

AKTYWNOŚĆ RUCHOWA LUDZI W RÓŻNYM WIEKU

NR (34) 2/2017





Partnerem publikacji jest IASK



Publikację wspiera
Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Nr (34) 2/2017

ISSN 2299-744X

ISBN 978-83-947731-1-3

arlrw.usz.edu.pl

ADRES REDAKCJI:

Al. Piastów 40b

71-065 Szczecin

Zespół redakcyjny:

Redaktor naczelna i redakcja naukowa: dr hab. Danuta Umiastowska, prof. US

danuta_umiastowska@usz.edu.pl

tel. (91) 444 27 60

Sekretarz Redakcji: Milena Schefs

aktywnosc.sekretariat@gmail.com

Współpraca - recenzenci:

prof. dr hab. Leonard Nowak; dr hab. Ryszard Asienkiewicz prof. UZ; dr hab. Małgorzata Bronikowska prof. AWF; dr hab. Krystyna Górniak prof. AWF; dr hab. Jan Konarski prof. AWF; dr hab. Mariusz Lipowski prof. AWFIS; dr hab. Tomasz Lisicki prof. UZ; dr hab. Maria Nowak; dr hab. Tadeusz Rynkiewicz prof. UW-M; dr hab. Marek Sawczuk prof. US; dr hab. Wojciech Wiesner prof. AWF; dr hab. Anna Zwierzchowska prof. AWF; dr Robert Nowak; dr Piotr Zarzycki

Korekta: Danuta Sepuco

Redakcja techniczna: Natalia Mirowska

Opracowanie graficzne, DTP: Maciej Umiastowski

Wydawca: Agencja Wydawnicza koncertowo.pl Mieczysław Podsiadło
albatros91@wp.pl



Uniwersytet Szczeciński

SPIS TREŚCI

TEORETYCZNE ASPEKTY AKTYWNOŚCI RUCHOWEJ

Krystyna Górna-Łukasik

Kwestionariusz oceny realizacji wychowania fizycznego w szkole średniej – konstrukcja i weryfikacja metodologiczna 5

Jolanta E. Kowalska

Sport olimpijski szansą na wzbogacenie procesu edukacji szkolnej 17

FIZJOLOGICZNO-ZDROWOTNE PODSTAWY AKTYWNOŚCI RUCHOWEJ

Qasim Mohammed Sayah¹, Mustafa Abed Mohiy Al-Shibeeb¹, Zdzisław Kołaczkowski²

MOTION ANALYSIS OF THE SKILL INVERTED GIANT SWING (ALDER) ON HIGH BAR 27

Dorian Walczyk

Ćwiczenie Jogi jako jeden ze sposobów unikania stresu (badania pilotażowe) 35

AKTYWNOŚĆ RUCHOWA LUDZI DOROSŁYCH

Beata Florkiewicz¹, Tomasz Głowacki², Michał Zwierko³, Wojciech Jedziniak¹, Tomasz Michalak⁴

Ocena poziomu koordynacji wzrokowo-ruchowej u kobiet w różnym wieku..... 47

Joanna Jaroszuk, Agnieszka Topolska, Laura Popowicz, Andrzej Miładowski, Robert Budny

Charakterystyka aktywności fizycznej żołnierzy zawodowych podejmowana w czasie wolnym na przykładzie wybranych Jednostek Wojskowych Sił Powietrznych..... 59

Mariusz Jaworski¹, Anna Fabisiak¹, Mirosława Adamus^{1,2}, Emilia Wanat¹, Adam Mazur¹

Poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie jako determinanta aktywności fizycznej osób w wieku 50+..... 71

AKTYWNOŚĆ RUCHOWA DZIECI I MŁODZIEŻY

Rafał Szyja, Dorota Groffik, Marta Witek, Martyna Mzyk

Monitoring aktywności fizycznej krokomierzem w dni szkolne młodzieży 16 letniej..... 85

AKTYWNOŚĆ RUCHOWA ZAWODNIKÓW

Paweł Kalinowski, Armin Bezler, Roksana Kubiak, Tomasz Zaporowski, Monika Szczepankiewicz, Jan M. Konarski

Efektywność a szybkość startowa młodych piłkarzy nożnych klubu Berliner TSC..... 95



Mariusz Jaworski¹, Anna Fabisiak¹, Mirosława Adamus^{1,2}, Emilia Wanat¹, Adam Mazur¹

¹ Wydział Turystyki i Rekreacji, Szkoła Główna Turystyki i Rekreacji, Grupa Uczelni Vistula, Warszawa

² Zakład Psychologii Medycznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska

Poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie jako determinanta aktywności fizycznej osób w wieku 50+

Słowa kluczowe: Poczucie odpowiedzialności za zdrowie, subiektywna ocena zdrowia, aktywność fizyczna, Nordic walking,

AKTYWNOŚĆ RUCHOWA
LUDZI DOROSŁYCH

Wstęp

Przemiany cywilizacyjne i postęp w medycynie przyczyniły się do wydłużenia przeciętnego czasu trwania życia człowieka. Nowoczesne metody leczenia oraz dostępność do środków farmaceutycznych znacznie przyczyniły się poprawy sprawności fizycznej. WHO (Światowa Organizacja Zdrowia) definiuje aktywność fizyczną, jako wszystkie czynności w życiu codziennym, związane z ruchem, włączając w to pracę, odpoczynek, ćwiczenia i uprawianie sportu. *Active Healthy Ageing* podaje, iż najbardziej celowym działaniem wydaje się upowszechnianie kierowanych do osób po 50. roku życia programów interwencyjnych, możliwie najpełniej budujących kondycję zdrowotną i opóźniających rozwój chorób przewlekłych [1]. Według Roizen [2] istnieje kilka typów ćwiczeń fizycznych, które mogą pozytywnie wpływać, na jakość życia osób w wieku 50+. Należą do nich ćwiczenia: aerobowe, oporowe (siłowe), izometryczne, izotoniczne oraz giętkości (rozciągające). Zgodnie z zaleceniami *American Collage of Sport Medicine* i Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zdrowe osoby dorosłe, w przedziale wiekowym 18–65 lat, powinny podejmować jedną wymienionych form aktywności w podanej częstotliwości:

- umiarkowaną, przez przynajmniej 30 minut, 5 dni w tygodniu
- bardzo intensywną, przez przynajmniej 30 minut, 3 dni w tygodniu [3].

Zalecana ilość aktywności fizycznej zależy od wielu czynników np. wieku osoby ćwiczącej, stanu zdrowia, wydolności i sprawności fizycznej organizmu, stażu treningowego czy warunków środowiskowych. Zbyt niska aktywność fizyczna może być wynikiem braku poprawy wskaźników fizjologicznych, a nadmierna jej ilość, szczególnie, gdy jest niedostosowana do wieku, stanu zdrowia i możliwości treningowych osób, może być szkodliwa [1, 3].

Aktywność fizyczna jest jednym z najważniejszych korelatów zdrowego stylu życia. Jej brak zwiększa ryzyko wystąpienia tzw. chorób cywilizacyjnych, tj. otyłości, cukrzycy typu 2, osteoporozy, choroby niedokrwiennej mięśnia sercowego, zmian zwyrodnieniowych stawów, a także niektórych nowotworów. Mała aktywność fizyczna (siedzący styl życia) należy także do najczęściej występujących czynników ryzyka chorób układu krążenia i innych chorób przewlekłych, dlatego niezbędne wydaje się systematyczne monitorowanie poziomu aktywności fizycznej różnych grup społeczno-zawodowych [4].

Z badań przeprowadzonych przez GUS [5] forma fizyczna Polaków istotnie pogorszyła się, sprawność bardzo dobrą lub dobrą podało jedynie 40,1% osób w wieku 50–59 lat, a w wieku 60. i więcej lat jedynie 17,9%. Istotny wzrost liczby osób przyznających, że ich sprawność jest zła lub bardzo zła zaobserwowano po przekroczeniu granicy 50 i 60 lat. Taki stan dotyczy 15,3% osób z grupy 50–59 lat oraz 38,2% mających 60 i więcej lat. Wyniki te są zbieżne z przeprowadzonymi przez Kantar Public [6] analizami, z których wynika, iż procent Polaków spełniających kryteria WHO maleje wraz z wiekiem. Wśród osób w wieku 50-59 lat aktywność fizyczna w czasie wolnym wynosiła 15%.

Polacy najczęściej uprawiają sport dla zdrowia (70%); zdecydowanie najbardziej popularnym sportem jest jazda na rowerze (51%), a następnie pływanie (28%). Inne stosunkowo popularne formy rekreacji to: bieganie (18%), turystyka piesza (16%), piłka nożna (14%), siatkówka (14%), gimnastyka, fitness i aerobik (13%) [7].

Jedną ze zmiennych psychologicznych, która może mieć znaczenie w częstotliwości podejmowania aktywności fizycznej przez osoby w wieku 50+ jest poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie. Na gruncie nauk o zdrowiu jest to stosunkowo nowym konstruktem; pierwsze próby zdefiniowania tej zmiennej podjęła Suchocka [8]. Autorka w swojej pracy podkreślała, że istotnym punktem wyjścia w kształtowaniu poczucia odpowiedzialności za zdrowie jest postrzeganie własnego zdrowia w kategoriach istotnej wartości. W dalszej kolejności, poczucie odpowiedzialności za zdrowie przekłada się na potrzebę posiadania wiedzy z zakresu działań, zwiększających prawdopodobieństwo utrzymania prawidłowego stanu funkcjonowania organizmu i pozwalających zredukować ryzyko choroby. Warto jednak zaznaczyć, że omawiana potrzeba posiadania wiedzy o zachowaniach sprzyjających utrzymaniu zdrowia nie zawsze przekłada się na podejmowanie adekwatnych zachowań prozdrowotnych [8].

Aktualnie poczucie odpowiedzialności za zdrowie rozpatrywane jest nie tylko w aspekcie poznawczym, czyli wiedzy o zachowaniach mających pozytywny wpływ na zdrowie, ale także jako świadomy element motywacyjny, wpływający na potrzebę podejmowania zaangażowanych zachowań zdrowotnych. W tym kontekście, Adamus i Jaworski [9] przeprowadzili empiryczną weryfikację, która pozwoliła na scharakteryzowanie poczucia odpowiedzialności za zdrowie jako dyspozycji osobowościowej, składającej się z dwóch rozłącznych wymiarów. Omawiana zmienna psychologiczna zawiera dwa składniki; z jednej strony jest to aspekt poznawczy będący podłożem prawdopodobnego podjęcia działań, z drugiej strony zaś motywacyjny, będący stanem gotowości do podejmowania korzystnych dla zdrowia działań.

Jaworski i Adamus [10] w swojej pracy podkreślali, iż odpowiedni poziom odpowiedzialności za zdrowie w trakcie choroby warunkuje większą motywację do leczenia; dotyczy to zwłaszcza pacjentów z cukrzycą bez powikłań oraz pacjentów z cukrzycą i chorobami współwystępującymi. Podobny mechanizm zaobserwowano analizując związki poczucia odpowiedzialności za zdrowie z częstością podejmowania aktywności fizycznej wśród kobiet [11].

Celem przeprowadzonych badań była analiza poziomu poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie i roli tej dyspozycji osobowościowej w częstości podejmowania różnych form aktywnego wypoczynku w grupie osób w wieku 50+. Wśród aktywności rekreacyjnych analizowano: korzystanie z siłowni lub zajęć fitness, spacer, bieganie, pływanie, jazda na rowerze, taniec, aerobik, wędrówki piesze, wędkarstwo, nordic walking oraz uprawianie sportów drużynowych (koszykówka, siatkówka, piłka nożna i inne). Ważnym elementem prezentowanego badania była również subiektywna ocena stanu własnego zdrowia w tej grupie badanych.

W nawiązaniu do głównego celu pracy sformułowano następujące pytania badawcze:

1. Jak często w ostatnim miesiącu osoby w wieku 50+ podejmowały różne formy aktywnego wypoczynku? Czy płeć wpływa na częstość podejmowania aktywności fizycznej?
2. Jakie aktywności podejmują osoby badane? Czy płeć wpływa na rodzaj podejmowanych aktywności?
3. Jak osoby w wieku 50+ oceniają stan swojego zdrowia?
4. Czy poczucie odpowiedzialności za zdrowie wiąże się z subiektywną oceną stanu zdrowia i z częstością podejmowania aktywności fizycznej?
5. Czy poczucie odpowiedzialności za zdrowie wykazuje związek z częstością podejmowania form aktywnego wypoczynku osób, znajdujących się w tej grupie wiekowej?

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone wśród 100. osób w wieku 50+. Kryteria włączenia do badania obejmowały wiek oraz świadomą zgodę na udział w badaniach.

Wiek uczestników badania mieścił się w przedziale od 50. do 88. lat. W badaniu wzięło udział 50 kobiet (średni wiek wynosił $M = 57,2$ lata; $Sd = 7,3$ lat) oraz 50 mężczyzn (średni wiek wynosił $M = 60,1$ lat; $Sd = 11,9$ lat). Zastosowanie testu *U* Manna-Whitneya dla dwóch grup niezależnych pozwoliło stwierdzić, że średni wiek badanych kobiet był istotnie statystycznie niższy od średniej wieku mężczyzn ($Z = -2,67$; $p < 0,05$; Gates' delta = 0,405).

W niniejszej pracy zastosowanymi narzędziami były ankieta własna i kwestionariusz; metody oparte na sondażu diagnostycznym. Ankieta własna składała się z pytań dotyczących:

- subiektywnej oceny stanu własnego zdrowia – w tym celu zastosowano pytanie: „Jak ocenia Pan(i) swój stan zdrowia?” Respondenci udzielali odpowiedzi na 5. stopniowej skali, gdzie 1 oznaczało bardzo źle, 2 – źle, 3 – przeciętnie, 4 – dobrze, 5 – bardzo dobrze.
- częstości podejmowania aktywności fizycznej podczas:
 1. dni roboczych – w tym celu zastosowano pytanie: „Jak często Pan(i) podejmuje aktywność fizyczną w dni robocze?” Respondenci udzielali odpowiedzi na 6. stopniowej skali, gdzie 1 oznaczało wcale, 2 – bardzo rzadko, 3 – rzadko, 4 – przeciętnie, 5 – często, 6 – bardzo często.
 2. weekendów – w tym celu zastosowano pytanie: „Jak często Pan(i) podejmuje aktywność fizyczną w weekendy?” Respondenci udzielali odpowiedzi, jak powyżej, na 6. stopniowej skali, od 1 (wcale) do 6 (bardzo często).
- sposobu spędzania czasu wolnego – zastosowano pytanie: „Jak często podejmuje Pan(i) następujące formy aktywnego wypoczynku”. Respondenci wskazywali takie aktywności, jak: korzystanie z siłowni lub zajęć fitness, spacer, bieganie, pływanie, jazda na rowerze, taniec, aerobik, wędrowki piesze, wędkarstwo, nordic walking, uprawianie sportów drużynowych (koszykówki, siatkówki, piłki nożnej i innych). Odpowiedzi znajdowały się na skali na 6. stopniowej skali, od wcale (wartość 1) do bardzo często (wartość 6).
- celu podejmowania aktywności fizycznej, z uwzględnieniem takich powodów, jak: poprawa sprawności organizmu/poprawa stanu zdrowia, pozbycie się nadmiaru masy ciała/odchudzanie się, poprawą wyglądu zewnętrznego, bycia młodym, poprawa samopoczucia, wypoczynku po pracy, zredukowanie stresu. Respondenci udzielali odpowiedzi na 6. stopniowej skali, gdzie 1 oznaczało wcale, 2 – bardzo rzadko, 3 – rzadko, 4 – przeciętnie, 5 – często, 6 – bardzo często.

Dodatkowo, w pracy zastosowano Skalę Poczucia Odpowiedzialności za Zdrowie (SPO-Z) opracowaną przez M. Adamus [9]. Składa się ona z 14. twierdzeń i służy do pomiaru całkowitego poziomu odpowiedzialności za zdrowie (OOZ) oraz dwóch

jej wymiarów. Pierwszy z nich dotyczy odpowiedzialnego (dojrzałego) zaangażowania (OZ) i zawiera 7 itemów. Przykładowy item to: „Potrafię określić, co dobrze służy mojemu zdrowiu”. Osoby badane udzielały odpowiedzi na 5-stopniowej skali, gdzie 1 – oznaczało bardzo rzadko, 2 – rzadko, 3 – średnio często, 4 – często, 5 – bardzo często.

Drugi wymiar wiąże się z adekwatnymi zachowaniami (AZ) – 5 itemów. Przykładowy item to: „Różne błahe dolegliwości traktuję, jako przejściowe”. W tej podskali, podobnie jak w poprzedniej, odpowiedzi mogły przybierać wartości od 1 do 5, od bardzo rzadko (1) do bardzo często (5).

Współczynnik alfa-Cronbacha dla pierwszej z podskal (OZ) wynosi 0,73 oraz dla drugiej (AZ) – 0,70. Dla całego kwestionariusza omawiany współczynnik przyjmuje wartość 0,74.

Uzyskane dane posłużyły do utworzenia bazy danych w programie Microsoft Excel, a następnie do przeprowadzenia analiz statystycznych z wykorzystaniem programu SPSS 21. W pracy analizowano zmienne ilościowe (np. wiek) oraz zmienne porządkowe i nominalne.

Po weryfikacji rozkładu normalnego zastawano test z Załogorowa Smirnowa. Przeprowadzona analiza wykazała, że analizowane zmienne nie cechują się rozkładem normalnym. W związku z tym w dalszej części zanotowano testy nieparametryczne. Do oceny różnic związanych z płcią zastosowano test *U* Manna-Whitneya dla dwóch grup niezależnych. W przypadku istotnych statystycznie różnic dokonano oceny siły efektu przy zastosowaniu rangowego współczynnika korelacji dwuseryjnej Glassa (Gates' delta). W celu analizy związku między analizowanymi zmiennymi, wyrażonymi na skali porządkowej, zastosowano współczynnik korelacji *rho* Spermmana

Wyniki

Częstość podejmowania aktywności fizycznej przez osoby 50+

Tabela 1.

Charakterystyka respondentów pod względem podejmowanej aktywności fizycznej w dni robocze [%]

zmienna		częstość podejmowania aktywności fizycznej w dni robocze					mediana	kwartył ₁	kwartył ₃	
		wcale	bardzo rzadko	rzadko	przeciętnie	często				bardzo często
respondenci 50+		17	21	20	26	15	1	3,00	2,00	4,00
płeć	kobiety	11	11	11	10	7	0	3,00	2,00	4,00
	mężczyźni	6	10	9	16	8	1	3,50	2,00	4,00

Źródło: badania własne.

Uzyskane dane pozwoliły stwierdzić, że znaczący odsetek osób po 50. roku życia nie podejmował zbyt często aktywności fizycznej w dni robocze (tabela 1). Jedynie około 16% respondentów deklaroowało częste lub bardzo częste podejmowanie aktywności fizycznej w ciągu tygodnia. Podobne obserwacje poczyniono w odniesieniu do płci (Tabela 1). Szczegółowe dane zaprezentowano w tabeli 1.

Z kolei w czasie weekendów około 27% respondentów 50+ deklaroowało częste lub bardzo częste podejmowanie aktywności fizycznej (tabela 2). Podobne obserwacje odnotowano w odniesieniu do kobiet i mężczyzn po 50. roku życia. Szczegółowe dane zaprezentowano w tabeli 2.

Tabela 2.

Charakterystyka respondentów pod względem podejmowanej aktywności fizycznej w czasie weekendów

zmienna		częstość podejmowania aktywności fizycznej w weekendy					mediana	kwartył 1	kwartył 3	
		wcale	bardzo rzadko	rzadko	przeciętnie	często				bardzo często
respondenci 50+		9	15	23	26	22	5	4,00	3,00	5,00
płeć	kobiety	7	7	11	12	10	3	3,50	2,00	5,00
	mężczyźni	2	8	12	14	12	2	4,00	3,00	5,00

Źródło: badania własne.

W celu oceny, czy występują różnice pod względem częstości podejmowania aktywności fizycznej między grupą kobiet i mężczyzn zarówno w weekendy, jak i w dni robocze zastosowano test U Manna-Whitneya dla dwóch grup niezależnych. Analiza w tym zakresie nie wykazała istotnych statystycznie różnic związanych z płcią.

Rodzaj podejmowanej aktywności fizycznej przez respondentów 50+

Charakterystykę częstości podejmowania różnych aktywności fizycznej dla całej grupy osób badanych po 50. roku życia zaprezentowano w tabeli 3.

Nie wykazano również różnic w zakresie częstości podejmowania takich form aktywnego wypoczynku, jak: ćwiczenia na siłowni/udział w zajęciach fitness, bieganie, pływanie, jazda na rowerze, taniec, piesze wędrówki, nordic walking oraz uprawianie sportów drużynowych). Wystąpiły natomiast istotnie statystycznie różnice pod względem częstości podejmowania aktywnego wypoczynku w formie spacerów ($Z = -1,91; p < 0,05; \text{Gates' delta} = 0,268$). Kobiety, w porównaniu z mężczyznami znacznie częściej deklaroowały podejmowanie takiej formy aktywności. Różnice związane z płcią zaobserwowano również w odniesieniu do aerobiku ($Z = -2,17; p < 0,05; \text{Gates' delta} = 0,314$). Była to forma spędzania czasu preferowana przez kobiety.

Przeprowadzone analizy przy zastosowaniu testu U Manna-Whitneya dla dwóch grup niezależnych wykazały także istotne statystycznie różnice pod względem częstości wędkowania, które było częściej podejmowane przez mężczyzn ($Z = -4,25; p < 0,05; \text{Gates' delta} = 1,275$).

Tabela 3.

Rodzaj podejmowanej aktywności fizycznej przez osoby po 50. roku życia

częstość specyficznej aktywności	cała grupa (n = 100)			kobiety 50+ (n = 50)			mężczyźni 50+ (n = 50)		
	M	K1	K3	M	K1	K3	M	K1	K3
korzystanie z siłowni	2,00	1,00	3,00	1,00	1,00	3,00	2,00	1,00	3,00
spacery	5,00	3,00	5,00	5,00	3,00	5,25	4,00	3,75	5,00
bieganie	2,00	1,00	3,00	1,00	1,00	2,00	2,00	1,00	3,00
pływanie	2,00	1,00	3,75	2,00	1,00	4,00	2,00	1,00	3,00
jazda na rowerze	4,00	2,00	5,00	4,00	2,00	5,00	4,00	2,75	5,00
taniec	2,00	1,00	2,75	1,50	1,00	3,00	2,00	1,00	2,00
aerobik	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00
piesze wędrówki	3,00	1,25	4,75	3,00	1,00	5,00	3,00	2,00	4,00
wędkarstwo	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00	4,00
Nordic Walking	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00
sporty drużynowe	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00

M – mediana, K1 – pierwszy kwartył, K3 – trzeci kwartył

1 – wcale, 2 – bardzo rzadko, 3 – rzadko, 4 – przeciętnie, 5 – często, 6 – bardzo często.

Źródło: badania własne

Cel podejmowanej aktywności fizycznej

Przy zastosowaniu testu U Manna-Whitneya nie wykazano istotnych statystycznie różnic między kobietami i mężczyznami pod względem celu, jaki przyświecał badanym w podejmowaniu aktywności fizycznej. Podstawowymi celami aktywności w tej grupie wiekowej są: potrzeba poprawy stanu własnego zdrowia, redukcja masy ciała, poprawa wyglądu fizycznego, bycia młodym oraz poprawa samopoczucia i odprężenie się po pracy.

Odnotowano natomiast różnice, związane z płcią pod względem częstości podejmowania aktywności fizycznej ze względu na potrzebę zredukowania stresu ($Z = -2,172; p < 0,05; \text{Gates' delta} = 0,387$). Taki cel był częściej istotny dla kobiet niż mężczyzn.

Subiektywna ocena stanu zdrowia respondentów

Osoby po 50. roku życia biorące udział w badaniu dobrze oceniały swój stan zdrowia (tabela 4). Podobne obserwacje odnotowano w przypadku kobiet i męż-

czyn. Szczegółowe dane zaprezentowano w tabeli 4. Przeprowadzone analizy przy zastosowaniu testu U Manna-Whitneya dla dwóch grup niezależnych nie wykazały różnic między płciami pod względem subiektywnej oceny własnego stanu zdrowia.

Tabela 4.

Subiektywna ocena stanu zdrowia respondentów [%]

zmienna		subiektywna ocena stanu zdrowia					M	K1	K3
		bardzo źle (1)	źle (2)	przeciętnie (3)	dobrze (4)	bardzo dobrze (5)			
respondenci 50+		1	7	32	49	11	4,00	3,00	4,00
płeć	kobiety	1	6	13	24	6	4,00	3,00	4,00
	mężczyźni	0	1	19	25	5	4,00	3,00	4,00

M – mediana, K1 – pierwszy kwartyl, K3 – trzeci kwartyl

Źródło: badania własne

Poczucie odpowiedzialności za zdrowie a płeć

Szczegółową charakterystykę osób po 50. roku życia pod względem nasilenia poczucia odpowiedzialności za zdrowie zaprezentowano w tabeli 5. Przeprowadzona analiza statystyczna (zastosowano test U Manna-Whitneya dla dwóch grup niezależnych) nie wykazała istotnych statystycznie różnic między kobietami i mężczyznami po 50. roku życia w zakresie globalnego poziomu poczucia odpowiedzialności za zdrowie oraz dwóch wymiarów tej zmiennej - adekwatnych zachowań oraz odpowiedzialnego zaangażowania (tabela 5).

Tabela 5.

Charakterystyka respondentów pod względem nasilenia poczucia odpowiedzialności za zdrowie

zmienna		średnia	min	max	średnia ranga	Z	p
globalny poziom poczucia odpo- wiedzialności za własne zdrowie	kobieta	42,16 ±6,216	29	53	53,76	-1,13	0,26
	mężczyzna	41,06 ±5,870	27	53	47,24		
	cała grupa	41,62 ±6,042	27	53	-		
wymiar adekwat- nych zachowań (AZ)	kobieta	17,60 ±3,071	11	24	50,97	-0,16	0,87
	mężczyzna	17,40 ±3,169	9	24	50,03		
	cała grupa	17,50 ±3,106	9	24	-		
wymiar odpowie- dzialnego zaan- gażowania (OZ)	kobieta	24,58 ±3,855	18	32	54,29	-1,31	0,19
	mężczyzna	23,66 ±3,837	17	34	46,71		
	cała grupa	24,12 ±3,854	17	34	-		

Z – wartość statystyki U Manna-Whitneya dla dwóch grup niezależnych; p – poziom istotności statystycznej

Źródło: badania własne

Poczucie odpowiedzialności za zdrowie a subiektywna ocena stanu zdrowia i częstość podejmowania aktywności fizycznej

W przeprowadzonym badaniu wykazano, że nasilenie poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie, a także jego dwóch wymiarów: adekwatnego zachowania oraz odpowiedzialnego zaangażowania wykazywały dodatnią korelację z subiektywną oceną własnego zdrowia. Analogicznie, częstość podejmowania aktywności fizycznej, zarówno w ciągu dni robocze jak i w weekendy wiązała się z poczuciem odpowiedzialności za zdrowie we wszystkich wymiarach (tabela 6).

Tabela 6.

Związki poczucia odpowiedzialności za zdrowie z subiektywną oceną stanu zdrowia u osób 50+

związki korelacyjne		wymiar odpowiedzialnego zaangażowania	wymiar adekwatnych zachowań	globalny poziom poczucia odpowiedzialności za zdrowie
ocena stanu własnego zdrowia				
ocena stanu własnego zdrowia	<i>rho</i>	0,35*	0,24**	0,34*
częstość podejmowania aktywności fizycznej				
poniedziałek-piątek	<i>rho</i>	0,37*	0,24*	0,35*
weekendy	<i>rho</i>	0,44*	0,35*	0,45*

rho – współczynnik korelacji Spearmana, * – poziom istotności $p < 0,01$; ** – poziom istotności $p < 0,05$;

Źródło: badania własne

Przeprowadzona analiza korelacji wykazała, że ogólny poziom poczucia odpowiedzialności za zdrowie wiązał się z częstością podejmowania przez osoby w wieku 50+ takich aktywności fizycznych, jak: korzystanie z siłowni lub ćwiczeń fitness, spacer, bieganie, pływanie, taniec, aerobik, nordic walking. Natomiast nie odnotowano takich zależności w odniesieniu do: jazdy na rowerze, pieszych wędrówek, wędkarstwa, uprawiania sportów drużynowych (koszykówki, siatkówki, piłki nożnej i innych) (tabela 7).

W przypadku odpowiedzialnego zaangażowania zaobserwowano dodatnią korelację z częstością podejmowania takich aktywności fizycznych, jak: korzystanie z siłowni lub zajęć fitness, spacer, bieganie, pływanie, taniec, aerobik, nordic walking. Z kolei nie wystąpiły takie powiązania w odniesieniu do aktywności typu: jazda na rowerze, piesze wędrówki, wędkarstwo, uprawianie sportów drużynowych (koszykówka, siatkówka, piłka nożna i inne) (tabela 7). Z kolei adekwatne zachowania wiązały się: ze spacerowaniem, bieganiem, pływaniem, udziałem w zajęciach tanecznych, nordic walking. Nie odnotowano natomiast takich zależności w odniesieniu do korzystania z siłowni lub zajęć fitness, jazdy na rowerze, aerobiku,

pieszych wędrówek, wędkarstwa, uprawiania sportów drużynowych (koszykówki, siatkówki, piłki nożnej i innych) (tabela 7).

Tabela 7.

Związki poczucia odpowiedzialności za zdrowie z częstością podejmowania wybranych aktywności fizycznych.

			wymiar odpowiedzialnego zaangażowania	wymiar adekwatnych zachowań	globalny poziom poczucia odpowiedzialności za zdrowie
częstość specyficznej aktywności	korzystanie z siłowni	<i>rho</i>	0,43*	0,18**	0,35*
	spacery	<i>rho</i>	0,32*	0,24**	0,32*
	bieganie	<i>rho</i>	0,27*	0,22**	0,28*
	pływanie	<i>rho</i>	0,26*	0,28*	0,30*
	jazda na rowerze	<i>rho</i>	0,07 (ni)	0,04 (ni)	0,06 (ni)
	taniec	<i>rho</i>	0,49*	0,34*	0,48*
	aerobik	<i>rho</i>	0,35*	0,16 (ni)	0,32*
	piesze wędrówki	<i>rho</i>	0,05 (ni)	-0,03 (ni)	0,03 (ni)
	wędkarstwo	<i>rho</i>	0,01 (ni)	0,11 (ni)	0,05 (ni)
	nordic walking	<i>rho</i>	0,28*	0,36*	0,39*
	sporty drużynowe	<i>rho</i>	0,15 (ni)	0,14 (ni)	0,16 (ni)

rho – współczynnik korelacji Spearmana, * – poziom istotności $p < 0,01$; ** – poziom istotności $p < 0,05$; *ni* – nieistotne statystycznie

Źródło: badania własne

Dyskusja

Przeprowadzone badanie potwierdza istotne powiązania zmiennej osobowościowej, o względnie stałym charakterze, jaką jest poczucie odpowiedzialności za zdrowie, z oceną własnego zdrowia oraz podejmowaną aktywnością fizyczną w grupie osób, będących w wieku 50+. Analizując z kolei uzyskane wyniki w zakresie subiektywnej oceny zdrowia można stwierdzić, że zarówno kobiety jak i mężczyźni deklarują dobry stan zdrowia. Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego [12], osoby po 50. roku życia raczej przeciętnie oceniają swoje zdrowie. W przedziale wiekowym 50-69 lat więcej osób ocenia swój stan zdrowia jako dobry w porównaniu do seniorów, mających 70 lat i więcej. Warto podkreślić, że w grupie najstarszych osób, po 70. roku życia zaczyna wzrastać negatywna ocena stanu własnego zdrowia. Jest to prawdopodobnie związane z postępującą wielochorobowością; wraz z wiekiem wzrasta liczba chorób przewlekłych. Prezentowane wyniki badania nieco różnią się od raportów GUS, co może mieć związek z doborem osób badanych do udziału w projekcie. Osoby uczestniczące w badaniu były wybrane celowo, a nie losowo.

Uzyskane dane wykazały, że zarówno kobiety jak i mężczyźni po 50. roku życia rzadko podejmują aktywność fizyczną w dni robocze (16%), natomiast deklarują nieco większą aktywność w weekendy. Podobne obserwacje dotyczą mężczyzn, którzy w dni robocze rzadko podejmują aktywność fizyczną, a częściej w weekendy. Jednak i w tym czasie osób często podejmujących aktywność ruchową jest zaledwie 27%.

W tym zakresie otrzymane rezultaty są zgodne z danymi GUS [12], w których podkreślono, że Polacy po 50. roku życia preferują bierną aktywność i zdecydowanie za rzadko podejmują aktywne formy spędzania wolnego czasu. Podobne obserwacje zostały przedstawione w raporcie „*Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People*” z 2010 roku. Zwrócono w nim uwagę na poważny problem Europejczyków, których aktywność fizyczna jest zbyt mała i znacząco zmniejsza się wraz z wiekiem [13]. Należy zaznaczyć, że specjaliści, zajmujący się promocją zdrowia, podkreślają potrzebę przygotowania odpowiednich kampanii edukacyjnych i programów, mających na celu propagowanie aktywnego stylu życia osób po 45 roku życia, zwłaszcza tych, które prowadzą siedzący tryb życia [14, 15]. Prezentowane badanie również potwierdziło taką konieczność, ze szczególnym zwróceniem uwagi na zwiększenie częstości podejmowania aktywności fizycznej.

W prezentowanym badaniu, jak wspomniano powyżej, odnotowano pozytywną zależność między nasileniem poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie, w tym jego dwoma wymiarami: adekwatnym zachowaniem oraz odpowiedzialnym zaangażowaniem z deklarowaną częstością podejmowania aktywności fizycznej, zarówno w dni robocze, jak i weekendy. Poczucie odpowiedzialności za zdrowie korelowało z częstością podejmowania takich aktywności jak: korzystanie z siłowni lub zajęć fitness, spacer, bieganie, pływanie, taniec, aerobik, nordic walking. Nie odnotowano natomiast związków w odniesieniu do jazdy na rowerze, pieszych wędrówek, wędkarstwa oraz uprawiania sportów drużynowych (koszykówki, siatkówki, piłki nożnej i innych). Uzyskane rezultaty sugerują kluczową rolę poczucia odpowiedzialności za zdrowie w kontekście wyboru podejmowanych form aktywności fizycznych w tej grupie wiekowej.

Interesującym wynikiem była też dodatnia zależność między subiektywnie ocenianym stanem własnego zdrowia, a nasileniem poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie. Osoby z wyższym nasileniem poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie częściej deklarowały dobry stan zdrowia. Mogło to być związane z posiadaniem nie tylko większej wiedzy na temat zachowań wzmacniających zdrowie somatyczne i psychiczne, ale także ze stosowaniem bardziej adekwatnych zachowań, pozwalających utrzymać bądź wzmacniać posiadane zasoby zdrowotne do późnego wieku. W związku z tym uzasadnione wydaje się prowadzenie oddziaływań mających na celu kształtowanie poczucia odpowiedzialności za zdrowie w każdym wieku, także w grupie osób dojrzałych.

Należy zaznaczyć, że prezentowane badanie miało pewne ograniczenia metodologiczne. Między innymi grupa osób biorących udział w badaniu nie była dobrana losowo. Stanowi to istotny czynnik wpływający na jakość uzyskanych danych i sugeruje ostrożność w uogólnianiu tych wyników. W związku z tym wymagane byłoby dalsze prowadzenie badań empirycznych na większej, bardziej zróżnicowanej grupie respondentów. Ważnym ograniczeniem badania jest brak walidacji zastosowanych narzędzi badawczych.

Mimo powyższych ograniczeń prezentowana praca dostarczyła cennych danych, dotyczących aktywności fizycznej osób po 50. roku życia, także w kontekście płci. Niski procent osób aktywnych (16% w dni robocze a 27% w weekendy) jest istotną przesłanką potwierdzającą potrzebę opracowania bardziej efektywnych programów, mających na celu zwiększenie aktywności fizycznej w tej grupie wiekowej. Prezentowana praca jest także źródłem wiedzy dotyczącej preferencji podejmowanych aktywności – w tym zakresie wyraźnie uwidoczniły się różnice w zakresie płci. W grupie kobiet wysoko ocenianymi aktywnościami są taniec, spacer i aerobik a mężczyźni preferują wędkowanie. Zostały również wymienione przedstawione podejmowania aktywności, są to przede wszystkim: poprawa stanu zdrowia, redukcja masy ciała, poprawa wyglądu fizycznego oraz poprawa samopoczucia. Dodatkowo uwidoczniły się w tym zakresie różnice związane z płcią; kobiety częściej podejmowały aktywność w celu redukcji stresu.

Uwzględnienie przedstawionych wyników badania w przygotowywaniu programów aktywizujących, adresowanych do osób z tej grupy wiekowej pozwoli bardziej dostosować polecaną ofertę ćwiczeń, a tym samym skuteczniej mobilizować do aktywnego spędzania czasu.

Wnioski

Kampanie edukacyjne związane z promocją aktywności fizycznej wśród osób po 50. roku życia powinny uwzględniać oddziaływania mające na celu wzmocnienie poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie. Jest to szczególnie ważne w kontekście odnotowanej dodatniej zależności o znaczącym nasileniu między poczuciem odpowiedzialności za własne zdrowie a subiektywną oceną stanu zdrowia oraz częstotścią podejmowania aktywności fizycznej.

Piśmiennictwo

1. Radzewicz-Winnicki I., *Znaczenie idei Active Healthy Ageing dla systemu opieki zdrowotnej. Zdrowe starzenie się: Biała Księga*. Warszawa, Scholar. 2013.
2. Roizen MF., *Prawdziwy wiek. Czy jesteś tak młody jak mógłbyś być?*, Warszawa. 2000, s. 274–275.

3. World Health Organization: *Global recommendations on physical activity for health 2010*, http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf (data dostępu: 14.04.2014).
4. Puciato D., Rozpara M., Mynarski W i wsp., *Aktywność fizyczna mieszkańców Katowic a wybrane uwarunkowania zawodowe i społeczno-ekonomiczne*, „Medycyna Pracy”. 2013, nr 64(5), s. 649–657.
5. *Uczestnictwo Polaków w sporcie i rekreacji ruchowej w 2012 r.* GUS. 2013. <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/kultura-turystyka-sport/sport/uczestnictwo-polakow-w-sporcie-i-rekreacji-ruchowej-w-2012-r-4,2.html>
6. Kantar Public (2016). <http://www.msport.gov.pl/badania-i-analizy/aktywnosc-fizyczna-spoleczenstwa>.
7. *Aktywność fizyczna Polaków*. CBOS. 2013. http://www.cbos.pl/spiskom.pol/2013/k_129_13.pdf
8. Suchocka L., *Poczucie odpowiedzialności w zdrowiu i chorobie*, Wydawnictwo Difin. 2011. s. 19–58.
9. Adamus M., Jaworski M.: *A Sense of Responsibility for Health in Adolescents the Presentation of a new Research Tool*, 2014, Materiały konferencyjne. European Health Psychology Research (EHPS).
10. Jaworski M., Adamus M., *Health suggestibility, optimism and sense of responsibility for health in diabetic patients*. “International Journal of Diabetes in Developing Countries”. 2015; DOI: 10.1007/s13410-015-0435-8.
11. Jaworski M., Adamus M., Bojar J., *The Sense of Responsibility for the Health As An Important Element of Health Education*. 2016 International Academic Conference on Human Society and Culture (HSC 2016) Session 3: Psychology And Health, 2016; DOI: 10.12783/dtssehs/hsc2016/3511
12. Baza Danych Głównego Urzędu Statystycznego, <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/temat>
13. Cruz-Jentoft AJ., Baeyens JP., Bauer JM., i wsp., *Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: report of the European Working Group on Sarcopenia in Older people*, „Age Ageing”, 2010, nr 39, s. 412–423.
14. Gębka D., Kędziora-Kornatowska K., *Korzyści z treningu zdrowotnego u osób w starszym wieku*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, 2012, nr 93(2), s. 256–259.
15. WHO. *Wytyczne dotyczące programowania aktywności fizycznej wśród osób starszych (1997)*, „Rehabilitacja Medyczna”, nr 4, s. 53–57.

SENSE OF RESPONSIBILITY FOR HEALTH AS A DETERMINANT OF PHYSICAL ACTIVITY IN PEOPLE 50+

Summary

Keywords: *sense of responsibility for health, physical activity, subjective health assessment, nordic walking*

Sense of Responsibility for Health could be one of the most important psychological variables, which influence on the frequency of undertaking physical activity by people 50+. Therefore, the aim of the study was: (1) to analyse the severity of Sense of Responsibility for Health in people 50+; and (2) analysis of the relationship between this psychological variable and the frequency of undertaking physical activity by people 50+. The study was carried out in 100 people aged 50 to 88 years old. The severity of Sense of Responsibility for Health were characterized by a positive correlation with the declared frequency of undertaking physical activity by people 50+, especially in case of such physical activity as: the gym or fitness classes, walking, running, swimming, dancing, aerobics, nordic walking.