

Sylwia Kielbasa\*, Natalia Kaźmierczak\*\*, Joanna Kwiatkowska\*\*\*,  
Antoni Niedzielski\*\*\*\*

## AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA A STAN ZDROWIA WŚRÓD MŁODYCH OSÓB – DONIESIENIE WSTĘPNE

**Abstrakt.** Zgodnie z definicją WHO, zdrowie jest stanem zupełnej pomysłowości fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie brakiem choroby lub ułomności. Czynniki, które w znacznym stopniu determinują zdrowie człowieka są zachowania zdrowotne (w tym m.in. aktywność fizyczna). Celem badań była ocena zależności pomiędzy subiektywną oceną stanu zdrowia a aktywnością fizyczną wśród młodych kobiet i mężczyzn w wieku do 30 roku życia. Narzędzie badawcze składało się z dwóch części – pierwszą stanowił autorski kwestionariusz ankiety dotyczący samooceny stanu zdrowia i opisu podejmowanej aktywności fizycznej, natomiast drugą – kwestionariusz Brief Inventory of Thriving (BIT). Badanie przeprowadzone zostało w okresie luty–kwiecień 2015 r. Wzięło w nim udział 368 osób. Osoby aktywne fizycznie wyżej oceniają stan swojego zdrowia niż osoby nieaktywne fizycznie. Samoocena stanu zdrowia wśród mężczyzn jest wyższa niż wśród kobiet. Osoby aktywne fizycznie częściej są szczęśliwe i pełne energii oraz rzadziej odczuwają zmęczenie.

**Słowa kluczowe:** aktywność fizyczna, zdrowie.

### 1. Wprowadzenie

Zgodnie z definicją WHO, „zdrowie jest stanem zupełnej pomysłowości fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie brakiem choroby lub ułomności” (Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia). Czynniki, które w znacznym stopniu determinują zdrowie człowieka są zachowania zdrowotne. Niedostateczna liczba zachowań prozdrowotnych (takich jak podejmowanie aktywności fizycznej,

---

\* Mgr, Katedra Nauk Humanistycznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, ul. Staszica 4/6, 20-059 Lublin; e-mail: sylwiakielbasa@op.pl.

\*\* Mgr, Katedra Nauk Humanistycznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, ul. Staszica 4/6, 20-059 Lublin; e-mail: kazmierczak@o2.pl.

\*\*\* Mgr, Katedra Nauk Humanistycznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, ul. Staszica 4/6, 20-059 Lublin; e-mail: joanna.kwiatkowska@umlub.pl.

\*\*\*\* Dr hab., Katedra Nauk Humanistycznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, ul. Staszica 4/6, 20-059 Lublin; e-mail: antoni.niedzielski@umlub.pl.

odpowiedniej pod względem czasu trwania i intensywności, zbilansowane i regularne odżywianie itd.) oraz występowanie zachowań ryzykownych (m.in. stosowanie substancji psychoaktywnych, ryzykowne zachowania seksualne, przemoc, nieuzasadnione odchudzanie się itp.) są główną przyczyną zaburzeń zdrowotnych w okresie młodości i dalszych latach życia (Wojtyła i in. 2011: 4).

Wśród obszarów zainteresowań nauk o zdrowiu jest identyfikacja i opis czynników mających wpływ na zdrowie jednostki i populacji. Jednym z najważniejszych czynników wpływających na stan zdrowia jest aktywność fizyczna. Stanowi ona podstawowy, integralny składnik zdrowego stylu życia. Bez niej nie istnieje jakakolwiek strategia zdrowia, jego utrzymania i pomnażania, a u dzieci – prawidłowy rozwój (Drabik 1996: 215). Aktywność fizyczna i zdrowie ściśle się ze sobą łączą. Ciało ludzkie zostało skonstruowane do ruchu, stąd do funkcjonowania w sposób optymalny i unikania chorób wymagane jest podejmowanie regularnej aktywności fizycznej. Niniejsze opracowanie, oparte na wynikach przeprowadzonego badania, dotyczy powiązania pomiędzy subiektywną oceną stanu zdrowia a podejmowaną aktywnością fizyczną.

Zgodnie z klasyczną definicją, aktywność fizyczna to „każdy ruch ciała konieczny do codziennego życia lub część programu ćwiczeniowego” (Drygas i in. 2008: 1–2). Aktywność fizyczna to wszelki ruch ciała, będący wynikiem skurczu mięśni, którego skutkiem jest zwiększenie wydatku energetycznego powyżej poziomu podstawowego. Pojęcie to należy rozumieć szeroko. Jest to zarówno zawodowe uprawianie sportu, jak i tzw. rekreacyjna aktywność fizyczna, aktywność fizyczna w domu (wykonywanie obowiązków domowych), a także aktywność fizyczna związana z transportem. Do cech charakterystycznych aktywności fizycznej zalicza się odpowiednią intensywność, czas jej trwania i częstotliwość (Wytyczne UE 2008: 3; Branca i in. 2007).

Podejmowanie aktywności fizycznej w codziennym życiu przynosi korzyści nie tylko zdrowotne, lecz także społeczne i psychologiczne. Stwierdzono istnienie bezpośredniej relacji między aktywnością fizyczną a średnią długością życia. Populacje charakteryzujące się wyższą aktywnością fizyczną niż przeciętna zazwyczaj żyją dłużej niż populacje nieaktywne. Osoby prowadzące siedzący tryb życia po podjęciu aktywności fizycznej obserwują poprawę samopoczucia i lepszą jakość życia. Badania pokazują, że brak regularnej aktywności fizycznej jest przyczyną wielu chorób przewlekłych, w tym m.in. chorób układu oddechowego (przewlekła obturacyjna choroba płuc, astma oskrzelowa), chorób sercowo-naczyniowych, chorób mięśni, stawów i kości (*osteoarthritis*, osteoporoza, fibromialgia, zespół przewlekłego zmęczenia), cukrzycy, depresji oraz chorób nowotworowych. Wśród osób o dużej aktywności fizycznej w badaniach długofalowych stwierdzone zostało zmniejszenie liczby zgonów na skutek chorób nowotworowych (ok. 25–30%), w tym nowotworów złośliwych jelita grubego, sutka, gruczołu krokowego, płuc oraz *endometrium*. Aktywność fizyczna ma także duże znaczenie w profilaktyce i leczeniu nadwagi, otyłości, a także

zespołu metabolicznego (Branca i in. 2007; Friedenreich, Orenstein 2002; Campbell i in. 2007; Sawada i in. 2003; Schnohr i in. 2006; Drygas i in. 2005). Przy użyciu wskaźnika DALY (ang. *disability adjusted life-years* – lata życia, skorygowane niepełnosprawnością) oszacowano, że każdego roku w Europejskim Regionie WHO ponad 8 milionów ludzi podupada na zdrowiu wskutek zbyt niskiej aktywności fizycznej, a około milion zgonów rocznie łączy się bezpośrednio z brakiem aktywności fizycznej. Brak lub niewystarczająca aktywność fizyczna jest czwartym z kolei czynnikiem ryzyka zgonów. Odpowiada za 6% zgonów na świecie oraz 5–10% zgonów w krajach Europejskiego Regionu WHO – w zależności od kraju (*Global health risks* 2009).

Światowa Organizacja Zdrowia w ramach swojej działalności przyjęła szereg dokumentów określających indywidualne i zbiorcze cele, związane m.in. z podejmowaniem aktywności fizycznej. Wytyczne opracowane przez WHO podkreślają rolę aktywności fizycznej jako narzędzia podstawowej profilaktyki. W 2002 r. WHO przyjęła zalecenie określające, że każda zdrowa osoba dorosła w wieku 18–65 lat powinna podejmować umiarkowaną aktywność fizyczną przez minimum 30 minut dziennie przez 5 dni w tygodniu lub bardzo intensywną aktywność fizyczną przez 20 minut 3 dni w tygodniu. Dawka aktywności fizycznej powinna być kumulowana w przynajmniej 10 minutowych rundach oraz może składać się z połączenia aktywności umiarkowanej oraz intensywnej. *Biała księga* na temat sportu, wydana w 2007 r. przez Komisję Europejską podkreśla ogromny potencjał aktywności fizycznej w zakresie poprawy zdrowia publicznego (*Biała księga* 2007).

## 2. Cel badań

Celem badań była ocena zależności pomiędzy subiektywną oceną stanu zdrowia a aktywnością fizyczną wśród młodych kobiet i mężczyzn w wieku od 18 do 30 roku życia. Niniejsze badanie ma charakter wstępny.

## 3. Materiał i metody

Narzędzie badawcze składało się z dwóch części – pierwszą stanowił autorski kwestionariusz ankiety, obejmujący samoocenę stanu zdrowia i opis podejmowanej aktywności fizycznej, natomiast drugą – standaryzowany kwestionariusz Brief Inventory of Thriving (BIT). W części autorskiej pytania dotyczyły m.in. samooceny stanu zdrowia, porównania obecnego stanu zdrowia z analogicznym okresem w roku poprzednim, oceny kryteriów służących do oceny ogólnego samopoczucia i jakości życia badanych, oceny podejmowanej aktywności fizycznej (od jakiego czasu jest podejmowana, z jaką częstotliwością, rodzaj podejmowanej aktywności fizycznej). W kwestionariuszu znalazły się też pytania o płeć, wiek, wielkość miejscowości pochodzenia.

Narzędzie badawcze zamieszczone zostało w Internecie na forach dyskusyjnych o tematyce niezwiązanej ze zdrowiem i aktywnością fizyczną. Medium to zostało wybrane z uwagi na największy zasięg i możliwości dotarcia do potencjalnych respondentów w wybranej grupie wiekowej.

Badanie przeprowadzone zostało w okresie luty–kwiecień 2015 r. Miało charakter anonimowy, a przystąpienie do niego było poprzedzone wyrażeniem świadomej zgody na udział w badaniu. Objęło ono 368 osób w wieku od 18 do 30 roku życia. W badanej grupie mężczyźni stanowili 26,09% (N = 96), a kobiety 73,91% (N = 272). Osoby aktywne fizycznie stanowiły 54,08% (N = 199) ogółu badanych (w tym kobiety aktywne fizycznie 50% ogółu kobiet; mężczyźni aktywni fizycznie 65,63% ogółu mężczyzn). Średnia wieku wynosiła 22,34. Szczegółową charakterystykę badanych grup przedstawiono w tab. 1.

**Tabela 1.** Charakterystyka badanej grupy (N = 368)

Grupa	N	Płeć		Wiek:			SD	Me
		Kobiety	Mężczyźni	Min.	Max	M		
Osoby aktywne fizycznie	199 (54,08%)	136 (50%)	63 (65,63%)	18	30	22,42	2,24	22
Osoby nieaktywne fizycznie	169 (45,92%)	136 (50%)	33 (34,37%)	19	30	22,24	2,14	22
Ogółem	368	272	96	18	30	22,34	2,20	22

Objaśnienia: N – liczebność grupy; Min. – minimum; Max. – maksimum; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; Me – mediana.

Źródło: opracowanie własne.

W niniejszym opracowaniu wykorzystano informacje uzyskane z części autorskiej przeprowadzonego badania – dane poddano analizie w programach MS Excel 2010 oraz Statistica 10.0.

#### 4. Wyniki badania i dyskusja

Analiza wyników przeprowadzonego badania pozwala stwierdzić, że osoby aktywne fizycznie stanowią ponad połowę (54,08%) ogółu badanych w wieku od 18 do 30 roku życia. Wyniki na podobnym poziomie uzyskano w badaniu Eurobarometru w 2009 r. – w Polsce podejmowanie aktywności zadeklarowało 49% respondentów (w tym 6% regularnie, 15% z pewną regularnością, 24% rzadko).

Jest to wynik niższy niż wynik osiągnięty dla całej Unii Europejskiej (EU27), gdzie podejmowanie aktywności fizycznej zadeklarowało 61% badanych (w tym regularnie 9%, z pewną regularnością 31%, rzadko 21%) (*Sport i aktywność...* 2009: 8–9). Natomiast w badaniu CBOS z września 2013 r. osiągnięto wynik na nieco wyższym poziomie – podejmowanie aktywności fizycznej w ciągu ostatniego roku zadeklarowało 66% społeczeństwa (w tym 40% regularnie, 26% sporadycznie) (*Aktywność fizyczna...* 2013).

Według wspomnianego badania CBOS, najczęstszą motywacją dla podejmowania aktywności fizycznej jest zdrowie (70%). Dopiero w dalszej kolejności znalazły się odpowiedzi „dla przyjemności” (61%), „dla lepszego samopoczucia” (47%), „jest to sposób na wspólne spędzenie czasu ze znajomymi” (34%) itd. (*Aktywność fizyczna...* 2013). Podobnie w badaniu Eurobarometru: „poprawa stanu zdrowia” (61%), „uzyskanie lepszego wyglądu” (41%), „przeciwdziałanie efektom starzenia się” (39%), „potrzeba zabawy” (31%) itd. (*Sport i aktywność...* 2009: 8–9). Motywacje te ujawniają postrzeganie związku pomiędzy aktywnością fizyczną o zdrowiem w społeczeństwie.

Część właściwą badania, stanowiącą podstawę dla niniejszego opracowania, rozpoczęto od prośby o dokonanie samooceny zdrowia przez badanych. Pytanie to pozwala na uzyskanie informacji, jak dana osoba postrzega i ocenia swoje własne zdrowie. Ten subiektywny wskaźnik jest powszechnie wykorzystywany w badaniach społecznych (Maniecka-Bryła, Bryła 2004; Gajewska i in. 2012; Woynarowska-Sołdan, Węziak-Białowska 2012). Wynika to niewątpliwie z szeregu jego zalet, m.in. niskiego kosztu i stosunkowo krótkiego czasu realizacji w porównaniu z badaniem lekarskim, sposobu komunikacji z badanymi oraz łatwiejszego sposobu nawiązania łączności pomiędzy badaczem a badanym (Korporowicz 2008). Wskaźnik jest uważany za ważny i rzetelny miernik nie tylko oceny stanu zdrowia, lecz także niezależny predyktor umieralności, zalecany przez Światową Organizację Zdrowia do monitorowania stanu zdrowia populacji, realizowanego za pomocą wywiadu (Wróblewska 2010).

W niniejszym badaniu respondenci dokonywali samooceny stanu zdrowia w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza niezadowolający; 2 – zadowolający; 3 – dobry; 4 – bardzo dobry; 5 – doskonały. Wśród ogółu badanych największą liczbę wskazań uzyskały odpowiedzi określające stan zdrowia jako „dobry” (43,75%) oraz „bardzo dobry” (34,51%). Stosunkowo niewielką liczbę wskazań uzyskały odpowiedzi skrajne – „niezadowolający” i „doskonały” – po około 5% wskazań. Przeciętna samoocena stanu zdrowia wśród ogółu badanych wyniosła 3,23 punktu.

Dokonyjąc podziału grupy według kryterium płci dostrzegamy, że mężczyźni oceniają swój stan zdrowia lepiej niż kobiety – o około 14% wskazań więcej w przypadku odpowiedzi „bardzo dobry” i o około 5% więcej wskazań w przypadku odpowiedzi „doskonały”. Odpowiedzi określające stan zdrowia poniżej dobrego to 16,57% dla ogółu grupy, 16,17% dla kobiet, 17,71% dla mężczyzn. W badaniach przeprowadzonych przez GUS w 2009 r. aż 34% Polaków oceniło

swój stan zdrowia poniżej dobrego (w tym 37% kobiet i 34% mężczyzn). Wartości w tym przypadku były jednak tym wyższe, im starsza była analizowana grupa wiekowa, dla grupy respondentów w wieku 20–29 lat wynosiła jedynie 9% (*Stan zdrowia...* 2011). W niniejszym badaniu mężczyźni przeciętnie ocenili swój stan zdrowia na 3,40 punktu, podczas gdy kobiety na 3,17 punktu.

Jeszcze większa różnica uwidacznia się w przypadku podziału badanej grupy według kryterium podejmowania bądź niepodejmowania aktywności fizycznej. Osoby aktywne fizycznie aż w ponad 42% oceniły swój stan zdrowia jako „bardzo dobry”, a w ponad 8,5% jako „doskonały”, podczas gdy te oceny w przypadku osób nieaktywnych fizycznie to odpowiednio 25,44% oraz 1,18%. Respondenci aktywni fizycznie ocenili swój stan zdrowia na średnio 3,46 punktu (w tym kobiety: 3,35; mężczyźni: 3,70), natomiast wśród respondentów nieaktywnych fizycznie ta ocena wynosiła odpowiednio 2,96 punktu (kobiety: 2,99; mężczyźni: 2,82). Rozbieżność pomiędzy oceną dokonywaną przez osoby aktywne fizycznie i nieaktywne fizycznie wyniosła przeciętnie 0,5 punktu (w tym kobiety: 0,36; mężczyźni: 0,88).

Następnie respondenci zostali poproszeni o porównanie aktualnego stanu zdrowia z analogicznym okresem w roku poprzednim w skali –2 do 2, gdzie –2 znaczyło „dużo gorzej niż rok temu”; –1 – „trochę gorzej niż rok temu”; 0 – „tak samo jak rok temu”; 1 – „trochę lepiej teraz niż rok temu”; 2 – „dużo lepiej niż rok temu”. Otrzymane wyniki wskazują, że około 31,5% badanych zauważyło poprawę zdrowia, natomiast niemal 27% uważa swój obecny stan zdrowia za gorszy niż w roku ubiegłym. Kobiety częściej zauważają pogorszenie stanu zdrowia (29,04%) niż jego poprawę (28,68%). U mężczyzn jest odwrotnie i różnica ta jest wyższa – poprawa zdrowia 39,59%, pogorszenie zdrowia 20,84%. Jeszcze większa rozbieżność w ocenie występuje, gdy dokonamy podziału badanych według kryterium podejmowania aktywności fizycznej – w przypadku osób aktywnych fizycznie poprawę zdrowia zauważyło ponad 44% badanych, jego pogorszenie 17,59%. Wśród osób nieaktywnych fizycznie te wartości to odpowiednio 16,57% dla poprawy oraz 37,87% dla pogorszenia stanu zdrowia.

W porównaniu obecnego stanu zdrowia z analogicznym okresem w roku ubiegłym wszystkie średnie oceny dla analizowanych grup oscylowały wokół 0 punktów (odpowiedź: „tak samo jak rok temu”). Zauważyć można jednak analogiczne zależności, jak w przypadku poprzednio omawianego pytania. Mężczyźni oceniają swój stan zdrowia jako o 0,23 punktu lepszy niż w roku poprzednim, ta sama wartość dla kobiet to już tylko 0,05 punktu. Gdy analizujemy kryterium podejmowania aktywności fizycznej, okazuje się, że badani podejmujący aktywność fizyczną wskazali średnio na 0,37 punktu (w tym kobiety: 0,32; mężczyźni: 0,48), podczas gdy badani nieaktywni fizycznie wskazali odpowiednio na wartości –0,23 (w tym kobiety: –0,23; mężczyźni: –0,24). Różnica w ocenie wśród osób aktywnych i nieaktywnych fizycznie wyniosła 0,6 punktu (w tym w grupie kobiet: 0,55; w grupie mężczyzn: 0,72). A więc ponownie mężczyźni oraz osoby aktywne fizycznie lepiej ocenili swój stan

Tabela 2. Samoocena obecnego stanu zdrowia wg wskazań poszczególnych odpowiedzi (w %)

Wyszczególnienie	Samoocena aktualnego stanu zdrowia						Porównanie z rokiem ubiegłym					
	1	2	3	4	5	M	-2	-1	0	1	2	M
	Ogółem	5,43	11,14	43,75	34,51	5,16	3,23	3,26	23,64	41,58	23,37	8,15
Kobiety	5,88	10,29	48,90	30,88	4,04	3,17	2,57	26,47	42,28	20,96	7,72	0,05
Mężczyźni	4,17	13,54	29,17	44,79	8,33	3,40	5,21	15,63	39,58	30,21	9,38	0,23
Osoby aktywne fizycznie	3,52	6,53	39,20	42,21	8,54	3,46	2,51	15,08	38,19	31,16	13,07	0,37
Osoby nieaktywne fizycznie	7,69	16,57	49,11	25,44	1,18	2,96	4,14	33,73	45,56	14,20	2,37	-0,23

Źródło: opracowanie własne.



zdrowia (w tym przypadku w porównaniu z rokiem ubiegłym). Szczegółowe wyniki zaprezentowano w tab. 2.

W celu weryfikacji istotności różnic między osobami aktywnymi fizycznie i osobami nieaktywnymi fizycznie w zakresie rozbieżności wspomnianych ocen, zastosowano parametryczny test t-Studenta dla prób niezależnych. Pomędzy badanymi grupami zachodzi szereg różnic istotnych statystycznie, zarówno w przypadku samooceny stanu zdrowia (ogółem:  $t = -5,43$ ,  $p < 0,001$ ; kobiety:  $t = 3,35$ ,  $p < 0,001$ ; mężczyźni:  $t = 4,67$ ,  $p < 0,001$ ), jak i w przypadku porównania aktualnego stanu zdrowia z rokiem poprzednim (ogółem:  $t = 6,32$ ,  $p < 0,001$ ; kobiety:  $t = 5,04$ ,  $p < 0,001$ ; mężczyźni:  $t = 3,54$ ,  $p < 0,001$ ). W tab. 3 przedstawiono szczegółowe wyniki w omawianym zakresie.

W dalszej części przystąpiono do analizy kryteriów przyjętych do badania samopoczucia respondentów w okresie ostatniego miesiąca przed przystąpieniem do badania. Były to:

- bycie pełnym energii;
- uczucie dużego zdenerwowania;
- poczucie braku własnej wartości;
- wyciszenie i spokój;
- bycie załamanym i smutnym;
- uczucie zmarnowania;
- bycie szczęśliwym;
- bycie zmęczonym.

Badanie wskazuje, że osoby aktywne fizycznie częściej deklarują bycie pełnym energii oraz szczęśliwym, częściej osiągają też stan wyciszenia i spokoju. Rzadziej odczuwają takie stany jak: duże zdenerwowanie, poczucie braku własnej wartości, załamanie i smutek, zmarnowanie oraz zmęczenie.

W celu sprawdzenia istotności różnic między grupami osób aktywnych fizycznie i nieaktywnych fizycznie w zakresie samopoczucia (ocenianego wg 8 kryteriów) przeprowadzono parametryczny test t-Studenta dla prób niezależnych. Badane grupy dzielą istotne statystycznie różnice. Gdy analizujemy kobiety i mężczyzn łącznie, istotne statystycznie różnice wystąpiły przy kryteriach: „bycie pełnym energii” ( $t = 4,81$ ;  $p < 0,05$ ), „uczucie dużego zdenerwowania” ( $t = -2,66$ ;  $p < 0,05$ ), „uczucie zmarnowania” ( $t = -2,06$ ;  $p < 0,05$ ), „bycie szczęśliwym” ( $t = 2,88$ ;  $p < 0,05$ ), „bycie zmęczonym” ( $t = -3,64$ ;  $p < 0,05$ ). W przypadku kobiet istotne statystycznie różnice wystąpiły przy kryteriach: „bycie pełnym energii” ( $t = 4,06$ ;  $p < 0,05$ ), „uczucie zmarnowania” ( $t = -2,43$ ;  $p < 0,05$ ), „bycie szczęśliwym” ( $t = 2,64$ ;  $p < 0,05$ ), „bycie zmęczonym” ( $t = -2,99$ ;  $p < 0,05$ ), natomiast w przypadku mężczyzn przy kryteriach: „bycie pełnym energii” ( $t = 2,24$ ;  $p < 0,05$ ) oraz „uczucie dużego zdenerwowania” ( $t = -2,75$ ;  $p < 0,05$ ). Nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic dla kryteriów: „poczucie braku własnej wartości”, „wyciszenie i spokój”, „bycie załamanym i smutnym”. Szczegółowe wyniki zaprezentowano w tab. 4.



**Tabela 3.** Samoocena obecnego stanu zdrowia oraz porównanie stanu zdrowia z rokiem poprzednim

Wyszczególnienie		Osoby aktywne fizycznie	Osoby nieaktywne fizycznie	Porównanie badanych grup				
		M ( $\pm$ SD)	M ( $\pm$ SD)	Test Levene'a		Test t równości średnich		
				F	p	t	df	p
Samoocena stanu zdrowia	Kobiety	3,35 ( $\pm$ 0,86)	2,99 ( $\pm$ 0,87)	1,02	0,899	3,35	270	0,000*
	Mężczyźni	3,70 ( $\pm$ 0,85)	2,82 ( $\pm$ 0,92)	1,15	0,622	4,67	94	0,000*
	Ogółem	3,46 ( $\pm$ 0,87)	2,96 ( $\pm$ 0,88)	1,02	0,903	5,43	366	0,000*
Porównanie stanu zdrowia z rokiem poprzednim	Kobiety	0,32 ( $\pm$ 0,97)	-0,23 ( $\pm$ 0,83)	1,39	0,057	5,04	270	0,000*
	Mężczyźni	0,48 ( $\pm$ 0,98)	-0,24 ( $\pm$ 0,87)	1,28	0,449	3,54	94	0,000*
	Ogółem	0,37 ( $\pm$ 0,98)	-0,23 ( $\pm$ 0,83)	1,38	0,032	6,32	366	0,000*

Objaśnienie: F – wynik testu Levene'a, p – istotność (\* $p < 0,001$ ), t – wynik testu t-Studenta, df – stopnie swobody.

Źródło: opracowanie własne.

Na podkreślenie zasługuje fakt, że wszystkie stany, odbierane powszechnie jako pozytywne (tj. bycie pełnym energii, bycie szczęśliwym, uczucie wyciszenia i spokoju) występują częściej w przypadku osób aktywnych fizycznie, natomiast stany powszechnie uznawane za negatywne (tj. uczucie dużego zdenerwowania, uczucie zmarnowania, bycie zmęczonym) częściej odczuwają osoby niepodlegające aktywności fizycznej. W przypadku pięciu z ośmiu kryteriów różnice te są istotne statystycznie. Nawet stan „bycia zmęczonym”, który wydawałby się charakterystyczny dla osób uprawiających sport, odczuwany jest częściej przez osoby nieaktywne fizycznie (w przypadku mężczyzn różnica ta jest istotna statystycznie).

Następnie podjęto próbę określenia zależności bądź jej braku między okresem, od którego podejmowana jest aktywność fizyczna a samooceną stanu zdrowia i porównaniem oceny obecnego stanu zdrowia z rokiem ubiegłym. Odpowiedzi respondentów na pytanie dotyczące okresu, od którego podejmowana jest aktywność fizyczna podzielono na 3 grupy: „do 6 miesięcy”, „6 miesięcy do

**Tabela 4.** Ocena samopoczucia – (wybrane kryteria) – test t-Studenta dla prób niezależnych

Wyszczególnienie		Osoby aktywne fizycznie	Osoby nie-aktywne fizycznie	Porównanie badanych grup				
		M ( $\pm$ SD)	M ( $\pm$ SD)	Test Levene'a		Test t równości średnich		
				F	p	t	df	p
Bycie pełnym energii	Kobiety	3,28 ( $\pm$ 0,88)	2,86 ( $\pm$ 0,83)	1,12	0,513	4,06	270	0
	Mężczyźni	3,40 ( $\pm$ 0,94)	2,94 ( $\pm$ 0,97)	1,05	0,846	2,24	94	0,028
	Ogółem	3,32 ( $\pm$ 0,90)	2,88 ( $\pm$ 0,85)	1,10	0,514	4,81	366	0,000*
Uczucie dużego zdemotywowania	Kobiety	2,39 ( $\pm$ 0,83)	2,54 ( $\pm$ 0,87)	1,10	0,571	-1,43	270	0,154
	Mężczyźni	2,19 ( $\pm$ 0,80)	2,64 ( $\pm$ 0,65)	1,50	0,210	-2,75	94	0,007
	Ogółem	2,33 ( $\pm$ 0,82)	2,56 ( $\pm$ 0,83)	1,02	0,893	-2,66	366	0,008
Uczucie zmarnowania	Kobiety	2,29 ( $\pm$ 1,04)	2,60 ( $\pm$ 1,06)	1,03	0,866	-2,43	270	0,016
	Mężczyźni	2,30 ( $\pm$ 1,20)	2,12 ( $\pm$ 0,93)	1,67	0,114	0,37	94	0,710
	Ogółem	2,30 ( $\pm$ 1,09)	2,53 ( $\pm$ 1,04)	1,10	0,536	-2,06	366	0,040
Bycie szczęśliwym	Kobiety	3,75 ( $\pm$ 1,05)	3,05 ( $\pm$ 0,97)	1,18	0,329	2,64	270	0,009
	Mężczyźni	3,17 ( $\pm$ 1,16)	2,79 ( $\pm$ 0,93)	1,56	0,173	1,66	94	0,100
	Ogółem	3,31 ( $\pm$ 1,09)	3,00 ( $\pm$ 0,96)	1,28	0,103	2,88	366	0,004
Bycie zmęczonym	Kobiety	2,79 ( $\pm$ 1,00)	3,16 ( $\pm$ 1,07)	1,15	0,431	-2,99	270	0,003
	Mężczyźni	2,75 ( $\pm$ 1,01)	3,15 ( $\pm$ 0,83)	1,48	0,226	-1,97	94	0,052
	Ogółem	2,77 ( $\pm$ 1,00)	3,16 ( $\pm$ 1,03)	1,05	0,752	-3,64	366	0,000*

Objaśnienie: \*p &lt; 0,001.

Źródło: opracowanie własne.

2 lat” i „ponad 2 lata”. Na tle całej grupy, najlepiej swój stan zdrowia oceniły osoby, które deklarują podejmowanie aktywności fizycznej przez okres ponad 2 lat (3,59 punktu), natomiast najgorzej te, u których aktywność fizyczna podejmowana jest od najkrótszego czasu (3,33 punktu). Natomiast, gdy podzielimy respondentów według płci, kolejność ta jest zróżnicowana. Zarówno w przypadku kobiet, jak i mężczyzn ocena najwyższa występuje, gdy aktywność fizyczna podejmowana jest przez okres powyżej 2 lat. Inna jest natomiast kolejność pozostałych ocen. W przypadku kobiet najgorzej swój stan zdrowia oceniły kobiety najkrócej aktywne fizycznie (do 6 miesięcy). Natomiast wśród mężczyzn najniższa ocena stanu zdrowia przypadła na okres od 6 miesięcy do 2 lat podejmowania aktywności fizycznej.

**Tabela 5.** Samoocena stanu zdrowia i porównanie go z rokiem poprzednim a okres, od którego podejmowana jest aktywność fizyczna

Wyszczególnienie		Ocena obecnego stanu zdrowia			Porównanie stanu zdrowia z rokiem ubiegłym		
		M ( $\pm$ SD)	F	p	M ( $\pm$ SD)	F	p
Kobiety	do 6 miesięcy	3,24 ( $\pm$ 0,73)	0,424	0,655	0,51 ( $\pm$ 1,08)	1,539	0,218
	6 miesięcy – 2 lata	3,41 ( $\pm$ 0,92)			0,34 ( $\pm$ 1,08)		
	ponad 2 lata	3,37 ( $\pm$ 0,92)			0,16 ( $\pm$ 0,92)		
Męż- czyźni	do 6 miesięcy	3,75 ( $\pm$ 0,89)	3,703	0,030	0,62 ( $\pm$ 1,41)	0,334	
	6 miesięcy – 2 lata	3,09 ( $\pm$ 1,22)			0,27 ( $\pm$ 1,49)		
	ponad 2 lata	3,84 ( $\pm$ 0,68)			0,50 ( $\pm$ 0,73)		
Ogółem	do 6 miesięcy	3,33 ( $\pm$ 0,77)	2,107	0,124	0,53 ( $\pm$ 1,12)	0,862	
	6 miesięcy – 2 lata	3,35 ( $\pm$ 0,99)			0,33 ( $\pm$ 1,04)		
	ponad 2 lata	3,59 ( $\pm$ 0,84)			0,32 ( $\pm$ 0,85)		

Objasnienie: N = 199 (osoby aktywne fizycznie).

Źródło: opracowanie własne.

Gdy poddajemy analizie okres, od którego podejmowana jest aktywność fizyczna z porównaniem stanu zdrowia do roku ubiegłego, obserwujemy, że największą poprawę stanu zdrowia zauważają osoby, które niedawno zaczęły uprawiać sport („do 6 miesięcy”). Poprawa ta, wraz z wydłużaniem okresu podejmowania aktywności fizycznej, wciąż występuje, jednak staje się coraz mniej widoczna dla respondentów. Biorąc pod uwagę kryterium płci, u kobiet występuje

zależność taka, jak dla ogółu badanej grupy – kobiety aktywne fizycznie zauważają poprawę stanu zdrowia, jednak z czasem staje się ona coraz mniejsza. Inaczej jest w przypadku mężczyzn – tutaj największa poprawa obserwowana jest również w okresie „do 6 miesięcy” (0,62 punktu), jednak w dalszej kolejności znalazł się okres „powyżej 2 lat” (0,50 punktu). Najmniejszą poprawę stanu zdrowia mężczyźni zauważają w przypadku aktywności fizycznej, podejmowanej przez okres „od 6 miesięcy do lat” (0,27 punktu).

W celu sprawdzenia zależności w grupie osób aktywnych fizycznie pomiędzy okresem, od którego podejmowana jest aktywność fizyczna a obecnym samopoczuciem i samopoczuciem w porównaniu z rokiem ubiegłym, przeprowadzono analizę wariancji (jednoczynnikowa ANOVA). W badanych grupach wystąpiła istotna statystycznie różnica w przypadku samooceny obecnego stanu zdrowia, dokonywanego przez mężczyzn aktywnych i nieaktywnych fizycznie ( $F = 3,703$ ;  $p < 0,05$ ). Wyniki przedstawiono w tab. 5.

Podkreślić należy, że osoby podejmujące aktywność fizyczną (bez względu na długość okresu, od jakiego ją podejmują) zauważają poprawę swojego stanu zdrowia. Zaobserwowano wahania na poziomie 0,16 punktu (kobiety aktywne fizycznie od „ponad 2 lat”) do 0,62 punktu (mężczyźni aktywni fizycznie „do 6 miesięcy”), jednak w każdym przypadku była to wartość dodatnia, wskazująca na poprawę stanu zdrowia. Wynika z tego, że aktywność fizyczna ma pozytywny wpływ na zdrowie, niezależnie od okresu od jakiego jest podejmowana.

## 5. Podsumowanie

Jak wskazuje przytoczona we wstępie definicja zdrowia, sformułowana przez WHO, zdrowie to nie tylko brak choroby czy ułomności, lecz także stan zupełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej. Uwzględniając wnioski z przeprowadzonej analizy wyników badania, bez wątpliwości można stwierdzić, że podejmowanie aktywności fizycznej przyczynia się do utrzymania tak rozumianego zdrowia.

Przed wszystkim należy zwrócić uwagę na fakt, że osoby aktywne fizycznie wyżej oceniają swój stan zdrowia niż osoby niepodejmujące takiej aktywności. Już ten wynik pokazuje, że uprawianie sportu jest znaczącym czynnikiem pozwalającym zachować dobry stan zdrowia. Regularna aktywność fizyczna ma istotne znaczenie bo istnieje zależność między jej podejmowaniem a obserwowaniem ciągłej poprawy stanu zdrowia.

Należy także podkreślić, że aktywność fizyczna wiąże się ściśle z częstszym odczuwaniem pozytywnych stanów i rzadszym odczuwaniem stanów negatywnych. Osoby aktywne fizycznie częściej niż osoby niewykazujące takiej aktywności są pełne energii oraz szczęśliwe, częściej osiągają też stan wyciszenia i spokoju. Rzadziej natomiast odczuwają takie stany, jak: duże zdenerwowanie,

poczucie braku własnej wartości, załamanie i smutek, zmarnowanie oraz zmęczenie. W sposób obrazowy pokazuje to pozytywny wpływ aktywności fizycznej na wiele sfer życia człowieka.

Mając na uwadze tak wiele pozytywnych związków między aktywnością fizyczną a zdrowiem, trzeba się zastanowić czy za zadowalający można uznać odsetek osób podejmujących regularną aktywność fizyczną (ponad 54% osób w wieku 18–30 lat, w tym mężczyźni 65%, kobiety 50%). Być może za zasadne należałoby uznać działania w kierunku podnoszenia świadomości społeczeństwa (szczególnie osób młodych) związanej z wpływem aktywności fizycznej na ich zdrowie.

## 6. Najważniejsze wnioski

1. Samoocena stanu zdrowia wśród osób aktywnych fizycznie jest wyższa niż wśród osób niepodjmujących regularnej aktywności fizycznej.

2. Samoocena stanu zdrowia wśród mężczyzn jest wyższa niż wśród kobiet.

3. Osoby aktywnie fizycznie wyżej oceniają swój stan zdrowia w porównaniu z rokiem ubiegłym niż osoby nie podejmujące aktywności fizycznej.

4. Mężczyźni lepiej niż kobiety oceniają stan swojego zdrowia w porównaniu z rokiem ubiegłym.

5. Istnieje zależność między aktywnością fizyczną a częstszym byciem szczęśliwym i pełnym energii oraz rzadszym odczuwaniem zmarnowania i zmęczenia.

## Bibliografia

- Aktywność fizyczna Polaków* (2013), Komunikat z badań BS/129/2013, CBOS, wrzesień.
- Biała księga* (2007), *Biała księga: Strategia dla Europy w sprawie zagadnień zdrowotnych związanych z odżywianiem, nadwagą i otyłością*, Komisja Wspólnot Europejskich, KOM 279.
- Branca F., Nikogosian H., Lobstein T. (2007), *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response*, World Health Organization.
- Campbell K. L., McTiernan A. (2007), *Exercise and biomarkers for cancer prevention studies*, „Journal of Nutrition”, Vol. 137, s. 161–191.
- Drabik J. (1996), *Aktywność fizyczna w treningu zdrowotnym osób dorosłych*, cz. II, AWF, Gdańsk.
- Drygas W., Jegier A., Bednarek-Gejo A., Kwaśniewska M., Dziankowska-Zaborszczyk E., Kostka T. (2005), *Poziom aktywności fizycznej jako czynnik warunkujący występowanie otyłości i zespołu metabolicznego u mężczyzn w wieku średnim. Wyniki wieloletnich badań prospektywnych*, „Przegląd Lekarski”, nr 62 (supl. 3).
- Drygas W., Piotrowicz R., Jegier A., Kopeć G., Podolec P. (2008), *Aktywność fizyczna u osób zdrowych*, „Polskie Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (PFP)”, nr 3 (12), październik, s. 1–2.
- Friedenreich C. M., Orenstein M. R. (2002), *Physical activity and cancer prevention: etiologic evidence and biological mechanisms*, „Journal of Nutrition”, Vol. 132 (supl. 11), s. 3456–3464.

- Gajewska O., Bryła M., Maniecka-Bryła I. (2012), *Samoocena stanu zdrowia uczestników zajęć Stowarzyszenia Uniwersytetu Trzeciego Wieku*, „Hygeia Public Health”, Vol. 47 (4), s. 453–459.
- Global health risks* (2009), *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*, Geneva, World Health Organization.
- Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia* (1946), Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, Nowy Jork, 22 lipca.
- Korporowicz V. (2008), *Promocja zdrowia. Kształtowanie przyszłości*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa.
- Maniecka-Bryła I., Bryła M. (2004), *Samoocena stanu zdrowia oraz stanu psychicznego studentów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi*, „Zdrowie Publiczne”, Vol. 114 (4), s. 524–531.
- Sawada S. S., Muto T., Tanaka H., Lee I. M., Paffenbarger R. S. Jr, Shindo M., Blair S. N. (2003), *Cardiorespiratory fitness and cancer mortality in Japanese men: a prospective study*, “Medicine and Science in Sports and Exercise”, Vol. 35, s. 1546–1550.
- Schnohr P., Lange P., Scharling H., Jensen J. S. (2006), *Long-term physical activity in leisure time and mortality from coronary heart disease, stroke, respiratory diseases and cancer. The Copenhagen City Heart Study*, “European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation”, No. 13, s. 173–179.
- Sport i aktywność fizyczna* (2009), Badanie specjalne Eurobarometru nr 334, seria badawcza 72.3, „TNS Opinion & Social”, październik, s. 8–9.
- Stan zdrowia* (2011), *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*, GUS, Warszawa.
- Wojtyła A., Kapka-Skrzypczak L., Paprzycki P., Diatczyk J., Bylina J. (2011), *Zachowania zdrowotne młodzieży. Raport*, Instytut Medycyny Wsi, Lublin.
- Woynarowska-Sołdan M., Węziak-Białowolska D. (2012), *Samoocena zdrowia i dbałość o zdrowie u nauczycieli*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, nr 93 (4), s. 739–745.
- Wróblewska W. (2010), *Samoocena stanu zdrowia*, „Wiadomości Statystyczne”, nr 4, s. 36–53.
- Wytyczne UE* (2008), *Wytyczne UE dotyczące aktywności fizycznej, Zalecane działania polityczne wspierające aktywność fizyczną wpływającą pozytywnie na zdrowie*. Czwarty projekt skonsolidowany, zatwierdzony przez Grupę Roboczą UE „Sport i Zdrowie”, 25 września, s. 3.

Sylwia Kielbasa, Natalia Kaźmierczak, Joanna Kwiatkowska, Antoni Niedzielski

## PHYSICAL ACTIVITY AND HEALTH STATUS AMONG YOUNG PEOPLE – PRELIMINARY REPORT

**Summary.** According to the WHO definition, good health is a state of complete physical, social and mental well-being, and not merely the absence of disease or infirmity. The factors that significantly determine the human health status are health-related behaviors (including physical activity). The aim of this study was to evaluate the relationship between self-assessment of health status and physical activity among young women and men under 30 years of age. Research tool consisted of two parts – an author-made questionnaire for self-assessment of health status and description of physical activity and Brief Inventory of Thriving (BIT). The research was conducted in the period February–April in 2015 on a group of 368 respondents. Physically active people better assess their health status than physical inactive persons. Self-assessment of health status is higher among men than among women. Physically active people are more often happy and full of energy and less often feel fatigue.

**Keywords:** physical activity, health.