ROZPRAWY NAUKOWE
Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu

2019, 65, 59–67

Grażyna Kosiba, Agnieszka Wojtowicz,
Magdalena Bentkowska
Akademia Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha w Krakowie

ZACHOWANIA PROZDROWOTNE A SATYSFAKCJA Z ŻYCIA BYŁYCH ZAWODNIKÓW UPRAWIAJĄCYCH KOLARSTWO

Cel badań. Celem pracy była ocena poziomu zachowań prozdrowotnych i satysfakcji z życia byłych zawodników uprawiających kolarstwo oraz wskazanie ewentualnych zależności między ww. zmiennymi. Starano się również dociec, czy wiek badanych, okres ich aktywności sportowej oraz czas, jaki upłynął od zakończenia kariery sportowej różnicują satysfakcję z życia badanych. **Materiał i metody.** Badania przeprowadzono na przełomie 2016 i 2017 r. wśród byłych zawodników uprawiających kolarstwo. Objęto nimi 51 osób: 17 kobiet (33%) i 34 mężczyzn (67%) w wieku 22–66 lat (średnia wieku: 33 lata). Na podstawie Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ) Juczyńskiego oceniono zachowania zdrowotne badanych. Do pomiaru ogólnego zadowolenia z życia wykorzystano Skalę Satysfakcji z Życia (SWLS) Dienera i współautorów w adaptacji Juczyńskiego. **Wyniki.** Najwięcej badanych (47,1%) przejawiało zachowania zdrowotne w stopniu przeciętnym. Nie stwierdzono statystycznie istotnego związku między poszczególnymi kategoriami zachowań prozdrowotnych a satysfakcją z życia respondentów. Zaobserwowano natomiast istotne statystycznie zależności między satysfakcją z życia a wiekiem badanych, okresem aktywności sportowej oraz czasem, jaki upłynął od zakończenia kariery zawodniczej. **Wnioski.** Wraz z wiekiem, okresem zawodowo uprawianego sportu oraz czasem od zakończenia kariery zawodniczej wzrastał u badanych poziom satysfakcji z życia.

Słowa kluczowe: zachowania prozdrowotne, satysfakcja z życia, sport, kolarstwo, byli zawodnicy

WPROWADZENIE

W obecnych czasach coraz częściej wskazuje się na związki między szeroko pojętą jakością życia a stylem życia, a także podkreśla znaczenie zachowań służących zdrowiu w kontekście szeroko rozumianej satysfakcji z życia (Bailey, Hillman, Arent i Petitpas, 2013; Eime, Harvey i Payne, 2014; Kosiba, Gacek, Wojtowicz i Bogacz-Walancik, 2016a; Maher, Pincus, Ram i Conroy, 2015; Pedišić, Rakovac, Titze, Jurakić i Oja, 2014; Schnettler, Lobos, Orellana i Grunert, 2015; Ströhle, 2009 i inni). Jakość życia jest kluczowym zagadnieniem dotyczącym zdrowia publicznego. Termin ten obejmuje dwa aspekty: poznawczy i afektywny (Wróbel i Finogenow, 2012). Poziom afektywny określany jest

Praca wpłynęła do Redakcji: 04.03.2019
Zaakceptowano do druku: 12.08.2019

Adres do korespondencji: Grażyna Kosiba, Akademia Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha w Krakowie, al. Jana Pawła II 79, 31-571 Kraków, e-mail: grazyna.kosiba@awf.krakow.pl

Jak cytować:
Kosiba, G., Wojtowicz, A., Bentkowska, M. (2019). Zachowania prozdrowotne a satysfakcja z życia byłych zawodników uprawiających kolarstwo. *Rozprawy Naukowe AWF we Wrocławiu*, *65*, 59–67.

jako dobrostan emocjonalny, czyli poziom, w jakim doświadczenia afektywne jednostki są przyjemne. W wielu badaniach wskaźnikiem emocjonalnego dobrostanu jest wysoka częstotliwość pozytywnych doświadczeń emocjonalnych i ewentualnie niska częstotliwość lub brak negatywnych przeżyć. Zadowolenie poznawcze, czyli satysfakcja z życia, pokazuje, w jakim stopniu jednostka ocenia poziom zaspokojenia swoich aspiracji, czyli do jakiego stopnia osiągnęła w życiu to, czego chce (Diener, Lucas i Oishi, 2004). Poczucie satysfakcji z życia, traktowane jako miara jakości życia, jest jednym z zasobów zdrowotnych człowieka w wymiarze zdrowia psychospołecznego (Byra, 2011; Trzebiatowski, 2011). Na istnienie zależności pomiędzy takimi cechami psychologicznymi, jak poczucie skuteczności, optymizm i satysfakcja z życia a zachowaniami zdrowotnymi wskazują wyniki badań realizowanych w różnych grupach populacyjnych, m.in. wśród kobiet w wieku menopauzalnym (Gacek, 2013), młodych kobiet rekreacyjne uprawiających fitness (Gacek, 2016), nauczycieli (Laudańska-Krzemińska, Wierzejska, Jóźwiak i Klimas, 2015) i studentów (Kosiba i wsp., 2016b).

Sęk (2000, s. 539) definiuje zachowania zdrowotne jako „reaktywne, nawykowe i/lub celowe formy aktywności człowieka, które pozostają – na gruncie wiedzy obiektywnej o zdrowiu i subiektywnego przekonania – w istotnym, wzajemnym związku ze zdrowiem". Zdaniem Woynarowskiej (1995, s. 10) zachowania zdrowotne są to „postępowania, działania (lub ich zaniechanie), które bezpośrednio lub pośrednio wpływają na zdrowie i samopoczucie człowieka". W opracowaniach cytowanej autorki można znaleźć podział zachowań zdrowotnych na zachowania sprzyjające zdrowiu (pozytywne, prozdrowotne), do których zaliczyła ona m.in. aktywność fizyczną, odpowiednią dietę, higienę psychiczną, dbałość o zapewnienie bezpieczeństwa i właściwe zachowania seksualne, oraz zachowania zagrażające zdrowiu (negatywne, antyzdrowotne), wśród których znalazły się m.in. stosowanie używek oraz niepodejmowanie zachowań prozdrowotnych (Woynarowska, 1995).

W wieku dojrzałym charakterystyczne stają się lęki przed chorobą, o przyszłość bliskich czy nawet strach przed śmiercią. Jednym z cięższych doznań emocjonalnych jest zachwianie stabilizacji życiowej (Prusik, Zaporozhanov, Prusik i Gorner, 2010), które może skutkować zaburzeniem równowagi zarówno fizycznej, jak i psychicznej, co w konsekwencji wpływa na gorszą ocenę osiągnięć życiowych (Lubrańska i Wochna, 2015). Takim krytycznym zdarzeniem w okresie późnej dorosłości może być utrata dotychczasowego statusu zawodowego i materialnego spowodowana przejściem na emeryturę (Straś-Romanowska, 2005). Dla wielu osób ta zmiana jest dramatycznym przeżyciem, wiąże się z przestawieniem na inny tryb życia i koniecznością zagospodarowania nadmiaru wolnego czasu (Finogenow, 2011). Niejednokrotnie stan zdrowia osób, które przeszły na emeryturę, pogarsza się zarówno pod względem fizycznym, jak i psychicznym (Bartoszewicz, Gandziarski, Lewandowska i Szymańska, 2014). W konsekwencji dochodzi też do zachwiana równowagi psychospołecznej, wynikającego z coraz trudniej zachodzących procesów przystosowawczych. Ten sam problem może dotyczyć sportowców, dla których przejście na emeryturę nie jest związane, co niejednokrotnie stanowi dodatkowy problem, z osiągnięciem wieku dojrzałego i niezdolnością do pracy. Emerytura sportowa dotyczy często osób młodych, które w wyniku uprawiania sportu od wczesnych lat młodzieńczych (czy nawet dzieciństwa) dopiero po zakończeniu kariery zawodniczej muszą zmierzyć się z wyborem dalszej drogi życia, również zawodowej. Zmiana dotychczasowych przyzwyczajeń, zachowań może doprowadzić do obniżenia poziomu satysfakcji z życia, pojawienia się poczuciu pustki i beznadziejności, co w kon-

sekwencji wpływa też negatywnie na stan zdrowia psychicznego, powodując złe samopoczucie i nieprzyjazne nastawienie do otoczenia. Langois i Cramer (2005) zauważają, że bez względu na to, czy przejście na emeryturę jest pozytywną czy negatywną zmianą w życiu człowieka dojrzałego, zawsze jest to sytuacja trudna i wymagająca przystosowania do nowych warunków. Jednak nie u wszystkich osób przechodzących na emeryturę poziom satysfakcji z życia musi ulec obniżeniu. Wręcz przeciwnie, może utrzymywać się na wysokim poziomie tak długo, jak długo czują się one zdrowe, samowystarczalne i potrzebne (Steuden, 2011).

CEL BADAŃ

Celem badań była ocena poziomu zachowań prozdrowotnych i satysfakcji z życia byłych zawodników uprawiających kolarstwo oraz wskazanie ewentualnych zależności między ww. zmiennymi. Starano się również dociec, czy wiek badanych, okres ich aktywności sportowej oraz czas, jaki upłynął od zakończenia kariery sportowej różnicują odczucie satysfakcji z życia.

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono na przełomie 2016 i 2017 r. wśród 51 byłych zawodników uprawiających kolarstwo: 17 kobiet (33%) i 34 mężczyzn (67%) w wieku 22–66 lat ($\bar{x}$ = 33 lata).

Na podstawie Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ) Juczyńskiego (2009) oceniono cztery kategorie zachowań zdrowotnych: prawidłowe nawyki żywieniowe (PNŻ), zachowania profilaktyczne (ZP), praktyki zdrowotne (PZ) i pozytywne nastawienie psychiczne (PNP). Nasilenie zachowań prozdrowotnych w zbadano z zastosowaniem właściwych norm stenowych (Juczyński, 2009). Do pomiaru ogólnego zadowolenia z życia wykorzystano standaryzowaną Skalę Satysfakcji z Życia (SWLS) Dienera i wsp. w adaptacji Juczyńskiego (2009).

Obliczenia wykonano za pomocą programu Statistica 12 oraz SPSS 21. Normalność rozkładu określano testem Shapiro–Wilka oraz przez analizę histogramu. Do analizy różnic międzypłciowych wykorzystano test t oraz test chi-kwadrat wraz z porównaniami wielokrotnymi (testy z dla proporcji z poprawką Bonferroniego zaznaczone w tabelach procentowych literą a), natomiast do określenia związków pomiędzy zmiennymi posłużono się analizą korelacji Pearsona. Za istotne przyjęto prawdopodobieństwo testowe na poziomie $p < 0{,}05$.

WYNIKI

Wśród badanych najwięcej osób (47,1%) podejmowało zachowania zdrowotne w stopniu przeciętnym, 27,5% prezentowało niski poziom ogólnego wskaźnika zachowań prozdrowotnych, a 25,5% poziom wysoki (tab. 1). W grupie osób, które uzyskały niski wskaźnikiem IZZ, dominowali mężczyźni (85,7%). Nie stwierdzono jednak istotnych statystycznie różnic w zakresie nasilenia zachowań prozdrowotnych kobiet i mężczyzn (p = 0,203).

Spośród zawartych w Inwentarzu kategorii zachowań prozdrowotnych najwyższy

średni wynik ankietowani uzyskali w zakresie pozytywnego nastawienia psychicznego (22,51), następnie w obszarze prawidłowych nawyków żywieniowych (20,86) oraz zachowań profilaktycznych (20,10), a najniższy w obrębie zachowań obejmujących codzienne praktyki zdrowotne (19,25) (tab. 2). Oznacza to, że badani częściej podejmują zachowania związane m.in. ze zdrowiem psychicznym, czyli unikają silnych emocji i napięć, radzą sobie ze stresem. Mniejszą wagę przywiązują do prawidłowych nawyków

Tabela 1. Poziom zachowań zdrowotnych badanych a płeć

Wyniki IZZ	Ogółem		Kobiety		Mężczyźni	
	N	%	*N*	%	*N*	%
Niskie	14	27,5	2[a]	14,3	12[a]	85,7
Przeciętne	24	47,1	10[a]	41,7	14[a]	58,3
Wysokie	13	25,5	5[a]	38,5	8[a]	61,5
Ogółem	51	100,0	17	33,3	34	66,7

χ^2 (2) = 3,19; p = 0,203; a – testy z dla proporcji z poprawką Bonferroniego, wartości różniące się istotnie

Tabela 2. Kategorie zachowań zdrowotnych badanych w zależności od płci ($M \pm SD$)

Zachowania prozdrowotne	Ogółem (*N* = 51)		Kobiety (*N* = 17)		Mężczyźni (*N* = 34)		Różnica
	M	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*p*
Pozytywne nastawienie psychiczne	22,51	2,96	23,12	2,85	22,21	3,01	0,305
Zachowania profilaktyczne	20,10	4,04	21,18	3,56	19,56	4,21	0,180
Prawidłowe nawyki żywieniowe	20,86	4,32	21,53	3,68	20,53	4,62	0,441
Praktyki zdrowotne	19,25	3,14	19,35	2,60	19,21	3,42	0,877
IZZ – wskaźnik ogólny	82,73	9,36	81,18	8,10	81,50	9,81	0,189

Tabela 3. Zachowania prozdrowotne a satysfakcja z życia badanych

Zachowania prozdrowotne (IZZ)	Satysfakcja z życia (SWLS)
Pozytywne nastawienie psychiczne	r = 0,8 p = 0,589
Zachowania profilaktyczne	r = –0,09 p = 0,554
Prawidłowe nawyki żywieniowe	r = 0,16 p = 0,271
Praktyki zdrowotne	r = –0,05 p = 0,744
IZZ – wskaźnik ogólny	r = 0,05 p = 0,752

r – współczynnik korelacji

Tabela 4. Wiek badanych, staż zawodniczy oraz czas od zakończenia kariery sportowej a satysfakcja z życia

Zmienne społeczno-demograficzne	Satysfakcja z życia (SWLS)
Wiek	r = 0,33 p = 0,019
Staż	r = 0,40 p = 0,005
Czas od zakończenia kariery	r = 0,30 p = 0,032

r – współczynnik korelacji

żywieniowych oraz do działań zapobiegających utracie zdrowia (np. do pozyskiwania informacji na temat czynników sprzyjających utrzymaniu zdrowia i zapobieganiu rozwojowi chorób czy do regularnych badań lekarskich). Najmniejsze znaczenie mają dla nich codzienne praktyki zdrowotne przejawiające się m.in. odpowiednią ilością snu i odpoczynku, rekreacyjną aktywnością fizyczną i ograniczaniem używek. W wyżej wymienionych kategoriach prozdrowotnych nie wykazano różnic międzypłciowych (tab. 2).

Nie stwierdzono statystycznie istotnego związku między poszczególnymi kategoriami zachowań prozdrowotnych (IZZ) a satysfakcją z życia (SWLS) respondentów (tab. 3). Zaobserwowano natomiast istotne statystycznie zależności pomiędzy satysfakcją z życia a wiekiem badanych, okresem aktywności sportowej oraz czasem, jaki upłynął od zakończenia ich kariery zawodniczej: wraz z wiekiem, stażem zawodowego uprawiania sportu oraz czasem od ukończenia kariery wzrastał poziom satysfakcji z życia (tab. 4).

DYSKUSJA

Na podstawie uzyskanych danych wykazano, że najwięcej badanych zachowania zdrowotne podejmowało w stopniu przeciętnym, znacznie mniej (ponad jedna czwarta) prezentowało niski poziom ogólnego wskaźnika zachowań prozdrowotnych, a najmniej (jedna czwarta) było respondentów, którzy deklarowali wysoki poziom omawianych zachowań. Wśród osób z niskim wskaźnikiem IZZ dominowali mężczyźni. Nie stwierdzono jednak istotnych statystycznie różnic w zakresie nasilenia zachowań prozdrowotnych kobiet i mężczyzn. Podobne tendencje do dominacji przeciętnego poziomu zachowań prozdrowotnych opisano wśród kobiet i mężczyzn uprawiających koszykówkę (Boguszewski i wsp., 2014), a także studentów uczelni poznańskich (Rasińska, 2012), młodzieży akademickiej studiującej na Wszechnicy Świętokrzyskiej (Palacz, 2014), białostockich studentów pielęgniarstwa (Lewko, Polityńska-Lewko, Sierakowska i Krajewska-Kułak, 2005), lubelskich studentów kierunków medycznych (Kropornicka i wsp., 2015) oraz słuchaczy kierunków nauczycielskich (Kosiba i wsp., 2016b).

W 2015 r. na terenie całej Polski przeprowadzono badania mające na celu ocenę zachowań zdrowotnych lekarzy. W grupie 523 czynnych lekarzy medycyny stwierdzono przewagę zachowań antyzdrowotnych – 27,34% osiągnęło niskie, 43,21% średnie, a 29,45% wysokie wyniki IZZ. Ponadto wykazano, że ryzyko wystąpienia zachowań antyzdrowotnych u respondentów rośnie o 3,2% z każdym rokiem od ukończenia specjalizacji.

Wyniki badań pokazały, że kobiety przejawiały większe nasilenie zachowań prozdrowotnych niż mężczyźni (Bąk-Sosnowska, Kołodziej, Gojdź i Skypulec-Plinta, 2015). Niski, odbiegający od cech treningu zdrowotnego, poziom uczestnictwa w kulturze fizycznej oraz ograniczoną skalę racjonalnych wyborów żywieniowych odnotowano także w badaniach Gacek (2011a) zrealizowanych w grupie 240 małopolskich lekarzy w wieku 35–50 lat. Ograniczoną realizację założeń zdrowego stylu życia stwierdzono też u kobiet w wieku okołomenopauzalnym w środowisku wiejskim i miejskim, przy czym w odniesieniu do niektórych zachowań zdrowotnych, szczególnie tych dotyczących rekreacyjnej aktywności fizycznej, stosowania substancji psychoaktywnych oraz metod zaradczych w sytuacjach trudnych, wykazano zróżnicowanie w zależności od miejsca zamieszkania (Gacek, 2011b).

W badaniach własnych nie uchwycono statystycznie istotnego związku między poszczególnymi kategoriami zachowań prozdrowotnych (IZZ) a satysfakcją z życia (SWLS) respondentów. Porównując uzyskane wyniki z danymi innych autorów na ten temat można wskazać pewne zróżnicowanie. Związki między podejmowaniem aktywności fizycznej a satysfakcją z życia zaobserwowano wśród aktywnych ruchowo mężczyzn po 60. roku życia. Przejawiali oni wyższy poziom satysfakcji z życia niż mężczyźni nieaktywni fizycznie. Takich różnic nie zarejestrowano u kobiet (Świerżewska, 2010). Zależności między aktywnością fizyczną a satysfakcją z życia nie wykazano też u studentów kierunków nauczycielskich. Odnotowano natomiast wpływ innych składowych prozdrowotnego stylu życia: pozytywnego nastawienia psychicznego, prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych oraz codziennych praktyk zdrowotnych (Kosiba i wsp., 2016a). Również badania wśród nauczycielek z Wielkopolski pozwoliły stwierdzić, że wyższy poziom zadowolenia z życia był związany z niższymi wartościami wskaźnika BMI i korzystniejszym sposobem żywienia (Laudańska-Krzemińska i wsp., 2015). Związki satysfakcji z życia z niektórymi behawioralnymi uwarunkowaniami zdrowia (głównie żywieniowymi) potwierdziły też badania chilijskie (Schnettler, Lobos, Orellana i Grunert, 2015). Wyniki badań własnych wskazują, że poziom satysfakcji z życia wzrastał wraz z wiekiem ankietowanych, stażem zawodniczym oraz czasem od zakończenia kariery sportowej. Również MacCosham, Patry, Beswick i Gravelle (2015) wykazali, że po zakończeniu kariery sportowcy zmienili swoje zachowania i sposób postrzegania świata. Potrafili zrównoważyć aktywność fizyczną z innymi istotnymi aspektami życia, zmniejszając tym samym ryzyko odrzucenia bądź poczucia rezygnacji w otaczającym ich środowisku. Inne badania przeprowadzone wśród byłych sportowców w indywidualnych dyscyplinach sportowych, obrazujące sytuację życiową zawodników w momencie zakończenia kariery (Rezende, Maciel, Carvalho, Cappelle i Campos, 2015), pokazały, że po zaprzestaniu zawodowego uprawiania sportu przejawiali oni pozytywne nastawienie, a styl życia, jaki prowadzili charakteryzowały zachowania prozdrowotne i częsta aktywność fizyczna. Kolejne badania także pokazują, że byli sportowcy kontynuują aktywny fizycznie styl życia i prowadzą bardziej prozdrowotny, w porównaniu z innymi grupami populacyjnymi, styl życia oraz rzadziej zapadają na choroby nowotworowe (Sormunen i wsp., 2014). Z kolei w badaniach dotyczących ryzyka wystąpienia chorób po zakończonej karierze sportowej, wykonanych wśród 20 sportowców (17 mężczyzn i 3 kobiety) w 2015 r. we Włoszech (Stefani, Di Tante, Matan i Galanti, 2015), wykazano, że 10% badanej populacji było zagrożone depresją, 25% natomiast prowadziło niezdrowy tryb życia i walczyło z otyłością. Wynikiem „braku sportu" był nie tylko problem podwyższonego poziomu BMI, ale także depresja czy lęki obniżające jakość życia.

WNIOSKI

1. Wśród badanych dominował przeciętny i niski poziom zachowań prozdrowotnych.
2. Nie stwierdzono statystycznie istotnego związku między poszczególnymi kategoriami zachowań prozdrowotnych (IZZ) a satysfakcją z życia (SWLS) badanych.
3. Wraz z wiekiem, okresem zawodowo uprawianego sportu oraz czasem od zakończenia kariery sportowej wzrastał u badanych poziom satysfakcji z życia.

BIBLIOGRAFIA

Bailey, R., Hillman, C., Arent, S., Petitpas, A. (2013). Physical activity: an underestimated investment in human capital? *J Phys Ac Health*, *10*(3), 289–308, doi: 10.1123/jpah.10.3.289.

Bartoszewicz, R., Gandziarski, K., Lewandowska, M., Szymańska, K. (2014). Zachowania prozdrowotne i poczucie koherencji osób późnej dorosłości objętych wsparciem społecznym instytucji edukacyjnej w obszarze kultury fizycznej. *Rozprawy Naukowe AWF we Wrocławiu*, *47*, 108–116.

Bąk-Sosnowska, M., Kołodziej, S., Gojdź, K., Skypulec-Plinta, V. (2015). Podmiotowe czynniki ryzyka zachowań antyzdrowotnych w grupie lekarzy medycyny. *Medycyna Środowisko*, *18*(3), 17–24.

Boguszewski, D., Andersz, N., Janicka, M., Mrozek, N., Nowakowski, P., Adamczyk, J., Białoszewski, D. (2014). Ocena zachowań zdrowotnych kobiet i mężczyzn uprawiających koszykówkę. *Journal of Health and Science*, *4*(5), 41–46.

Byra, S. (2011). Satysfakcja z życia osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w pierwszym okresie nabycia niepełnosprawności – funkcje wsparcia oczekiwanego i otrzymywanego. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, *17*(2), 64–70.

Diener, E., Lucas, R.E., Oishi, S. (2004). Dobrostan psychiczny. Nauka o szczęściu i zadowoleniu z życia. W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka* (ss. 35–50). Warszawa: WN PWN.

Eime, R., Harvey, J., Payne, W. (2014). Dose-response of women's health-related quality of life (HRQoL) and life satisfaction to physical activity. *Journal of Physical Activity Health*, *11*(2), 330–338, doi: 10.1123/jpah.2012-0073.

Finogenow, M. (2011). Zadowolenie z życia w okresie przejścia na emeryturę– uwarunkowania socjo-demograficzne. W: E. Bielawska-Batorowicz, L. Golińska (red.), *Rodzina i praca w warunkach kryzysu* (ss. 335–347). Łódź: UŁ.

Gacek, M. (2011a). Zachowania żywieniowe i aktywność fizyczna w grupie lekarzy. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, *92*(2), 254–259.

Gacek, M. (2011b). Wybrane zachowania zdrowotne grupy kobiet w środowisku wiejskim i miejskim w świetle statusu socjoekonomicznego i stanu odżywienia. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, *92*(2), 260–266.

Gacek, M. (2013). Selected individual determinants of cereal, fruit and vegetable consumption among menopausal women in view of potential health risks. *Przegląd Menopauzalny*, *5*, 385–391, doi: 10.5114/pm.2013.38591

Gacek, M. (2016). Poczucie własnej uogólnionej skuteczności a wybory żywieniowe młodych kobiet rekreacyjnie uprawiających fitness. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, *22*(3), 227–231.

Juczyński Z. (2009). *Narzędzia pomiaru w promocji zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Kosiba, G., Gacek, M., Wojtowicz, A., Bogacz-Walancik, A. (2016a). Health-related behaviours, physical activity and perceived life satisfaction in the academic youth of pedagogical subjects in Cracow. *Studies in Sport Humanities*, 20, 6–15.

Kosiba, G., Gacek, M., Wojtowicz, A., Bogacz-Walancik, A. (2016b). The lifestyle of students – future teachers. *Antropomotoryka. Journal of Kinesiology and Exercise Sciences*, *74*(26), 83–94, doi: 10.5604/01.3001.0009.5616.

Kropornicka, B., Baczewska, B., Dragan, W., Krzyżanowska, E., Olszak, C., Szymczuk, E. (2015). Zachowania zdrowotne studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie w zależności od miejsca zamieszkania. *Rozprawy Społeczne*, *9*(2), 58–64.

Langlois, M.W., Cramer, K.M. (2005). The relationship between household composition and retirement stress. *Guidance & Counseling*, *20*(2), 89–98.

Laudańska-Krzemińska, I., Wierzejska, E., Jóźwiak, P., Klimas, N. (2015). Zachowania zdrowotne nauczycieli w Wielkopolsce – poszukiwanie mocnych i słabych stron. W: R. Stemplewski, R. Szeklicki J. Maciszek (red.), *Aktywność fizyczna i żywienie w trosce o zdrowie i jakość życia* (ss. 243–252). Poznań: Bogucki Wyd. Naukowe.

Lewko, J., Polityńska-Lewko, B., Sierakowska, M., Krajewska-Kułak, E. (2005). Zachowania zdrowotne wśród studentów pielęgniarstwa. *Ann Univ UMCS*, *60*(16), 260–264.

Lubrańska, A., Wochna, M. (2015). Jakość życia w okresie późnej dorosłości. *Edukacja Dorosłych*, *1*(72), 145–159.

MacCosham, B., Patry, P., Beswick, C., Gravelle, F. (2015). Leisure Lifestyle and Dropout: Exploring the Experience of Amateur Athletes in Competitive Sport. *International Journal of Sport Management, Recreation and Tourism*, *20*, 20–39, doi: 10.5199/ijsmart-1791-874X-20b.

Maher, J.P., Pincus, A.L., Ram, N., Conroy, D.E. (2015). Daily physical activity and life satisfaction across adulthood. *Developmental Psychology*, *51*(10), 1407–1419, doi: 10.1037/dev0000037.

Palacz, J. (2014). Zachowania zdrowotne studentów w świetle wybranych uwarunkowań. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, *20*(3), 301–306.

Pedišić, Z., Rakovac, M., Titze, S., Jurakić, D., Oja, P. (2014). Domain-specific physical activity and health-related quality of life in university students. *Eur J Sports Sci*, *14*(5), 492–499, doi: 10.1080/17461391.2013.84486.1.

Prusik, K., Zaporozhanov, V., Prusik, K., Gorner, K. (2010). Rekreacyjne uprawianie Nordic walking a jakość życia osób w wieku 60–70 lat. *Problemy Fizycznogo Wychowannia i Sportu*, *9*, 115–117.

Rasińska, R. (2012). Nawyki żywieniowe studentów w zależności od płci. *Nowiny Lekarskie*, *81*(4), 354–359.

Rezende, L.H., Maciel, L.H.R., Carvalho, M., Cappelle, A., Campos, R.C. (2015). Continuando a jornada: explorando a recolocacao professional de ex-atletas de alto rendimento. *RECADM*, *14*(2), 78–91.

Schnettler, B., Lobos, G., Orellana, L., Grunert, K. (2015). Analyzing food-related life satisfaction and other predictors of life satisfaction in central Chile. *Spanish Journal of Psychology*, 18, E38, doi: 10.1017/sjp.2015.32.

Sęk, H. (2000). Zdrowie behawioralne. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom 3, Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej* (ss. 533–552), Gdańsk: GWP.

Sormunen, J., Bäckmand, H.M., Sarna, S, Kujala, U.M., Kaprio, J., Dyba, T., Pukkala, E. (2014). Lifetime physical activity and cancer incidence- a cohort study of male former elite athletes in Finland. *J Sci Med Sport*, *17*(5), 479–484.

Stefani, L., Di Tante, V.D.T., Matan, M.Y., Galanti, G.G. (2015). Metabolic and psychological aspects as consequences of sports interruption in ex-elite athletes. *European Journal of Preventive Cardiology, Abstract Book*, *1*, 66–98.

Steuden, S. (2011). *Psychologia starzenia się i starości*. Warszawa: WN PWN.

Straś-Romanowska, M. (2005). Późna dorosłość. Wiek starzenia się. W: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka* (ss. 263–292). Warszawa: WN PWN.

Ströhle, A. (2009). Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *J Neural Transm*, *116*(6), 777–784, doi: 10.1007/s00702-008-0092-x.

Świerżewska, D. (2010). Satysfakcja z życia aktywnych i nieaktywnych osób po 60. roku życia. *Psychologia Rozwojowa, 15*(2), 89–99.
Trzebiatowski, J. (2011). Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych. *Hygeia Public Health*, *46*(1), 25–31.
Woynarowska, B. (1995). *Edukacja zdrowotna w szkole*. Warszawa: Polski Zespół ds. projektu SzPZ.
Wróbel, M., Finogenow, M. (2012). Emocje i motywacja. W: E. Bielawska-Batorowicz (red.), *Człowiek i ludzie* (ss. 52–89). Warszawa: PWE.

ABSTRACT

Health-promoting behaviours and perceived life satisfaction of ex-cyclists

Background. The aim of the paper was to assess health-promoting behaviours and life satisfaction among ex-cyclists and to specify the potential relations between them. The study was also to determine if the participants' age, time of their sports career, and time since sports career completion were related to the life satisfaction of the research group. **Material and methods.** The study was conducted at the turn of 2016 and 2017 among 51 ex-cyclists: 17 women (33%) and 34 men (67%) aged 22–66 years (average age: 33 years). The Health Behaviour Inventory by Juczyński was used to assess the subjects' health-promoting behaviours. The Satisfaction with Life Scale by Diener et al. in the Polish adaptation by Juczyński served to measure the general life satisfaction. **Results.** The majority of the studied group (47.1%) undertook health-promoting behaviours at an average level. There was no statistically significant relationship between particular categories of health-promoting behaviours and the level of life satisfaction. However, statistically significant relationships were observed between life satisfaction and the participants' age, time of their sports career, and time since sports career completion. **Conclusions.** The level of life satisfaction increased with age, time of sports career, and time since sports career completion.

Key words: health-promoting behaviours, satisfaction with life, sport, cycling, ex-athletes