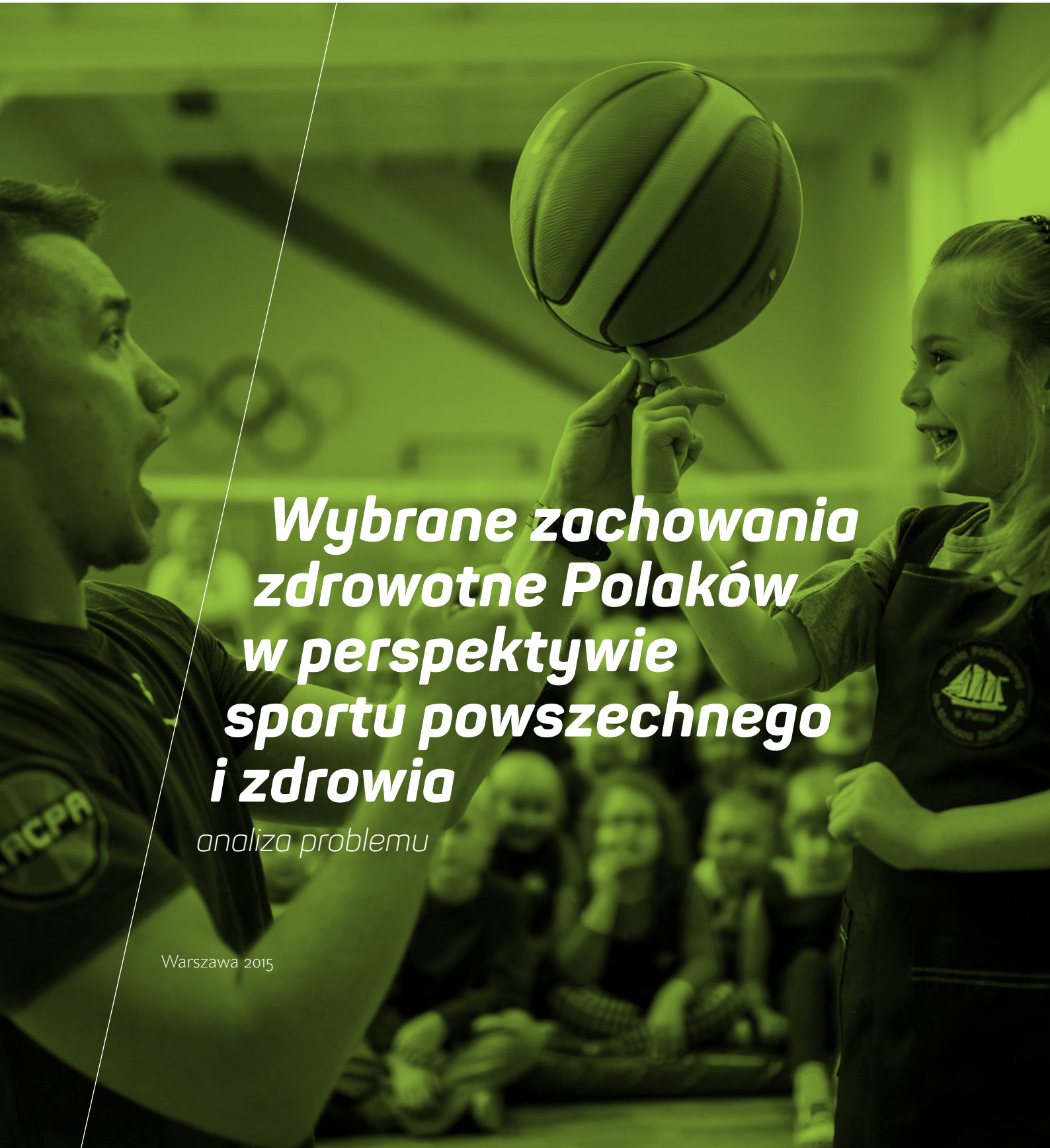


**Powszechna
dyskusja
sportowa**

w poszukiwaniu
modeli działań
na rzecz sportu
amatorów

A photograph of a man and a young girl in a gymnasium. The man is on the left, looking towards the girl on the right. They are both holding a basketball together. The girl is smiling. The background shows a blurred crowd of people in bleachers. The entire image has a green tint.

**Wybrane zachowania
zdrowotne Polaków
w perspektywie
sportu powszechnego
i zdrowia**

analiza problemu

Warszawa 2015

AUTORZY TEKSTÓW

dr Renata Czarniecka | pracuje w Akademii Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie, doktor nauk o kulturze fizycznej, opiekunka studenckich praktyk pedagogicznych, koordynatorka projektów badawczych związanych z problematyką szkolnego wychowania fizycznego

dr Janusz Dobosz | nauczyciel w Akademii Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie, autor i kierownik projektu Narodowego Centrum Badania Kondycji Fizycznej, współwykonawca, a następnie kierownik ogólnopolskich, populacyjnych badań kondycji fizycznej dzieci i młodzieży

Aleksandra Gołdys | pracuje w Dziale Badań Fundacji Rozwoju Kultury Fizycznej oraz kieruje Centrum Wyzwań Społecznych Uniwersytetu Warszawskiego, zasiada w radzie ekspertów *International Sport and Culture Association* (ISCA), zajmuje się politykami publicznymi w zakresie zdrowia i sportu dla wszystkich

prof. Ewa Kozdroń | pracuje w Akademii Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie, kieruje Zakładem Metodyki Rekreacji na Wydziale Turystyki i Rekreacji, zwolenniczka wykorzystywania interdyscyplinarnych osiągnięć teorii rekreacji w praktycznym działaniu

dr Anna Leś | pracuje w Akademii Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie, kieruje Zakładem Teorii Rekreacji na Wydziale Turystyki i Rekreacji, dyplomowana instruktorka rekreacji ruchowej ze specjalnością kinezygerontoprofilaktyka

dr Ewa Niedzielska | pracuje w Katedrze Rekreacji Wydziału Turystyki i Rekreacji Akademii Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie, ekspertka z zakresu fitness, współautorka Sektorowej Ramy Kwalifikacji w Sporcie (SRKS)

Igor Perechuda | pracuje w Katedrze Komunikacji i Zarządzania w Sporcie w Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu, zajmuje się *Social Return on Investment* (stopą społecznego zwrotu z inwestycji) oraz sposobami realizacji założeń ekonomii w sporcie

prof. nadzw. dr hab. Edyta Suliga | pracuje na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach, bada m.in. zachowania zdrowotne dzieci i młodzieży oraz relacje pomiędzy odżywianiem a zdrowiem i ryzykiem chorób dietozależnych

dr Renata Włoch | socjolożka, pracuje w Instytucie Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego, koordynatorka programu w DELab UW (wspólna inicjatywa Google oraz UW), prowadzi badania m.in. w zakresie socjologii sportu i globalnych procesów społecznych

Warszawa 2015 | druk bezpłatny

wydawca | Fundacja Rozwoju Kultury Fizycznej przy współpracy Centrum Wyzwań Społecznych Uniwersytetu Warszawskiego oraz Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie

redaktor merytoryczny | Janusz Dobosz

recenzja naukowa | prof. Elżbieta Biernat, Szkoła Główna Handlowa, Kolegium Gospodarki Światowej, Katedra Turystyki

redakcja językowa i techniczna | Katarzyna Żelazek

korekta | Magda Małkowska

projekt graficzny i skład | Marianna Wybieralska

Publikacja powstała w ramach projektu „Razem dla Sportu Powszechnego – wypracowanie nowych sposobów działania w obszarze sportu amatorskiego”, dofinansowanego przez Ministerstwo Sportu i Turystyki



Ministerstwo
Sportu i Turystyki

Spis treści

Wprowadzenie	6
1. Zdrowie jako konsekwencja stylu życia	10
1.1. Pojęcie stylu życia	11
1.2. Styl życia a zachowania zdrowotne	12
1.3. Styl życia w polityce państwa	13
1.4. Zakres analizy zachowań zdrowotnych Polaków	13
2. Uwarunkowania stylu życia Polaków	15
2.1. Środowisko życia w Polsce	16
Zmiany warunków życia w latach 1980–2014	17
Poprawa jakości życia	17
2.2. Zmiany demograficzne polskiego społeczeństwa	19
Przeobrażenia w strukturze populacji	19
Starzenie się społeczeństwa	21
2.3. Podsumowanie	22
3. Wybrane zachowania zdrowotne w okresie dzieciństwa i młodości	23
3.1. Aktywność fizyczna dzieci i młodzieży	24
Unieruchomienie młodego pokolenia	24
Najmłodszy tracą najwięcej	25
Dezaktywizacja postępująca z wiekiem	25
Intensywność podejmowanych wysiłków i jej znaczenie	26
3.2. Pogarszanie się kondycji fizycznej młodego pokolenia	26
Pojęcie kondycji fizycznej	26
Negatywne przemiany w rozwoju fizycznym	27
Chorujące nastolatki	27
Drastyczny spadek sprawności	28
Prognozowane zmiany kondycji fizycznej w nadchodzących latach	29
3.3. Dobre praktyki w zakresie zwiększania aktywności fizycznej dzieci i młodzieży	30
3.4. Tendencje w nawykach żywieniowych dzieci i młodzieży	31
Bez mleka matki – słaby start	31
Pierwsze błędy	32
Puste kalorie i dominacja słodzonych napojów	32
Nieprawidłowości w szkolnej diecie	33
Kariera śmieciowego jedzenia	33
Owoce, warzywa, śniadania? Nie, dziękuję	34
Konsekwencje złych nawyków żywieniowych dzieci i młodzieży	35
Nadwaga i otyłość polskich dzieci i młodzieży	35
Prognoza na nadchodzące lata	36

4. Wybrane zachowania zdrowotne osób w wieku produkcyjnym	37
4.1. Aktywność fizyczna dorosłych Polaków	38
Dorośli: aktywni sporadycznie	38
Unikanie intensywnych wysiłków	39
Poziom aktywności fizycznej w nadchodzących dekadach	42
4.2. Tendencje w nawykach żywieniowych dorosłych	43
Za dużo tłuszczu i mięsa, za mało produktów mlecznych i ryb	43
Zmiany w spożyciu mięsa, warzyw i owoców	43
Dieta Polaków – podsumowanie	45
Konsekwencje złych nawyków żywieniowych	45
Występowanie nadwagi i otyłości wśród dorosłych	46
Prognoza na nadchodzące lata	46
5. Wybrane zachowania zdrowotne seniorów	47
5.1. Stan zdrowia osób starszych	49
Sprawność funkcjonalna	50
Aktywność fizyczna osób starszych	50
5.2. Wychowanie ku starości i w starości	51
5.3. Dobre praktyki	53
5.4. Błędy w żywieniu osób starszych	54
Monotonna dieta seniorów	54
Skutki złej diety seniorów	55
6. Warunki realizacji edukacji fizycznej i zdrowotnej w polskiej szkole	56
6.1. Niski prestiż wychowania fizycznego	57
6.2. WF w edukacji wczesnoszkolnej – najłabsze ogniwo	58
6.3. Edukacja zdrowotna w szkołach	59
Trudności we wprowadzaniu innowacji	59
6.4. Wychowanie fizyczne to nie sport	60
6.5. Priorytet – doskonalenie zawodowe nauczycieli	61
6.6. Wesprzeć i usprawnić zmiany	61
6.7. Dobre praktyki	62

7. Uwarunkowania społeczno-ekonomiczne sportu powszechnego	64
7.1. System sportu: instytucje i organizacje	65
7.2. Sport – usługa publiczna	67
Sport powszechny – środki publiczne	68
7.3. Strategie w sporcie – sport w strategiach	69
Polityka sportowa gmin skupia się na infrastrukturze	70
Deficyt badań z obszaru aktywności sportowej	71
7.4. Sportowy trzeci sektor (perspektywa pozarządowa)	71
Organizacje sportowe są jednym z najliczniejszych elementów trzeciego sektora w Polsce	72
Kluby i organizacje sportowe nie są mocnym elementem systemu sportu dla wszystkich	72
Organizacje sportowe są wewnętrznie zróżnicowane	73
Organizacje sportowe stoją przed wieloma wyzwaniami	73
Trzeci sektor sportowy ma spory potencjał rozwoju	73
Związki sportowe	75
7.5. Sektor komercyjny	75
Komercyjne kluby fitness są coraz popularniejszą przestrzenią sportową	75
Duży potencjał wzrostu rynku komercyjnych usług fitness – wciąż bardzo początkowy etap rozwoju	75
Siłownia to tylko dodatek – aktywni Polacy są aktywni na wiele sposobów	76
Kluby fitness i siłownie nie są równo dostępne dla wszystkich	76
7.6. Podsumowanie	76
7.7. Dobra praktyka	77
7.8. Znaczenie sportu w gospodarce narodowej	77
7.9. Wyzwania sportu powszechnego z perspektywy ekonomicznej w Polsce	81
Aktywność fizyczna osób starszych	82
Zarządzanie infrastrukturą sportową	84
Współpraca między różnymi obszarami polityki państwowej	85
Partycypacja sektora prywatnego	85
Współpraca międzysektorowa	86
Wykluczenie ze sportu i aktywności fizycznej	87
7.10. Ocena społecznych i gospodarczych efektów przedsięwzięć w sporcie powszechnym	88
Społeczna stopa zwrotu z inwestycji	88
Klauzula społeczna	90
Sport a ekonomia społeczna – możliwości działania	90
7.11. Kompetencje kadr sportu powszechnego	91
Deregulacja zawodu i jej skutki	91
Kształcenie kadr	92
Sektorowa Rama Kwalifikacji w Sporcie	95
8. Bilans Kongresu Sportu Powszechnego 2015	97

Podsumowanie 105

Słownik 109

Bibliografia 115

Wprowadzenie

**Powszechna
dyskusja
sportowa**

*w poszukiwaniu
modeli działań
na rzecz sportu
amatorów*

Wprowadzenie

autor: Aleksandra Gołdys

Przekleństwem zagadnień dotyczących sportu czy w ogóle aktywności fizycznej jest to, że wciąż pozostają tematem drugorzędnym, dodatkowym, swoistym zadaniem „z gwiazdką” dla chętnych, czyli w tym przypadku dla ludzi uprawiających sport i nim się zajmujących.

Mimo wielu naukowych dowodów na kluczowe znaczenie wysiłku fizycznego w prawidłowym funkcjonowaniu organizmu oraz powszechnej zgody na to, że sport to coś zdrowego i dobrego, działania na rzecz zwiększenia poziomu aktywności fizycznej nie są uznawane za tak ważne, jak sztandarowe wyzwania społeczne – zmiany w służbie zdrowia, edukacji czy na rynku pracy.

Sport, aktywność fizyczna widziane są jako oddzielne poletko – bo nawet niepełnoprawne pole – którym zajmuje się hermetyczna grupa speców. Tylko nieliczni wiedzą i rozumieją, że powszechna aktywność fizyczna ma moc szerokiego oddziaływania na:

- mobilizację społeczną (mocny i liczny sektor organizacji sportowych to wspaniałe przejawy obywatelskości);
- umocnienie powiązań między ludźmi (uprawianie i organizowanie sportu naturalnie łączy ludzi i zwiększa liczbę interakcji społecznych, co wprost przekłada się na tak ważny kapitał społeczny);
- przedsiębiorczość (profesjonalne organizacje, kluby sportowe i firmy są istotnym miejscem pracy dla specjalistów z wielu dziedzin);
- edukację (np. fachowo zarządzany wolontariat sportowy pozwala nabywać kompetencje niezbędne na rynku pracy i wpisuje się znakomicie w ważną koncepcję uczenia się przez całe życie);
- zdrowie (zarówno jeśli chodzi o zdrowie fizyczne, zdolności poznawcze, jak i zdrowie psychiczne; aktywność fizyczna świetnie obniża poziom stresu, który naukowcy coraz częściej traktują jako przyczynę czy wyzwalacz wielu typów chorób).

Bez/ruch współczesnych ludzi ma tak samo poważne konsekwencje jak bez/robocie i dotyczy znacznie większego odsetka naszego społeczeństwa. Fakt, że wielu z nas przez większość swojego życia siedzi – eksperci nazywają to sedenteryjnym stylem życia – ma kapitalne znaczenie dla tego, jak się czujemy, jakie mamy szanse na pozostawanie w zdrowiu, jak pracuje nasz mózg. Dodatkowo, nie mniej istotne znaczenie, ma permanentny brak ruchu.

Cywilizacyjne zmiany sprawiły, że ciało, ewolucyjnie przystosowane do ciągłego używania, jest beczynne. Dodatkowo **sposób, w jaki się żywimy, uległ dramatycznemu pogorszeniu**, co – w połączeniu z brakiem wysiłku fizycznego – przynosi negatywne skutki zdrowotne. Musimy zrozumieć, że zaniedbywanie tego aspektu nie jest wtórne wobec innych wyzwań współczesności, ale ma charakter wyzwania bazowego. Osłabienie sprawności, zdolności poznawczych i wielokrotnie większe narażenie na różnego rodzaju choroby wyraźnie utrudnia korzystanie z dobrego, w pełni satysfakcjonującego nas życia oraz pełnienie ról społeczno-zawodowych.

Chcąc projektować nasze otoczenie, działania instytucji, a w konsekwencji i nasz styl życia – zapewniający trwałe bodźce i możliwość ruchu – **musimy przenieść dyskusję o aktywności fizycznej i prawidłowym żywieniu na wyższy i bardziej skomplikowany poziom niż dotychczas**. Klasyczne programy „upowszechniania”, „aktywizowania” nie działają. Aktywność fizyczna zwiększa się jedynie w grupach uprzywilejowanych – zamożnych, mieszkańców miast, głównie mężczyzn – co dodatkowo pogłębia tak istotne różnice w jakości życia społeczeństwa polskiego.

Niniejsza publikacja wypływa z doświadczeń wielu organizacji, w tym Fundacji Rozwoju Kultury Fizycznej, Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie, Uniwersytetu Warszawskiego, Ministerstwa Sportu i Turystyki oraz samorządów, które na różnych etapach badań, analiz i współpracy dzieliły się swoją wiedzą i doświadczeniami. Merytorycznym wsparciem obdarzyła autorów profesor Elżbieta Biernat ze Szkoły Głównej Handlowej, prawdziwy autorytet w analizie danych z zakresu aktywności fizycznej.

Główne cele publikacji:

- Pokazanie obecnego stanu wiedzy dotyczącego poziomu aktywności fizycznej, sprawności i sposobu żywienia Polaków na każdym etapie ich życia (aktualne dane mogą być wykorzystywane do tworzenia – opartych na wiedzy – programów i projektów, np. przy formułowaniu aplikacji konkursowych).
- Opisanie mechanizmów funkcjonowania obszaru sportu dla wszystkich oraz mechanizmów działania powiązanych z nim instytucji i organizacji (przy projektowaniu nowych polityk rozumienie rzeczywistości, w jakiej się poruszamy, jest szalenie istotne).
- Prezentacja dobrych praktyk przynoszących – w opinii autorów – rzeczywistą zmianę we wskazanych problemach.
- Przedstawienie trendów oraz powszechnych oddziaływań obecnej sytuacji (sposobu działań instytucji, ich dzisiejszej organizacji, zachowań ludzi), tak by możliwe było tworzenie z większą wyobraźnią międzysektorowych partnerstw do konkretnych działań, projektów i rozwiązań.

Adresaci publikacji:

- przedstawiciele samorządów z różnych poziomów (bo to oni są dysponentami publicznych pieniędzy, będących paliwem działań w obszarze sportu, a szczególnie sportu dla wszystkich);
- przedstawiciele organizacji pozarządowych, zajmujących się sportem *sensu stricto*, turystyką i promocją aktywności fizycznej oraz prowadzących programy edukacyjne włączające osoby niepełnosprawne z różnymi jednostkami chorobowymi do prozdrowotnego stylu życia;
- lokalni liderzy (w tym trenerzy i animatorzy orlików), prowadzący działania w społecznościach lokalnych i poszukujący inspiracji do nowych projektów, programów i partnerstw;
- nauczyciele i lekarze – dwie grupy wzorotwórcze, mające największą świadomość konieczności podejmowania aktywności fizycznej i skutków jej braku, jak również (co ważne) utrzymujące stały kontakt z przedstawicielami różnych grup społeczno-zawodowych;
- inne, tzw. wychowawcze środowiska, mogące kształtować styl życia osób dorosłych, np. zakłady pracy (dbające o zdrowie, sprawność i wydolność swoich pracowników), komórki zajmujące się działaniami z obszaru społecznej odpowiedzialności biznesu (CSR, *Corporate Social Responsibility*) – mające duże znaczenie w organizowaniu przyjaznego środowiska i wpływające na sposób funkcjonowania interesariuszy, innowatorzy społeczni, naukowcy, badacze poszukujący inspiracji dla swoich działań (narzędzi, środków do prowadzenia projektów, dobrych praktyk wspomagających wdrażanie nowych rozwiązań i aplikacji).

Prezentowana praca jest jednym z elementów kompleksowego działania autorów projektu „Powszechna dyskusja sportowa. W poszukiwaniu modeli działań na rzecz sportu amatorów”, mającego na celu zwiększenie efektywności działań w obszarze sportu dla wszystkich. Jednocześnie realizowanych jest wiele innych projektów, stanowiących ważne uzupełnienie niniejszego opracowania:

- Fundacja Rozwoju Kultury Fizycznej (FRKF) prowadzi portal pomyslunasport.frkf.pl, służący do onlinowych konsultacji na temat praktycznych rozwiązań w obszarze sportu dla wszystkich, np. sposobu rozpisywania konkursów grantowych, szukania odpowiednich wskaźników oceny projektów sportowych czy wsparcia aktywności fizycznej poza instytucjami.
- FRKF prowadzi również program „Nasz Orlik”, który jest wieloaspektowym systemem wspierania funkcjonowania i rozwoju ogólnodostępnych boisk dla dzieci i młodzieży. Dzięki ogólnopolskiej sieci orlików i wprowadzanym na nich innowacjom, FRKF inspirowała też do nowatorskich działań lokalne samorządy w całym kraju, pomagając im doskonalić metody zarządzania sportem. Prowadzi także działania edukacyjne, rozbudowane badania oraz portal naszorlik.pl).
- Centrum Wyzwań Społecznych Uniwersytetu Warszawskiego (CWS UW) przeprowadza ewaluację ogólnopolskich programów sportowych dotyczących dzieci i młodzieży, której celem jest umożliwienie dostępu do danych i obserwacja zachodzących zmian.
- Ministerstwo Sportu i Turystyki (MSiT) bierze udział w organizowanym przez Ogólnopolską Federację Organizacji Pozarządowych (OFOP) procesie wypracowania standardów pracy z organizacjami pozarządowymi, którego celem jest stworzenie bardziej przejrzystego i efektywnego systemu współpracy między rządem a organizacjami obywatelskimi.
- MSiT przygotowuje również nowy „Program Rozwoju Sportu do roku 2020”, w którym gromadzi wiedzę o sytuacji sportu i niezbędnych kierunkach zmian (uwspólnienie wiedzy o tym programie, dyskusje na temat jego poszczególnych zapisów i współpraca przy implementacji rozwiązań to ważne zobowiązanie wszystkich stron).

Prezentowana publikacja jest dziełem autorów mających różne doświadczenia i pochodzących z różnych ośrodków akademickich (naukowców zajmujących się kulturą fizyczną oraz socjologów). Dzięki ich rozległym perspektywom oceny zjawiska powstał panoramiczny obraz istoty funkcjonowania sportu powszechnego, który dowodzi, że zamknięcie tematu aktywności fizycznej w sportowym getcie jest po prostu szkodliwe. Konieczne jest patrzenie na globalny, kompleksowy proces podnoszenia jakości życia człowieka.

Bardzo pomocną inspiracją okazała się teoria Amartya Sen’a i współpracującej z nim wybitnej filozofki Marthy Nussbaum¹ – kwestionująca sposób mierzenia i porównywania dobrostanu krajów wyłącznie na podstawie czynników ekonomicznych. Kluczowym elementem tej teorii jest jakość funkcjonowania, a w nim uznanie za nadrzędne takich wartości jak: zdrowie, możliwość uczenia się, pracowania, doświadczania szacunku i bezpieczeństwa. Przy czym wg Marthy Nussbaum, długość i jakość życia plasują się na dwóch pierwszych miejscach, na kolejnych zaś „możliwość” (*capabilities*) np. afiliacji, odczuwania emocji, integralności cielesnej czy zabawy, które bez wątplenia wymagają aktywności fizycznej, utrzymywanej na odpowiednim poziomie.

Inspiracją polską jest raport „Reforma Kulturowa 2020 – 2030 – 2040”, przygotowany na zlecenie Krajowej Izby Gospodarczej², który wskazuje na potrzebę oddziaływań na poziomie

1 M. Nussbaum, A. Sen, *The quality of life*, Oxford England New York, Clarendon Press Oxford University Press 2009.
2 <http://www.answerthefuture.pl/raport.html>.

dotąd niedostrzeganym, to znaczy wzorców odczuwania, myślenia i zachowania. Za bardzo ważny czynnik sukcesu uznaje się tu zdrowotną jakość i długość życia.

Biorąc to wszystko pod uwagę, twórcy niniejszej publikacji proponują rozwiązania oparte na niestandardowych filarach – deliberatywnym państwie (uwarunkowanym dyskusją i danymi), inkluzywnej gospodarce (takiej, która zmniejsza nierówności społeczne), holistycznej szkole (skupionej na wyposażanie w umiejętności życiowe) i podmiotowym społeczeństwie (biorącym udział w procesach decyzyjnych). Taki międzysektorowy sposób myślenia autorów raportu „Reforma Kulturowa” wydaje się również najtrafniejszy w osiągnięciu naszego celu. Celem tym jest zwiększenie efektywności aktywizujących polityk publicznych, usprawnienie dialogu między sektorem publicznym i prywatnym, ożywienie przedsiębiorczego wymiaru sportu, otwarcie się na uczestnictwo obywateli w działaniach organizacji sportowych i zupełnie inne – holistycznie – spojrzenie na edukacyjny wymiar i potencjał sportu.

Autorzy mają nadzieję, że niniejsza publikacja wesprze działania zainteresowanych stron, wzbogaci dyskusję o znaczeniu aktywności fizycznej w rozległym kontekście ulepszania jakości życia Polaków, a także przyczyni się do powstawania i upubliczniania bardzo konkretnych rozwiązań w tym tak ważnym obszarze. A przede wszystkim wyposaży w argumenty pomocne przy pozyskiwaniu środków, partnerów i sponsorów.



rozdział 1
**Zdrowie jako
konsekwencja
stylu życia**

**Powszechna
dyskusja
sportowa**

*w poszukiwaniu
modeli działań
na rzecz sportu
amatorów*

1. Zdrowie jako konsekwencja stylu życia

autor: Janusz Dobosz

Zdrowie to, jak się najczęściej obecnie przyjmuje, dobrostan odczuwany we wszystkich sferach funkcjonowania człowieka (fizycznej, psychicznej i społecznej). Zdrowie jest wartością, o jaką warto zabiegać, zasobem, z którego człowiek może czerpać od narodzin aż do późnej starości (im większy, tym lepiej), wreszcie miarą jakości ludzkiego życia.

W nadchodzących latach wiele badań, raportów i analiz prognozuje wzrost liczby zagrożeń dla stanu zdrowia Polaków [121, 122, 170]. Równocześnie inne źródła wskazują na znaczącą poprawę warunków życia, które – obok dominujących, zdecydowanie pożądanych zmian – jak rozwój medycyny czy zmniejszenie obciążenia pracą – niosą ze sobą także przeobrażenia niekorzystne z perspektywy zdrowotnej. Człowiek, dostosowując się do nowych warunków, przewartościowuje styl życia. Odmienne jednak niż zmiany środowiska, w gruncie rzeczy pozytywne, zmiany obyczajowe w zdecydowanej większości wywierają niekorzystny wpływ na zdrowie pojedynczych ludzi, a w konsekwencji całego społeczeństwa.

Podejmując się analizy wpływu różnorodnych czynników na zdrowie publiczne, można przyjąć klasyczny już paradygmat koncepcji Marca Lalonde'a³, według którego na zdrowie składają się czynniki związane z czterema obszarami: dziedziczeniem genetycznym i biologią organizmu, środowiskiem, stylem życia oraz poziomem i zakresem opieki medycznej [54]. Szacunkowy wpływ tych czynników na sytuację zdrowotną społeczeństwa jest zróżnicowany i zależy od rodzaju zagrożeń zdrowotnych^{4,5}. Jednak za czynnik decydujący o perspektywach zdrowotnych tak jednostki, jak i społeczeństwa uznaje się styl życia (w ponad 50 proc.). Można tym samym postawić tezę, że w przyszłości o stanie zdrowia Polaków będą rozstrzygać nie tyle poprawa warunków życia oraz podnoszenie jakości i dostępności opieki zdrowotnej, ile zmiany w stylu życia.

1.1. Pojęcie stylu życia

Czym jest styl życia? – to kulturowo uwarunkowany sposób realizacji potrzeb, nawyków i norm. Regulują go układy wartości przyjęte przez jednostki i grupy, wyrażane na poziomie empirycznym przez wzory, a na poziomie teoretycznym – przez wzorce stylu⁶. Inaczej mówiąc, styl życia oznacza zespół codziennych zachowań specyficzny dla danej zbiorowości lub

3 M.J. Wysocki, M. Miller, *Paradygmat Lalonde'a, światowa organizacja zdrowia i nowe zdrowie publiczne*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2003, nr 57, s. 505–512.

4 B. Badura oszacował zależność zgonów z powodu chorób układu krążenia w: 25 proc. od genetyki i biologii, 9 proc. od warunków środowiska, 54 proc. od stylu życia i 12 proc. od jakości i poziomu medycyny. Umieralności spowodowanej nowotworami odpowiednio na poziomie: 29, 24, 37 i 10 proc., zaś umieralności ogólnej: 20, 20, 50 i 10 proc. [6].

5 Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej w Narodowym Programie Zdrowia 1996–2005 przyjęło, że stan zdrowia człowieka warunkowany jest w: ok. 20 proc. biologią i genami, ok. 20 proc. środowiskiem, w 50–60 proc. stylem życia, zaś w pozostałej części opieką medyczną. Medycyna, według tego samego dokumentu, „może rozwiązać 10–15 proc. problemów zdrowotnych społeczeństwa” [66].

6 B. Fatyga, *Szkic o konsumpcyjnym stylu życia i rzeczach jako dobrach kultury* [w:] *Socjologia i Siciński*, red. P. Gliński, A. Kościański, Warszawa 2009, s. 150–151.

jednostki, charakterystyczny sposób bycia odróżniający daną zbiorowość lub jednostkę od innych. Na całość, jaką stanowi styl życia, składają się:

- zachowania ludzi, zróżnicowane co do zakresu i formy,
- motywacje owych zachowań, w tym przypisywane im znaczenia i wartości,
- pewne funkcje otaczających człowieka rzeczy (mogących być zarówno celami bądź instrumentami, bądź rezultatami owych zachowań, np. pieniądź), którym w związku z pełnioną rolą również można przypisać pewne wartości [105].

Światowa Organizacja Zdrowia interpretuje styl życia jako „sposób bycia wynikający z wzajemnego oddziaływania człowieka i warunków, w jakich żyje, oraz indywidualnych wzorców zachowania, które zostały określone przez czynniki społeczno-kulturowe i osobiste cechy charakteru”.

Prof. Andrzej Siciński, w badaniach prowadzonych w Polsce od lat 70., lokował pojęcie „styl życia” w takich sferach codziennej działalności ludzi jak: budżet czasu, praca, konsumpcja, higiena i stosunek do zdrowia, potrzeby intelektualne i estetyczne (uczestnictwo w kulturze), rekreacja, udział w życiu społeczno-politycznym, stosunek do religii, współżycie między ludźmi (kontakty osobiste, towarzyskie, przyjacielskie, rodzinne, sytuacje konfliktowe), a także odnoszące się do nich systemy wartości⁷ [104].

1.2. Styl życia a zachowania zdrowotne

Styl życia wpływa na stan zdrowia człowieka niezależnie od wieku. Ukształtowany w okresie dzieciństwa i młodości w procesie edukacji – przede wszystkim fizycznej i zdrowotnej – utrwała się na wiele lat. Wartości wyznaczające styl życia powinny uświadamiać każdemu człowiekowi odpowiedzialność za podejmowane decyzje i wybory oraz wskazywać ich znaczenie dla stanu własnego zdrowia. **Elementem współtworzącym styl życia jest bowiem świadomy wybór zachowań służących utrzymaniu i doskonaleniu zdrowia za pomocą wszystkich dostępnych czynników. Te zachowania, określane jako zachowania zdrowotne, powinny być utożsamiane ze składowymi zdrowego stylu życia.** Przywołując zdrowy styl życia, tradycyjnie za jego składowe uznaje się zachowania zestawione w Tab. 1 [79]. Z perspektywy poznawczej stanowią one dziedzinę zainteresowań wielu dyscyplin naukowych, wśród nich: medycyny, psychologii, pedagogiki, socjologii i nauk związanych z wychowaniem fizycznym [92].

Na podstawie tych tez można wskazać bezpośrednie i istotne związki między pogarszającą się sytuacją zdrowotną polskiego społeczeństwa a składowymi zdrowego stylu życia i procesem „przygotowania młodych pokoleń do wzięcia odpowiedzialności za zdrowie, budowę, sprawność i urodę własnego ciała” w dorosłym życiu, czyli procesem edukacji fizycznej i zdrowotnej.

7 *Styl życia. Przemiany we współczesnej Polsce*, red. A. Siciński, Warszawa 1978, s. 15–16.

Zachowania związane z higieną i zdrowiem

Zdrowie fizyczne	Zdrowie psychiczne	Zachowania prewencyjne	Unikanie zachowań ryzykownych
aktywność fizyczna	dawanie i wykorzystanie wsparcia społecznego	samobadanie i samokontrola zdrowia	ograniczenie spożywania alkoholu
hartowanie się	unikanie nadmiaru stresów	udział w badaniach profilaktycznych	niepalenie tytoniu
prawidłowe odżywianie się	radzenie sobie z problemami i stresem z nich wynikającym	bezpieczne zachowania w życiu codziennym (rodzina, praca)	unikanie nadużywania leków niezaleconych przez lekarza
sen, odpowiedni czas jego trwania i jakość		bezpieczne zachowania w życiu seksualnym	unikanie używania innych substancji psychoaktywnych
dbałość o ciało i najbliższe otoczenie			

Tab. 1. Zachowania związane z higieną i zdrowiem, utożsamiane z elementami zdrowego stylu życia⁸

1.3. Styl życia w polityce państwa

Wydaje się, że w przestrzeni publicznej istnieje pełna świadomość znaczenia zdrowego stylu życia dla jakości funkcjonowania zarówno jednostek, jak i społeczeństwa. Wskazują na to zapisy w dokumentach strategicznych, dotyczących zdrowia Polaków. Jednak już na etapie formułowania celów programów zdrowotnych, a jeszcze wyraźniej na poziomie alokacji środków, pojawia się dysonans między świadomością czynników kształtujących zdrowie a kierunkami podejmowanych działań. Przytłaczająca większość postulowanych dotychczas zamierzeń i finansowanych działań dotyczyła obszarów diagnostyki medycznej, terapii i medycyny naprawczej. Profilaktyka zdrowotna była realizowana głównie w zakresie przeciwdziałania nałogom. Można tu wspomnieć uchwalenie prawa ograniczającego palenie tytoniu i spożycie alkoholu oraz prowadzenie kampanii reklamowych promujących takie zachowania. Działanie te są atrakcyjne dla organów państwa głównie dlatego, że nie pociągają za sobą znacznych kosztów. W dokumentach oceniających efektywność realizacji programów zdrowotnych informacje na temat zmian w stylu życia Polaków są niezwykle skromne, a te odnoszące się do poziomów aktywności ruchowej i kondycji fizycznej – zaledwie jednozdaniowe bądź w ogóle nieobecne. Takie podejście leży w sprzeczności z brzmieniem drugiej części paradygmatu Lalonde’a, mówiącego o tym, że „promocja zdrowego stylu życia może wpłynąć na poprawę stanu zdrowia i ograniczyć zapotrzebowanie na opiekę medyczną”⁹. Każda inwestycja w promocję zdrowia daje w wymiarze społeczno-ekonomicznym kilkusetprocentowy zwrot.

⁸ A. Ostrowska, *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*, Warszawa 1999, s. 29.
⁹ M.J. Wysocki, M. Miller, *Paradygmat Lalonde’a*, op. cit.

1.4. Zakres analizy zachowań zdrowotnych Polaków

Autorzy niniejszej publikacji, realizując jedno ze swych głównych zamierzeń, mają nadzieję w kilku kolejnych rozdziałach przedstawić w kontekście zmieniających się warunków środowiskowych:

- obserwowane w ostatnich dekadach zmiany i aktualny stan wybranych składowych zdrowego stylu życia Polaków, czyli wybranych zachowań zdrowotnych: aktywności ruchowej, sposobu odżywiania, proporcji czasu pracy i wypoczynku;
- przewidywane skutki utrzymywania się obserwowanych w tych dziedzinach tendencji;
- niezbędne działania, których skutkiem będzie zahamowanie negatywnych tendencji i w dłuższej perspektywie czasu znacząca poprawa stanu zdrowia Polaków, mierzonego za pomocą pozytywnych wskaźników.

Przedstawione zostaną również czynniki wpływające na jakość szkolnego wychowania fizycznego, podstawowego bodźca kształtowania całonocnych postaw zdrowotnych Polaków. Wskazane będą niezbędne działania w celu zapewnienia w nadchodzących latach takiego poziomu fizycznego wychowania i kształcenia, by zachowania zdrowotne, przyswajane przez młode pokolenia, pozwoliły im na prawidłowe i efektywne funkcjonowanie w społeczeństwie. Analiza obejmie również zagadnienia uwarunkowań uprawiania sportu powszechnego w Polsce, jako obszaru kultywowania aktywności fizycznej polskiej społeczności i pomnażania jej sił witalnych.

A man in a red t-shirt is in the foreground, looking to the right. He is holding a white paddle racket with a blue handle. In the background, several other people are on a red tennis court, some wearing blue and white shirts. The scene is outdoors with trees and a fence in the distance.

rozdział 2
**Uwarunkowania
stylu życia
Polaków**

**Powszechna
dyskusja
sportowa**

*w poszukiwaniu
modeli działań
na rzecz sportu
amatorów*

2. Uwarunkowania stylu życia Polaków

autor: Janusz Dobosz

Biospołeczne środowisko życia człowieka jest – obok uformowanych w nim wzorców zachowania – podstawowym czynnikiem kształtującym styl życia. To, w jakim otoczeniu żyje człowiek i w jaki sposób otaczająca go rzeczywistość wywiera na niego wpływ, wyznacza kierunki i zakres procesów adaptacyjnych zachodzących w ludzkim organizmie. Poprzez mechanizm reaktywności na wszelkiego rodzaju bodźce oddziałujące na jednostkę, przystosowuje się ona do otaczającego ją świata, tak natury (przyrody), jak i kultury (społeczeństwa). Można tym samym środowisko porównać do osnowy, a ukształtowane w procesie wychowania wzorce do wątku, których spłot tworzy styl życia jednostek z będącymi jego ważnym składnikiem zachowaniami zdrowotnymi. Łatwo spostrzec, że dla niezmiennej osnowy (warunków środowiskowych) zmieniający się wątek (wzorce osobowe wyznaczające zachowania różnych ludzi) prowadzi do kształtowania różnych stylów życia jednostek. Poznanie zatem środowiska polskiego społeczeństwa stanowi podstawę zrozumienia, **jakie style życia i dlaczego takie właśnie** wybierają Polacy, a także jakie ma to konsekwencje dla ich zachowań zdrowotnych.

2.1. Środowisko życia w Polsce

XX wiek był dla Polski czasem gwałtownych przemian, wywołanych czynnikami wewnętrznymi i zewnętrznymi. Następująca od początku lat 90. stopniowa normalizacja społeczno-ekonomiczna mogłaby sugerować, że wielkie przemiany dobiegły końca, a warunki życia Polaków cechuje stabilność. Tymczasem taka teza nie jest uprawomocniona. Z początkiem XXI wieku pojawiły się nowe źródła i przyczyny zmian. W wielu aspektach osiągnęły one niespotykany uprzednio poziom, kreując niewystępujące wcześniej zjawiska cywilizacyjne i kulturowe. Przykładem niech będzie rozwój technologii komunikacyjnych i powstanie Internetu. Obserwacje tych zjawisk dowodzą ich korzystnego i dobroczynnego wpływu na jednostki – np. poprzez wzrost aktywności ekonomicznej Polaków, możliwość wzięcia spraw w swoje ręce czy zwiększanie grupy osób zadowolonych z życia, oraz na grupy społeczne – poprawę warunków życia w wielu wsiach i miastach Polski, wzrost jawności i otwartości życia społecznego, wzrost szacunku dla praw osoby w społeczności. Równocześnie zauważalne są jednak negatywne konsekwencje oddziaływania omawianych zjawisk, zarówno na człowieka, jak i na formacje społeczne, które tworzy. To splatanie się dobrych i złych wpływów na współczesnych Polaków i ich rodziny znakomicie obrazuje fala wyjazdów zarobkowych po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej. Bezsprzecznie w wielu sytuacjach podjęcie decyzji o wyjeździe za granicę w celach zarobkowych pozwoliło poprawić status ekonomiczny, umożliwiło kupno samodzielnego mieszkania, stworzyło warunki na godne życie. Z drugiej strony jednak, i to nie w odosobnionych przypadkach, spychało emigrantów na dno życia społecznego krajów, do których wyjechali, wywoływało wiele kryzysów i przyczyniało się do rozpadu rodzin czy stanowiło przyczynę tragedii „unijnych sierot”, jak nazywano dzieci

porzucone przez rodziców wyruszających po tzw. lepsze życie. Podobnie można rozpatrywać skutki rozwoju telefonii komórkowej. Z jednej strony potrafi ratować życie ludzkie, dając możliwość szybkiego komunikowania się ze służbami ratowniczymi praktycznie z każdego miejsca w Polsce, a z drugiej zaś często czyni z człowieka niewolnika, ponad wszelką miarę przykutego do obowiązków zawodowych. Jak widać, starania ludzi o największą możliwą poprawę jakości życia wywołują również efekty przeciwne do zamierzonych.

Można zatem przyjąć, iż środowisko życia w Polsce jest niezwykle dynamiczne i wciąż niestabilizowane. Polacy wciąż jeszcze są, i prawdopodobnie wciąż przez jakiś czas będą poddawani wpływowi nieustannie zmieniających się i coraz to nowych czynników wytwarzanych przez to środowisko. **Jednostki dostosowując się do tych oddziaływań, będą kształtować swój styl życia, a w nim także zachowania zdrowotne. To one rozstrzygną o poziomie zdrowia polskiego społeczeństwa w kolejnych dekadach XXI wieku.**

Zmiany warunków życia w latach 1980–2014

Badanie takich przejawów funkcjonowania społeczeństw, jak poziom życia ludności, jakość życia, jego warunki i standard, rozwój społeczny czy dobrobyt jest trudnym zadaniem. Już samo określenie „co badać?” napotyka wiele problemów. Nie mniej złożoną kwestią jest wskazanie „jak badać?”¹⁰. Mimo to realizowane są szeroko zakrojone prace poznawcze, pozwalające zbudować wiedzę na ten temat^{11,12} [20]. Do jednych z częściej wykorzystywanych współcześnie wskaźników poziomu rozwoju społeczeństw należy Wskaźnik Rozwoju Społecznego (HDI, *Human Development Index*), stosowany przez Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (UNDP, *United Nations Development Programme*) do opracowania Raportu o Rozwoju Społecznym (HDR, *Human Development Report*)¹³. Teoretyczną bazę metody szacowania stanu rozwoju społeczeństw dały prace noblisty Amartya Sen’a. W centrum jego idei leży przekonanie o dobrostanie (*well-being*), zależnym nie tylko od czynników ekonomicznych, ale przede wszystkim od możliwości rozwijania się jednostki i jej wolności do rozwoju w kierunku, który uznaje ona dla siebie za wartościowy. Wczytanie się w pracę Sen’a oraz współpracującej z nim wybitnej amerykańskiej filozofki Marthy Nussbaum pozwala zobaczyć, jak wielki nacisk w tej koncepcji myślenia o ludzkim rozwoju kładzie się na możliwość aktywnego życia i zdrowia – są one uznawane za pierwszorzędne.

Poprawa jakości życia

Dane UNDP ujawniają systematyczną poprawę warunków życia w Polsce i konsekwentne zmniejszanie dystansu do najlepiej rozwiniętych krajów świata (Ryc. 1). W analizowanych składowych wskaźnika HDI bardzo pozytywnie wyglądają wielkości opisujące polską edukację: oczekiwane lata nauki i średni czas nauki (Ryc. 2).

Prezentowane powyżej dane potwierdzają inne wskaźniki makroekonomiczne rejestrowane dla Polski: dochód narodowy brutto (DNB) oraz dochód narodowy brutto na głowę mieszkańca (DNB *per capita*). W 1992 roku DNB wyniósł w Polsce ponad 79 mld dolarów. Od tamtej pory systematycznie wzrastał, szczególnie intensywnie od 2002 roku – 188 mld do 2008 – 460 mld, osiągając w 2013 roku 510 mld dolarów¹⁴ (Ryc. 3). Należy przy tym pamiętać o istotnym wpływie na wielkość wskaźników makroekonomicznych pomocy unijnej, oferowanej w ramach programów dostosowawczych: PHARE, SAPARD i ISPA, oraz funduszy: Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego (EFRR), Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS), Funduszu Spójności.

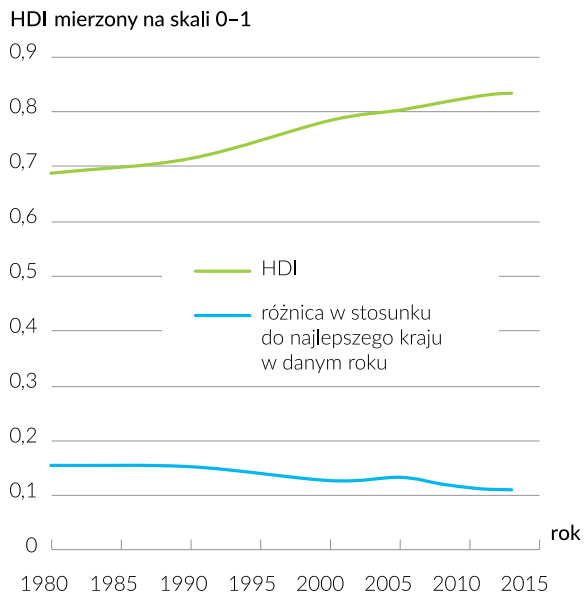
10 A. Luszniwicz, *Statystyka społeczna: Podstawowe problemy i metody*, Warszawa 1982, s. 11.

11 United Nations Development Programme, Human Development Reports, <http://hdr.undp.org/en> (dostęp: 7.09.2015).

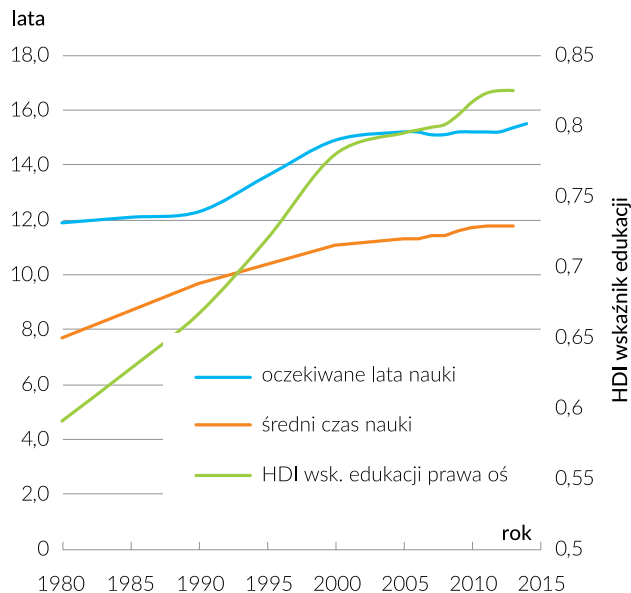
12 Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat> (dostęp: 7.09.2015).

13 M. Dąbrowa, *Study in standard of living – methodology of structure of selected indicators*, „The Małopolska School of Economics in Tarnów Research Papers Collection” 2011, nr 1, s. 69.

14 Dane Banku Światowego z 2013 roku, www.google.pl/publicdata/ (dostęp: 30.06.2015).



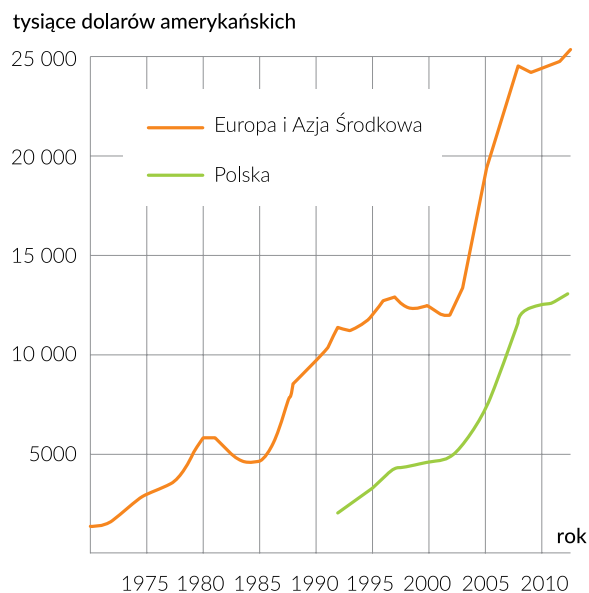
Ryc. 1. Wielkość współczynnika HDI (*Human Development Index*) i dystans Polski do najlepszego kraju w zestawieniu dla danego roku
 opracowanie: Janusz Dobosz na podstawie danych GUS i Eurostat



Ryc. 2. Wskaźnik edukacji wykorzystywany do obliczenia HDI oraz jego składniki
 opracowanie: Janusz Dobosz na podstawie danych GUS i Eurostat



Ryc. 3. DNB w Polsce (metoda Atlas, w dolarach)
 źródło: www.google.pl/publicdata/



Ryc. 4. DNB *per capita* w Polsce oraz w Europie i Azji Środkowej (metoda Atlas, w dolarach)
 źródło: www.google.pl/publicdata/

Zanotowany w 1992 roku DNB *per capita* w Polsce (2070 dolarów) odpowiadał przeciętnemu poziomowi notowanemu 20 lat wcześniej w Europie i azjatyckich krajach basenów Mórz Czarne-go i Kaspijskiego. Wtedy, w 1992 roku, był on ponad 5,5-krotnie mniejszy. Od tamtej chwili obser-wuje się dynamiczny wzrost DNB, który w 2008 roku osiągnął 1/2 przeciętnego poziomu DNB *per capita* w Europie i Azji Środkowej. W 2013 roku wyniósł on w Polsce 13,25 tys. dolarów¹⁵ (Ryc. 4).

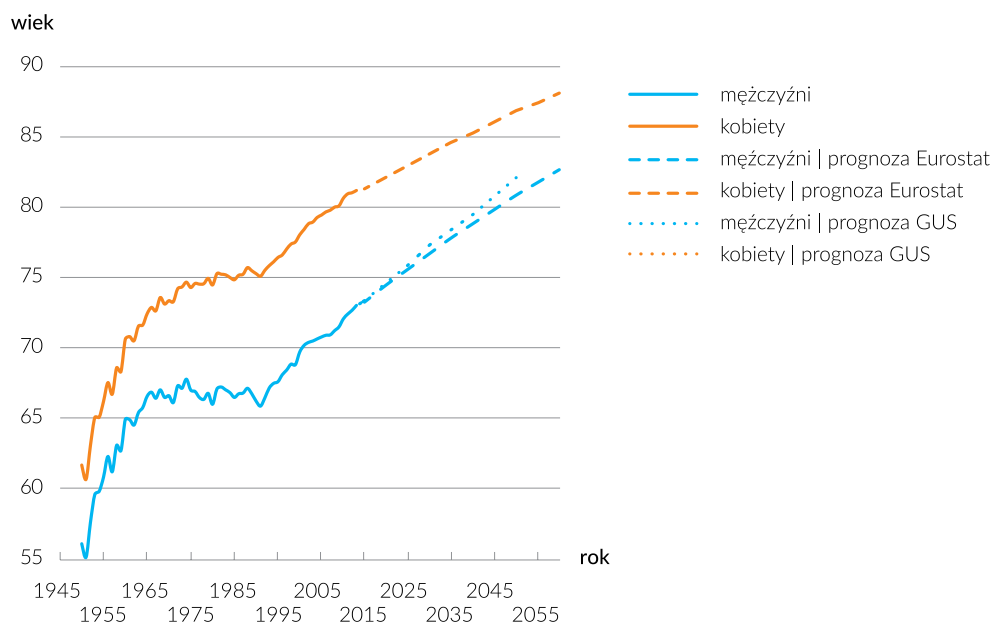
2.2. Zmiany demograficzne polskiego społeczeństwa

autorzy: Ewa Kozdroń, Anna Leś, Janusz Dobosz

Jednym z głównych czynników, mających zarówno wpływ na sytuację ekonomiczną, jak i zdrowotną społeczeństwa, są zmiany demograficzne. Spośród nich bodaj największe konsekwencje niesie proces starzenia się społeczeństw, obserwowany we wszystkich wysoko-rozwiniętych krajach świata, w tym także w Polsce. Wiąże się on z dwoma zjawiskami demo-graficznymi, jakimi są niski poziom dzietności oraz wydłużający się czas trwania życia¹⁶.

Przeobrażenia w strukturze populacji

Dramatycznie spadający od połowy lat 80. współczynnik dzietności (do niemal 1,2 dziecka na kobietę w wieku rozrodczym, Ryc. 8) znacząco obniżył się poniżej wielkości (2,16), gwarantu-jącej prostą zastępowalność pokoleń. Tym samym zaczyna się realizować czarny scenariusz, zakładający proces zmniejszania liczby ludności Polski (w zależności od prognoz wahający się w czasie najbliższych 35 lat od 3,7¹⁷ do prawie 4,5¹⁸ mln), który dodatkowo pogłębia wysoka migracja. Zmiany dzietności, z równocześnie obserwowaną od początku lat 90. znaczącą poprawą długości życia Polaków (kompensującą dotychczas negatywne zmiany w dzietności, Ryc. 5 i 6), prowadzą do nieodwracalnych zmian w strukturze wieku populacji.



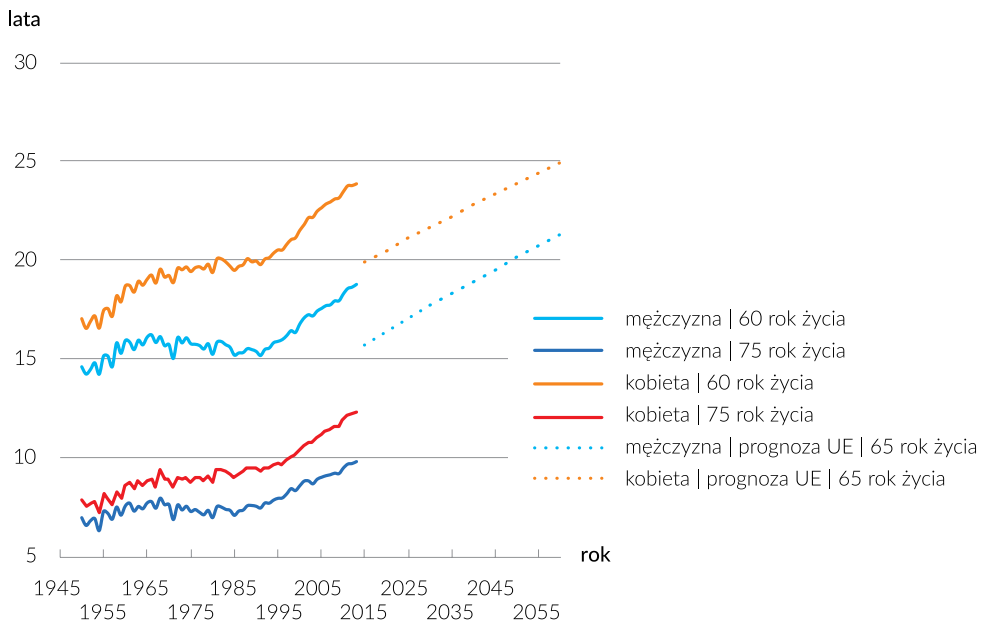
Ryc. 5. Przewidywane dalsze trwanie życia w chwili narodzin
opracowanie: Janusz Dobosz na podstawie danych GUS i Eurostat

¹⁵ Ibidem.

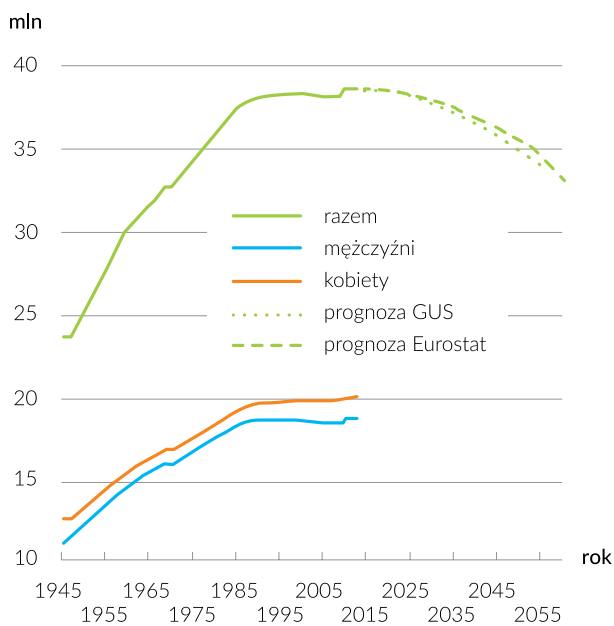
¹⁶ Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020, „Monitor Polski” 2014, poz. 118.

¹⁷ The 2015 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013–2060), „European Economy” 2015, nr 3.

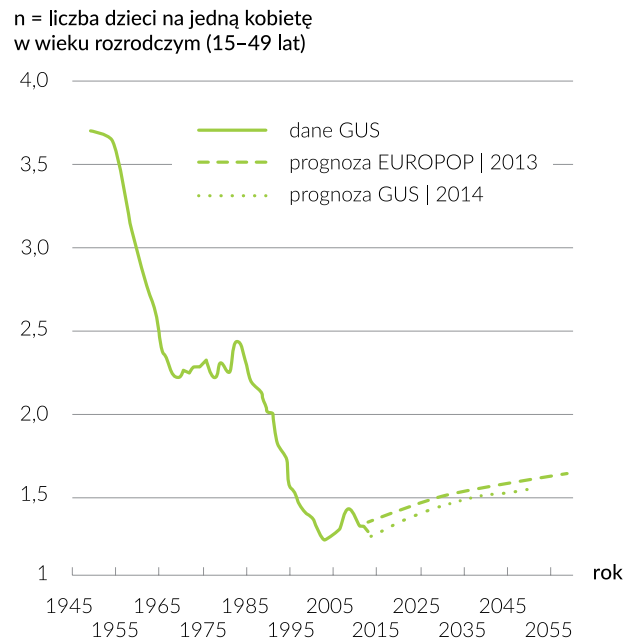
¹⁸ Prognoza ludności na lata 2014–2050 [w:] Zakład Wydawnictw Statystycznych, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2014.



Ryc. 6. Przewidywane dalsze trwanie życia w wieku 60 i 75 lat, prognoza dla wieku 65 lat
 opracowanie: Janusz Dobosz na podstawie danych GUS i Eurostat



Ryc. 7. Zmiany liczby ludności Polski w latach 1945–2015 i jej prognoza do 2060 roku
 opracowanie: Janusz Dobosz na podstawie danych GUS i Eurostat



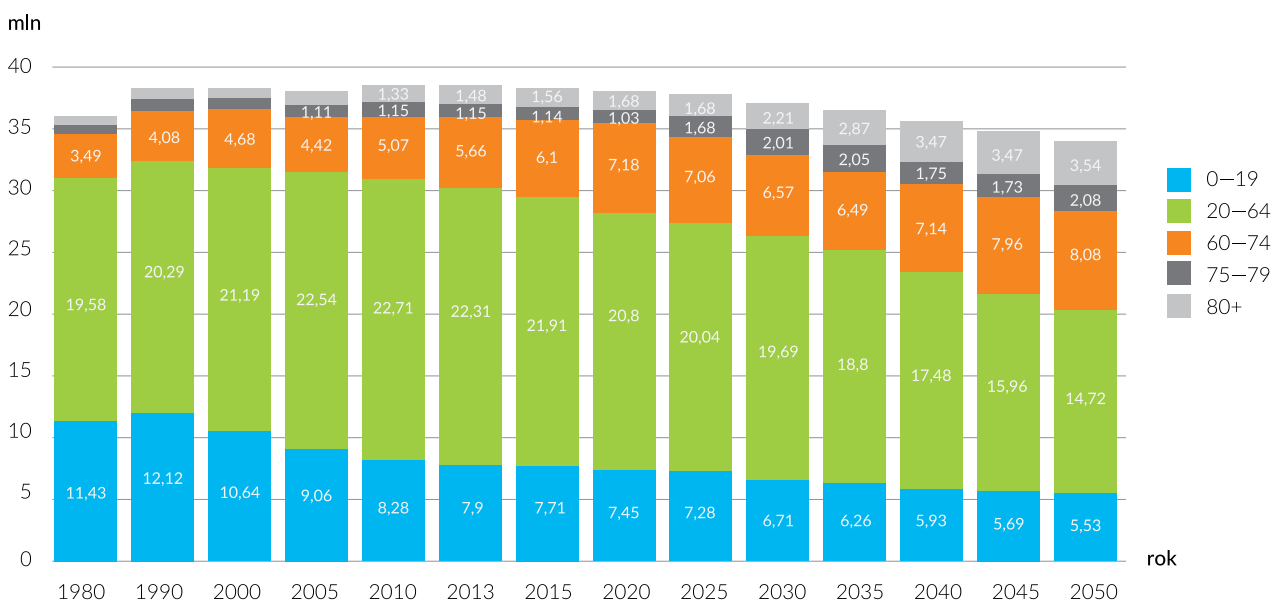
Ryc. 8. Współczynnik dzietności w Polsce w latach 1946–2013 i jego prognozy do 2060 roku
 opracowanie: Janusz Dobosz na podstawie danych GUS i Eurostat

Zachwiane zostały relacje między generacjami – liczbą obywateli najmłodszych i tych w wieku produkcyjnym, a liczbą ludności w wieku poprodukcyjnym¹⁹.

Starzenie się społeczeństwa

W Polsce, tak jak w większości europejskich krajów, przybywa w społeczeństwie seniorów, czyli osób powyżej 60. roku życia. Jeszcze 35 lat temu seniorzy stanowili niewiele ponad 13 proc. społeczeństwa (w wieku 80+ zaledwie 1,5 proc.). Obecnie jest to odpowiednio około 23 proc. i 4 proc. ludności Polski. Prognozy wskazują na to, że na przestrzeni najbliższych 20 lat odsetki te wzrosną do ponad 31 proc. i prawie 8 proc. Według danych GUS, w 2050 roku 40,4 proc. osób żyjących w Polsce będzie miało 60+ lat, a 10,4 proc. osób będzie w wieku 80+ (Ryc. 9 i 10). Dane te kwalifikują Polskę do grupy starzejących się społeczeństw, tzw. *elderly societies* [82].

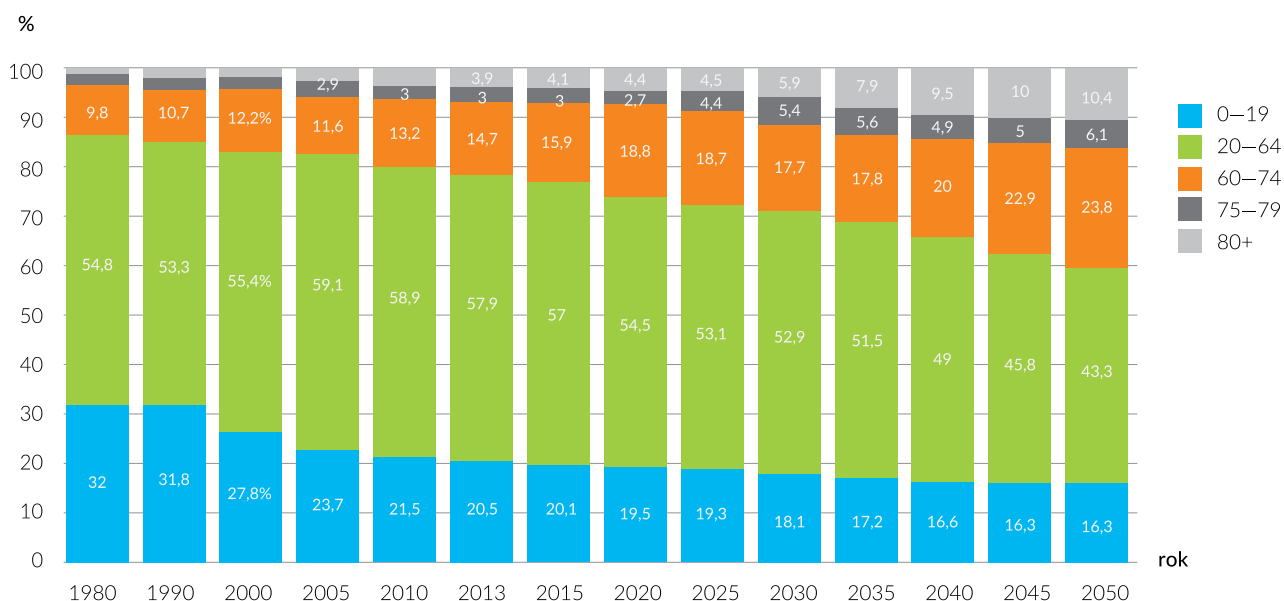
Prognozy wskazują na to, że w 2050 roku aż 1/3 naszego społeczeństwa będzie w wieku 65+. Liczba seniorów będzie wzrastać w większym stopniu na obszarach miejskich niż wiejskich. Z analizy literatury wynika, że osoby z powojennego wyżu emigrowały masowo ze wsi do miast [126].



Ryc. 9. Liczebność populacji polskiej w latach 1980–2013 oraz jej prognozy do 2050 roku w kategoriach wieku kalendarzowego

opracowanie: Janusz Dobosz, źródło: Rocznik demograficzny 2014, GUS

19 Ibidem, s. 20.



Ryc. 10. Populacja polska w latach 1980–2013 oraz jej prognozy do 2050 roku w kategoriach wieku kalendarzowego, w odsetkach liczby ludności w Polsce

opracowanie: Janusz Dobosz, źródło: Rocznik demograficzny 2014, GUS

2.3. Podsumowanie

Warunki życia w Polsce systematycznie się poprawiają. Rośnie standard życia. Coraz bardziej zmniejszają się wymagania względem fizycznego zaangażowania człowieka w tworzenie jego relacji z otoczeniem, w przeciwieństwie do rosnącego zaangażowania psychicznego. W kolejnych dekadach obserwowane tendencje powinny się utrzymać. Bardzo negatywnym zmianom ulega struktura demograficzna polskiego społeczeństwa, które starzeje się i zmniejsza liczbę osób zdolnych do pracy. Osoby w wieku przedprodukcyjnym i poprodukcyjnym będą stanowić coraz większe obciążenie społeczno-ekonomiczne dla części populacji czynnej zawodowo.



rozdział 3
**Wybrane
zachowania
zdrowotne
w okresie
dzieciństwa
i młodości**

**Powszechna
dyskusja
sportowa**

*w poszukiwaniu
modeli działań
na rzecz sportu
amatorów*

3. Wybrane zachowania zdrowotne w okresie dzieciństwa i młodości

autor: Janusz Dobosz

Nikogo nie trzeba przekonywać, że optymalny rozwój i pozostawanie dziecka w zdrowiu jest wypracowywanym przez człowieka zasobem, z którego czerpie on później przez całe swe życie. Im większy rezerwuuar sił witalnych zgromadzonych w okresie dzieciństwa i młodości, tym większe prawdopodobieństwo, że dalsze lata życia będą satysfakcjonujące i efektywne. O tym, że owe oczekiwania długiego, sprawnego i przynoszącego satysfakcję życia mają szansę się spełnić, rozstrzygają ukształtowane w dziecku postawy. To dzięki nim uformowany w młodości biologiczny kapitał będzie rozsądnie wykorzystywany, bez narażania na szkodliwą eksploatację, oraz skutecznie podtrzymywany i odbudowywany poprzez zachowania zdrowotne. Niniejszy rozdział prezentuje biologiczny kapitał młodych polskich pokoleń oraz ich postawy względem zdrowia.

3.1. Aktywność fizyczna dzieci i młodzieży

Jednym z głównych stymulatorów prawidłowego rozwoju człowieka jest aktywność fizyczna. Należy ją rozumieć jako pracę mięśni szkieletowych, opartą na wielu zmianach biochemicznych, fizjologicznych i neurologicznych powodujących wydatek energii. Jej wynikiem są m.in. czynności życiowe, lokomocja, nauka, praca, rekreacja, zabawa, uprawianie sportu. Aktywność ta stymuluje rozwój fizyczny, motoryczny, psychospołeczny²⁰, jest istotnym czynnikiem rozwoju osobniczego, adaptacji do środowiska życia oraz zapobiegania i terapii wielu schorzeń. Badania naukowe niezbiecie dowodzą, że aktywność fizyczna pobudza pracę mózgu²¹ – możliwości poznawcze są wyraźnie większe po wysiłku fizycznym (wystarczy 20 minut szybkiego marszu). Brak aktywności fizycznej wiąże się więc nie tylko z osłabieniem możliwości ciała i zwiększeniem ryzyka wielu chorób, ale też ze spadkiem wydolności naszego umysłu.

Unieruchomienie młodego pokolenia

Aktywność fizyczna przez tysiące lat decydowała o przeżyciu, osiąganym statusie społecznym, możliwości realizacji wyższych potrzeb, np. twórczych. Wraz z rozwojem kulturowym jej znaczenie zaczęło maleć. Osiągnięty w XX wieku postęp cywilizacyjny doprowadził do drastycznego ograniczenia wymagań stawianych przez środowisko aktywności fizycznej człowieka na rzecz aktywności psychospołecznej. Współczesny człowiek, by osiągać swoje cele – zdobywanie jedzenia, uczenie się, pracę – może praktycznie zrezygnować z wysiłku fizycznego. W konsekwencji pojawia się ogromna dysproporcja między ukształtowaną w toku ewolucji biologią człowieka (nasze ciało potrzebuje ruchu by być zdrowym), a wymaganiami stawianymi przed ludzkim organizmem przez współczesne środowisko. Jej efektem jest hipokineza – drastyczny niedobór aktywności fizycznej ludzi zamieszkujących

²⁰ A. Knapik i in., *Znaczenie aktywności ruchowej w profilaktyce zdrowotnej*, „Zdrowie Publiczne” 2004, t. 114, nr 3, s. 331.
²¹ C.H. Hillman i in., *The Effect of the Acute Treadmill Walking Cognitive Control and Academic Achievement in Preadolescent Children*, „Neuroscience” 2009, nr 159(3), s. 1044–1054.

kraje wysokorozwinięte. Warto podkreślić, że siedzący tryb życia ma dodatkowe negatywne konsekwencje dla naszego zdrowia. To nie tylko zaburzenia aparatu ruchu i postawy ciała, ale również źródło dysfunkcji w układach: sercowo-naczyniowym, trawiennym, autonomicznym i nerwowym.

Najmłodszy tracą najwięcej

Ograniczenie aktywności fizycznej przynosi szczególnie destrukcyjne konsekwencje u dzieci najmłodszych, do 6. roku życia. Do momentu rozpoczęcia nauki w szkole podstawowym bodźcem rozwoju człowieka na wszystkich jego płaszczyznach jest ruch. Dzięki niemu rozwijają się wszelkie układy organizmu człowieka z układem nerwowym na czele²². Efekty prawidłowej stymulacji rozwoju poprzez aktywność fizyczną widoczne są we wszystkich płaszczyznach rozwoju dziecka: somatycznej, motorycznej, emocjonalnej, intelektualnej, społecznej [87]. Ograniczenie aktywności fizycznej najmłodszych prowadzi do zaburzeń w integrowaniu zmysłów i sfery motorycznej (integracji sensorycznej lub sensomotorycznej). To z kolei przyczynia się do upośledzenia panowania nad własnym ciałem, nadmiernej wrażliwości na bodźce dotykowe, wzrokowe, słuchowe czy ruch. Nadwrażliwość ta, w wyniku reakcji obronnych układu nerwowego, może ewoluować w kierunku ograniczenia reaktywności na stymulację sensoryczną. Pojawiają się problemy z koncentracją uwagi, impulsywnością, koordynacją czuciowo-ruchową. Opóźnia się rozwój mowy, umiejętności ruchowych (dotyczący zarówno dużej, jak i małej motoryki) oraz pojawiają się trudności w nauce i samoorganizacji zachowania. Ilustracją tych problemów może być wzrost liczby zaburzeń dysleksyjnych czy diagnozowanych wśród dzieci przypadków zespołu nadpobudliwości z deficytem uwagi (ADHD, *attention deficit hyperactivity disorder*).

Na niewystarczającą względem potrzeb rozwojowych aktywność fizyczną najmłodszych w Polsce wskazuje wiele lokalnych i regionalnych badań. Stwierdza się w nich m.in., że tylko 20–25 proc. przedszkolaków chodzi codziennie na długie spacery, 15–30 proc. bierze udział w zorganizowanych zajęciach ruchowych poza przedszkolem, zaś nie więcej niż 19 proc. podejmuje ćwiczenia gimnastyczne. Równocześnie 2/3 badanych spędza przed telewizorem nie mniej niż 2 godziny dziennie, zaś ponad 45 proc. więcej niż godzinę przed komputerem^{23,24,25}. Aż blisko 20 proc. dziewcząt i ponad 12 proc. chłopców w wieku 6 lat nie podejmuje żadnej intensywnej aktywności ruchowej, poza zajęciami w przedszkolu (dane z 2006 roku). Do codziennej, intensywnej aktywności ruchowej przyznaje się nie więcej niż 1/4 chłopców i 1/5 dziewcząt. Wyniki badań są tym bardziej zastanawiające, że przeważająca większość badanych dzieci za najlepszą formę spędzania wolnego czasu podczas ładnej pogody uważa różnego rodzaju formy aktywności fizycznej na świeżym powietrzu.

Dezaktywizacja postępująca z wiekiem

Światowa Organizacja Zdrowia uznaje²⁶ za minimalną dla dzieci w wieku 5–17 lat 60-minutową dawkę co najmniej umiarkowanej aktywności fizycznej. **W 2010 roku** oczekiwania tego w naszym kraju **nie spełniało blisko 69 proc. chłopców w wieku 11 lat oraz niemal 80 proc. 17-latków. Dla dziewcząt wielkości te są jeszcze bardziej niepokojące²⁷, wynosząc odpowiednio niemal 77 proc. i 96 proc.** Badania przeprowadzone przez GUS w 2009 roku ujawniły, że 36 proc. ogółu uczniów do 14. roku życia regularnie podejmuje aktywność

22 M. Oliver, G. Schoefield, G. Kolt, *Physical activity in pre-schoolers*, "Sports Medicine" 2007, nr 37, s. 1045–1070.

23 W. Chalcarz i in., *Charakterystyka aktywności fizycznej poznańskich dzieci w wieku przedszkolnym*, „Medycyna Sportowa” 2008, t. 24, nr 5(6), s. 318–329.

24 W. Chalcarz, S. Merkiel, *Charakterystyka aktywności ruchowej nowosądeckich dzieci w wieku przedszkolnym*, „Medycyna Sportowa” 2005, t. 21, nr 6, s. 425–431.

25 S. Merkiel, W. Chalcarz, M. Deptuła, *Porównanie aktywności fizycznej oraz ulubionych form spędzania czasu wolnego dziewczynek i chłopców w wieku przedszkolnym z województwa mazowieckiego*, „Rocznik PZH” 2011, t. 62, nr 1, s. 93–99.

26 *Global recommendations on physical activity for health. Recommended levels of physical activity for health 5–17 years old*, WHO 2010, s. 7.

27 *Wyniki badań HBSC. Raport techniczny*, red. J. Mazur, A. Małkowska-Szcutnik, Warszawa 2011, s. 113.

fizyczną, dość często zaś ponad 30 proc. „Prawie co siódme dziecko w wieku 6–14 lat w ogóle nie przejawia aktywności fizycznej poza obowiązkowymi lekcjami w szkole, a co szóste robi to rzadko”²⁸. Przeciętny czas tygodniowej aktywności fizycznej poza lekcjami wychowania fizycznego zależy od płci i wieku uczniów. W grupie deklarującej w badaniu najwyższą aktywność fizyczną są chłopcy w wieku 6 i 10 lat (około 5 godzin) oraz 9-letnie dziewczęta (4,7 godziny). Rzadko podejmowaną aktywność fizyczną sygnalizowały 6-letnie dziewczęta oraz 8-letni chłopcy, ćwiczący odpowiednio 1,2 godziny i 1,8 godziny tygodniowo, oraz dziewczęta 12-letnie i starsze, ćwiczące mniej niż 1,9 godziny na tydzień²⁹.

Intensywność podejmowanych wysiłków i jej znaczenie

Negatywny wydźwięk danych o niskim poziomie aktywności fizycznej wzmacnia obserwowana w latach 1990–2010 tendencja do coraz rzadszego podejmowania intensywnego wysiłku fizycznego cztery i więcej razy w tygodniu³⁰. W tym okresie u 11-latków zanotowano spadek o ponad 13 proc., zaś dla 13-latków o blisko 10 proc. Zniżająca tendencja widoczna jest również w deklarowanym sumarycznym czasie trwania intensywnego wysiłku, przekraczającego 4 godziny w tygodniu. U dzieci w wieku 11 lat wskaźnik ten spadł z 35 proc. w 1990 roku do około 18 proc. w 2010 roku. Trzynastolatkowie z niewysokiego poziomu 24,4 proc. w 1990 roku spadli przez dwie dekady do pułapu 16 proc. Piętnastolatkowie zaś z 21,5 proc. do ledwie 15,3³¹. Określenie tylko czasu trwania aktywności fizycznej jest dalece niewystarczające do prawidłowej jej oceny. Podejmowany wysiłek powinien, zwłaszcza w odniesieniu do dzieci i młodzieży, wytwarzać takie bodźce, które będą w sposób optymalny stymulować rozwój fizyczny i motoryczny młodych Polaków. Dlatego dobrym wyznacznikiem jakości podejmowanej przez nich aktywności fizycznej są rezultaty badań kondycji fizycznej, widziane jako następstwo i konsekwencja zmian wywołanych w organizmie aktywnością fizyczną.

3.2. Pogorszenie się kondycji fizycznej młodego pokolenia

Kondycja fizyczna to wspólnie ujęte: rozwój fizyczny, sprawność fizyczna oraz wydolność fizyczna. Suma tych właściwości ludzkiego organizmu stanowi przejaw jego zdrowia i jako taka może być jego miernikiem. W przeciwieństwie do mierników świadczących o braku zdrowia, czyli miar występowania chorób (chorobowości i zachorowalności), zgonów (umieralności i śmiertelności) oraz niepełnosprawności – często opisywanych jako negatywne mierniki zdrowia – kondycja fizyczna jest jego miernikiem pozytywnym.

Pojęcie kondycji fizycznej

Rozwój fizyczny to ciąg przemian w życiu osobniczym prowadzących od prostej konstrukcji komórkowej do wykształcenia złożonego organizmu człowieka. Przemiany te zachodzą w dzieciństwie, okresie dojrzewania i młodości, prowadząc jednostkę do samodzielnej egzystencji i możliwości wydania potomstwa – osiągnięcia dojrzałości [152]. Z kolei **sprawność fizyczna** jest rozumiana, jako zaradność ruchowa człowieka w życiu codziennym, wyraz poziomu adaptacji jednostki do warunków, jakie stwarza dla niej biogeograficzne i socjoekonomiczne środowisko^{32,33}. Wreszcie **wydolność fizyczna** to zdolność organizmu do wykonywania długotrwałego i silnie obciążającego organizm wysiłku, realizowanego

28 *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku. Informacje i opracowania statystyczne*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2011, s. 63.

29 *Ibidem*, s. 63 i 210.

30 B. Woynarowska B., *Aktywność fizyczna* [w:] *Tendencje zmian zachowań zdrowotnych i wybranych wskaźników zdrowia młodzieży szkolnej w latach 1990–2010*, red. B. Woynarowska, J. Mazur, Warszawa 2011, s. 27–39.

31 *Ibidem*.

32 R. Przewęda R., *Sprawność i wydolność fizyczna jako pozytywne mierniki zdrowia* [w:] *Współczesne potrzeby i możliwości pomiaru zdrowia*, Materiały krajowej konferencji naukowej, Warszawa 1997, s. 282–294.

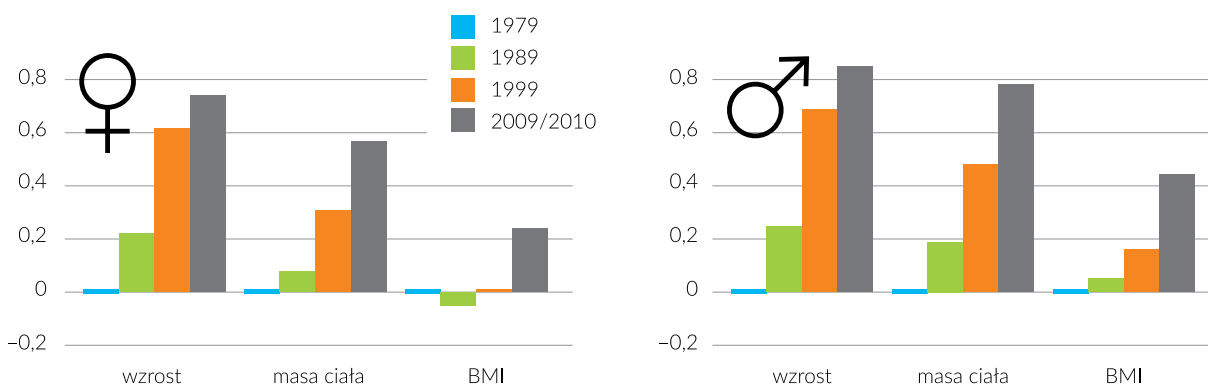
33 B.D. Franks, *Test sprawności fizycznej dzieci i młodzieży YMCA*, tłum. W. Osiński, E. Wachowski, Poznań 1994, s. 13.

z zaangażowaniem dużych grup mięśniowych, oraz efektywnego usuwania jego skutków (zmęczenia). To wyraz sprawności fizjologicznych mechanizmów, zapewniających adaptację ustroju do pracy mięśniowej i powrót do stanu wyjściowego po jej zakończeniu. Wydolność fizyczna jest miarą tolerancji organizmu na wysiłek fizyczny i możliwości utrzymania homeostazy [50].

Negatywne przemiany w rozwoju fizycznym

Współczesne wyniki badań rozwoju fizycznego i sprawności fizycznej, które można traktować jako miary jakości aktywności fizycznej podejmowanej przez dzieci i młodzież, przynoszą bardzo niepokojące informacje. Badania kondycji fizycznej, prowadzone regularnie od 1979 roku na ogólnopolskiej, reprezentatywnej grupie uczniów polskich szkół, ukazują systematyczny wzrost wysokości ciała tak chłopców, jak i dziewcząt. Przemianom tym do 1999 roku towarzyszyły pozytywne zmiany w masie ciała. Rosła ona w niebudzącej obaw relacji do notowanych w tym czasie przyrostów wysokości ciała, zwłaszcza wśród dziewcząt. Polska młodzież była coraz wyższa i coraz smuklejsza. Obserwowana jeszcze w ostatniej dekadzie (1999–2009) tendencja zwiększania wysokości ciała, obecnie uległa wyhamowaniu, a zjawisku temu towarzyszy gwałtowny wzrost masy ciała badanych dzieci. Konsekwencją są przedstawione na Ryc. 11 negatywne zmiany w obrazie indeksu masy ciała (BMI, *Body Mass Index*), szczególnie niepokojące wśród chłopców.

Podobne zmiany w podstawowych cechach, charakteryzujących rozwój fizyczny dzieci, obserwowano również w wielu innych badaniach, przeprowadzanych m.in. dla całej Polski [3], w poszczególnych regionach, np. w Polsce Wschodniej [150], w dużych aglomeracjach miejskich³⁴, w różnych środowiskach, w tym z uwzględnieniem różnych statusów społeczno-ekonomicznych [58].



Ryc. 11. Różnice standardyzowanych na funkcje średniej i SD (odchylenie standardowe) pomiarów somatycznych i BMI dziewcząt (z lewej) i chłopców (z prawej) w kolejnych ogólnopolskich badaniach kondycji fizycznej, rozpoczynając od 1979 roku

Chorujące nastolatki

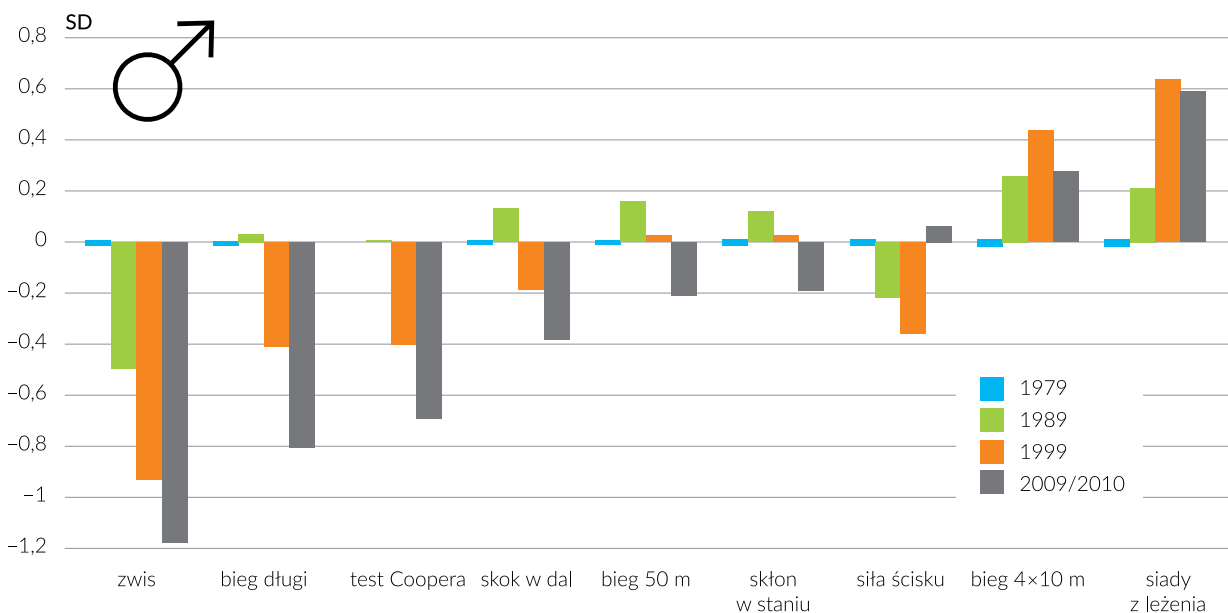
Zjawiskami związanymi z przebiegiem rozwoju osobniczego są notowane w badaniach HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) zaburzenia rozwojowe i funkcjonalne układu ruchu. Dotyczą one około 10–20 proc. populacji w wieku szkolnym. W 2010 roku

³⁴ M. Kowal i in., *Międzypokoleniowe zmiany w budowie ciała i akceleracja pokwitania u dzieci i młodzieży w wieku 7–15 lat z populacji wielkomiejskiej w świetle uwarunkowań psychosocjalnych*, Kraków 2011, s. 37–43.

częste (prawie codziennie lub częściej niż 1 raz w tygodniu) odczuwanie bólu pleców, dolegliwości typowej dla ludzi dorosłych, było zgłaszane przez 10 proc. młodzieży w wieku 11–12 lat; prawie 12 proc. 13–14-latków oraz aż 18 proc. 17-latków³⁵. Odnotowywano rosnące wraz z wiekiem odczuwanie bólów głowy (19–28 proc.) oraz złe samopoczucie psychiczne – przygnębienie, rozdrażnienie, zły humor, zdenerwowanie. Dla 16–21 proc. badanych uczniów częstym zaburzeniem zdrowotnym były problemy z zasypianiem. Spośród ośmiu analizowanych w badaniu symptomów więcej niż dwa były zgłaszane przez około 34 proc. dzieci w wieku 11–14 lat, 39 proc. przez 15- i 16-latków oraz prawie 45 proc. 17- i 18-latków. Prawdopodobnie część z tych dolegliwości, zwłaszcza psychosomatycznych, może mieć źródło w zbyt małej aktywności fizycznej.

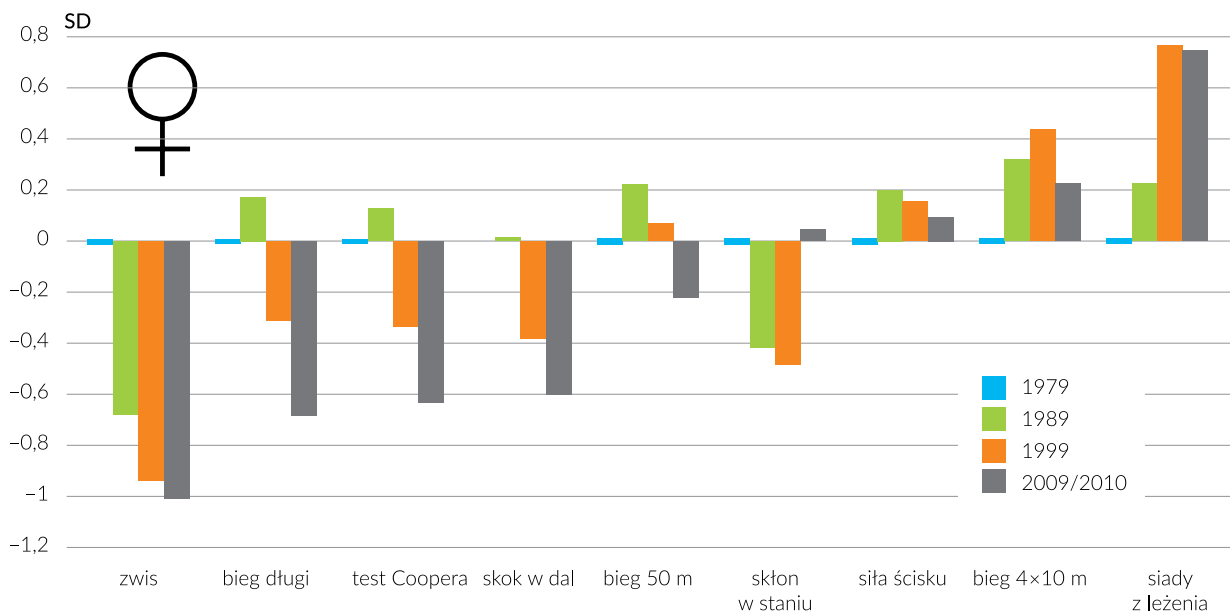
Drastyczny spadek sprawności

Przemiany obserwowane w latach 1979–2009 w sprawności fizycznej młodych Polaków mają diametralnie odmienny charakter od opisanych powyżej przemian rozwoju fizycznego. O ile w dekadzie 1979–1989 zanotowano poprawę wyników w większości prób sprawności (sześć na osiem rejestrowanych zarówno wśród chłopców, jak i wśród dziewcząt), o tyle w kolejnych badaniach ujawniono pogarszanie się poziomu sprawności fizycznej. W dekadzie 1989–1999 taką tendencję zaobserwowano w sześciu z ośmiu prób dla obu płci, w kolejnej zaś w siedmiu z ośmiu.



Ryc. 12. Zmiany sprawności fizycznej i wydolności fizycznej (test Coopera) chłopców z kolejnych badań i z 1979 roku (wyniki standaryzowane na funkcje średniej i odchylenia standardowego); SD – odchylenie standardowe

35 Wyniki badań HBSC. Raport techniczny, red. J. Mazur, A. Małkowska-Szcutnik, Warszawa 2011, s. 77.



Ryc. 13. Zmiany sprawności fizycznej i wydolności fizycznej (test Coopera) dziewcząt z kolejnych badań, rozpoczynając od 1979 roku (wyniki standaryzowane na funkcje średniej i odchylenia standardowego); SD – odchylenie standardowe

W 2009 roku badane dzieci i młodzież były aż w pięciu na osiem prób wśród chłopców i w czterech na osiem prób wśród dziewcząt słabsze od rówieśników z 1979 roku, i to pomimo znaczącej poprawy warunków somatycznych. W czasie tych trzech dekad najbardziej pogorszył się wynik uzyskiwany w zwisie na drążku i w biegu długodystansowym. Dzieci i młodzież znacząco zmniejszyły możliwości długotrwałego angażowania swych mięśni do intensywnej pracy. Powyższe wyniki przedstawiono na Ryc. 12 i 13. Ujęto tam dziewięć prób testowych, przy czym jedna z nich, test Coopera (polegający na ocenie dystansu pokonanego w czasie 12-minutowego biegu), nie jest miarą sprawności, ale wydolności fizycznej.

Obserwację dotyczącą obniżających się możliwości wysiłkowych młodego pokolenia potwierdza wynik badania poziomu wydolności fizycznej. Od chwili rozpoczęcia pomiarów w 1989 roku dzieci i młodzież w Polsce permanentnie osiągają coraz słabsze wyniki w teście Coopera (Ryc. 12 i 13).

Prognozowane zmiany kondycji fizycznej w nadchodzących latach

Wyniki systematycznie prowadzonych badań kondycji fizycznej uczniów polskich szkół wskazują na wyhamowanie tendencji osiągania przez kolejne pokolenia Polaków coraz wyższej wysokości ciała. Wydaje się, że systematycznie poprawiające się w Polsce od początku lat 90. warunki do rozwoju biologicznego pozwalają na coraz pełniejsze realizowanie potencjału genetycznego, z jakim rodzą się dzieci. Coraz rzadziej pojawiają się czynniki, które we wcześniejszych dekadach – często w znaczący sposób – zaburzały i ograniczały prawidłowy rozwój fizyczny dziecka. Równocześnie jednak ten dobrostan czynników środowiskowych, przy obserwowanych zmianach trybu życia dzieci i młodzieży, jest przyczyną wystąpienia negatywnych przemian w ich masie ciała. Potrzeby żywieniowe, zaspokajane ponad miarę i często w nieprawidłowy sposób – o czym, w kolejnym rozdziale – w połączeniu ze znaczącym ograniczeniem aktywności fizycznej najmłodszych Polaków skutkują zagrożeniem otyłością, rosnącym w wielkim tempie.

Coraz większe ograniczanie aktywności fizycznej przyczynia się do coraz intensywniejszego pogarszania sprawności i wydolności fizycznych dzieci i młodzieży, zapoczątkowanego

w ostatniej dekadzie XX wieku. Obecnie przeciętna sprawność młodych Polaków jest drastycznie niższa od tej, jaką dysponowali uczniowie polskich szkół w okresie załamania społecznego i ekonomicznego na przełomie lat 70. i 80. Wykorzystując terminologię motoryczną, można powiedzieć, że współcześnie młodzi Polacy instalują w sobie mniejszą moc napędu uruchamiającego ich aktywność oraz gromadzą paliwo zaledwie w połowie pojemności zbiornika. Tym samym będą gorzej jechać i pokonają mniejszy dystans. Przy spodziewanej dalszej poprawie warunków życia w Polsce i równoczesnym braku stanowczej interwencji społecznej w zmianę stylu życia młodych pokoleń Polaków, w najbliższych 20 latach należy spodziewać się w przekroju całego społeczeństwa, nie tylko jego najmłodszych roczników:

- zwiększenia liczby osób otyłych do poziomu obserwowanego w niektórych wysoko rozwiniętych krajach świata (ponad 50 proc. społeczności z nadwagą i otyłością);
- ograniczania możliwości wysiłkowych osób w wieku produkcyjnym, a więc obniżania efektywności pracy z wszystkimi jej konsekwencjami ekonomicznymi i społecznymi;
- zwiększania liczby ludności mającej problemy z codziennym funkcjonowaniem;
- zwiększenia częstości występowania chorób cywilizacyjnych i w konsekwencji obniżenia poziomu zdrowia zarówno w odniesieniu do jednostek, jak i w wymiarze społecznym.

Warto w tym kontekście podnieść też problem precesji – obniżania się wieku występowania chorób, które w poprzednich pokoleniach charakterystyczne były dla osób dorosłych i starzejących się. Zaliczyć do nich można np. miażdżycę i niewydolność serca, zwyrodnienia stawów, osteoporozę – współcześnie pojawiające się już wśród nastolatków. Prawdopodobnych przyczyn ich tak wczesnego występowania można również upatrywać w niskiej aktywności fizycznej, która pozbawia organizm niezbędnej liczby odpowiednio intensywnych bodźców.

3.3. *Dobre praktyki w zakresie zwiększenia aktywności fizycznej dzieci i młodzieży*

Obecnie w Polsce podjęto wiele działań zmierzających do podniesienia aktywności fizycznej oraz zahamowania i odwrócenia negatywnych przemian sprawności i wydolności fizycznej młodego pokolenia. Należy tu wskazać m.in. programy wdrażane przez Ministerstwo Sportu i Turystyki:

- **Mały Mistrz**³⁶ – program wykreowany na Dolnym Śląsku, kierowany do dzieci pierwszego etapu edukacyjnego (klasy I–III), nauczycieli edukacji zintegrowanej i współpracujących z nimi nauczycieli wychowania fizycznego. Operatorem krajowym jest Zarząd Główny Szkolnego Związku Sportowego. Niewątpliwymi zaletami programu są: wpisanie go w tok roku szkolnego, dostosowanie do infrastruktury szkoły i proponowanie bardzo zróżnicowanych form aktywności fizycznej.
- **Multisport** – program aktywności sportowej dla dzieci klas IV–VI³⁷, skierowany do nauczycieli i trenerów, klubów sportowych (w tym UKS-ów), a także organizacji pozarządowych. Stwarza możliwość upowszechniania różnorodnych form aktywności fizycznej, pozwalając uczestnikom na wybór preferowanego sportu zgodnie z zainteresowaniami i indywidualnymi predyspozycjami. Programem kieruje Instytut Sportu. Oferta zajęć ruchowych uwzględnia regionalne i lokalne tradycje sportowe. Zajęcia są organizowane z wykorzystaniem nie tylko szkolnej bazy sportowej, ale i możliwości lokalnego środowiska.
- **Animator Sportu Dzieci i Młodzieży**³⁸ – program skierowany początkowo do młodzieży gimnazjalnej, od wiosny 2015 roku rozszerzony na młodzież ponadgimnazjalną. Jego ideą jest zwiększenie aktywności i efektywności działań klubów sportowych

³⁶ <http://www.malymistrz.pl/>.

³⁷ <http://www.multi-sport.pl/>.

³⁸ <http://animatorsdim.szs.pl/>.

w popularyzowaniu sportu wśród uczestników. Program ma ograniczać agresję, patologie społeczne i inne zagrożenia cywilizacyjne, wpływając na integrację społeczną i pomagając wyrównywać szanse poprzez sport. Służy również do wyłaniania sportowych talentów oraz aktywizacji lokalnych struktur samorządu terytorialnego i środowisk gospodarczych do współpracy i współfinansowania działalności animatorów. Operatorem krajowym programu jest Zarząd Główny Szkolnego Związku Sportowego.

- **Stop Zwolnieniom z WF** – przesłaniem akcji jest uświadamianie uczniom i ich rodzicom roli zajęć ruchowych w życiu człowieka, zbudowanie pozytywnego obrazu szkolnego wychowania fizycznego i przekonanie jak największej liczby lekarzy, by nie wypisywali nieuzasadnionych zwolnień z WF-u. Na przedsięwzięcie składa się akcja medialna i lekcje „WF z Mistrzem”, prowadzone przez gwiazdy polskiego sportu. Organizatorem przedsięwzięcia jest Ministerstwo Sportu i Turystyki.
- **Umiem Pływać** – program adresowany do uczniów klas I, II, III szkół podstawowych. Zakłada systematyczny i powszechny udział dzieci w pozalekcyjnych i pozaszkolnych zajęciach sportowych z zakresu nauki pływania. Przedsięwzięcie finansowane jest ze środków Ministerstwa Sportu i Turystyki oraz urzędów marszałkowskich i gmin.

Ministerstwo Edukacji Narodowej również dostrzegło problem związany w kształtowaniem postaw zdrowotnych młodego pokolenia i rok szkolny 2013/2014 został ogłoszony Rokiem Szkoły w Ruchu. Była to akcja promocyjno-medialna, ukierunkowana na rozwój i upowszechnianie aktywności fizycznej wśród dzieci i młodzieży szkolnej. Jej efektem był udział szkół w akcji „Ćwiczyć każdy może”.

Wszystkie te projekty, które rodzą nadzieję na zwiększenie aktywności fizycznej dzieci, należy uznać i docenić. Z perspektywy sportu powszechnego inicjatywy kierowane do najmłodszych są szczególnie cenne, mają one bowiem szansę ukształtować postawy, które staną się przesłanką zachowań dorosłych Polaków.

3.4. Tendencje w nawykach żywieniowych dzieci i młodzieży

autor: Edyta Suliga

Kolejnym elementem zdrowego stylu życia i istotnym składnikiem zachowań zdrowotnych, poza omówionymi już aktywnością i kondycją fizyczną – są nawyki żywieniowe, jakie obserwujemy wśród najmłodszych Polaków.

Bez mleka matki – słaby start

Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci niemowlęta przez pierwsze 6 miesięcy życia powinny być karmione wyłącznie pierśią³⁹. W Polsce, poczynawszy od lat 80., zwiększył się odsetek niemowląt nadal karmionych pierśią w 6. miesiącu życia (z 13 proc. do ponad 60 proc.), jak również karmionych wyłącznie pierśią w 6. miesiącu życia (od 0 do 12–22 proc.), przy dość dużym zróżnicowaniu regionalnym^{40,41,42,43,44}.

39 H. Szajewska i in., *Zasady żywienia zdrowych niemowląt. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci*, „Standardy Medyczne/Pediatria” 2014, t. 11, s. 321–338.

40 K. Mikiel-Kostyra i in., *Żywienie niemowląt w Polsce w roku 1997*, „Pediatria Polska” 1999, nr 5, s. 465–467.

41 E. Wojdan-Godek i in., *Sposób żywienia a masa ciała niemowląt w pierwszym półroczu życia*, „Medycyna Wieku Rozwojowego” 2005, nr 4, s. 611–620.

42 E. Zagórecka i in., *Karmienie naturalne w żywieniu niemowląt z wybranych miast Polski Centralnej i Wschodniej*, „Pediatria Polska” 2007, nr 7, s. 538–549.

43 U. Bernatowicz-Łojko, A. Wesółowska, M. Wilińska, *Udział pokarmu kobiecego w żywieniu dzieci do 2. r.ż. w Polsce na przykładzie województwa kujawsko-pomorskiego*, „Standardy Medyczne/Pediatria” 2012, t. 9, s. 285–292.

44 H. Weker i in., *Wzory żywienia niemowląt i małych dzieci – badanie ogólnopolskie*, „Standardy Medyczne/Pediatria” 2014, t. 11, s. 417–427.

Karmienie mlekiem matki zmniejsza ryzyko występowania wielu chorób przewlekłych w dalszym życiu, w tym nadwagi i otyłości, dlatego – mimo rosnących wskaźników – stan ten nadal należy uznać za wysoce niezadowalający.

Pierwsze błędy

Badania prowadzone w 2011 roku przez Instytut Matki i Dziecka wykazały wiele nieprawidłowości w żywieniu dzieci w wieku poniemowlęcym. Badane dzieci spożywały więcej niż zakładają normy: mięsa i drobiu (średnio 45,4 g – zalecane 20 g), pieczywa (47,5 g – zalecane 20 g) oraz cukru i słodczy (32,4 g – zalecane 20 g), natomiast mniej warzyw i owoców (278,1 g – zalecane 450 g) oraz mleka i mlecznych napojów fermentowanych (402,9 g – zalecane 550 g)⁴⁵. Ilość białka w średniej całodziennej racji pokarmowej, w odniesieniu do aktualnych norm spożycia była trzykrotnie wyższa. W diecie za dużo było tłuszczów zwierzęcych, a za mało roślinnych (średnio 4,5 g – podczas gdy jest zalecane 10 g). Aż u 51 proc. 4-letnich dzieci stwierdzono niedobory wapnia, a u 99 proc. witaminy D⁴⁶.

Już w wieku poniemowlęcym podawane jest dzieciom tzw. jedzenie śmieciowe (*fast food*). W jednym z badań wykazano, że 2,5 proc. dzieci spożywało ten rodzaj żywności przynajmniej raz w miesiącu⁴⁷. Około 30 proc. rodziców dzieci do lat 3 deklarowało, że stosuje w żywieniu dzieci *fast foody* czasami, a 1 proc. – często⁴⁸. Słone przekąski pojadało między posiłkami 75,6 proc. dzieci 2- i 3-letnich, zaś słodczy aż 87,4 proc.⁴⁹.

Puste kalorie i dominacja słodzonych napojów

Do częstych błędów w żywieniu dzieci w wieku przedszkolnym należy podawanie im produktów o małej wartości odżywczej⁵⁰. Z badań preferencji dzieci przedszkolnych wynika, że najbardziej lubianą przez nich grupą produktów jest żywność typu *fast food*, w następnej kolejności słodczy i owoce. Wyniki różnych badań wskazują, że ponad 12 proc. dzieci w wieku przedszkolnym spożywa żywność typu śmieciowego minimum raz w tygodniu, głównie w weekendy. Zbyt duża liczba przyjmowanych przez nie kalorii pochodzi z przekąsek. Ponad połowa dzieci codziennie je słodczy, w tym niektóre po kilka razy dziennie^{51,52}.

Poważnym problemem jest także konsumpcja słodzonych napojów. Dla prawie 67 proc. przedszkolaków głównym przyjmowanym przez nie płynem są dosładzane napoje⁵³. Ich spożycie wśród dzieci przedszkolnych w Polsce wynosiło średnio 156,4 ml/dzień i było wielokrotnie większe niż w innych krajach europejskich (średnio 13,2–66,2 ml/dzień)⁵⁴. Najniższe było natomiast spożycie wody. Jedynie 36 proc. polskich dzieci wypijało zgodnie z zaleceniami co najmniej 500 ml wody dziennie. Polskie przedszkolaki zajmowały również drugie miejsce pod względem ilości spożywanych niezdrowych przekąsek (68,1 g/dzień). Wśród błędów w żywieniu dzieci w wieku przedszkolnym należy także wymienić: nadmierne zwiększanie porcji posiłków, nieregularne spożywanie śniadań, zbyt dużą ilość soli w diecie, zbyt małe

- 45 H. Weker H. i in., *Analysis of nutrition of children aged 13–36 months in Poland – a nation-wide study*, "Developmental Period Medicine" 2011, nr 3, s. 224–231.
- 46 J. Charzewska, H. Weker, *Ogólnopolskie badanie nad zawartością wapnia i witaminy D w dietach dzieci w wieku 4 lat*, „Pediatria Współczesna” 2006, nr 2, s. 107–109.
- 47 E. Łoś-Rycharska, A. Niecławska, *Spożycie pokarmów typu fast-food przez dzieci w wieku poniemowlęcym i przedszkolnym*, „Pediatria Polska” 2010, nr 85, s. 345–352.
- 48 R. Łukasik i in., *Stan wiedzy rodziców na temat żywienia dzieci od urodzenia do 3 lat*, „Nowa Pediatria” 2014, nr 2, s. 56–62.
- 49 I. Roszko-Kirpsza i in., *Żywienie dzieci wiejskich w 2 i 3 roku życia*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2012, nr 93(3), s. 605–612.
- 50 Z. Chwojnowska, J. Charzewska, *Błędy w żywieniu dzieci w wieku przedszkolnym [w:] Rekomendacje dla realizatorów żywienia z zakresu zasad prawidłowego żywienia dzieci w przedszkolach*, red. J. Charzewska, Warszawa 2011, s. 16–30.
- 51 M. Gacek, *Sposób żywienia dzieci przedszkolnych ze środowiska wielkomiejskiego*, „Rocznik PZH” 2012, t. 63, nr 4, s. 477–482.
- 52 M. Kostecka, *Prawidłowe żywienie dzieci w wieku przedszkolnym jako niezbędny element profilaktyki chorób cywilizacyjnych*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne” 2013, nr 3, s. 257–263.
- 53 A. Czerwonogrodzka-Senczyna i in., *Wpływ czynników środowiskowych na występowanie otyłości u dzieci do 7. roku życia*, „Endokrynologia Pediatryczna” 2014, nr 2, s. 17–24.
- 54 M. Craemer de i in., *Differences in Energy Balance-Related Behaviours in European Preschool Children: The ToyBox-Study*, "PLOS ONE" 2015, nr 10(3).

i zmniejszające się z wiekiem spożycie żółtych, pomarańczowych i czerwonych warzyw oraz owoców, będących źródłem beta-karotenu, a także małe spożycie produktów mlecznych⁵⁵.

Nieprawidłowości w szkolnej diecie

Do najważniejszych nieprawidłowości w komponowaniu diety dzieci w wieku szkolnym należą: nadmierny udział tłuszczu, nasyconych kwasów tłuszczowych, sodu i fosforu, zbyt mała zawartość wapnia, żelaza, miedzi, magnezu, witamin D i C oraz błonnika pokarmowego. Wprawdzie w ostatnich latach zmieniła się struktura spożycia tłuszczu ogółem na korzyść tłuszczu roślinnego, nadal jednak spożycie tłuszczu zwierzęcego jest zbyt duże. Wśród tłuszczów zwierzęcych dominuje masło, do potraw dodawana jest też często śmietana. Źródłem tłuszczów zwierzęcych są także tłuste mięsa i wędliny. Konsumowane są wprawdzie w mniejszych ilościach niż w latach wcześniejszych, wciąż jednak często występują w diecie polskiej młodzieży, spożywającej na przykład potrawy z grilla (karkówka, żeberka, boczek, kaszanka), które nawet jeśli przygotowywane są bez dodatku tłuszczu, dostarczają znacznych ilości tego składnika. Udział tłuszczów zwierzęcych w diecie zwiększają także pełnotłuste produkty mleczne, jak: jogurty kremowe, desery na bazie śmietanki oraz pełnotłuste sery.

U części dzieci i młodzieży obserwuje się nadmierne spożycie żywności, przez co kaloryczność diety przekracza wydatek energetyczny. Zbyt dużą wartość energetyczną diety stwierdza się przede wszystkim u chłopców po 10. roku życia, czego konsekwencją są nadwaga i otyłość. Spożycie energii wśród dzieci i młodzieży charakteryzuje się jednak dużym zróżnicowaniem. W przypadku niektórych osób jest ono mniejsze od zapotrzebowania, co może prowadzić do niedoboru masy ciała, wskazującego na ryzyko niedożywienia energetyczno-białkowego. Niedobór energii w diecie często wiąże się z niedoborem innych składników odżywczych. Zbyt mało kalorii mogą spożywać dzieci żyjące w złych warunkach społeczno-ekonomicznych. Małą wartość energetyczną diety stwierdza się także stosunkowo często u dziewcząt ze starszych grup wiekowych, które celowo ograniczają ilość spożywanego pożywienia, przesadnie dbając o zachowanie szczupłej sylwetki. W 2010 roku nieuzasadnione odchudzanie się, czyli stosowanie diet i innych sposobów odchudzania się przez młodzież bez nadmiaru masy ciała, odnotowano w wieku 11–12 lat i 13–14 odpowiednio u 7,6 proc. i 5,4 proc. chłopców i aż u 10,9 proc. i 19,9 proc. dziewcząt⁵⁶.

Kariera śmieciowego jedzenia

Kolejny problem stanowi spożycie produktów typu *fast food*. Początek rozwoju rynku tzw. śmieciowego jedzenia w Polsce przypada na lata 1991–1992. W 1998 roku frytki jadało jeden raz dziennie i częściej 34 proc. chłopców i 28 proc. dziewcząt w wieku 11–15 lat, a jeden raz w tygodniu odpowiednio 34 proc. i 35 proc.⁵⁷. Hamburgery i hot dogi jeden raz dziennie i częściej 10 proc. chłopców i 4 proc. dziewcząt, a jeden raz w tygodniu – 24 proc. i 15 proc. Z badań przeprowadzonych w latach 1999–2000 wśród uczniów szkół średnich z południowej i środkowo-wschodniej Polski wynika, że frytki jadało cztery i więcej razy w tygodniu 13,4 proc. chłopców i 6,6 proc. dziewcząt, a 1–3 razy w tygodniu odpowiednio 35,3 proc. i 30,3 proc. Hamburgery jadało cztery i więcej razy w tygodniu 14,1 proc. chłopców i 3,3 proc. dziewcząt, a 1–3 razy w tygodniu odpowiednio 25,5 proc. i 15,9 proc. Wśród młodzieży warszawskiej w wieku 13–15 lat frytki spożywało trzy i więcej razy w tygodniu 23,6 proc. badanych, hamburgery i hot dogi – 15,5 proc., a chipsy i chrupki – 44,8 proc. Z badań przeprowadzonych w 2013 roku wynika, że *fast food* spożywało codziennie (1 raz lub więcej) 3,6 proc. chłopców i 1,5 proc. dziewcząt, a kilka razy w tygodniu odpowiednio 11,9 proc. chłopców

55 Z. Chwojnowska, J. Charzewska, *Błędy w żywieniu...*, op. cit.

56 B. Woynarowska, A. Oblacińska, *Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. Najważniejsze problemy zdrowotne*, „Studia BAS” 2014, nr 2, s. 41–64.

57 K. Komosińska i in., *Zachowania zdrowotne związane z żywieniem u młodzieży szkolnej w Polsce w latach 1990–1998*, „Żywnienie Człowieka i Metabolizm” 2001, nr 1, s. 17–30.

i 8,3 proc. dziewcząt ze szkół podstawowych. Wśród gimnazjalistów codziennie (1 raz lub więcej) spożywało je 4,0 proc. chłopców i 1,7 proc. dziewcząt, natomiast kilka razy w tygodniu – 12,1 proc. chłopców i 11,8 proc. dziewcząt. Ocenę tendencji zmian spożycia produktów typu *fast food* utrudnia niejednolite formułowanie pytań przez poszczególnych autorów i analiza w różnych kategoriach odpowiedzi. Porównanie wyników przytoczonych badań sugeruje, że odsetek uczniów często spożywających *fast food* zmniejszył się w porównaniu z badaniami z końca lat 90., nadal jednak pozostaje istotnym problemem w żywieniu dzieci i młodzieży.

W okresie 1999/2000–2005/2006 odnotowano obniżenie średniej zawartości sodu w dietach młodzieży warszawskiej w wieku 11–15 lat o 7 proc. u chłopców i o 11 proc. u dziewcząt, co jest zjawiskiem pozytywnym⁵⁸. Nadal jednak spożycie sodu powyżej normy ma miejsce u 98,6 proc. chłopców i 93,8 proc. dziewcząt.

Na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat około 24–73 proc. dzieci i młodzieży jadło codziennie słodkie i około 22–73 proc. piło codziennie słodkie napoje^{59,60,61}. Głównym produktem dostarczającym sacharozę wśród dziewcząt i chłopców w wieku 11–15 lat był jednak cukier, którym dosładzano napoje potrawy (średnio 24,1 proc. sacharozę w całodziennej diecie)⁶².

Owoce, warzywa, śniadania? Nie, dziękuję

Wyniki badań prowadzonych w różnych regionach Polski wskazują na powszechne występowanie niedoborów wapnia w dietach nastolatków, związane głównie z niedostatecznym spożyciem mleka i przetworów mlecznych⁶³. U 77–94 proc. dziewcząt i chłopców w wieku 10–15 lat spożycie wapnia było niższe od zaleceń. Odsetek młodzieży (11–18 lat), która nie spożywała codziennie owoców, wahał się od 55,6 proc. wśród najmłodszych dziewcząt do 84,8 proc. w grupie najstarszych chłopców⁶⁴. Pod względem wysokości spożycia owoców polskie 15-latki zajęły w 2010 roku ostatnie miejsce wśród rówieśników z 27 krajów europejskich. Jedynie 25 proc. dziewcząt spożywało owoce codziennie (średnia z 27 krajów OECD – 36 proc.). Odsetek ten wśród chłopców był jeszcze niższy i wynosił 20 proc. (średnia z 27 krajów OECD – 27 proc.)⁶⁵. Podobna sytuacja wygląda z konsumpcją warzyw. Zalecenia codziennego spożycia warzyw nie spełniało od 64,7 proc. najmłodszych dziewcząt do 78,1 proc. najstarszych chłopców. W latach 1998–2010 zmniejszał się odsetek nastolatków jedzących śniadanie we wszystkie dni nauki szkolnej, jednocześnie zwiększał się odsetek młodzieży, która nigdy nie spożywała śniadań. Problem ten dotyczył 24 proc. chłopców i 29 proc. dziewcząt w wieku 17–18 lat⁶⁶ (Ryc. 14).

58 Z. Chwojnowska i in., *Trendy w zawartości sodu w dietach warszawskiej młodzieży szkolnej*, „Żywnienie Człowieka i Metabolizm” 2011, nr 6, s. 414–428.

59 K. Komosińska i in., *Zachowania zdrowotne...*, op. cit.

60 J. Świdorska-Kopacz, J.T. Marcinkowski, K. Jankowska, *Zachowania zdrowotne młodzieży gimnazjalnej i ich wybrane uwarunkowania*, część IV: Sposób żywienia, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2008, nr 2, s. 241–245.

61 J. Królewska-Gawarżyńska i in., *Nawyki żywieniowe łódzkiej młodzieży licealnej w świetle badań ankietowych*, „Dental and Medical Problems” 2014, nr 1, s. 86–92.

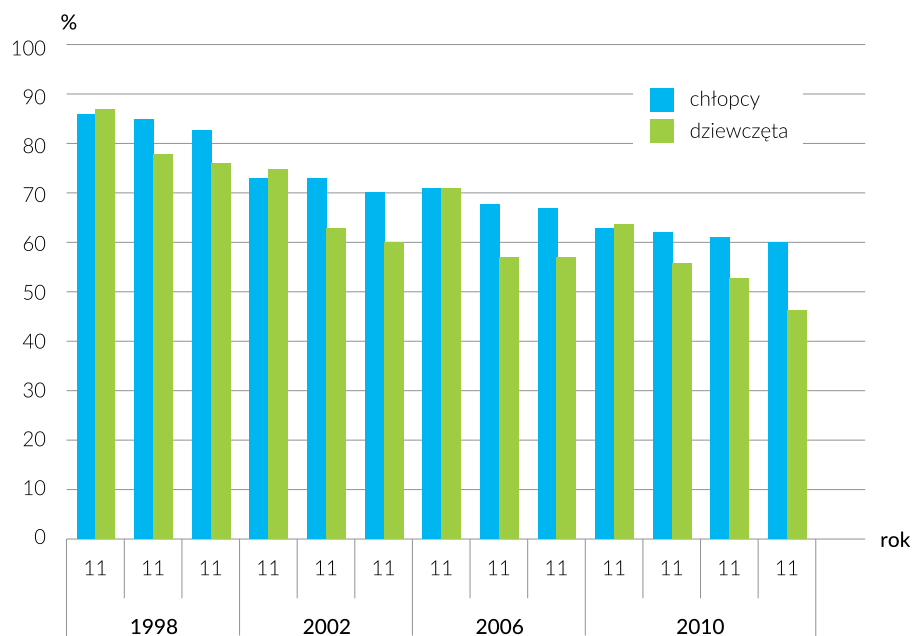
62 J. Charzewska i in., *Spożycie sacharozę i grup produktów głównych jej źródeł w dietach dzieci i młodzieży*, „Żywnienie Człowieka i Metabolizm” 2013, nr 3, s. 181–191.

63 B. Wajszczyk, J. Charzewska, *Zawartość wapnia w dietach Polaków – przegląd piśmiennictwa*, „Żywnienie Człowieka i Metabolizm” 2013, nr 3, s. 137–146.

64 *Wyniki badań HBSC. Raport...*, op. cit.

65 *Health at a Glance*, OECD Indicators, OECD Publishing 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en (dostęp: 2.09.2015).

66 *Wyniki badań HBSC. Raport...*, op. cit.



Ryc. 14.

Odsetek młodzieży w wieku 11, 13, 15 i 17 lat spożywającej śniadania we wszystkie dni nauki szkolnej, w latach 1998–2010 (w 2010 roku w grupach wiekowych 11–12, 13–14, 15–16, 17–18 lat)

opracowanie: Edyta Suliga
na podstawie raportów HBSC

Konsekwencje złych nawyków żywieniowych dzieci i młodzieży

Niedobory składników odżywczych są przyczyną: zaburzeń procesu wzrastania, zmniejszenia masy ciała, obniżenia siły mięśni, zaburzeń odporności organizmu oraz niedokrwistości. Mogą także prowadzić do opóźnienia rozwoju funkcji psychomotorycznych, poznawczych, procesów uczenia się, zapamiętywania. Konsekwencją nadkonsumpcji żywności jest dodatni bilans energetyczny, prowadzący do nadwagi i otyłości. U dzieci z otyłością istnieje znaczne ryzyko utrzymywania się otyłości w późniejszych etapach życia. Do głównych powikłań otyłości u dzieci należą: nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia i wczesne zmiany miażdżycowe, insulinooporność, zespół metaboliczny i cukrzyca typu 2., przedwczesne dojrzewanie, niedobór hormonu wzrostu, zaburzenia miesiączkowania i zespół policystycznych jajników u dziewcząt oraz hipogonadyzm u chłopców, choroba tłuszczeniowa wątroby, kamica pęcherzyka żółciowego i refluks żołądkowo-przełykowy, zwiększone ryzyko rozwoju wielu nowotworów, dna moczanowa, przeciążenie stawów i wady postawy, żylaki kończyn dolnych, zespół bezdechu sennego, astma oskrzelowa i nietolerancja wysiłku fizycznego⁶⁷. Otyłe dzieci cechuje zwykle niska samoocena oraz dotyka je zwiększone ryzyko depresji i izolacji społecznej.

Nadwaga i otyłość polskich dzieci i młodzieży

Z ogólnopolskiej reprezentatywnej grupy dzieci w wieku 13–36 miesięcy już u 27,5 proc. z nich stwierdzono nadwagę lub otyłość. U tylu samych dzieci uczestniczących w badaniu zaobserwowano niedobór masy ciała⁶⁸. Wyniki badań HBSC pokazują, że w 2002 roku nadmiar masy ciała występował u 16,5 proc. dziewcząt i 20,8 proc. chłopców w wieku 11 lat oraz u 10,3 proc. dziewcząt i 16,9 proc. chłopców 13-letnich. W 2010 roku odsetki te zwiększyły się i wynosiły odpowiednio – 17,9 proc. i 25,4 proc. dzieci w wieku 11 lat oraz 14,7 proc. i 21,9 proc. u 13-latków. Z analiz prowadzonych przez Instytut Żywności i Żywienia w Warszawie wynika, że na

67 P. Fichna, B. Skowrońska, *Otyłość oraz zespół metaboliczny u dzieci i młodzieży*, „Family Medicine & Primary Care Review” 2008, nr 2, s. 269–278.


68 H. Weker i in., *Analysis of nutrition of children aged 13–36 months in Poland – a nation-wide study*. „Developmental Period Medicine” 2011, nr 3, s. 224–231.

przestrzeni 35 lat, począwszy od 1971 roku, odsetek młodzieży w wieku okołopokwitaniowym z nadmierną masą ciała wzrósł dwukrotnie. Badanie przeprowadzone w 2010 roku wskazuje, że nadwaga i otyłość występowały u 22,8 proc. dziewcząt i 23,7 proc. chłopców w wieku 9 lat. Dane z 2013 roku pokazują, że w wieku 11–12 lat nadmierną masą ciała charakteryzowało się 22 proc. dziewcząt i 28 proc. chłopców. Z raportu organizacji UNICEF wynika, że polskie dzieci tyją najszybciej w Europie – w ciągu ostatniej dekady w naszym kraju podwoił się odsetek dzieci z nadwagą. Tak duży wzrost tego współczynnika nie wystąpił w żadnym innym z 29 przebadanych przez UNICEF państw.

Prognoza na nadchodzące lata

Szacuje się, że w Polsce każdego roku będzie przybywać 400 tys. dzieci z nadwagą, w tym 80 tys. dzieci z otyłością. Jeśli wśród chłopców utrzyma się tempo wzrostu (odsetek osób z nadmierną masą ciała z dekady 2001–2010 wynosił 9,37 proc.) – to w 2030 roku będzie ponad 40 proc. 19-letnich mężczyzn z nadwagą i otyłością⁶⁹. Kondycja zdrowotna młodych Polaków, wchodzących dopiero w najbardziej produktywny etap życia, będzie miał wpływ na demografię, rozwój gospodarki, a także na pośrednie i bezpośrednie koszty leczenia oraz koszty rent.

69 A. Lipowicz i in., *Secular trends in BMI and the prevalence of obesity in young Polish males from 1965 to 2010*, "European Journal of Public Health" 2014, nr 2, s. 279–282.



rozdział 4
**Wybrane
zachowania
zdrowotne
osób w wieku
produkcyjnym**

**Powszechna
dyskusja
sportowa**

*w poszukiwaniu
modeli działań
na rzecz sportu
amatorów*

4. Wybrane zachowania zdrowotne osób w wieku produkcyjnym

autor: Janusz Dobosz

W odniesieniu do dorosłej części polskiej populacji analizowane będą tylko dwa czynniki mające silne związki ze sportem powszechnym, a mianowicie aktywność fizyczna i sposób odżywiania. Brak analiz dotyczących poziomu sprawności i wydolności fizycznej wynika z niedostatecznej liczby prac podejmujących tę problematykę wśród osób w wieku produkcyjnym.

4.1. Aktywność fizyczna dorosłych Polaków

W ontogenezie człowieka aktywność fizyczna osób w wieku dorosłym pełni m.in. funkcję stymulacyjną – dostarczając organizmowi bodźce, podtrzymuje osiągnięty w dzieciństwie i młodości poziom rozwoju fizycznego i motorycznego oraz opóźnia objawy starzenia się, i kompensacyjną – przeciwdziałając hipokinezi, powszechnemu zjawisku w codziennym życiu współczesnych społeczności. Do niezwykłych walorów rekreacyjnej aktywności fizycznej należy zaliczyć także:

- profilaktykę i terapię chorób cywilizacyjnych;
- usuwanie zmęczenia powstającego w pracy zawodowej i podczas wykonywania obowiązków rodzinnych;
- uwalnianie od stresów, napięć i obciążeń życia codziennego;
- zaspokajanie potrzeb samorealizacji i samodoskonalenia się.

Jak wygląda codzienna aktywność fizyczna dorosłej części naszego społeczeństwa?

Dorośli: aktywni sporadycznie

Dorośli Polacy w większości (52 proc.) nie uprawiają sportu i nie podejmują ćwiczeń fizycznych (siłownia, fitness). Od 2009 roku odsetek nieaktywnych zwiększył się jeszcze o 3 proc. Zaledwie 5 proc. społeczeństwa ćwiczy lub uprawia sport regularnie, prawie codziennie. Ćwiczących 1–4 razy w tygodniu jest 23 proc., a sporadycznie (rzadziej niż 4 razy w miesiącu) – 14 proc. Największe zmiany w latach 2009–2013 zanotowano u osób ćwiczących sporadycznie – nastąpił spadek z poziomu 24 proc. w 2009 roku do 14 proc. w 2013. Przy czym w statystycznym ujęciu połowa z tych osób (5 proc.) zwiększyła swą aktywność sportową, połowa zaś (kolejne 5 proc.) zrezygnowała z jej uprawiania w ogóle. Zmiany między kolejnymi badaniami w Polsce odzwierciedlają przeciętne tendencje uprawiania sportu w całej Unii Europejskiej [35].

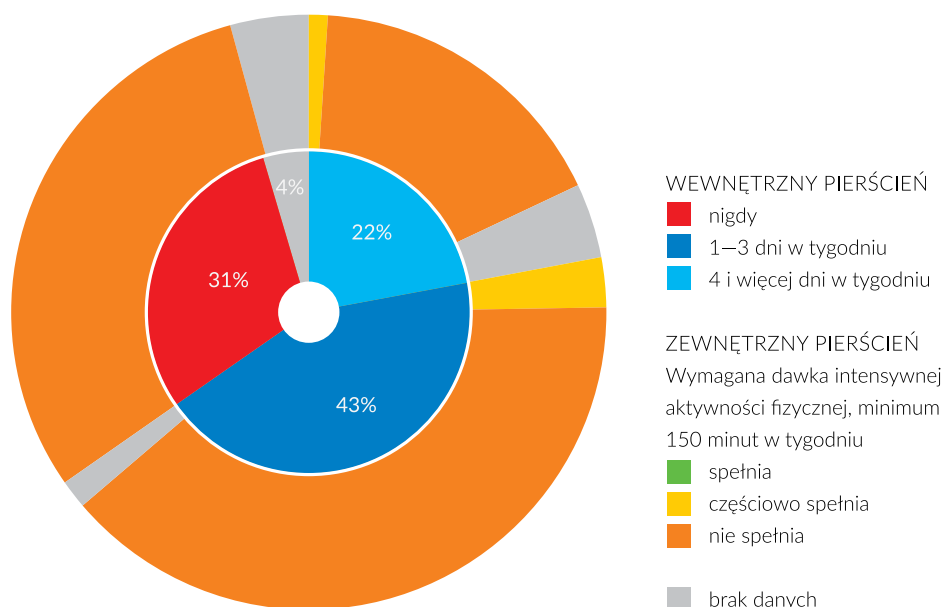
Codzienną lub prawie codzienną aktywność fizyczną poza pracą zawodową, taką jak spacer, przemieszczanie się rowerem, taniec czy uprawę ogrodu, deklaruje 8 proc. dorosłych Polaków. Kilka razy w tygodniu (1–4) aktywnych w tym względzie jest 26 proc. Niestety, niepokojąca jest tendencja zmian zarejestrowanych od 2009 roku. Z codziennej tego rodzaju aktywności zrezygnowało 18 proc., a z podejmowanej kilka razy w tygodniu – 8 proc. W tym samym czasie odsetek Polaków niepodejmujących opisywanej aktywności fizycznej poza

obowiązkami zawodowymi wzrósł z 17 do aż 35 proc., a tych podejmujących ją okazjonalnie – z 19 do 28 proc. [109].

Żadnej pozazawodowej aktywności fizycznej w Polsce – zarówno sportowej jak i rekreacyjnej, nie podejmuje ponad 1/3 populacji (wzrost tego negatywnego wskaźnika od 2009 roku wyniósł aż 14 proc.), a 37 proc. wskazuje, że w ostatnim tygodniu przed badaniem nie podejmowało żadnej sportowej lub rekreacyjnej aktywności fizycznej. Tylko 11 proc. respondentów badania deklaruje prawie codzienne zaangażowanie fizyczne poza pracą zawodową, co daje Polakom jeden z najniższych wskaźników w Unii. Dla porównania, w analogicznym badaniu Holendrzy osiągnęli 44 proc., a Skandynawowie 28–32 proc. [109].

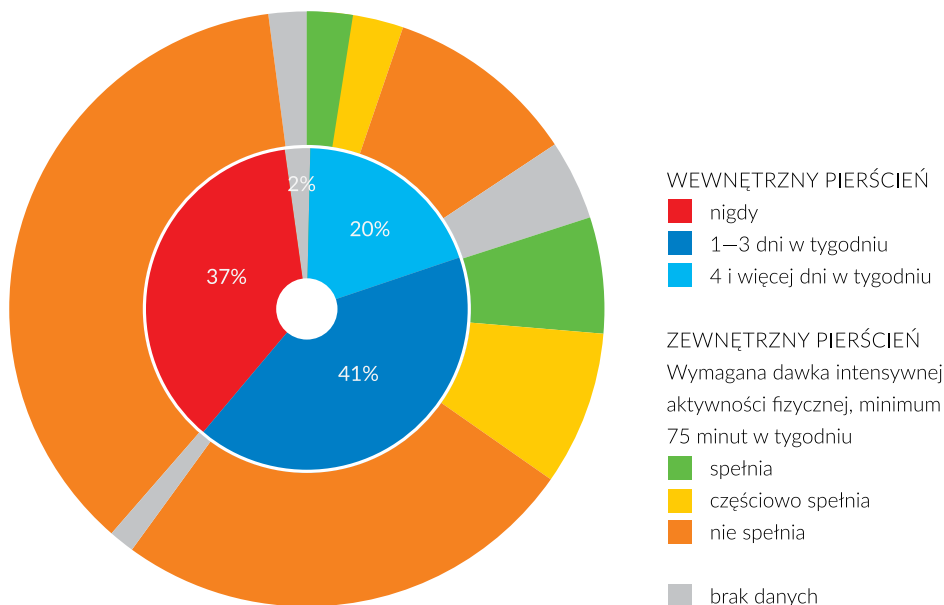
Unikanie intensywnych wysiłków

Negatywny wydźwięk cytowanych statystyk podkreśla badanie intensywności wysiłku fizycznego podejmowanego przez Polaków. Ponad 37 proc. społeczeństwa w wieku powyżej 15. roku życia stwierdziło, że w tygodniu poprzedzającym badanie w ogóle nie podejmowało intensywnego wysiłku fizycznego (w ankiecie użyto przykładów: podnoszenie ciężkich rzeczy, kopanie, aerobik, szybka jazda na rowerze). Spośród pozostałych, dwóch na trzech angażuje się w taki wysiłek 1–3 dni w tygodniu, reszta częściej niż przez 3 dni (wewnętrzny pierścień na Ryc. 15).



Ryc. 15. Podejmowanie umiarkowanej aktywności fizycznej przez Polaków w wieku powyżej 15. roku życia (wewnętrzny pierścień) oraz stopień zaspokojenia minimalnych wymagań dotyczących aktywności fizycznej HEPA w poszczególnych zakresach podejmowanej umiarkowanej aktywności fizycznej (zewnętrzny pierścień)
opracowanie: Janusz Dobosz, źródło: Eurobarometer 412 "Sport and physical activity"

Ten wydawałoby się nienajgorszy wynik psuje analiza czasu trwania wysiłku. Wśród osób deklarujących intensywne zaangażowanie fizyczne, ponad połowa realizuje je w czasie nieprzekraczającym 1 godziny, czyli dużo krócej od postulowanych dla dorosłego człowieka minimalnych 75 minut intensywnego wysiłku w tygodniu. Bezwzględnie w świetle zgromadzonych danych wymóg czasu trwania intensywnego wysiłku spełnia zaledwie 8,5 proc. badanych (zielone pole na zewnętrznym pierścieniu Ryc. 16).



Ryc. 16.

Podjęcie intensywnej aktywności fizycznej przez Polaków w wieku powyżej 15. roku życia (wewnętrzny pierścień) oraz stopień zaspokojenia minimalnych wymagań dotyczących aktywności fizycznej HEPA⁷⁰ w poszczególnych zakresach podejmowanej intensywnej aktywności fizycznej (zewnątrzny pierścień)

opracowanie: Janusz Dobosz, źródło: Eurobarometer 412 "Sport and physical activity"

Wysiłki o umiarkowanej intensywności – podnoszenie lekkich rzeczy, jazda na rowerze w spacerowym tempie, gra deblowa w tenisa – podejmowane są przez Polaków w podobnym wymiarze jak intensywne (Ryc. 17). Znaczącą różnicą jest zaspokajanie dzięki nim przez część badanych osób minimalnej niezbędnej dorosłemu człowiekowi dawki aktywności fizycznej (minimum to 150 minut tygodniowo aktywności fizycznej o umiarkowanej intensywności). Oczekiwanie to spełnia nie więcej niż 3,7 proc. populacji (żółte pola na zewnętrznym pierścieniu).

W badaniu zebrano również dane na temat spacerowania. Często – co najmniej 4 razy w tygodniu – spacer trwający minimum 10 min podejmuje 41 proc., zaś w ogóle nie spaceruje 25 proc. obywateli. Czas trwania spaceru dla 31 proc. badanych nie przekracza 30 minut. W przedziale od 30 do 60 minut poświęca na spacer kolejne 20 proc. Powyżej godziny dziennie spaceruje przeciętnie prawie co dziesiąty Polak (zielone pole na zewnętrznym pierścieniu Ryc. 17).

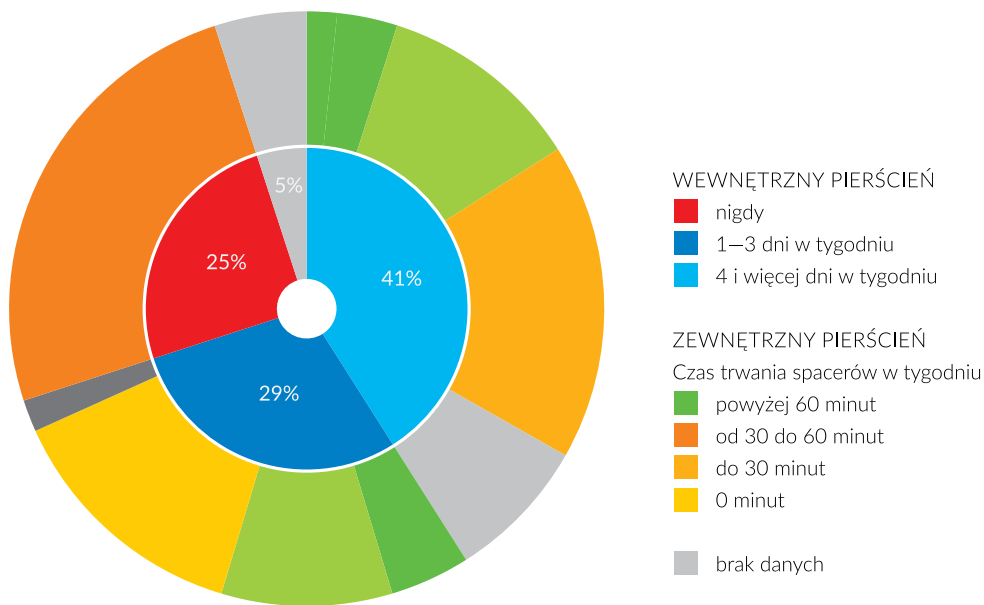
Wartościowym uzupełnieniem przywołanych informacji, są dane o liczbie godzin spędzanych w pozycji siedzącej w ciągu dnia. Aż 1/4 Polaków pozostaje w niej przez 3,5–5,5 godziny, a 17 proc. badanych – więcej niż 7,5 godziny. Bez większego błędu można więc przyjąć, że blisko 45 proc. Polaków spędza około połowy czasu swej dziennej aktywności w pozycji siedzącej (Ryc. 18).

Równie mało optymistyczne obserwacje pochodziły z badań przeprowadzonych w ramach programu WOBASZ, szacujące zbyt małą aktywność fizyczną u blisko 60 proc. dorosłych Polaków^{71, 72}.

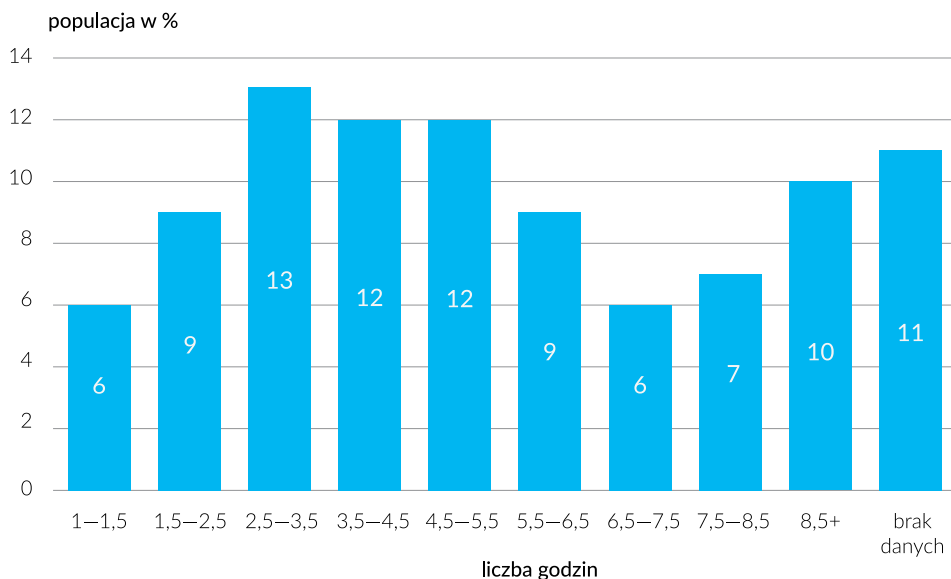
⁷⁰ HEPA (*Health-Enhancing Physical Activity*) – minimum 150 minut tygodniowo aktywności fizycznej o umiarkowanej intensywności lub 75 minut aktywności o dużej intensywności.

⁷¹ W. Drygas i in., *Ocena poziomu aktywności fizycznej dorosłej populacji Polski. Wyniki programu WOBASZ*, „Kardiologia Polska” 2005, nr 63, (supl. 4), s. 6.

⁷² W. Drygas, *Czy „siedzący” tryb życia nadal stanowi zagrożenie dla zdrowia społeczeństwa polskiego?*, „Medycyna Sportowa” 2006, nr 22, s. 111–116.



Ryc. 17. Liczba dni w tygodniu, w których Polacy w wieku powyżej 15. roku życia spacerowali (wewnętrzny pierścień) oraz przeciętny czas trwania takiego spaceru (zewnątrzny pierścień)
 opracowanie: Janusz Dobosz, źródło: Eurobarometer 412 "Sport and physical activity"



Ryc. 18. Przeciętna liczba godzin spędzanych dziennie przez Polaków w pozycji siedzącej
 opracowanie: Janusz Dobosz, źródło: Eurobarometer 412 "Sport and physical activity"

Analiza całkowitego wydatku energetycznego pochodzącego ze wszystkich domen życia codziennego (praca zawodowa, przemieszczanie się, praca w domu i wokół domu oraz czas wolny) – dokonana za pomocą krótkiej wersji Międzynarodowego Kwestionariusza Aktywności Fizycznej (IPAQ, *International Physical Activity Questionnaire*) – wykazała, że 33,5 proc. reprezentatywnej grupy Polaków cechuje wysoki, 32,3 proc. – umiarkowany a 27,9 proc.

– niski poziom aktywności fizycznej⁷³. Wydaje się, że wymagania, jakie stawia aktywności fizycznej wykonywanie pracy zawodowej przez obywateli Polski, są wyższe niż te, przed którymi stoją mieszkańcy krajów Europy Zachodniej i Skandynawii (o wyższej kulturze technicznej i efektywności pracy). W wielu przypadkach kompensują one deficyt niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania organizmu bodźców ruchowych, wytwarzanych przez aktywność fizyczną podejmowaną poza pracą zarobkową. Przypuszczenie o znaczącym udziale zawodowej aktywności fizycznej dorosłych Polaków w wytwarzaniu całkowitego tygodniowego wydatku energetycznego (TWEE, *total weekly energy expenditure*) mogą potwierdzać stwierdzone ponad trzykrotnie niższe wielkości TWEE u osób bezrobotnych (172,2 MET⁷⁴ dla kobiet oraz 222,4 MET dla mężczyzn) w stosunku do pracowników fizycznych (kobiety – 555,2 i mężczyźni – 754,0)⁷⁵. Podobne wnioski o rażąco niskiej aktywności fizycznej osób bezrobotnych wynikają z innych badań^{76, 77}.

Ten prawdopodobny, znaczący, wkład zawodowej aktywności fizycznej do całkowitej aktywności fizycznej dorosłych Polaków niesie ze sobą na przyszłość zagrożenia wynikające z postępu cywilizacyjnego. Rezultatem każdej poprawy warunków pracy i egzystencji będzie zmniejszenie nakładów energetycznych organizmu, związanych z codziennym funkcjonowaniem. Przy równoczesnym braku odpowiednio ukształtowanych postaw prozdrowotnych i wzorów stylu życia, kompensujących tę negatywną zmianę, skutkiem wzrostu poziomu życia będzie pogłębienie hipokinezji w polskim społeczeństwie. Jednak nawet wysiłek fizyczny podejmowany w pracy zawodowej, uwzględniony w ocenie aktywności fizycznej, nie daje 2/3 polskiej populacji szansy na osiągnięcie prozdrowotnej dawki aktywności fizycznej, rekomendowanej dla dorosłych w ramach HEPA.

Poziom aktywności fizycznej w nadchodzących dekadach

Należy przypuszczać, że utrzymanie się tendencji zmian środowiskowych i demograficznych – postęp cywilizacyjny, podnoszenie standardu życia, starzenie się społeczeństwa – bez poprawy efektywności edukacji fizycznej i zdrowotnej będą skutkowały:

- utrzymaniem aktualnego poziomu uczestnictwa Polaków w związanej ze sportem aktywności fizycznej;
- powiększającym się u większości obywateli deficytem wielkości podejmowanego wysiłku fizycznego.

Zmniejszające się obciążenia fizyczne w codziennej aktywności zawodowej nie będą kompensowane przez inne działania. Sprzyjać temu będzie brak utrwalonych tradycji komunikacyjnych, jak np. w Holandii komunikacja rowerowa, czy tradycji spędzania aktywnie czasu wolnego, jak w państwach skandynawskich, oraz niska efektywność kształtowania postaw prozdrowotnych w procesie edukacji fizycznej. W konsekwencji należy spodziewać się dalszego zwiększania liczby zachorowań na choroby cywilizacyjne i skracania czasu pozostawania w zdrowiu.

73 M. Piątkowska, *Age-related changes in physical activity patterns in Poland*, "Antropomotoryka" 2012, t. 22, nr 59, s. 17–29.

74 MET (*Metabolic Equivalent of Tasks*) – równoważnik metaboliczny, stanowiący fizjologiczną jednostkę miary wydatku energetycznego ponoszonego przez organizm. Odpowiada zużyciu tlenu w spoczynku i wynosi 3,5 ml tlenu/kg masy ciała/min (lub po przeliczeniu: 1 kcal/kg/godz. albo 4,184 kJ/kg/godz.). Jednostka MET jest równa wydatkowi energetycznemu ponoszonymu np. podczas siedzenia i oglądania telewizji. Spokojny sen konsumuje 0,9 MET.

75 W. Pańczyk, *Aktywność fizyczna mieszkańców południowo-wschodnich regionów Polski u progu XXI wieku [w:] Społeczno-edukacyjne oblicza współczesnego sportu i olimpizmu: aktywność fizyczna dzieci, młodzieży i dorosłych na przełomie XX i XXI wieku*, red. J. Nowocień, J. Chelmecki, Warszawa 2010, s. 130–143.

76 D. Puciato i in., *Aktywność fizyczna dorosłych mieszkańców Katowic a wybrane uwarunkowania zawodowe i społeczno-ekonomiczne*, „Medycyna Pracy” 2013, nr 64 (5), s. 649–657.

77 S. Kostrzewski, H. Worach-Kardas, *Zdrowotne i społeczno-ekonomiczne aspekty długotrwałego bezrobocia w środowisku wielkomiejskim*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2008, nr 89(4), s. 504–510.

4.2. Tendencje w nawykach żywieniowych dorosłych

autor: Edyta Suliga

Wyniki analiz GUS wykazały, że Polacy po 1989 roku dokonali zmian w diecie: nastąpił wzrost spożycia owoców i zmniejszenie wahań spożycia w obrębie roku, dzięki większej dostępności owoców importowanych, oraz zmniejszenie spożycia mięsa czerwonego na korzyść zwiększenia spożycia mięsa drobiowego. Spadło także spożycie masła i innych tłuszczów zwierzęcych, natomiast wzrosło spożycie tłuszczów roślinnych i w wyniku tego nastąpiła poprawa stosunku zawartości wielonienasyconych kwasów tłuszczowych (WNKT) do nasyconych oraz spadek spożycia soli (sodu)⁷⁸.

Za dużo tłuszczu i mięsa, za mało produktów mlecznych i ryb

Reprezentatywne ogólnokrajowe badanie sposobu żywienia populacji polskiej z 2000 roku wykazało zbyt wysoką zawartość energii w dietach 74,4 proc. mężczyzn i 58,0 proc. kobiet, zaś nadmierne spożycie tłuszczu u 83,2 proc. mężczyzn i 64,4 proc. kobiet [125]. Wielośrodkowe ogólnopolskie badanie stanu zdrowia ludności – WOBASZ, które zrealizowano w latach 2003–2005 w ramach programu POLKARD, potwierdziło, że całodzienne racje pokarmowe Polaków charakteryzowały się przede wszystkim wysoką aterogennością (proporcjami frakcji lipidów we krwi wskazujących na ryzyko rozwoju miażdżycy), wynikającą z nadmiernego spożycia tłuszczów⁷⁹. Bardzo niska zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn była konsumpcja produktów mlecznych, pokrywająca średnio jedynie 51 proc. wartości zalecanej w racjach pokarmowych u mężczyzn i 41 proc. u kobiet. Niedostateczne spożycie tej grupy produktów potwierdzono także w przeglądzie piśmiennictwa z lat 2008–2013⁸⁰. Najniższe było ono w grupie osób powyżej 60. roku życia. Niskie było również średnie spożycie produktów zbożowych, tj. 66 proc. wartości zalecanej wśród mężczyzn i 46 proc. wśród kobiet. W grupie kobiet konsumpcję produktów mięsnych można było uznać za zadowalającą, natomiast wśród mężczyzn przekraczała ona znacznie wartości zalecane. Najniższe spożycie tych produktów pokrywało aż 131 proc. wartości zalecanej w racjach pokarmowych. Znacznie poniżej zalecanego spożycia kształtowała się konsumpcja ryb. W grupie mężczyzn wyniosła średnio 16 g (spożycie zalecane – 35 g), a 15 g w grupie kobiet (spożycie zalecane – 30 g). Może to skutkować niedoborami składników odżywczych, które rzadko występują w innych produktach, takich jak: wielonienasycone kwasy tłuszczowe n-3, witamina D, selen, jod. Jako zadowalające uznano natomiast łączne spożycie warzyw i owoców (ok. 400 g).

Zmiany w spożyciu mięsa, warzyw i owoców

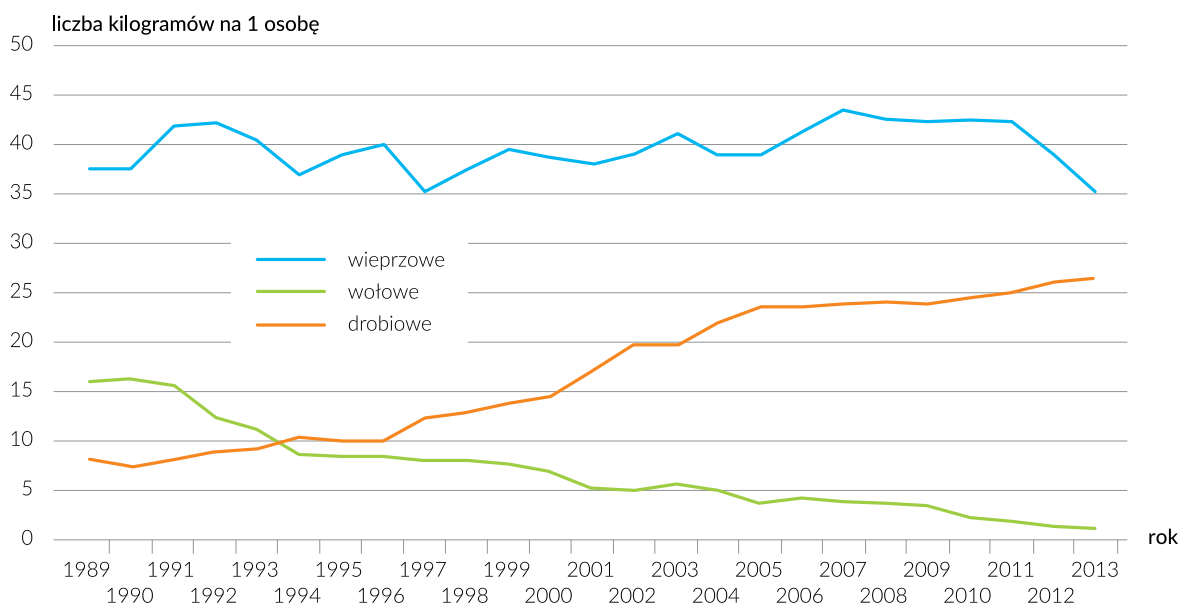
W latach 2000–2009 zanikła dynamika korzystnych zmian w diecie, które uznano za ważne determinanty poprawy sytuacji zdrowotnej w pierwszej dekadzie okresu transformacji, takie jak wzrost spożycia owoców oraz zmiana struktury spożycia tłuszczów wydzielonych, polegająca na wzroście udziału tłuszczów pochodzenia roślinnego⁸¹. Po 2010 roku odnotowano jednak dalsze zwiększenie konsumpcji mięsa drobiowego oraz obniżenie spożycia mięsa wołowego i wieprzowego (Ryc. 19).

78 M. Jarosz i in., *Spożycie soli a choroby układu krążenia i rak żołądka*, „Żywność Człowieka i Metabolizm” 2011, nr 6, s. 397–406.

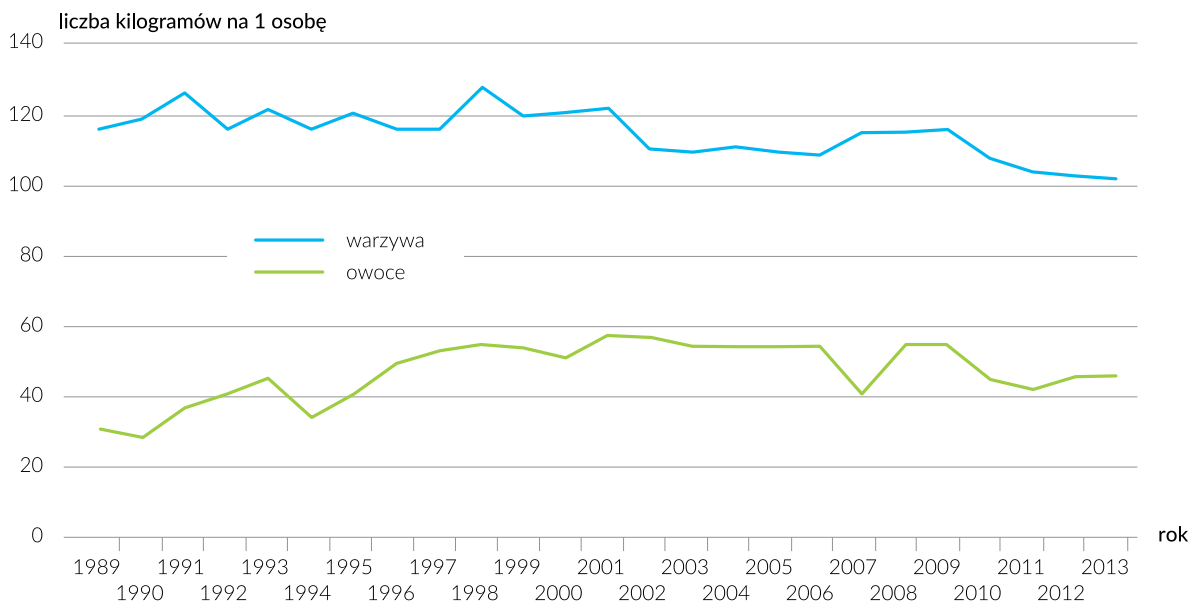
79 E. Sygnowska i in., *Spożycie produktów spożywczych przez dorosłą populację Polski. Wyniki programu WOBASZ*, „Kardiologia Polska” 2005, nr 6, (supl. 4), s. 1–7.

80 B. Wajszczyk, J. Charzewska, *Zawartość wapnia w dietach Polaków – przegląd piśmiennictwa*, „Żywność Człowieka i Metabolizm” 2013, nr 3, s. 137–146.

81 M. Jarosz, W. Sekuła, *Poprawa żywienia i zwiększenie aktywności fizycznej jako determinanty poprawy zdrowia* [w:] *Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa*. Rządowa Rada Ludnościowa, red. J. Szymborski, Warszawa 2012, s. 90–100.



Ryc. 19. Spożycie mięsa i podrobów w Polsce w latach 1989–2013 (kg/1 osobę/rok)
 opracowanie: Edyta Suliga na podstawie Roczników Statystycznych Rolnictwa GUS



Ryc. 20. Spożycie warzyw i owoców w Polsce w latach 1989–2013 (kg/1 osobę/rok)
 opracowanie: Edyta Suliga na podstawie Roczników Statystycznych Rolnictwa GUS

Spożycie soli w Polsce, obliczane na podstawie wyników badań budżetów gospodarstw domowych, przekracza 2–3-krotnie zalecany poziom. W rzeczywistości może ono jednak być nieco wyższe, ponieważ badania budżetów nie uwzględniają spożycia w sektorze żywienia zbiorowego⁸². Spożycie owoców na jednego mieszkańca, po istotnej poprawie w latach 90., nie zwiększyło się w kolejnych latach (Ryc. 20). Zgodnie z danymi z raportu OECD, pod względem wysokości spożycia owoców w 2007 roku Polska zajmowała ostatnie miejsce wśród 31 krajów europejskich⁸³. Spożycie to było dwukrotnie niższe w stosunku do średniej dla EU, wynoszącej 105 kg na mieszkańca. Po 2009 roku spożycie owoców na jednego mieszkańca obniżyło się jeszcze do poziomu poniżej 50 kg na mieszkańca. Wysokość spożycia warzyw w poprzednim dziesięcioleciu wahała się w stosunkowo wąskich granicach (110–120 kg na mieszkańca), a po 2009 roku zmniejszyła się do poziomu poniżej 110 kg na mieszkańca (Ryc. 20).

Dieta Polaków – podsumowanie

Do głównych i nadal utrzymujących się błędów w żywieniu zarówno dzieci i młodzieży, jak i osób dorosłych należą: wysokie spożycie tłuszczów, mięsa i jego przetworów, żywności typu *fast food*, soli, cukru i słodczy oraz słodzonych napojów, a zbyt niskie spożycie ryb, mleka i przetworów mlecznych, produktów zbożowych, zwłaszcza z pełnego przemiału, oraz warzyw i owoców, a także nieregularne spożywanie posiłków, zwłaszcza opuszczanie śniadań. W konsekwencji dieta Polaków zawiera za dużo energii, tłuszczu ogółem i nasyconych kwasów tłuszczowych, sacharozy, fosforu i sodu, a za mało wapnia, witaminy D, składników o działaniu antyoksydacyjnym i błonnika pokarmowego.

Konsekwencje złych nawyków żywieniowych

Nieprawidłowe żywienie wraz z niskim poziomem aktywności fizycznej są najważniejszymi czynnikami środowiskowymi, odpowiedzialnymi za znaczne rozpowszechnienie przewlekłych chorób niezakaźnych: nadwagi i otyłości, chorób układu krążenia, nowotworów złośliwych, cukrzycy typu 2., osteoporozy i wielu innych. Przewlekłe choroby niezakaźne należą do głównych przyczyn zgonów, przedwczesnej umieralności i utraconych zdrowych lat życia. Najpoważniejsze zagrożenie dla zdrowia publicznego stanowią nadwaga i otyłość, które w ogromnej mierze są odpowiedzialne za występowanie zaburzeń lipidowych, choroby niedokrwiennej serca, nadciśnienia tętniczego, udarów mózgu, insulinooporności i cukrzycy typu 2., większości nowotworów (raka jelita grubego, trzustki, endometrium, jajnika, piersi, prostaty), chorób pęcherzyka żółciowego, bezdechu nocnego, hiperurykemii i dny moczaniowej, chorób zwyrodnieniowych układu kostno-stawowego, zaburzeń hormonalnych, powikłań po narkozie, powikłań ciążowych oraz depresji. Przyczyniają się również do obniżenia jakości życia i skracają długość jego trwania.

Otyłość może mieć także szkodliwe konsekwencje społeczne w postaci dyskryminacji, wykluczenia, niższych zarobków, potrzeby zwolnień lekarskich czy bezrobocia, które z kolei prowadzą do dysproporcji w jakości zdrowia i konieczności korzystania ze świadczeń pomocy społecznej [56]. Choroby związane przyczynowo z nadwagą i otyłością są najprawdopodobniej odpowiedzialne za 25 proc. hospitalizacji w Polsce (ok. 1,5 mln przyjęć do szpitala). Stanowią ogromne obciążenie dla budżetu państwa i pochłaniają znaczną część środków przeznaczonych na ochronę zdrowia. Szacuje się, że koszty opieki zdrowotnej u osób z nadwagą i otyłością są o 44 proc. wyższe niż u osób z prawidłową masą ciała⁸⁴ [74]. Rosnąca liczba otyłych pracowników jest także niekorzystna z ekonomicznego punktu widzenia. Osoby otyłe nie są w stanie wykonywać niektórych prac, np. wymagających większego wysiłku bądź

82 M. Jarosz, W. Sekuła, *Poprawa żywienia...*, op. cit.

83 *Health at a Glance*, OECD Indicators. OECD Publishing 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en (dostęp: 2.09.2015).

84 M. Jarosz, E. Rychlik, *Otyłość wyzwaniem zdrowotnym i cywilizacyjnym*, „Postępy Nauk Medycznych” 2011, nr 9, s. 712–717.

sprawności. Otyłość wiąże się ze zwiększoną niezdolnością do pracy i absencją. Czynniki te wpływają na obniżenie produktywności i zysków przedsiębiorstw, stwarzają też konieczność wypłaty zasiłków chorobowych⁸⁵.

Występowanie nadwagi i otyłości wśród dorosłych

Badania polskich poborowych wykazały, że w 2010 roku odsetek 19-letnich mężczyzn z BMI >25 kg/m² osiągnął 22,86 proc. i był czterokrotnie wyższy niż w 1965 roku (5,36 proc.)⁸⁶. Tempo tych zmian nie było jednolite. Najwyższy wzrost BMI nastąpił w latach 2001–2010 (9,37 proc. na przestrzeni dekady). Badania przeprowadzone w ramach programu NATPOL wykazały, że w 1997 roku otyłość występowała jedynie u 16 proc. mężczyzn oraz u 19 proc. kobiet, zaś w 2002 roku u 19 proc. badanych, niezależnie od płci⁸⁷. Według danych z reprezentatywnych badań ogólnopolskich, prowadzonych w ramach programu *Household Food Consumption and Anthropometric Survey* wśród osób w wieku 19–96 lat, nadwaga dotyczyła 41,0 proc. mężczyzn oraz 28,7 proc. kobiet, natomiast otyłość – 15,7 proc. mężczyzn i 19,9 proc. kobiet [125]. Wyniki badania WOBASZ wskazują, że nadwaga i otyłość występowały odpowiednio u 28 proc. i 22 proc. polskich kobiet oraz u 40 proc. i 21 proc. mężczyzn⁸⁸. Wstępne wyniki badania NATPOL 2011 i porównanie z wynikami NATPOL 2002 wskazują, że liczba osób otyłych osiągnęła 22 proc. (25 proc. u mężczyzn). Ostatnie badanie pokazuje szczególnie niekorzystne tendencje zdrowotne związane z nadwagą i otyłością u mężczyzn oraz wśród osób młodych. W przedziale wiekowym 18–34 lata odsetek osób z nadwagą wzrósł o 4,2 proc., a osób z otyłością o 2,2 proc.

Prognoza na nadchodzące lata


Wstępne wyniki badania NATPOL 2011 sugerują, że jeśli Polacy nie zmienią stylu życia, to do 2035 roku liczba osób otyłych wzrośnie z 22 proc. (6,5 mln) do 33 proc. (ponad 9 mln). W 2013 roku u 16,5 proc. Polaków w wieku 20–79 lat występowała upośledzona tolerancja glukozy [22]. Szacunkowe dane wskazują, że do 2035 roku odsetek ten osiągnie poziom 19,3 proc. – najwyższy ze wszystkich badanych krajów. Wraz ze zwiększaniem się częstości występowania otyłości należy więc liczyć się z narastaniem jej następstw – cukrzycy, chorób układu krążenia oraz wielu typów nowotworów. Szczególnie niepokojącym zjawiskiem jest coraz częstsze pojawianie się cukrzycy typu 2. u dzieci i młodzieży z otyłością. Przewiduje się także, że w przypadku dalszego narastania nadmiarów masy ciała, pogłębi się negatywne zjawisko zahamowania wzrostu długości przeciętnego trwania życia i odwrócenie tego procesu. Będzie to stanowiło ogromny problem zdrowotny i ekonomiczny dla następnego pokolenia.

85 Ibidem.

86 A. Lipowicz i in., *Secular trends in BMI and the prevalence of obesity in young Polish males from 1965 to 2010*, "European Journal of Public Health" 2014, nr 2, s. 279–282.

87 T. Zdrojewski i in., *Związek nadwagi i otyłości z podwyższonymi wartościami ciśnienia tętniczego w badaniach reprezentatywnych grup dorosłych Polaków w 1997 i 2002 roku (NATPOL II, NATPOL III)*, „Medycyna Metaboliczna” 2002, nr 6, (supl. 4), s. 32.

88 U. Biela i in., *Częstość występowania nadwagi i otyłości u kobiet i mężczyzn w wieku 20–74 lat. Wyniki programu WOBASZ*, „Kardiologia Polska” 2005, nr 6, (supl. IV), s. 632–635.



rozdział 5
**Wybrane
zachowania
zdrowotne
seniorów**

**Powszechna
dyskusja
sportowa**

*w poszukiwaniu
modeli działań
na rzecz sportu
amatorów*

5. Wybrane zachowania zdrowotne seniorów

autorzy: Ewa Kozdroń, Anna Leś

Starzenie się ludzkiego organizmu to naturalny proces fizjologiczny. Jednak nie należy tego etapu przyspieszać niewłaściwym stylem życia, lecz przeciwnie – trzeba zrobić wszystko, aby go opóźnić, zachowując jak najdłużej sprawność, samodzielność i niezależność. Starzenie się jest procesem dynamicznym, kształtowanym przez liczne czynniki wewnątrz – i zewnątrzustrojowe. To zespół komplementarnie ze sobą powiązanych zmian fizjologicznych, psychicznych i społecznych. Trudno jest określić początek starości, nie ma bowiem takiego momentu w ontogenezie, o którym można by jednoznacznie powiedzieć, że od niego się ona zaczyna. W dużej mierze zależy to od nas samych. Ludzie starzy nie stanowią homogennej grupy ludności zarówno pod względem zaawansowania procesów starzenia, jak i sprawności biologicznej oraz psychicznej. Zbytним uproszczeniem jest traktowanie populacji osób starszych jako ludzi powyżej 60. lub 65. roku życia. Najogólniejszego podziału z punktu widzenia gerontologii można by dokonać, przyjmując minimum dwie grupy wiekowe z granicą 75 lat. Do 75. roku życia – wczesna starość, po 75. roku życia – późna starość⁸⁹. Według WHO i ONZ za rozpoczęcie okresu starzenia się przyjmuje się 65. rok życia.

Proces starzenia się człowieka w okresie inwolucji charakteryzują: różne tempo starzenia się poszczególnych osób – o czym decydują, jak wynikałoby z obecnej wiedzy, czynniki genetyczne – oraz różna kolejność i nasilenie zmian anatomicznych i czynnościowych, na co istotny wpływ mają czynniki środowiskowe, przebyte choroby oraz tryb życia. Z tych choćby powodów trudno jest jednoznacznie określić wiek biologiczny osób starszych. Trudno także ustalić moment, w którym zaczyna się starcze upośledzenie ustroju. Gerontolodzy chcieliby móc posługiwać się wiekiem biologicznym, nie – kalendarzowym, jednak dotychczas nie wytyczono jego odpowiednich, ogólnie przyjętych kryteriów oceny tego wieku.

Procesy starzenia się członków danej społeczności mogą mieć różny przebieg. Można mówić: o starzeniu pomyślnym, w którym występuje zwolnienie procesów starzenia względem przyjętego modelu; starzeniu zwyczajnym, które jest równoznaczne z modelem; starzeniu patologicznym, w którym następuje przyspieszenie procesów starzenia oraz pogorszenie jego jakości. Pomyślne, zdrowe starzenie się (*successful ageing*) to proces optymalizacji możliwości zachowania zdrowia (fizycznego, społecznego i psychicznego), który umożliwia osobom starszym czynne uczestnictwo w życiu społecznym, bez dyskryminacji ze względu na wiek, a tym samym pozwalający na czerpanie radości z dobrej jakości niezależnego życia. Wszystkim nam powinno zależeć na tym, aby naszym udziałem stało się starzenie pomyślne.

⁸⁹ W gerontologii proponowane są różne podziały tego okresu, i tak np. wczesna starość (60–75 lat), późna starość powyżej 75 lat; starość (65–79 lat mężczyźni, 60–79 lat kobiety), sędziwa starość powyżej 80. roku życia; wg Instytutu Gerontologii w Kijowie: 60–75 lat to wiek podeszły, 76–90 lat wiek starczy, powyżej 90 lat długowieczny; W.W. Spirduso proponuje: młodzi-starzy (*young-old*) 65–74 lat, średnio-starzy (*middle-old*) 75–84 lat, starzy-starzy (*old-old*) 85–99 lat, najstarsi-starzy (*oldest-old*) powyżej 100 lat; wg WHO za osoby w wieku starszym uznaje się 65–75-latków, przedział 75–90 to podokres średni wieku starość, ponad 90. rok życia to czas głębokiej starości.

5.1. Stan zdrowia osób starszych

Proces starzenia się społeczeństw jest procesem nieuniknionym i nieodwracalnym. Przebiega w różnym tempie, ale można i należy się do niego odpowiednio przygotować. Należy zwrócić uwagę nie tylko na konsekwencje wynikające ze starzenia się społeczeństwa, np. ekonomiczne, zmiany na rynku pracy, ale również – a może przede wszystkim, na jakość wydłużającej się starości, sprawność fizyczną seniorów, satysfakcję z coraz dłuższego życia. Istotnym elementem jest także aspekt wychowania „do” i „w” starości, którego elementem może być uczestniczenie w edukacji przez całe życie osób starszych (LLL, *lifelong learning*)⁹⁰.

Zdrowie wg WHO to dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie tylko brak choroby. Ale zdrowie to także zdolność i umiejętność pełnienia ról społecznych, adaptacji do zmian środowiska i radzenia sobie z nimi.

Polacy żyją w zdrowiu przeciętnie 65,8 lat (mężczyźni 63,1 lat, kobiety 68,5 lat), czyli o 4,9 lat krócej niż przeciętny Europejczyk i 7,5 lat krócej niż Szwedzi. Uczestnictwo w systematycznej aktywności rekreacyjnej jest także jednym z niższych w Europie [108]. Brak zdrowia najczęściej utożsamiany jest z chorobą. Pięć najczęściej występujących chorób przewlekłych wśród osób w okresie późnej dorosłości (50–69 lat) to: wysokie ciśnienie (kobiety – 23,1 proc., mężczyźni – 18 proc.), bóle pleców (kobiety – 24,4 proc., mężczyźni – 18,5 proc.), bóle szyi (kobiety – 14,5 proc., mężczyźni – 8,2 proc.), choroba wieńcowa (kobiety – 11,2 proc., mężczyźni – 7,9 proc.), zapalenie kości i stawów (kobiety – 14,8 proc., mężczyźni – 7,5 proc.).

Relatywnie słabszą kondycję zdrowotną osób starszych widać, jeżeli rozpatrujemy m.in. takie aspekty jak: częstość występowania długotrwałych problemów w postaci chorób przewlekłych, sprawności narządów, mobilności lub ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu. Ponadto postępujący wraz z wiekiem spadek odporności powoduje, że osoby starsze znacznie częściej chorują. Na przykład w ostatnich latach w Polsce 1/4 wszystkich zachorowań na gruźlicę wystąpiła właśnie wśród osób starszych⁹¹.

Pozytywnymi konsekwencjami podejmowania regularnej aktywności fizycznej przez osoby starsze jest m.in. zapobieganie występowania pewnych schorzeń lub opóźnianie ich się pojawienia, a także skuteczne poprawianie zdolności do podejmowania wysiłków fizycznych⁹². Aktywność fizyczna wpływa korzystnie również na zachowanie funkcji kognitywnych oraz pomaga minimalizować depresję, stres okołomerytalny czy demencję [90]. Natomiast siedzący tryb życia stanowi czynnik ryzyka rozwoju wielu chronicznych schorzeń.

W „Diagnozie Społecznej 2013” podano, że „w zakresie wszystkich głównych wskaźników dobrostanu psychicznego efekt uprawiania jakiegokolwiek dziedziny sportu lub ćwiczeń fizycznych jest bardzo silny” [23]. Jak pokazują badania, pozytywny efekt aktywności fizycznej jest zauważalny w odniesieniu do symptomów depresji (biorąc pod uwagę wiek i płeć). Znaczenie większą rolę aktywność fizyczna odgrywa w grupie kobiet. Badania Thayer (1987, 2001) dowodzą, że aktywność fizyczna podnosi nastrój i poprawia inne wskaźniki dobrostanu. Jak podaje Janusz Czapiński, trudno wyjaśnić zasady działania aktywności fizycznej na odczuwany dobrostan. Najprawdopodobniej wynika to z wytwarzanych endorfin lub też interakcji społecznych, które zachodzą podczas podejmowania aktywności fizycznej.

Dodatkowo pozytywną zmianę można zauważyć we wzroście odsetka osób zadowolonych ze swojego stanu zdrowia oraz spadek odczuwanych symptomów chorobowych. Niższą samoocenę zdrowia mają kobiety. Według „Diagnozy Społecznej 2013” w społeczeństwie polskim jest 11 proc. osób niepełnosprawnych (z orzeczeniem i bez orzeczenia). Aktywność fizyczna służy zdrowiu – najsilniejszy wpływ aktywności fizycznej można zauważyć w obszarze

90 *Adult learning: It is never too late to learn*, Communication, Bruksela 2006, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52006DCo614&from=EN> (dostęp: 2.09.2015).

91 Informacja Ministra Zdrowia na temat działań na rzecz poprawy Wskaźnika Aktywnego Starzenia – miejsce i rola zdrowia publicznego w związku z posiedzeniem Komisji Polityki Senioralnej RP, 24 czerwca 2014.

92 *Adult learning...*, op. cit..

wyznaczanym wskaźnikami subiektywnymi, zwłaszcza zadowolenia ze stanu zdrowia. Osoby aktywne fizycznie swoje zdrowie oceniają lepiej. W badaniach wykazano znaczącą rolę aktywności fizycznej w odniesieniu do wykazywanego poziomu stresu życiowego, a jednym z czynników, który go osłabia, jest bycie emerytem.

Sprawność funkcjonalna

Sprawność funkcjonalna, rozumiana jako zdolność do samodzielnego wykonywania codziennych czynności życiowych, jest istotnym elementem zdrowego starzenia się seniorów. Jak pokazują badania PolSenior (ocena stanu czynnościowego wg skali Katza ADL) – 90 proc. badanych wykonuje samodzielnie czynności życia codziennego. Badani w wieku 65–69 lat to prawie w 100 proc. osoby samodzielne. W badanej grupie sprawność samoobsługowa maleje wraz z wiekiem (spadek samodzielności do 79 proc. widoczny jest w najstarszej grupie wiekowej 90+). W grupie 85+ bardziej widoczny był spadek sprawności funkcjonalnej wśród kobiet niż mężczyzn. Podobna sytuacja miała miejsce w przypadku sprawności gospodarczej i lokomocyjnej. Badania PolSenior pokazują, że wraz z wiekiem zwiększa się odsetek osób uzależnionych od pomocy osób trzecich. Można więc powiedzieć, że jedną z poważnych konsekwencji starzenia się polskiego społeczeństwa jest wzrost odsetka osób o ograniczonej samodzielności, czyli że wraz z wiekiem przybywa osób niepełnosprawnych⁹³. Liczne badania pokazują, że główną przyczyną korzystania z pomocy osób trzecich jest zły stan zdrowia i niski poziom sprawności⁹⁴, co wskazuje na ochronną rolę aktywności fizycznej przed nasileniem niepełnosprawności w starości.

Aktywność fizyczna osób starszych

Inicjatywa Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej 2012⁹⁵ jest tym bardziej cenna i uzasadniona, że pozwala wspólnie, na poziomie unijnym i krajowym, terytorialnym czy lokalnym, podejmować dyskusję nad budowaniem właściwego modelu propagowania aktywności osób starszych. Ma on posłużyć do zwiększenia świadomości, intensyfikacji i upowszechnienia dobrych praktyk oraz zachęcenia decydentów i interesariuszy wszystkich szczebli do promowania aktywności osób w starszym wieku. Uwzględniając cele ER 2012, aktywność osób starszych rozpatruje się jako różnego rodzaju działalności, w obszarze zawodowym, społecznym, zdrowia i samodzielności. W tych interdyscyplinarnych obszarach aktywność fizyczna, będąca podstawą sprawności funkcjonalnej osób starszych, a tym samym ich zdrowia i samodzielności, wydaje się zajmować miejsce szczególne. Odgrywa tak ważną rolę, że należy o niej mówić w kategoriach powinności człowieka. Nie można jej stawiać na jednym poziomie z innymi rodzajami działań czasu wolnego, gdyż nie można równoważyć tego co konieczne, z tym, co pożądane.

Aktywność fizyczna, zdrowie, jakość życia są ze sobą ściśle powiązane. Ludzkie ciało zostało skonstruowane do ruchu, stąd do optymalnego funkcjonowania i unikania chorób wymaga regularnej aktywności fizycznej.

W starzejącym się organizmie dochodzi do wielu zmian patofizjologicznych, ograniczających zdolności funkcjonalne. Okres ten związany jest ze stopniowym spadkiem sprawności fizycznej, częściej występującą niepełnosprawnością i – o czym była mowa wcześniej – współistniejącymi chorobami przewlekłymi. Spadek sprawności fizycznej wynika przede wszystkim z obniżenia wydolności tlenowej, zmniejszania się masy i siły mięśniowej oraz gorszego funkcjonowania narządów zmysłów.

W wyniku regularnej aktywności fizycznej ludzkie ciało przechodzi morfologiczne i funkcjonalne zmiany, które mogą zapobiegać lub opóźniać występowanie pewnych schorzeń oraz

93 P. Błędowski, *Potrzeby opiekuńcze osób starszych* [w:] M. Mossakowska i in., *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Poznań 2012.

94 Ibidem.

95 Decyzja Parlamentu Europejskiego oraz Rady nr 940/2011/UE z 14 września 2011.

poprawiać zdolność do podejmowania wysiłków fizycznych i sprawność. Tak więc ćwiczenia fizyczne są skutecznym narzędziem służącym do redukcji lub zapobiegania problemom funkcjonalnym, związanym ze starzeniem się organizmu. Istnieje także coraz więcej dowodów na to, że aktywność fizyczna może pomóc w zachowaniu funkcji kognitywnych oraz wywierać efekt prewencyjny na depresję i demencję.

W literaturze światowej liczne badania ukazują korzystny wpływ ćwiczeń fizycznych jako czynnika prewencji pierwotnej i wtórnej wielu chorób niezakaźnych, a o braku aktywności mówi się jako o tzw. niezależnym czynniku ryzyka, określając go mianem ryzyka przynależnego populacji (PAR, *Population Attributable Risk*).

Barierami aktywności często bywają czynniki kulturowe, psychologiczne oraz zdrowotne. Dlatego tak ważne są działania motywujące osoby starsze do podjęcia aktywności fizycznej i systematycznego w niej uczestnictwa. Zwiększając korzyści płynące z odpowiedniego stylu życia, w tym z aktywności fizycznej, zarówno wśród osób starszych, jak i wśród ogółu społeczeństwa, należy podjąć wysiłek idący w kierunku usuwania barier uczestnictwa seniorów w sporcie dla wszystkich, jakimi są najczęściej: wiek i zdrowie. Pomimo że u osób starzejących się stan zdrowia może być w dużej mierze wynikiem stylu życia prowadzonego w okresie dorosłości i młodości, to poziom ich aktywności fizycznej stanowi istotny czynnik określający zdolność do prowadzenia samodzielnego życia.

Reasumując, odpowiednia aktywność fizyczna jest najbardziej skutecznym – spośród dotychczas znanych – sposobem opóźniania procesów starzenia się i czynnikiem zachowania zdrowia oraz, co w przypadku osób w podeszłym wieku wydaje się najważniejsze, mobilności i wydłużenia okresu aktywności funkcjonalnej w życiu codziennym.

Istniejące wytyczne i zalecenia dotyczące aktywności fizycznej, zgodne z dokumentami Światowej Organizacji Zdrowia i Unii Europejskiej⁹⁶ [113, 37], zalecają dla osób starszych: WHO – ćwiczenia usprawniające (codziennie po 5–10 minut ćwiczeń zwiększających ruchomość w stawach i wpływających na funkcjonowanie aparatu ruchu), ćwiczenia siłowe angażujące duże partie mięśniowe (minimum 2 razy w tygodniu po 20 minut), ćwiczenia aerobowe, czyli wydolnościowe (minimum 2 razy w tygodniu po 30 minut) albo co najmniej 150 minut tygodniowo aktywności fizycznej o umiarkowanej intensywności lub 75 minut o dużej intensywności [165]. Natomiast rekomendacje UE mówią o minimum aktywności dla dorosłych i starszych w wymiarze co najmniej 30 minut aktywności fizycznej o umiarkowanej intensywności przez 5 dni w tygodniu, a najlepiej codziennie. W odniesieniu do osób powyżej 65. roku życia ogromne znaczenie ma trening siłowy oraz ćwiczenia poprawiające koordynację ruchową, które m.in. pomagają zapobiegać upadkom. Prowadzenie aktywnego trybu życia przynosi wiele korzyści społecznych i psychologicznych (aktywni żyją dłużej)⁹⁷. Niestety, według dostępnych danych od 40–60 proc. populacji UE prowadzi siedzący tryb życia [108]. W Polsce w zależności od wieku dotyczy to 50–70 proc. populacji⁹⁸.

Podejmowanie aktywności fizycznej, regularnej i sporadycznej, maleje wraz z wiekiem [4]. Jak pokazują badania GUS⁹⁹, w zajęciach rekreacyjnych oraz sportowych uczestniczyło ponad 45 proc. Polaków (48 proc. mężczyzn i 43 proc. kobiet). Wśród osób powyżej 60. roku życia jedynie 11,4 proc. deklaruje podejmowanie regularnej aktywności sportowo-rekreacyjnej, a 13,2 proc. uprawia ją sporadycznie. Inne badania pokazują [23], że 14,3 proc. osób w wieku powyżej 60. roku życia podejmuje aktywność fizyczną (ćwiczenia fizyczne lub sport) częściej niż raz w tygodniu. Ponad 29 proc. Polaków w tym wieku deklaruje brak jakiegokolwiek aktywności fizycznej. Na tle pozostałych krajów Unii Europejskiej to jeden z najwyższych odsetków.

96 Benefits of Physical Activity, WHO, http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_benefits/en/index.html (ostatnia aktualizacja: 2008).

97 Wytyczne UE dotyczące aktywności fizycznej. Zalecane działania polityczne wspierające aktywność fizyczną wpływającą pozytywnie na zdrowie, http://ec.europa.eu/sport/library/policy_documents/eu-physical-activity-guidelines-2008_pl.pdf (dostęp: 06.09.2015), s. 9.

98 Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2013, Główny Urząd Statystyczny, http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/RS_rocznik_statystyczny_rp_2013.pdf (dostęp: 5.09.2015).

99 Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2013, op. cit.

Głównymi motywami podejmowania aktywności fizycznej przez osoby starsze w Polsce są: przyjemność i rozrywka (miasto – 63,1 proc., wieś – 71,5 proc.), dbałość o kondycję fizyczną i sylwetkę oraz dbałość o zdrowie (miasto – 31 proc., wieś – 21,4 proc.). Badania PolSenior wskazują natomiast na motywy zdrowotne (78,6 proc.), wypoczynkowe (41,1 proc.), a także „dla zabicia czasu” (26,2 proc.).

Za główne bariery uczestnictwa wymieniany jest: zły stan zdrowia (73,3 proc.), brak potrzeby (30,4 proc.), brak czasu (8,5 proc.) [4]. Według badań GUS najczęstszą deklarowaną barierą przed podejmowaniem aktywności fizycznej jest brak wolnego czasu (kobiety – 28,3 proc., mężczyźni – 36,3 proc.; miasto – 30 proc.; wieś – 35 proc.), brak zainteresowania i chęci uczestnictwa w zajęciach sportowo-rekreacyjnych lub preferowanie wypoczynku biernego (kobiety – 18,9 proc., mężczyźni – 17,9 proc.; miasto – 20,6 proc., wieś – 16,1 proc.) oraz stan zdrowia i przeciwwskazania lekarza (18,9 proc.).

Dzięki regularnemu i rozsądnemu stosowaniu aktywności fizycznej, świadomie i czynnie bierzemy udział w realizacji najlepszego, długoterminowego programu, którego celem we wszystkich okresach ontogenezy jest uwolnienie się od problemów niesprawności fizycznej. Odpowiednio dobrana rekreacja aplikuje ruch jako cenny środek leczniczy, nieposiadający żadnych objawów ubocznych. Należy więc podjąć strategiczne działania w celu odwrócenia spadkowej tendencji poziomu aktywności fizycznej.

5.2. Wychowanie ku starości i w starości

Bardzo ważnym zadaniem w strategii działań kultury fizycznej (sportu dla wszystkich) w starzejącym się społeczeństwie jest przygotowanie do starości zarówno własnej, jak i najbliższych. Można więc mówić o wychowaniu ku starości oraz w starości. Z tego wynika nowe jakościowo zadanie, dotyczące tworzenia warunków zaspokajania potrzeb niematerialnych, które w sposób znaczący wpływają na zdrowie, a tym samym na jakość życia. Dla kultury fizycznej jest to wyzwanie idące w dwóch kierunkach:

- kształtowania proaktywnych ruchowo postaw od najmłodszych lat;
- działania wspomagającego uczestnictwo osób starszych w systematycznej aktywności fizycznej, rekreacyjnej.

Podsumowując: konieczne jest stworzenie warunków do zwiększenia uczestnictwa w sporcie wszystkich przedstawicieli wszystkich grup społecznych. Mówimy więc o tworzeniu prozdrowotnych postaw, na które istotny wpływ ma edukacja przez całe życie (LLL, *lifelong learning*). Określenie angielskie *lifelong learning* w języku polskim najczęściej tłumaczy się jako: edukacja permanentna, edukacja ustawiczna czy całościowa edukacja¹⁰⁰. Pojęcie LLL jest zjawiskiem wieloaspektowym, obejmuje zarówno kolejne szczeble edukacji, jak również uczenie się pozaszkolne i samokształcenie.

Istotne jest to, że LLL dotyczy przestrzeni całego życia. Szczególnego znaczenia nabiera w przypadku osób starszych, które mogą w ten sposób zwiększyć poczucie życiowej satysfakcji. Podejmowanie szeroko rozumianej edukacji osób starszych – uczenie się dotyczące różnych obszarów – pozwala na łatwiejsze radzenie sobie ze zmianami, co jest najważniejszym celem stawianym edukacji osób w starszym wieku. Osoby 60+ najczęściej wykazują niską aktywność zawodową, wysoki poziom alienacji, braki kompetencji z obszaru nowoczesnych technologii komputerowych oraz brak aktywności w obszarze sportu, kultury i działań na rzecz społeczności lokalnej¹⁰¹. Dodatkowo LLL może stanowić czynnik zmian w życiu osób starszych:

100 E. Kowalska-Dubas E., *Lifelong Learning – aktualizowanie wiedzy, umiejętności i kwalifikacji [w:] Rozwiązania sprzyjające aktywnemu starzeniu się w wybranych krajach Unii Europejskiej. Raport końcowy*, red. E. Kryńska, P. Szukalski, Łódź 2013.

101 *Adult learning...*, op. cit.

wpływać pozytywnie na poprawę jakości życia, zwiększać aktywne uczestnictwo w życiu społecznym oraz zwiększać satysfakcję życiową¹⁰². Badania przeprowadzone wśród seniorów pokazują, że osoby podejmujące działania edukacyjne są w lepszej kondycji zdrowotnej oraz mniej zagrożone wykluczeniem społecznym [102]. Osoby korzystające z LLL mogą dłużej pozostać aktywne społecznie i zawodowo oraz podtrzymać kontakty społeczne¹⁰³.

O znaczeniu LLL świadczy fakt, że Ministerstwo Edukacji Narodowej w 2013 roku przyjęło dokument: „Perspektywa uczenia się przez całe życie”, nad którym pracował Międzyresortowy Zespół ds. Uczenia się przez Całe Życie. W zespole znaleźli się m.in. przedstawiciele Ministerstwa Edukacji Narodowej, Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Ministerstwa Gospodarki, Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwa Rozwoju Regionalnego oraz Spraw Zagranicznych. Ponadto o istotnej roli edukacji osób po 50. roku życia w „Założeniach Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020” pisze Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej.

O znaczeniu edukacji oraz o tym, że osoby starsze chcą być aktywne i chcą się uczyć, świadczy także stale wzrastająca w Polsce liczba uniwersytetów trzeciego wieku. Aktualnie w całym kraju jest ich ponad 450. Według danych statystycznych z 2012 roku, w Polsce jedynie około 1 proc. osób w wieku 50–74 lat brało udział w kształceniu lub szkoleniu¹⁰⁴, a procent osób w wieku 60 lat i więcej, aktywnie działających w organizacjach, wynosi zaledwie 9,4 proc. [23].

5.3. *Dobre praktyki*

Poniżej przedstawiono przykłady projektów z zakresu upowszechniania sportu dla różnych grup społecznych i środowiskowych, ukierunkowane na wspieranie i promowanie aktywności fizycznej osób starszych i solidarności międzypokoleniowej, a realizowane przez organizacje pozarządowe, dofinansowane przez Ministerstwo Sportu i Turystyki na drodze otwartych konkursów ofert:

- **Program Rekreacji Ruchowej Osób Starszych, PRROS** – sześciomiesięczny, bezpieczny i skuteczny program realizowany przez Zarząd Główny Towarzystwa Krzewienia Kultury Fizycznej w ponad 30 ośrodkach terapii ruchowej dla osób trzeciego wieku¹⁰⁵;
- **PRO Kobieta 50+; PRO Men 50+; Program Aktywnego Seniora – Ja, czyli PASJA** (projekty ogólnopolskie) – trzymiesięczne cykliczne programy; **Seniorada** – cykliczna impreza rekreacyjna organizowana w czterech miastach Polski przez ESPAR 50+ (Europejskie Stowarzyszenie Aktywności Ruchowej 50+)¹⁰⁶;
- **„Family Cup” Amatorskie Rodzinne Mistrzostwa Polski** – zawody rozgrywane w różnych dyscyplinach sportowych, organizowane w cyklu wojewódzkich imprez eliminacyjnych i ogólnopolskich finałów przez Stowarzyszenie „Family Cup”¹⁰⁷;
- **Europejski Tydzień Sportu dla Wszystkich – Sportowy Turniej Miast i Gmin** – cykl imprez organizowanych w terminie od Dnia Matki do Dnia Dziecka przez Krajową Federację Sportu, angażujący około 600 miast i gmin w Polsce¹⁰⁸.

102 Ibidem.

103 Ibidem.

104 Ibidem.

105 www.zgkfkf.org.pl (dostęp: 7.09.2015).

106 www.espar-50.org (dostęp: 7.09.2015).

107 www.familycup.com.pl (dostęp: 7.09.2015).

108 www.federacja.com.pl (dostęp: 7.09.2015).

Należy wymienić także programy finansowane przez urzędy miast czy gminy, takie jak np.:

- **Senior Starszy Sprawniejszy** – program Urzędu Miasta Stołecznego Warszawy, realizowany przez warszawskie ośrodki sportu i rekreacji¹⁰⁹;
- **Regionalny Program Aktywności Fizycznej Seniorów** – program edukacyjno-aktywizujący województwa kujawsko-pomorskiego, w który włączyło się 25 gmin¹¹⁰.

5.4. Błędy w żywieniu osób starszych

autor: Edyta Suliga

Osoby w podeszłym wieku powtarzają wiele błędów żywieniowych osób młodszych. Wynika to w dużym stopniu z nieprawidłowych nawyków i zwyczajów żywieniowych wyniesionych z okresu dzieciństwa i młodości. Liczne choroby, w tym problemy z gryzieniem i żuciem, oraz przyjmowanie leków, wymuszają modyfikację diety i ograniczają swobodny wybór żywności przez osoby starsze [144].

Monotonna dieta seniorów

Badania wykazały zbyt niskie spożycie produktów mlecznych, zbożowych i nasion roślin strączkowych, warzyw i owoców oraz ryb, a zbyt wysokie tłuszczy, mięsa i jego przetworów oraz cukru i słodczy [117]^{111,112,113,114}. Jednym z podstawowych błędów żywieniowych u dużej rzeszy ludzi starszych w Polsce – niezmiennie od początku lat 80.¹¹⁵ – jest nadmierne w stosunku do zapotrzebowania, spożycie tłuszczy, głównie pochodzenia zwierzęcego, oraz węglowodanów (cukrów prostych) kosztem błonnika pokarmowego. Częstym błędem w żywieniu starszych ludzi jest również małe urozmaicenie racji pokarmowej i monotonia odżywiania. Z większym urozmaiceniem spożycia żywności osób w wieku ≥ 65 lat związana była lepsza sytuacja socjoekonomiczna¹¹⁶. Spośród osób starszych 86 proc. spożywało co najmniej trzy posiłki dziennie, ale nie więcej niż 10 proc. spożywało zalecane pięć posiłków. Stwierdzono również częste zaburzenie bilansu energetycznego, zarówno niewystarczającego, jak i nadmiernego spożycia energii, czego konsekwencją jest nierzadkie występowanie zarówno nadmiarów, jak i niedoborów masy ciała. Według danych z reprezentatywnych badań ogólnopolskich, prowadzonych w ramach programu *Household Food Consumption and Anthropometric Survey*, odsetek energii pochodzącej z tłuszczu w całodziennym pożywieniu osób powyżej 60. roku życia wynosił średnio 36,2 proc. u mężczyzn i 34,2 proc. u kobiet, wobec zalecanych 25–30 proc. [125]. Niewystarczająca była natomiast podaż błonnika pokarmowego, którego średnia zawartość wynosiła 14,0 g/dzień w całodziennych racjach pokarmowych kobiet i 17,3 g/dzień w racjach pokarmowych mężczyzn. Tylko 14,6 proc. kobiet i 17,1 proc. mężczyzn realizowało zalecane spożycie tego składnika pokarmowego (20–40 g/dzień)¹¹⁷. Niedostateczne spożycie produktów mlecznych wśród Polaków w różnym wieku

109 www.sportowa.warszawa.pl/programy/senior-starszy-sprawniejszy.

110 www.zdrowysenior.pl.

111 K. Kozłowska i in., *Consumption of food products by the elderly living in different environments of the Warsaw region*, „Polish Journal of Environmental Studies” 2002, nr 1, s. 27–30.

112 E. Wierzbicka, W. Roszkowski, *Stosowanie specjalnych diet oraz zwyczaje żywieniowe wybranej grupy osób starszych*, „Żywnienie Człowieka i Metabolizm” 2004, nr 31 (supl. 2, cz. II), s. 17–27.

113 L. Wądołowska i in., *Food patterns among polish older people*, „Polish Journal of Environmental Studies” 2006, nr 15 (2B), s. 885–894.

114 A. Kołajtis-Dołowy i in., *The nutritional habits among centenarians living in Warsaw*, „Rocznik PZH” 2007, nr 1, s. 279–286.

115 E. Wierzbicka i in., *Sposób żywienia oraz stan odżywienia ludzi starszych w Polsce w świetle danych z piśmiennictwa z lat 1980–1996*, „Rocznik PZH” 1997, nr 1, s. 87–102.

116 E. Niedźwiedzka, L. Wądołowska, *Analiza urozmaicenia spożycia żywności w kontekście statusu socjoekonomicznego polskich osób starszych*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2010, nr 4, s. 576–584.

117 D. Różańska, J. Wyka, J. Biernat, *Sposób żywienia ludzi starszych mieszkających w małym mieście – Twardogórze*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2013, nr 3, s. 494–502.

potwierdzono w przeglądzie piśmiennictwa z lat 2008–2013¹¹⁸. Jednak najniższe było ono w grupie osób powyżej 60. roku życia. Ponad 33 proc. nie spożywało wystarczającej ilości wody z napojów, zup i żywności stałej.

Skutki złej diety seniorów

Najbardziej rozpowszechnione błędy w żywieniu osób starszych to nadmierne spożycie tłuszczu, cholesterolu, sodu i fosforu oraz niedobory wapnia, żelaza, magnezu, cynku, miedzi, niektórych witamin z grupy B i witaminy C oraz D^{119,120,121,122}. Konsekwencją błędów w odżywianiu osób starszych było złe zbilansowanie ich racji pokarmowych i niska wartość odżywcza. Nadmierna masa ciała występowała u 78,4 proc. badanych w wieku 60 i więcej lat (u 79,5 proc. kobiet i 76,5 proc. mężczyzn) [158]. Z badania CBOS wynika, że w wieku ≥ 65 lat nadwagę i otyłość miało 72 proc. kobiet i mężczyzn (2014). Badania warszawskich stulatków wykazały, że wraz z wiekiem zmniejszało się występowanie nadwagi i otyłości, a zwiększało występowanie niedoborów masy ciała^{123,124}. W reprezentatywnej grupie 1013 mieszkańców Polski w wieku powyżej 75 lat, przebadanej w ramach Wieloośrodkowego Badania Stanu Zdrowia Ludności WOBASZ SENIOR, niedostateczny stopień odżywienia zaobserwowano u 30 proc. mężczyzn i 40 proc. kobiet¹²⁵.

Popelniane błędy w żywieniu sprzyjają rozwojowi zarówno pierwotnych chorób żywieniowych, jak i chorób żywieniowo-zależnych o wieloczynnikowej etiologii. U osób po 60. roku życia obserwuje się zwiększoną częstość występowania zaburzeń stanu odżywienia, a także wzrost ryzyka zachorowalności na cukrzycę typu 2., nadciśnienie tętnicze, chorobę niedokrwienną serca, udar mózgu, niektóre nowotwory oraz choroby degeneracyjne mózgu. Wskutek niewystarczającego spożycia płynów u osób starszych dochodzi do odwodnienia, zaburzeń wodno-elektrolitowych oraz pogorszenia pracy nerek i układu krążenia. Małe spożycie wapnia w sytuacji jego zmniejszonego wchłaniania zwiększa ryzyko osteoporozy i jej powikłań (złamania kończyn, kręgosłupa) [38]. Wszystkie wymienione choroby powodują wzrost wielkość wydatków na leczenie oraz rehabilitację, obniżając poziom ekonomiczny życia i jego jakość.

118 B. Wajszczyk, J. Charzewska, *Zawartość wapnia w dietach Polaków – przegląd piśmiennictwa*, „Żywność Człowieka i Metabolizm” 2013, nr 3, s. 137–146.

119 J. Kałuża, M. Jeruszka-Bielak, *The relationship between iron nutritional status and mortality among older people from the Warsaw region*, “Polish Journal of Environmental Studies” 2006, nr 15(2A), s. 329–335.

120 J. Wyka i in., *Assessment of dietary intake and nutritional status (MNA) in Polish free-living elderly people from rural environments*, “Archives of Gerontology and Geriatrics” 2012, nr 1, s. 44–49.


121 D. Różańska, J. Wyka, J. Biernat, *Sposób żywienia...*, op. cit.

122 B. Wajszczyk, J. Charzewska, *Zawartość wapnia...*, op. cit.

123 A. Kołtajis-Dołowy i in., *The nutritiona...*, op. cit.

124 B. Pietruszka i in., *Sposób żywienia i stan odżywienia [w:] Skazani na długowieczność. W poszukiwaniu czynników pomyślnego starzenia*, red. M. Mossakowska, Poznań 2007, s. 97–102.

125 A. Waśkiewicz, E. Sygnowska, G. Broda, *Ocena stanu zdrowia i odżywienia osób w wieku powyżej 75 lat w populacji polskiej. Badanie WOBASZ SENIOR*, „Bromatologia i Chemia Toksykologiczna” 2012, nr 3, s. 614–618.



rozdział 6
**Warunki realizacji
edukacji fizycznej
i zdrowotnej
w polskiej szkole**

**Powszechna
dyskusja
sportowa**

w poszukiwaniu
modeli działań
na rzecz sportu
amatorów

6. Warunki realizacji edukacji fizycznej i zdrowotnej w polskiej szkole

autor: Renata Czarniecka

Negatywne zachowania zdrowotne, które obserwuje się już nie tylko wśród dorosłej części społeczeństwa, ale nawet u dzieci i młodzieży, powodują, że coraz większe są oczekiwania społeczne wobec szkoły jako instytucji profesjonalnie przygotowanej do realizacji procesu wychowania fizycznego i kształtowania zachowań zdrowotnych. Czy jednak szkoła jest w stanie sprostać tym oczekiwaniom?

Zgodnie z teoretycznymi przesłankami, wychowanie fizyczne ma przygotować dzieci i młodzież do dbałości o swoje zdrowie i sprawności po ustaniu obowiązku szkolnego. Od rocznym efektem procesu wychowania fizycznego, realizowanego w szkołach na wszystkich etapach edukacji, powinny być prozdrowotne zachowania dorosłych Polaków. Jeśli miarą efektów szkolnego wychowania fizycznego jest liczba dorosłych podejmujących systematyczną aktywność fizyczną, to są one znikome. Jak już wspomniano, według badań Eurobarometru zaledwie 5 proc. dorosłych Polaków uprawia sport regularnie, około 23 proc. z pewną regularnością (raz i więcej w tygodniu), a aż 70 proc. rzadko lub nigdy¹²⁶.

6.1. Niski prestiż wychowania fizycznego

Obok zmian związanych z rozwojem cywilizacji i postępującym siedzącym trybem życia, niska efektywność wychowania fizycznego wynika z czynników ukształtowanych jeszcze w poprzednim ustroju. W świadomości społeczeństwa, wielu dyrektorów szkół, a nawet samych nauczycieli wychowania fizycznego, wciąż jeszcze funkcjonuje obraz wychowania fizycznego nastawionego na realizację doraźnych celów w postaci wysokich umiejętności uczniów i sprawności fizycznej. Ponadto, wciąż obserwuje się lekceważący stosunek społeczeństwa do aktywności fizycznej. Na poziomie szkoły przejawia się to w niskiej randze wychowania fizycznego, traktowanego jako przedmiot niższej kategorii. Świadczą o tym nie tylko potoczne opinie, ale także ostatnie wyniki inspekcji Najwyższej Izby Kontroli¹²⁷. Niska świadomość społeczna i niska ranga wychowania fizycznego jako przedmiotu w szkole znacznie ograniczają oddolne akcje, mające na celu wymuszenie na dyrektorach szkół zmian, które mogłyby doprowadzić do zadbania o harmonijny rozwój dzieci.

126 Sport and physical activity, Report. March. Eurobarometr 2014, http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_412_en.pdf (dostęp: 12.04.2015).

127 *Wychowanie fizyczne i sport w szkołach publicznych i niepublicznych*, Informacja o wynikach kontroli Najwyższej Izby Kontroli 2013, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,5651,vp,7325.pdf> (dostęp: 14.05.2015).

6.2. WF w edukacji wczesnoszkolnej – najłabsze ogniwo

Szczególnie dramatyczna od wielu lat jest sytuacja wychowania fizycznego w klasach I-III szkoły podstawowej. Nie bez powodu ten etap edukacji uważa się za najłabsze ogniwo wychowania fizycznego w szkole¹²⁸. Niewiele pociesza fakt, że jest to problem prawie całej Europy¹²⁹.

Najczęściej występujące problemy w edukacji wczesnoszkolnej to brak odpowiednich warunków materialno-dydaktycznych, marginalizowanie zajęć ruchowych, np. przez skracanie czasu ich trwania, czy też zastępowanie zajęć wychowania fizycznego innymi przedmiotami oraz słabe przygotowanie nauczycieli do prowadzenia lekcji wychowania fizycznego [61]. Organizowanie lekcji na korytarzu (tzw. korytarzowe wychowanie fizyczne) „od początku nauki szkolnej utrwała w uczniu przekonanie, że jest to przedmiot drugorzędny, mało ważny, skoro może odbywać się na korytarzu albo nie odbywać się wcale”¹³⁰. Sami nauczyciele edukacji wczesnoszkolnej określają swoje przygotowanie do realizacji procesu wychowania fizycznego w klasach I-III szkoły podstawowej jako najłabszą stronę ich przygotowania pedagogicznego^{131,132,133}.

Do najłabszych elementów kształcenia i przygotowania do prowadzenia zajęć ruchowych w klasach I-III należą: zła realizacja przedmiotu metodyka wychowania fizycznego oraz brak praktyki pedagogicznej z zakresu wychowania fizycznego w czasie studiów. Według 45,2 proc. nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej, w trakcie studiów nigdy nie mieli oni okazji prowadzić lekcji wychowania fizycznego. Podobnie prawie co drugi student ostatniego roku edukacji wczesnoszkolnej nigdy nie prowadził lekcji wychowania fizycznego, a co czwarty twierdzi, że nie potrafiłby zrealizować takiej lekcji samodzielnie.

Trzeba pamiętać, że wychowanie fizyczne jest tylko jedną z metodyk siedmiu kierunków edukacji, do których ma być przygotowany przyszły nauczyciel edukacji wczesnoszkolnej. W rozporządzeniu Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 17 stycznia 2012 roku w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu nauczyciela, wśród efektów kształcenia odnoszących się do metodyki wychowania fizycznego i edukacji zdrowotnej wymienia się treści dotyczące: rozwijania umiejętności ruchowych i sprawności fizycznej dziecka, organizację zabaw i gier ruchowych oraz ćwiczenia korekcyjno-kompensacyjne. Rozporządzenie to nie określa jednak parametrów godzinowych dla wymaganych zajęć metodyki wychowania fizycznego i edukacji zdrowotnej. Wątpliwości budzi także umieszczenie ćwiczeń korekcyjno-kompensacyjnych w spisie treści kształcenia, ponieważ nauczyciele edukacji wczesnoszkolnej nie otrzymują dostatecznego przygotowania teoretycznego, żeby nabywać kompetencje w tym zakresie. Nie wszystkie uczelnie publiczne, które kształcą nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej, gwarantują w planie studiów stacjonarnych naukę metodyki wychowania fizycznego¹³⁴. Plany studiów niestacjonarnych oraz plany na uczelniach niepublicznych charakteryzują się znacząco niższymi standardami. Część uczelni prowadzi zajęcia wyłącznie w formie wykładowej.

Skoro przygotowanie przyszłych nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej pozostawia tak wiele do życzenia, wciąż aktualne pozostaje pytanie, kto powinien prowadzić lekcje wychowania fizycznego w pierwszym etapie edukacji? Przygotowywane kolejne rozwiązania na poziomie ministerialnym nie rozstrzygają tego w sposób jednoznaczny.

128 S. Sulisz, *Przygotowanie nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej do realizacji procesu wychowania fizycznego*, „Roczniki Naukowe AWF” 1998, t. XXXVII, s. 153–172.

129 J. Pośpiech, *Wychowanie fizyczne i sport szkolny w krajach europejskich – wybrane problemy*, „Studia i Monografie” 2003, z. 145.

130 J. Kopczyńska-Sikorska, B. Sekita, *Wychowanie fizyczne dzieci w wieku przedszkolnym i początków nauki szkolnej* [w:] II Kongres Naukowy Kultury Fizycznej, Warszawa 1987, s. 158–166.

131 Ibidem.

132 S. Sulisz, *Przygotowanie nauczycieli...*, op. cit.

133 Skrzydlewski D., *Przygotowanie nauczycieli i studentów nauczania początkowego do kierowania procesem wychowania fizycznego dzieci z klas I-III szkoły podstawowej*, Praca doktorska [maszynopis], Warszawa 2001.

134 Dane zgromadzone przez Departament Strategii i Współpracy Międzynarodowej MSiT (kwiecień 2013).

W komentarzach do podstawy programowej zapisano, że „w klasach I–III szkoły podstawowej edukację dzieci powierza się jednemu nauczycielowi. Prowadzenie zajęć z (...) wychowania fizycznego (...) można powierzyć nauczycielom posiadającym odpowiednie kwalifikacje”¹³⁵. Decyzję w tej sprawie pozostawiono dyrektorowi szkoły. W praktyce szkolnej dyrektorzy rzadko decydują się na oddanie godzin nauczycielom wychowania fizycznego z przyczyn organizacyjnych – nauczyciele edukacji wczesnoszkolnej pozbawieni byłiby pełnego etatu.

Sytuację może dodatkowo pogorszyć rozporządzenie Ministerstwa Edukacji Narodowej z 29 grudnia 2014 roku¹³⁶. W §1 pkt. 2.1 tego rozporządzenia podaje się, że minimalny wymiar godzin obowiązkowych zajęć edukacji wczesnoszkolnej (w tym wychowania fizycznego) wynosi 1915, a podziału godzin na poszczególne zajęcia dokonuje nauczyciel prowadzący te zajęcia. Co więcej, nie jest określone, ile godzin tygodniowo i ile czasu mają te zajęcia trwać. Liczba godzin wychowania fizycznego w pierwszym etapie edukacji została podana tylko w przypadku, gdy będzie ono prowadzone przez specjalistę i wynosi minimum 290 godzin. Wyniki badań przed i po wprowadzeniu reformy pokazują skalę problemu, jakim jest marginalizowanie zajęć ruchowych w edukacji wczesnoszkolnej. W 1990 roku nauczycielki edukacji wczesnoszkolnej ze 182 szkół przeznaczały na zajęcia ruchowe 17,4 proc. godzin spośród ogólnej liczby, jaka miała być realizowana¹³⁷. Badania z 2002 roku, czyli po wprowadzeniu pierwszej reformy, wykazały, że odsetek ten jest jeszcze niższy – 9,1 proc.¹³⁸. Aktualne regulacje prawne, pozostawiające nauczycielom edukacji wczesnoszkolnej swobodę w kwestii określenia liczby godzin wychowania fizycznego, mogą przynieść fatalne skutki dla realizacji procesu wychowania fizycznego. Sprawa jest tym poważniejsza, że dyrektorzy szkół nie badają efektów realizacji podstawy programowej z wychowania fizycznego w pierwszym etapie edukacji. Wskazują na to m.in. wyniki raportu NIK¹³⁹ z 2013 roku, według których dyrektorzy w żadnej z badanych szkół podstawowych, w ramach sprawowanego nadzoru pedagogicznego, nie ustalili efektów wdrażania podstawy programowej wychowania fizycznego na zakończenie cyklu kształcenia w klasach I–III szkoły.

6.3. Edukacja zdrowotna w szkołach

Ministerstwo Edukacji przygotowało dla kolejnych etapów edukacji pakiet rozwiązań, który znacznie zwiększa możliwości dotychczasowych oddziaływań szkoły. Celem reformy było doprowadzenie do poprawy efektów wychowania fizycznego, szczególnie tych odroczonego. Najważniejszym z zaproponowanych rozwiązań jest podstawa programowa wychowania fizycznego z 23 grudnia 2008 roku wraz z opracowanymi do niej komentarzami¹⁴⁰, w których autorzy w dokładny i przyjazny sposób sformułowali zalecane sposoby realizacji wychowania fizycznego na poszczególnych etapach edukacji.

W podstawie programowej szczególne miejsce znalazła edukacja zdrowotna, która w gimnazjum i szkole ponadgimnazjalnej została wyodrębniona jako oddzielny blok treści. Na edukację zdrowotną zaleca się poświęcenie minimum 30 godzin w III i IV etapie, najlepiej skumulowanych w jednym semestrze, aby nie rozpraszać treści programowych. Sformułowano też zalecenia dotyczące metod realizacji edukacji zdrowotnej (w sali lekcyjnej, jako zajęcia warsztatowe bazujące na metodach aktywizujących uczniów).

135 Podstawa programowa z komentarzami, t. 8, *Wychowanie fizyczne i edukacja dla bezpieczeństwa w szkole podstawowej, gimnazjum i liceum*, Warszawa 2008 http://men.gov.pl/wp-content/uploads/2011/02/men_tom_8.pdf (dostęp: 28.04.2015).

136 Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 29 grudnia 2014 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie ramowych planów nauczania w szkołach publicznych.

137 J. Chmura, *Kultura fizyczna najmłodszych*, „Życie Szkoły” 1990, nr 10, s. 503–509.

138 A. Gajdzica, *Sytuacja dawnych przedmiotów nauczania po wprowadzeniu reformy w klasach I–III*, „Rocznik Pedagogiczny” 2002, nr 25, s. 115–125.

139 *Wychowanie fizyczne i sport...*, op. cit., s. 33.

140 *Podstawa programowa...*, op. cit.

Trudności we wprowadzeniu innowacji

Jak wynika z raportu NIK¹⁴¹, w większości skontrolowanych gimnazjów (74 proc.) nie przestrzegano ani zalecanego sposobu realizacji, ani wymiaru godzin. Dyrektorzy wyjaśniali ten stan rzeczy nieobligatoryjnością zaleceń zawartych w komentarzach do podstawy programowej. Zakres treści podstawy programowej z zakresu edukacji zdrowotnej i zalecane sposoby realizacji wymagają wyposażenia nauczycieli w nową wiedzę i umiejętności odnośnie do metod pracy, by prowadzone przez nich zajęcia były nie tylko poprawne merytorycznie, ale także atrakcyjne dla uczniów.

Kolejnym, nowatorskim w założeniach rozwiązaniem proponowanym przez MEN było dostosowanie modelu organizacyjnego wychowania fizycznego do potrzeb i możliwości uczniów, warunków bazowych oraz tradycji szkoły. Wsparciem w opracowaniu takiego modelu były dwa rozporządzenia MEN: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 19 sierpnia 2009 roku w sprawie dopuszczalnych form realizacji dwóch godzin obowiązkowych zajęć wychowania fizycznego i Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2011 roku w sprawie dopuszczalnych form realizacji dwóch godzin obowiązkowych zajęć wychowania fizycznego. Z punktu widzenia potrzeb uczniów i oczekiwań rodziców, koncepcja zajęć do wyboru i realizacja wychowania fizycznego w odejściu od systemu klasowo-lekcyjnego jest bardzo słuszna. Niestety, w proponowanym kształcie i w obecnych realiach prawno-organizacyjnych funkcjonowania szkoły dla wielu placówek niemożliwa do zrealizowania. Wynika to przede wszystkim z niekompetencji organizacyjnej szkół oraz faktu, że dotychczasowe unormowania prawne, organizujące pracę całej szkoły, dostosowane są do tradycyjnego systemu realizacji zajęć: sposób zatrudniania i system pracy nauczycieli, przydział godzin pracy, układanie planu lekcji oraz szczegółowe przepisy normujące bezpośrednio pracę nauczyciela wychowania fizycznego¹⁴². Z raportu NIK wynika, że rozwiązania dotyczące zmian organizacyjnych i programowych w wychowaniu fizycznym, szczytne z punktu widzenia teorii, nie funkcjonują w praktyce szkolnej. W skontrolowanych szkołach zajęcia z wychowania fizycznego odbywały się przede wszystkim w systemie klasowo-lekcyjnym, z ukierunkowaniem na dyscypliny sportowe (według etapów edukacji)¹⁴³. Szkoły, zwłaszcza podstawowe i ponadgimnazjalne, w niewielkim stopniu korzystały z możliwości uatrakcyjnienia zajęć wychowania fizycznego poprzez stworzenie oferty uwzględniającej umiejętności i potrzeby uczniów. Tymczasem niska atrakcyjność wychowania fizycznego jest jednym z powodów unikania tych zajęć przez uczniów. Odsetek uczniów korzystających z długoterminowych, często nieuzasadnionych, zwolnień lekarskich zwiększa się na kolejnych etapach edukacji, wynosząc 6 proc. w klasach IV–VI szkół podstawowych, 14 proc. w gimnazjach i 19 proc. w szkołach ponadgimnazjalnych¹⁴⁴.

6.4. Wychowanie fizyczne to nie sport

Poważnym problemem w realizacji prozdrowotnego wychowania fizycznego w szkole jest utożsamianie go ze sportem. Istniejący system rywalizacji sportowej szkół wymusza na nauczycielach planowanie pracy pod kątem kalendarza rozgrywek. W tej sytuacji szkolenie umiejętności technicznych uczniów w formach aktywności fizycznej obejmujących rozgrywki sportowe staje się w pracy nauczyciela priorytetem. Taki system pracy wynika także z oceny efektów jego pracy, które postrzegane są przez pryzmat osiągnięć sportowych uczniów i szkoły¹⁴⁵.

¹⁴¹ *Wychowanie fizyczne i sport*, op. cit., s. 16.

¹⁴² H. Papiernik, *Transformacja wychowania fizycznego – szansa czy konieczność?*, <http://www.lider.szs.pl/teksty/papiernik.doc> (dostęp: 25.06.2015).

¹⁴³ *Wychowanie fizyczne i sport...*, op. cit., s. 12.

¹⁴⁴ *Ibidem*, s. 9.

¹⁴⁵ S. Sulisz, *Kryteria oceny szkoły w zakresie edukacji fizycznej*, „Kultura Fizyczna” 2000, nr 11–12, s. 13–14.

6.5. Priorytet – doskonalenie zawodowe nauczycieli

Najważniejszą rolę w procesie wychowania fizycznego uczniów odgrywają nauczyciele. To od ich dobrego przygotowania zależą efekty edukacyjne, także te dotyczące zachowań zdrowotnych. Kształcenie wysoko wykwalifikowanych i kompetentnych kadr jest istotnym zadaniem uczelni pedagogicznych. Trzeba jednak zdać sobie sprawę z tego, że żadne studia nie są w stanie dostarczyć kwalifikacji i kompetencji, które zagwarantują pełne, stałe i na całe życie powodzenie w pracy zawodowej [72]. Studia powinny być traktowane jedynie jako wstęp do dalszego permanentnego podnoszenia swoich kwalifikacji i zdobywania nowych kompetencji zawodowych.

Ogromne znaczenie w rozwoju zawodowym nauczycieli przypisuje się doradztwu zawodowemu, które – jak wynika z raportu NIK z 2011 roku – jest niewydolne. Liczba publicznych placówek doskonalenia nauczycieli w Polsce jest niewystarczająca. Niewspółmierna jest też do potrzeb liczba nauczycieli-doradców metodycznych. We wrześniu 2011 roku na jednego doradcę przypadało przeciętnie 590 nauczycieli¹⁴⁶.

Dyrektorzy nie zapewniają nauczycielom kształcenia zintegrowanego i nauczycielom wychowania fizycznego udziału w zewnętrznych formach doskonalenia, związanych z wdrażaniem nowej podstawy programowej przedmiotu. Według raportu NIK z 2013 roku w latach szkolnych 2009/2010–2011/2012 w żadnej formie kształcenia i doskonalenia zawodowego z zakresu wychowania fizycznego nie uczestniczyło 55 (53 proc.) spośród 103 nauczycieli kształcenia zintegrowanego oraz 104 (51 proc.) spośród 202 nauczycieli wychowania fizycznego¹⁴⁷. Dyrektorzy podkreślali także brak odpowiedniej oferty szkoleń oraz brak środków finansowych na doskonalenie zawodowe nauczycieli.

Poważnym problemem jest niski poziom zainteresowania nauczycieli rozwojem zawodowym, zwłaszcza tych z najwyższym stopniem awansu zawodowego (a stanowią oni ponad 80 proc.). Według raportu NIK z 2011 roku¹⁴⁸, w tej grupie osób prawie 35 proc. nie uczestniczyło na przestrzeni kolejnych 3 lat szkolnych w zewnętrznych formach kształcenia i doskonalenia zawodowego.

6.6. Wesprzeć i usprawnić zmiany

Najpoważniejszym i najtrudniejszym elementem proponowanej przez MEN modernizacji wychowania fizycznego jest skuteczność wdrażania nowego, prozdrowotnego kierunku kształcenia do praktyki szkolnej. Mogą to zmienić nowe rozwiązania systemowe, które wzmocnią lub wręcz wymuszą inne, szersze myślenie o wychowaniu fizycznym. Bez podjęcia zdecydowanych działań systemowych dotychczasowe wysiłki i dokonania reformatorskie okażą się niedostatecznie efektywne.

Pierwszym i podstawowym elementem, bez którego trudno wprowadzać zmiany w wychowaniu fizycznym, to rzetelne wsparcie metodyczne udzielane nauczycielom. Zrozumienie istoty i zakresu zmian w nowej podstawie programowej wymaga życzliwej pomocy ze strony gruntownie przygotowanych do tego specjalistów wychowania fizycznego.

Kolejnym rozwiązaniem systemowym powinno być wprowadzenie wewnętrznej i zewnętrznej oceny efektów kształcenia z wychowania fizycznego. Uwzględnienie w ocenie jakości pracy szkoły również oceny efektów szkolnego wychowania fizycznego pozwoliłoby odczuć wszystkim, szczególnie nauczycielowi, że za nie odpowiada i że są one ważne. Na

¹⁴⁶ Ibidem.

¹⁴⁷ Wychowanie fizyczne i sport w szkołach publicznych. Informacja o wynikach kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, 2010, <http://www.nik.gov.pl/plik/id,1942,vp,2355.pdf> (dostęp: 25.05.2015), s. 31.

¹⁴⁸ Organizacja i finansowanie kształcenia i doskonalenia zawodowego nauczycieli, Raport Najwyższej Izby Kontroli 2011, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,4294,vp,6193.pdf> (dostęp: 17.06.2015).

poziomie szkoły podstawowej oceną należałoby objąć umiejętności ruchowe określone podstawą programową, zarówno w pierwszym, jak i w drugim etapie edukacji. Pomiar dydaktyczny odbywać się powinien corocznie na zakończenie obu etapów kształcenia. W przypadku gimnazjum należałoby ściśle określić liczbę godzin i zasady realizacji edukacji zdrowotnej, a ponadto włączyć treści edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia do egzaminu kończącego ten etap kształcenia. Byłby to ogromny bodziec systemowy, motywujący nauczycieli do doskonalenia zawodowego, a w efekcie do coraz lepszej pracy.

Ostatnie rozwiązanie systemowe wiąże się z jasnymi regulacjami dotyczącymi wychowania fizycznego w pierwszym etapie edukacji. Ponieważ od kilkudziesięciu lat nic w tym zakresie się nie poprawia, najwyższy czas na zmiany. W sytuacji gdy u coraz większej liczby dzieci występują wady postawy ciała, nadwaga lub otyłość i nie podejmują one dodatkowej aktywności fizycznej poza szkołą nawet w minimalnym, zalecanym wymiarze godzin, wychowanie fizyczne na tym etapie trzeba objąć szczególną troską. Zajęcia te powinny być prowadzone na najwyższym poziomie, przez przygotowanych do tego specjalistów, w ściśle określonym wymiarze godzin oraz w warunkach sprzyjających kształtowaniu pozytywnych zachowań i postaw wobec aktywności fizycznej.

Proponowane rozwiązania systemowe, wprowadzone do procesu zmian, wzmocniłyby zapoczątkowany przez nową podstawę programową proces trwałej naprawy wychowania fizycznego. Mogłyby się przyczynić do zmiany postrzegania tego przedmiotu w ocenie zewnętrznej i podnieść jego rangę. Dodatkowo nadałyby sens samodoskonaleniu się nauczycieli wychowania fizycznego.

6.7. Dobre praktyki

Mimo zaprezentowanych ograniczeń i niedoskonałości systemowych, istnieje wiele przykładów dobrych praktyk, zmierzających do poprawy sytuacji szkolnego wychowania fizycznego. Realizowane są one głównie w ramach projektów o zasięgu ogólnopolskim:

- **Szkoła Promująca Zdrowie** – program realizowany od 1991 roku, rozwijany w Polsce w ramach Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie. Wśród jego licznych zadań wymienia się m.in.: upowszechnianie wiedzy i doświadczeń z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki problemów dzieci i młodzieży, wynikających ze współpracy międzynarodowej oraz propagowanie podejmowanych działań w mediach. W ramach upowszechniania programu stworzono strukturę wspierającą rozwój sieci szkół promujących zdrowie, utworzono Zespół ds. Promocji Zdrowia, powołano krajowego koordynatora ds. promocji zdrowia w szkole oraz koordynatorów wojewódzkich¹⁴⁹.
- **WF z Klasą** – autorzy programu stawiają na atrakcyjność lekcji wychowania fizycznego. Program wspiera nauczycieli i przyczynia się do wypracowania pomysłów na nowoczesne i ciekawe lekcje. Nauczyciele mają możliwość dzielenia się swoimi doświadczeniami i pomysłami na stronie internetowej i blogu. Ponadto, systematycznie przygotowywane są poradniki dla nauczycieli, będące odpowiedzią na najczęściej pojawiające się problemy na lekcjach wychowania fizycznego. Jeden z takich poradników dotyczy organizacji zajęć do wyboru w szkole ponadgimnazjalnej, zgodnie z zaleceniami podstawy programowej. Odbyły się już dwie edycje programu, trwa nabór do trzeciej. Program realizowany jest przez Centrum Edukacji Obywatelskiej, przy wsparciu „Gazety Wyborczej” i portalu Sport.pl. Działania finansuje Ministerstwo Sportu i Turystyki. Honorowy patronat nad programem objęli minister sportu i turystyki oraz minister edukacji narodowej¹⁵⁰.

149 <https://www.ore.edu.pl/component/content/article?id=249> (dostęp: 7.09.2015).

150 <http://www.ceo.org.pl/pl/wf/news/wf-z-klasa-o-programie> (dostęp: 7.09.2015).

- **Zachowaj Równowagę** – celem programu jest edukacja i wdrażanie wśród dzieci i młodzieży zasad prawidłowego żywienia i aktywności fizycznej. Program realizowany był przez 2 lata na terenie całej Polski w wybranych stu placówkach. W zakresie dotyczącym aktywności fizycznej, szkoły miały zrealizować kilka zadań nawiązujących do założeń podstawy programowej wychowania fizycznego. Program realizowany jest przy wsparciu Swiss Contribution i współfinansowany przez Ministerstwo Zdrowia¹⁵¹.
- **Trzymaj Formę!** – celem programu jest edukacja dotycząca kształtowania prozdrowotnych nawyków wśród młodzieży szkolnej poprzez promocję zasad aktywnego stylu życia i zbilansowanej diety. W ramach programu opracowano również wytyczne dla dyrektorów szkół w zakresie higieny i bezpieczeństwa żywności w sklepikach szkolnych. Zrealizowano już osiem edycji tego programu. Organizatorami i pomysłodawcami są Główny Inspektorat Sanitarny oraz Stowarzyszenie Polska Federacja Producentów Żywności Związek Pracodawców¹⁵².
- **Lider Animator** – program społeczny skierowany do jednostek samorządu terytorialnego i instytucji oświatowych, ale przede wszystkim do lokalnych animatorów organizujących różnego rodzaju zajęcia rekreacyjne, programy szkolne i imprezy sportowe oparte na aktywności fizycznej. Program nagradza grantami finansowymi najciekawsze projekty, które mają na celu zachęcać lokalne społeczności do aktywnego życia. Oferuje także wsparcie merytoryczne – udział w Akademii Lidera, będącej okazją do wymiany doświadczeń i pogłębienia wiedzy dzięki szkoleniom, wzbogacającym wiedzę animatorów oraz wyposażającym ich w narzędzia ułatwiające realizację podejmowanych przez nich na co dzień działań. Akademia jest także ostatnim etapem weryfikacji projektów – finaliści programu prezentują osobiście przed komisją konkursową swoje pomysły. Program organizowany jest przez Sport Support – Fundację Aktywności Fizycznej i Zdrowia¹⁵³.

151 <http://www.zachowajrownowage.pl/p/o-projekcie> (dostęp: 7.09.2015).

152 <http://www.wsse.webserwer.pl/PageContent.aspx?SubMenuID=116> (dostęp: 7.09.2015).

153 <http://sportsupport.edu.pl/#lider-animator> (dostęp: 7.09.2015).



rozdział 7
**Uwarunkowanie
społeczno-
-ekonomiczne
sportu powszechnego**

**Powszechna
dyskusja
sportowa**

*w poszukiwaniu
modeli działań
na rzecz sportu
amatorów*

7. Uwarunkowanie społeczno-ekonomiczne sportu powszechnego

autorzy: Janusz Dobosz, Aleksandra Goldys, Ewa Niedzielska, Igor Perechuda, Renata Włoch

Kultywowanie zdrowego stylu życia powinno przejawiać się w uczestnictwie jak największej liczby Polaków w odpowiednich dla nich formach aktywności fizycznej. U jego źródeł leży ukształtowanie w procesie edukacji fizycznej postaw prosomatycznych – trwałych dyspozycji do konsekwentnego podejmowania przez całe życie korzystnych dla ciała zachowań. Postawy te, będące efektem fizycznego wychowania, wyposażone w nabywane w procesie fizycznego kształcenia wiedzę, umiejętności i sprawności, stanowią zespół wewnątrzsobicznych kompetencji, umożliwiających, a często decydujących, o podejmowaniu udziału w sporcie powszechnym. Postawy te rozstrzygają o tym, czy człowiek mobilizuje się do aktywnej troski o własne ciało.

Nie mniej istotne znaczenie dla jakości i społecznego zasięgu uczestnictwa ludzi w sporcie powszechnym mają uwarunkowania kontekstu, w którym żyją ludzie. I to zarówno te związane z kadrami wspierającymi osoby angażujące się w sport powszechny (animatorzy, instruktorzy, trenerzy, menadżerowie i inni działający w dziedzinie sportu powszechnego), jak i uwarunkowania infrastrukturalne, ekonomiczne czy kulturowe (obiekty, urządzenia, wyposażenie, źródła finansowania, strategie publiczne, idee, programy, procedury).

7.1. System sportu: instytucje i organizacje

autorzy: Aleksandra Goldys, Renata Włoch

Zachowania, decyzje i motywacje ludzi są zależne od wielu czynników i choć wydają się tak mocno wewnętrzne, podlegają również wpływom zewnętrznym. Analizując sytuację aktywności fizycznej, nie możemy jedynie rozpatrywać, jakie są jej poziomy. Musimy również przyjrzeć się, jak wygląda otoczenie, w którym ludzie żyją – czyli na jaką infrastrukturę człowiek ma szansę natknąć się w swojej okolicy, jakie zajęcia są dostępne (i na czym polegają bariery w dostępności do niej), jakie projekty i programy promujące aktywność są lokalnie realizowane i jak wygląda aktywność innych (duże znaczenie w nastawieniu do sportu ma też lokalna kultura). W tym rozdziale pokażemy podstawowe właściwości kontekstu aktywności fizycznej Polaków. Ponieważ cała publikacja ma nam służyć przede wszystkim do projektowania działań – warto przy lekturze tego rozdziału zastanawiać się, w jaki sposób możemy wpływać na ten kontekst czy ekosystem (co podkreśla jeszcze, że jest to system, a nie zbiór niepowiązanych obszarów).

Ekosystem sportu można zdefiniować jako złożony układ wiążący ludzi i otoczenie sportowe, na które składają się instytucje publicznych, zajmujące się planowaniem i zarządzaniem obszarem sportu, kluby i organizacje sportowe, zarówno z sektora pozarządowego, jak i komercyjnego oraz infrastruktura. Od początku obszar aktywności fizycznej należy rozpatrywać jako podlegający wpływom zarówno sektora publicznego (instytucje samorządu lokalnego, finansowane ze środków publicznych), pozarządowego (organizacje społeczne, które

pozyskują pieniądze za środków publicznych i prywatnych), jak i prywatnego (biznes, osoby prywatne). Różne elementy systemu sportu pozostają w większej lub mniejszej zależności od poszczególnych sektorów. I tak np. sport olimpijski to domena Polskiego Komitetu Olimpijskiego, wsparcia rządu i sponsorów, sport dzieci realizuje się poprzez szkoły (a więc samorząd lokalny), natomiast sport dorosłych amatorów najczęściej odbywa się poza instytucjami lub w ramach działania firm komercyjnych.

Myśląc o aktywności fizycznej, możemy posłużyć się modelem biznesowym (Ryc. 21), gdzie po jednej stronie mamy popyt (zapotrzebowanie ludzi na bycie aktywnym), a po drugiej stronie podaż (ofertę sportową różnych podmiotów, która może to zapotrzebowanie inspirować, zaspokoić lub wspomagać). Projektując działania na rzecz rozwoju poziomu aktywności fizycznej, należy brać pod uwagę wzajemne wpływy między poziomem indywidualnym a poziomem kontekstualnym.



Ryc. 21. Dwa aspekty usportowienia: indywidualny (jednostka) i instytucjonalny (kontekst)

Z pierwszych rozdziałów niniejszego opracowania wiemy, że:

- wciąż niewystarczająca liczba Polaków jest aktywna fizycznie w sposób, który ma znaczenie dla zdrowia (czyli regularnie, przynajmniej przez łącznie 2,5 godziny w tygodniu – i nie może być to 2,5 godziny jednego dnia); zwykle w badaniach, bez względu na metodologię, grupa aktywnych fizycznie osób mieści się w przedziale 20–23 proc.;
- ok. ¼ Polaków jest aktywna sporadycznie, w weekendy lub w sezonach, ale nie na co dzień; jedynie ok. 20 proc. dorosłych Polaków jest aktywnych regularnie;
- najbardziej niepokojące w danych o aktywności fizycznej są wyniki dziewcząt oraz osób starszych i mieszkańców wsi; wyzwaniem jest projektowanie polityk, które znoszą bariery w dostępie do aktywności dla grup mniej aktywnych i mniej zamożnych;
- badania aktywności bardzo różnią się metodologią i trzeba je uważnie analizować; przede wszystkim w większości są to badania deklaracji, po drugie mało skrupulatnie podchodzi się do precyzyjnego badania poziomów aktywności, tak by widzieć, czy charakteryzuje się ona rzeczywiście formami i częstotliwością mającymi znaczenie dla zdrowia;
- tylko ok. 5 proc. (a w innych badaniach zaledwie 3 proc.) Polaków deklaruje, że działa i ćwiczy w sportowej organizacji lub klubie – sport i aktywność fizyczna w naszym społeczeństwie jest raczej indywidualistyczna i niezwiązana z społecznymi relacjami.

7.2. Sport – usługa publiczna

Sektor publiczny ma za zadanie zapewnić obywatelom i państwu dobra i usługi niezbędne do właściwego funkcjonowania. Środki wykorzystywane do tego celu pochodzą z budżetu państwa, a zadania, które można w ich ramach podejmować, są zapisane w prawie. W przypadku naszego obszaru realizacja tych zadań należy do instytucji publicznych, np. miejskich ośrodków sportu lub gminnych wydziałów sportu i turystyki. Samorząd może też ich wykonanie częściowo zlecić lub w całości powierzyć organizacji pozarządowej bądź prywatnemu przedsiębiorstwu. Ważnym jest, by zdać sobie sprawę, że zapewnienie zdrowia i warunków do aktywności fizycznej jest zadaniem państwa. Dlatego też analizując sektor sportu oraz projektując w nim zmiany, powinniśmy szczególnie patrzeć na sport i warunki do jego uprawiania jako na usługę publiczną. Usługę, która powinna w jednakowym stopniu być dostępna dla wszystkich mieszkańców, dawać im możliwość nie tylko do aktywnego udziału, ale również do wyrażania opinii, decydowania o kierunkach inwestycji i kształcie realizowanej lokalnie sportowej polityki (tak by najlepiej pasowała do potrzeb ludzi). Publiczne znaczy wspólne, bliskie i ważne dla wszystkich, a nie ekskluzywne, odległe czy realizowane bez konsultacji i weryfikacji efektów.



Ryc. 22. Główne wyzwania stojące przed zarządzającymi w obszarze sportu

Polski model systemu sportowego jest silnie zbiurokratyzowany – jego głównym celem wydaje się przetrwanie systemu. Styl zarządzania jest ma charakter hierarchiczny i nastawiony jest na podporządkowanie. Działania są ukierunkowane na procedury, a nie na efekty czy potrzeby, jak ma to miejsce w przypadku alternatywnych modeli: przedsiębiorczego i strategicznego¹⁵⁴. Jego organizacja jest rozproszona pomiędzy różnymi typami „bytów”/instytucji i ich regionalnych oddziałów. Jest ich tak dużo i często mają pokrywające się zakresy działań i odpowiedzialności, że sprawne wprowadzenie zmian, a potem harmonijny proces ich implementacji okazują się niezwykle trudne (Ryc. 23).

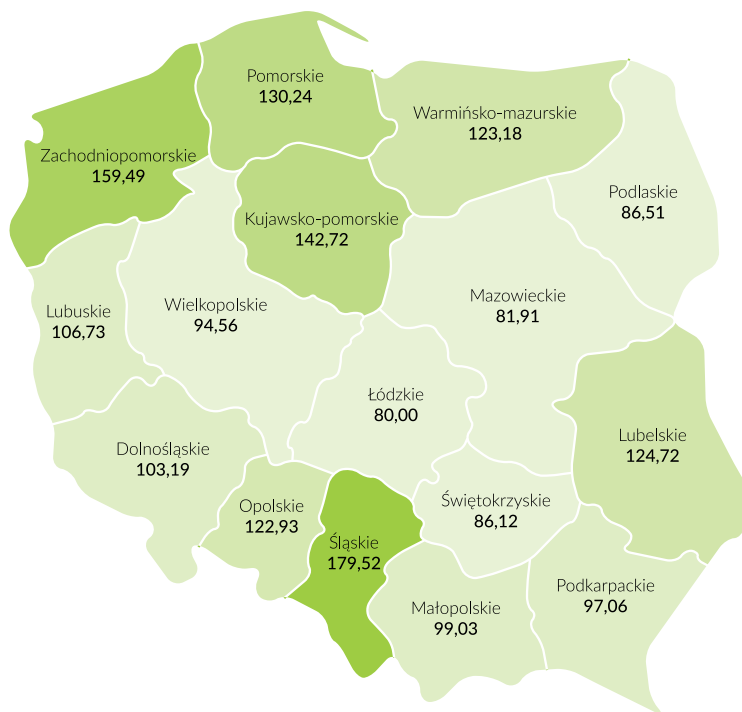
¹⁵⁴ Model strategiczny realizowany jest np. w Niemczech. Jego główną cechą jest bazowanie na zaangażowaniu społeczeństwa obywatelskiego i odpowiadanie na potrzeby społeczne. Sposób zarządzania opiera się na sieci oddolnych organizacji. Brytyjski model przedsiębiorczy ma natomiast korzenie w podejściu biznesowym, nastawieniu na zyski (również społeczne). W zarządzaniu spory nacisk kładzie się na współpracę między organizacjami i skupienie się na wywoływaniu i mierzeniu zmian.



Ryc. 23. Typy instytucji i organizacji zaangażowanych w sport w polskim systemie sportowym

Sport powszechny – środki publiczne

W Polsce znakomita większość środków przeznaczanych na sport – budowa infrastruktury, prowadzenie programów sportowych, wynagrodzenia trenerów – pochodzi ze środków rządowych lub samorządowych (Ryc. 24). W wielu innych krajach zaangażowanie środków publicznych w dziedzinę sportu jest mniejsze. Zwłaszcza na poziomie sportu amatorskiego, w którym koszty w znaczącej mierze ponoszą sami uczestnicy, przy dużym zaangażowaniu wolontariatu. Na przykład w Wielkiej Brytanii małe, lokalne kluby muszą płacić gminie za użytkowanie boisk, jeśli nie są ich własnością. Najczęściej prowadzą działalność gospodarczą, a trenerami zostają tylko wolontariusze, zwykle rodzice dzieci.

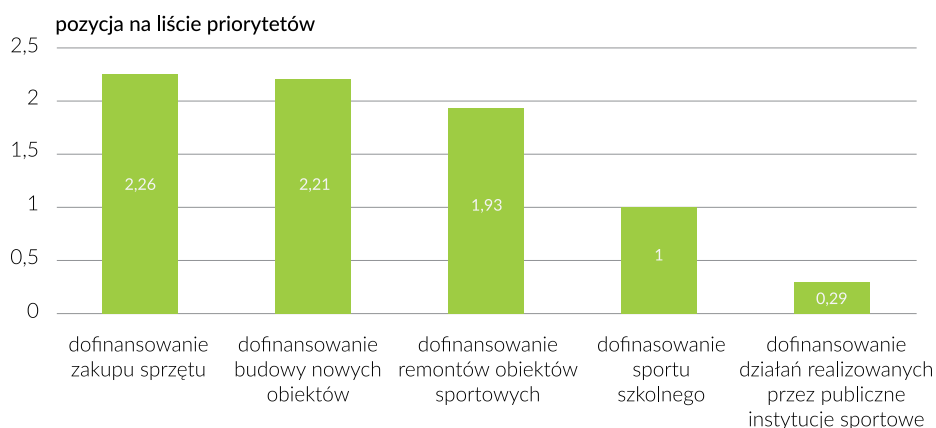


Ryc. 24. Wydatki w złotych z budżetów gmin na kulturę fizyczną i sport, przypadające na 1 mieszkańca, wg podziału na województwa (2014)
źródło: Maja Polis

Warto wiedzieć, że z 708 miliardów budżetu państwa w 2013 roku wydatki na sport (całościowo wraz z wydatkami gmin) stanowiły nieco ponad 5,5 miliarda (czyli o 4 miliardy mniej niż wydatki na kulturę). Z tego 3,8 miliarda to wydatki gmin, które są zdecydowanie najważniejszym mecenasem sportu.

7.3. Strategie w sporcie – sport w strategiach

Samorządy często wpisują działania na rzecz sportu w swoje strategie rozwoju. Jednak wciąż niedużo gmin posiada oddzielne, dedykowane i precyzyjne dokumenty dotyczące sportu. Tworzenie strategii jest działaniem skomplikowanym i czasochłonnym¹⁵⁵, szczególnie jeśli chce się go dobrze powiązać z konkretnymi działaniami, nie zatrzymując się na ogólnikach typu „zwiększenie aktywności fizycznej obywateli”. Często zdarzają się trudności z wdrożeniem nawet dobrych dokumentów, brakuje przemyślanych planów implementacyjnych oraz zgody wszystkich przedstawicieli sektora sportu i sektorów powiązanych co do zakresu i przyczyn zmian. Mimo często słusznych założeń, dokumenty nie są publicznie dyskutowane, a pomysły na ich realizację nie zawsze podlegają konsultacjom. Warto zauważyć, że w ostatnich latach w myśleniu strategicznym zachodzą zmiany¹⁵⁶. Dobiegły właśnie końca prace nad „Planem Rozwoju Sportu do roku 2020”, przygotowywanym przez Ministerstwo Sportu i Turystyki. To przykład dokumentu bardzo dobrze osadzonego w danych i przygotowywanego w łączności z przedstawicielami świata sportu, który z jednej strony zdecydowanie wyznacza kierunki jego rozwoju (nacisk na upowszechnienie aktywności fizycznej i łączenie jej z innymi politykami publicznymi), zaś z drugiej strony opisuje bardzo konkretne wyzwania (wzmocnienie instytucjonalne organizacji sportowych). Kwestia sportu pojawia się również – z dużym naciskiem na jego rolę jako bodźca rozwoju kompetencji i zaangażowania obywatelskiego, obszaru świadczenia ważnych usług publicznych oraz elementu bezpieczeństwa i dobrostanu obywateli we wszystkich grupach społecznych – w „Strategii Rozwoju Kraju 2020”. Odniesienia do sportu występują zarówno w części poświęconej kapitałowi ludzkiemu, jak i społecznemu.



Ryc. 25.

Deklarowane potrzeby gmin w zakresie sportu. Przedstawiciele gmin byli w badaniu proszeni o uporządkowanie potrzeb finansowych od niewystępujących (0), przez mało znaczące (1), do najbardziej znaczących (4). Liczby na słupkach oznaczają średnią ocenę pozycji danej potrzeby

źródło: opracowanie własne na podstawie danych ankietowych z badania w ramach projektu „Obywatele dla Aktywności”, CWS 2015.

¹⁵⁵ Przez blisko rok powstawała diagnoza sytuacji sportu w województwie warmińsko-mazurskim (http://bip.warmia.mazury.pl/urząd_marszałkowski/682/Sport/). Na jej podstawie w województwie mają być podjęte działania wzmacniające ten obszar i lokujące go w szerszym procesie poprawy sytuacji regionu.

¹⁵⁶ Województwo kujawsko-pomorskie realizuje program partycypacyjnego wypracowywania.

Polityka sportowa gmin skupia się na infrastrukturze

Gminy dużo inwestują w sportową infrastrukturę i to ona w wielu miejscach wyznacza horyzont myślenia o polityce sportowej. Samorządy chętnie korzystały ze środków unijnych i w rezultacie dużo z nich stoi teraz przed problemem wypracowania trwałych modeli utrzymania niedawno wybudowanych obiektów¹⁵⁷. Jednocześnie, zapytani o główne problemy związane ze sportem w ich gminie, samorządowcy rzadko wskazywali stan infrastruktury (Ryc. 25).

Odpowiedź	(%) gmin, w których pojawia się dany problem
Niski poziom aktywności fizycznej dorosłych	53,49
Niski poziom aktywności fizycznej seniorów (i związane z tym szybkie starzenie i zły stan zdrowia)	48,84
Niski poziom sprawności fizycznej i kondycji zdrowotnej mieszkańców	41,86
Niski poziom aktywności fizycznej dzieci	38,37
Niewystarczające wyposażenie szkół w urządzenia i obiekty sportowe	30,23
Mała liczba imprez sportowych przyciągających widzów	27,91
Mała liczba ogólnodostępnych obiektów sportowych	19,77
Niewystarczający dostęp do zajęć sportowych i rekreacyjnych	19,77
Inne	11,63
Zły stan ogólnodostępnych obiektów sportowych	9,30

Tab. 2. Główne problemy stojące przed sportem w gminie

źródło: Badanie Centrum Wyzwań Społecznych zrealizowane dla województwa kujawsko-pomorskiego w ramach projektu „Obywatele dla Aktywności”, 2015

Innymi słowy, samorządowcy zdają sobie sprawę z faktu, że obecnie największym wyzwaniem jest takie zarządzanie infrastrukturą, by była ona efektywnie użytkowana. Tradycyjnie jednak najprościej – choć często najdrożej – jest skupić się na działaniach infrastrukturalnych, których efekty są łatwe do zmierzenia i widoczne. Dużo trudniej zmienić kulturę organizacji, mentalność, nawyki czy sposoby zarządzania zarówno obiektami, jak i instytucjami. Na marginesie warto dodać, że większość Polaków jest zadowolona z infrastruktury sportowej: w badaniu zrealizowanym dla Ministerstwa Sportu w 2013 roku 8 na 10 Polaków (79 proc.) oceniło stan bezpłatnych obiektów sportowych w swojej okolicy jako dobry lub bardzo dobry.

¹⁵⁷ Warto w tym miejscu przywołać tekst dostępny na stronie: <http://pns.frkf.pl/konsultacje-tematy/jak-wspierac-sport-po-zainstytucjonalny/>, dedykowany wspieraniu sportu pozainstytucjonalnego, gdzie wyraźnie wskazujemy, że w myśleniu o inwestycjach w infrastrukturę sportową pojawiają się istotne innowacje, stare myślenie o infrastrukturze, jako klasycznych boiskach i basenach jest już niewystarczające.

		Jak często uprawia Pan/Pani aktywność fizyczną, (przy założeniu, że jest to przynajmniej 10 minut nieprzerwanego wysiłku/ćwiczeń)?		Ogółem (%)
		nigdy lub kilka razy w roku lub 1–2 razy w miesiącu (%)	1–2 razy na tydzień lub 3–4 razy w tygodniu lub codziennie (%)	
Jak Pan/Pani ocenia stan bezpłatnych obiektów sportowych, takich jak: boiska osiedlowe, ścieżki rowerowe, skateparki itp. w Pana/Pani okolicy, w odległości do ok. 30 minut od miejsca zamieszkania (chodzi o najbliższą okolicę)?	są w bardzo dobrym stanie	16,0	19,0	17,3
	są raczej w dobrym stanie	63,9	58,4	61,5
	są raczej w złym stanie	10,4	13,4	11,8
	są w bardzo złym stanie	3,1	3,3	3,2
	trudno powiedzieć	6,5	5,8	6,2
	Ogółem	100,0	100,0	100,0

Tab. 3. Raport „Sport i Rekreacja: ogólnopolskie badanie Polaków”, Warszawa 2012

Deficyt badań z obszaru aktywności sportowej

Jednym z podstawowych braków w świadomym kierowaniu polityką sportową w obszarze sportu jest brak kluczowych informacji – przede wszystkim o aktywności fizycznej mierzonej lokalnie, a nie z poziomu całej Polski. Znakomita większość danych pochodzi z badań realizowanych na próbach ogólnopolskich, gdzie pytamy 1000–2000 osób o ich uczestnictwo w aktywności fizycznej. Dane te nie pozwalają wnioskować o sytuacji na poziomie województw, a tym bardziej gmin. Na przykład w badaniu prowadzonym w województwie kujawsko-pomorskim¹⁵⁸ okazało się, że zbieranie danych z zakresu aktywności fizycznej mieszkańców przeprowadzono na terenie zaledwie 2 proc. gmin.

Tymczasem realizowanie lokalnie takich diagnoz nie musi być wcale bardzo skomplikowane. Warto zastanowić się nad modelami zbierania informacji o tym, kto w gminie jest aktywny i jak? Jakie obiekty są najbardziej popularne? Jakie dyscypliny się rozwijają? Czy powinniśmy jeszcze wybudować jedno boisko, a jeśli tak, to dokładnie gdzie? Co się zmienia na tym obszarze co roku? Dzięki takim informacjom można dużo lepiej dostosować lokalną ofertę, kształt konkursów grantowych lub podejmować decyzje o sportowych imprezach.

7.4. Sportowy trzeci sektor (perspektywa pozarządowa)

Mobilizowanie się do sportu, umawianie na treningi, organizowanie zajęć, ale też kibicowanie, rozgrywki czy turnieje są naturalnym napędem oddolnie tworzonych organizacji sportowych. Lokalne kluby to wspaniała tradycja – nie tylko sportowa, ale i wspólnotowa, obywatelska, często ważny element lokalnej tożsamości. Zachowując to wszystko co

¹⁵⁸ Badanie ilościowe przeprowadzone *online*, w ramach projektu „Obywatele dla Aktywności”, realizowane przez Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego, Stowarzyszenie RunToRun, Fundację Rozwoju Kultury Fizycznej oraz Uniwersytet Warszawski w ramach programu „Obywatele dla Demokracji”, finansowanego z funduszy EOG, więcej informacji na stronie: http://www.run-torun.pl/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=34&Itemid=71 (dostęp: 2.09.2015).

najlepsze, sportowe organizacje pozarządowe są też lokalnym odbiorcą publicznych środków na realizację konkretnych zadań publicznych. Muszą uczyć się nowych sposobów działania, przeciwdziałać słabemu uczestnictwu w zajęciach kobiet, dziewcząt, starszych osób oraz seniorów, rozwijać i ewaluować. Jednocześnie nie powinny zamykać się tylko na sportowy wynik, a dbać o stały kontakt ze społecznością.

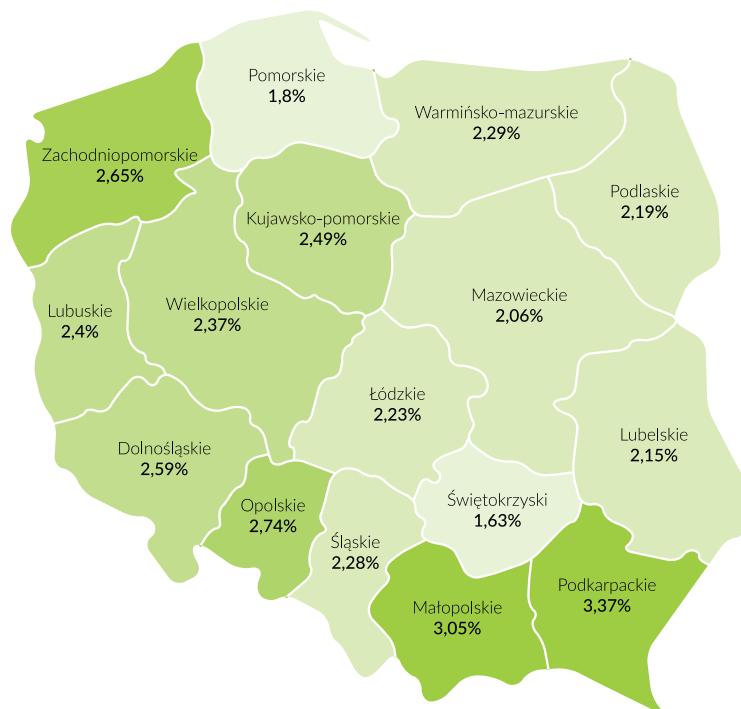
Organizacje sportowe są jednym z najliczniejszych elementów trzeciego sektora w Polsce

Badanie Stowarzyszenia Klon/Jawor wykazuje, że w Polsce jest około 20–25 tys. organizacji pozarządowych, deklarujących sport, turystykę i rekreację jako swoje główne działanie. GUS, który definiuje organizacje sportowe bardziej restrykcyjnie, raportuje, że w Polsce działa około 14 tys. klubów sportowych.

Najczęściej samorząd lokalny realizuje swoje zadania sportowe, zlecając lub powierzając je organizacjom trzeciego sektora. Sposób zlecenia, czyli kształt konkursów ogłaszanych przez samorządy, jest więc kluczowym momentem w procesie kształtowania polityk sportowych¹⁵⁹. To od zadań w konkursach, oczekiwań wobec podejmowanych działań oraz sposobu ich rozliczania i ewaluowania zależy, jak naprawdę wygląda codzienność programów sportowych, dostępnych dla zwykłych mieszkańców na poziomie lokalnym.

Kluby i organizacje sportowe nie są mocnym elementem systemu sportu dla wszystkich

Głównymi odbiorcami środków publicznych na realizację zadań w obszarze aktywności sportowej są kluby i organizacje sportowe. Jednak udział mieszkańców w ich ofercie jest śladowy (w niektórych województwach wynosi tylko 2 proc.).



Ryc. 26.
Ćwiczący w klubach wg województw (2014)
źródło: BDL GUS

¹⁵⁹ Na stronie projektu można znaleźć artykuł Jaremy Piekutowskiego o tym, jakie są mechanizmy finansowania działań organizacji ze środków publicznych i jakie ma to znaczenie dla kształtowania sytuacji sportowej, <http://pns.frkf.pl/konsultacje-tematy/jak-organizowac-konkursy-dotacyjne-dla-trzeciego-sektora-sportowego/>.

Organizacje sportowe są wewnątrznie zróżnicowane

Wśród organizacji sportowych są małe uczniowskie kluby sportowe, wiejskie kluby piłkarskie, kluby wielosekcyjne czy związki stowarzyszeń. Różnorodność form prawnych (stowarzyszenia, fundacje rejestrowane w KRS, stowarzyszenia wpisane do rejestru starostw, spółki kapitałowe i akcyjne¹⁶⁰) to także różnorodność potrzeb, rygorów finansowania, ale też możliwości i sposobów działania.

Wskazana byłaby lokalna refleksja nad funkcjonalnym podziałem zadań między organizacjami, tak by te różnice maksymalnie wykorzystać. Konsekwencją byłyby inne zadania dla działającego przy szkole UKS, inne dla klubu, który osiąga wyniki dzięki utalentowanym zawodnikom, a jeszcze inne dla zarządzających lokalną pływalnią. Taki podział zadań uwzględniłby przechodzenie uczestników zajęć z jednego typu organizacji do drugiego (wraz z wiekiem czy przyrostem kompetencji), a także wiedzę na temat nieaktywnych mieszkańców oraz oferty komercyjnej, która lokalnie może bardzo zmieniać sytuację rynku.

Organizacje sportowe stoją przed wieloma wyzwaniami

Z pogłębionej diagnozy sytuacji sektora sportowego w województwie warmińsko-mazurskim¹⁶¹ wynika, że najważniejszymi wyzwaniami dla organizacji sportowych są:

- dbałość o podniesienie kompetencji zrzeszonych w niej działaczy i pracowników (potrzebna jest nowa wiedza na temat pozyskiwania środków, zarządzania projektem, zarządzania wolontariatem, budowania partnerstw, promocji, rozwoju narzędzi IT);
- zawiązywanie operacyjnych partnerstw z przedstawicielami innych sektorów (edukacji, zdrowia, kultury, spraw społecznych), mających na celu wspólne realizowanie projektów, poszerzenie obszarów wpływu, pozyskanie nowych członków, lepszą promocję, rzeczywistą zmianą sytuacji wewnątrz i na zewnątrz sektora w przypadku efektów jego oddziaływań;
- myślenie strategiczne (wewnątrz organizacji oraz lokalnie, wspólnie z innymi organizacjami), mające za zadanie ustanowienie celów, planowanie zmian i działań, skupienie na wskaźnikach ich osiągnięcia i transparentną, wspólną realizację;
- dbałość o dane – liczenie uczestników, pytanie o ich potrzeby i opinie, wspólne (również na poziomie lokalnym) zbieranie tej wiedzy i jej analizowanie, np. wraz z miejscowymi uczelniami.

Trzeci sektor sportowy ma spory potencjał rozwoju

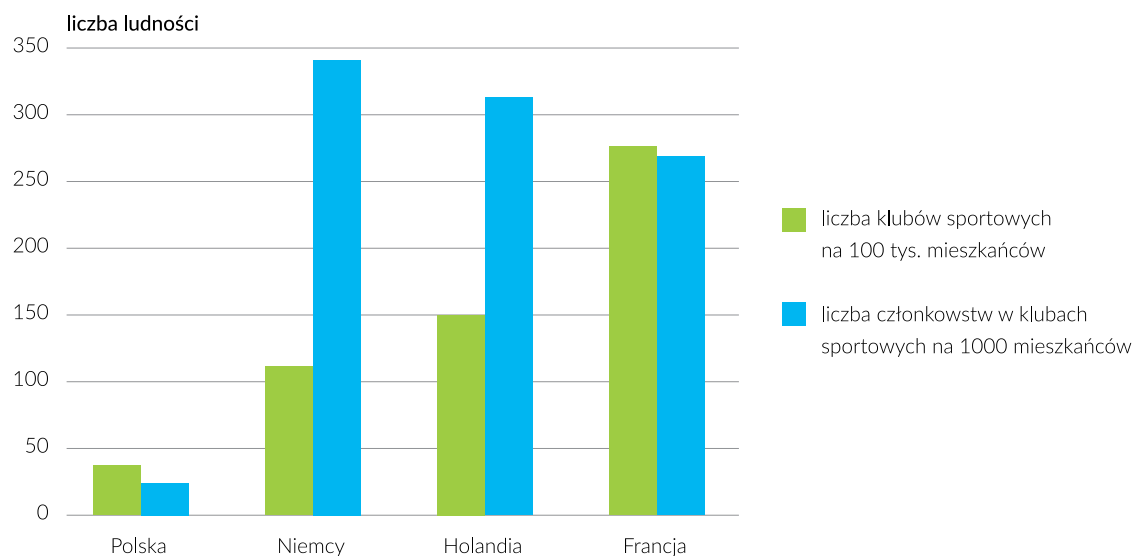
Na podstawie przykładów innych krajów i biorąc pod uwagę obecny poziom aktywności fizycznej można wnioskować, że wśród organizacji sportowych istnieje wciąż duży potencjał – mogą być liczniejsze, mogą się rozwijać i profesjonalizować oraz zwiększać liczbę członków i uczestników zajęć.

Chcąc pracować nad rozwojem, organizacje sportowe muszą jednak zainwestować czas i kompetencje w ewolucyjne zmienianie sposobu działania, lepszą lokalną współpracę i pomysły na nowe projekty. Obecnie organizacje sportowe są przez sposób działania i źródła finansowania uzależnione od sektora publicznego, a pamiętać trzeba, że tak naprawdę ich natura powinna być obywatelska i bliższa oddolnym ruchom samych mieszkańców. Dlatego słusznym kierunkiem rozwoju są: większa otwartość na nowych członków, większa liczba partycypacyjnych elementów działania i podejmowania decyzji, dialog z lokalną społecznością i projektowanie działań zgodnie z lokalnymi potrzebami, a także dbanie o sukcesję we władzach (nie wykluczając obecności doświadczonych działaczy). Wszystkie te czynniki składają się na nową formułę zarządzania organizacją, od lat przedmiot namysłu ekspertów od zmiany społecznej¹⁶².

¹⁶⁰ http://poradnik.ngo.pl/organizacje_sportowe (dostęp: 2.09.2015).

¹⁶¹ Całość dokumentu dostępna tutaj: http://bip.warmia.mazury.pl/urzed_marszalkowski/682/2830/Raport_z_diagnozy_sportu_w_województwie_warmińsko-mazurskim/.

¹⁶² Ciekawy podręcznik na temat dobrego zarządzania w organizacjach sportowych można znaleźć na stronie ISCA: <http://www.isca-web.org/english/news/goodgovernanceingrassrootssportguidelines> (dostęp: 2.09.2015).



Ryc. 27. Liczba klubów sportowych oraz członkostw w klubach sportowych, w odniesieniu do liczby ludności w wybranych krajach (2012)

źródło: Dane opracowane w „Programie Rozwoju Sportu do 2020” na podstawie: Les chiffres-clés du sport, Ministère des sports, de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative, Paris 2013; liczba ludności (2012) za: Eurostat, Ledentalrapportage 2012, Nederlands Olympisch Comité *Nederlandse Sport Federatie (NOC*NSF); liczba ludności (2012) za: Eurostat oraz Deutscher Olympischer Sport Bund, Bestandserhebung 2013



Ryc. 28. Model rozwoju organizacji sportowych

źródło: opracowanie Aleksandra Goldys

Związki sportowe

Istotnym założeniem powinien być rozwój związków sportowych, które w innych krajach są niezwykle istotnymi organizatorami działań, zarówno w obszarze sportu wyczynowego, jak i powszechnego. Jako dobry przykład mogą służyć brytyjski Związek Rugby¹⁶³ czy Francuski Związek Lekkiej Atletyki. Oba stopniowo traciły na znaczeniu, umniejszając popularność swoich dyscyplin. Dzięki podjętym działaniom na rzecz upowszechnienia swoich sportów wśród amatorów, mocnej współpracy ze szkołami, sektorem zdrowia i akcją medialnym, ukazującym dyscypliny w nowym świetle, udało im się: zwiększyć popularność wśród amatorów i polepszyć wyniki w sektorze sportu profesjonalnego (co również przełożyło się na dobre kontrakty sponsorskie i rozbudowanie bazy kibiców – bardzo ważne źródło środków na rozwój dyscypliny).

7.5. Sektor komercyjny

Aby lepiej rozumieć praktyki Polaków w obszarze aktywności fizycznej, koniecznie należy przyrzeć się ofercie komercyjnej. I nie chodzi o płatną działalność organizacji pozarządowych czy składki członków klubów sportowych, ale o sektor fitness, rozumiany szerzej niż tylko popularne siłownie (Ryc. 29).

Komercyjne kluby fitness są coraz popularniejszą przestrzenią sportową

Z badań sektora fitness, przeprowadzonych w ubiegłym roku w kilkunastu krajach Europy przez firmę doradczą Deloitte¹⁶⁴, wynika, że w Polsce rozwija się on znakomicie (podobnie jak w Turcji). Zdaniem Deloitte jest to związane ze wzrostem PKB.

Według autorów ekspertyzy, na koniec 2014 roku działało w naszym kraju 2,5 tys. klubów fitness, których członkami było 2,73 miliona ludzi (nie jest to równoważne z regularnym ćwiczeniem w klubach). W dwa razy większych Niemczech otwartych jest obecnie ponad 8 tysięcy klubów, do których uczęszcza 9 milionów aktywnych członków. Można więc zakładać, że w najbliższym czasie w Polsce będziemy świadkami przynajmniej podwójnego wzrostu liczby uczęszczających na zajęciach fitness.

Fenomenem polskiego rynku fitness są tzw. karty pracownicze. Kart Benefit używa prawie pół miliona osób(!). Oczywiście samo posiadanie karty nie oznacza regularnego korzystania z oferty, ale wszelkie zniżki i programy motywacyjne są dla Polaków niezwykle ważne (polscy klienci rynku fitness są wciąż bardzo wrażliwi na cenę).

Duży potencjał wzrostu rynku komercyjnych usług fitness – wciąż bardzo początkowy etap rozwoju

Rynek usług fitness jest w Polsce bardzo rozdrobniony. Najwięksi gracze zajmują ogółem niecałe 5 proc. rynku¹⁶⁵. Działa więc dużo małych firm i pojedynczych klubów, niepowiązanych w sieci. Eksperti przewidują, że w najbliższym czasie w Polsce będzie dochodzić do coraz większej konsolidacji (mniej sieci, ale za to większych) oraz segmentacji (podziału na usługi o różnym typie i jakości: od zupełnie podstawowych i najtańszych, przez sprofilowane do konkretnej grupy i usługi *premium*).

¹⁶³ <http://www.englandrugby.com/>. Szczególnie interesująca jest podstrona *My Rugby* (moje rugby).

¹⁶⁴ <http://www.slideshare.net/DeloittePolska/kluby-fitness-16042015sportfinanseuropeanhealthfitnessmarket> (dostęp: 7.09.2015).

¹⁶⁵ Warto porównać obecną sytuację z tą sprzed 10 lat: J. Żyśko, *Rynek usług sportowo-rekreacyjnych. Aspekty teoretyczne i praktyczne* [w:] *Turystyka i Rekreacja*, red J. Kosiewicz, K. Obodyński, Rzeszów 2006, s. 377–387.



Ryc. 29. Główne cechy rynku klubów fitness w Polsce

źródło: opracowanie Aleksandra Goldys

Siłownia to tylko dodatek – aktywni Polacy są aktywni na wiele sposobów

Usługi fitness – według badań IQS na zlecenie Polskiego Związku Pracodawców Fitness – są dla ponad 50 proc. ich odbiorców aktywnością dodatkową, jednym z elementów stylu życia grupy najbardziej aktywnych fizycznie mieszkańców, którzy oprócz tego biegają, pływają czy jeżdżą na rowerze. Podobnie jak w przypadku analizy danych biegaczy – ciekawie wygląda przyrost udziału w grupie „najnowszych” aktywnych – jest tam więcej kobiet i młodzieży, choć wśród doświadczonych klientów zdecydowanie przeważają mężczyźni w wieku 30–40 lat.

Kluby fitness i siłownie nie są równo dostępne dla wszystkich

Potencjał rozwojowy i popularność usług fitness mają duże znaczenie dla sportu i jego dynamiki. Jednak trzeba pamiętać, że profesjonalna oferta komercyjna wciąż jest znacznie lepiej dostępna w miastach. Ponadto miesięczny koszt korzystania z jej usług może być dla wielu osób barierą, choć średnio użytkownik klubu fitness nie wydaje miesięcznie więcej niż 120 zł. Fitness to również oferta niedostosowana do potrzeb młodszej młodzieży. Z perspektywy socjologicznej pewną wadą tego rodzaju kwalifikacji jest jego indywidualistyczny charakter, niemobilizujący kapitału społecznego koniecznego np. w aktywizacji grupy znajomych do stałego przychodzenia na lokalne boisko i pogrania w kosza.

7.6. Podsumowanie

Na podstawie zebranych informacji o instytucjach i organizacjach oraz infrastrukturze polskiego systemu sportowego należy podkreślić, że pod względem do niej dostępu sytuacja w kraju jest zadowalająca. Brakuje jednak dobrych i zrównoważonych planów utrzymania już istniejących dużych obiektów oraz rozwoju niestandardowych rozwiązań przestrzennych (poza klasycznym budowaniem boisk i basenów). Zauważalna jest wielka potrzeba nowych pomysłów i innowacji, tak w miastach, jak i na wsiach.

- Zarówno organizacje sportowe, jak i samorządy potrzebują zmiany myślenia o celach i precyzyjnych planach ich realizacji, szczególnie w efektywnym wykorzystywaniu sportu do przyciągania grup dotąd nieaktywnych oraz włączaniu jego do projektów zdrowotnych, edukacyjnych i z zakresu inkluzji społecznej (co jest bardzo częstym elementem nowych polityk publicznych, np. w ramach regionalnych programów operacyjnych).
- Z oferty organizacji sportowych korzysta podobna liczba Polaków, jak z oferty komercyjnych klubów fitness. Obydwa typy usług charakteryzują się nieco innym profilem odbiorcy (w małych miejscowościach oferty komercyjnej jest też po prostu dużo mniej, a na droższe zajęcia pozwolić sobie mogą jedynie zamożniejsi Polacy). Porównując z liczbą klubów w innych krajach, widzimy wyraźnie, że oba obszary charakteryzuje duży potencjał. Coraz więcej aktywnych fizycznie Polaków oznacza dobre warunki dla biznesu i wzmocnienie dla organizacji pozarządowych.
- Organizacyjnie należy szukać takich modeli, które w sposób zrównoważony angażują zarówno środki i zasoby publiczne, kompetencje i doświadczenie organizacji pozarządowych, ofertę komercyjną, jak i mobilizują samych obywateli.

7.7. *Dobra praktyka*

Mocne zaangażowanie rządu i środków Ministerstwa Sportu i Turystyki pozwala realizować na dużą skalę programy, które akcentują kluczowe kwestie sportu dla wszystkich. Wśród nich wymienić można takie jak: „Mały Mistrz” (wsparcie metodyczne dla nauczycieli klas I–III w prowadzeniu lekcji wychowania fizycznego), „MultiSport” (dodatkowe zajęcia sportowe dla dzieci w klasach IV–VI) czy „Nasz Orlik” (rozbudowany system wspierania animatorów pracujących na boiskach typu orlik i całych społeczności). Są one współfinansowane ze środków rządu, urzędów marszałkowskich oraz poszczególnych gmin. W organizacji tych programów ważne było skupienie się na konkretnych wyzwaniach (coraz mniejsza aktywność fizyczna dzieci) oraz na dostępnych zasobach (istniejąca infrastruktura orlików). Teraz przed autorami wymienionych projektów stoi zadanie rozwijania dalszych działań (aby reagować na zachodzące zmiany), coraz większej efektywności (więcej uczestników, trwałe efekty, docieranie do nowych grup/lokalizacji) oraz wykazanie się umiejętnością pokazywania efektów.

Działająca na Pomorzu Fundacja Sport na Zdrowie jest przykładem nowoczesnej organizacji pozarządowej, reagującej na wyzwania zdrowotne i dowodzącej, jak skutecznym narzędziem profilaktyki i leczenia może być sport. Prowadzi ośrodek, w którym lekarze specjaliści zajmują się głównie dziećmi z astmą i alergiami, organizuje turnusy rehabilitacyjne, ale też zajęcia sportowe ze szczególnym naciskiem na angażowanie młodych osób dotkniętych chorobami cywilizacyjnymi. Na swoją działalność fundacja pozyskuje pieniądze ze środków Unii Europejskiej, współpracuje ze sponsorami, jest częścią Pomorskiego Klastra Żeglarskiego (celem jest współpraca na rzecz rozwoju żeglarstwa oraz wszystkich związanych z nim przedsiębiorstw i inicjatyw), dba również o rozwój wolontariatu¹⁶⁶.

7.8. *Znaczenie sportu w gospodarce narodowej*

autor: Igor Perechuda

Sport i gospodarka są obszarami ściśle ze sobą powiązanymi. Jakość i efektywność tych powiązań determinuje obraz kraju na arenie międzynarodowej. Analiza polskich realiów winna

¹⁶⁶ <http://sportnazdrowie.org/start.html>.

być prowadzona w kontekście innych krajów, zwłaszcza tych, które osiągają lepsze wyniki, zarówno w dziedzinie gospodarczej, jak i sportowej.

Sport jest sektorem dynamicznym, zyskującym coraz większe zainteresowanie i biorącym udział w rozwoju gospodarczym kraju. Może wpływać na podniesienie standardu infrastruktury oraz przyczynić się do tworzenia nowych miejsc pracy, nie tylko tych bezpośrednio związanych ze sportem i biznesem sportowym (np. trener, instruktor, fizjoterapeuta, zawodnik, jak również w sztabach szkoleniowych i administracyjnych organizacji sportowych, w organizacjach i przedsiębiorstwach prowadzących zajęcia fizyczne, w biznesie związanym z dystrybucją sportowych produktów konsumpcyjnych), ale i w tych mających pośredni związek z aktywnością fizyczną. Dane zaprezentowane w Tab. 4 ukazują skalę wpływu działalności sportowej (i z nią związanej) na gospodarkę w różnych krajach. Wynika z nich, że na przestrzeni lat 2006–2010 udział sportu w tworzeniu wartości dodanej brutto dla gospodarki waha się w przedziale 1,0–4,9 proc. Podobnie udział zatrudnienia w sektorze sportowym wynosi 1,5–6,4 proc. Najwyższe wskaźniki osiągają dwa kraje Europy kontynentalnej: Niemcy i Austria, co może wynikać z wysokiego odsetka ludności tych krajów korzystającej z klubów sportowych, prozdrowotnych, fitness lub klubów społeczno-kulturalnych, uwzględniających w swej działalności programy sportowe. W Niemczech aż 61 proc. obywateli deklaruje przynależność do tego typu klubów, w Austrii – 57 proc., w Polsce – jedynie 13 proc. (średnia unijna to 33 proc.). Wydaje się zatem, że korzystanie z doświadczeń tych krajów może polskie działania bardzo wspomóc.

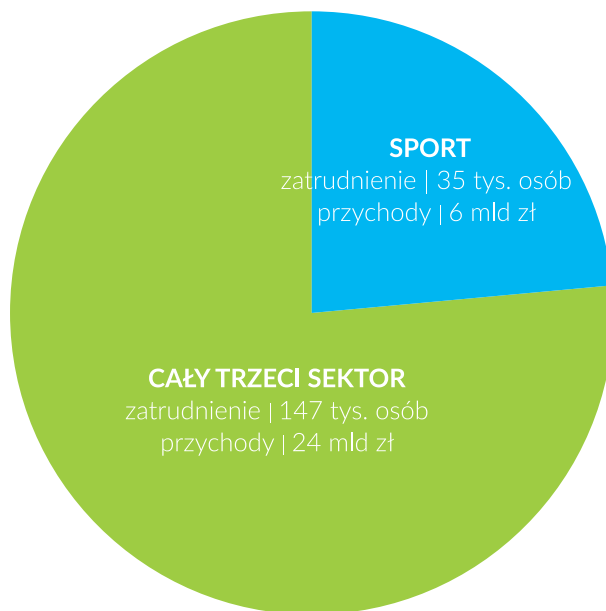
Państwo	Udział sportu w tworzeniu wartości dodanej brutto (%)	Udział zatrudnienia w sektorze sportowym (%)	Udział wydatków konsumpcyjnych gospodarstw domowych na sport (%)
Anglia (2010)	1,9	2,3	2,9
Niemcy (2008)	3,7	4,4	6,6
Holandia (2006)	1,0	1,5	-
Austria (2005)	4,9	6,4	3,6
Szwajcaria (2008)	1,7	2,5	-
Polska (2006)	1,6	2,0	2,1

Tab. 4. Wpływ sportu na gospodarki wybranych krajów

źródło: opracowanie Igor Perechuda na podstawie G. Ahlert, *The German Sport Satellite Accounts (SSA)*, Gesellschaft für Wirtschaftliche Strukturforchung mbH, Osnabrück 2013 oraz *Economic value of sport in England*, Sport England, London 2013

Udział wydatków konsumpcyjnych gospodarstw domowych w sporcie jest równie wysoki. W Niemczech wynosi on 6,6 proc., w Austrii 3,6 proc., a w Polsce 2,1 proc. Udział procentowy dla Polski jest taki sam jak 2 lata wcześniej, w 2012 roku, natomiast wartość nominalna wzrosła z 6,5 mld zł do 6,7 mld zł, razem ze zwiększeniem ogólnych wydatków gospodarstw domowych. Dane statystyczne prezentowane przez GUS za rok 2012 i szacunki własne na 2014 rok wykazały, że średnio ok. 40 proc. gospodarstw domowych ponosi jakiegokolwiek wydatki na sport i rekreację, a roczne wydatki gospodarstw domowych na ten cel stanowiły 400–500 zł.

W tak klasycznych analizach makroekonomicznych i szacowaniu wpływu sportu na stan gospodarki narodowej należy również uwzględnić sektory, które część swojej działalności opierają na sporcie, m.in. media oraz marketing. Po uzupełnieniu danych rachunku narodowego o te dodatkowe branże, trzeba oddziaływanie sportu na gospodarkę plasować na jeszcze wyższym poziomie.

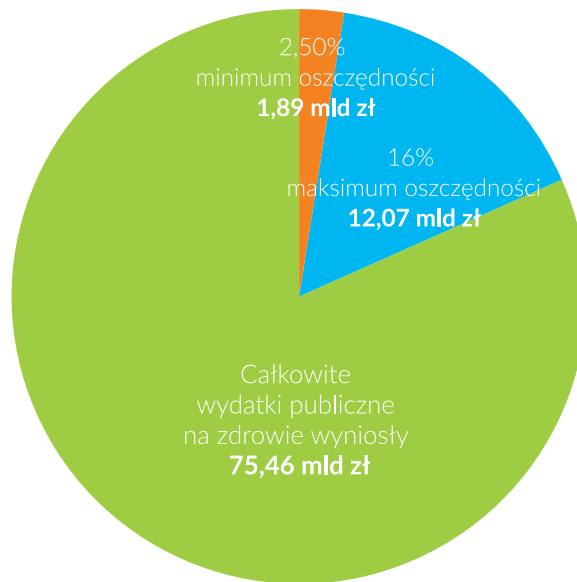


Ryc. 30.
Sport w trzecim sektorze – szacunkowe udziały w 2012 roku
źródło: opracowanie Igor Perechuda, na podstawie danych GUS

Warto zaznaczyć, że współczesne metody pomiaru i oceny wpływu określonych działań na gospodarkę odchodzą od klasycznych rachunków narodowych (wskaźnika PKB czy wartości dodanej brutto) na rzecz wyceny wartości korzyści i kosztów społecznych. Korzyściami tymi są np.: zdrowie, dobrostan społeczeństwa w wymiarach fizycznym, psychicznym i społecznym, wyższa efektywność zawodowa, mniejsza absencja chorobowa. Z kolei przykładowymi kosztami mogą być: obciążenia rentowe i emerytalne czy koszty leczenia. Ponieważ zastosowanie tego rodzaju podejścia do problematyki działalności gospodarczej dostarcza licznych i szczegółowych informacji na temat lepszego zarządzania projektami, politykami regionalnymi i krajowymi – stosuje je wiele instytucji i przedsiębiorstw badawczo-konsultingowych, jak: *Die Gesellschaft für Wirtschaftliche Strukturforshung mbH*, *Sport England* i *Oxford Economics*. Niniejsze opracowanie opiera się na ich badaniach (raportach doradczych i analitycznych, wywiadach niestandardowych) oraz na bazie danych zbieranych przez polskie i zagraniczne instytucje statystyczne. Na podstawie tych raportów można wyodrębnić trzy grupy efektów ekonomicznego wymiaru sportu. Należą do nich:

1. Efekty społeczne i integracyjne, np.:

- w 30 proc. niemieckich klubów sportowych honorowe funkcje pełnią osoby o pochodzeniu migracyjnym, co ma wpływ na integrację społeczną;
- powszechny w klubach sportowych wolontariat pozwalający z jednej strony na wytworzenie wartości dodanej, z drugiej zaś przyczyniający się do rozwoju kapitału ludzkiego wśród wolontariuszy (w Anglii dodatkowa wartość ekonomiczna wolontariatu stanowi równowartość 13 proc. wartości dodanej brutto przez sport, która nie jest do niej wliczona); dla Polski znaczenie trzeciego sektora zostało pokazane na Ryc. 36 – w 2012 roku sport w trzecim sektorze szacunkowo odpowiadał za 6 mld zł wykazywanych przez niego przychodów;
- wzrost dumy narodowej, szczególnie widoczny w trakcie organizacji dużych imprez sportowych, np. EURO 2012 w Polsce; wzrost dobrego samopoczucia, ograniczenie przestępczości, widoczne korzyści dla środowiska, poprawa jakości życia, socjalizacja – rozwój silnych więzi społecznych, aktywność społeczna i obywatelska.



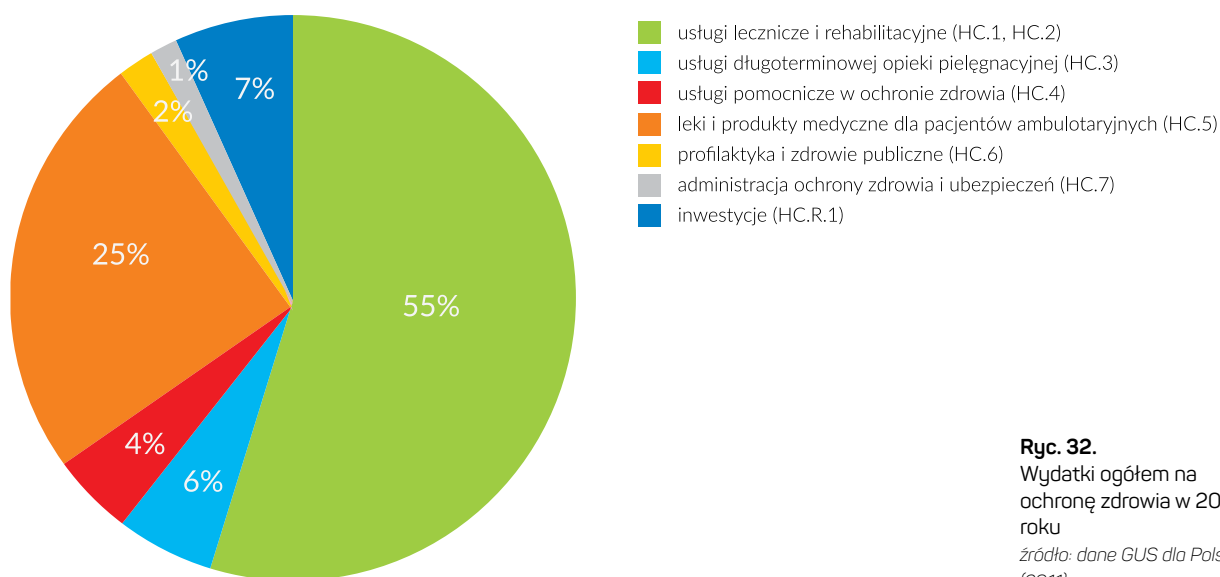
Ryc. 31. Szacunkowe udziały oszczędności kosztów zdrowia publicznego w Polsce przez sektor sportowy

źródło: opracowanie własne Igor Perechuda, na bazie danych GUS dla Polski (2012)

2. Efekt zdrowia publicznego, np.:

- odnotowywanie związanych ze wzrostem sektora sportowego oszczędności kosztów zdrowia publicznego, szacowanych w Niemczech na 2,5–16 proc.;
- w Anglii wylicza się, że 55 proc. tego, co jest wkładem sektora sportowego do wartości dodanej brutto kraju, stanowi dodatkową inwestycję w zdrowie publiczne;
- w Australii roczne koszty zdrowia publicznego, wynikające z braku aktywności fizycznej, sięgają 1,5 mld dolarów australijskich, co stanowi 65 proc. wartości wydatków na zdrowie publiczne¹⁶⁷;
- szacunkowe oszczędności w wydatkach publicznych na zdrowie wynoszą w Polsce od 1,89–12,07 mld złotych (Ryc. 31), co stanowi 2,5–16 proc. całkowitych wydatków publicznych na zdrowie (oszczędności wynikają z mniejszych wydatków na usługi lecznicze, usługi rehabilitacyjne, opiekę pielęgnacyjną, usługi pomocnicze, leki i inne produkty medyczne);
- wśród wydatków ponoszonych ogółem na ochronę zdrowia w Polsce (nie tylko publicznych), te przeznaczone na działania profilaktyczne, wśród których jest aktywność fizyczna, w 2011 roku objęły zaledwie 2 proc. wszystkich kosztów w 2011 roku (Ryc. 32). Zgodnie z tym, co zostało zaprezentowane w innych rozdziałach niniejszej pracy oraz na Ryc. 31., większy udział profilaktyki może przyczynić się do mniejszych wydatków na usługi lecznicze, leki, rehabilitację i opiekę medyczną.

¹⁶⁷ Obliczenia własne na bazie: *Economic benefits of sport* [w:] *Sunshine Coast Sport and Active Recreation Plan 2011–2026*, Sunshine Coast Council 2010, *Public health expenditure in Australia*, Australian Institute of Health and Welfare Canberra 2011.



Ryc. 32.
Wydatki ogółem na
ochronę zdrowia w 2011
roku
źródło: dane GUS dla Polski
(2011)

3. Efekt edukacyjny i wychowawczy, np.:

- W Niemczech sport zorganizowany – w ramach działalności klubów i organizacji związanych ze sportem i aktywnością fizyczną – tworzy największy prywatny sektor edukacyjny. Sport uczy ważnych wartości i norm społecznych, takich jak: uczciwość, szacunek, determinacja oraz czynne obywatelstwo. Aktywność fizyczna wywiera istotny wpływ na rozwój młodego człowieka (rozwój umysłowy we wczesnym dzieciństwie).

Powyższa analiza wykazuje, że bezpośrednie powiązania sportu z gospodarką istnieją zarówno w wymiarze bezpośrednim, jak i pośrednim. W związku z tym oddziaływanie sportu na gospodarkę jest znacznie szersze niż wynika to z Tab. 4.

7.9. Wyzwania dla polskiego sportu powszechnego z perspektywy ekonomicznej w Polsce

Kluczowe wyzwania w dziedzinie sportu i aktywności fizycznej w Polsce (z punktu widzenia ekonomicznego) opracowano na podstawie wywiadów niestandardowych i paneli dyskusyjnych (przeprowadzonych od stycznia do czerwca 2015 roku), przeglądu aktualnych danych oraz publikacji polskich i światowych, a także badania własnego (Tab. 5). Należą do nich: aktywność fizyczna osób starszych i najmłodszych, zarządzanie infrastrukturą, współpraca między różnymi obszarami polityki państwowej i międzysektorowa, a także partycypacja sektora prywatnego.

Główne wyzwania	Opis
1. Aktywność fizyczna osób starszych	Wpływ na współczesne wyzwania rynku pracy
2. Aktywność fizyczna osób najmłodszych	Wpływ na jakość życia osobistego i zawodowego
3. Zarządzanie infrastrukturą	Efektywne zarządzanie projektami inwestycyjnymi

4. Współpraca między różnymi obszarami polityki państwowej	Koordynowanie polityki sportowej z polityką społeczną, gospodarczą, finansową i kulturalną
5. Partycypacja sektora prywatnego	Niski poziom partycypacji sektora prywatnego
6. Współpraca międzysektorowa	Konieczność współpracy sektora publicznego, prywatnych przedsiębiorstw i organizacji pozarządowych
7. Wykluczenie ze sportu i aktywności fizycznej	Problem dysproporcji w dostępności usług i infrastruktury sportowej pomiędzy różnymi obszarami

Tab. 5. Kluczowe wyzwania w dziedzinie sportu i aktywności fizycznej z punktu widzenia ekonomicznego w Polsce (w kolejności od najważniejszych)

źródło: opracowanie Igor Perechuda

Aktywność fizyczna osób starszych

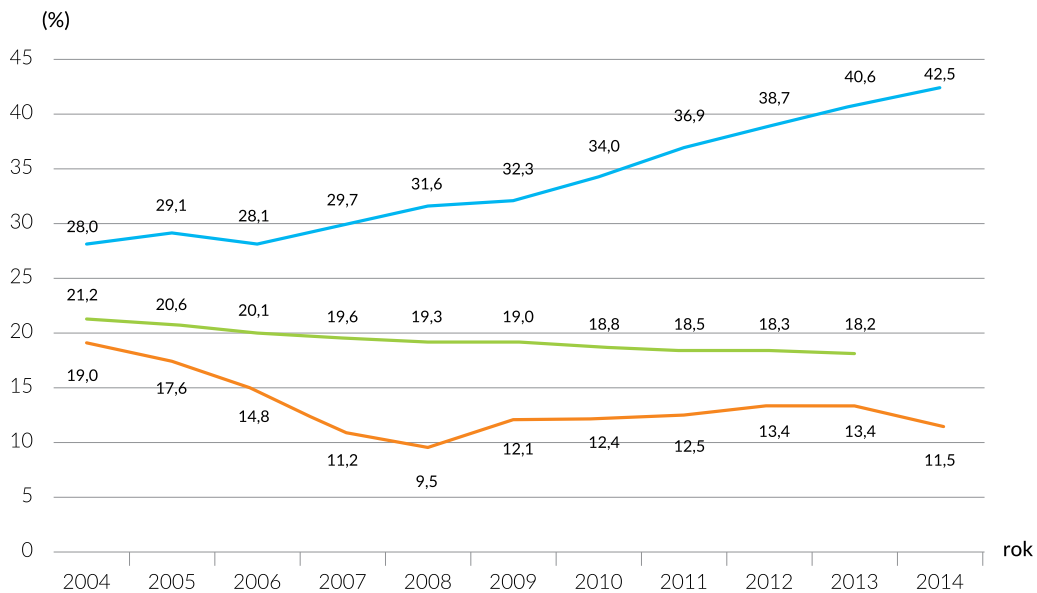
Raporty demograficzne są zgodne co do jednej kwestii – Polska, tak jak kraje Europy Zachodniej, jest starzejącym się społeczeństwem. W konsekwencji, udział osób starszych w populacji jest i będzie coraz większy. Z perspektywy ekonomicznej szczególnie zwraca uwagę kilka kwestii:

- większe wydatki i świadczenia emerytalne ze środków publicznych,
- większe wydatki i świadczenia zdrowotne, rehabilitacyjne, rentowe ze środków publicznych (szacunki podają, że wzrost kosztów opieki zdrowotnej w latach 2013–2060 wyniesie 4,2–5,5 proc. PKB),
- kurczące się zasoby osób aktywnych zawodowo,
- wzrost ubóstwa osób starszych,
- brak efektywnego systemu opieki nad osobami starszymi.

Część tych problemów wynika z szybko pogarszającego się stanu zdrowia osób starszych i skupiania się wyłącznie na ograniczaniu skutków tej sytuacji, a nie na eliminowaniu jej przyczyn. Jednym z powodów słabego zdrowia jest niska aktywność fizyczna, a szczególnie brak świadomości, że stosowana wśród seniorów jako profilaktyka, może ograniczać występowanie zaburzeń zdrowotnych. Badania naukowe wielokrotnie dowiodły, że dzięki aktywności fizycznej możemy osiągnąć:

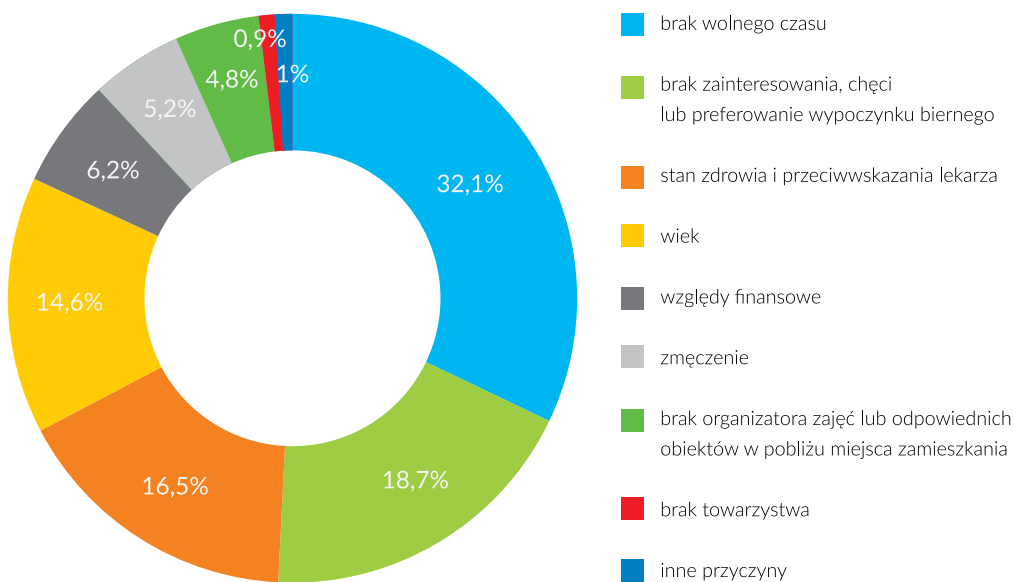
- dłuższe życie w zdrowiu,
- lepszą jakość życia,
- niższe prywatne koszty życia,
- dłuższą aktywność zawodową,
- ograniczenie wydatków publicznych emerytalnych, rentowych, rehabilitacyjnych, zdrowotnych (ich szacunkowy wpływ na gospodarkę zaprezentowano na Ryc. 30).

Należy spodziewać się, że rynek pracy – biorąc pod uwagę współczesne zmiany demograficzne – coraz bardziej będzie doceniał osoby starsze (Ryc. 32). W 2013 roku w Polsce ogólny wskaźnik zatrudnienia dla grupy wiekowej 55–64 lata wynosił 40,6 proc. (w 2014 – 42,5 proc.). Jest on jednym z najniższych wskaźników wśród krajów Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD, *Organization for Economic Cooperation and Development*), skupiającej 34 wysoko rozwinięte i demokratyczne państwa, i wynosi znacznie poniżej jej średniej (54,9 proc.). Niższy jest również od średniej unijnej, równej 49,5 proc. W związku z tym nieodzowna wydaje się dbałość o jak najdłuższe podtrzymywanie aktywności zawodowej polskich seniorów. Niezmiernie pomocny w tym względzie będzie wzrost poziomu ich aktywności fizycznej. Wraz z malejącą liczbą młodych osób wchodzących na rynek pracy



- wskaźnik zatrudnienia osób starszych ogółem (55–64) wg BAEL (w procentach)
- ludność w wieku przedprodukcyjnym (0–17 lat) w procentach
- stopa rejestrowanego bezrobocia ogółem (stan na koniec roku w procentach)

Rys. 33. Osoby starsze a rynek pracy
źródło: opracowanie własne Igor Perechuda na bazie danych GUS



Ryc. 34. Bariery uczestnictwa członków gospodarstw domowych w zajęciach sportowych lub rekreacji ruchowej w procentach (2012)
źródło: Uczestnictwo Polaków w sporcie i rekreacji ruchowej w 2012 roku, GUS (<http://stat.gov.pl/>)

będziemy mieć także do czynienia ze zjawiskiem spadającego bezrobocia, co również sprzyja konieczności wydłużania się wieku zawodowego osób starszych. Nie bez znaczenia jest także mniejsza zależność od osób bliskich, pozwalająca na wyższą jakość życia seniorów.

W badaniach na temat barier uczestniczenia w zajęciach sportowych i rekreacyjnych, przeprowadzonych przez GUS, jedną z istotnych przyczyn był wiek (Ryc. 33). Wskazało na niego 14,6 proc. badanych. Ten wynik udowadnia, że część ankietowanych uważa go za przeciwwskazanie do ruchu („jestem już za stary na sport”). Dlatego należy podejmować działania aktywizujące fizycznie ludzi w jak najwcześniejszym etapie ich życia. Znacząco niższa aktywność fizyczna seniorów jest konsekwencją wielu czynników (patrz rozdział 5), które pojawiają się na wcześniejszych etapach życia i sprawiają, że bycie nieaktywnym seniorem wydaje nam się uzasadnione, a podejmowanie aktywności fizycznej w starszym wieku co najmniej trudne czy niekonieczne. Gdy dodamy do tego, że 16 proc. Polaków za powód swojej nieaktywności podaje przeciwwskazanie medyczne i stan zdrowia – objawi nam się paradoks i pułapka myślenia o aktywności fizycznej nie jako o metodzie utrzymania sprawności i zdrowia, ale przywileju przeznaczonym dla młodych i zdrowych. Powszechność tego myślenia znajduje realne odzwierciedlenie w skróconej działalności seniorów na rynku pracy, zmniejszonej aktywności społecznej oraz wszystkich dodatkowych kosztach leczenia i opieki w przypadku osób zależnych.

Zarządzanie infrastrukturą sportową

Na przestrzeni ostatnich kilku lat Polska sporo zainwestowała w rozbudowę i modernizację infrastruktury sportowej. Zarówno tej najbliższej obywatelowi, takiej jak boiska wielofunkcyjne, jak dużych obiektów, na których mogą odbywać się imprezy sportowe i kulturalne. Z badań przeprowadzonych wśród osób związanych ze sportem (czynnie uprawiający lub zawodowo związani) wynika, że ilość dostępnej infrastruktury w Polsce jest na poziomie zadowalającym. Natomiast w trakcie badań wskazywano na konieczność poprawy dostępności do istniejącej infrastruktury oraz właściwe i efektywne jej wykorzystywanie. Problemy najczęściej poruszane w trakcie badań skupiały się na:

- jednokierunkowych wydatkach na rozwój głównie jednej dyscypliny – piłki nożnej;
- efektywnym biznesowym wykorzystaniu dużych aren sportowych (na meczach piłkarskich najwyższej klasy frekwencja sięga ok. 40 proc., czyli jest bardzo niewysoka; ponadto dochodzą kwestie związane z wysokimi kosztami utrzymania obiektów, które przyczyniają się do większego zadłużenia niektórych jednostek samorządu terytorialnego);
- dostępności dużych aren sportowych w ich czasie wolnym dla aktywności fizycznej obywateli;
- podejmowaniu decyzji inwestycyjnych bez koordynacji ze strategią rozwoju, a czasami brakiem istnienia takich strategii w jednostkach samorządu terytorialnego, problemie większej i dłuższej dostępności już istniejących małych obiektów, np. boisk wielofunkcyjnych.

Polska gospodarka nie jest w stanie efektywnie inwestować we wszystkie dyscypliny po równo. Działania inwestycyjne powinny być skoordynowane z wieloletnim planem strategicznym, uwzględniającym uwarunkowania gospodarcze i społeczne. Podejmowanie decyzji zgodnych z takim planem pozwoli uniknąć problemu budowania infrastruktury pod krótkoterminowe potrzeby. Na pierwszym miejscu powinno się zidentyfikować potrzeby społeczne i gospodarcze. Później zgodnie z nimi planować działania, które zaspokoją długoterminowe potrzeby, a następnie pod te działania podejmować decyzje inwestycyjne związane z infrastrukturą, która nie powinna być celem samym w sobie. Wskazana jest zmiana sposobu myślenia ze „zbudujemy i zrobimy, bo jest potrzeba” na „zrobimy, a przy okazji zbudujemy, jeżeli jest to konieczne”. Będzie to skutkowało przejściem z zarządzania obiektami na zarządzanie projektami.

Współpraca między różnymi obszarami polityki państwowej

Polityka sportowa nie działa poza polityką gospodarczą. Dowodem na to są chociażby inwestycje infrastrukturalne. Należy jednak zauważyć, że poziom dużych inwestycji infrastrukturalnych w sporcie w znacznym zakresie został już zrealizowany, co potwierdzają dane na Ryc. 34, gdzie tylko 4,8 proc. badanych uznało brak organizatora lub brak obiektów za barierę uczestniczenia w zajęciach sportowych. W najbliższym czasie możemy mieć do czynienia z mniejszymi wydatkami inwestycyjnymi, co wywrze ujemny wpływ na zmianę PKB Polski w odróżnieniu do lat poprzednich. W związku z tym należy brać pod uwagę inne czynniki ekonomii społecznej, wspomniane już w niniejszym opracowaniu, które w pozytywny sposób wpłyną na rozwój gospodarczy. Skoordynowana współpraca z polityką kulturalną będzie skutkować efektywniejszym gospodarowaniem zasobami.

Można wyróżnić dwa obszary tej współpracy. Obszar pierwszy dotyczy aktywizacji osób starszych. Połączone działania aktywizacji fizycznej i aktywizacji kulturalnej będą sprzyjać wyższej jakości życia osób starszych, co – jak wykazano wcześniej – przekłada się zarówno na jakość życia osobistego, jak i życia zawodowego, istotnej kwestii z punktu widzenia zmian demograficznych na rynku pracy. Obszar drugi to efektywne zarządzanie projektami, w skład których wchodzić będzie obszar infrastruktury sportowej, wykorzystywanej także w obszarze kultury i sztuki.

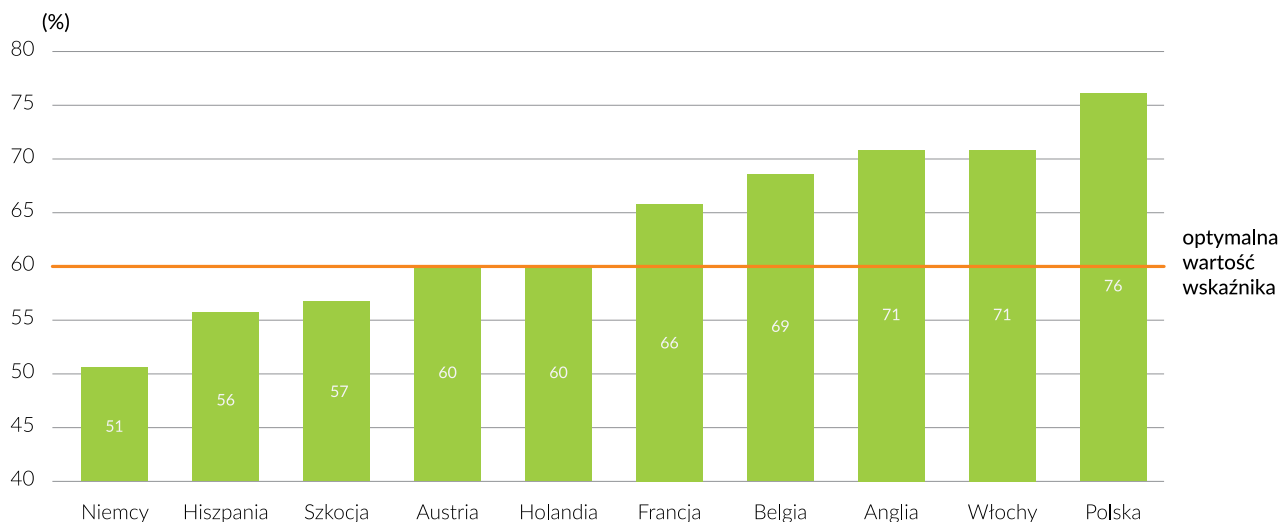
Partycypacja sektora prywatnego

Małą partycypację sektora prywatnego w sporcie widać na podstawie klubów piłkarskich, gdzie często jako właściciel lub współwłaściciel występują jednostka samorządu terytorialnego lub spółka, której współwłaścicielem jest instytucja publiczna (co nie oznacza, że klub jest finansowany z sektora publicznego bezpośrednio lub pośrednio). Partycypacja sektora publicznego w spółkach z najwyższych klas rozgrywek powinna być mniejsza, ponieważ jest to sektor najbardziej komercyjny, który niestety nie działa efektywnie, o czym m.in. może świadczyć poziom wynagrodzeń zawodników w polskiej ekstraklasie w porównaniu z przychodami w innych ligach (Ryc. 35) oraz problemy finansowe, z jakimi borykają się te kluby (Tab. 6).

Dane w mln zł	Ruch Chorzów	Zagłębie Lubin	Cracovia	Górnik Zabrze	Śląsk Wrocław	Korona Kielce	Zawisza Bydgoszcz	Suma danych
Kapitał (fundusz) własny	-14,99	54,80	9,17	-39,33	-23,90	-5,62	0,98	-18,89
Zysk (strata) z lat ubiegłych	-35,53	-100,72	-18,29	-71,44	-54,94	-35,17	-7,11	-323,19
Zysk (strata) z roku bieżącego	-17,49	-6,21	-4,93	-9,72	-6,29	-9, -95	0,56	-54,02

Tab. 6. Wybrane dane finansowe klubów piłkarskich powiązanych kapitałowo z sektorem publicznym
źródło: opracowanie Igor Perechuda na bazie sprawozdań finansowych za 2013 rok albo sezon obejmujący rok 2013

Klub sportowy nie działając dla zysku i realizując aktywności dotowane przez jednostkę samorządu terytorialnego, nie powinien jednocześnie wykazywać notorycznie wysokich strat finansowych. W związku z tym uzasadnione jest lepsze jakościowo lokowanie środków finansowych, zgodnie z głównymi wyzwaniem, stojącymi przed sportem w kontekście gospodarczym.

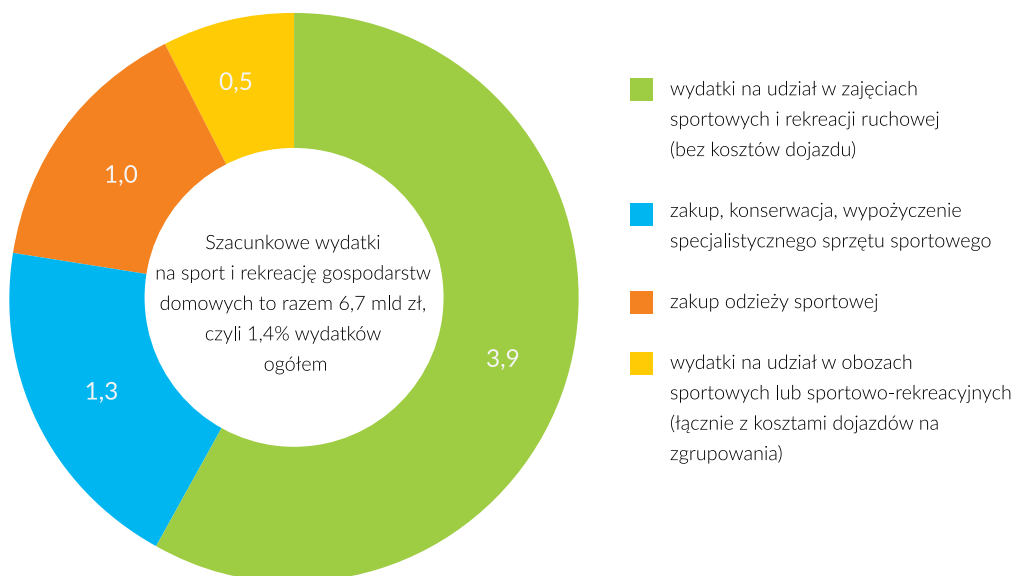


Ryc. 35. Wartość wskaźnika wynagrodzenia/przychody dla najlepszych lig piłkarskich w wybranych krajach europejskich w sezonie 2012/2013 (60 proc. – poziom optymalny)

źródło: Piłkarska Liga Finansowa (2013), Czy pieniądze grają na boisku? – raport Deloitte 2014 (dane dla Polski za 2013 rok)

Współpraca międzysektorowa

Należy zwrócić uwagę na kilka kwestii. Pierwszą z nich jest funkcjonowanie trzeciego sektora w przestrzeni sportowej. Udział stowarzyszeń kultury fizycznej i związków sportowych wynosi w nim 24 proc. wszystkich podmiotów. Szacunkowe przychody wytwarzane przez te podmioty (Ryc. 35) wynoszą ok. 6 mld zł, co pokazuje, że sportowy trzeci sektor ma istotny potencjał do wykorzystania.



Ryc. 36.

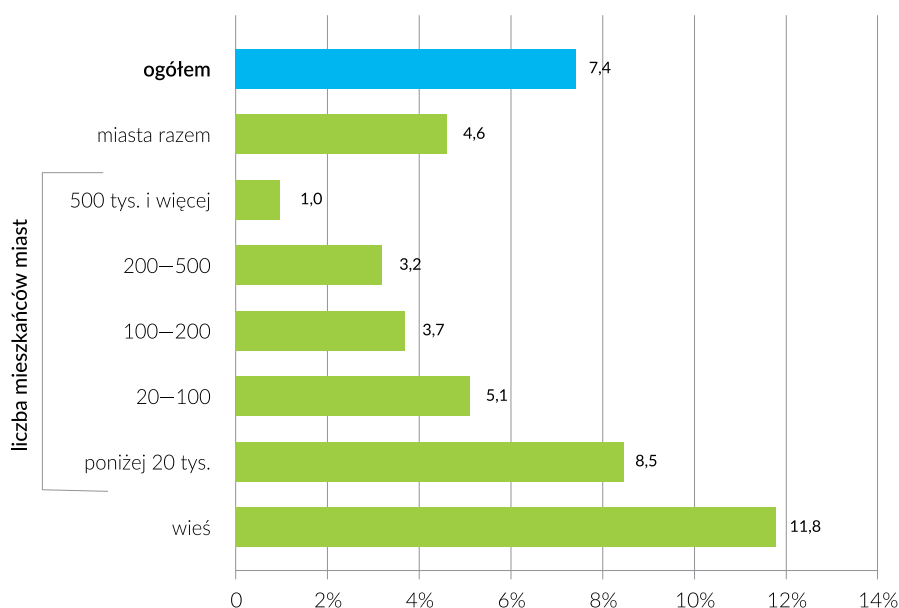
Szacunkowe wydatki na sport i rekreację gospodarstw domowych w Polsce w mld zł (2014)
źródło: opracowanie własne Igor Perechuda, na podstawie bazy danych GUS

W świetle problemów społecznych kraju, wyzwaniem jest przekierowanie działań małych klubów sportowych z celu, jakim jest osiągnięcie sukcesu sportowego, w stronę popularyzacji i rozpowszechniania sportu, aktywności fizycznej i realizacji zadań polityki społecznej. Zarządzanie tymi podmiotami powinno być w większym stopniu skupione na osiągnięciu celów

społecznych niż wyników sportowych. Kierunek ten pozwoliłby otworzyć się na nową współpracę z instytucjami publicznymi oraz zainteresowałby sektor prywatny działaniami w zakresie CSR, czyli biznesu odpowiedzialnego społecznie. Poruszany jest problem finansowania najmłodszych osób, które w przyszłości mają szansę odnosić sukcesy sportowe na krajowym i światowym poziomie. Należy szukać zachęt dla sektora prywatnego, który mógłby wspierać szkolenie młodzieży. Przykładem dobrej współpracy w tym obszarze byłoby współdziałanie przedsiębiorców ze szkołami mistrzostwa sportowego, w wielu przypadkach mające już miejsce.

Wykluczenie ze sportu i aktywności fizycznej

Wyzwanie to dotyczy problemu wykluczenia osób z przestrzeni sportowej i aktywności fizycznej poprzez ograniczony dostęp do: infrastruktury, usług, organizacji i instytucji. Największa dysproporcja występuje pomiędzy obszarami wiejskimi a miejskimi. Mieszkańcy miast, szczególnie dużych, nawet jeśli nie są zamożni, mają znacznie szerszy dostęp do infrastruktury i usług.



Ryc. 37.

Zasięg ubóstwa skrajnego w 2014 roku wg klasy miejsca zamieszkania, w proc. osób w gospodarstwach domowych

źródło: *Ubóstwo ekonomiczne w Polsce w 2014 roku*, Główny Urząd Statystyczny (<http://stat.gov.pl/>)

Osoby starsze zamieszkujące obszary miejskie, mają dostęp do usług i dóbr z zakresu aktywności fizycznej, kierowanych właśnie do jej kategorii wiekowej. Natomiast mieszkańcy obszarów wiejskich często są go pozbawieni i warto starać się, by w tę kwestię zaangażował się trzeci sektor. Obszary wiejskie są narażone na skrajne ubóstwo gospodarstw domowych trzykrotnie częściej niż obszary największych miast (Ryc. 37), tak więc projektując programy wspierania sportu i aktywności fizycznej, należy te ekonomiczne dysproporcje mieć na uwadze. Wprawdzie budżety małych samorządów i organizacji z terenów wsi są często znacznie niższe, to tworzenie atrakcyjnej oferty sportu powszechnego jest tam możliwe – i niezwykle potrzebne – nawet w najmniejszych lokalizacjach. Przy ich kreowaniu w większym stopniu należy opierać się na istniejących zasobach i partycypacji społeczności w działaniach organizacji. Inwestowanie w kompetencje kadr tych organizacji może mieć kapitalne znaczenie dla perspektyw rozwoju, a dobra współpraca z lokalnym biznesem – dodatkowo zniwelować deficyty budżetowe organizacji. Ogólne rekomendacje nie są do zastosowania, dlatego być może warto tworzyć programy profilowane

dla małych ośrodków. Ma to znaczenie również dlatego, że bieda, wielodzietność, brak odpowiedniego dostępu do opieki zdrowotnej, usług opiekuńczych oraz edukacji (szczególnie zajęć pozaszkolnych) występuje na wsi częściej niż w miastach. Postulowane w naszej publikacji podejście do sportu dla wszystkich jako jednego z czynników budowania kapitałów: społecznego, ludzkiego i ekonomicznego, jest więc tutaj niezwykle potrzebne. Ukierunkowanie działań trzeciego sektora w zakresie aktywności fizycznej mogłoby stać się wsparciem dla tej grupy ludności i pomóc jej zarówno w rozwoju osobistym, jak i zawodowym.

7.10. Ocena społecznych i gospodarczych efektów przedsięwzięć w sporcie powszechnym

Działania podejmowane w sferze sportowo-rekreacyjnej, zarówno inwestycje w infrastrukturę, jak i w przedsięwzięcia społeczne (finansowanie działalności organizacji, imprezy, szkolenia, doradztwo, badania), są często inicjowane i finansowane przez jednostki samorządowe. Jako takie powinny realizować cele publiczne i być odpowiedzią na zapotrzebowanie społeczne, wyraźnie wskazywać komu i jak mają służyć, a ich podstawowym składnikiem powinna być ocena efektów przedsięwzięcia. Przy czym nie można się tu ograniczyć do prostego rachunku ekonomicznego, jak przychody pieniężne z inwestycji. Oceniając projekt pod kątem efektywności ekonomicznej, należy uwzględniać efekty społeczne. Przykładem takiej analizy jest społeczna stopa zwrotu z inwestycji (SROI, *Social Return On Investment*).

Spółeczna stopa zwrotu z inwestycji

Spółeczna stopa zwrotu z inwestycji jest wskaźnikiem pozwalającym odpowiedzieć na pytanie, ile korzyści w jednostkach pieniężnych przyniesie zainwestowana kwota w działania o charakterze społecznym. W wyniku przeprowadzonych badań własnych wypracowano koncepcję stosowania SROI w przestrzeni sportowej. Analiza ta powinna odbywać się według następujących etapów:

1. Uzasadnienie analizy – dla kogo i w jakim celu? Fundacja starająca się o finansowanie publiczne zadania, może wykazać jednostce publicznej, jakie będą ekonomiczne efekty zrealizowanego celu przedsięwzięcia.
2. Zakres – perspektywa:
 - perspektywa makro – ocena działań z punktu widzenia prowadzenia krajowej polityki w danym obszarze sportu;
 - perspektywa regionalna – ocena działań z punktu widzenia prowadzenia regionalnych programów w obszarze sportu;
 - perspektywa mikro – ocena działań z punktu widzenia jednego konkretnego projektu bądź zadania. Perspektywa ta może dotyczyć na przykład aktywności podejmowanej przez klub sportowy w formie stowarzyszenia rejestrowanego lub inną organizację z trzeciego sektora.
3. Identyfikacja interesariuszy (przykłady: Tab. 7).
4. Identyfikacja wkładu w przedsięwzięcie (przykłady: Tab. 7).
5. Identyfikacja wyniku przedsięwzięcia (przykłady: Tab. 7).
6. Nadanie wartości wynikom przedsięwzięcia (część z oczekiwanych wyników będzie miała nadaną wartość pieniężną w sposób bezpośredni, np. zmniejszenie wydatków na lekarstwa, natomiast w celu oszacowania wartości efektów, które nie mają bezpośrednio przypisanych wartości, można skorzystać z innych, nierynkowych metod wyceny).
7. Oszacowanie wystąpienia prognozowanych wyników bez realizacji przedsięwzięcia, część działań podejmowanych przez dany podmiot może bowiem wystąpić bez względu na to, czy przedsięwzięcie dojdzie do skutku.

8. Kalkulacja wskaźnika według poniższego wzoru (dla projektów społecznych zalecana stopa dyskonta przez Komisję Europejską jest na poziomie 5,5 proc.)¹⁶⁸.
Zdyskontowane przyszłe korzyści – suma wartości oczekiwanych wyników w przyszłych okresach, podzielonych przez czynnik dyskonta $(1 + \text{stopa dyskonta})^n$, gdzie n – okres danego wyniku w przyszłości, np. czwarty rok.

$$\text{SROI} = \frac{\text{zdyskontowane przyszłe korzyści}}{\text{wycenione nakłady}}$$

Etapy 3., 4., 5. mogą obejmować kategorie zaprezentowane w Tab. 7, która została stworzona pod kątem działań na rzecz aktywności fizycznej osób starszych. Na szczególną uwagę zasługują czynniki ujęte w kolumnie „wyniki”, ponieważ stanowią one podstawę do tego, jak należy podchodzić do wyceny działań społecznych.

Grupy interesariuszy	Nakłady	Wyniki
Klienci indywidualni bezpośredni – osoby starsze	czas	mniejszy stres większa sprawność brak problemów ze snem mniejsze wydatki na lekarstwa mniejsze wydatki na pomoc domową mniejsza zachorowalność na depresję
Klienci indywidualni pośredni – rodzina i bliscy	czas, pieniądze	lepsza jakość życia rodzinnego więcej wolnego czasu
Klienci organizacyjni – ubezpieczyciel, instytucja finansująca leczenie	pieniądze	mniejsze wydatki rehabilitacyjne mniejsze wydatki rentowe mniejsze wydatki na hospitalizacje
Klienci organizacyjni pozostali – kluby sportowe	czas, wiedza, potencjał sieci	promocja działalności przychody
Jednostki Samorządu Terytorialnego	czas, pieniądze	wizerunek niwelowanie efektów zewnętrznych rozwój regionu większe zatrudnienie
Menedżerowie	czas, umiejętności, wiedza	wynagrodzenie doświadczenie
Kapitałodawcy	pieniądze	premia
Pracownicy	czas, umiejętności, wiedza	wynagrodzenie doświadczenie
Lokalna społeczność	czas	wyższa jakość życia integracja społeczna
Podatnicy, państwo	pieniądze	większe zatrudnienie większe dochody

Tab. 7. Interesariusze, nakłady i wyniki w przedsięwzięciach sportowych na poziomie mikro, analizowane poprzez SROI

źródło: W.B. Cieśliński i in., *Aktywność sportowa adaptacyjna osób starszych – założenia teoretyczne modelu SROI*, Konferencja „Współczesne wyzwania gerontologii” 2015

¹⁶⁸ *Guidance on the methodology for carrying out cost-benefit analysis, European Commission Directorate – General Regional Policy, Thematic development*, http://ec.europa.eu/regional_policy/.

Klauzula społeczna

Klauzule społeczne to w unijnym prawie wyjątki od reguł. Ze względu na ważny interes społeczny, w przypadku zamówień publicznych zamawiający może dodać do opisu zamówienia wymóg, by przy jego wykonywaniu był brany pod uwagę konkretny interes społeczny. Na przykład, chcielibyśmy aktywizować osoby starsze, w związku z czym w danym projekcie zatrudnienie musi znaleźć określona liczba seniorów. SROI znajdzie swoje zastosowanie w wykorzystywaniu klauzuli społecznej przy realizacji przedsięwzięć z zakresu sportu i ze sportem powiązanych. Podejście to pozwala uwzględniać istotne względy społeczne w działaniach publicznych. Zastosowanie określonego poziomu SROI jako warunku w klauzuli może sprzyjać wyborowi najbardziej efektywnych działań społecznych. Warunkiem jest to, aby aspekty społeczne odpowiadały na kluczowe wyzwania z perspektywy prowadzonej polityki sportu i aktywności fizycznej. Jeżeli konstrukcja warunków będzie się opierać na strategicznych celach oraz na rachunku ekonomicznym bazującym na społecznej stopie zwrotu, to szanse na efektywne wykorzystanie środków publicznych będą rosły.

Sport a ekonomia społeczna – możliwości działania

Po raz kolejny należy zwrócić uwagę na konieczność budowania długoterminowej współpracy z trzecim sektorem oraz z sektorem prywatnym. W celu zachęty trzeba wychodzić z atrakcyjną ofertą. Partnerstwo trójsektorowe, o którym mowa, może odbywać się w następujących formach:

- zlecenia organizacjom pozarządowym realizacji zadań publicznych;
- wzajemnego informowania się o planowanych kierunkach działalności i zharmonizowanie działań w zakresie budowania strategii dla działań sportowych;
- konsultowania z organizacjami pozarządowymi przygotowywanych aktów normatywnych w dziedzinach dotyczących działalności statutowej tych organizacji;
- budowanie zespołów o charakterze doradczym i inicjatywnym, złożonych z przedstawicieli właściwych organów administracji publicznej.

W przypadku projektów inwestycyjnych i infrastrukturalnych, które po stworzeniu świadczą odpłatne usługi związane z aktywnością fizyczną, sprawdzily się partnerstwa publiczno-prywatne (PPP) w formie DBFO, czyli „projektuj, buduj, finansuj i eksploatuj” (*Design – Build – Finance – Operate*). Partner prywatny projektuje stosowną infrastrukturę, finansując samodzielnie prace konstrukcyjne i projektowe. Na czas trwania umowy inwestycja najczęściej jest własnością prywatnego inwestora, po czym infrastruktura przekazywana jest na rzecz podmiotu publicznego. Istnieje też wariant, w którym infrastruktura jest własnością podmiotu publicznego, zwłaszcza gdy na etapie inwestycji wkład finansowy partnera prywatnego jest niewielki. W porównaniu z modelem BOT, czyli „buduj, eksploatuj, przekaz” (*Build – Operate – Transfer*), w modelu DBFO założeniem jest pozyskanie już na etapie inwestycyjnym wkładu finansowego partnera prywatnego, by wybudować infrastrukturę o większym zasięgu. Model ten jest stosowany, gdy partner publiczny nie ma wystarczających środków na sfinansowanie inwestycji, lub też chce minimalizować wkład ze środków publicznych, poprzez poszukiwanie na rynku możliwości jak największego finansowania inwestycji ze środków prywatnych. W przeciwieństwie do modelu koncesji usługowej (czyli umowy prawnej na świadczenie określonych usług, np. zarządzania obiektami sportowymi) i modelu BOT, partner prywatny finansuje część kosztów inwestycyjnych, a nie tylko koszty operacyjne na etapie eksploatacji. Projekty zrealizowane w tym modelu w Polsce, to np.: Termy Warmińskie, Centralny Park Rekreacji, Balneologii, Turystyki i Wypoczynku – Termy Gostynińskie¹⁶⁹.

¹⁶⁹ A. Pyka, *Hybrydowe modele PPP w warunkach gospodarki polskiej*, „Journal of Management and Finance” 2013, t. 11, nr 2, zif.wzr.pl/pim/2013_2_2_25.pdf (dostęp: 20.05.2015).

7.11. Kompetencje kadr sportu powszechnego

autor: Ewa Niedzielska

Mówiąc o kompetencjach kadr sportu powszechnego, niezbędne jest przywołanie terminologii. Zgodnie z Ustawą z 25 czerwca 2010 roku (Art. 2.1.): „sportem są wszelkie formy aktywności fizycznej, które przez uczestnictwo doraźne lub zorganizowane wpływają na wypracowanie bądź poprawienie kondycji fizycznej i psychicznej, rozwój stosunków społecznych lub osiągnięcie wyników sportowych na wszelkich poziomach”¹⁷⁰. Rada Europy przyjęła bardzo zbliżoną definicję, opisując sport jako: „wszelkie formy aktywności fizycznej, które poprzez uczestnictwo doraźne lub zorganizowane stawiają sobie za cel wypracowanie lub poprawienie kondycji fizycznej i psychicznej, rozwój stosunków społecznych lub osiąganie wyników sportowych na wszelkich poziomach”¹⁷¹. W obie definicje wpisuje się zarówno sport wyczynowy, jak i sport powszechny. W Polsce, jako synonimu tego ostatniego, najczęściej używa się terminu „rekreacja ruchowa”. Oprócz tego możemy w piśmiennictwie spotkać się ze sformułowaniami: „sport dla wszystkich”, „sport masowy”, „sport amatorski”, „rekreacyjna aktywność fizyczna”. Przez swój zdrowotny wymiar sport powszechny staje się dla współczesnych społeczeństw swoistym odpowiednikiem medycyny społecznej.

Dynamiczne zmiany dzisiejszej cywilizacji, integracja europejska i globalizacja mają swoje odzwierciedlenie w równie dynamicznych zmianach nowego rynku usług sportu powszechnego. Kadry rekreacji ruchowej – trenerzy, instruktorzy, animatorzy – to grupa zawodowa, która w szczególności powinna być zorientowana na działania promujące zdrowy styl życia oraz prewencję pierwotną i wtórną chorób niezakaźnych poprzez aktywność fizyczną.

Jedną z pierwszych organizacji zajmującą się szkoleniem kadr rekreacji ruchowej było Towarzystwo Krzewienia Kultury Fizycznej (TKKF), które w latach 1957–1959 opracowało założenia programowe szkolenia instruktorów rekreacji ruchowej. W 1963 roku określono trzy stopnie szkoleń: organizator rekreacji, instruktor rekreacji oraz kierownik – metodyk rekreacji¹⁷². W 1967 roku TKKF rozpoczęło szkolenia instruktorów sportu: kręgli, kometki, ćwiczeń siłowych i kultury-styki. Pierwszą państwową akademicką jednostką, kształcąca w obszarze sportu powszechnego, powołano w 1974 roku. Był to Wydział Turystyki i Rekreacji na Akademii Wychowania Fizycznego w Poznaniu. Dwa lata później TKKF otrzymał uprawnienia koordynowania oraz zatwierdzania szkoleń instruktorskich. W latach 80. rozpoczęto szkolenia instruktorów rekreacji I klasy, wdrażano nowe programy szkoleniowe i specjalności. W 1984 roku wprowadzono program instruktora gimnastyki ze specjalnością aerobik. Ustawa o kulturze fizycznej z 1996 roku oraz rozporządzenie ministra edukacji narodowej z 2001 roku ograniczyły nadawanie tytułu zawodowego w dziedzinie kultury fizycznej, w obszarze sportu powszechnego, jedynie do tytułu instruktorskiego.

Deregulacja zawodu i jej skutki

Podstawowym założeniem deregulacji (dereglamentacji)¹⁷³ jest przekazanie rynkowi oferują-

170 Ustawa z 25 czerwca 2010 roku o sporcie (Dz. U. nr 127 poz. 857 z późn. zm.).

171 Biała Księga na temat sportu, 2007, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?uri=celex:52007DC0391> (dostęp: 6.09.2015).

172 J. Przybylska, *Szkolenie i doskonalenie kadr* [w:] Trzydziestolecie Towarzystwa Krzewienia Kultury Fizycznej, red. Z. Mikołajczak, Warszawa 1989.

173 Deregulacja – „redukcja ograniczeń stawianych przez prawodawcę przed osobami chcącymi wykonywać dany zawód, przy zgodzie co do pozostawienia go w katalogu zawodów regulowanych. Strategia ta dotyczy w szczególności zawodów zaufania publicznego. Prawodawca optymalizuje wtedy stosowane 4 regulacje, kierując się rachunkiem kosztów generowanych przez konkretne rozwiązania i korzyści wynikających z ograniczenia asymetrii informacji na rynku. Deregulacja (a więc redukcja kosztów w rozumieniu ekonomicznym wejścia do zawodu) może obejmować różne obszary ograniczeń, np.: zmniejszenie kosztów (finansowych) nabycia uprawnień do wykonywania danego zawodu, skrócenie ścieżki uzyskiwania uprawnień do wykonywania zawodu czy też zwiększenie prawdopodobieństwa uzyskania uprawnień do wykonywania danego zawodu, np. przez ujednoczenie stosownych egzaminów”. Dereglamentacja – „wyłączenie danego zawodu z katalogu zawodów regulowanych. Całkowita rezygnacja ustawodawcy z regulacji danego rynku jest efektywna w sytuacji, gdy brak jest przesłanek do dalszej interwencji państwa w danym segmencie rynku pracy”. Źródło: *Uzasadnienie deregulacji dostępu do wykonywania zawodów*, <http://legislacja.rcl.gov.pl/docs/2/66680/66716/66717/dokument76660.pdf> (dostęp: 25.06.2015).

temu danego rodzaju usługę wszelkich uprawnień do określania kwalifikacyjnych wymogów stawianych przed osobami ją świadczącymi. Oznacza to m.in. zmniejszenie wpływu państwa na cenę i jakość usługi, ułatwienie dostępu do wybranych zawodów, zniesienie regulacji prawnych dotyczących płacy minimalnej. 25 czerwca 2010 roku Ustawa o sporcie zniósła prawne regulacje związane z wykonywaniem zawodu instruktora rekreacji ruchowej. Jedyną kwestią regulowaną przez prawo pozostało wskazanie tytułów zawodowych: instruktora sportu i trenera sportu.

Deregulacja zawodu instruktora rekreacji oraz otwarcie rynku w obszarze sportu powszechnego mogą i pociągają za sobą pozytywne oraz negatywne konsekwencje. Do pozytywnych zaliczyć można zmiany w kształceniu kadr rekreacji ruchowej w Polsce. Coraz istotniejszą rolę zaczęły odgrywać kwalifikacje, czyli potwierdzone kompetencje (wiedza, umiejętności, kompetencje społeczne). Nabywanie i podnoszenie kwalifikacji instruktorskich może obecnie odbywać się w trojaki sposób: na drodze formalnej (studia), nieformalnej (np. doświadczenie zawodowe) i pozaformalnej (kursy i szkolenia). Te różne ścieżki dochodzenia do efektów uczenia się wymagają opracowania wysokiej jakości systemu weryfikowania kwalifikacji zawodowych. Jego istotnym elementem będą dokumenty pozyskiwane w wyniku rzetelnie przeprowadzonego procesu przygotowania zawodowego. Staną się one dowodem na to, że ich posiadacz pozyskał kompetencje, które zostały zweryfikowane przez powołaną do tego instytucję.

Zwiększenie dostępu do zawodów dotychczas regulowanych poszerza rynek pracy w sektorze sportu powszechnego, umożliwiając większej liczbie osób podjęcie pracy w zawodzie trenera, instruktora czy animatora. Równocześnie zmiany w powstałym po deregulacji rynku świadczenia usług (brak formalnych wymogów zatrudnienia pracownika) mogą wywierać negatywny wpływ na jakość kształcenia przyszłych kadr instruktorskich. Powstaje ryzyko:

- obniżenia jakości usług świadczonych przez niekompetentnych pracowników,
- obniżenia poziomu kształcenia kadr,
- napływu do sektora sportu powszechnego słabo wykwalifikowanej kadry.

Kształcenie kadr

Bardzo istotnymi aspektami w przygotowaniu i funkcjonowaniu kadr sektora sportu powszechnego są m.in.: jakość kształcenia oferowana przez prowadzące je placówki, ujednoczenie efektów uczenia się i procedur je weryfikujących, możliwości awansu zawodowego podejmujących zatrudnienie oraz prestiż zawodowy.

Wzrost liczby placówek szkolących kadry sportu powszechnego może powodować obniżanie się kwalifikacji zawodowych instruktorów. Tym bardziej prawdopodobne, że kursy realizowane w Akademii Wychowania Fizycznego i za pośrednictwem TKKF są postrzegane przez uczestników szkoleń jako przestarzałe i mało przydatne na dynamicznie rozwijającym się rynku pracy¹⁷⁴. Jednocześnie osoby podejmujące szkolenie instruktorskie deklarują wyższość placówek prywatnych nad państwowymi. Skutecznym działaniem, przeciwstawiającym się możliwemu pogorszeniu jakości przygotowania kadr, wydaje się ujednoczenie standardów kształcenia oraz opracowanie krajowego systemu kwalifikacji w sporcie powszechnym (rekreacji ruchowej)^{175,176,177,178}.

Odpowiedzią uczelni na taki stan rzeczy jest Porozumienie Akademii Wychowania Fizycznego w sprawie wspólnego standardu kształcenia instruktorów rekreacji ruchowej (6 maja 2011).

174 A. Iglowska, *System kształcenia specjalistów fitness w Polsce na tle kierunków rozwoju tego obszaru kultury fizycznej* [w:] *Rekreacja, turystyka, kultura: w zagospodarowaniu czasu wolnego*, red. J. Oździński, Gdańsk 2005, s. 191–200.

175 Z. Pelc, M. Zielińska, *Pozytywne i negatywne strony uprawiania aerobiku w ocenie instruktorów* [w:] *Sport gimnastyczny i taniec w badaniach naukowych*, red. Z. Szot, Gdańsk 2001, s. 180–185.

176 A. Iglowska, *System kształcenia specjalistów...*, op. cit.

177 E. Stępień, J. Stępień, *Motywy uczestnictwa...*, op. cit.

178 M. Tonewo, K. Wawrzyńska, *Kształcenie i doskonalenie instruktorów rekreacji ruchowej w zakresie fitness w instytucjach państwowych i placówkach sektora prywatnego* [w:] *Sport i turystyka – razem czy osobno?*, red. M. Boruszczak, „Studenckie Zeszyty Naukowe” 2008, nr V, Gdańsk, s. 51–58.

Jego zaktualizowana wersja, odnosząca się do Europejskich Ram Kwalifikacji, dotyczyła także systemu kwalifikacji w sporcie powszechnym (23 listopada 2013). Porozumienie określało tytuł oraz kompetencje zawodowe, jakie powinien posiadać instruktor rekreacji ruchowej AWF. W dokumencie poruszono również kwestię formy organizacyjnej szkolenia oraz wymagań programowych dla części ogólnej i specjalistycznej szkoleń prowadzonych w postaci kursu instruktorskiego lub specjalności instruktorskiej. Ustalono wzór legitymacji oraz zasady udostępniania programów¹⁷⁹.

Kluczową rolę w pracach nad kwalifikacjami w rekreacji ruchowej, nadawanymi w systemie kształcenia i szkolenia zawodowego, odegrał Krajowy Ośrodek Metodyczno-Szkoleniowy TKKF w Toruniu. Przedstawiciele różnych środowisk – TKKF, uczelni oraz sektora prywatnego – wypracowali koncepcję ramy kwalifikacji w fitnessie, na której podstawie zaproponowano analogiczne rozwiązania dla innych dyscyplin rekreacyjnych^{180, 181}. Ramy powstały na kanwie współpracy międzynarodowej z *European Health and Fitness Association* (EHFA, obecnie *EuropeActive*), co zapewniło ich spójność z rozwiązaniami europejskimi. Były one też jednym z impulsów do zapoczątkowania prac nad Sektorową Ramą Kwalifikacji w Sporcie (SRKS)¹⁸².

Niestety, w klubach fitness wciąż trafiają się niekompetentni instruktorzy rekreacji ruchowej¹⁸³. Od kandydatów do pracy w branży rekreacyjnej pracodawcy wymagają najczęściej znajomości języków obcych, natomiast wśród kompetencji społecznych oczekują zaangażowania, odpowiedzialności za wykonywaną pracę oraz umiejętności pracy zespołowej. Jednak najczęstszym wymogiem stawianym kandydatom jest doświadczenie zawodowe, niekoniecznie w zawodzie związanym z sektorem rekreacji. Na wiedzę i doświadczenie praktyczne wskazują również liczne doniesienia naukowe^{184, 185, 186, 187}. Z badań Szumilewicz, przeprowadzonych na 394 uczestniczkach zajęć grupowych fitness, wynika, że przygotowanie merytoryczne jest również bardzo istotną kompetencją zawodową dla odbiorców usług rekreacyjnych¹⁸⁸.

Trudno jednak osiągnąć doświadczenie zawodowe i odpowiednie przygotowanie merytoryczne w tak dynamicznie rozwijającym się sektorze sportu, jeśli średni okres stażu instruktora rekreacji ruchowej wynosi 5 lat^{189, 190, 191}. Dlaczego tak się dzieje? Dlaczego instruktorzy wycofują się z zawodu, zanim posiadą odpowiedni wachlarz kompetencji, wymagany w ustawicznie rozwijającym się sporcie powszechnym?

Głównymi powodami odejścia od zawodu instruktora są: brak możliwości awansu zawodowego, rodzaj zatrudnienia, nieregularne zarobki, niski prestiż zawodowy. W klubach sportowo-rekreacyjnych niewielu specjalistów zatrudnionych jest na pełnym etacie¹⁹², a zarobki

179 Sektorowa Rama Kwalifikacji w Sporcie – Raport końcowy, materiał w druku, s. 8.

180 A. Szumilewicz, A. Lewandowska-Plińska, *Krajowa rama kwalifikacji w fitnessie*, Konferencja ekspercka „Europejskie rami kwalifikacji w obszarze sportu i turystyki”, Toruń, 12–13.12.2011, Toruń 2011, s. 36–45.

181 A. Szumilewicz, R. Kowalski, *Propozycja Polskiej Ramy Kwalifikacji w Rekreacji Ruchowej*, „Sport dla Wszystkich” 2012, nr 1, s. 28–31.

182 *Sektorowa Rama Kwalifikacji...*, op. cit.

183 A. Zarębska A., *Aktywność fizyczna „fitness” jako forma oddziaływania usprawniająco-zdrowotnego*, rozprawa doktorska, AWFiS, Gdańsk 2007 [za:] A. Szumilewicz i in., *Krajowa rama kwalifikacji w fitnessie*, Konferencja ekspercka „Europejskie rami kwalifikacji w obszarze sportu i turystyki”, 12–13.12.2011, Toruń, s. 3.

184 W. Siwiński, *Poziom adaptacji zawodowej młodego instruktora rekreacji ruchowej* [w:] *Uczestnictwo Polaków w rekreacji ruchowej i jego uwarunkowania*, red. A. Dąbrowski, Płock 2003, s. 37–55.

185 Z. Kubińska, K. Żydek, *Osoba instruktora rekreacji ruchowej ze specjalnością fitness w świadomości uczestników kursu* [w:] *Teoria i praktyka rekreacji ruchowej*, red. Nałęczka D., Bytniewski M., Biała Podlaska 2006, s. 245–251.

186 E. Stępień, J. Stępień, *Motywy uczestnictwa w zajęciach fitness, w opinii ćwiczących i instruktorów* [w:] *Teoria i praktyka rekreacji ruchowej*, red. Nałęczka D., Bytniewski M., Biała Podlaska 2006.

187 D.M. Opoka, *Sylwetka instruktora fitness* [w:] *Fitness nowoczesne formy gimnastyki*, red. D. Pietrzyk, Warszawa 2007, s. 67–75.

188 A. Szumilewicz, *Kwalifikacje w rekreacji ruchowej na przykładzie fitnessu oraz prenatalnej i postnatalnej aktywności fizycznej* [w:] *W drodze do Polskiej ramy kwalifikacji. Dobre praktyki w systemie kwalifikacji*, red. A. Chłoń-Domińczak, A. Fandrejewska, Warszawa 2015, s. 39–52.

189 Z. Pelc, M. Zielińska, *Pozytywne i negatywne strony uprawiania aerobiku w ocenie instruktorów* [w:] *Sport gimnastyczny i taniec w badaniach naukowych*, red. Z. Szot, Gdańsk 2001, s. 180–185.

190 E. Stępień, J. Stępień, *Motywy uczestnictwa...*, op. cit.

191 A. Zarębska, *Aktywność fizyczna...*, op. cit., s. 9.

192 J. Cdak, *Papierowi instruktorzy*, „Kulturytyka i Fitness. Sport dla Wszystkich” 2008, nr 7, s. 58.

uzależnione są od przepracowanej liczby godzin. Nie można również pominąć faktu, że w wykonywanie zawodu instruktora lub trenera wpisane jest ryzyko kontuzji. W takiej sytuacji umowa zlecenie nie daje pracownikom zabezpieczenia finansowego. Instruktorzy rezygnują więc z pracy lub szukają stałego zatrudnienia. Wiele osób traktuje pracę w klubie jako zajęcie dodatkowe. Wszystkie te uwarunkowania mają negatywny wpływ na rozwój kompetencji zawodowych poszukiwanych przez pracodawców – doświadczenie, praktyka zawodowa, zaangażowanie i odpowiedzialność za wykonywaną pracę.

Jednolita procedura egzaminacyjna oraz czytelny system awansu zawodowego mogą stanowić czynnik motywujący do podniesienia jakości usług i kwalifikacji kadr sportu powszechnego. Potwierdzają to badania diagnostyczne, przeprowadzone przez amerykańskich ekspertów z *National Board of Fitness Examiners*, dotyczące opinii na temat standaryzowanego egzaminu dla trenerów fitnessu w Stanach Zjednoczonych¹⁹³. Osoby uczestniczące w zajęciach klubów fitness widziały w takim egzaminie szansę na podjęcie walki z niekompetencją osób zatrudnionych w tych klubach. Natomiast specjaliści rekreacji ruchowej wskazywali na szansę stabilizacji zawodowej na rynku pracy, wyższe zarobki oraz oczekiwany prestiż¹⁹⁴.

Kolejnym elementem motywacyjnym dla osób zatrudnionych w sektorze rekreacji ruchowej jest wytyczenie ścieżki rozwoju zawodowego. Ciekawym przykładem dobrych praktyk w tym zakresie jest opracowanie ścieżki zawodowej dla specjalistów fitnessu przez Krajowy Ośrodek Metodyczno-Szkoleniowy TKKF (Tab. 8). Jej spójność z opracowaniami europejskimi zapewniła współpraca z *European Health and Fitness Association* (EHFA, obecnie *EuropeActive*)¹⁹⁵.

Przedstawiona niżej koncepcja kwalifikacji w fitnessie stała się podstawą tworzenia ram innych specjalności rekreacji ruchowej.

Proponowany poziom kwalifikacji	Proponowana kwalifikacja	Odniesienie do Europejskiej Ramy Kwalifikacji w sektorze zdrowia i fitnessu oparte na pracy <i>Europe Active/European Health and Fitness Association</i>
Poziom 1.	konsultant fitness	
Poziom 2.	1. animator fitness/asystent instruktora fitness 2. instruktor fitness w szkole 3. specjalista formy fitness	<i>Fitness Assistant</i>
Poziom 3.	instruktor fitness ze specjalnością: 1. fitness – nowoczesne formy gimnastyki 2. fitness – ćwiczenia siłowe	<i>Group Fitness Instructor</i> <i>Fitness Instructor</i> <i>Group Exercise to Music</i>
Poziom 4.	trener fitness (trener osobisty)	<i>Personal Trainer</i> <i>Youth Fitness Instructor</i> <i>Active Ageing Trainer</i>
Poziom 5.	trener ukierunkowanych ćwiczeń zdrowotnych	<i>Exercise for Health Specialist</i> <i>PreDiabetes Exercise Specialist</i> <i>Cardiovascular Exercise Specialist</i> <i>Muskuloskeletal Exercise Specialist</i>

¹⁹³ A. Szumilewicz, *Kwalifikacje w rekreacji...*, op. cit., s. 10.

¹⁹⁴ Personal training licensing survey results, National Board of Fitness Examiners – NBFE 2006, http://www.nbfe.org/news/press_releases/survey_results103006.cfm (dostęp: 30.05.2010).

¹⁹⁵ A. Szumilewicz, *Kwalifikacje w rekreacji...*, op. cit., s. 44.

Proponowany poziom kwalifikacji dla szkolnictwa wyższego
Kwalifikacje nadawane tylko przez Akademię Wychowania Fizycznego
Odniesienie do irlandzkiej propozycji *University of Limerick and National Council for Exercise and Fitness*

Poziom 5.	instruktor fitness AWF ze specjalnością: 1. fitness – nowoczesne formy gimnastyki 2. fitness – ćwiczenia siłowe	<i>Fitness Instructor – Certificate in Exercise and Health Fitness (6 NQF)</i>
Poziom 6.	trener fitness AWF (trener osobisty AWF)	<i>Diploma in Exercise and Health Fitness (7 NQF)</i>

Tab. 8. Propozycja kwalifikacji w fitnessie rekreacyjnym

źródło: Propozycja Polskiej Ramy Kwalifikacji w rekreacji ruchowej KOMS SzTKKF oraz Porozumienie Akademii Wychowania Fizycznego w sprawie systemu kwalifikacji w rekreacji ruchowej z 23 listopada 2012 roku

Sektorowa Rama Kwalifikacji w Sporcie

Istotnym elementem w kształtowaniu systemu kompetencji kadr sektora sportu powszechnego jest spójność, uznawanie osiągnięć edukacyjnych, a także opracowanie modelu uznawania kwalifikacji osiąganych różnymi ścieżkami edukacji (formalnej, pozaformalnej i nieformalnej). Systematyzują ten obszar Europejskie Ramy Kwalifikacji (ERK)¹⁹⁶, „zalecenie Parlamentu Europejskiego i Rady Europy w sprawie ustanowienia Europejskich Ram Kwalifikacji dla uczenia się przez całe życie”¹⁹⁷ oraz „zalecenie Parlamentu Europejskiego i Rady Europy w sprawie ustanowienia europejskiego systemu transferu osiągnięć w kształceniu i szkoleniu zawodowym”¹⁹⁸. Podobną rolę spełniają Krajowe Ramy Kwalifikacji w branży sportowej, nazwane Sektorową Ramą Kwalifikacji w Sporcie (SRKS). Założeniem prac nad SRKS było uporządkowanie istniejących i tworzenie nowych kwalifikacji zawodowych w obszarze sportu kwalifikowanego i powszechnego. Projekt wdrożenia SRKS w Polsce powinien:

- zwiększyć czytelność przyznawanych kwalifikacji w sporcie,
- usprawnić mobilność edukacji dzięki wzajemnej uznawalności osiągnięć,
- podnieść jakość kształcenia kadr sportu w Polsce,
- umożliwić realizację prozdrowotnej polityki europejskiej w zakresie promowania zdrowego stylu życia i zachowań prozdrowotnych.

Na podstawie propozycji Polskiej Ramy Kwalifikacji w rekreacji ruchowej Krajowego Ośrodka Metodyczno-Szkoleniowego TKKF, „Porozumienia Akademii Wychowania Fizycznego w sprawie kwalifikacji w rekreacji ruchowej z dnia 23 listopada 2013 roku” oraz prac nad SRKS przygotowano propozycję wybranych kwalifikacji w rekreacji ruchowej (Tab. 9)¹⁹⁹.

¹⁹⁶ ERK to „ramy odniesienia wiążące systemy kwalifikacji poszczególnych krajów. Ich dwa główne cele to: promocja mobilności obywateli pomiędzy krajami oraz ułatwienie im uczenia się przez całe życie” – definicja pochodzi z *Europejskie ramy kwalifikacji dla uczenia się przez całe życie*, Komisja Europejska Edukacja i Kultura, Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich, Luksemburg 2009, cyt. za: *Sektorowa Rama Kwalifikacji w Sporcie – Raport końcowy*, materiał w druku, op. cit., s. 13.

¹⁹⁷ Zalecenie Parlamentu Europejskiego i Rady Europy w sprawie ustanowienia Europejskich Ram Kwalifikacji dla uczenia się przez całe życie, 2008.

¹⁹⁸ Zalecenie Parlamentu Europejskiego i Rady Europy w sprawie ustanowienia europejskiego systemu transferu osiągnięć w kształceniu i szkoleniu zawodowym (ECVET, *European Credit System for Vocational Education and Training*), 2009.

¹⁹⁹ A. Szumilewicz, *Kwalifikacje w rekreacji...*, op. cit., s. 49.

Proponowany poziom kwalifikacji	Proponowana nazwa kwalifikacji
Poziom 1.	Konsultant dyscypliny rekreacji ruchowej
Poziom 2.	1. asystent instruktora dyscypliny rekreacji ruchowej (ewentualnie animator rekreacji ruchowej) 2. szkolenie z dyscypliny rekreacji ruchowej do pracy w placówkach edukacyjnych (tylko dla nauczycieli WF) 3. szkolenie z wybranej formy/metody ćwiczeń rekreacyjnych
Poziom 3.	instruktor rekreacji ruchowej w danej specjalności
Poziom 4.	trener rekreacji ruchowej w danej specjalności
Poziom 5.	trener ukierunkowanych ćwiczeń zdrowotnych (dla absolwentów akademii wychowania fizycznego) – instruktor rekreacji ruchowej AWF danej specjalności
Poziom 6.	dla absolwentów akademii wychowania fizycznego – trener rekreacji ruchowej AWF w danej specjalności

Tab. 9. Propozycja przykładowych kwalifikacji w rekreacji ruchowej (dla różnych dyscyplin)²⁰⁰

źródło: Propozycja Polskiej Ramy Kwalifikacji w rekreacji ruchowej KOMSz TKKF, zmodyfikowana na podstawie prac nad Sektorową Ramą Kwalifikacji w Sporcie (SRKS) oraz Porozumienie Akademii Wychowania Fizycznego w sprawie systemu kwalifikacji w rekreacji ruchowej z 23 listopada 2012 roku

²⁰⁰ Definicje poszczególnych kwalifikacji zostały przedstawione w opracowaniu A. Szumilewicz, *Kwalifikacje w rekreacji ruchowej...*, op. cit., s. 49–50.

rozdział 8
Bilans
Kongresu Sportu
Powszechnego
2015

**Powszechna
dyskusja
sportowa**

w poszukiwaniu
modeli działań
na rzecz sportu
amatorów

Bilans Kongresu Sportu Powszechnego 2015

autorzy: Aleksandra Goldys, Katarzyna Werner

Opracowywanie ekspertyz służy nieustającemu doskonaleniu działań w obszarze sportu.

Do tego niezbędne są jeszcze:

- inspiracje dobrymi praktykami i wnikliwe analizy dotyczące ilości i zakresu ich wykorzystania przez inne organizacje i instytucje;
- warsztaty z przedstawicielami organizacji i instytucji realizujących działania sportowe, służące bieżącej obserwacji pojawiających się wyzwań oraz kierunku, w którym rozwija się sektor i jego ewentualnych problemów;
- konsultacje konkretnych rozwiązań, konieczne do sformułowania dojrzszych wniosków, lepiej dostosowanych do realiów pracy w sektorze.

W ramach Kongresu Sportu Powszechnego, który odbył się 17 września 2015 roku w Warszawie, udało się zebrać wiedzę dotyczącą konkretnych inicjatyw, stanowiących praktyczne przykłady działań w sporcie amatorskim.

Tematy pogrupowaliśmy tak, aby były paralelne z opracowaniem teoretycznym i prezentacją danych. Staraliśmy się odpowiedzieć na pytania: co dzieje się w europejskim sporcie amatorskim w 2015 roku? Jakie kierunki uznawane są za kluczowe? Jakie wyznaczane są priorytety? Co się udaje, a co wszędzie jest wyzwaniem?

Sport na każdym etapie życia

Świat organizacji sportowych coraz lepiej rozumie, że trwała zmiana ogólnego poziomu aktywności fizycznej wymaga pracy ze wszystkimi grupami społecznymi i wiekowymi. Pomijanie którejkolwiek z nich osłabia zwrotnie inne, np. działania skierowane do dzieci, bez mocnego zaangażowania i budowania oferty dla rodziców, są rujnowane w czasie domowym, a brak aktywności w dorosłości osłabia szansę na jej obecność u osób na emeryturze. Organizacje muszą się specjalizować, ale zawsze też myśleć o grupach społecznych najbardziej wpływających na aktywność tej, której dedykują swoje działania. Mądre zarządzanie sportem amatorów na poziomie regionalnym, miasta czy kraju, wymaga zapewnienia pełnej oferty, realizowanej przez odpowiednio wyspecjalizowane organizacje, które swoją pracę powinny wzajemnie widzieć, rozumieć i uzupełniać.

W tej części Kongresu wystąpiły dwie organizacje – jedna zajmująca się sportem szkolnym, druga prezentująca projekt sportowy dla seniorów.

Zsuzsanna Pikó z Węgierskiego Szkolnego Związku Sportowego przedstawiła najważniejsze założenia swojej organizacji:

- oferowanie wszystkim dzieciom wysokiej jakości lekcji wychowania fizycznego;
- zapewnienie rywalizacji sportowej dla dzieci na wszystkich poziomach sprawności (Węgrzy uważają, że zawody sportowe nie mogą być zarezerwowane tylko dla uzdolnionych);

- zapewnienie profesjonalnych szkoleń nauczycielom oraz trenerom – w formie kursów, e-learningu, regularnych spotkań (Węgrzy mają w ofercie pięć kursów, których uczestnicy otrzymują certyfikaty, akredytowane przez międzynarodowe organizacje).

Węgierski Związek Sportowy precyzyjnie opisał kompetencje potrzebne do budowania wysokiej jakości sportu szkolnego. I choć ma konkretnie określone pole działania, to buduje koalicje, które ten obszar efektywnie wiążą z innymi zagadnieniami, jak aktywność wpływająca na zdrowie, organizowanie czasu wolnego na bazie wolontariatu czy budowanie kompetencji życiowych oddziałujących na zdrowie.

Węgrzy należą również do międzynarodowych sieci, takich jak: *International School Sport Federation*, *International Sport and Culture Association*, *European Physical Education Association*, a ponadto angażują się w europejskie działania na rzecz *Health Enhancing Physical Education*. Wiedzą, że obecność w różnego rodzaju ciałach doradczych i eksperckich buduje ich pozycję i pozwala skuteczniej kształtować politykę, a w konsekwencji modele finansowania.

Na uwagę zasługują dwa prowadzone przez nich programy: NETFIT – specjalne narzędzie online, wspierające zbieranie danych z zakresu poziomu sprawności fizycznej dzieci (dostępne we wszystkich szkołach na Węgrzech) oraz TEIS – innowacyjny program rozwijania aktywności fizycznej w szkole, poza klasycznymi lekcjami wychowania fizycznego, angażujący uczniów w pracę wolontaryjną, skupiony również na pracy nad ich psychiką oraz podkreślający znaczenie aktywności dzieci z grup o mniejszych zasobach.

Izabela Dubicka i Beata Mierkowska z Fundacji Rozwoju Kultury Fizycznej zaprezentowały projekt „Seniorzy na Orlikach”, realizowany w ramach środków ASOS (rządowego Programu na Rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych).

Na projekt składało się kilka elementów – szkolenia dla animatorów, warsztaty i spotkania dla seniorów, zaangażowanie ich do pracy jako wolontariuszy na boiskach. Ponadto opracowany został poradnik z zakresu pracy sportowej z seniorami oraz zrealizowano film dokumentalny, relacjonujący przebieg projektu i pokazujący specyfikę angażowania osób starszych.

W ramach projektu seniorzy i seniorki odwiedzili uniwersyteckie centrum naukowe, gdzie mogli zobaczyć pracę swojego mózgu (praca mózgu jest wspierana przez aktywność fizyczną).

Projekt równoległe zmieniał nastawienie animatorów/trenerów oraz osób starszych do wspólnych działań, pozwalał obu grupom się poznać, wprowadzał do pracy z seniorami innowacje oraz pokazał ich jako bardzo interesującą grupę, która ma bardzo duże wymagania, a jednocześnie jest niezwykle zaangażowana i odczuwa korzyści ze zwiększania aktywności. Rezultaty projektu są istotnym krokiem w promowaniu roli sportu seniorów i sposobów jego rozwijania – film to jeden z pierwszych przykładów artystycznego pokazania niezwykle bogactwa działań społecznych w obszarze sportu, a poradnik jest wykorzystywany przez trenerów w całym kraju, w ramach różnych projektów.

Sport i zdrowie

Warsztat wykazał, że utożsamianie aktywności sportowej ze zdrowiem wydaje się czymś oczywistym, ale jednocześnie mało ugruntowanym w świadomości społecznej, zwłaszcza w projektach i programach długotrwałych.

Kay Thomson ze *Sport England*, prezentując wieloaspektowy program *Get Active, Get Healthy* (w wolnym tłumaczeniu: „Włącz się, bądź zdrowy”), przytoczyła dużo konkretnych dowodów na znaczenie aktywności fizycznej. Na przykład przywołała dane liczbowe, według których coraz mniejsza aktywność mieszkańców kosztuje rocznie skarb państwa 7,4 mld funtów, a jeden zgon na sześć jest spowodowany siedzącym trybem życia i brakiem ruchu.

Nieaktywni Brytyjczycy stanowią ponad 60 proc. społeczeństwa, co plasuje ich na jednym z najgorszych miejsc w Europie.

Sport England to powołana przez brytyjski rząd największa organizacja (zatrudnia 300 osób), skupiona na zwiększaniu dostępu wszystkich grup obywateli do ruchu. Całościowo zajmuje się aspektami aktywizacji – regrantingiem, szkoleniami, badaniami i analizami, a także zbieraniem danych o aktywności organizacji

Projekt *Get Active, Get Healthy* opracowany został dla grupy nieaktywnych, która wydaje się najbardziej odległa od sportu i zarazem najbardziej narażona na związane z tym choroby. Projekt, który można nazwać „programem aktywności minimum”, za cel postawił sobie, by te osoby podjęły aktywność i wytrzymały w niej przynajmniej 30 minut raz w tygodniu.

Projekt polegał na współfinansowaniu wraz z władzami lokalnymi różnorodnych działań skierowanych do nieaktywnych dorosłych obywateli. Bardzo konkretnie dookreślono profil lokalizacji, do której mieszkańców program skierowano – tereny biedniejsze, z większą liczbą seniorów, kobiet, osób chorych. Z 70 tys. nieaktywnych osób, które dotąd wzięły udział w projekcie – 24 tys. wytrzymały w regularnej aktywności.

Kay Thompson zwróciła uwagę na podstawowy błąd w sposobie promowania sportu – przez odwołanie się do obrazów osób wysportowanych, a nie niesportowej większości – pokazując przykład bardzo skutecznej kampanii współfinansowanej przez *Sport England – This Girls Can*.

Bardzo ważne w zmianie sposobu zachowania jest dogłębne rozumienie osób nieaktywnych, zmiana języka (na mniej sportowy), badanie całych społeczności oraz grup, zapewnienie wsparcia dla wytrwania w zmienionych nawykach, rozległe partnerstwa.

Tak jak program brytyjski jest przykładem działania na poziomie kraju, tak przykład polski – praca Fundacji Sport na Zdrowie zaprezentowana przez Ewę Lewandowską – pokazuje inicjatywy lokalne o konkretnym profilu.

Fundacja Sport na Zdrowie prowadzi zajęcia sportowe dla dzieci i młodych dotkniętych astmą, alergiami, otyłością lub wadami postawy. Współ z Sopockim Klubem Żeglarskim organizacja stworzyła Ośrodek Terapii, Edukacji i Aktywności Sportowej – wszystko dzięki udziałowi w projekcie „Ekspert Innowacji w Kłastrze”, przygotowanym przez Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego.

Oprócz zajęć, ośrodek prowadzi turnusy rehabilitacyjne, zabiegi fizjoterapeutyczne, gabinety alergologiczne, a także bardzo ściśle współpracuje z lekarzami. Partnerstwo z konkretnymi szpitalami oraz z Akademią Wychowania Fizycznego i Sportu w Gdańsku pozwalają na bieżąco rozbudowywać ofertę zgodną z najnowszymi tendencjami.

Fundacja bierze udział w pracach Ministerstwa Gospodarki nad stworzeniem tzw. inteligentnych specjalizacji, czyli listy nowych zawodów, które lepiej odpowiadać będą na wyzwania współczesności, specjalizacji z pogranicza wielu obszarów, z dużym naciskiem na innowacyjne i dotąd niestosowane działania (podobnie jak Węgierski Związek Sportowy). Pomimo lokalnego zakresu działań, Fundacja Sport na Zdrowie mocno angażuje się w działania o wymiarze krajowym, wykorzystując sport do walki z chorobami cywilizacyjnymi.

Organizatorzy sportu – kapitał społeczny poprzez sport

Ten warsztat pokazał, w jaki sposób sport może wyzwalać energię społeczną, angażować ludzi do pracy na jego rzecz i szukania nowych, ciekawszych rozwiązań (co ważne oddolnych i skupionych na współodpowiedzialności). W tej części Kongresu świetnie uzupełniały się dwie prezentacje – Tomasa Engbloma ze *Swedish Sport Education* (SISU) oraz Marcina Drogoróba z Departamentu Sportu Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego.

Szwedzka prezentacja pokazywała ciekawy model sportu, przez wielu uznawany za jeden z najdojrzałych. W Szwecji filarami organizowania sportu jest: członkostwo w klubie sportowym, demokratyczne zasady zarządzania oraz praca wolontariuszy.

SISU współpracuje aktywnie z federacjami poszczególnych dyscyplin na poziomie centralnym oraz na poziomie dystryktów (odpowiedników naszych województw). Głównym celem SISU jest dostarczenie organizatorom sportowym najbardziej potrzebnej i innowacyjnej wiedzy. Po raz kolejny w trakcie Kongresu dowiedziono, że dobrze działające modele są przede wszystkim oparte na profesjonalnym szkoleniu.

Sport amatorów w Szwecji jest narażony na podobne problemy jak na całym świecie – coraz większe zagrożenie komercjalizacją, trwałe zmiany nawyków, rezygnacja młodzieży ze sportu, brak trwałych alternatyw klasycznych dyscyplin, które nie dla wszystkich grup są atrakcyjne.

Coraz większą popularność zdobywa podejście do sportu jako do skutecznej metody rozwiązywania problemów społecznych, np. w ostatnim czasie SISU doradzało rządowi szwedzkiemu, w jaki sposób wykorzystać sport do integracji nadchodzącej fali uchodźców.

Mimo znacznego finansowania sportu ze środków rządowych i samorządowych, organizacje szwedzkie bardzo intensywnie szukają dodatkowych funduszy, szczególnie wśród potencjalnych sponsorów oraz posiłkując się składkami członkowskimi.

Polska prezentacja pokazała, jak wykorzystując narzędzia partycypacji, można zmieniać obszar sportu, tak by podejmowane działania były najbardziej zharmonizowane z potrzebami ludzi i zasobami sektora sportowego. Marcin Drogorób zaprezentował dotychczasowe wyniki prac projektu „Obywatele dla Aktywności”, w którym dzięki warsztatom, konferencjom, ankietom, badaniom i spotkaniom oddolnie wyłaniają się kierunki rozwijania sportu w regionie.

Województwo kujawsko-pomorskie zainwestowało bardzo dużo w infrastrukturę, ale wciąż aktywność fizyczna zwykłych mieszkańców nie jest zadowalająca. Organizacje sportowe są w za dużym stopniu zależne od środków publicznych, niepokoi starzenie się kadry sportowej i coraz mniejsza liczba trenerów.

Kluczowe wydaje się inwestowanie w kadry, praca z samorządami nad nowymi sposobami myślenia o utrzymaniu istniejącej infrastruktury, na bieżąco zbieranie danych i diagnozowanie potrzeb mieszkańców (wiemy już, że istnieje spore zainteresowanie ścieżkami rowerowymi i biegowymi oraz wszelkiego rodzaju imprezami sportowymi).

Do projektu zaproszono przedstawicieli uczelni, szukano naturalnych połączeń między rozwijaniem sportu, edukacją, zdrowiem i infrastrukturą. Zwrócono uwagę na to, że choć wyznaczanie kierunków i pomysły mogą pochodzić z centrum regionu, bezcenne jest dostosowanie polityki sportowo-zdrowotnej do zasobów poszczególnych miejscowości i ich warunków przyrodniczych.

Współpraca wszystkich sektorów

Temat współpracy jest przywoływany dość często, co może być powodem jego ignorowania lub powierzchownej implementacji. Tymczasem trzy przykłady, zaprezentowane w trakcie tego warsztatu, dowodzą ogromnej roli partnerstwa w wieloaspektowych działaniach, nie tylko sportowych, ale dotyczących każdej zmiany społecznej.

Przykłady programów rządowych z Polski – „Nasz Orlik”, zaprezentowany przez Monikę Chabior z Fundacji Rozwoju Kultury Fizycznej oraz „MultiSport”, o którym opowiedziały Magdalena Rejniak i Bogna Czepełkowska z Instytutu Sportu – zostały już opisane w publikacji jako dobre praktyki. Ich mechanizm opiera się na współfinansowaniu działań ze środków lokalnych i centralnych.

„Nasz Orlik” to projekt, który partnerstwa realizuje na wielu poziomach. Do merytorycznej pracy nad tworzoną w programie wiedzą zaprasza dużą liczbę organizacji. Jako partnerów traktuje wszystkie biorące udział w programie samorządy, a także samych animatorów, którzy współtworzą i współbadają efekty programu. Wielka skala działań nie byłaby możliwa bez inteligentnego i merytorycznego włączania wszystkich tych podmiotów.

„MultiSport”, oprócz samorządów województw, w realizacji swych działań współpracuje z dwoma typami instytucji – szkołami (70 proc. grup objętych programem tam ćwiczy) oraz klubami sportowymi, przy czym zarządzający programem respektują różnice w sposobie działania tych dwóch podmiotów, starając się inaczej je wspierać. „MultiSport” dostarczył obu typom instytucji różnorodnych zajęć sportowych i sprawił, że znacząca liczba dzieci z klas 4–6 zwiększyła zarówno czas spędzony na intensywnej aktywności, jak i poprawiła wyraźnie swoją kondycję. Wzrosła również świadomość ich rodziców na temat znaczenia sportu – więcej z nich spędza czas z dziećmi w sposób aktywny.

Program brytyjski, w odróżnieniu od polskich, jest realizowany w jednej lokalizacji i dedykowany wszystkim grupom mieszkańców. Imponuje pod wieloma względami, przede wszystkim zasięgiem. Karen Creavin z Urzędu Miasta Birmingham podkreślała, że obecnie w programie bierze udział prawie 400 tys. osób, czyli co trzeci mieszkaniec! Pracują nad nim wspólnie urzędnicy, przedstawiciele klubów sportowych, właściciele komercyjnych ośrodków sportu, lekarze, instytucje naukowe (w tym leczące raka), nieformalne grupy mieszkańców, wolontariusze oraz środowiska LGBT. Skupiają się one na dogłębnym zrozumieniu doświadczanych przez ludzi barier, zarówno społecznych (sport jest dla profesjonalistów), jak i geograficznych (nie wiem, czy w okolicy istnieje jakieś miejsce do uprawiania sportu) oraz im skutecznym zaradzeniu. Oferta jest bardzo różnorodna (*Active Parks, Active Streets, Big Birmingham Bikes* – 5000 darmowych rowerów dla najbardziej potrzebujących mieszkańców, specjalna linia zajęć dla osób z różnymi chorobami), program cały czas rozbudowywany i pozyskiwane są nowe fundusze (np. z Fundacji Coca-Cola). Z wielką dbałością podchodzi się do monitorowania efektów. Dobre zrozumienie psychologicznych mechanizmów angażowania sprawia, że uczestnikom łatwiej jest wytrwać w regularnej aktywności, co okazuje się ważniejsze dla zdrowia niż masowy udział w jednorazowych wydarzeniach.

Wnioski i kwestie podnoszone przez uczestników konferencji ogniskowały się wokół kilku zagadnień:

- dobre przygotowania do działań – najlepsze programy są projektowane długo, koncepcja działań opiera się na wynikach badań, cierpliwie pozyskuje się partnerów (ważne, żeby kluczowych partnerów zapraszać już na etapie tworzenia projektu, a nie do jego wymyślonej wcześniej formuły!);
- docieranie do konkretnych grup – np. osób niepełnosprawnych, co zawsze wymaga bezpośrednich relacji z odpowiednimi organizacjami, wytrwałego pokazywania potencjalnych korzyści, słuchania drugiej strony;
- troska o organizację – zagraniczne przykłady akcentują rolę społecznego poparcia dla organizacji, które wyraża się w trosce o liczbę jej członków i regularne wpływy ze składek członkowskich (od nich uzależniona jest wysokość dotacji publicznych) oraz nacisku na wolontariat, który nie tylko umożliwia większą skalę działań, ale też jest narzędziem edukacji i budowania więzi z organizacją;
- myślenie nie o zdrowych jednostkach, ale o zdrowych społecznościach (*healthy community*) – w ten sposób inaczej organizuje się działania, zwraca uwagę na przestrzeń, współpracę, wzajemne relacje poszczególnych grup mieszkańców i ich oddziaływanie pomiędzy sobą. Takie myślenie prowadzi również do brania pod uwagę perspektywy

użytkowników (oferty, infrastruktury) i dzięki jej odtworzeniu – kreowania działań, które są do niej lepiej dostosowane (nie narzucone, a przez to nietrwale, niezrozumiałe).

Kongres Sportu Powszechnego pokazał, jak bardzo musimy być merytorycznie przygotowani, żeby skutecznie reagować na trudne wyzwanie zauważalnego braku aktywności. Organizatorzy nie ustają w słuchaniu, uczeniu się i dzieleniu zdobytą wiedzą – zapraszamy do dyskusji na stronie: www.pomyslynasport.frkf.pl.

Podsumowanie

**Powszechna
dyskusja
sportowa**

w poszukiwaniu
modeli działań
na rzecz sportu
amatorów

Podsumowanie

autorzy: Janusz Dobosz, Aleksandra Goldys

Przesłaniem naszej publikacji była próba opisanego zagadnienia zdrowia publicznego od strony wyzwań związanych z aktywnością fizyczną i nawykami żywieniowymi. Staraliśmy się zaprezentować najnowsze wyniki badań i pokazać, jak ich stan współoddziałuje z sytuacją demograficzną. Z jednej strony pokazywanie opracowanych naukowo wykresów i tabel dostarcza nam argumentów i dowodów na to, jaka jest rzeczywistość, jednak z drugiej może w odczuciach odbiorców problem odrealnić, umieścić w jakiejś odległej przestrzeni, do której łatwo się zdystansować. Tymczasem za każdym wykresem stoją codzienne wybory milionów ludzi, którzy z różnych powodów (kulturowych, ekonomicznych, społecznych) tracą motywację, możliwości lub świadomość tego, jak ważna jest podstawowa troska o ciało swoje i swoich najbliższych. Gniewne nawoływania i straszenie konsekwencjami niewiele pomaga, bo współczesne życie po prostu nie zmusza nas do bycia aktywnym, a najłatwiej dostępna żywność jest w większości szkodliwa. Poza tym codzienna dbałość o siebie to inwestycja, która zwrócić się może dopiero w przyszłości, podczas gdy teraz... jest tak miło poleżeć i dobrze się najeść. Wielu z nas wpada więc w pułapkę zwaną w ekonomii „dyskontowaniem przyszłości” – z perspektywy teraźniejszości wydaje nam się, że wysiłek zdrowego trybu życia jest nieopłacalny, a zagrożenia bardzo odległe i często iluzoryczne.

Skoro dotychczasowe działania nie przynoszą wystarczających efektów, postarajmy się pomyśleć o rozwiązaniach zupełnie inaczej i bardziej pozytywnie. Istnieją przecież ku temu znaczące przesłanki.

- Prawie połowa Polaków stara się mieć kontakt z aktywnością fizyczną, a dobrze zaprojektowane programy i oferta sportowa spotykają się z dużym zainteresowaniem. Widzimy więc, że choć w wielu badaniach poziom aktywności spada, jest w Polakach potencjał i gotowość, żeby być aktywnym.
- Konsekwentnie od kilku lat realizowane są zarówno projekty promujące aktywność fizyczną (np.: Animator, Moje Boisko, Orlik 2012, MultiSport, Mały Mistrz, Animator Sportu Dzieci i Młodzieży, Program Rekreacji Ruchowej Osób Starszych, Program Aktywnego Seniora – Ja, czyli PASJA), jak i dotyczące zmiany nawyków żywieniowych (np.: Trzymaj Formę, Zachowaj Równowagę).
- Na całym świecie podejmuje się wysiłki na rzecz walki z chorobami cywilizacyjnymi i realizuje programy, które sprawdzają się i przynoszą efekty (warto zapoznać się z działaniami sieci EPODE²⁰¹ i ich metodologią pracy ze społecznościami, przetestowaną w Belgii, Francji i Norwegii, czy programem Let's Move²⁰² w Stanach Zjednoczonych).

Negatywna tendencja jest więc odwracalna, a sposoby, które do tego prowadzą, nie wymagają bardzo zaawansowanej czy jeszcze nieodkrytej technologii, jak np. w przypadku nieuleczalnych dotąd chorób. Mierzenie się z wyzwaniem przeciwdziałania niezdrowym

201 <http://epode-international-network.com/> (dostęp: 5.09.2015).

202 <http://www.letsmove.gov/> (dostęp: 5.09.2015).

nawykom żywieniowym i ruchowym jest zadaniem, w którym sukces jest czymś realnym. Pod kilkoma jednak warunkami:

4. Musimy zrozumieć, że oddziaływać trzeba wieloaspektowo, tzn. angażować zarówno nauczycieli, lekarzy, pracowników socjalnych, jak i przedstawicieli ministerstw i urzędników pracujących lokalnie, a ofertę kierować do osób w każdym wieku i sytuacji ekonomicznej. Wszystkie sektory i wiele grup zawodowych oraz ludzi odpowiedzialnych za usługi społeczne musi ze sobą współdziałać – rozumieć wagę zagadnienia i, co ważne, mieć narzędzia do wpływania na innych.

5. Musimy mieć świadomość, że zmiany zachowania wymagają czasu. Projektowane programy powinny angażować nie tylko bardzo różnorodne partnerstwa, ale i zakładać długą perspektywę czasową. Nie znaczy to, że nie należy działać precyzyjnie lub że można działać powoli i jeszcze trochę poczekać. Najbardziej obecnie wpływową metodą tworzenia skutecznych społecznych interwencji i polityk publicznych jest tzw. analiza behawioralna [132]. Skupia się ona na odtworzeniu sposobu działania oraz myślenia ludzi w ich codziennym życiu i wykorzystując wiedzę o sposobach myślenia, dostosowuje do niej przekaz i interwencje. W tym podejściu kluczowe jest już nie tylko zdobywanie wiedzy o tym, jak jest, ale również co działa i jak. Ujęcie takie podkreśla znaczenie mądrze prowadzonych ewaluacji i precyzyjnych analiz efektów realizowanych programów.

6. Musimy pamiętać, że w procesie znajdowania rozwiązań należy nie tylko umieć współpracować, ale też docierać do ludzi inaczej niż przez plakaty i strony internetowe. I tutaj z pomocą przychodzi metoda pracy ze społecznościami (*community based approach*), gdzie działania projektuje się w obrębie społeczności. Metoda angażuje konkretnych ludzi w danym społecznym układzie:

- nauczycieli i lokalną szkołę – otwierającą salę gimnastyczną dla wszystkich chętnych, organizującą imprezy sportowe integrujące środowisko;
- przyrodników i lekarzy – pamiętających o lekarstwie, jakim jest ruch i nieszastających zwolnieniami z lekcji wychowania fizycznego;
- dziennikarzy i lokalną stację radiową – mówiących o zdrowiu i nawołujących do zdrowego trybu życia;
- miejscowego sprzedawcę warzyw – by nawiązał współpracę ze szkołą i dostarczał zdrową żywność dla szkół czy uczestników zajęć sportowych;
- projektantów lokalnego skweru – żeby wzięli pod uwagę sportową funkcjonalność przygotowywanej inwestycji;
- burmistrza – by w każdym swoim wystąpieniu podkreślał, jak ważny jest zdrowy styl życia i promował go swoim przykładem;
- trenerów i klub sportowy – żeby uczyli podstaw np. koszykówki, ale też podkreślali znaczenie zdrowego i regularnego jedzenia.

W ten sposób, poprzez system bodźców, zachęt i informacji, oddziałujemy na ludzi, zwiększając ich szanse korygowania niewłaściwych zachowań w obszarze zdrowia. Każda osoba, która zaczyna żyć prozdrowotnie, dzięki swojej sieci zależności i więzi w sposób najbardziej naturalny oddziałuje na innych. I tak zachodzi oddolna zmiana, o którą zabiegamy.

Większość dotychczas realizowanych programów uruchamiała w obszarze promocji zdrowych zachowań niewystarczające działania. Były to przeważnie akcje promocyjne – komunikaty anonimowego nadawcy, formułowane bez bliskich, osobistych kontekstów, czy też projekty skupiające się na tworzeniu infrastruktury. Człowiek będący obojętny wobec aktywności fizycznej i zdrowego stylu życia mógł ich nie dostrzec i nie zareagować.

Nowe sposoby działania składają się z wielu małych przypomnień o zdrowiu, docierających do nas podczas wizyty w gabinecie lekarskim, w trakcie lekcji, w pracy – wypowiedzianych

przez konkretne osoby, z małej odległości. To także dostępna na wyciągnięcie ręki oferta sportowa. W jej tworzeniu kluczowe są inwestycje w kadry sportowe, czyli w trenerów, menadżerów klubów. W tym modelu trudno pozostać człowiekowi zupełnie obojętnym.

Nasza publikacja jest kolejnym krokiem (dyskusji o sporcie powszechnym było w ostatnich latach kilka), rewizją danych i wskazaniem kierunków myślenia, które pomogą w projektowaniu działań. Na tym etapie wszystkich nas łączy przekonanie, że ten obszar jest ważny, wiemy, co w nim nie działa zbyt dobrze i potrzebujemy skupienia na konkretnych inicjatywach. Prawdziwymi specjalistami od skutecznych programów są Państwo: nauczyciele i nauczycielki wychowania fizycznego, trenerzy i trenerki, animatorzy i animatorki, urzędniczki i urzędnicy, dyrektorzy i dyrektorki ośrodków sportu. Naszą rolą jest zadbanie o to, by wiedza między Państwem odpowiednio przepływała, by dobre rozwiązania mogły się upowszechnić, a społeczności nawzajem sobą inspirować. Potrzebujemy koordynacji i rzeczywistego wsparcia ze strony rządu, bo nie wszystkie działania można realizować tylko z dostępnych lokalnie środków. Możemy osiągnąć bardzo dużo, a na zmianie w obszarze aktywności fizycznej naprawdę skorzystają wszyscy. Dobrze zorganizowany system oferty i programów sportowych to, poza wszystkim tym, co związane jest ze sprawnością i zdrowiem, wielka szansa na uczenie się i współdziałanie.

Słownik

**Powszechna
dyskusja
sportowa**

w poszukiwaniu
modeli działań
na rzecz sportu
amatorów

AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA

Praca mięśni szkieletu powodująca wydatek energii. Jej wynikiem są czynności życiowe, lokomocja, nauka, praca, rekreacja, zabawa, uprawianie sportu itd. Jest zależna od postaw i motywacji jednostki oraz przyrodniczego, społecznego i ekonomicznego środowiska życia człowieka. Kształtuje rozwój fizyczny, ruchowy, psychospołeczny, jest istotnym czynnikiem rozwoju osobniczego, adaptacji do środowiska życia oraz zapobiegania i terapii wielu schorzeń.

ATEROGENEZA

Proces powstawania zmian miażdżycowych w naczyniach krwionośnych, który w konsekwencji prowadzi do rozwoju choroby niedokrwiennej serca.

BMI (*Body Mass Index*)

Wskaźnik masy ciała, powstały na skutek podzielenia masy ciała podanej w kilogramach przez kwadrat wysokości podanej w metrach.

CUKRZYCA TYPU 2.

Przewlekła choroba metaboliczna, związana z czynnikami genetycznymi, ale również złą dietą, brakiem aktywności fizycznej oraz nadwagą i otyłością. Przyczyna zakłóceń w funkcjonowaniu wielu narządów i układów: oczu, nerek, serca, układu nerwowego, naczyń krwionośnych.

CZYNNIKI RYZYKA

Czynniki sprzyjające powstawaniu pewnych zagrożeń, m.in. zdrowotnych. O czynnikach ryzyka w promocji zdrowia mówimy np. w związku z zagrożeniami chorobami cywilizacyjnymi. Przykładowo wśród czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca wymienia się m.in.: czynniki genetyczne, nadwagę, podwyższony poziom cholesterolu, stresi, uzależnienie od nikotyny i niedostateczną aktywność fizyczną.

DNA MOCZANOWA (inaczej: podagra, artretyzm)

Choroba charakteryzująca się nawracającym, ostrym zapaleniem stawów, związana ze zwiększonym stężeniem kwasu moczowego we krwi i jego odkładaniem w stawach i tkance okołostawowej.

DODATNI BILANS ENERGETYCZNY

Liczba kalorii przyjmowanych z pożywieniem jest większa niż wielkość strat i wydatków energetycznych organizmu.

DUŻA MOTORYKA

Czynności ruchowe angażujące całe (lub prawie całe) nasze ciało: tułów, ręce i nogi. Zaliczamy do niej m.in.: chód, bieg, skok, pełzanie, czołganie, jazdę na rowerze, pływanie. → *patrz: mała motoryka*

DYSLIPIDEMIA

Nieprawidłowy profil lipidowy krwi, związany z upośledzoną przemianą tłuszczów w organizmie, jeden z czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca.

ENDOMETRIUM

Błona śluzowa macicy.

ETIOLOGIA

Przyczyna choroby.

EUROPEJSKIE RAMY KWALIFIKACJI (ERK)

Ramy funkcjonujące jako instrument przeniesienia (i wytłumaczenia) kwalifikacji zawodowych i edukacyjnych między krajami członkowskimi, dzięki któremu stają się one bardziej czytelne i łatwiejsze do zrozumienia w różnych państwach i systemach europejskich. Ich dwa główne cele to: promocja mobilności obywateli pomiędzy krajami oraz ułatwianie im uczenia się przez całe życie.

FAST FOOD (inaczej: śmieciowe jedzenie)

Rodzaj pożywienia szybko przygotowywanego

i serwowanego na poczekaniu, na ogół taniego. Zwykle ma ono wysoką wartość kaloryczną, zawiera dużo tłuszczów, węglowodanów i soli, przy równoczesnym niedoborze cennych dla organizmu substancji (błonnik, składników mineralnych i witamin).

HIPERURYKEMIA

Zwiększone stężenie kwasu moczowego we krwi.

→ *patrz: dna moczanowa*

HIPOGONADYZM

Defekt układu rozrodczego skutkujący dysfunkcją jąder. Nieczynne jądra nie produkują hormonów (testosteronu) ani plemników. Przyczyną niedoboru hormonów jest niewykształcenie się drugo- i trzeciorzędowych cech płciowych.

HOMEOSTAZA

Stan dynamicznej równowagi środowiska wewnętrznego organizmów żywych, także zdolność organizmu do utrzymania i ciągłego przywracania tej równowagi, mimo zmieniających się warunków środowiska zewnętrznego czy procesów zachodzących w środowisku wewnętrznym.

INSULINOOPORNOŚĆ

Obniżona wrażliwość organizmu na działanie insuliny, hormonu odpowiedzialnego za regulację poziomu cukru (glukozy) we krwi, może doprowadzić do rozwoju cukrzycy typu 2. lub innych chorób. Do powstania insulinooporności przyczynia się m.in. nadmiar tkanki tłuszczowej.

KONDYCJA FIZYCZNA

Składnik i zarazem pozytywny miernik zdrowia człowieka. Zalicza się do niego rozwój fizyczny, sprawność fizyczną i wydolność fizyczną.

NASYCONE KWASY TŁUSZCZOWE

Pochodzą głównie z tłuszczów zwierzęcych, ich wysokie spożycie jest czynnikiem ryzyka, m.in. chorób układu krążenia i niektórych nowotworów. → *patrz: wielonienasycone kwasy tłuszczowe*

LIFELONG LEARNING (LLL)

Według definicji zawartej w Rezolucji Rady Unii Europejskiej z 27 czerwca 2002 roku, pojęcie *lifelong learning* (uczenie się przez całe życie) powinno dotyczyć uczenia się od fazy przedszkolnej do późnej emerytalnej, włączając w to całe spektrum uczenia się formalnego (w szkołach i innych placówkach systemu edukacji), pozaformalnego (w instytucjach poza systemem edukacji) i nieformalnego (naturalnego). Ponadto, powinno się

ono odnosić do wszelkiej, trwającej przez całe życie, aktywności uczenia się, mającej na celu rozwój wiedzy, kompetencji i umiejętności w perspektywie osobistej, obywatelskiej, społecznej oraz zorientowanej na zatrudnienie. Zasadniczym odniesieniem w tym względzie powinna być osoba, jako podmiot uczenia się, co podkreślać ma znaczenie w procesie uczenia się prawdziwej równości szans i jakości.

MAŁA MOTORYKA

Czynności ruchowe związane z posługiwaniem się dłońmi i palcami ręki, w tym koordynacją działań obu rąk.

→ *patrz: duża motoryka*

NATPOL

Badanie epidemiologiczne, pokazujące rozpowszechnienie w polskiej populacji czynników ryzyka rozwoju chorób sercowo-naczyniowych.

ONTOGENEZA

Całokształt procesów morfologicznych, fizjologicznych, psychicznych i społecznych, kształtujących organizm, trwających od momentu zapłodnienia do śmierci osobnika.

ORGANIZACJE POZARZĄDOWE

Osoby prawne lub jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej, którym odrębna ustawa przyznaje zdolność prawną, niebędące jednostkami sektora finansów publicznych (w rozumieniu ustawy o finansach publicznych) i niedziałające w celu osiągnięcia zysku, w tym m.in. fundacje i stowarzyszenia (na podstawie art. 3 ust. 2 Ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie).

OSTEOPOROZA

Choroba objawiająca się kruchością i łamliwością kości z powodu zmniejszenia masy i gęstości kości oraz zaburzonej mikroarchitektury tkanki kostnej.

POLKARD

Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego.

PROFILAKTYKA GERONTOLOGICZNA

Zajmuje się wykrywaniem oraz eliminowaniem biologicznych i społecznych czynników zagrażających zdrowiu i przyspieszających proces starzenia. Celem jej jest: zachowanie sprawności, samodzielności i niezależności człowieka starszego.

PSYCHOMOTORYKA

Dziedzina zajmująca się teorią i metodami psychologii ruchu, opisująca zależność pomiędzy percepcją, ruchem, przeżywaniem, uczeniem się a działaniem. Procesy umysłowe, takie jak emocjonalność czy koncentracja, oraz indywidualne cechy osobowości wpływają na spontaniczność ruchów i sposób poruszania się.

REKREACJA FIZYCZNA (inaczej: ruchowa)

Różnego rodzaju zajęcia o treści ruchowej, m.in.: sportowe, turystyczne, zabawy ruchowe, tańce, spacer, którym człowiek oddaje się z własnej chęci, w czasie przeznaczonym na wypoczynek, odnowę sił, przyjemność i rozwój własnej osobowości oraz kreację zdrowia. Zajęcia tego rodzaju traktowane mogą być autotelicznie (w celu spełnienia własnych zainteresowań, samorealizacji), albo w mniejszym lub większym stopniu instrumentalnie (jako wyraz dbałości o zdrowie, sprawność i kondycję fizyczną). Rekreacja to nie tylko czas wolny, ale określony sposób jego zagospodarowania. Aktualnie rekreacja ruchowa bywa określana mianem „sportu dla wszystkich”.

ROZWÓJ FIZYCZNY

Ciąg przemian w życiu osobniczym, prowadzących od prostej konstrukcji komórkowej do wykształcenia złożonego organizmu człowieka. Przemiany te odbywają się w latach dzieciństwa, dojrzewania i młodości, prowadząc do osiągnięcia przez jednostkę samodzielnej egzystencji i możliwości wydania potomstwa.

SKŁADNIKI O DZIAŁANIU ANTYOKSYDACYJNYM

Przeciwutleniacze, np. witaminy A, C, E, selen, flawonoidy.

SPORT

Celowa działalność człowieka, ujęta w reguły, ukierunkowana na podnoszenie sprawności fizycznej, przybierająca postać walki z sobą samym lub z przeciwnikiem, ale zawierająca też pierwiastek zabawy. Aktywność sportowa występuje pod postacią albo wysoce skomplikowanych umiejętności i technik sportowych, albo nadzwyczajnego wysiłku fizycznego, z przestrzeganiem zasad *fair play*, obserwowanego przez widzów. Ze względu na cel różni się: sport wyczynowy, w którym dąży się do osiągnięcia możliwie najlepszego wyniku sportowego, i „sport dla wszystkich” (w polskim tradycyjnym ujęciu: rekreację ruchową), którego celem jest podnoszenie potrzebnej dla zdrowia kondycji fizycznej, odprężenie i przyjemność. Ustawa o kulturze fizycznej definiuje sport jako formę aktywności człowieka, mającą na celu doskonalenie jego sił psychofizycznych, indywidualnie lub zbiorowo, według umownych reguł.

SPORT DLA WSZYSTKICH

To pojęcie i hasło zarazem, uznane w skali międzynarodowej, proklamujące prawo każdego człowieka do sportu, do korzystania z warunków do uczestniczenia w sporcie. Pojęcie to zostało wprowadzone przez Radę Europy w 1966 roku, która w ten sposób nakreśliła swoje długofalowe plany i cele dotyczące powszechnego sportu. Niektórzy nazywają program „sport dla wszystkich” drugą rewolucją w sporcie. „Sport dla wszystkich” jest odczytaniem na nowo koncepcji „sportu dla każdego” Pierre’a de Coubertin. Koncepcja „sportu dla wszystkich” jest całkowicie różna od rozumienia sportu w sposób tradycyjny. „Sport dla wszystkich” obejmuje nie tylko różne dyscypliny sportu, ale także, a może nade wszystko, różne formy aktywności fizycznej – od spontanicznych, nieorganizowanych zabaw i gier ruchowych, tańców i turystyki, do ćwiczeń fizycznych, wykonywanych regularnie. Genezę idei „sportu dla wszystkich” sytuuje się w Skandynawii.

SPRAWNOŚĆ FIZYCZNA

Zaradność ruchowa człowieka w życiu codziennym, wyraz poziomu adaptacji jednostki do warunków, jakie stwarza dla niej biogeograficzne i socjoekonomiczne środowisko.

SPRAWNOŚĆ FUNKCJONALNA

Zdolność do bycia niezależnym od innych osób w zakresie podstawowych czynności życiowych (ADL, *Activities of Daily Living*), takich jak: poruszanie się, odżywianie, kontrolowanie czynności fizjologicznych organizmu i utrzymanie higieny ciała. Na sprawność funkcjonalną ma wpływ wiele czynników zdrowotnych (choroby układowe i narządowe) i społeczno-demograficznych (wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania). Sprawność funkcjonalna łączy w sobie sprawność samoobsługową, lokomocyjną i gospodarczą.

STARZENIE

Stopniowe wraz z wiekiem zmniejszanie się aktywności biologicznej organizmu. Starzenie się możemy zdefiniować jako serię zależnych od czasu anatomicznych i fizjologicznych zmian, które zmniejszają rezerwę fizjologiczną i ograniczają zdolności funkcjonalne. Stopniowe zmniejszanie się rezerw niezbędnych do utrzymania stanu homeostazy jest jedną z najbardziej znamienych cech starości. W procesie starzenia procesy kataboliczne przeważają nad anabolicznymi. Organizm nie nadąża z procesami odnowy oraz regeneracji zniszczonych komórek i tkanek, wykazuje zmiany regresyjne. Starzenie uwarunkowane jest biologicznie przez czynniki genetyczne oraz procesy fizjologiczne, odbywające się

na poziomie komórki, tkanki czy narządu. Na proces starzenia się oddziałują również czynniki społeczne i psychologiczne, które mają wpływ na osobowość człowieka oraz jego życie emocjonalne i duchowe. Starzeniu często towarzyszą zmiany degeneracyjne, które dotyczą zmniejszenia siły mięśniowej i napięcia mięśniowego, osłabienia kości (osteoporoza), słabszego oddychania, zmniejszenia ruchomości klatki piersiowej, obniżenia wydolności aerobowej i anaerobowej oraz wydłużenia czasu reakcji. Specjaliści uważają, że owe zmiany inwolucyjne mogą być spowolnione przez regularne ćwiczenia fizyczne i racjonalne żywienie.

STYL ŻYCIA

Zespół codziennych zachowań wraz warunkującymi je motywacjami, wartościami i przekonaniami, zgodnie z którymi żyją dana jednostka lub grupa. Styl życia jest modyfikowany przez czynniki społeczne i środowiskowe oraz cechy osobiste. Z punktu widzenia promocji zdrowia ważny jest nie tylko wpływ stylu życia na zdrowie, ale także fakt potencjalnych możliwości dokonywania się w nim zmian. Składnikiem stylu życia są zachowania prozdrowotne.

WĘGLOWODANY

Cukry, związki organiczne stanowiące składnik diety, pełniące w organizmie funkcje budulcowe, transportowe, zapasowe i energetyczne.

WIELONIENASYCONE KWASY TŁUSZCZOWE

Występują głównie w tłuszczach roślinnych i olejach rybnych, wpływają korzystnie na gospodarkę lipidową ustroju.

WOBASZ

Ogólnopolskie Wieloośrodkowe Badanie Stanu Zdrowia Ludności.

WYCHOWANIE DO I W STAROŚCI

Przygotowanie ludzi do wzięcia osobistej odpowiedzialności za kształt i jakość życia w okresie starzenia się, tak własnego, jak i innych członków społeczności, uwzględniające wszelkie uwarunkowania tego procesu (biologiczne, motoryczne, psychiczne, społeczne i zdrowotne).

WYCHOWANIE ZDROWOTNE

Przygotowanie człowieka do samodzielnej troski o zdrowie własne i innych członków społeczeństwa. Celem wychowania zdrowotnego jest: dostarczenie wiedzy o zdrowiu, nabycie właściwych nawyków potrzebnych do jego pielęgnowania i pomnażania, wykształcenie

odpowiednich sprawności i umiejętności, wyrobienie aktywnej postawy pielęgnowania zdrowia i zapobiegania chorobom. Wychowanie zdrowotne ma wiele dziedzin wspólnych z wychowaniem fizycznym, a także prozdrowotnym „sportem dla wszystkich” i turystyką. Jest częścią promocji zdrowia.

WYDOLNOŚĆ FIZYCZNA

Zdolność organizmu do długotrwałego i silnie obciążającego go wysiłku, wykonywanego z zaangażowaniem dużych grup mięśniowych, oraz efektywnego usuwania jego skutków (zmęczenia). Jest wyrazem sprawności fizjologicznych mechanizmów, zapewniających adaptację ustroju do pracy mięśniowej i powrót do stanu wyjściowego po jej zakończeniu (podczas wypoczynku). Jest miarą tolerancji organizmu na wysiłek fizyczny i możliwości utrzymywania homeostazy. Systematyczna i odpowiednio intensywna aktywność fizyczna podnosi poziom wydolności fizycznej. U kobiet jest średnio 20–30 proc. mniejsza niż u mężczyzn. Wraz z wiekiem poziom wydolności fizycznej obniża się. Jest to właściwość o dużym znaczeniu dla potencjału zdrowia. → *patrz: kondycja fizyczna*

WYPOCZYNEK CZYNNY

Aktywne spędzanie wolnego czasu, wypełnianie go np. umiarkowanymi ćwiczeniami fizycznymi, sportem, turystyką lub innymi formami aktywności, jak: spacer, praca w ogródku, aktywność społeczno-kulturalna, odnowa biologiczna – środkami przyspieszającymi usuwanie procesów zmęczenia.

WYPOCZYNEK

Proces mający usunąć objawy zmęczenia, powstałe np. w wyniku pracy zawodowej, nauki czy dużego wysiłku fizycznego, m.in. dzięki wyrównaniu zaciągniętego długu tlenowego oraz likwidacji produktów przemiany materii. Jego efektem ma być powrót do stanu homeostazy. Efekt wypoczynku jest największy w pierwszym okresie bezpośrednio po zaprzestaniu pracy. Dlatego właściwe jest stosowanie większej liczby przerw wypoczynkowych, ale krótszych. W teorii wypoczynku wyróżnia się wypoczynek bierny lub aktywny. W praktyce rekreacji podstawę stanowi wypoczynek czynny.

ZABURZENIA LIPIDOWE

Zaburzenia gospodarki tłuszczami w organizmie, nieprawidłowe stężenia cholesterolu, triglicerydów.

ZACHOWANIA PROZDROWOTNE

Zachowania służące ukształtowaniu, utrzymaniu i doskonaleniu zdrowia dzięki wykorzystaniu wszystkich możliwych czynników, wybierane w sposób świadomy i konsekwentny. Stanowią element stylu życia.

ZDROWIE

Fizyczny, psychiczny i społeczny dobrostan, będący wyrazem poziomu adaptacji do warunków życia. Nie jest to stan braku choroby czy niepełnosprawności.

ZESPÓŁ METABOLICZNY

Nagromadzenie wzajemnie powiązanych metabolicznych czynników ryzyka, związanych z otyłością brzuszną, opornością na insulinę, nadciśnieniem, nieprawidłowym stężeniem triglicerydów, „dobrego” cholesterolu (HDL).

ZESPÓŁ POLICYSTYCZNYCH JAJNIKÓW (inaczej: zespół wielotorbielowatych jajników)

Choroba, w przebiegu której dochodzi do zmian hormonalnych, będących m.in. przyczyną zaburzeń cykli miesięczkowych. Jest silnie powiązana z insulinooopornością (często wtórną do otyłości). Może być przyczyną niepłodności.

ZMĘCZENIE

Stan obniżonej zdolności do podejmowania wysiłku, będący skutkiem jego wykonywania. Występuje zarówno podczas wysiłku, jak i po jego zakończeniu. Zmęczenie ma różnorakie przyczyny i jest stanem bardzo złożonym. Rozróżnia się zmęczenie ostre (np. po intensywnym wysiłku fizycznym, m.in. sportowym), zmęczenie narządowe (lokalne) i zmęczenie ustrojowe, któremu podlega cały organizm człowieka. Jedną z postaci zmęczenia, przede wszystkim atakującą centralny układ nerwowy, jest znużenie wywołane jednostajną, monotonną, nawet lekką pracą.

Bibliografia

**Powszechna
dyskusja
sportowa**

w poszukiwaniu
modeli działań
na rzecz sportu
amatorów

Bibliografia

1. Ahlert, G., *The German Sport Satellite Accounts (SSA)*, Gesellschaft für Wirtschaftliche Strukturforshung mbH, Osnabrück 2013.
2. Ambroży T., *Program kształcenia kadr instruktorów rekreacji ruchowej. Specjalność: fitness – nowoczesne formy gimnastyki*, Warszawa 2003.
3. *Antropologiczne badania dzieci i młodzieży w Polsce w latach 1966–2012. Zmiany sekularne i zróżnicowanie społeczne*, red. Kozieł S., Nowak-Szczepańska N., Gomuła A., Wrocław 2014.
4. *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, red. Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P., Poznań 2012.
5. *Badania Sport i Rekreacja Polaków, Ogólnopolskie badanie Polaków*, Warszawa 2012.
6. Badura B., *What is and What Determines Health* [w:] Laaser U., Leeuw de E., Stock C., *Scientific Foundations for Public Health Policy in Europe*, Juventa Verlag, Munchen 1995.
7. Bernatowicz-Łojko U., Wesołowska A., Wilińska M., *Udział pokarmu kobiecego w żywieniu dzieci do 2. r.ż. w Polsce na przykładzie województwa kujawsko-pomorskiego*, „Standardy Medyczne/Pediatrics” 2012, t. 9.
8. Biała Księga na temat sportu, 2007, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?uri=celex:52007DC0391> (dostęp: 6.09.2015).
9. Biela U. i in., *Częstość występowania nadwagi i otyłości u kobiet i mężczyzn w wieku 20–74 lat. Wyniki programu WOBASZ*, „Kardiologia Polska” 2005, nr 6 (supl. IV).
10. Chalcarz W., Merkiel S., *Charakterystyka aktywności ruchowej nowosądeckich dzieci w wieku przedszkolnym*, „Medycyna Sportowa” 2005, t. 21, nr 6, s. 425–431.
11. Chalcarz W. i in., *Charakterystyka aktywności fizycznej poznańskich dzieci w wieku przedszkolnym*, „Medycyna Sportowa” 2008, t. 24, nr 5(6).
12. Charzewska J., Weker H., *Ogólnopolskie badanie nad zawartością wapnia i witaminy D w dietach dzieci w wieku 4 lat*, „Pediatrics Współczesna” 2006, nr 2.
13. Charzewska J. i in., *Spożycie sacharozy i grup produktów głównych jej źródeł w dietach dzieci i młodzieży*, „Żywnienie Człowieka i Metabolizm” 2013, nr 3.
14. Chmura J., *Kultura fizyczna najmłodszych*, „Życie Szkoły” 1990, nr 10.
15. Chwojnowska Z., Charzewska J., *Błędy w żywieniu dzieci w wieku przedszkolnym* [w:] *Rekomendacje dla realizatorów żywienia z zakresu zasad prawidłowego żywienia dzieci w przedszkolach*, red. Charzewska J., Warszawa 2011.
16. Chwojnowska Z. i in., *Trendy w zawartości sodu w dietach warszawskiej młodzieży szkolnej*, „Żywnienie Człowieka i Metabolizm” 2011, nr 6.
17. Cieśliński W.B. i in., *Aktywność sportowa adaptacyjna osób starszych – założenia teoretyczne modelu SROI*, konferencja „Współczesne wyzwania gerontologii” 2015.
18. Craemer de M. i in., *Differences in Energy Balance-Related Behaviours in European Preschool Children: The ToyBox-Study*, “PLOS ONE” 2015, nr 10(3).
19. Czerwonogrodzka-Senczyzna A. i in., *Wpływ czynników środowiskowych na występowanie otyłości u dzieci do 7. roku życia*, „Endokrynologia Pediatryczna” 2014, nr 2.

20. Dąbrowa M., *Study in standard of living – methodology of structure of selected indicators*, "The Małopolska School of Economics in Tarnów Research Papers Collection" 2011, nr 1.
21. Decyzja Parlamentu Europejskiego oraz Rady nr 940/2011/UE z 14 września 2011.
22. *Diabetes Atlas*, International Diabetes Federation 2013.
23. *Diagnoza społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków*, red. Czapiński J., Panek T., Warszawa 2014.
24. Drygas W., *Czy „siedzący” tryb życia nadal stanowi zagrożenie dla zdrowia społeczeństwa polskiego?*, „Medycyna Sportowa” 2006, nr 22.
25. Drygas W. i in., *Ocena poziomu aktywności fizycznej dorosłej populacji Polski. Wyniki programu WOBASZ*, „Kardiologia Polska” 2005, nr 63, (supl. 4).
26. *Economic value of sport in England*, Sport England, Clarity Creation, Liverpool 2013.
27. Fichna P., Skowrońska B., *Otyłość oraz zespół metaboliczny u dzieci i młodzieży*, „Family Medicine & Primary Care Review” 2008, nr 2.
28. *Fitness nowoczesne formy gimnastyki*, red. Pietrzyk D., Warszawa 2007.
29. Franks B.D., *Test sprawności fizycznej dzieci i młodzieży YMCA*, tłum. Osiński W., Wachowski E., Poznań 1994.
30. Gacek M., *Sposób żywienia dzieci przedszkolnych ze środowiska wielkomiejskiego*, „Rocznik PZH” 2012, t. 63, nr 4.
31. Gajdzica A., *Sytuacja dawnych przedmiotów nauczania po wprowadzeniu reformy w klasach I-III*, „Rocznik Pedagogiczny” 2002, nr 25.
32. Gdak J., *Papierowi instruktorzy*, „Kulturystyka i Fitness. Sport dla Wszystkich” 2008, nr 7.
33. *Global recommendations on physical activity for health. Recommended levels of physical activity for health 5–17 years old*, WHO 2010.
34. Godlewski P., *Globalny i lokalny wymiar współczesnego sportu*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego” 2011, nr 68g.
35. Grabowski H., *Teoria fizycznej edukacji*, Warszawa 1997.
36. *Health at a Glance*, OECD Indicators, OECD Publishing 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en (dostęp: 2.09.2015).
37. *International Inventory of Documents on Physical Activity Promotion*, HEPA Europe 2006.
38. Jarosz M., *Żywność osób w starszym wieku*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
39. Jarosz M., Rychlik E., *Otyłość wyzwaniem zdrowotnym i cywilizacyjnym*, „Postępy Nauk Medycznych” 2011, nr 9.
40. Jarosz M. i in., *Spożycie soli a choroby układu krążenia i rak żołądka*, „Żywność Człowieka i Metabolizm” 2011, nr 6.
41. Jeżewska-Zychowicz M., *Zachowania żywieniowe młodzieży warszawskiej a środowisko społeczne*, Warszawa 2005.
42. Kałuża J., Jeruszka-Bielak M., *The relationship between iron nutritional status and mortality among older people from the Warsaw region*, "Polish Journal of Environmental Studies" 2006, nr 15(2A).
43. Karney A., *Otyłość dzieci i młodzieży. Współczesne problemy w profilaktyce i terapii*, Konferencja szkoleniowa IMiD, Warszawa 2014.
44. Knapik A. i in., *Znaczenie aktywności ruchowej w profilaktyce zdrowotnej*, „Zdrowie Publiczne” 2004, t. 114, nr 3.
45. Kołłajtis-Dołowy A. i in., *The nutritional habits among centenarians living in Warsaw*, „Rocznik PZH” 2007, nr 1.
46. Komosińska K. i in., *Zachowania zdrowotne związane z żywieniem u młodzieży szkolnej w Polsce w latach 1990–1998*, „Żywność Człowieka i Metabolizm” 2001, nr 1.
47. Kostecka M., *Prawidłowe żywienie dzieci w wieku przedszkolnym jako niezbędny element profilaktyki chorób cywilizacyjnych*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne” 2013, nr 3.

48. Kostrzewski S., Worach-Kardas H., *Zdrowotne i społeczno-ekonomiczne aspekty długotrwałego bezrobocia w środowisku wielkomiejskim*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2008, nr 89(4).
49. Kowal M. i in., *Międzypokoleniowe zmiany w budowie ciała i akceleracja pokwitania u dzieci i młodzieży w wieku 7–15 lat z populacji wielkomiejskiej w świetle uwarunkowań psychosocjalnych*, Kraków 2011.
50. Kozłowski S., Nazar K., *Wprowadzenie do fizjologii klinicznej*, Warszawa 1999.
51. Kozłowska K. i in., *Consumption of food products by the elderly living in different environments of the Warsaw region*, “Polish Journal of Environmental Studies” 2002, nr 1.
52. Królewska-Gawarzyńska J. i in., *Nawyki żywieniowe łódzkiej młodzieży licealnej w świetle badań ankietowych*, „Dental and Medical Problems” 2014, nr 1.
53. Laaser U., Leeuw de E., Stock C., *Scientific Foundations for Public Health Policy in Europe*, Juventa Verlag, Munchen 1995.
54. Lalonde M., *A New Perspective on the Health of Canadians*, A Working Document, Information Canada, Ottawa 1974.
55. Lipowicz A. i in., *Secular trends in BMI and the prevalence of obesity in young Polish males from 1965 to 2010*, “European Journal of Public Health” 2014, nr 2.
56. Loring B., Robertson A., *Obesity and inequities: Guidance for addressing inequities in overweight and obesity*, WHO 2014.
57. Luszniiewicz A., *Statystyka społeczna: Podstawowe problemy i metody*, Warszawa 1982.
58. Łaska-Mierzejewska T., Olszewska E., *Antropologiczna ocena zmian rozwarstwienia społecznego populacji wiejskiej w Polsce, w okresie 1967–2001: badania dziewcząt*, „Studia i Monografie” 2003, nr 95.
59. Łoś-Rycharska E., Niecławska A., *Spożycie pokarmów typu fast-food przez dzieci w wieku poniemowlęcym i przedszkolnym*, „Pediatria Polska” 2010, nr 85.
60. Łukasik R. i in., *Stan wiedzy rodziców na temat żywienia dzieci od urodzenia do 3 lat*, „Nowa Pediatria” 2014, nr 2.
61. Madejski E., *Wybrane uwarunkowania osobnicze, rodzinne i szkolne aktywności ruchowej dzieci w młodszym wieku szkolnym*, Kraków 2013.
62. Mazur J., *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej na podstawie badań HBSC 2010*, Warszawa 2010.
63. Merkiel S., Chalcarz W., Deptuła M., *Porównanie aktywności fizycznej oraz ulubionych form spędzania czasu wolnego dziewczynek i chłopców w wieku przedszkolnym z województwa mazowieckiego*, „Rocznik PZH” 2011, t. 62, nr 1.
64. Mikiel-Kostyra K. i in., *Żywienie niemowląt w Polsce w roku 1997*, „Pediatria Polska” 1999, nr 5.
65. Mossakowska M. i in., *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Poznań 2012.
66. *Narodowy Program Zdrowia 1996–2005*, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa 1996.
67. Niedźwiedzka E., Wądołowska L., *Analiza urozmaicenia spożycia żywności w kontekście statusu socjoekonomicznego polskich osób starszych*, „Problemy Higieny i Epidemiologii 2010”, nr 4.
68. Nussbaum M., Sen A., *The quality of life*, Oxford England New York, Clarendon Press Oxford University Press 2009.
69. *Ogólnopolskie działania w zakresie zwalczania nadwagi i otyłości, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i młodzieży*, red. Jarosz M., Warszawa 2013.
70. Oliver M., Schoefield G., Kolt G., *Physical activity in pre-schoolers*, “Sports Medicine” 2007, nr 37.
71. *Organizacja i finansowanie kształcenia i doskonalenia zawodowego nauczycieli*, Raport Najwyższej Izby Kontroli 2011, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,4294,vp,6193.pdf> (dostęp: 17.06.2015).

72. Osiński W., *Zarys teorii wychowania fizycznego*, Poznań 2002.
73. Ostrowska A., *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*, Warszawa 1999.
74. Otyłość, żywienie, aktywność fizyczna, zdrowie Polaków, red. Jarosz M., Warszawa 2006.
75. Papiernik H., *Transformacja wychowania fizycznego – szansa czy konieczność?*, <http://www.lider.szs.pl/teksty/papiernik.doc> (dostęp: 25.06.2015).
76. *Personal training licensing survey results*, National Board of Fitness Examiners – NBFEE 2006, http://www.nbfe.org/news/press_releases/survey_results103006.cfm (dostęp: 30.05.2010).
77. Piątkowska M., *Age-related changes in physical activity patterns in Poland*, „Antropomotoryka” 2012, t. 22, nr 59.
78. Pietruszka B. i in., *Sposób żywienia i stan odżywienia [w:] Skazani na długowieczność. W poszukiwaniu czynników pomyślnego starzenia*, red. Mossakowska M., Poznań 2007.
79. Płotka A., *Zdrowy styl życia człowieka – jego uwarunkowania i zagrożenia*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska”, Vol. LVIII, Suppl. XIII, 198, Sectio D, Lublin 2003.
80. *Podstawa programowa z komentarzami*, t. 8, *Wychowanie fizyczne i edukacja dla bezpieczeństwa w szkole podstawowej, gimnazjum i liceum*, Warszawa 2008, http://men.gov.pl/wp-content/uploads/2011/02/men_tom_8.pdf (dostęp: 28.04.2015).
81. *Podstawy teorii i metodyki rekreacji ruchowej. Podręcznik dla instruktora rekreacji ruchowej – część ogólna*, red. Kozdroń E., Warszawa 2008.
82. *Polska w obliczu starzenia się społeczeństwa*, red. Karpiński A., Rajkiewicz A., Warszawa 2008.
83. Porozumienie Akademii Wychowania Fizycznego w sprawie systemu kwalifikacji w rekreacji ruchowej z 23 listopada 2012.
84. *Porozumienie Akademii Wychowania Fizycznego w sprawie wspólnych standardów kształcenia instruktorów rekreacji ruchowej*, 6 maja 2011.
85. Pośpiech J., *Wychowanie fizyczne i sport szkolny w krajach europejskich – wybrane problemy*, „Studia i Monografie” 2003, z. 145.
86. *Prognoza ludności na lata 2014–2050*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2014.
87. *Psychologia rozwoju człowieka*, red. Harwas-Napierała B., Trempała J., Warszawa 2002.
88. Puciato D. i in., *Aktywność fizyczna dorosłych mieszkańców Katowic a wybrane uwarunkowania zawodowe i społeczno-ekonomiczne*, „Medycyna Pracy” 2013, nr 64(5).
89. Pyka A., *Hybrydowe modele PPP w warunkach gospodarki polskiej*, „Journal of Management and Finance” 2013, t. 11, nr 2.
90. Raciborski F., Samoliński B., *Stres okołomerytalny w ujęciu zdrowotnym, ekonomicznym, psychologicznym i społecznym*, Raport, Warszawa 2013.
91. *Raport końcowy*, red. Kryńska E., Szukalski P., Łódź 2013.
92. Rasińska R., *Analiza wybranych wyznaczników kształtowania postaw prozdrowotnych młodzieży akademickiej*, Praca doktorska [maszynopis], Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2010.
93. *Rekomendacje dla realizatorów żywienia z zakresu zasad prawidłowego żywienia dzieci w przedszkolach*, red. Charzewska J., Warszawa 2011.
94. *Rekreacja, turystyka, kultura: w zagospodarowaniu czasu wolnego*, red. Oździński J., Gdańsk 2005.
95. *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2013*, Główny Urząd Statystyczny, http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/RS_rocznik_statystyczny_rp_2013.pdf (dostęp: 5.09.2015).
96. Roszko-Kirpsza I. i in., *Żywienie dzieci wiejskich w 2 i 3 roku życia*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2012, nr 93(3).
97. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 19 sierpnia 2009 roku w sprawie dopuszczalnych form realizacji dwóch godzin obowiązkowych zajęć wychowania fizycznego.

98. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 27 czerwca 2001 roku w sprawie kwalifikacji, stopni i tytułów zawodowych w dziedzinie kultury fizycznej oraz szczegółowych zasad i trybu ich uzyskiwania, Dz. U. nr 71, poz. 738.
99. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 29 grudnia 2014 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie ramowych planów nauczania w szkołach publicznych.
100. *Rozwiązania sprzyjające aktywnemu starzeniu się w wybranych krajach Unii Europejskiej*, red. Kryńska E., Szukalski P., Łódź 2013.
101. Różańska D., Wyka J., Biernat J., *Sposób żywienia ludzi starszych mieszkających w małym mieście – Twardogórze*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2013, nr 3.
102. Schuller T. i in., *Korzyści z uczenia się*, University of London 2004.
103. *Sektorowa Rama Kwalifikacji w Sporcie*, Raport końcowy, w druku.
104. Siciński A., *Problemy teoretyczne i metodologiczne badań stylu życia*, Warszawa 1980.
105. Siciński A., *Styl życia, kultura, wybór. Szkice*, Warszawa 2002.
106. Skrzydlewski D., *Przygotowanie nauczycieli i studentów nauczania początkowego do kierowania procesem wychowania fizycznego dzieci z klas I-III szkoły podstawowej*, Praca doktorska [maszynopis], Warszawa 2001.
107. *Socjologia i Siciński*, red. Gliński P., Kościański A., Warszawa 2009.
108. *Sport and physical activity*, Special Eurobarometer 334, March 2010.
109. *Sport and physical activity*, Special Eurobarometer 412, Report, TNS Opinion & Social 2014.
110. *Sport gimnastyczny i taniec w badaniach naukowych*, red. Szot Z., Gdańsk 2001.
111. *Sport i turystyka – razem czy osobno?*, red. Boruszcak M., „Studenckie Zeszyty Naukowe” 2008, nr V, Gdańsk 2008.
112. *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku. Informacje i opracowania statystyczne*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2011.
113. Strategia dla Europy w sprawie zagadnień zdrowotnych związanych z odżywianiem, nadwagą i otyłością, 20 maja 2007.
114. *Styl życia. Przemiany we współczesnej Polsce*, red. Siciński A., Warszawa 1978.
115. Suliga E., *Zachowania zdrowotne studentów i uczniów*, Kielce 2004.
116. Suliga E., *Zróżnicowanie rozwoju fizycznego oraz sposobu żywienia dzieci i młodzieży w środowisku miejskim i wiejskim Kielecczyny w latach 2002–2005*, Kielce 2008.
117. Suliga E., Król G., Żeber-Dzikowska I., *Ocena zachowań zdrowotnych związanych z żywieniem u osób dorosłych i starszych*, w druku.
118. Sulisz S., *Kryteria oceny szkoły w zakresie edukacji fizycznej*, „Kultura Fizyczna” 2000, nr 11–12.
119. Sulisz S., *Przygotowanie nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej do realizacji procesu wychowania fizycznego*, „Roczniki Naukowe AWF” 1998, t. XXXVII.
120. Sygnowska E. i in., *Spożycie produktów spożywczych przez dorosłą populację Polski. Wyniki programu WOBASZ*, „Kardiologia Polska” 2005, nr 6 (supl. 4).
121. *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, red. Wojtyniak B., Goryński P., Warszawa 2008.
122. *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, red. Wojtyniak B., Goryński P., Moskalewicz B., Warszawa 2012.
123. Szajewska H. i in., *Zasady żywienia zdrowych niemowląt. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci*, „Standardy Medyczne/Pediatría” 2014, t. 11.
124. *Sześciolatki w Polsce. Raport 2006. Diagnoza badanych sfer rozwoju*, red. Kopik A., Kielce 2007.
125. Szponar L. i in., *Badania indywidualnego spożycia żywności i stanu odżywienia w gospodarstwach domowych*, Warszawa 2003.
126. Szukalski P., Kowalski J.T., *Pomyślne starzenie się w perspektywie nauk o pracy i polityce społecznej*, Łódź 2008.

127. Szumilewicz A., Kowalski R., *Propozycja Polskiej Ramy Kwalifikacji w Rekreacji Ruchowej*, „Sport dla Wszystkich” 2012, nr 1.
128. Szumilewicz A., Lewandowska-Plińska A., *Krajowa rama kwalifikacji w fitnessie*, Konferencja ekspercka „Europejskie ramy kwalifikacji w obszarze sportu i turystyki”, Toruń, 12–13.12.2011, Toruń 2011.
129. Świdarska-Kopacz J., Marcinkowski J.T., Jankowska K., *Zachowania zdrowotne młodzieży gimnazjalnej i ich wybrane uwarunkowania*, część IV: Sposób żywienia, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2008, nr 2.
130. *Tendencje zmian zachowań zdrowotnych i wybranych wskaźników zdrowia młodzieży szkolnej w latach 1990–2010*, red. Woynarowska B., Mazur J., Warszawa 2011.
131. *Teoria i praktyka rekreacji ruchowej*, red. Nałęcka D., Bytniewski M., Biała Podlaska 2006.
132. Thaler R.H., Sunstein C.R., *Nudge: Improving Decisions about Health, Wealth, and Happiness*, Yale University Press, New Haven & London 2008.
133. *The Effect of the Acute Treadmill Walking Cognitive Control and Academic Achievement in Preadolescent Children*, NIH, 2009.
134. *The 2015 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013–2060)*, „European Economy” 2015, nr 3.
135. *Trzydziestolecie Towarzystwa Krzewienia Kultury Fizycznej*, red. Mikołajczak Z., Warszawa 1989.
136. *Turystyka i Rekreacja*, red. Kosiewicz J., Obodyński K., Rzeszów 2006.
137. *Uczestnictwo Polaków w rekreacji ruchowej i jego uwarunkowania*, red. Dąbrowski A., Płock 2003.
138. Ustawa z 18 stycznia 1996 roku o kulturze fizycznej, Dz. U. nr 25 poz. 113 i nr 137 poz. 639.
139. Ustawa z 25 czerwca 2010 roku o sporcie, Dz. U. nr 127 poz. 857 z późn. zm.
140. Wajszczyk B., Charzewska J., *Zawartość wapnia w dietach Polaków – przegląd piśmiennictwa*, „Żywnienie Człowieka i Metabolizm” 2013, nr 3.
141. *W drodze do Polskiej ramy kwalifikacji. Dobre praktyki w systemie kwalifikacji*, red. Chłoń-Domińczak A., Fandrejewska A., Warszawa 2015.
142. *Warunki i jakość życia dzieci w krajach rozwiniętych. Analiza porównawcza*, opr. Adamson P., Innocenti Report Card 11, Florencja 2013.
143. Waśkiewicz A., Sygnowska E., Broda G., *Ocena stanu zdrowia i odżywienia osób w wieku powyżej 75 lat w populacji polskiej. Badanie WOBASZ SENIOR*, „Bromatologia i Chemia Toksykologiczna” 2012, nr 3.
144. Wądołowska L., *Żywniowe podłoże zagrożeń zdrowia w Polsce*, Olsztyn 2010.
145. Wądołowska L. i in., *Food patterns among polish older people*, „Polish Journal of Environmental Studies” 2006, nr 15(2B).
146. Weker H. i in., *Analysis of nutrition of children aged 13–36 months in Poland – a nation-wide study*, „Developmental Period Medicine” 2011, nr 3.
147. Weker H. i in., *Wzory żywienia niemowląt i małych dzieci – badanie ogólnopolskie*, „Standardy Medyczne/Pediatrics” 2014, t. 11.
148. Wierzbicka E., Roszkowski W., *Stosowanie specjalnych diet oraz zwyczaje żywieniowe wybranej grupy osób starszych*, „Żywnienie Człowieka i Metabolizm” 2004, nr 31 (supl. 2), cz. II.
149. Wierzbicka E. i in., *Sposób żywienia oraz stan odżywienia ludzi starszych w Polsce w świetle danych z piśmiennictwa z lat 1980–1996*, „Rocznik PZH” 1997, nr 1.
150. Wilczewski A., *Czy dystanse środowiskowe w rozwoju dzieci i młodzieży ze wschodniego regionu Polski ulegają zmianie?*, Biała Podlaska 2013.
151. Wojdan-Godek E. i in., *Sposób żywienia a masa ciała niemowląt w pierwszym półroczu życia*, „Medycyna Wieku Rozwojowego” 2005, nr 4.
152. Wolański N., *Rozwój biologiczny człowieka*, Warszawa 2012.

153. Wolnicka K., *Najnowsze dane dotyczące sposobu żywienia dzieci i młodzieży w Polsce i Europie*, Warszawa 2014.
154. Woynarowska B., Oblacińska A., *Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. Najważniejsze problemy zdrowotne*, „Studia BAS” 2014, nr 2.
155. *Współczesne potrzeby i możliwości pomiaru zdrowia*, Materiały krajowej konferencji naukowej, Warszawa 1997.
156. *Wychowanie fizyczne i sport w szkołach publicznych. Informacja o wynikach kontroli*, Najwyższa Izba Kontroli, 2010, <http://www.nik.gov.pl/plik/id,1942,vp,2355.pdf> (dostęp: 25.05.2015).
157. *Wychowanie fizyczne i sport w szkołach publicznych i niepublicznych*, Informacja o wynikach kontroli Najwyższej Izby Kontroli, Warszawa 2013.
158. Wyka J., *Stan odżywienia ludzi po 60. roku życia w aspekcie uwarunkowań żywieniowych, zdrowotnych, środowiskowych i socjodemograficznych*, Wrocław 2009.
159. Wyka J. i in., *Assessment of dietary intake and nutritional status (MNA) in Polish free-living elderly people from rural environments*, „Archives of Gerontology and Geriatrics” 2012, nr 1.
160. *Wyniki badań HBSC. Raport techniczny*, red. Mazur J., Małkowska-Szkutnik A., Warszawa 2011.
161. *Wytyczne UE dotyczące aktywności fizycznej. Zalecane działania polityczne wspierające aktywność fizyczną wpływającą pozytywnie na zdrowie*, http://ec.europa.eu/sport/library/policy_documents/eu-physical-activity-guidelines-2008_pl.pdf (dostęp: 06.09.2015).
162. Zagórecka E. i in., *Karmienie naturalne w żywieniu niemowląt z wybranych miast Polski Centralnej i Wschodniej*, „Pediatria Polska” 2007, nr 7.
163. Zalecenie Parlamentu Europejskiego i Rady Europy w sprawie ustanowienia Europejskich Ram Kwalifikacji dla uczenia się przez całe życie, 2008.
164. Zalecenie Parlamentu Europejskiego i Rady Europy w sprawie ustanowienia europejskiego systemu transferu osiągnięć w kształceniu i szkoleniu zawodowym (ECVET, *European Credit System for Vocational Education and Training*), 2009.
165. Zalecenie Rady Europy z 26 listopada 2013 roku w sprawie propagowania we wszystkich sektorach prozdrowotnej aktywności fizycznej (2013/C 354/01).
166. *Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020*, „Monitor Polski” 2014, poz. 118.
167. Zarebska A., *Aktywność fizyczna „fitness” jako forma oddziaływania usprawniająco-zdrowotnego*, rozprawa doktorska, Gdańsk 2007.
168. *Zasady prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży oraz wskazówki dotyczące zdrowego stylu życia*, red. Jarosz M., Warszawa 2008.
169. Zdrojewski T. i in., *Związek nadwagi i otyłości z podwyższonymi wartościami ciśnienia tętniczego w badaniach reprezentatywnych grup dorosłych Polaków w 1997 i 2002 roku (NATPOL II, NATPOL III)*, „Medycyna Metaboliczna” 2002, nr 6 (supl. 4).
170. *Zdrowie priorytetem politycznym państwa – analiza i rekomendacje*, Raport, red. Gujski M., Kalbarczyk W.P., Warszawa 2013.
171. *Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa. Rządowa Rada Ludnościowa*, red. Szymboriski J., Warszawa 2012.

Powszechna dyskusja sportowa

*w poszukiwaniu
modeli działań
na rzecz sportu
amatorów*