

# Studenci o zdrowiu i aktywności fizycznej

Students about health and physical activity

**Key words:** health, health attitudes, healthy behaviours, physical activity, students.

**Abstract:** The article presents the results of a diagnostic survey conducted among students of pedagogy, the aim of which was to find out the respondents' opinions on health and physical activity undertaken in comparison with a number of restrictions introduced in connection with the coronavirus pandemic. The study presents the definitions of health proposed by the respondents, primarily as the physical and mental well-being of the body and the absence of disease. Among the activities significant for health, the following were listed: regular physical activity, rational diet and preventive medical tests. A significant group of survey participants indicated physical activity, such as: cycling, exercising at home and at the gym, running and walking.

**Słowa kluczowe:** zdrowie, postawy zdrowotne, zachowania zdrowotne, aktywność fizyczna, studenci.

**Streszczenie:** W artykule przedstawiono wyniki sondażu diagnostycznego przeprowadzonego wśród studentów pedagogiki, którego celem było poznanie opinii respondentów na temat zdrowia oraz podejmowanej aktywności fizycznej w zestawieniu z szeregiem ograniczeń wprowadzonych w związku z pandemią koronawirusa. W opracowaniu przedstawiono zaproponowane przez badanych definicje zdrowia, przede wszystkim jako dobrostanu fizycznego i psychicznego organizmu oraz braku choroby. Wśród czynności znaczących dla zdrowia wymieniano: systematyczną aktywność fizyczną, racjonalną dietę i badania profilaktyczne. Znaczna grupa uczestników sondażu wskazała na podejmowanie aktywności fizycznej typu: jazda na rowerze, ćwiczenia w domu i siłowni, bieganie i spacer.

## Wprowadzenie w problematykę zdrowia

Określenie, czym jest zdrowie, nie zawsze jest łatwe. Pojęcie to, choć powszechnie używane, to jednak nie jest jednakowo rozumiane przez wszystkich, zaś mnogość sposobów jego definiowania wskazuje na złożoność zjawiska, które opisuje<sup>1</sup>. Wielość ujęć wynika także z tego, że jest to pojęcie interdyscyplinarne<sup>2</sup>. Kategoria ta prezentowana jest różnie na gruncie naukowym czy profesjonalnym oraz potocznego myślenia. Choć jak zauważa Anna Gaweł zdrowie zarówno w świadomości potocznej, jak i w obrębie różnorodnych dyscyplin naukowych jest traktowane jako

<sup>1</sup> K. Walentyłowicz-Motyl, *Wielowymiarowe modele zdrowia*, „Hygeia. Public Health” 2017, nr 52(1), s. 2.

<sup>2</sup> E. Syrek, *Zdrowie i wychowanie a jakość życia. Perspektywy i humanistyczne orientacje poznawcze*, Wyd. UŚ, Katowice 2008, s. 38.

szczególne i pożądane przez człowieka dobro, którego niedostatek oddziałuje na (dez)organizację jego życia<sup>3</sup>. Krzysztof Puchalski wyodrębnił sześć grup kryteriów zdrowia funkcjonujących w świadomości potocznej, są to: brak poczucia dyskomfortu (dobre samopoczucie, brak choroby), kryterium medyczne (parametry zdrowotne w normie), kryterium równowagi (zrównoważenie i zdolność radzenia sobie z przeciwnościami losu), kryterium witalistyczne (siła i energia życiowa), kryterium funkcjonalistyczne (sprawne wywiązywanie się z obowiązków) oraz kryterium funkcjonalistyczne zmodyfikowane (tzw. *productive life*)<sup>4</sup>. Zdrowie może być określane zarówno obiektywnie, jak i subiektywnie – jako pojęcie, świadomość zdrowia i poczucie zdrowia<sup>5</sup>. Co ważne, subiektywna ocena zdrowia nie musi pokrywać się z diagnozą medyczną, natomiast obiektywne ujęcie zdrowia pociąga za sobą szereg konsekwencji na gruncie społecznym, prawnym i ekonomicznym<sup>6</sup>.

Na gruncie medycyny oraz nauk społecznych w zakresie opisu zdrowia wyróżnia się modele: patogenetyczny i salutogenetyczny. Ten pierwszy odnosi się do identyfikowania przyczyn choroby, będącej stanem przeciwstawnym zdrowiu. Natomiast ten drugi zmierza do wykrywania czynników sprzyjających zachowaniu zdrowia oraz jego ochrony i poprawy w sytuacji ryzyka zdrowotnego<sup>7</sup>. W przypadku określenia zdrowia jako braku choroby i dolegliwości mamy do czynienia z redukcjonistyczną definicją negatywną, która nie obejmuje pełnego zakresu zdrowia. W tym przypadku człowiek uznawany jest za zdrowego na podstawie wykluczenia w jego organizmie wszelkich zjawisk chorobowych<sup>8</sup>. W przypadku pozytywnego ujęcia zdrowia określa się je w kategoriach dobrego samopoczucia, zadowolenia z siebie, czemu towarzyszy uczucie szczęścia<sup>9</sup>. W obrębie paradygmatu salutogenetycznego Aaron Antonovsky określa zdrowie w sposób dynamiczny jako proces, swego rodzaju przemieszczanie się na kontinuum pomiędzy biegunem zdrowia a choroby<sup>10</sup>.

W literaturze przedmiotu odnaleźć można jeszcze ujęcie, które dotyczy społeczno-ekologicznego modelu zdrowia. Wyróżnia się tu trzy grupy czynników determinujących zdrowie: biologiczne, środowiskowe oraz styl życia. Szczególnie mocno zaakcentowana zostaje odpowiedzialność człowieka za zdrowie, która znajduje swoje odzwierciedlenie w jego zachowaniach zdrowotnych (stylu życia)<sup>11</sup>.

<sup>3</sup> A. Gawęł, *Pedagogzy wobec wartości zdrowia*, Wyd. UJ, Kraków 2003, s. 14.

<sup>4</sup> K. Puchalski, *Kryteria zdrowia w świadomości społecznej*, „Promocja zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1996, nr 1–2, s. 58.

<sup>5</sup> H. Sęk, *Jakość życia a zdrowie*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 1993, nr 2, s. 110 i 113, <https://repozytorium.amu.edu.pl/bitstream/10593/16032/1/011%20HELENA%20S%20c4%98K.pdf> (24.02.2023)

<sup>6</sup> E. Syrek, *Zdrowie i wychowanie a jakość życia. Perspektywy i humanistyczne orientacje poznawcze*, Wyd. UŚ, Katowice 2008, s. 39.

<sup>7</sup> A. Gawęł, *Pedagogzy wobec wartości zdrowia*, Wyd. UJ, Kraków 2003, s. 11.

<sup>8</sup> Tamże, s. 14.

<sup>9</sup> S. Kostańczak, *Zdrowie jako wartość ogólnospołeczna*, „Studia Ecologiae et Bioethicae UKSW” 2012, nr 10(3), s. 27.

<sup>10</sup> A. Gawęł, *Pedagogzy wobec wartości zdrowia*, dz. cyt., s. 11.

<sup>11</sup> T. Maszczak, *Zdrowie jako wartość uniwersalna*, „Roczniki Naukowe AWF w Poznaniu” 2005, z. 54, s. 74.

Zdrowie rozważane jest też na gruncie aksjologicznym. Ujęcie go jako wartości eksponuje rozłączność kategorii zdrowia i choroby. Zdrowie jest cenne, pożądane, jest pozytywną wartością ostateczną, do której człowiek dąży. Służą mu „ pewne wartości instrumentalne, takie jak: opanowanie, odpowiedzialność, życzliwość, konsekwencja w działaniu, niezależność, umiejętność bycia sobą i obrony swoich przekonań, optymizm życiowy, aktywny udział w kreowaniu rzeczywistości czy umiejętność radzenia sobie ze stresem”<sup>12</sup>. W wielu przypadkach jest ono też niezbędnym warunkiem realizacji innych wyznawanych przez jednostkę wartości.

Zgodnie z określeniem zaproponowanym przez Światową Organizację Zdrowia, zdrowie to: „stan pełnego dobrostanu psychicznego, fizycznego i społecznego, a nie tylko brak choroby i niedomagania”<sup>13</sup>. Dobrostan fizyczny i psychiczny są tu mierzone zarówno wskaźnikami obiektywnymi, jak i subiektywnie odczuwanym samopoczuciem człowieka oraz zadowoleniem z siebie. Natomiast dobrostan społeczny opisuje uczestnictwo jednostki w życiu społecznym poprzez interakcje, umiejętność radzenia sobie z przeciwnościami oraz przystosowanie środowiskowe<sup>14</sup>.

Podsumowując, zdrowie rozumiane bywa jako: brak objawów choroby i cierpienia<sup>15</sup>; dobrostan biopsychospołeczny<sup>16</sup>; potencjał i właściwości człowieka oraz kontekst jego życia albo proces<sup>17</sup> czy wartość<sup>18</sup>. Co ważne, te ujęcia zdrowia uzupełniają się.

Należy też zaznaczyć, że zdrowie stanowi dobro osobiste podlegające ochronie na mocy przepisów prawa<sup>19</sup>.

W obrębie zdrowia wyróżnić można aspekty: biologiczny, psychiczny, społeczny i duchowy. Każdy z tych wymiarów zawarty jest w modelach wielowymiarowych, integrujących te zakresy ludzkiego istnienia. Człowiek może funkcjonować na różnych poziomach w obrębie każdego z tych wymiarów, a pomiędzy nimi dochodzi do zależności i wzajemnego oddziaływania<sup>20</sup>. „Ujęcie biologiczne/fizyczne zwraca uwagę na prawidłowe funkcjonowanie organizmu w obrębie komórek, tkanek, narządów oraz układów, a także funkcjonalną sprawność jednostki, czyli możliwość realizowania przez nią tzw. czynności życia codziennego”<sup>21</sup>. W obrębie zdrowia

<sup>12</sup> A. Gawęł, *Pedagogzy wobec wartości zdrowia*, dz. cyt., s. 110.

<sup>13</sup> Tamże, s. 15.

<sup>14</sup> Tamże, s. 15.

<sup>15</sup> Tamże, s. 12.

<sup>16</sup> Tamże, s. 15.

<sup>17</sup> I. Heszen-Niejodek, *Psychologia zdrowia jako dziedzina badań i zastosowań praktycznych*, [w:] H. Sęk, I. Heszen-Niejodek (red.), *Psychologia zdrowia*, PWN, Warszawa 1997, s. 28.

<sup>18</sup> A. Gawęł, *Pedagogzy wobec wartości zdrowia*, dz. cyt., s. 15, 42 i nast.

<sup>19</sup> Konstytucja RP z dnia 2 kwietnia 1997 roku, Dz.U. 1997, nr 78, poz. 483, art. 68; Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 roku – Kodeks cywilny, Dz.U. 1964, nr 16, poz. 93, art. 23 i 24; Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 roku – Kodeks pracy, Dz.U. 1974, nr 24, poz. 141, m.in. art. 201, 207 i nast.;

<sup>20</sup> K. Walentyłowicz-Motył, *Wielowymiarowe modele zdrowia*, dz. cyt., s. 2–4; T. Maszczak, *Zdrowie jako wartość uniwersalna*, „Roczniki Naukowe AWF w Poznaniu” 2005, z. 54, s. 74; E. Syrek, *Zdrowie i wychowanie a jakość życia. Perspektywy i humanistyczne orientacje poznawcze*, Wyd. UŚ, Katowice 2008, s. 38.

<sup>21</sup> K. Walentyłowicz-Motył, *Wielowymiarowe modele zdrowia*, dz. cyt., s. 3–4.

psychicznego zwraca się uwagę na przejaw intelektualny i emocjonalny. W pierwszym przypadku o zdrowiu świadczą np. zdolność myślenia czy uczenia się z doświadczeń. W przypadku emocjonalnego funkcjonowania jednostki istotne dla jej zdrowia są m.in. rozpoznawanie emocji, zdolność do ich ekspresji oraz radzenia sobie z nimi. Z kolei zdrowie społeczne rozumiane jest jako wywiązywanie się z ról społecznych i związany z tym poziom satysfakcji osobistej człowieka. Wymiar duchowy zdrowia oparty jest na posiadaniu przez jednostkę poczucia sensu i celu życia. Należy jeszcze zwrócić uwagę na wymiar zawodowy i środowiskowy. Pierwszy z nich wiąże się z poczuciem satysfakcji z wykonywanej pracy i spełnieniem poprzez pracę. Z kolei w wymiarze środowiskowym bierze się pod uwagę cechy otoczenia fizycznego jednostki i jej współdziałanie z tym środowiskiem zewnętrznym<sup>22</sup>.

Na stan zdrowia człowieka oraz jego możliwości w zakresie działań prozdrowotnych oddziałuje wiele czynników. Goran Dahlgren i Margaret Whitehead w ramach społeczno-ekologicznej teorii zdrowia czynniki wpływające na zdrowie opisali w obrębie kilku warstw. Wymienione tu zostały: warunki społeczno-ekonomiczne (w tym status społeczny, stabilność ekonomiczna), wpływy społeczne (wspólnotowość i wsparcie społeczne) i kulturowe (także edukacja i jej jakość, która zwiększa możliwość kierowania swoim życiem i kontrolowania zdrowia); środowisko fizyczne (stan czystości powietrza i gleby, dostęp do wody, miejsce zamieszkania, miejsce pracy oraz nasilenie ruchu drogowego); zatrudnienie i warunki pracy; styl życia, który może promować zachowania zdrowotne oraz cechy biologiczne jednostki (płeć, wiek i dziedziczenie) i prawidłowy rozwój w dzieciństwie (ma to duże znaczenie dla zdrowia i samopoczucia w dalszych latach życia). Poza tym rozmaite udogodnienia typu: dostęp do świadczeń i usług służby zdrowia oraz ich jakość<sup>23</sup>.

Spośród pól zdrowotnych wyróżnionych przez Marca Lalonde`a<sup>24</sup> największe znaczenie przypisuje się stylowi życia, które szacuje się na poziomie 50–60%; następnie środowisku fizycznemu i społecznemu życia i pracy człowieka (ponad 20%), czynnikom genetycznym – około 20% oraz opiece medycznej (w zależności od jej dostępności i jakości oraz akceptacji przez pacjenta – 10–15%)<sup>25</sup>. Styl życia to całokształt powiązanych ze sobą zachowań, zwyczajów i nawyków, które mogą oddziaływać na poziom ryzyka przedwczesnego rozwoju określonych chorób, a wyznaczone są przez czynniki społeczno-kulturowe i cechy indywidualne. Wobec tego styl życia budują możliwości, uwarunkowania i wybory dokonane przez jednostkę. Tworzy

<sup>22</sup> Tamże, s. 4.

<sup>23</sup> G. Dahlgren, M. Whitehead, *Policies and strategies to promote social equity in health*, Institute for Futures Studies, Stockholm, Sweden 1991, <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf> (2.3.2023); G. Dahlgren, M. Whitehead, 1991, *Social Model of Health*, [https://www.nwci.ie/download/pdf/determinants\\_health\\_diagram.pdf](https://www.nwci.ie/download/pdf/determinants_health_diagram.pdf) (21.02.2023).

<sup>24</sup> M.J. Wysocki, M. Miller, *Paradygmat Lalonde`a, Światowa Organizacja Zdrowia i Nowe Zdrowie Publiczne*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2003, nr 57, s. 506.

<sup>25</sup> M. Woźniak, I. Brukwicka, Z. Kopański, R. Kollar, M. Kollarova, B. Bajger, *Zdrowie jednostki i zbiorowości*, „Journal of Clinical Healthcare” 2015, nr 4, s. 2; M. Sygit, *Zdrowie publiczne*, Wolters Kluwer, Warszawa 2017, s. 28–29.

się on w oparciu o oddziaływania wychowawcze i socjalizacyjne. Co ważne, prezentowany przez jednostkę styl życia może wzmacniać jej potencjał zdrowotny bądź prowadzić do jego osłabienia, dlatego można mówić o jego prozdrowotnym, albo antyzdrowotnym charakterze<sup>26</sup>.

## Postawy i zachowania prozdrowotne

Postawy zdrowotne tak jak wszystkie inne postawy zbudowane są z trzech komponentów, tj. poznawczego, emocjonalnego i tendencji do działań (oraz działań), w których wyraża się określony stosunek wobec zdrowia<sup>27</sup>. Proces ich kształtowania się jest złożony i długotrwały. Rozpoczyna się już w dzieciństwie i trwa przez całe życie, cechuje się nie tylko wytwarzaniem i utrwalaniem określonego rodzaju ustosunkowania, ale również pewnymi zmianami. Pierwszym środowiskiem, w którym wpajane są człowiekowi wartości i dochodzi do wytworzenia się nawyków zdrowotnych, jest rodzina, później zaś szkoła i inne instytucje edukacyjne, ale także rówieśnicy czy środki masowego przekazu<sup>28</sup>. „Dojrzała postawa prozdrowotna składa się z: racjonalnego, emocjonalnie zrównoważonego stosunku do choroby, inwalidztwa i śmierci, poczucia odpowiedzialności za swoje zdrowie i współodpowiedzialności za zdrowie publiczne, gotowości i umiejętności spieszenia z pomocą innym”<sup>29</sup>.

Ludzie prezentują bardzo zróżnicowane postawy wobec zdrowia. Zofia Kubińska, Anna Pańczuk i Anna Ławnik dokonały przeglądu klasyfikacji postaw zdrowotnych i na tej podstawie zaprezentowały: postawę bierną (brak jakichkolwiek działań prozdrowotnych), roszczeniową (przerzucanie odpowiedzialności za własne zdrowie na państwo i jego instytucje), wyuczzonej bezradności (niechęć i niezdolność do samodzielnej dbałości o zdrowie), a także przeciwstawny im *healthism* (przesadna koncentracja i dbałość o zdrowie, związana z kultem ciała, zabiegami medycyny estetycznej, dietami odchudzającymi i restrykcyjnymi ćwiczeniami)<sup>30</sup>.

Czesław Lewicki wyodrębnił siedem grup pozytywnych postaw zdrowotnych, które powinny być kształtowane w ramach edukacji zdrowotnej. Znalazły się wśród nich:

- Ideowe postawy zdrowotne: humanizmu, egalitaryzmu i demokratyzmu, racjonalizmu;
- Społeczne postawy zdrowotne: społecznej użyteczności i gospodarności;
- Interpersonalne postawy zdrowotne: poszanowania życia i zdrowia człowieka, tolerancji, opiekuńczości, współodczuwania;
- Intrapersonalne postawy zdrowotne: godności osobistej, samokontroli, perfekcjonizmu i optymizmu zdrowotno-sprawnościowego;

<sup>26</sup> A. Gawęł, *Pedagogzy wobec wartości zdrowia*, dz. cyt., s. 23.

<sup>27</sup> S. Mika, *Psychologia społeczna*, Warszawa 1987, s. 116.

<sup>28</sup> A. Gawęł, *Pedagogzy wobec wartości zdrowia*, dz. cyt., s. 36; P.M. Kaczor-Szkodny, W. Szkodny, *Wybrane elementy wpływające na powstawanie i kształtowanie postaw i zachowań zdrowotnych*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2021, T. 27, nr 1, s. 46–47.

<sup>29</sup> M. Demel, *Pedagogika zdrowia*, Wyd. Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1980, s. 121.

<sup>30</sup> Z. Kubińska, A. Pańczuk, A. Ławnik, *Postawy wobec zdrowia jako jeden z przejawów kompetencji zdrowotnych*, „Rozprawy Społeczne” 2016, t. 10, nr 4, s. 75–76.

- Kulturowe postawy zdrowotne: szacunku wobec wytworów oraz dzieł kultury zdrowotnej i dążenie do kontaktu z kulturą zdrowotną;
- Intelektualne postawy zdrowotne: poznawczej dociekliwości zdrowotnej, racjonalizmu i krytycyzmu zdrowotnego;
- Postawy zdrowotne wynikające z kontaktu człowieka z przyrodą: szacunek wobec przyrody jako źródła zdrowia oraz dążność do kontaktów i sensownego korzystania z przyrody<sup>31</sup>.

Zachowania zdrowotne są przejawem postaw wobec zdrowia oraz choroby i należy je rozumieć jako: wszelkie nawyki, zwyczaje i czynności stanowiące czynniki utrwalające i polepszające zdrowie człowieka oraz jego reakcje na zdrowie innych<sup>32</sup>. Źródłem takich zachowań są najczęściej postawy i wartości nabyte w rodzinie oraz najbliższym środowisku społecznym. Są one związane ze zdrowiem fizycznym, psychospołecznym, prewencją zdrowotną i unikaniem zachowań ryzykownych, szkodliwych. Wśród zachowań prozdrowotnych wymienia się najczęściej: unikanie stresu i niepowodowanie go, aktywność ruchową, racjonalne odżywianie, unikanie używek (alkoholu, tytoniu, substancji psychoaktywnych)<sup>33</sup>, dbanie o ciało i jego higienę, przestrzeganie zasad bezpieczeństwa w życiu codziennym i ruchu drogowym, unikanie ryzykownych zachowań seksualnych<sup>34</sup>.

### Postawy i zachowania zdrowotne w świetle wyników niektórych badań

W Europie od ponad 30 lat (co 4 lata) realizowane są badania ankietowe HBSC (Health Behaviour in School-aged Children – A WHO Collaborative Cross-national Study), które ukierunkowane są na śledzenie zmian w zakresie zdrowia i zachowań zdrowotnych młodzieży szkolnej (11–15 lat), uczestniczy w nich także Polska<sup>35</sup>. Wyniki badań z 2018 roku wskazują, że: niewielki odsetek nastolatków podejmuje aktywność fizyczną na rekomendowanym poziomie. Zestawienie danych uzyskanych w latach 2014 i 2018 wskazuje, że nastąpiło zmniejszenie odsetka młodzieży spełniającej zalecenia WHO co do umiarkowanej aktywności fizycznej. Intensywną aktywność fizyczną w wymiarze zgodnym z zaleceniami podejmuje 33,1% badanych nastolatków. Odsetki młodzieży spełniającej referencje w tym zakresie zmniejszają się wraz z wiekiem. Dziewczęta w tym zakresie wypadają gorzej na tle chłopców<sup>36</sup>. Młodzież w wieku 11–15 lat poświęca wiele czasu wolnego na zachowania

<sup>31</sup> Cz. Lewicki, *Edukacja zdrowotna – systemowa analiza zagadnień*, Wyd. Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2006.

<sup>32</sup> M. Segit, *Zdrowie publiczne*, dz. cyt., s. 31.

<sup>33</sup> A. Gawet, *Pedagogia wobec wartości zdrowia*, dz. cyt., s. 25–32.

<sup>34</sup> J. Mazur, *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej na podstawie badań HBSC 2010*, ORE, <https://bezpiecznaszkola.men.gov.pl/wp-content/uploads/2015/09/Mazur.pdf> (21.02.2023).

<sup>35</sup> Tamże, s. 1; J. Mazur, A. Małkowska-Szcutnik (red.), *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*, Warszawa 2018, <http://www.imid.med.pl/files/imid/Aktualnosci/Aktualnosci/raport%20HBSC%202018.pdf> (21.02.2023).

<sup>36</sup> D. Kleszczewska, A. Dzielska, *Aktywność fizyczna młodzieży*, [w:] J. Mazur, A. Małkowska-Szcutnik (red.) *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*, Warszawa 2018, s. 91–92, <http://www.imid.med.pl/files/imid/Aktualnosci/Aktualnosci/raport%20HBSC%202018.pdf> (21.02.2023).

sedentarne przed ekranem/monitorem – średnio ponad 2,5 godziny dziennie oraz ponad 1,5 godziny na gry komputerowe. Młodzież przełącza się często z jednej aktywności na drugą. W 2018 roku, w stosunku do 2014 roku, wyniki w tym zakresie nie uległy wyraźnym zmianom<sup>37</sup>. Niewielki odsetek nastolatków spożywa owoce i warzywa w zalecanej ilości. Jednocześnie częste jedzenie słodczy lub picie słodzonych napojów dotyczy licznej grupy nastolatków<sup>38</sup>. W 2018 roku, w porównaniu z 2014 rokiem, zmniejszył się odsetek osób zjadających codziennie śniadanie w dniach szkolnych (z 63,9% do 61,3%) oraz podczas weekendu (z 87,3% do 86,1%). Stałe zmniejszanie się od 2002 roku odsetka spożywających regularnie śniadanie polskich nastolatków jest bardzo niepokojącym zjawiskiem<sup>39</sup>. W 2018 roku co piąty badany w wieku 11–15 lat podejmował zachowania ukierunkowane na zmniejszenie masy ciała. Znacznie częściej odchudzały się dziewczęta (25,4%) niż chłopcy (16,2%). Wśród ogółu badanych nastolatków 64,6% nie miało nadwagi i nie istniała obiektywna potrzeba podejmowania przez nich działań w celu schudnięcia. Tymczasem odchudzał się prawie co piąty (19,2%) badany, a co czwarty (23,7%) dostrzegał taką potrzebę. Nieuzasadnione odchudzanie się znacznego odsetka młodzieży w okresie dojrzewania płciowego należy traktować jako zachowanie ryzykowne dla zdrowia, zwłaszcza dziewcząt<sup>40</sup>. Wykazano, że 69,1% nastolatków myje zęby zgodnie z zaleceniami, czyli częściej niż jeden raz dziennie, a 5,1% badanych robi to rzadziej niż 1 raz dziennie. Dbałość o higienę jamy ustnej jest istotnie lepsza u dziewcząt (78,1%) niż u chłopców (59,8%). Higiena jamy ustnej nastolatków nieznacznie się poprawiła<sup>41</sup>. Wykazano, że wśród młodzieży w wieku 11–15 lat, przynajmniej raz w życiu: prawie co trzeci (34,6%) pił alkohol, co piąty (21,6%) palił tytoń a 15,5% z nich było pijanych. Odsetki badanych, którzy podjęli już próby z piciem alkoholu czy paleniem tytoniu wzrastają wraz z wiekiem<sup>42</sup>.

<sup>37</sup> B. Woynarowska, *Zachowania sedentarne przed ekranem w czasie wolnym*, [w:] J. Mazur, A. Małkowska-Szkutnik (red.), *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*, Warszawa 2018, s. 101–102, <http://www.imid.med.pl/files/imid/Aktualnosci/Aktualnosci/raport%20HBSC%202018.pdf> (21.02.2023).

<sup>38</sup> A. Dzielska, D. Kleszczewska, *Spożywanie wybranych produktów przez młodzież*, [w:] J. Mazur, A. Małkowska-Szkutnik (red.), *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*, Warszawa 2018, s. 109, <http://www.imid.med.pl/files/imid/Aktualnosci/Aktualnosci/raport%20HBSC%202018.pdf> (21.02.2023).

<sup>39</sup> B. Woynarowska, *Spożywanie śniadań*, [w:] J. Mazur, A. Małkowska-Szkutnik (red.), *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*, Warszawa 2018, s.114, <http://www.imid.med.pl/files/imid/Aktualnosci/Aktualnosci/raport%20HBSC%202018.pdf> (21.02.2023).

<sup>40</sup> B. Woynarowska, *Zachowania ukierunkowane na zmniejszenie masy ciała*, [w:] J. Mazur, A. Małkowska-Szkutnik (red.), *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*, Warszawa 2018, s. 123–124, <http://www.imid.med.pl/files/imid/Aktualnosci/Aktualnosci/raport%20HBSC%202018.pdf> (21.02.2023).

<sup>41</sup> K. Radiukiewicz, *Higiena jamy ustnej*, [w:] J. Mazur, A. Małkowska-Szkutnik (red.), *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*, Warszawa 2018, s.128, <http://www.imid.med.pl/files/imid/Aktualnosci/Aktualnosci/raport%20HBSC%202018.pdf> (21.02.2023).

<sup>42</sup> A. Kowalewska, *Picie alkoholu, palenie tytoniu i marihuany*, [w:] J. Mazur, A. Małkowska-Szkutnik (red.), *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*, Warszawa 2018, s. 141, <http://www.imid.med.pl/files/imid/Aktualnosci/Aktualnosci/raport%20HBSC%202018.pdf> (21.02.2023).

Wśród nieco starszych badanych, tzn. studentów, warto przywołać badania Anny Gawęł przeprowadzone w roku akademickim 2000/2001. Wówczas badani studenci za znaczące dla zdrowia uznali zachowania ukierunkowane na zmniejszenie prawdopodobieństwa zachorowania, tj. unikanie nadmiernego spożywania alkoholu oraz niepalenie tytoniu. Natomiast nie docenili roli takich działań, których celem jest pomnażanie zasobów zdrowotnych, np. aktywności fizycznej czy racjonalnej diety<sup>43</sup>. Za najistotniejsze źródło wiedzy o problemach zdrowia i choroby studenci uznali środki masowego przekazu, wśród których preferują prasę i telewizję. Duże znaczenie badani przypisywali wiedzy zaczerpniętej z literatury. Na trzecim miejscu w rankingu źródeł wiedzy o zdrowiu znalazło się środowisko rodzinne<sup>44</sup>. Jeżeli chodzi o zachowania zdrowotne studentów: ich nawyki żywieniowe wypadły niekorzystnie; badani studenci nie cenili tych sposobów spędzania czasu, które wymagają aktywności ruchowej. Słabe ukształtowanie nawyku aktywności fizycznej wskazywać może, że wysoki merytoryczny poziom wiedzy na temat zdrowotnej roli ćwiczeń ruchowych nie jest czynnikiem wystarczającym do tego, by badani uwzględniali ten rodzaj zachowań w swoim stylu życia<sup>45</sup>.

Badania ankietowe przeprowadzone w 2008 roku wśród studentów VI roku Wydziału Lekarskiego UM w Warszawie i UM w Lublinie, podczas których skoncentrowano się na sposobie żywienia badanych jako jednym z istotniejszych wyznaczników postaw prozdrowotnych, ujawniły m.in., że: studenci w większości cechują się instrumentalnym podejściem do zdrowia, utożsamiając je ze stanem i właściwością, zdrowie jako cel zajmowało niższe pozycje wśród wskazań respondentów, poza tym prezentowali oni średni poziom żywienia, choć rozpiętość odpowiedzi poszczególnych badanych była znaczna (od 11 do 51 punktów, przy pułapie maksymalnym 60 punktów)<sup>46</sup>.

W innych badaniach przeprowadzonych w 2016 roku wśród studentów ustalono, że: 34,4% z nich uważa, że prowadzi zdrowy styl życia. Trzy czwarte badanych oceniło swój stan zdrowia jako bardzo dobry (17,4%) i dobry (55,5%). Duża grupa stwierdziła również, że ich waga jest prawidłowa. Tylko 15,5% wskazało, że ma nadwagę. Regularnie ćwiczy 39,1% badanych. Około jedna trzecia zadeklarowała trzy regularne posiłki, 73,5% respondentów jada codzienne śniadania, 21,7% ma problem z alergiami. Jedna trzecia badanych zadeklarowała, że kupuje tzw. zdrowe produkty. Natomiast co czwarty respondent (25,1%) poinformował o jądaniu „szybkiej żywności” dwa razy w miesiącu. Jeżeli chodzi o używki: 37,8% spożywa alkohol okazjonalnie i w niewielkich ilościach, natomiast 22,9% respondentów pije alkohol

<sup>43</sup> A. Gawęł, *Pedagogzy wobec wartości zdrowia*, dz. cyt., s. 88.

<sup>44</sup> Tamże, s. 91.

<sup>45</sup> Tamże, s. 114–123.

<sup>46</sup> H. Piasecka, B. Ślusarska, G. Nowicki, *Zdrowie jako wartość wśród młodzieży studenckiej w uwarunkowaniach społeczno-demograficznych i ocena żywienia badanej grupy*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2015, nr 2(56), s. 129–133.



w dużych ilościach, prawie jedna piąta badanych studentów (17,7%) przyznaje się, że próbowała zażywać narkotyki<sup>47</sup>.

Jak czytamy w raporcie CBOS z 2016 roku pt. *Zdrowie i prozdrowotne zachowania Polaków*, zdrowie jest jednym z najwyższej cenionych dóbr, wyżej sytuują się tylko wskazania dotyczące szczęścia rodzinnego. Polacy w większości są raczej zadowoleni ze swojej kondycji zdrowotnej. Jako najważniejsze dla utrzymania zdrowia wskazują racjonalne odżywianie, ale także regularne wizyty u lekarza oraz unikanie sytuacji stresowych (po 30% wskazań), poza tym niepalenie papierosów (23%), regularne uprawianie gimnastyki (24%) oraz inne formy aktywności fizycznej, w tym spacer, wycieczki rowerowe itp. (27%). Co dziewiąty ankietowany (11%) jest przekonany, że na poprawę zdrowia może wpływać abstynencja alkoholowa. W zestawieniu z wcześniejszymi badaniami wzrasta odsetek osób dbających o własne zdrowie oraz przekonanych o popularności prozdrowotnego stylu życia (częściej osoby młode, uczniowie i studenci). W stosunku do roku 2012 wzrosła liczba respondentów mniej lub bardziej regularnie wykonujących profilaktyczne badania lekarskie (z 83% do 91%), chodzących zapobiegawczo do dentysty (z 73% do 77%), podejmujących takie aktywności jak bieganie, pływanie, jazda na rowerze czy sportowe gry zespołowe (z 55% do 63%), uczęszczających na zajęcia fitness lub siłownię (z 39% do 42%), a także trenujących w sposób bardziej profesjonalny (z 8% do 12%)<sup>48</sup>.

## Problematyka i metoda badawcza

Zaprezentowany w ramach niniejszego opracowania materiał empiryczny został zgromadzony podczas badań zrealizowanych metodą sondażu diagnostycznego wśród studentów Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie w grudniu 2022 roku. Celem prezentowanego badania było poznanie, w jaki sposób słuchacze kierunków pedagogicznych definiują kategorię zdrowia, jakie nadają jej znaczenie, a także jakiego rodzaju aktywność prozdrowotną podejmują najczęściej. Wśród problemów badawczych wyznaczających postępowanie empiryczne znalazły się następujące pytania:

- *W jaki sposób badani studenci kierunków pedagogicznych określają zdrowie i jakie nadają mu znaczenie?*
- *Jakie warunki zachowania zdrowia wskazują respondenci?*
- *Jakie znaczenie w kontekście zachowania zdrowia badani nadają aktywności fizycznej?*
- *Czy i jakiego rodzaju aktywność fizyczną podejmują badani studenci?*

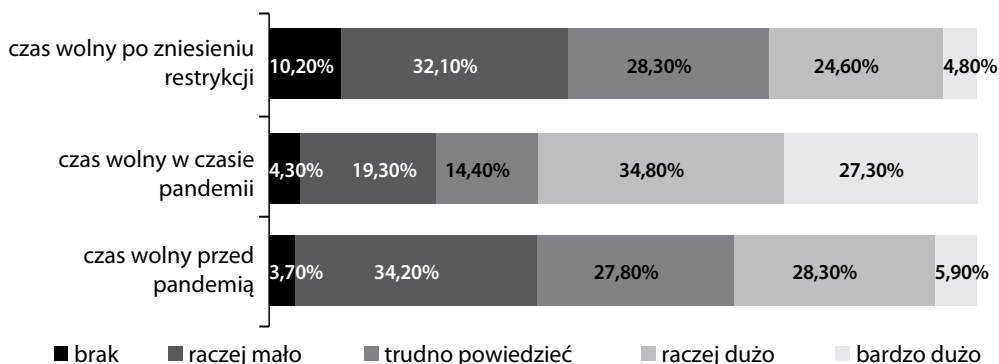
<sup>47</sup> K. Szalotka, L. Witek, *Postawy i zachowania prozdrowotne pokolenia Z w świetle badań pierwotnych*, „Marketing i Zarządzanie” 2016, nr 3(44), s. 189–196.

<sup>48</sup> R. Boguszewski, *Zdrowie i prozdrowotne zachowania Polaków. Komunikat z badań*, CBOS, 2016, nr 138, [https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K\\_138\\_16.PDF](https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K_138_16.PDF) (22.02.2023).

## Charakterystyka badanych

W literaturze przedmiotu odnajdujemy wskazanie, że kształtowanie postaw prozdrowotnych dokonuje się najpierw w toku oddziaływań rodzinnych, a następnie także edukacyjnych, w tym przede wszystkim szkolnych. Przyjmuje się wówczas, że „liderami promocji zdrowia w szkole powinni być nauczyciele i wychowawcy: modelujący swoją postawą zdrowy styl życia i zachowania sprzyjające zdrowiu”<sup>49</sup>. Zatem poznanie preferencji przyszłych pedagogów w zakresie wartościowania zdrowia oraz aktywności znaczącej dla jego utrzymania stanowić może podstawę budowania programu oddziaływań w zakresie edukacji zdrowotnej.

W sondażu uczestniczyło 187 studentów pedagogiki (opiekuńczej i opiekuńczej z socjoterapią – 70,6%, a także szkolnej z animacją kulturalną – 10,2%) oraz pedagogiki przedszkolnej i wczesnoszkolnej (19,3%). Zdecydowaną większość respondentów stanowiły kobiety (90,9%). Najlichnieszą grupą byli słuchacze w wieku od 19 do 25 lat (85,6%). Pozostałe grupy wiekowe to: 27–37 lat (7,5%) oraz 40–49 lat (6,95%). Badani studiowali zarówno w trybie stacjonarnym (55,6%), jak i niestacjonarnym (44,4%). Najlichniej reprezentowany był rok pierwszy (46,5%), następnie drugi (31,6%) oraz czwarty – pierwszy MU (21,9%). Indagowani pochodzili zarówno ze środowiska miejskiego (57,8%), jak i wiejskiego (41,9%), jedna osoba nie określiła miejsca swojego pochodzenia. Swoją sytuację materialną studenci najczęściej określali jako: przeciętną (40,1%) i dobrą (39%), rzadziej jako bardzo dobrą (11,8%), złą (7%) i bardzo złą (2,1%). Ze względu na to, że badania dotyczyły podejmowanej przez respondentów aktywności prozdrowotnej (w tym fizycznej), która w znacznej części realizowana może być w czasie po wypełnieniu wszystkich obowiązków, zadano im pytanie o subiektywną miarę dostępnego im czasu wolnego. W tym przypadku także wyodrębniono trzy okresy tj. przed pandemią, w jej czasie i w związku z szeregiem restrykcji oraz po ich zniesieniu. Odpowiedzi badanych prezentuje wykres 1.



**Wykres 1. Badani studenci o budżecie swojego czasu wolnego**

Źródło: badania własne.

<sup>49</sup> H. Wrońska-Polańska, *Zdrowie – psychologiczne wyznaczniki, sposoby jego promowania i wspomaganie*, „Sztuka leczenia” 2006, t. XIII, nr 1–2, s. 28

Jak można zauważyć, czas pandemii przyniósł ze sobą wielu badanym dużą i bardzo dużą ilość czasu wolnego – odnotowano to w przypadku 62,1% odpowiedzi. Porównując te wskazania z dwoma pozostałymi okresami, tj. przed pandemią (29,4%) i po zniesieniu restrykcji (34,2%) – są one blisko dwukrotnie częstsze. Biorąc pod uwagę specyficzną sytuację, która stała się udziałem zdecydowanej większości społeczeństwa, a która polegała na zamknięciu znacznej części terenu społecznego funkcjonowania, przeniesieniu aktywności edukacyjnej poprzez wprowadzenie kształcenia zdalnego w przestrzeń wirtualną i jednocześnie ograniczenie swobody przemieszczania się, taki rozkład odpowiedzi wydaje się w pełni uzasadniony. Trzeba tu jednak przywołać stanowiska prezentowane zwłaszcza przez słuchaczy studiów niestacjonarnych, którzy podkreślali ogromną wygodę, jaką przyniosło ze sobą nauczanie zdalne. Osoby te zaznaczały przede wszystkim dużą oszczędność czasu w kontekście braku konieczności dojeżdżania na zajęcia do uczelni oraz korzyści finansowe. W dłuższej jednak perspektywie także ta grupa osób zaczęła dostrzegać obciążenia fizyczne związane z długotrwałym korzystaniem z komputera podczas wielogodzinnych zajęć, a także niedostatek kontaktów międzyludzkich, przy stosunkowo małej zmienności otoczenia.

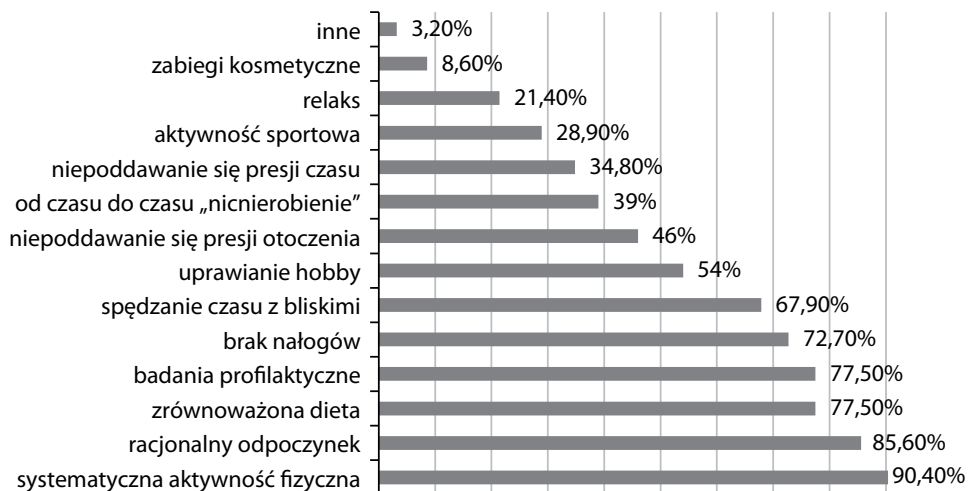
### Jak badani opisują zdrowie?

Studenci określając, czym jest zdrowie, podawali zarówno definicję pozytywną, jak i negatywną. W pierwszym przypadku wśród wskaźników zdrowia wymieniano najczęściej: *bycie w dobrej kondycji fizycznej i psychicznej oraz prawidłowe funkcjonowanie organizmu*, a także *ogólne dobre samopoczucie człowieka i chęć życia*. Poza tym stan zdrowia to: *pełnia sił; stan równowagi; dobrostan osobisty i społeczny; funkcjonowanie według pewnej normy społecznej i właściwej dla wieku*. W drugim ujęciu zdrowie określano przede wszystkim jako: *brak chorób i zaburzeń, niepełnosprawności; życie bez bólu i cierpienia*; a także *stan akceptowany przez jednostkę, który nie przeszkadza jej w życiu*.

Wśród symptomów zdrowia wymienione były: *dobre czucie się we własnym ciele i otoczeniu; sprawne funkcjonowanie organizmu, zarówno w sferze duchowej, biologicznej, jak i psychicznej; zachowanie równowagi psychobiologicznej; poczucie komfortu; kontrola nad ciałem – brak nadwagi; poczucie szczęścia i spokoju*. Niektórzy respondenci zdrowie określali poprzez czynniki czy warunki prowadzące do jego zachowania. Pojawiały się wówczas wskazania na: *zdrowy tryb życia (dostateczna ilość snu, właściwa dieta), pozytywne myślenie; aktywność i dbanie o zdrowie własne i bliskich, w tym o sprawność fizyczną i psychiczną, o równowagę organizmu; wypoczynek i ograniczenie stresu; zaspokajanie swoich potrzeb; a także unikanie nałogów i używek*. Najczęściej jednak badani podkreślali, że *zdrowie jest czymś najważniejszym w życiu; podstawą życia, rozwoju i sprawnego funkcjonowania; a także poczucia sprawstwa i bezpieczeństwa; warunkiem samodzielności, kreatywności i pełnego korzystania z życia*.

## Respondenci o działaniach sprzyjających zdrowiu

Uczestnicy sondażu wskazywali różne sposoby utrzymania dobrej kondycji zdrowotnej. Wśród najbardziej popularnych wskazań wymienić można: regularne podejmowanie aktywności fizycznej, racjonalny odpoczynek, odpowiednie nawyki żywieniowe i realizowanie diagnostyki profilaktycznej. Poza tym często wskazywano na unikanie wszelkich nałogów i znaczenie relacji z osobami bliskimi, budowanych podczas bezpośrednich spotkań. Ponad połowa badanych podkreśliła znaczenie posiadania przez człowieka oraz aktywne realizowanie różnego rodzaju pasji. Liczna grupa zaznaczyła także swego rodzaju odporność na wpływy otoczenia, przede wszystkim w kontekście wszelkich nacisków i presji w zakresie rodzaju aktywności i czasu jej realizowania. Podkreślono również potrzebę odpoczynku, uwolnienia od obowiązków i zobowiązań, podejmowania systematycznej aktywności sportowej i relaksu. Odpowiedzi badanych zaprezentowane zostały na wykresie 2.



Wykres 2. Wskazywane przez badanych działania ważne dla zachowania zdrowia

Źródło: badania własne

Kilka osób zwróciło uwagę na potrzebę wsparcia społecznego – zwłaszcza osób bliskich oraz znajomych. Chodzi tu przede wszystkim o zakorzenienie w sieci społecznej, poczucie przynależności, bliskości, wzajemności, więzi i zobowiązania. A w niektórych przypadkach także profesjonalnego wsparcia np. psychologa czy terapeuty, gdy rozmowa stwarza *możliwość opowiedzenia o sobie, by oczyścić umysł i duszę*, ale także *zachowanie dystansu wobec codzienności i jej wydarzeń*.

Warto zwrócić uwagę, że badani w przewadze wyraźnie różnicowali aktywność fizyczną i sportową. Tę pierwszą uznawali za pojęcie szersze i określali jako: *codzienny i spontaniczny ruch; każdy ruch, który nie musi być związany ze sportem np. spacer, praca na działce, czy w ogrodzie i innego rodzaju rekreacja*. Aktywność fizyczna polega na *ruszaniu się i aktywnym spędzaniu czasu; to całokształt działań*

*mających na celu utrzymanie dobrej kondycji i dbania o dobre zdrowie. Natomiast aktywność sportowa odnosi się do konkretnej dyscypliny; jest uprawiana regularnie i systematycznie; nierzadko wyczynowo; zazwyczaj doprowadza do zmęczenia; może być przedmiotem pasji a czasami też zarobku.*

Kilkusobowa grupa respondentów zaznaczyła jednak, że: *aktywność fizyczna, która polega na wykonywaniu różnych ćwiczeń jest tożsama ze sportem.* Podobieństwo sprowadza się przede wszystkim do tego, że każda z nich opiera się na ruchu, poprawia stan i wydolność organizmu, czyli sprzyja zdrowiu.

Ponad trzy czwarte badanych zwróciło uwagę na korzyści wynikające z podejmowania przez człowieka regularnej, ale też dostosowanej do potrzeb i możliwości aktywności fizycznej. Podkreślano wówczas, że takie zaangażowanie daje szansę na dobre samopoczucie, relaks i rozładowanie napięcia, zapomnienie o problemach codzienności, przynosi regulację stanu napięcia, ograniczenie stresu, ale także przyczynia się do utrzymania czy wytworzenia dobrej kondycji psychofizycznej i odporności organizmu. To wszystko stanowi podstawę dla: *odnajdywania w tej aktywności celu życiowego – swego rodzaju pasji; zdrowszego życia; generowania energii do życia i jego zadań; lepszego wglądu w siebie i wydolności organizmu; oddziaływania na samoocenę i samopoznanie a także pewności siebie; optymizmu i pozytywnego nastawienia do innych ludzi oraz kontaktów z nimi.* Poza tym przekłada się na lepszą organizację czasu, nie tylko wolnego. Choć większość studentów doceniła walory i zyski płynące z aktywności człowieka, to jednak pewna grupa (18,7%) dostrzegła w niej, zwłaszcza wtedy, gdy realizowana jest w sposób nieprzemysłany, określone obciążenia. Chodzi tutaj przede wszystkim o ryzyko kontuzji, zmęczenia wynikającego z wysiłku nieadekwatnego do możliwości, a także konieczność wygospodarowania czasu na tego rodzaju działanie, co nie zawsze jest łatwe, a czasami wręcz niemożliwe. Kilka osób (2,67%) wskazało na brak możliwości jednoznacznego przypisania aktywności fizycznej korzyści lub obciążeń. Respondenci ci podkreślili, że zawsze jest to kwestia mocno indywidualizowana: *To co sprzyja jednemu człowiekowi, dla innego może być niemożliwą do przezwyciężenia trudnością.*

Doceniona przez prawie wszystkich respondentów aktywność fizyczna (czy ruchowa) w literaturze wyjaśniana jest jako: „praca mięśni szkieletowych, której towarzyszą zmiany czynnościowe w organizmie. (...) każdy ruch ciała, który odbywa się za pomocą mięśni szkieletowych i powoduje wydatek energetyczny. (...) którego skutkiem jest wydatek energii na wyższym poziomie niż tempo metabolizmu spoczynkowego. (...) jest to taka ilość ruchu, która jest niezbędna do zachowania zdrowia i rozwoju człowieka. Co ważne, jest rozumiana szeroko i obejmuje prawie wszystkie dyscypliny sportowe, w tym taniec (rekreacyjna aktywność fizyczna), zawodowe uprawianie sportu, aktywność fizyczną w domu i ogrodzie oraz aktywność fizyczną związaną z transportem”<sup>50</sup>.

<sup>50</sup> B. Gieroba, *Wpływ aktywności fizycznej na zdrowie psychiczne i funkcje poznawcze*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2019, t. 25, nr 3, s. 153.

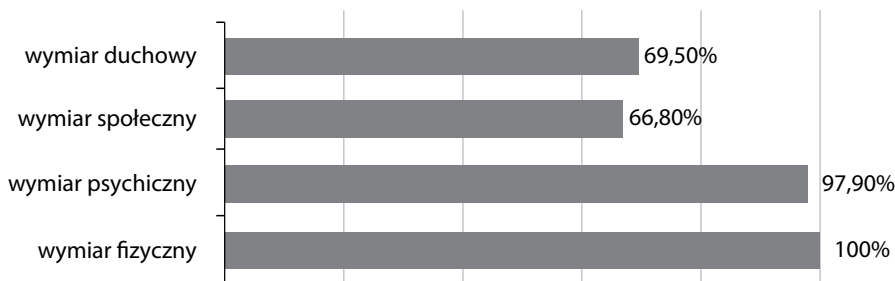
Wyróżnia się trzy główne rodzaje aktywności fizycznej:

- Ogólna aktywność fizyczna, np. spacer, chodzenie po zakupy, uprawianie działki czy ogródka itp.;
- Aktywność wydolnościowa – ćwiczenia polegające na wykonywaniu dynamicznych i rytmicznych ruchów angażujących duże partie mięśniowe, np.: bieganie, szybki marsz, jazda na rowerze, pływanie, tenis, czy gra zespołowa, np. koszykówka;
- Ćwiczenia wyrabiające siłę mięśniową i gibkość, zwiększające wytrzymałość, usprawniające metabolizm – trening oporowy, siłowy oraz ćwiczenia rozciągające, np. wolne ciężary – hantle czy sztangi<sup>51</sup>.

Od dawna podkreśla się zalety regularnie uprawianej aktywności fizycznej. Chodzi tutaj przede wszystkim o profilaktykę chorób sercowo-naczyniowych, cukrzycy, otyłości, osteoporozy, chorób naczyniowych mózgu oraz niektórych nowotworów. Coraz częściej zaznacza się też wpływ aktywności fizycznej na zachowanie dobrego samopoczucia i zdrowia psychicznego człowieka<sup>52</sup>. Jednak dawka optymalnej dla poszczególnych organizmów aktywności fizycznej jest zmienna i uzależniona od szeregu czynników. Chodzi tu np. o: wiek, stan zdrowia, wydolność i sprawność fizyczną danej osoby, długość i stopień zaangażowania w trening oraz warunki środowiskowe. Przyjmuje się, że zbyt mała aktywność nie przyniesie efektów fizjologicznych, natomiast nadmierny, niedostosowany do wieku, stanu zdrowia i możliwości wysiłek może okazać się szkodliwy<sup>53</sup>.

Zestawiając te ustalenia zaczerpnięte z piśmiennictwa z odpowiedziami badanych studentów należy podkreślić dużą zbieżność, a zatem także znajomość opisywanej problematyki wśród respondentów.

Badani podkreślili znaczenie aktywności fizycznej dla kondycji zdrowotnej człowieka w różnych wymiarach. Odpowiedzi studentów zestawione zostały na wykresie 3.



**Wykres 3.** Studenci o znaczeniu aktywności fizycznej dla różnych wymiarów kondycji zdrowotnej człowieka

Źródło: badania własne.

<sup>51</sup> Tamże, s. 153–154.

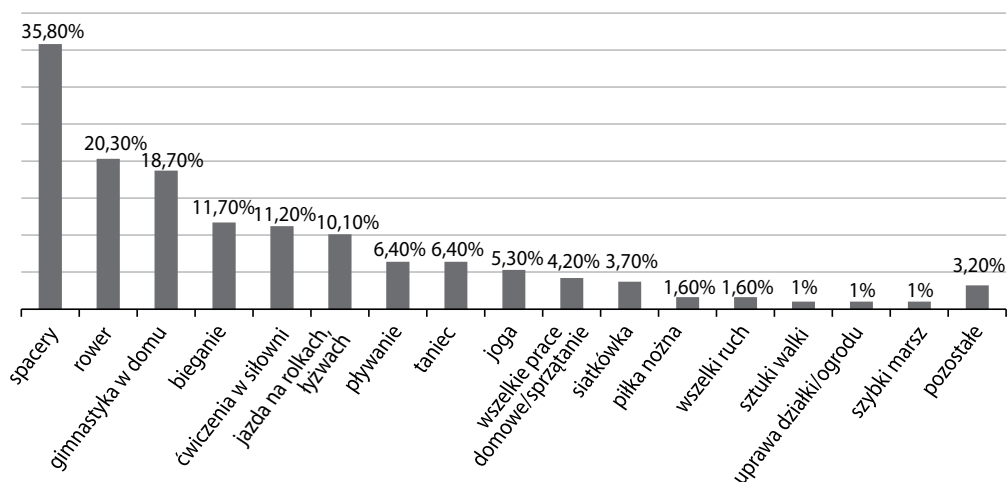
<sup>52</sup> Tamże, s. 154.

<sup>53</sup> W. Siwiński, R. Rasińska, *Aktywność fizyczna jako zasadniczy cel stylu życia i zdrowia człowieka*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2015, nr 2(56), s. 181.

Jak można zauważyć, respondenci dostrzegali przede wszystkim wpływ systematycznej aktywności fizycznej na stan fizyczny oraz psychiczny człowieka. Jednak ponad połowa badanych wiązała tego rodzaju działania także z rozwojem i dobrostanem duchowym oraz budowaniem satysfakcjonujących relacji z innymi ludźmi. Z jednej strony to kondycja psychofizyczna oddziałuje na możliwości człowieka w zakresie podejmowania i realizowania interakcji z otoczeniem, zaś z drugiej – zwłaszcza w przypadku aktywności zespołowej – pozwala podczas tego rodzaju działań na wchodzenie w relacje, nawiązywanie znajomości, podejmowane współpracy, naukę odpowiedzialności za działania własne i realizowane z innymi.

### Aktywność fizyczna badanych

Działania prozdrowotne zdaniem badanych odnoszą się przede wszystkim do szeroko pojmowanej aktywności fizycznej. To aktywność człowieka jest wskazywana jako warunek zdrowia, niezależnie od tego, jakiej grupy wiekowej dotyczy. Zdecydowana większość badanych (75,3%) podkreśliła, że podejmuje regularną aktywność fizyczną. Osoby te wskazywały wówczas najczęściej dwa, trzy rodzaje aktywności. Kilkanaście osób (10,2%) określiło swoją aktywność jako niską, natomiast 14,5% respondentów nie potrafiło jednoznacznie wskazać, czy podejmowana przez nich aktywność może być potraktowana jako nawykowa i realizowana jest na tyle często i powtarzalnie, by można było przypisać jej charakter regularności. Warto podkreślić, że w innych – przywołanych wcześniej – badaniach przeprowadzonych wśród studentów uzyskano znacznie niższe odsetki wskazań dotyczących zaangażowania w aktywność ruchową. Wyjaśnienia – wydaje się – można szukać w pewnej rozbieżności w zakresie rozumienia samego terminu: aktywność fizyczna. Stąd warto prześledzić, o jakiego rodzaju aktywność fizyczną uprawianą w przypadku trzech czwartych respondentów w trybie regularnym chodziło. Wykres 4 prezentuje wymienione przez respondentów formy aktywności fizycznej.



Wykres 4. Formy aktywności fizycznej podejmowanej przez badanych studentów

Źródło: badania własne.

Najczęściej podejmowaną przez respondentów aktywnością były spacery. Wskazania takie dotyczyły co trzeciej osoby. Co piąta osoba często jeździła na rowerze. Wśród popularnych form aktywności znalazły się jeszcze: gimnastyka w domu oraz bieganie i ćwiczenia w siłowni. Rzadziej wskazywane to: jazda na rolkach i łyżwach, pływanie oraz taniec. W kategorii „pozostałe” znalazły się: narty, tenis ziemny i stołowy, kajaki, hula hop i skakanka. Kategorie te są podobne do tych, które zidentyfikowane zostały także w ramach innych badań zrealizowanych w grupach studenckich<sup>54</sup>. W odniesieniu do przywołanych wcześniej informacji na temat podziału aktywności fizycznej ta podejmowana przez osoby badane należała przede wszystkim do grupy: ogólnej, w drugiej kolejności – wydolnościowej<sup>55</sup>.

Jedną ze zmiennych niezależnych przyjętych w analizie zgromadzonych danych jest obecność pandemii COVID-19 oraz związanych z nią obostrzeń polegających na ograniczeniu możliwości swobodnego przemieszczania się. Czynniki te okazały się znaczące również w zakresie podejmowania przez indagowanych aktywności fizycznej. Rozkład udzielanych odpowiedzi prezentuje tabela 1.

**Tabela 1. Obecność obostrzeń w związku z pandemią a częstotliwość podejmowania aktywności fizycznej**

Podejmowanie różnego rodzaju aktywności fizycznej	Przed pandemią		W czasie obowiązywania obostrzeń		Po zniesieniu obostrzeń	
	n	%	n	%	n	%
nigdy	4	2,2	12	6,4	7	3,8
rzadko	18	9,6	52	27,8	29	15,6
czasami	55	29,6	60	32,1	58	31,2
raczej często	57	30,6	40	21,4	61	32,8
bardzo często	52	28	23	12,3	31	16,6
ogółem	186	100	187	100	186	100

Źródło: badania własne.

Należy zauważyć, że obecność obostrzeń związanych z ograniczeniem możliwości przemieszczania się przyczyniła się do zmiany częstotliwości aktywności fizycznej badanych studentów. W odniesieniu do okresu przed pandemią respondenci najczęściej wybierali kategorię „raczej często” i „czasami”. W czasie pandemii i związanych z nią restrykcji nastąpił spadek częstości w zakresie aktywności fizycznej. Tym razem dominującą była kategoria odpowiedzi „czasami” oraz „rzadko”. Zniesienie restrykcji przyniosło ze sobą stopniowy powrót do trybu raczej częstego oraz czasami podejmowanego działania w zakresie aktywności fizycznej. Warto zwrócić uwagę, że w tym ostatnim czasie zmniejszył się (w stosunku do pierwszego wyróż-

<sup>54</sup> Zob. L. Suchocka, A. Wojtyłko, *Aktywność fizyczna studentów studiów stacjonarnych kierunków medycznych i niemedycznych*, „Medycyna Środowiskowa” 2013, Vol. 16, nr 2, s. 53–58; E. Mędręła-Kuder, *Ocena stylu życia studentów fizjoterapii i edukacji techniczno-informatycznej na podstawie żywienia i aktywności fizycznej*, „Rocznik PZH” 2011, nr 3, s. 315–318.

<sup>55</sup> Por. B. Bergier, E. Niżnikowska, E. Stępień, A. Szepeluk, J. Bergier, *Aktywność fizyczna studentów a ich czas wolny i samoocena sprawności fizycznej*, „Antropomotoryka” 2013, Vol. 23, nr 64, s. 43.



nionego okresu) odsetek osób aktywizujących się bardzo często, zaś wzrosła liczba deklaracji wskazujących na rzadkie podejmowanie aktywności fizycznej. Jednak w zestawieniu z okresem środkowym (ograniczeń związanych z pandemią) zauważyć można korzystne zmiany. Przypuszczać można, że powrót do sytuacji wyjściowej może dokonać się w dłuższej perspektywie czasowej.

Wydaje się, że warto przeanalizować także, jakiego rodzaju aktywność podejmowana była przez badanych podczas trzech umownie wyodrębnionych okresów. Z tabeli 2 odczytać możemy, że w czasie sprzed pandemii były to: jazda na rowerze, ćwiczenia w domu oraz gry zespołowe i bieganie; rzadziej pływanie i ćwiczenia w klubach fitness. W czasie pandemii i związanych z nią ograniczeń studenci najczęściej: podejmowali ćwiczenia w domu oraz jeździli na rowerze. W porównaniu z okresem poprzedzającym wzrósł odsetek osób niepodejmujących żadnej aktywności. Frekwencja wyboru tej odpowiedzi spadła w odniesieniu do opisu czasu po zniesieniu obostrzeń. W czasie tym wciąż jednak dominowały ćwiczenia w domu i jazda na rowerze. Ale zaznaczył się również powrót do gier zespołowych czy ćwiczeń w siłowni oraz biegania.

**Tabela 2. Obecność obostrzeń w związku z pandemią a aktywność fizyczna badanych studentów**

Aktywność fizyczna podejmowana przez badanych	Przed pandemią		W czasie obowiązywania obostrzeń		Po zniesieniu obostrzeń	
	n	%	n	%	n	%
pływanie	53	28,3	10	5,3	31	16,6
bieganie	63	33,7	34	18,2	53	28,3
jazda na: rowerze, hulajnodze	119	63,6	73	39	91	48,7
ćwiczenia w siłowni	43	23	9	4,8	32	17,1
ćwiczenia w domu	108	57,8	121	64,7	98	52,4
gry np.: tenis ziemny, tenis stołowy	22	11,8	4	2,1	12	6,4
sporty walki	11	5,9	5	2,7	7	3,7
gry zespołowe np. siatkówka	70	37,4	12	6,4	29	15,5
inne	24	12,8	28	15	30	16
brak aktywności	6	3,2	27	14,4	18	9,6

Źródło: badania własne

## Zakończenie

Zgromadzone i przedstawione powyżej odpowiedzi studentów kierunków pedagogicznych dotyczące zdrowia, jego znaczenia oraz podejmowanej aktywności fizycznej pozwalają na zaprezentowanie następujących uogólnień i wniosków:

- Badani opisując kategorię zdrowia, przyjmowali zarówno definicje pozytywne, jak i negatywne. Podkreślali wówczas, że zdrowie jest to stan prawidłowego funkcjonowania organizmu zarówno w wymiarze fizycznym, jak i psychicznym, społecznym oraz duchowym. Zdaniem badanych o zdrowiu mówimy wtedy, gdy

brak jest choroby, niepełnosprawności, bólu i cierpienia. Jednak najliczniej podkreślano, że zdrowie jest najważniejszą wartością oraz fundamentem rozwoju człowieka, warunkiem możliwości pełnego korzystania z życia.

- Wśród warunków zachowania zdrowia badani najczęściej wymieniali: *zdrowy tryb życia*, który opiera się na aktywności fizycznej, racjonalnym odpoczynku i relaksie, nawykach żywieniowych korzystnych dla organizmu i odpowiednich do jego potrzeb oraz przeprowadzaniu badań profilaktycznych. Ważne są także: pozytywne nastawienie do codzienności, budowanie relacji z innymi ludźmi oraz unikanie używek. Poza tym podkreślano znaczenie posiadania przez człowieka pasji.
- W wypowiedziach badanych jako warunek zachowania zdrowia najliczniej wskazywana była aktywność fizyczna. Zaznaczano, że powinna ona być realizowana regularnie i w sposób dostosowany do możliwości organizmu. Taki ruch daje szansę na dobre samopoczucie, relaks i rozładowanie napięcia, przynosi ograniczenie stresu, ale także przyczynia się do utrzymania czy wytworzenia dobrej kondycji psychofizycznej i odporności organizmu. Jest zatem działaniem bezwzględnie prozdrowotnym.
- Z deklaracji respondentów wynika, że zdecydowana większość (przyp. 75,3%) z nich podejmuje i regularnie realizuje różne formy aktywności fizycznej. Najliczniej badani wskazują spacer, jazdę na rowerze, ćwiczenia w domu i siłowni oraz bieganie. Rzadziej pływają, jeżdżą na łyżwach i rolnkach, czy grają w tenisa. Te aktywności mogą być zaliczone przede wszystkim do grupy ogólnej i w drugiej kolejności wydolnościowej.
- Czas wolny, a przede wszystkim jego dostępność oraz możliwości zagospodarowania, które uległy zmianie w związku z epidemią koronawirusa SARS-Cov2, to czynniki mocno oddziałujące na rodzaj podejmowanej przez badanych aktywności fizycznej. Obecność obostrzeń związanych z ograniczeniem możliwości przemieszczania się przyczyniła się do zmiany częstotliwości aktywności fizycznej badanych studentów. Zniesienie restrykcji przyniosło ze sobą stopniowe ożywienie aktywności fizycznej. Przypuszczać jednak można, że powrót do sytuacji wyjściowej może dokonać się w dłuższej perspektywie czasowej. Zmianie uległy rodzaje aktywności ruchowej podejmowanej przez indagowanych: przed pandemią najczęściej były to jazda na rowerze, ćwiczenia w domu oraz gry zespołowe i bieganie. W czasie pandemii repertuar ten ograniczył się do: ćwiczeń w domu oraz jazdy na rowerze. Wówczas także wzrósł odsetek osób niepodejmujących żadnej aktywności. W czasie po zniesieniu obostrzeń wciąż dominujące były ćwiczenia w domu i jazda na rowerze. Jednak zaznaczył się również powrót do gier zespołowych czy ćwiczeń w siłowni i biegania.

Zestawiając powyższe uogólnienia z informacjami płynącymi z innych projektów badawczych oraz zaprezentowanymi w literaturze przedmiotu, wskazać można pewne podobieństwa oraz różnice. Studenci prezentują powszechnie podzielane sposoby rozumienia kategorii zdrowia. Posiadają wiedzę na temat warunków dba-

łości o utrzymanie dobrej kondycji psychofizycznej. Liczniej, niż to ustalono w innych badaniach grup studenckich, podejmują aktywność fizyczną. Najczęściej jest ona podobna do tych form ruchu, które opisane są w piśmiennictwie jako popularne w tej grupie wiekowej. Podejmowanie aktywności fizycznej związane jest przede wszystkim z dostępnością czasu wolnego.

## Bibliografia

1. Bergier B., Niżnikowska E., Stępień E., Szepeluk A., Bergier J. (2013), *Aktywność fizyczna studentów a ich czas wolny i samoocena sprawności fizycznej*, „Antropomotoryka”, Vol. 23, nr 64.
2. Cybulska A., Pankowski K. (2020), *Życie codzienne w czasach zarazy. Komunikat z badań*, CBOS, nr 60.
3. Demel M. (1980), *Pedagogika zdrowia*, Wyd. Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.
4. Gaweł A. (2003), *Pedagogia wobec wartości zdrowia*, Wyd. UJ, Kraków.
5. Gieroba B. (2019), *Wpływ aktywności fizycznej na zdrowie psychiczne i funkcje poznawcze*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, t. 25, nr 3.
6. Heszen-Niejodek I. (1997), *Psychologia zdrowia jako dziedzina badań i zastosowań praktycznych*, [w:] H. Sęk, I. Heszen-Niejodek (red.), *Psychologia zdrowia*, PWN, Warszawa.
7. Kaczor-Szkodny P.M., Szkodny W. (2021), *Wybrane elementy wpływające na powstawanie i kształtowanie postaw i zachowań zdrowotnych*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, t. 27, nr 1.
8. Konstytucja RP z dnia 2 kwietnia 1997 roku, Dz.U. 1997, nr 78, poz. 483.
9. Kostańczak S. (2012), *Zdrowie jako wartość ogólnospołeczna*, „Studia Ecologiae et Bioethicae UKSW”, nr 10(3).
10. Kubińska Z., Pańczuk A., Ławnik A. (2016), *Postawy wobec zdrowia jako jeden z przejawów kompetencji zdrowotnych*, „Rozprawy Społeczne”, t. 10, nr 4.
11. Lewicki Cz. (2006), *Edukacja zdrowotna – systemowa analiza zagadnień*, Wyd. Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów.
12. Maszczak T. (2005), *Zdrowie jako wartość uniwersalna*, „Roczniki Naukowe AWF w Poznaniu”, z. 54.
13. Mędręła-Kuder E. (1987), *Ocena stylu życia studentów fizjoterapii i edukacji techniczno-informatycznej na podstawie żywienia i aktywności fizycznej*, „Rocznik PZH” 2011, nr 3.
14. Mika S., *Psychologia społeczna*, Warszawa.
15. Nitsch-Osuch A., Lewtak K. (2022), *Raport o zdrowiu Polaków. Diagnoza po pandemii COVID-19. Skutki, wyzwania i rekomendacje*, Warszawa, październik.
16. Piasecka H., Ślusarska B., Nowicki G. (2015), *Zdrowie jako wartość wśród młodzieży studenckiej w uwarunkowaniach społeczno-demograficznych i ocena żywienia badanej grupy*, „Pielęgniarstwo Polskie”, nr 2(56).
17. Puchalski K. (1996), *Kryteria zdrowia w świadomości społecznej*, „Promocja zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, nr 1–2.
18. Pyżalski J. (2021), *Zdrowie psychiczne i dobrostan młodych ludzi w czasie pandemii COVID-19 – przegląd najistotniejszych problemów*, „Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, Vol. 20, nr 2.
19. Siwiński W., Rasińska R. (2015), *Aktywność fizyczna jako zasadniczy cel stylu życia i zdrowia człowieka*, „Pielęgniarstwo Polskie”, nr 2(56).
20. Stawarz B., Lewicka M., Sulima M., Wiktor H. (2014), *Zdrowie jako wartość w ocenie studentów z województwa podkarpackiego*, „Annales Academiae Mediceae Silesiensis”, nr 68(4).

21. Suchocka L., Wojtyłko A. (2013), *Aktywność fizyczna studentów studiów stacjonarnych kierunków medycznych i niemedycznych*, „Medycyna Środowiskowa”, Vol. 16, nr 2.
22. Sygit M. (2017), *Zdrowie publiczne*, Wolters Kluwer, Warszawa.
23. Syrek E. (2008), *Zdrowie i wychowanie a jakość życia. Perspektywy i humanistyczne orientacje poznawcze*, Wyd. UŚ, Katowice.
24. Szalonka K., Witek L. (2016), *Postawy i zachowania prozdrowotne pokolenia Z w świetle badań pierwotnych*, „Marketing i Zarządzanie”, nr 3(44).
25. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 roku – Kodeks cywilny, Dz.U. 1964, nr 16, poz. 93.
26. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 roku – Kodeks pracy, Dz.U. 1974, nr 24, poz. 141.
27. Walentynowicz-Motył K. 2017, *Wielowymiarowe modele zdrowia*, „Hygeia. Public Health”, nr 52(1).
28. Woźniak M., Brukwicka I., Kopański Z., Kollar R., Kollarova M., Bajger B. (2015), *Zdrowie jednostki i zbiorowości*, „Journal of Clinical Healthcare”, nr 4.
29. Wrońska-Polańska H. (2006), *Zdrowie – psychologiczne wyznaczniki, sposoby jego promowania i wspomaganie*, „Sztuka leczenia”, t. XIII, nr 1–2.
30. Wysocki M.J., Miller M. (2003), *Paradygmat Lalonde’a, Światowa Organizacja Zdrowia i Nowe Zdrowie Publiczne*, „Przegląd Epidemiologiczny”, nr 57.

## Netografia

1. Boguszewski R. (2016), *Zdrowie i prozdrowotne zachowania Polaków. Komunikat z badań*, CBOS, nr 138, [https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K\\_138\\_16.PDF](https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K_138_16.PDF) (22.02.2023).
2. Dahlgren G., Whitehead M. (1991), *Policies and strategies to promote social equity in health*, Institute for Futures Studies, Stockholm, Sweden, <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf> (2.3.2023).
3. Dahlgren G., Whitehead M., *Social Model of Health*, 1991, [https://www.nwci.ie/download/pdf/determinants\\_health\\_diagram.pdf](https://www.nwci.ie/download/pdf/determinants_health_diagram.pdf) (21.02.2023).
4. Dzielska A., Kleszczewska D. (2018), *Spożywanie wybranych produktów przez młodzież*, [w:] J. Mazur, A. Małkowska-Szcutnik (red.), *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*, Warszawa, <http://www.imid.med.pl/files/imid/Aktualnosci/Aktualnosci/raport%20HBSC%202018.pdf> (21.02.2023).
5. Kleszczewska D., Dzielska A. (2018), *Aktywność fizyczna młodzieży*, [w:] J. Mazur, A. Małkowska-Szcutnik (red.) *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*, Warszawa, <http://www.imid.med.pl/files/imid/Aktualnosci/Aktualnosci/raport%20HBSC%202018.pdf> (21.02.2023).
6. Kowalewska A. (2018), *Picie alkoholu, palenie tytoniu i marihuany*, [w:] J. Mazur, A. Małkowska-Szcutnik (red.) *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*, Warszawa, <http://www.imid.med.pl/files/imid/Aktualnosci/Aktualnosci/raport%20HBSC%202018.pdf> (21.02.2023).
7. Makaruk K., Włodarczyk J., Szredzińska R., *Negatywne doświadczenia młodzieży w trakcie pandemii. Raport z badań ilościowych*, [https://kometa.edu.pl/uploads/publication/1129/d582\\_AA\\_Negatywne-doswiadczenia-mlodziezy-w-trakcie-pandemii.pdf?v2.8](https://kometa.edu.pl/uploads/publication/1129/d582_AA_Negatywne-doswiadczenia-mlodziezy-w-trakcie-pandemii.pdf?v2.8) (2.3.2023).
8. Mazur J., Małkowska-Szcutnik A. (red.) (2018), *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*, Warszawa, <http://www.imid.med.pl/files/imid/Aktualnosci/Aktualnosci/raport%20HBSC%202018.pdf> (21.02.2023).
9. Mazur J., *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej na podstawie badań HBSC 2010*, ORE, <https://bezpiecznaszkola.men.gov.pl/wp-content/uploads/2015/09/Mazur.pdf> (21.02.2023).

10. Radiukiewicz K. (2018), *Higiena jamy ustnej*, [w:] J. Mazur, A. Małkowska-Szcutnik (red.), *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*, Warszawa, <http://www.imid.med.pl/files/imid/Aktualnosci/Aktualnosci/raport%20HBSC%202018.pdf> (21.02.2023).
11. Sęk H., *Jakość życia a zdrowie*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 1993, nr 2, <https://repozytorium.amu.edu.pl/bitstream/10593/16032/1/011%20HELENA%20S%20c4%98K.pdf> (24.02.2023)
12. Woynarowska B. (2018), *Spożywanie śniadań*, [w:] J. Mazur, A. Małkowska-Szcutnik (red.) *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*, Warszawa, <http://www.imid.med.pl/files/imid/Aktualnosci/Aktualnosci/raport%20HBSC%202018.pdf> (21.02.2023).
13. Woynarowska B. (2018), *Zachowania sedentarne przed ekranem w czasie wolnym*, [w:] J. Mazur, A. Małkowska-Szcutnik (red.) *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*, Warszawa, s. 101–102, <http://www.imid.med.pl/files/imid/Aktualnosci/Aktualnosci/raport%20HBSC%202018.pdf> (21.02.2023).
14. Woynarowska B. (2018), *Zachowania ukierunkowane na zmniejszenie masy ciała*, [w:] J. Mazur, A. Małkowska-Szcutnik (red.), *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*, Warszawa, <http://www.imid.med.pl/files/imid/Aktualnosci/Aktualnosci/raport%20HBSC%202018.pdf> (21.02.2023).

**dr Aldona Małyska**

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie  
Instytut Nauk Pedagogicznych, Wydział Nauk Społecznych