

KULTURA FIZYCZNA JAKO DZIAŁ WYCHOWANIA ZDROWOTNEGO W NOWOCZESNYM SPOŁECZEŃSTWIE

Przedmiotem niniejszego studium jest omówienie zadania kultury fizycznej w zakresie wychowania zdrowotnego w społeczeństwie nowoczesnym.

W pracy przyjęto, że kultura fizyczna to ogół zachowań przebiegających według przyjętych w danym środowisku społecznym reguł i norm postępowania, mających na celu dbałość o zdrowie człowieka, poprawę jego postawy, prawidłowy rozwój psychofizyczny oraz rezultaty tych zachowań. Formą uczestnictwa w kulturze fizycznej jest wychowanie fizyczne, sport, rekreacja ruchowa, rehabilitacja ruchowa. Czynniki uczestnictwa w kulturze fizycznej to: stymulacja (funkcja rozwojowa); adaptacja (funkcja przystosowawcza); kompensacja (funkcja wyrównawcza) i korektywa (funkcja naprawcza). W piśmiennictwie o wartościach ciała w kulturze fizycznej niektórzy autorzy wymieniają wartości: zdrowotne, użyteczne, estetyczne, hedonistyczne, agonistyczne¹.

W Polsce program kultury fizycznej realizowany jest w szczególności poprzez zajęcia wychowania fizycznego. Podkreśla się w nim, że jedną z najbardziej znaczących wartości kultury fizycznej, zwłaszcza w nowoczesnym społeczeństwie, jest ideał godnego życia i wzór człowieka wszechstronnie rozwiniętego – humanisty. W tym też kontekście niektórzy badacze tych problemów rozpatrują kulturę fizyczną jako system kreujący określone wartości społeczne, kulturowe i osobowościowe, polegające na dbałości o własne ciało, higienę, przeciwdziałanie inwolucji, zdrowy styl życia, rozwój intelektualny i psychofizyczny itp. Dziś wiemy doskonale, że postawę człowieka wobec kultury fizycznej kształtuje się przez wychowanie. Proces ten trwa całe życie ludzkie i dokonuje się szczególnie wolno z niemałymi oporami. Dlatego też zadaniem współczesnej kultury fizycznej jest m.in. poszukiwanie najbardziej

¹ Por. M. Bukowiec (1990): *Podstawowe, założone i rzeczywiste funkcje wychowania fizycznego w przygotowaniu do uczestnictwa w kulturze fizycznej*. Kraków; W. Siwiński (2000): *Pedagogika kultury fizycznej w zarysie*. Poznań, oraz *Kultura fizyczna – wikipedia, wolna encyklopedia*.

efektywnych możliwości promocji zdrowia i troski o ciało, tworzenie teorii i praktyki edukacji fizycznej, której celem jest rozwijanie postaw prozdrowotnych poprzez zachęcanie do podejmowania aktywności fizycznej i rozbudzanie świadomości na ten temat, powinno odgrywać wiodącą rolę. Celem takiej edukacji powinno być wyposażenie każdego człowieka w umiejętność utrzymywania i/lub poprawy zdrowia poprzez aktywność fizyczną, np. w ramach samodzielnie planowanego treningu zdrowotnego².

Niestety, tradycyjna szkoła nie do końca potrafi sprostać pokładanym w niej oczekiwaniom w zakresie edukacji prozdrowotnej i promocji zdrowia, a służba zdrowia spełnia bardziej funkcje naprawcze niż profilaktyczne³.

Według pedagogów i socjologów odpowiedzialnością za przygotowanie człowieka do uczestnictwa w kulturze fizycznej, we wszystkich okresach jego życia czyni się szkołę i rodzinę. W świetle najnowszych wyników badań związanych ze sprawnością fizyczną i zdrowotnością człowieka, określenie zakresu i możliwości oddziaływania szkolnego programu wychowania fizycznego na organizm młodego człowieka staje się niezwykle ważne i potrzebne. Sytuację wychowania fizycznego W. Okoń określa następującymi słowami „dotychczasowe wychowanie fizyczne jest przedmiotem jednostronnym, toteż spełnia ono dość skromną rolę w kształtowaniu osobowości uczniów. Jego podstawę stanowi uczenie się przez działanie, ale działanie to z reguły pozbawione jest wszelkiej inwencji, polega bowiem na naśladowaniu czynności nauczyciela lub wybranych uczniów. Działanie to zazwyczaj nie opiera się na jakichś podstawach teoretycznych: fizycznych, biologicznych, medycznych, stąd uczeń, wykonując ćwiczenia gimnastyczne, uprawiając pewne dziedziny sportu czy biorąc udział w grach ruchowych, na ogół nie zdaje sobie sprawy z tego, po co wykonuje ruchy, ani dlaczego ruchy te mają być takie a nie inne, nie uświadamia sobie też dlaczego taki a nie inny przebieg ma lekcja wychowania fizycznego. Nie potrafi przy tym – nie wiedząc nic o tych kwestiach przez cały czas pobytu w szkole – ułożyć sobie prostego, lecz względnie prawidłowego wzorca piętnastominutowych ćwiczeń na własny codzienny użytek, mimo iż jednym ze stale powtarzanych celów wychowania fizycznego jest wdrożenie do stałego uprawiania gimnastyki, sportu i turystyki”⁴.

Brak efektów edukacji szkolnej w rozwijaniu poczucia sensowności działań edukacyjnych, powinien stanowić istotny sygnał dla edukatorów oraz autorów podstaw i programów nauczania do rozpoczęcia poszukiwań bardziej efektywnych sposobów motywowania uczniów do świadomego i aktywnego

2 J. Drabik (1995): *Aktywność fizyczna w edukacji zdrowotnej społeczeństwa*. Część I. Gdańsk. Idem (1996): *Aktywność fizyczna w treningu zdrowotnym osób dorosłych*. Część II. Gdańsk.

3 W. Pańczyk, K. Warchoń (2006): *W kręgu teorii, metodyki i praktyki współczesnego wychowania fizycznego*. Rzeszów.

4 W. Okoń (2003): *Wprowadzenie do dydaktyki ogólnej*. Warszawa, s.121.

udziału w procesie dydaktyczno-wychowawczym, szczególnie w zakresie promocji zdrowia. Tylko w ten sposób szkoła jest w stanie zrealizować postulaty samokształcenia i permanentnego uczestnictwa, i tylko wtedy możliwa jest rzeczywista i trwała promocja zachowań prozdrowotnych⁵.

W świetle najnowszych wyników badań związanych z kulturą fizyczną i jej rolą w wychowaniu zdrowotnym stwierdza się, że tradycyjne metody nauczania wykorzystywane w szkole nie dają uczniowi poczucia zaradności, a docierające do ucznia bodźce edukacyjno-wychowawcze nie wydają się dla niego na tyle sensowne, by umożliwiły mu czy zachęcały go do podejmowania prób rozumienia otaczającej go rzeczywistości. Stan ten wydaje się jeszcze bardziej dramatyczny w przypadku wychowania fizycznego, gdzie dodatkowym elementem utrudniającym proces dydaktyczno-wychowawczy są sytuacje wymagające wysiłku fizycznego, od którego stroni każda osoba nie dostrzegająca sensu takich działań, zwłaszcza, gdy działania te są kojarzone z przyszłymi czy nawet obecnymi korzyściami zdrowotnymi. Brak poczucia sensowności i zrozumienia oraz niewykształcona w toku działań edukacyjnych zaradność w poszukiwaniu radości i sposobności aktywnego fizycznie spędzania czasu wolnego może przekładać się na brak permanentnego uczestnictwa w kulturze fizycznej, tak wyraźnie uwidaczniającej się w pogarszającej się zdrowotności populacji w Polsce, jak w innych krajach europejskich, szczególnie wśród młodzieży⁶.

Związki aktywności fizycznej ze zdrowiem w świetle dotychczasowych wyników badań ujmują zdrowie jako zdolność człowieka do osiągania pełni własnych możliwości fizycznych, psychicznych i społecznych oraz reagowania na wyzwania środowiska⁷. Traktowanie zdrowia jako procesu oznacza, iż jest ono procesem poszukiwania i utrzymywania ciągle ruszającej równowagi⁸. Pojęcie holizmu w zdrowiu obejmuje odnoszenie się do osoby jako całości i w całości, w środowisku, w aspekcie stylu życia i warunków życia. Styl życia dotyczy wartości, postaw i zachowań w zakresie aktywności fizycznej,

5 Z. Dziubiński (red.) (2008): *Humanistyczne aspekty sportu i turystyki*. Warszawa. Zob. część III Pedagogiczne i psychologiczne ujęcia sportu i turystyki, s. 285-385.

6 Zob. Z. Krawczyk (1985): Społeczne wartości kultury fizycznej. *Kultura i Społeczeństwo* nr 2, s. 165-174; M. Guszowska (2005): *Aktywność ruchowa a przebieg transakcji stresowej u młodzieży*. Warszawa; K. Górna (2001): *Przygotowanie młodzieży do uczestnictwa w kulturze fizycznej*. Katowice; A. Pawłucki (2005): *Osoba w pedagogice ciała*. Olsztyn; B. Wojnarowska (2001): Rozwijanie umiejętności życiowych w edukacji szkolnej. *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne* nr s. 9-14.

7 Z. Słońska (1994): Promocja zdrowia – zarys problematyki. *Promocja Zdrowia* nr 1-2, s. 37-52.

8 H. Sęk (1997): Subiektywna koncepcja zdrowia, świadomość zdrowotna a zachowania zdrowotne i promocja zdrowia. W: Z. Ratajczak, I. Heszan-Niepedek (red.) *Promocja zdrowia*. Katowice, s. 34-55.

diety, palenia tytoniu i spożywania alkoholu; warunki życia obejmują społeczne, fizyczne, kulturowe i ekonomiczne środowisko⁹.

Podstawą analizy uwarunkowań zdrowia jednostki i społeczeństwa są modele „czterech pól zdrowia” Są to czynniki wpływające na stan zdrowia ludzkości: biologia i genetyka, zachowania i styl życia, środowisko (czynniki ekonomiczne, społeczne, kulturowe i fizyczne) oraz organizacja systemu ochrony zdrowia¹⁰.

Stąd pojawia się potrzeba poszukiwania i naukowego weryfikowania takich rozwiązań edukacyjnych, które dawałyby nadzieję na optymalne przygotowanie kolejnych pokoleń do życia społecznego prowadzącego ze szczególną i świadomą troską nakierowaną na zdrowie.

Zdaniem niektórych autorów należy przygotować człowieka do wzięcia odpowiedzialności za własne zdrowie po zakończeniu edukacji szkolnej. W związku z tym proponują podjęcie działań zmierzających do ukształtowania u jednostki przekonania, że jest sama w stanie podejmować skuteczne zachowania prozdrowotne, niezależnie od przeszkód pojawiających się na drodze do realizacji celu, a własna skuteczność jest istotnym warunkiem efektywnego działania do samodzielnego podtrzymywania i pomnażania zdrowia¹¹.

W literaturze uprawianie ćwiczeń fizycznych, zwłaszcza przez osoby dorosłe, wiązane jest głównie z aktywnością ukierunkowaną na zachowanie i doskonalenie zdrowia. Takiemu ujęciu aktywności fizycznej odpowiada trening zdrowotny, który jest „procesem polegającym na celowym wykorzystaniu ściśle określonych ćwiczeń fizycznych dla uzyskania efektów fizycznych i psychicznych, przeciwdziałających obniżaniu się, związanych z wiekiem, zdolności przystosowawczych organizmu do wysiłku fizycznego”¹². Tak rozumiana aktywność fizyczna służy umacnianiu i kreowaniu zdrowia, zapobiega rozwojowi chorób cywilizacyjnych. Trening zdrowotny dotyczy uwarunkowanej aktywności fizycznej i jest wolny od współzawodnictwa. Systematyczna aktywność fizyczna ujęta w ramy treningu zdrowotnego oznacza walkę z własnymi słabościami.

W ostatnich latach, częściej niż poprzednio w wielu pracach pojawiło się pojęcie aktywności fizycznej w odniesieniu do osób starszych¹³. Organizowane

9 B. B. Jansen (1997): A case of two paradigms within health education. *Health Educ. Res. Theory Practice* nr 4, s. 419-428.

10 B. Bik (2001): Koncepcja promocji zdrowia. W: *Zdrowie publiczne*, t.2, Kraków, s. 207-248.

11 G. Dolińska-Zygmunt (2001): *Behawioralne wyznaczniki zdrowia – zachowania zdrowotne*. Wrocław, s. 33-70 oraz M. Guskowska (2005): Dlaczego kształtowanie postaw prozdrowotnych nie wystarcza. *Wychowanie Fizyczne i Sport* nr 4, s. 227-282.

12 H. Kuński (2003): *Trening zdrowotny osób dorosłych*. Warszawa, s. 194.

13 Zob. T. Wolańska (1980): *Stan aktualny i model przyszłościowy koncepcji edukacji zdrowotnej i dbałości o stan zdrowia, której podstawą jest wysoka aktywność fizyczna*. Warszawa, s. 43-49; J. Drabik (1996): op. cit., oraz prace pod red. Z. Dziubińskiego (2003): *Spoleczny*

cykliczne od kilku lat konferencje naukowe przez Polskie Stowarzyszenie Naukowe Rekreacji i Turystyki w Poznaniu poświęcone są m.in. problemom kultury fizycznej i zdrowia człowieka. Konferencje te sprzyjają poszerzeniu kręgu zainteresowanych badaniami aktywności fizycznej wśród osób w różnym wieku i wdrażaniu praktycznych wyników tych badań. Te działania stwarzają szanse na przełamanie stereotypów dotyczących starzenia się społeczeństwa polskiego, aczkolwiek takie zmiany nie następują szybko.

Problem wychowania do permanentnej aktywności fizycznej jest często podnoszony w różnych środowiskach naukowych troszczących się o przygotowanie człowieka do uczestnictwa w kulturze fizycznej, we wszystkich okresach jego życia. Dokonuje się on także poprzez socjalizację w środowisku rodzinnym. Poziom i zakres socjalizacji w tej dziedzinie zależy od wielu czynników, wśród których ważną rolę pełni świadomość wychowawcza rodziny. Stan tej świadomości warunkuje intencjonalne i racjonalne organizowanie wzorów aktywności fizycznej a także sprzyja uczestnictwu w ćwiczeniach fizycznych dotyczących zachowań związanych ze zdrowiem w dziedzinie dbałości o ciało i fizyczne funkcjonowanie.

Promowaniu aktywności fizycznej wśród ludzi w różnym wieku służy także dekalog zasad zdrowego stylu życia¹⁴. Ze względu na szeroki zasięg tego wydawnictwa i możliwości aktualizowania wiedzy nauczycieli wychowania fizycznego, a także uczniów, studentów, rodziców popularyzatorska i edukacyjna rola tych publikacji jest niezwykle znacząca.

W literaturze międzynarodowe dane porównawcze o trendach w aktywności fizycznej są rzadkie. Nie ma też międzynarodowo uwzględnionej definicji czy miary braku aktywności fizycznej. Projekt EUPASS (*European Physical Activity Surveillance System*) koncentruje się na stworzeniu i testowaniu systemu obserwacji aktywności fizycznej jako głównego behawioralnego wyznacznika zdrowia w UE. Celem jest dostarczanie ważnej i możliwej do zastosowania w różnych krajach listy głównych i optymalnych wskaźników dla polepszającej zdrowie aktywności fizycznej.

Wyniki badań naukowych dowodzą, że dla profilaktycznego minimum aktywności ruchowej wystarcza 30 minut codziennego umiarkowanego wysiłku fizycznego, nawet rozłożonego w kilku odcinkach¹⁵. Te same efekty fizjologiczne można uzyskać 5 razy tygodniowo po 30 minut jednorazowo, bądź ćwicząc 5 razy tygodniowo po 10 minut jednorazowo trzykrotnie w ciągu dnia.

wymiar sportu; (2004): *Edukacja poprzez sport*; (2007): *Drogi i bezdroża sportu i turystyki*; (2008): *Humanistyczne aspekty sportu i turystyki*; i inne.

14 Z. Cendrowski (1993): *Dekalog zdrowotnego stylu życia*. Warszawa; oraz (1999): *Lider w działaniu czyli przegląd skutecznych metod krzewienia zdrowego stylu życia*. Warszawa.

15 P. Oja (1995): *Recepta na zdrowie ćwiczenia fizyczne – dozowanie wysiłków fizycznych*. W: T. Wolańska (red.) *Aktywność fizyczna a zdrowie*. Warszawa, s. 5-16.

Biologiczna norma aktywności fizycznej człowieka w ciągu dnia powinna wynosić: 30 x 1 minuta; 10 minut x 3 lub inna kombinacja czynności trwających 30 minut. W tygodniu powinno się uczestniczyć trzykrotnie w ćwiczeniach fizycznych trwających od 30 do 45 minut¹⁶. Wykonywanie ćwiczeń o umiarkowanej intensywności przez 30 minut lub więcej, najlepiej codziennie, zalecają swoim mieszkańcom angielskie ośrodki (*Centers for Disease Control and Prevention i American College of Sports Medicine*)¹⁷

Czerpiąc z dorobku naukowego wymienionych autorów prezentowanych wyników minimum aktywności fizycznej za najkorzystniejsze dla zdrowia przyjęto codzienne uczestnictwo w ćwiczeniach indywidualnych bądź zorganizowanych lub trzy razy w tygodniu po 30-45 minut w ćwiczeniach zorganizowanych.

Aktywność fizyczna jest elementem stylu życia służącym wielu celom zdrowotnym. Postrzeganie aktywności fizycznej w aspekcie kultury fizycznej, wymaga od specjalistów z tego zakresu zadania wdrażania do uczestnictwa w ćwiczeniach osób w różnym wieku. Przez promocję aktywności fizycznej w środowisku lokalno-zawodowym, a także w rodzinie i szkole istnieje potrzeba systematycznego przywracania właściwego miejsca aktywności fizycznej w utrzymywaniu i polepszaniu jakości życia jednostki. Bycie aktywnym fizycznie stwarza szanse na dokonywanie zmian w życiu, polepszenie zdrowia i utrzymanie sprawności fizycznej, wzmacnianie zdolności samodzielnego funkcjonowania, sprzyja ukształtowaniu przekonania o wartości życia w starszym wieku¹⁸. Umiarkowana i wysoka aktywność osób starszych skutecznie przeciwdziała zagrożeniu zdrowia¹⁹. Siedzący tryb życia jest jednym z najważniejszych i niezależnych czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca. Brak aktywności fizycznej odpowiada za około 22% tych zachorowań²⁰. W Europie brakowi aktywności fizycznej przypisuje się 5-8% zgonów²¹. Zwiększenie aktywności fizycznej ludzi stanowi wyzwanie dla promocji zdrowia w redukowaniu ryzyka związanego z chorobami układu krążenia²². Aktywność fizyczna może przyczynić się do obniżenia śmiertelno-

16 P. O. Astrand (1997): Why exercise? *Adr. Exerc. Sports Physiol.* nr 2, s. 45-54.

17 D. A. Jones i wsp. (1998): Moderate leisure – time physical activity. *Arch. Family Med.* nr 3, s. 285-299.

18 T. Łobożewicz (1991): *Stan i uwarunkowania aktywności ruchowej ludzi w starszym wieku w Polsce*. Warszawa.

19 P. Schnoher, H. Scharling, J.S. Jensen (2003): Changes In leisure – time physical activity and risk of: on observational study of 7000 men and women. *Am J. Epidemiol* nr 7, s. 639-644.

20 Raport o stanie zdrowia na świecie (2002). Analiza zagrożeń, promocja zdrowia (2003): Warszawa.

21 E. A. van der Wilk, J. Jansen (2005): Lifestyle – related risks. Are trends in Europe converging. *Publ. Health* vol.119, s. 55-66.

22 M. J. Karvonem (1996): Physical activity for a health life. *Res. Q. Exerc. Sport* nr 2, s. 213-215.

ści. W opinii specjalistów kultury fizycznej, zwiększenie aktywności fizycznej społeczeństwa jest jednym z zasadniczych celów nowoczesnej strategii zdrowia publicznego, którego realizację przez zmianę stylu życia, może zahamować rozwój degeneracji chorób metabolicznych. W ich opinii utrzymanie aktywności fizycznej może ułatwić kontrolę masy ciała. Twierdzą, że jednak zdrowotna rola ćwiczeń fizycznych nadal jest niedoceniana wśród osób otyłych. Prowadzone przez nich badania nad rozpowszechnieniem aktywności fizycznej wśród otyłych dorosłych pozwoliły zaobserwować, że uprawianie ćwiczeń w celu utraty masy ciała było najmniej popularne.²³ Stwierdzili również, że wpływ ćwiczeń fizycznych na pojedyncze czynniki ryzyka może być niewielki, czasami ledwo dostrzegalny, ale efekty sumaryczne, skumulowane, poprzez kompleksowe oddziaływania na organizm człowieka mogą być znaczące dla zdrowia. W opinii autorów tych badań problem uczestnictwa społeczeństwa polskiego w kulturze fizycznej nabiera szczególnego znaczenia po wstąpieniu Polski do grupy krajów zrzeszonych w Unii Europejskiej, w której aktywny fizycznie styl życia preferuje większość mieszkańców, zmniejszając w ten sposób m.in. także koszty opieki zdrowotnej. Aktywność fizyczna Polaków, w porównaniu ze społeczeństwem Unii Europejskiej (Niemcy – 69%, Francja – 68%, Anglia – 65%) jest kilkakrotnie niższa²⁴, natomiast wśród krajów Europy Środkowej i Wschodniej Polska zajmuje środkowe miejsce (12%)²⁵. Zbliżone wyniki uzyskano w badaniach CBOS i stwierdzono, że tylko 7% Polaków regularnie uprawiało sport i ćwiczenia służące sprawności fizycznej oraz 7% podejmowało tę aktywność dość często. Jednocześnie 12% podejmowało sporadycznie aktywność fizyczną, a 74% przyznało, że nie uczestniczy w żadnych ćwiczeniach²⁶. Z powyższych danych można zauważyć, że aktywność fizyczna nie jest zjawiskiem powszechnym. Osoby systematycznie, regularnie aktywne fizycznie pozostają w mniejszości. Informacje o stanie rzeczywistego uczestnictwa w ćwiczeniach mają często charakter szacunkowy i nie pozwalają na ostateczne rozstrzygnięcie, jaki odsetek Polaków uczestniczy w tych zajęciach, z jaką częstotliwością, systematycznością²⁷. Przedstawiona sytuacja wynika z wielu przyczyn. Oprócz ogólnie znanej niechęci do aktywności fizycznej naszego społeczeństwa i niedoceniania jej roli w kreowaniu zdrowia, nie można pominąć wpływu czynników demograficz-

23 P. O. Astrad (1994): *Physical activity, Fitness, and Health*. Chanpaigu, s. 98-105.

24 Z. Krawczyk (1998): *Przeobrażenia sportu dla wszystkich w krajach postindustrialnych i industrialnych* W: Z. Ważny (oprac.) *System upowszechniania sportu*. Warszawa, s. 27-34.

25 Z. Krawczyk (1997): *Spoleczne przesłanki przeobrażeń kultury fizycznej w krajach Europy Środkowej i Wschodniej*. W: K.W. Jankowski, Z. Krawczyk (red.) *Przeobrażenia kultury fizycznej w krajach Europy Środkowej i Wschodniej*. Warszawa, s. 11-24.

26 R. Kostka (1997): *Zdrowy styl życia Polaków*. W: M. Falkowska (red.) *O stylach życia Polaków*. Warszawa, s. 210-231.

27 B. J. Kunicki (1997): *Rekreacja fizyczna*. W: Z. Krawczyk (red.) *Encyklopedia kultury polskiej XX wieku. Kultura fizyczna*. Warszawa, s. 83-85.

nych, społecznych, ekonomicznych, kulturowych. Potwierdza się międzynarodowe doświadczenie, iż bez określonego poziomu rozwoju cywilizacyjnego nie będzie można skutecznie przeciwdziałać niskiej aktywności społeczeństwa. Wśród badaczy problemów kultury fizycznej istnieją opinie, że promocja aktywności fizycznej winna się koncentrować nie tylko na aktywności fizycznej jednostki, ale także na zmianach świadomości szerszych kręgów społecznych. Ludzie w strojach sportowych, biegający, zadyszani i spoceni powinni być podziwiani, a nie postrzegani negatywnie, jak to niejednokrotnie bywa, zwłaszcza nawet w dużych miastach. Wielokierunkowe interwencje specjalistów kultury fizycznej działających w administracji państwowej i samorządowej powinny być bardziej skuteczne niż dotychczas. Środowisko miejskie i wiejskie oczekuje zmiany modelu uczestnictwa w kulturze fizycznej dla osób w różnym wieku, aby wśród nich rozpowszechnić cykliczne podejmowanie aktywności fizycznej dla zdrowia²⁸.

Na zakończenie naszych wywodów należy podkreślić, że podjęta próba określenia znaczenia kultury fizycznej jako działu wychowania zdrowotnego w nowoczesnym społeczeństwie w powiązaniu z określonym kontekstem społeczno-kulturowym ma duże znaczenie do dalszych badań empirycznych na ten temat.

Celowe wydaje się kontynuowanie badań nad kształtowaniem się aktywnego fizycznie, prozdrowotnego stylu życia w odniesieniu do młodzieży i dorosłych.

Proponowanie aktywności fizycznej, ukazywanie jej w kontekście stylów życia sprzyjających stymulowaniu rozwoju jednostki, utrzymaniu zdrowia i wykorzystaniu indywidualnego i zbiorowego potencjału rozwojowego staje się społecznym nakazem dla przedstawicieli nauk o kulturze fizycznej.

28 J. Ruszkowska-Majzer, W. Drygas (2007): Skuteczne modele promowania aktywnego trybu życia jako wyzwanie dla światowego działania z dziedziny zdrowia publicznego. *Zdrowie Publiczne* nr 2, s. 225-291.