas, Wojciech, Anna Jegier, Anna Bednarek-Gejo, Tomasz Kostka. 2005. „Long-term effects of various physical activity levels in preventing obesity and metabolic syndrome in middle-aged men”. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* 12: 28–34. <https://doi.org/10.1097/00149831-200506000-00034>.
- Firek, Wiesław. „W stronę filozofii zdrowia”. W: *Zdrowie i jego uwarunkowania*, red. Dariusz Mucha, Halina Zięba, 22–33. Nowy Targ: Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa, 2011.
- Górnicka, Magdalena, Małgorzata Drywień, Monika Zielińska, Jadwiga Hamułka. 2020. „Dietary and Lifestyle Changes During COVID-19 and the Subsequent Lockdowns among Polish Adults: A Cross-Sectional Online Survey PLifeCOVID-19 Study”. *Nutrients* 12: 2324. <https://doi.org/10.3390/nu12082324>.
- Groele, Barbara, Krystyna Gutkowska. 2016. „Wpływ kampanii »5 porcji warzyw, owoców lub soku« na świadomość konsumenta”. *Przemysł Spożywczy* 70(10) (2016): 50–53.

- Gruszczyczka, Magdalena, Monika Bąk-Sosnowska, Ryszard Plinta. „Zachowania zdrowotne jako istotny element aktywności życiowej człowieka. Stosunek Polaków do własnego zdrowia”. *Hygeia Public Health* 50(4) (2015): 558–565.
- GUS. *Budżety gospodarstw domowych w 2022 r.* Warszawa: GUS, 2023.
- Heszen, Irena, Helena Sęk. „Modele społecznej psychologii poznawczej wyjaśniające zachowania zdrowotne i zmianę zachowań”. W: *Psychologia zdrowia*, red. I. Heszen, H. Sęk, 120–140. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2012.
- Jabłońska, Karolina, Artur Sobieraj. 2013. „Metodyka dobierania próby badawczej w naukach społecznych”. *Bezpieczeństwo i Technika Pożarnicza* 4 (2013): 31–36.
- Juczyński, Zygrfryd. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia.* Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, 2012.
- Juruć, Agata. „Edukacja żywieniowa”. W: *Psychodietetyka*, red. Anna Brytek-Matera, 83–102. Warszawa: PZWL, 2020.
- Kosiba, Grażyna, Maria Gacek, Agnieszka Bogacz-Walancik, Agnieszka Wojtowicz. „Zachowania prozdrowotne a satysfakcja z życia studentów kierunków nauczycielskich”. *Teraźniejszość – Człowiek – Edukacja* 20 (2017): 79–93.
- Kuczyński, Jarosław, Ewa Kleszczewska, Tadeusz Popławski, Katarzyna Łogwiniuk, Aleksander Szpakow, Andrzej Szpakow. „Badanie używania substancji psychoaktywnych oraz postaw prozdrowotnych wśród studentów uczelni z Suwałk, Białegostoku i Grodna”. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 92(4) (2011): 748–753.
- Lalonde, Marc. *A New Perspective on the Health of Canadians; A Working Document.* Ottawa: Minister of Supply and Services, 1974.
- Lewko, Jolanta, Barbara Polityńska-Lewko, Matylda Sierakowska, Elżbieta Krajewska-Kułąk. „Zachowania zdrowotne wśród studentów pielęgniarstwa”. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia, Sectio D* 283 (2005): 260–264.
- Łobocki, Mieczysław. „Dobór próby w badaniach pedagogicznych”. W: *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*, red. Mieczysław Łobocki, 161–176. Kraków: Impuls, 2010.
- Łuszczżyńska, Aleksandra. *Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają?* Gdańsk: GWP, 2004.

- Mezirow, Jack. „Learning to Think Like an Adult. Core Concepts of Transformation Theory”. W: *Associates, Learning as Transformation. Critical Perspectives on a Theory in Progress*, red. Jack Mezirow i wsp., 12–30. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 2000.
- Mezirow, Jack. *Transformative Dimensions of Adult Learning*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1991.
- Milert, Agata, Wiktoria Klich, Tomasz Ridan, Joanna Morgaś. 2017. „The influence of 1-year Tai Chi practice on health behavior in adults”. *Physical Activity Review* 5: 29–36. <https://doi.org/10.16926/par.2017.05.05>.
- Nowak, Grzegorz, Aleksandra Żelazko, Damian Nowak, Martyna Waliczek, Krystyna Pawlas. „Zależność między zachowaniami zdrowotnymi a poziomem stresu i występowaniem bezsenności oraz depresji u studentów zdrowia publicznego”. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 5(3) (2005): 231–238.
- Nowak, Paweł. „Sport rekreacyjny – na pograniczu wartości prozdrowotnych”. *Zdrowie – Kultura Zdrowotna – Edukacja* 6 (2010): 129–134.
- Pierścieniak, Krzysztof. „Nieformalna edukacja dorosłych: wokół zakresów i znaczeń”. *Rocznik Andragogiczny* (2009): 79–98.
- Pleskot-Makulska, Krystyna. (2007). „Teoria uczenia się transformatywnego autorstwa Jacka Mezirowa”. *Rocznik Andragogiczny* (2007): 81–96.
- Puchalski, Krzysztof. „Uwarunkowania zachowań zdrowotnych i możliwości ich kształtowania”. W: *Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie – wyzwania dla edukacji zdrowotnej*, red. Elżbieta Korzeniowska, Krzysztof Puchalski, 33–43. Łódź: Edukacja i Kultura, 2010.
- Puchalski, Krzysztof, Elżbieta Korzeniowska. 2004. „Dlaczego nie dbamy o zdrowie. Rola potocznych racjonalizacji w wyjaśnianiu aktywności prozdrowotnej”. W: *Zdrowie, choroba, społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny*, red. Włodzimierz Piątkowski, 107–126. Lublin: UMCS, 2004.
- Rothenbacher, Dietrich, Albrecht Hoffmeister, Hermann Brenner, Wolfgang Koenig. 2003. „Physical activity, coronary heart disease and inflammatory response”. *Archives of Internal Medicine* 163: 1200–1205. <https://doi.org/10.1001/archinte.163.10.1200>.
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025, Dz.U. z 2021 r. poz. 642.
- Rueggsegger, Gregory, Frank Booth. 2018. „Health benefits of exercise”. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine* 8(7): a029694. <https://doi.org/10.1101/cshperspect.a029694>.

- Schugurensky, Daniel. *The forms of informal learning: Towards a conceptualization of the field*. Working Paper nr 19. Toronto, 2000.
- Tamminen, Nina, Jaakko Reinikainen, Kaija Appelqvist-Schmidlechner, Katja Borodulin, Tomi Mäki-Opas, Pia Solin. 2020. „Associations of physical activity with positive mental health: A population based study”. *Mental Health and Physical Activity* 18: 100319. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2020.100319>.
- Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, Dz.U. z 2022 r. poz. 1608.
- Weber-Rajek, Magdalena, Anna Bethke, Agnieszka Radzimińska, Ewelina Lulińska-Kuklik, Walery Zukow. 2016. „Zachowania zdrowotne i urazy sportowe”. *Journal of Education, Health and Sport* 6(5): 119–130. <https://doi.org/10.5281/zenodo.51331>.
- WHO. *The world health report 1998 – Life in the 21st century: a vision for all*. Geneva: WHO, 1998.
- WHO. *Technical Report Series 916. Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation, Geneva: WHO, 2003.
- Woynarowska, Barbara. „Niektóre uwarunkowania dbałości o zdrowie”. W: *Edukacja zdrowotna*, red. Barbara Woynarowska, 86–88. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2017.
- Woynarowska, Barbara. „Styl życia i zachowania zdrowotne”. W: *Edukacja zdrowotna*, red. Barbara Woynarowska, 57–68. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2017.
- Wysokiński, Mariusz, Wiesław Fidecki, Sylwia Bernat-Kotowska, Robert Ślusarz. 2015. „Health Behaviour of Miners”. *Medycyna Pracy* 66(6): 753–761. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00082>.
- Złotkowska, Renata, Magda Skiba, Alina Mroczek, Teresa Bilewicz-Wyrozumska, Karolina Król, Katarzyna Lar, Ewa Zbrojkiewicz. „Negatywne skutki aktywności fizycznej oraz sportu”. *Hygeia Public Health* 50(1) (2015): 41–46.
- <https://health.gov/healthypeople>.