

AUTOREFERAT ROZPRAWY DOKTORSKIEJ

Rola sportu w zarządzaniu zdrowym miastem:
propozycja procesu badawczego i analiza praktyk
urzędów miejskich w Polsce

mgr inż. Narek Parsamyan

Promotor: dr hab. inż. Aleksander Orłowski, prof. PG

Spis treści

1. UZASADNIENIE WYBORU TEMATU	3
2. PROBLEM BADAWCZY, CELE I PYTANIA BADAWCZE	5
3. METODYKA BADAŃ	8
4. KLUCZOWE WYNIKI BADAŃ	12
5. REKOMENDACJE I METODA SAMOOCENY 5SiZM	18
6. PODSUMOWANIE	23
BIBLIOGRAFIA.....	26

1. UZASADNIENIE WYBORU TEMATU

Miasta koncentrują kluczowy kapitał infrastrukturalny i instytucjonalny niezbędny do funkcjonowania sportu. Oferują infrastrukturę, przestrzeń i zaplecze organizacyjne niezbędne do jego rozwoju, a kluby, obiekty i wydarzenia sportowe współtworzą ich tożsamość, funkcje i dynamikę. Często już same nazwy klubów sportowych nawiązują do miast, z którymi są związane. Relację tę można uznać za wzajemnie uwarunkowaną: sport potrzebuje miasta, a miasto może czerpać ze sportu wielowymiarowe korzyści.

Znaczenie tej relacji rośnie wraz z postępującą urbanizacją. Według prognoz ONZ do 2050 roku w miastach będzie mieszkać 68% ludności świata, czyli około 6,6 mld osób (United Nations, 2018). Wzrost gęstości zaludnienia, presja na infrastrukturę, zanieczyszczenie środowiska i ograniczony dostęp do usług publicznych sprawiają, że w miastach kumulują się problemy zdrowotne. Jednocześnie to właśnie w miastach mogą być inicjowane działania naprawcze i profilaktyczne.

Równolegle brak aktywności fizycznej należy do głównych przyczyn zgonów na świecie i odpowiada za około 6 do 10% zgonów spowodowanych chorobami niezakaźnymi (Kohl i in., 2012; Lee i in., 2012). W Unii Europejskiej 45% respondentów deklaruje całkowity brak aktywności fizycznej, a w Polsce odsetek ten wynosi 65%. Regularny wysiłek fizyczny deklaruje zaledwie 6% mieszkańców UE i 2% Polaków (European Commission, 2022). Dane te wskazują na potrzebę skutecznych interwencji miejskich promujących sport i aktywność fizyczną.

Współczesny sport wykracza przy tym poza rekreację i coraz częściej staje się narzędziem oddziaływania społecznego (Parsamyan i Orłowski, 2024). Jako aktywność dostępna, elastyczna i często niskonakładowa może pełnić funkcję katalizatora pozytywnych zmian w mieście. W obliczu narastających problemów zdrowotnych i społecznych szczególnego znaczenia nabierają proste, „miękkie” rozwiązania oparte na aktywności fizycznej i integracji społecznej, a nie wyłącznie złożone technologie czy rozbudowana infrastruktura miejska (Sim, 2019).

Jako główne odniesienie pracy przyjęto **inicjatywę zdrowych miast** Światowej Organizacji Zdrowia (ang. World Health Organization, WHO). W przeciwieństwie do koncepcji miast inteligentnych czy zrównoważonych, które często skupiają się na technologiach lub infrastrukturze, inicjatywa ta traktuje zdrowie jako nadrzędny i zintegrowany cel. Łączy je z planowaniem miejskim, polityką publiczną oraz działaniami władz lokalnych (Barton, Grant, Mitcham i Tsourou, 2009; de Leeuw i Simos, 2017a; WHO, 1990). Zdrowie w mieście nie jest w tym ujęciu wyłącznie oznaką braku chorób, lecz procesem ciągłego wspierania dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego mieszkańców (de Leeuw i Simos, 2017). Takie rozumienie zdrowia pozwala postrzegać i analizować sport jednocześnie jako narzędzie zdrowotne i społeczne.

Polski kontekst badawczy jest szczególnie uzasadniony. Stosunkowo niskiemu poziomowi aktywności fizycznej towarzyszą dynamiczne zmiany miejskie, a wraz z nim rosnąca presja na infrastrukturę, usługi publiczne i jakość życia mieszkańców. Należy jednak podkreślić,

że w wybranych dużych polskich miastach obserwuje się postępujące procesy depopulacji i starzenie się ludności (GUS, 2024). Jednostki Samorządu Terytorialnego (JST) potrzebują zatem skutecznych narzędzi przeciwdziałania skutkom siedzącego trybu życia, a analiza działań podejmowanych przez urzędy miejskie w obszarze sportu nabiera szczególnego znaczenia z perspektywy zarządzania miastem.

Przegląd literatury przedstawiony w rozdziale pierwszym rozprawy objął definicyjne ujęcia sportu, jego znaczenie dla zdrowia jednostek i społeczności miejskich, rolę sportu we współczesnych koncepcjach miejskich, historię i założenia inicjatywy zdrowych miast oraz perspektywę polską. Sformułowano na tej podstawie następujące ustalenia:

- sport ma wielowymiarowy potencjał: wpływa na zdrowie fizyczne i psychiczne oraz przyczynia się do zmian społecznych i środowiskowych,
- inicjatywa zdrowych miast stanowi ramę, która pozwala łączyć zdrowie, urbanistykę i aktywność społeczną,
- sport rzadko jest traktowany jako strategiczny komponent miejskiej polityki zdrowotnej, częściej pełni funkcję wspomagającą lub wizerunkową,
- w literaturze dominuje podejście ogólne i normatywne, brakuje natomiast pogłębionych analiz wdrożeniowych w konkretnych kontekstach lokalnych,
- polskie ujęcia sportu i zdrowych miast mają w dużej mierze charakter fragmentaryczny, a wiedza o relacji sportu i zdrowia w mieście nie jest zintegrowana z praktyką zarządzania miastem (JST).

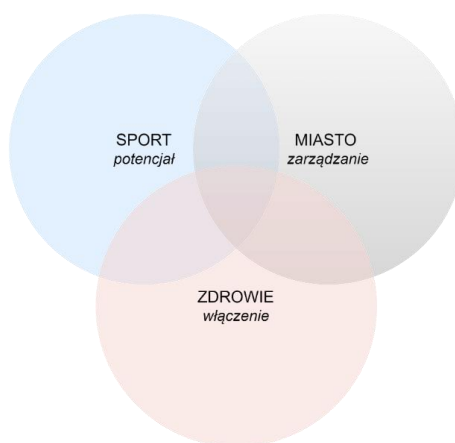
Mimo rosnącego uznania dla inicjatywy zdrowych miast potencjał sportu wciąż jest w strategiach miejskich uwzględniany niewystarczająco (Edwards i Rowe, 2019; Orłowski i Parsamyan, 2024; Schulenkorf i Siefken, 2019). Tymczasem sport może być skutecznym narzędziem polityki społecznej, o ile zostaje w nią świadomie i celowo wpisany (Coalter, 2007). Zidentyfikowana luka badawcza obejmuje:

- znikomą liczbę badań empirycznych analizujących sport w ramach inicjatywy zdrowych miast,
- brak ustandaryzowanych narzędzi oceny wpływu działań, programów i inicjatyw sportowych na zdrowie miejskie, co utrudnia ich planowanie i ewaluację,
- ograniczoną obecność sportu w dokumentach strategicznych inicjatywy zdrowych miast, świadczącą o niskim poziomie jego instytucjonalizacji w zarządzaniu miastem (JST),
- w kontekście polskim brak opracowań teoretycznych i badań empirycznych dotyczących wpływu sportu na inicjatywę zdrowych miast.

2. PROBLEM BADAWCZY, CELE I PYTANIA BADAWCZE

Zidentyfikowana luka doprowadziła do sformułowania problemu badawczego, za który uznano **niedostateczne zrozumienie roli sportu w rozwoju inicjatywy zdrowych miast w Polsce**. Mimo udziału wielu miast w tej inicjatywie, czego przykładem jest działalność Stowarzyszenia Zdrowych Miast Polskich, brakuje wiedzy o tym, w jaki sposób i w jakim zakresie działania sportowe są włączane w strategie miejskie ukierunkowane na zdrowie mieszkańców. Brakuje również praktycznych rekomendacji i metod oceny tych działań.

Konsekwencją tej luki może być niespójne wdrażanie inicjatyw sportowych związanych ze zdrowiem, nieefektywna alokacja zasobów i trudność w ocenie wpływu tych działań na mieszkańców i miasto. Z tego względu zakres pracy obejmuje trzy powiązane kategorie analityczne (rys. 1): sport jako generator zmian, miasto jako obszar zarządczy oraz zdrowie jako element włączenia. Obszar ich wspólnego przecięcia, w którym sport staje się narzędziem zarządzania miastem wspierającym zdrowie publiczne, wyznacza przestrzeń, w której lokuje się problem badawczy.



Rysunek 1 Zakres koncepcyjny pracy

Źródło: opracowanie własne.

Celem głównym pracy jest: **identyfikacja roli sportu w rozwoju inicjatywy zdrowych miast w Polsce**. Cel główny rozpisano na sześć celów szczegółowych (od C1 do C6) oraz dwa cele aplikacyjne (CA1 i CA2), którym odpowiadają pytania badawcze od P1 do P6 oraz PA1 i PA2. Cele szczegółowe porządkują badanie od rozpoznania relacji sportu i inicjatywy zdrowych miast, przez ocenę jej znaczenia i zgodności działań miast z jej założeniami, aż po identyfikację i ocenę obszarów wpływu sportu oraz barier i szans. Cele aplikacyjne mają charakter wdrożeniowy i dotyczą determinant zarządczych oraz metody samooceny. Zestawienie celów, pytań i metod ich realizacji przedstawia tabela 1.

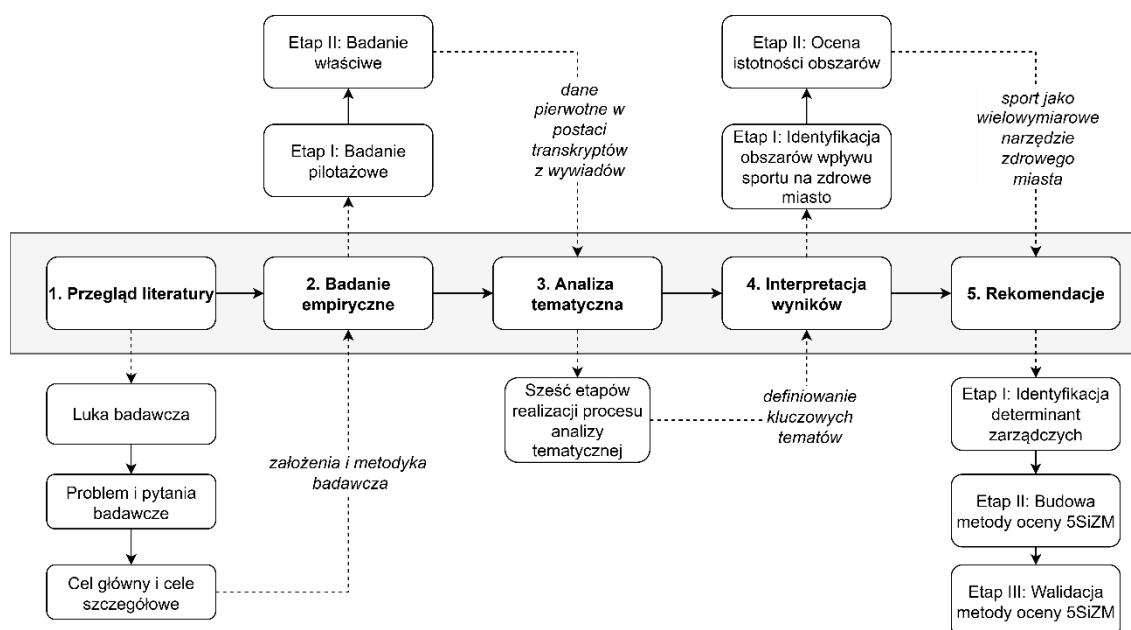
Tabela 1 Zbiornicze zestawienie pytań i celów badawczych

Nr	Cel szczegółowy	Nr	Pytanie badawcze	Metoda
C1	Identyfikacja relacji między sportem a inicjatywą zdrowych miast.	P1	Czy istnieje relacja pomiędzy sportem a inicjatywą zdrowych miast? Jeżeli tak, jaki jest charakter tej relacji i w jakich wymiarach się przejawia?	Badanie literaturowe
C2	Ocena poziomu istotności inicjatywy zdrowych miast z perspektywy zarządzania miastem według kadry zarządzającej jednostkami ds. sportu w urzędach miejskich w Polsce.	P2	Czy i jak bardzo istotna jest inicjatywa zdrowych miast z perspektywy zarządzania miastem według kadry zarządzającej jednostkami ds. sportu w urzędach miejskich w Polsce?	Badanie jakościowe - wywiady
C3	Ocena poziomu zgodności działań jednostek ds. sportu w urzędach miejskich w Polsce z założeniami zdrowych miast.	P3	W jakim stopniu działania jednostek ds. sportu w urzędach miejskich w Polsce wpisują się w założenia zdrowych miast?	Badanie jakościowe - wywiady
C4	Identyfikacja obszarów wpływu sportu w rozwoju zdrowych miast w Polsce.	P4	W jakich obszarach sport wpływa na rozwój zdrowych miast w Polsce?	Badanie jakościowe - wywiady
C5	Ocena obszarów sportu pod kątem stopnia ich wpływu na rozwój zdrowych miast w Polsce.	P5	Jaki jest stopień wpływu sportu na rozwój zdrowych miast w Polsce w różnych jego obszarach?	Badanie jakościowe - wywiady
C6	Wskazanie głównych barier i szans w obszarze sportu wpływające na skuteczność działań na rzecz zdrowia miejskiego w polskich miastach.	P6	W jaki sposób bariery i szanse w obszarze sportu mogą wpływać na skuteczność działań na rzecz zdrowia miejskiego w polskich miastach?	Badanie jakościowe - wywiady
CA1	Identyfikacja determinant zarządczych wspierających politykę miejską w obszarze sportu i zdrowych miast.	PA1	Jakie determinanty zarządcze sprzyjają wykorzystaniu sportu jako komponentu wspierającego inicjatywę zdrowych miast?	Badanie literaturowe oraz badanie jakościowe - wywiady
CA2	Opracowanie metody samooceny dla miast, wspierającej planowanie i ewaluację działań sportowych ukierunkowanych na rozwój zdrowych miast.	PA2	Jakie komponenty powinna zawierać metoda samooceny wspierająca, planowanie i ewaluację działań sportowych z inicjatywą zdrowych miast?	Badanie literaturowe oraz badanie jakościowe - wywiady

Źródło: opracowanie własne.

Ze względu na jakościowy charakter badania w pracy nie formułowano hipotez badawczych. Badania jakościowe służą eksploracji, wyjaśnianiu i opisowi zjawisk, a nie weryfikacji czy falsyfikacji hipotez, dlatego wymagają przede wszystkim precyzyjnego określenia celów i pytań badawczych (Barroga i Matanguihan, 2022; Nowosielski, 2012).

Proces badawczy zrealizowano w pięciu etapach odpowiadających kolejnym rozdziałom pracy (rys. 2): przeglądu literatury, badania empirycznego, analizy tematycznej, interpretacji wyników oraz rekomendacji. Taka konstrukcja zapewnia spójność między założeniami teoretycznymi, zastosowanymi metodami a wnioskami końcowymi.



Rysunek 2 Graficzna prezentacja procesu badawczego

Źródło: opracowanie własne.

Praca doktorska składa się z wprowadzenia, pięciu rozdziałów i zakończenia. **Rozdział 1** przedstawia przegląd literatury: sport jako narzędzie rozwoju zdrowia, relację miasta i zdrowia, inicjatywę zdrowych miast, sport jako jej komponent oraz perspektywę polską. Na tej podstawie zidentyfikowano lukę badawczą i odpowiedziano na pytanie P1. **Rozdział 2** opisuje metodykę badania empirycznego: założenia, dobór próby, narzędzia badawcze, przebieg wywiadów oraz przygotowanie danych do analizy. **Rozdział 3** przedstawia analizę tematyczną przeprowadzoną zgodnie z sześćoetapowym modelem Braun i Clarke (Braun i Clark, 2006, 2021). Pełni rolę łącznika między zebrany materiał a interpretacją wyników. **Rozdział 4** zawiera interpretację wyników: inicjatywę zdrowych miast w ocenie kadry zarządzającej, osiem obszarów wpływu sportu i ich ocenę oraz szanse i bariery. Odpowiada na pytania od P2 do P6. **Rozdział 5** zawiera rekomendacje: pięć determinant zarządzanych, metodę samooceny 5SiZM i jej walidację. Odpowiada na pytania PA1 i PA2. **Zakończenie** zawiera syntezę wyników, odniesienie do celów badawczych, wkład pracy, ograniczenia oraz kierunki dalszych badań.

W rozprawie przyjęto następujący porządek terminologiczny, „miasto” rozumiane jest w ujęciu geograficzno-funkcjonalnym, tj. miasta jako układu funkcjonalnego i ośrodka w systemie osadniczym, którego znaczenie wyraża się pełnionymi funkcjami miejskimi i zasięgiem oddziaływania na otoczenie (Ustawa o urzędowych nazwach miejscowości i obiektów fizjograficznych, 2003). Z kolei, w częściach odnoszących się do sprawczości instytucjonalnej i realizacji zadań publicznych termin „miasto” używany jest w znaczeniu instytucjonalno-ustrojowym: JST (gminy miejskiej), działającej poprzez swoje organy oraz jednostki organizacyjne (Ustawa o samorządzie gminnym, 1990). Termin „urząd miejski” odnosi się do miejskiej administracji samorządowej – aparatu pomocniczego organu wykonawczego oraz obsługi organów JST.

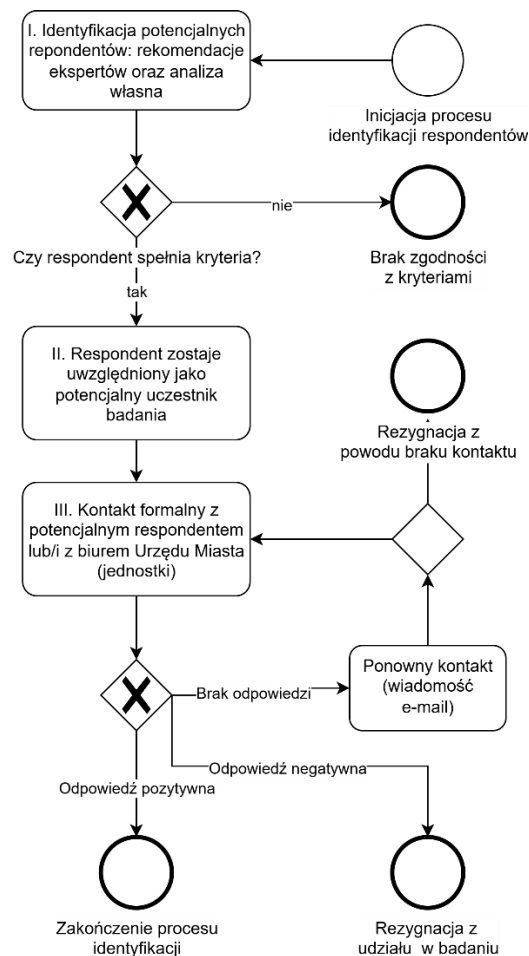
3. METODYKA BADAŃ

Założenia metodyczne

Przedmiotem badań są działania sportowe wspierające rozwój zdrowych miast, analizowane w kontekście działalności urzędów miejskich w Polsce. Obiektem badań jest kadra zarządzająca, czyli osoby pełniące funkcje kierownicze w jednostkach odpowiedzialnych za sport w strukturze urzędów miejskich. Wypowiedzi tej grupy dotyczą przygotowania, operacjonalizacji i wdrażania działań w obszarze sportu, a nie formalnych decyzji podejmowanych przez organy miasta. Badanie osadzono w paradygmacie interpretatywnym, który stanowi podstawę społecznego konstrukttywizmu i jest charakterystyczny dla badań jakościowych (Creswell, 2009). Zgodnie z jego założeniami celem nie jest pomiar zjawiska, lecz zrozumienie znaczeń, jakie nadają mu osoby bezpośrednio zaangażowane w działania. Ze względu na eksploracyjny charakter problemu przyjęto podejście jakościowe oparte na indywidualnych, częściowo ustrukturyzowanych wywiadach.

Dobór próby miał charakter celowy (Miszczak i Walasek, 2013). Grupą docelową wyznaczoną do badania zostały urzędy miejskie w Polsce zlokalizowane w miastach liczących powyżej 100 tysięcy mieszkańców. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego na dzień 1 stycznia 2023 roku, w Polsce znajdowało się 37 takich miast (GUS, 2023). Badaniem objęto wyłącznie miasta (JST) na prawach powiatu (powiaty grodzkie), tj. gminy miejskie wykonujące obok zadań gminy również zadania powiatu zgodnie z Ustawą z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (1998). Status ten stanowi kontekst instytucjonalny analizowanych działań, lecz nie był w pracy traktowany jako oś porównawcza. Wybór dużych miast uzasadniono trzema względami. Po pierwsze, wdrażanie inicjatywy zdrowych miast dotyczy w pierwszej kolejności ośrodków dysponujących odpowiednim potencjałem administracyjnym, infrastrukturalnym i finansowym. Po drugie, duże miasta są bardziej porównywalne pod względem struktury organizacyjnej urzędów. Po trzecie, dysponują zasobami, które pozwalają planować i realizować działania sportowe w perspektywie długofalowej.

Do badania kwalifikowano osoby zatrudnione w strukturach urzędu lub jednostce mu podległej, realizujące zadania w obszarze sportu lub aktywności fizycznej mieszkańców i pełniące funkcje kierownicze lub koordynacyjne. Proces identyfikacji i rekrutacji respondentów został przedstawiony schematycznie na rysunku 3. Kandydatów wytypowano między innymi na podstawie rekomendacji uzyskanych podczas wydarzeń branżowych i naukowych, m.in. panelu „Zdrowych Miast” na Forum Ekonomicznym w Karpaczu (rok 2023), konferencji „Młodzi o Sporcie” w Krakowie (rok 2023) oraz konferencji „Smart City Expo” w Łodzi (rok 2022).



Rysunek 3 Etapy procesu identyfikacji i rekrutacji respondentów do badania.

Źródło: opracowanie własne.

Liczebność próby wynikała z jakościowego charakteru badania. Celem nie była reprezentatywność statystyczna, lecz pozyskanie danych od osób posiadających wiedzę ekspercką. Adekwatność próby oceniano z perspektywy jej mocy informacyjnej, a nie wyłącznie liczby wywiadów (Malterud, Siersma i Guassora, 2016). Zakończenie zbierania danych oznaczało osiągnięcie praktycznej wystarczalności materiału do celów analizy tematycznej, ponieważ kolejne wywiady nie wносиły istotnie nowych wątków (Czakoń, 2015; Jemielniak, 2012).

Narzędzia i przebieg badania

Głównym narzędziem badawczym był kwestionariusz wywiadu, uzupełniony o przewodnik do wywiadu przekazywany respondentom przed rozmową. Kwestionariusz obejmował 38 pytań, w tym 21 pytań otwartych, 5 pytań zamkniętych ze skalą Likerta, 1 pytanie warunkowe oraz 9 pytań metryczkowych. Część główna została podzielona na cztery bloki tematyczne: rozwój zdrowych miast, działania na rzecz zdrowia miejskiego, strategię, podejmowanie decyzji i współpracę oraz wyzwania i bariery.

Badanie poprzedzono wywiadem pilotażowym, po którym doprecyzowano kwestionariusz i przewodnik do wywiadu. Zmiany objęły m.in. strukturę i nazewnictwo sekcji,

dodanie definicji inicjatywy zdrowych miast, zapisów o zgodzie na nagrywanie oraz przeniesienie pytań metryczkowych na koniec rozmowy.

Wywiady przeprowadzono zdalnie za pośrednictwem aplikacji MS Teams według ustandaryzowanej procedury: przedstawienia celu badania, omówienia zasad i uzyskania zgody na nagranie, prezentacji struktury rozmowy, rozmowy właściwej oraz pytań metryczkowych. Dane zostały zanonimizowane, a miasta oznaczono literami od A do K. Najważniejsze parametry badania przedstawia tabela 2.

Tabela 2 Parametry badania empirycznego

Parametr	Wartość
Liczba wywiadów	11 urzędów miejskich w 10 województwach Polski
Okres realizacji	od listopada 2023 do kwietnia 2024
Forma wywiadów	wywiady częściowo ustrukturyzowane, prowadzone zdalnie (MS Teams), nagrywane za zgodą respondentów
Kwestionariusz	38 pytań: 21 otwartych, 5 ze skalą Likerta, 1 warunkowe, 9 metryczkowych
Czas trwania wywiadów	średnio 67 min (od 53 do 85 min)
Wielkość miast	4 miasta od 100 do 200 tys., 3 miasta od 200 do 300 tys., 1 miasto od 400 do 500 tys. i 3 miasta powyżej 500 tys. mieszkańców
Transkrypcje	średnio 16 stron po korekcie (19 stron przed korektą)
Analiza danych	analiza tematyczna (Braun i Clarke), program MAXQDA 2020, MS Excel

Źródło: opracowanie własne.

Respondenci to osoby o dużym doświadczeniu zawodowym, wynoszącym średnio 29 lat, w tym średnio 9,8 roku na obecnym stanowisku kierowniczym. Mężczyźni stanowili 82% uczestników, a średni wiek wynosił 53 lata w przypadku mężczyzn i 52 lata w przypadku kobiet.

Przygotowanie danych i analiza tematyczna

Nagrania wywiadów poddano automatycznej transkrypcji, a następnie ręcznej korekcie obejmującej pisownię, stylistykę, powtórzenia i błędy logiczne. Korekta jednej transkrypcji wymagała średnio około 5 godzin pracy redakcyjnej i zmniejszyła jej objętość średnio z 19 do 16 stron. Transkrypcje przeanalizowano metodą analizy tematycznej według sześciu etapów Braun i Clarke (2006, 2021): zapoznania się z danymi, generowania kodów, wyszukiwania tematów, przeglądu tematów, ich definiowania i nazywania oraz tworzenia raportu. Z uwagi na brak wcześniejszych badań o podobnej charakterystyce przyjęto podejście indukcyjne: tematy wyłaniano z wypowiedzi respondentów, bez narzucania z góry ram teoretycznych (Nowell i in., 2017). Kodowanie prowadzono iteracyjnie w programie MAXQDA 2020. Wstępny schemat obejmował trzynaście kodów oraz trzy kody pomocnicze, które w toku analizy doprecyzowywano i grupowano w kategorie wyższego rzędu.



Rysunek 4 Zdefiniowane tematy w procesie analizy tematycznej

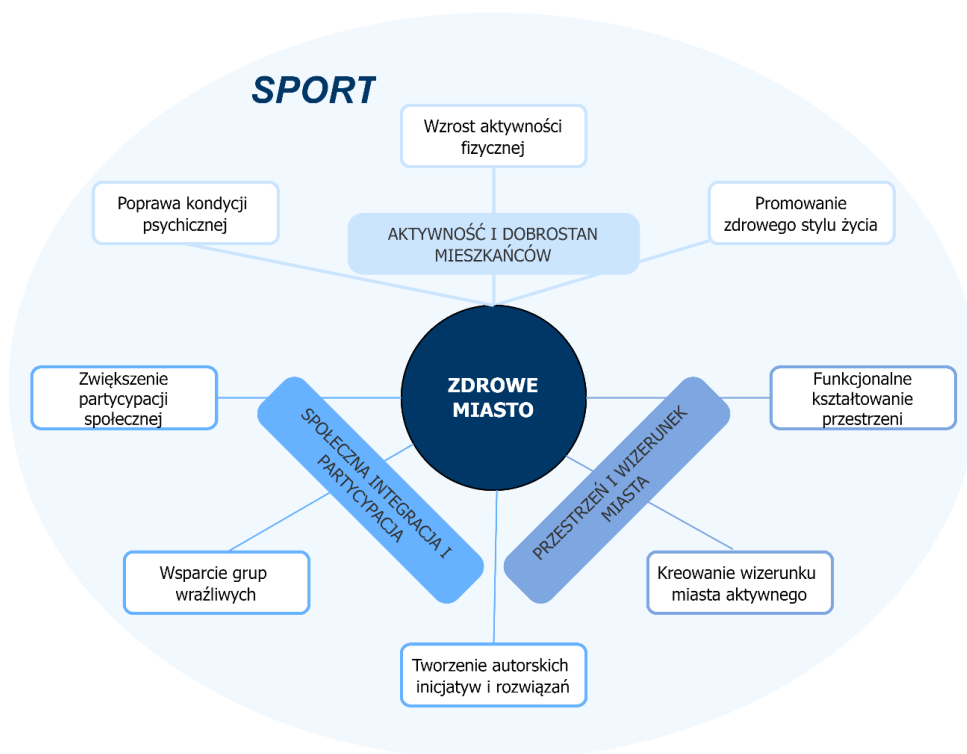
Źródło: opracowanie własne.

W wyniku analizy wyodrębniono czternaście tematów (od T1 do T14) w trzech kategoriach najwyższego rzędu (rys. 4). Osiem tematów opisuje obszary wpływu sportu na zdrowe miasta (od T1 do T8), cztery dotyczą szans i barier (od T9 do T12), a dwa samej inicjatywy zdrowych miast (T13 i T14). W kategorii „Rola sportu w rozwoju zdrowych miast w Polsce” zakodowano łącznie 528 fragmentów wypowiedzi. Zagadnienia strategii i podejmowania decyzji, choć obecne w kwestionariuszu, miały w wypowiedziach głównie charakter kontekstowy i zostały włączone do pozostałych kategorii.

4. KLUCZOWE WYNIKI BADAŃ

Sport dla zdrowego miasta

Syntezę wyników pracy przedstawia rysunek 5. Osiem zidentyfikowanych obszarów wpływu sportu układa się w trzy filary zdrowego miasta: aktywność i dobrostan mieszkańców, społeczną integrację i partycypację oraz przestrzeń i wizerunek miasta. Obszar tworzenia autorskich inicjatyw i rozwiązań nie należy do żadnego z filarów. Ma charakter przekrojowy i zasila wszystkie trzy.



Rysunek 5 Wieloaspektowy wpływ sportu na zdrowie miejskie

Źródło: opracowanie własne.

Rysunek 5 ilustruje podejście „sportu dla zdrowego miasta”, w którym sport integruje działania na rzecz aktywności i dobrostanu mieszkańców, spójności społecznej oraz jakości przestrzeni miejskiej. Poprzez wzrost aktywności fizycznej, poprawę kondycji psychicznej i promowanie zdrowego trybu życia miasto staje się miejscem, w którym mieszkańcy mogą w pełni realizować swój potencjał. Wspieranie grup wrażliwych i zwiększanie partycypacji budują zintegrowaną społeczność, a funkcjonalna przestrzeń i wizerunek miasta aktywnego wzmacniają zdrowe nawyki.

W ocenie kadry zarządzającej sport w polskich miastach przeszedł drogę od roli marginalnej do istotnego elementu rozwoju miejskiego. Jak zauważył jeden z rozmówców, jeszcze dwie dekady temu sport był postrzegany jako marginalny element zarządzania, a obecnie uznaje się go za „sprawę niezbędną” (Wywiad_miasto_G, Poz. 93). Relacja między sportem a inicjatywą zdrowych miast ma przy tym charakter pośredni: sport pełni funkcję praktycznego

narzędzia realizacji jej celów, choć rzadko jest formalnie wpisany w miejskie strategie i agendy zdrowotne.

Metoda oceny obszarów i jej wyniki

Każdy obszar oceniono według dwóch zmiennych w skali od 1 do 5 punktów, co daje łącznie maksymalnie 10 pkt. Częstotliwość wyrażono udziałem obszaru w 528 zakodowanych fragmentach wypowiedzi: od 1 pkt przy udziale do 5% do 5 pkt przy udziale powyżej 20%. Jakość działań oceniono jako interpretację autora opartą na deklaracjach respondentów, w odniesieniu do dwóch parametrów: standardu (oferta, dostępność i inkluzywność, kompetencje, komunikacja) oraz zgodności z oczekiwaniami mieszkańców. Ocena ta nie stanowi jednak pomiaru rezultatów działań. Obu zmiennym nadano równą wagę, co pozwala uwzględnić zarówno aspekt ilościowy, jak i jakościowy. Suma punktów odpowiada pięciostopniowej skali wpływu: minimalnego (2 pkt), umiarkowanego (3 lub 4 pkt), średniego (5 lub 6 pkt), znaczącego (7 lub 8 pkt) i fundamentalnego (9 lub 10 pkt). Wyniki pogrupowane według filarów przedstawia tabela 3.

Tabela 3 Obszary wpływu sportu na zdrowe miasta w Polsce: wyniki oceny według filarów

Filar / obszar	Częstotliwość (pkt)	Jakość (pkt)	Wynik
Aktywność i dobrostan mieszkańców			
1: wzrost aktywności fizycznej mieszkańców	5	4	9
2: poprawa kondycji psychicznej mieszkańców	4	4	8
3: promowanie zdrowego trybu życia, w tym wśród dzieci i młodzieży	4	4	8
Spółeczna integracja i partycypacja			
4: zwiększenie partycypacji społecznej	4	3	7
5: wsparcie grup społecznych szczególnie wrażliwych	3	5	8
Przestrzeń i wizerunek miasta			
6: funkcjonalne kształtowanie przestrzeni miejskiej	2	4	6
7: kreowanie wizerunku miasta aktywnego	1	5	6
Obszar przekrojowy			
8: tworzenie autorskich inicjatyw i rozwiązań	1	4	5
Średnia	3,0	4,1	7,1

Źródło: opracowanie własne.

Układ według filarów ujawnia wyraźną prawidłowość. Najwyższe wyniki uzyskał filar aktywności i dobrostanu mieszkańców (od 8 do 9 pkt), filar społeczny plasuje się pośrodku (od 7 do 8 pkt), a obszary przestrzeni i wizerunku miasta łączą rzadką obecność w wypowiedziach z wysoko ocenianą jakością działań (po 6 pkt). Średni wynik dla wszystkich obszarów wyniósł 7,1 pkt. Obszary o niższej częstotliwości mogą zatem stanowić pole dalszych interwencji: działania już podejmowane są w nich oceniane wysoko, ale pozostają rzadkie.

Inicjatywa zdrowych miast z perspektywy kadry zarządzającej

Wszyscy respondenci ocenili inicjatywę zdrowych miast jako bardzo istotną z perspektywy zarządzania miastem (5 w skali od 1 do 5), traktując tę ocenę jako osobistą opinię ekspercką, a nie stanowisko instytucjonalne. Zdrowie postrzegano szeroko: jako efekt działań związanych zarówno z aktywnością fizyczną, jak i z ochroną środowiska czy zrównoważonym

rozwojem. Przekonanie o znaczeniu zdrowia w polityce miejskiej dobrze ilustruje wypowiedź jednego z rozmówców:

Powiem tak, moim zdaniem głównym motorem w rozwoju koncepcji zdrowych miast jest właśnie aktywność fizyczna mieszkańców. Autentycznie to jest dla mnie podstawa, człowiek i środowisko a także ekologia. (Wywiad_miasto_F, Poz. 20)

Zgodność działań jednostek ds. sportu z pięcioma celami zdrowych miast Światowej Organizacji Zdrowia oceniono średnio na 4,67 (tab. 4). Najwyżej oceniono cel dotyczący promowania zdrowego trybu życia i aktywności fizycznej (5,0) oraz poprawy infrastruktury i przestrzeni służących aktywności (4,91). Najniżej oceniono poprawę miejskiego zdrowia i ogólnego dobrobytu (4,27) oraz włączenie i partycypację społeczną na rzecz eliminacji nierówności w zdrowiu (4,45). Ten ostatni cel bywa przypisywany innym jednostkom urzędu, np. ds. polityki społecznej. Pięciu respondentów wskazało pełną zgodność działań swojej jednostki z celami zdrowych miast.

Tabela 4 Cele zdrowych miast (WHO) oraz poziom ich realizacji według respondentów

Wywiad/ Cele	Cel 1: Promowanie zdrowego trybu życia oraz zachęcanie do aktywności fizycznej/ sportu	Cel 2: Poprawa jakości i większa dostępność infrastruktury oraz przestrzeni służących	Cel 3: Włączenie, partycypacja społeczna pod kątem eliminacji nierówności w zdrowiu	Cel 4: Poprawa miejskiego zdrowia i ogólnego dobrobytu	Cel 5: Wprowadzanie planów/ strategii/ polityk na rzecz zdrowia	Wynik (średnia dla miasta)
Miasto_A	(5)	(5)	(4)	(5)	(5)	4,8
Miasto_B	(5)	(5)	(4)	(3)	(4)	4,2
Miasto_C	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)	5,0
Miasto_D	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)	5,0
Miasto_E	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)	5,0
Miasto_F	(5)	(5)	(4)	(5)	(5)	4,8
Miasto_G	(5)	(5)	(4)	(4)	(4)	4,4
Miasto_H	(5)	(5)	(4)	(3)	(5)	4,4
Miasto_I	(5)	(5)	(5)	(4)	(4)	4,6
Miasto_J	(5)	(4)	(4)	(3)	(5)	4,2
Miasto_K	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)	5,0
Wynik (średnia dla celu)	5,0	4,91	4,45	4,27	4,73	4,67

Źródło: opracowanie własne.

Wypowiedzi pokazują zarazem, że inicjatywa zdrowych miast funkcjonuje obok innych koncepcji miejskich, takich jak miasta aktywne, zrównoważone czy inteligentne, których cele często się nakładają. Respondenci zwracali uwagę na pytanie, która z nich powinna wyznaczać kierunek rozwoju jednostki i miasta. Wskazuje to na potrzebę lepszej integracji polityk miejskich,

wzmocnienia współpracy międzywydziałowej oraz edukacji i komunikacji w zakresie samej inicjatywy.

Obszary wpływu sportu na zdrowie miasta w Polsce i ich ocena

Obszar 1: Wzrost aktywności fizycznej mieszkańców (9 pkt, wpływ fundamentalny) był najczęściej poruszonym tematem (20,3% fragmentów). Miasta (JST) realizują szeroką ofertę sportową, zarówno w formie konkursów i grantów dla organizacji pozarządowych, jak i bezpośrednio przez urzędy miejskie. Obejmuje ona programy dla dzieci i młodzieży (dodatkowe zajęcia z trenerem, programy w ferie i wakacje, bezpłatna nauka pływania, programy prozdrowotne w szkołach) oraz dla seniorów, np. „trener senioralny” czy „trener osiedlowy”. Istotną rolę odgrywa zaangażowanie kompetentnych trenerów z doświadczeniem sportowym.

Obszar 2: Poprawa kondycji psychicznej mieszkańców (8 pkt, wpływ znaczący). Respondenci wykazują wysoką świadomość znaczenia aktywności fizycznej dla równowagi psychicznej. Szczególnie uwidoczniła to pandemia COVID-19, w czasie której sport był ważnym narzędziem regeneracji psychicznej i społecznej dzieci oraz dorosłych. Oddziaływanie sportu dostrzegano zarówno na poziomie indywidualnym (relaksacja, redukcja stresu), jak i społecznym (budowanie więzi podczas wydarzeń sportowych), a także w kontekście przeciwdziałania negatywnym skutkom cyfryzacji. Brakuje jednak systemowych programów, odniesień do strategii miejskich oraz ewaluacji efektów.

Obszar 3: Promowanie zdrowego trybu życia, w tym wśród dzieci i młodzieży (8 pkt, wpływ znaczący). Miasta wykorzystują duże imprezy sportowe jako platformę promocji zdrowia i angażują sportowców w roli ambasadorów aktywności fizycznej. Współpracują z wydziałami edukacji na rzecz ograniczenia nieuzasadnionych zwolnień z wychowania fizycznego i odwołują się do wychowawczych wartości sportu, takich jak zasady „fair play”, co sprzyja ograniczaniu zachowań ryzykownych wśród młodzieży. Działania te rzadko są jednak włączane w szersze agendy i plany strategiczne miast.

Obszar 4: Zwiększenie partycypacji społecznej (7 pkt, wpływ znaczący). Miasta prowadzą spacerów dzielnicowych z udziałem władz, konsultacje społeczne i ankiety dotyczące potrzeb sportowych mieszkańców, a wyniki tych konsultacji bywają uwzględniane w strategiach rozwoju sportu. Bezpośredni dialog pozwala szybciej reagować na lokalne problemy, np. brak dostępu do infrastruktury. Konsultacje mają jednak często charakter doraźny i są związane z konkretnymi projektami. Brakuje trwałych struktur partycypacji, takich jak rady konsultacyjne ds. sportu i rekreacji czy regularne badania satysfakcji mieszkańców. Stąd najniższa wśród obszarów ocena jakości (3 pkt).

Obszar 5: Wsparcie grup społecznych szczególnie wrażliwych (8 pkt, wpływ znaczący) uzyskało najwyższą ocenę jakości (5 pkt). Działania miast obejmują projekty integracyjne, w tym realizowane we współpracy z UNICEF, ofertę dostosowaną do indywidualnych potrzeb osób z niepełnosprawnościami, wykorzystanie sportu w profilaktyce uzależnień oraz integrację uchodźców. Kadra zarządzająca świadomie wykorzystuje integracyjny

potencjał sportu do budowania spójności społecznej. Jak zauważył jeden z rozmówców: „Nie ma nic lepszego niż to, że dzieci grają razem w piłkę” (Wywiad_miasto_G, Poz. 16).

Obszar 6: Funkcjonalne kształtowanie przestrzeni miejskiej (6 pkt, wpływ średni). Miasta budują nową i modernizują istniejącą infrastrukturę sportową, dostosowując ją do zróżnicowanych potrzeb mieszkańców. Niektóre z nich planują strefy aktywności w promieniu 15 minut od miejsca zamieszkania, nawiązując do koncepcji miasta piętnastominutowego, a przy nowych inwestycjach drogowych uwzględniają ścieżki dla pieszych i rowerzystów. Ważnym aspektem jest dostępność obiektów dla osób z niepełnosprawnościami. Temat pojawiał się rzadko (6,3% fragmentów), lecz jakość działań oceniono wysoko.

Obszar 7: Kreowanie wizerunku miasta aktywnego (6 pkt, wpływ średni). Cykliczne wydarzenia sportowe, takie jak maratony, turnieje, mityngi czy festiwale, budują markę miasta aktywnego i jego rozpoznawalność. Według respondentów wizerunek ten przyciąga nie tylko mieszkańców i turystów, ale może też wpływać na decyzje lokalizacyjne firm i inwestorów, którzy szukają miejsc zapewniających pracownikom możliwość aktywnego spędzania czasu. Obszar pojawiał się bardzo rzadko (4,2% fragmentów), ale jakość działań oceniono bardzo wysoko (5 pkt).

Obszar 8: Tworzenie autorskich inicjatyw i rozwiązań (5 pkt, wpływ średni) obejmuje różnorodną ofertę dyscyplin, także mniej popularnych, takich jak jazda konna, judo czy rugby. Pozwala to włączać dzieci, które nie odnajdują się w najpopularniejszych sportach przez pewne ograniczenia zdrowotne, np. dzieci z nadwagą. Do rozwiązań autorskich należą też wykorzystanie infrastruktury poza sezonem szkolnym, mechanizm małych grantów w trybie pozakonkursowym, który umożliwia szybką realizację lokalnych inicjatyw, oraz cyfrowe wyszukiwarki aktywności sportowych. Był to najrzadziej poruszany obszar (3,6% fragmentów), który wskazuje jednak na potencjał innowacji w miejskiej ofercie sportowej.

Szanse i bariery rozwoju zdrowych miast

Analiza wyłoniła dwie szanse i dwie bariery. Pierwszą szansą jest **popularyzacja sportu i edukacja**, czyli uświadamianie mieszkańcom korzyści z aktywności fizycznej i podnoszenie rangi zdrowia wśród kwestii miejskich. Respondenci wskazywali na znaczenie zaangażowania znanych sportowców oraz na potrzebę budowania społecznej atrakcyjności zdrowego stylu życia:

Myślę, że trzeba przede wszystkim pokazać, że mamy jedno życie i jedno zdrowie. Jeżeli to stanie się dla nas wartością, to wówczas wszelkie działania w życiu będziemy podejmować w trosce o ciało, zdrowie psychiczne i zdrowie fizyczne. Ale, umówmy się, dzisiaj wszystko musi być modne (Wywiad_miasto_B, Poz. 117).

Drugą szansą jest **wprowadzenie rozwiązań systemowych**, czyli silniejsze powiązanie polityki krajowej z działaniami miast. Ramą takich działań w Polsce jest Narodowy Program Zdrowia. Respondenci wskazywali, że duże ośrodki miejskie mogłyby pełnić rolę liderów wyznaczających kierunki i koncentrujących inicjatywy na rzecz aktywności mieszkańców,

a krajowe wytyczne mogłyby sprzyjać integracji polityki sportowej z planowaniem przestrzennym, edukacją i profilaktyką zdrowotną.

Pierwszą barierą są **rosnące koszty budowy i utrzymania infrastruktury sportowej**. Ograniczają one nowe inwestycje, wymuszają remonty starszych obiektów i obciążają kluby sportowe współpracujące z miastem:

[...] mniej więcej jeszcze kilka lat temu budowa niewielkiego boiska (typu orlik) kosztowała około 200 000 zł, a teraz niekiedy to jest już rząd miliona złotych [...] (Wywiad_miasto_F, Poz. 96)

Drugą barierą jest **ograniczona dostępność gruntów miejskich**. Grunty kurczą się z roku na rok i konkurują z terenami przeznaczanymi pod inwestycje gospodarcze, a w niektórych miastach dodatkowym utrudnieniem są postępowania o zwrot nieruchomości. Szczególnie trudno jest znaleźć miejsce pod większe obiekty, takie jak lodowisko czy stadion lekkoatletyczny.

Wyniki na tle literatury

Uzyskane wyniki wpisują się w nurt sportu dla rozwoju, w którym sport traktowany jest jako platforma budowania spójności społecznej, wspierania edukacji zdrowotnej i kształtowania przestrzeni sprzyjającej równości (Raw i in., 2022; Schulenkorf i in., 2016; Schulenkorf i Siefken, 2019). Obszary dotyczące aktywności fizycznej, zdrowia psychicznego i dobrostanu mieszkańców korespondują natomiast z koncepcją sportu dla zdrowia, zakładającą systemowe włączanie sportu w strategię poprawy zdrowia publicznego (Edwards i Rowe, 2019).

Badanie potwierdza zatem ustalenia literatury w obszarach aktywności fizycznej, zdrowia psychicznego, promowania zdrowego trybu życia i partycypacji, a jednocześnie wnosi nowe wątki. Wsparcie grup wrażliwych, w tym integracja uchodźców poprzez zajęcia sportowe, stanowi nowe ujęcie z perspektywy polskich miast. Kreowanie wizerunku miasta aktywnego jest w literaturze analizowane głównie w kontekście turystyki sportowej, a rzadziej jako element strategicznego myślenia o zdrowych miastach. Obszar autorskich inicjatyw i rozwiązań nie był dotąd omawiany w literaturze i wskazuje na lokalne innowacje w usługach publicznych.

5. REKOMENDACJE I METODA SAMOOCENY 5SiZM

Determinanty zarządcze

Rysunek 5 pokazuje, gdzie sport oddziałuje na zdrowe miasto. Rekomendacje zawarte w rozdziale 5 rozprawy opisują, jak tym oddziaływaniem zarządzać. Mimo licznych inicjatyw podejmowanych przez miasta nadal widoczny jest brak spójnego podejścia zarządczego, które pozwalałoby w pełni wykorzystać potencjał sportu. Determinanty zarządcze opracowano w trzech krokach: przez analizę dokumentów Światowej Organizacji Zdrowia dotyczących inicjatywy zdrowych miast, w tym rekomendacji dla samorządów zawartych w „Toolkit for Local Governments” (WHO, 2015, 2020), przez odniesienie do ośmiu obszarów wpływu sportu zidentyfikowanych w badaniu oraz przez sformułowanie autorskich determinant. Logikę tego zestawienia przedstawia tabela 5.

Tabela 5 Logika projektowania determinant zarządczych

od celów Światowej Organizacji Zdrowia po determinanty zarządcze			
Cele zdrowych miast Światowej Organizacji Zdrowia	Kategorie wpływu sportu na zdrowie miasta (wyniki badań)	Rekomendacje działań dla samorządów „Toolkit for Local Governments”	Determinanty zarządcze
Promowanie zdrowego trybu życia oraz zachęcanie do aktywności fizycznej/sportu.	Wzrost aktywności fizycznej mieszkańców Promowanie zdrowego trybu życia, w tym wśród dzieci i młodzieży	Ustanowienie ogólnych wytycznych oraz wykazanie politycznej woli i zaangażowania na rzecz zdrowia.	Przywództwo i zaangażowanie strategiczne
Poprawa miejskiego zdrowia i ogólnego dobrobytu.	Poprawa kondycji psychicznej mieszkańców	Umiejętność rozpoznawania nierówności i ich wpływu na zdrowie.	Identyfikacja nierówności i potrzeb
Włączenie, partycypacja społeczna pod kątem eliminacji nierówności w zdrowiu.	Zwiększenie partycypacji społecznej Wsparcie grup społecznych szczególnie wrażliwych	Zastosowanie partycypacyjnego podejścia do planowania i wdrażania.	Podejście partycypacyjne
Poprawa jakości i większa dostępność infrastruktury oraz przestrzeni służących aktywności fizycznej.	Funkcjonalne kształtowanie przestrzeni miejskiej Tworzenie autorskich inicjatyw i rozwiązań	Monitorowanie i ocena wyników w celu zapewnienia ciągłego doskonalenia jakości.	Racjonalne zarządzanie zasobami
Wprowadzania planów/strategii/polityk na rzecz zdrowia.	Kreowanie wizerunku miasta aktywnego	Stworzenie systemu, który jest przejrzysty i odpowiedzialny.	Spójność, transparentność i integralność działań

Źródło: opracowanie własne, na podstawie (WHO, 2015, 2020),

W efekcie wskazano pięć determinant zarządczych, z których każda znajduje oparcie w wypowiedziach respondentów:

- **Przywództwo i zaangażowanie strategiczne** rozumiane operacyjnie jako publiczne komunikowanie priorytetów zdrowotnych miasta, budowanie zrozumienia dla idei zdrowych miast i mobilizowanie interesariuszy do wspólnego działania. Respondenci wskazywali, że zmiana podejścia do sportu w ostatnich latach była efektem decyzji

i działań włodarzy miast. Wyzwaniem pozostaje przełożenie wysokiej świadomości na spójne strategie.

- **Identyfikacja nierówności i potrzeb**, czyli analiza barier w dostępie do sportu wśród różnych grup społecznych. Badanie wskazało na nierówność o charakterze strukturalnym: oferta koncentruje się na dzieciach, młodzieży i seniorach, a rzadziej obejmuje dorosłych w wieku produkcyjnym, osoby pracujące i rodziców.
- **Podejście partycypacyjne**, czyli trwałe włączanie mieszkańców, organizacji sportowych i innych interesariuszy w planowanie i podejmowanie decyzji. Dotychczasowe formy dialogu, np. spacerów dzielnicowych z udziałem władz, mają często charakter doraźny.
- **Racjonalne zarządzanie zasobami** finansowymi, infrastrukturalnymi i ludzkimi, oparte na efektywności, przejrzystości i monitorowaniu efektów. W obliczu rosnących kosztów miasta szukają lepszego wykorzystania posiadanych zasobów, np. przez bezpłatne udostępnianie basenów czy osiedlowe centra sportu.
- **Spójność, transparentność i integralność działań**, czyli koordynacja inicjatyw w ramach urzędu, jasne zasady finansowania i odpowiedzialności oraz otwarta komunikacja, które budują zaufanie mieszkańców.

Metoda samooceny 5SiZM

Na podstawie **determinant opracowano metodę samooceny 5SiZM (Sport i Zdrowe Miasto: 5 determinant zarządczych)**. Pełni ona trzy funkcje: diagnozującą, ponieważ pozwala określić etap, na którym znajduje się miasto; rozwojową, ponieważ wskazuje obszary wymagające wzmocnienia; oraz porównawczą, ponieważ umożliwia zestawienie poziomu zaawansowania między miastami lub w czasie. Dla każdej determinanty metoda obejmuje kryteria oceny, przykładowe działania oraz pytania pomocnicze wspierające refleksję (tab. 6).

Tabela 6 Determinanty zarządcze: metoda samooceny 5SiZM dla miast

Nazwa determinanta	Kryteria oceny	Przykładowe działania	Przykładowe pytania pomocnicze
I. Przywództwo i zaangażowanie strategiczne	Kryterium odnosi się do zaangażowania kadry zarządzającej urzędami miejskimi w podejmowanie strategicznych planów i działań na rzecz zdrowia miejskiego, w tym wspieranie inicjatyw mających na celu eliminację nierówności zdrowotnych, wykorzystując potencjał przedsięwzięć w obszarze sportu miejskiego.	Aktywne komunikowanie mieszkańców o priorytetach zdrowotnych oraz podejmowanych działaniach w obszarze sportu i ich wpływ na zdrowie. Budowanie zrozumienia w podejściu do idei zdrowych miast wśród mieszkańców jak i samych pracowników urzędów miejskich. Mobilizowanie różnych grup (społeczeństwo, organizacje) do wspólnego działania na rzecz inicjatyw prozdrowotnych i aktywizujących mieszkańców.	- W jaki sposób władze miejskie komunikują potrzeby uwzględniania działań sportowych na rzecz zdrowia miejskiego? - Czy miasto (JST) mobilizuje partnerów w realizację wspólnych i zintegrowanych działań na rzecz zdrowia?
II. Identyfikacja nierówności i potrzeb	Kryterium wskazuje w jaki sposób analizowane są potrzeby mieszkańców w zakresie zdrowia, w szczególności dotyczące aktywności fizycznej oraz identyfikując nierówności/problemy zdrowotne różnych grup mieszkańców, w tym szczególnie wrażliwych (dzieci i młodzieży, osób z niepełnosprawnością, osób starszych, mniejszości etnicznych).	Gromadzenie danych o stanie zdrowia mieszkańców, w szczególności uwzględniające dostęp i jakość usług sportowych – aktywizujących, tym samym wskazując udział mieszkańców, którzy nie są aktywni fizycznie. Analiza danych pod kątem rekomendacji działań i określania priorytetów, w tym skierowanie działań do odpowiednich grup (celowe dobieranie działań). Konsultacje społeczne, uwzględniające wszystkie zainteresowane strony (mieszkańcy, społeczności, organizacje, sektor prywatny).	- Czy został zdefiniowany profil miasta wskazujący na najważniejsze informacje o zdrowiu w mieście i związanych z nimi problemach (np. obszary, potrzeby, czynniki oraz mierzalne wskaźniki)? - Czy oraz jakie dane są gromadzone dotyczące aktywności fizycznej mieszkańców? - Czy obecnie funkcjonują procesy w ramach działań integrujących, konsultacyjnych na rzecz zdrowia miejskiego?
III. Podejście partycypacyjne	Kryterium odnosi się do podejścia miasta (JST) do procesu zaangażowania mieszkańców, w jaki sposób miasto (JST) zapewnia mieszkańcom możliwość udziału w procesie planowania, ustalania priorytetów dotyczących interwencji i działań na rzecz zdrowia, w tym w tworzeniu i wdrażaniu strategii/ polityk.	Wzmocnienie pozycji mieszkańców i ich głosu w procesie podejmowania decyzji dotyczących działań na rzecz zdrowia w mieście oraz wpływające na wygląd przestrzeni miejskiej sprawiającej, że jest ona bardziej przyjazna i zachęcająca do aktywnego trybu życia. Promowanie przez miasto (JST) podejścia opartego na uczestnictwie obywatelskim i zaangażowania społecznego.	- Czy miasto (JST) nadaje priorytet działaniom angażującym społeczność w poszczególne etapy procesu planowania i podejmowania decyzji? - Czy miasto (JST) włącza mieszkańców w proces podejmowania decyzji?

Nazwa determinanta	Kryteria oceny	Przykładowe działania	Przykładowe pytania pomocnicze
IV. Racjonalne zarządzanie zasobami	Kryterium dotyczy sposobu zarządzania zasobami w ramach planowania i realizacji działań na rzecz zdrowia, w szczególności planowania i oszacowywania kosztochłonności podejmowanych działań oraz sposobu ich finansowania i realizacji.	Zbieranie informacji o różnych, dostępnych źródłach finansowania, angażując także partnerów, którzy mogą pomóc w realizacji planów, nie tylko pod kątem finansowym, ale także kadrowym, wykorzystując potencjał wolontariuszy z różnych sektorów. Tam, gdzie to możliwe, należy korzystać z już istniejącej infrastruktury sportowej/ przestrzeni służącej aktywności i rekreacji współdzieląc ją wraz z innym partnerem obniżając tym samym koszty utrzymania i realizacji przedsięwzięć sportowych.	• Czy miasto (JST) identyfikuje partycypację różnych grup społecznych ze względu na m.in. płeć, pochodzenia czy status społeczno-ekonomiczny? • Czy miasto (JST) identyfikuje potencjalne koszty krótko i długoterminowe planowanych działań? • Czy miasto (JST) w pierwszej kolejności wykorzystuje obecnie posiadany potencjał, tj. obiekty infrastrukturalne, które można zmodernizować/ dostosować do potrzeb mieszkańców?
V. Spójność, transparentność i integralność działań	Kryterium dotyczy procesu podejmowania decyzji wpływających na zdrowie miejskie oraz planowania i realizacji związanych z tym polityk. Realizacja procesów nastawionych na działania integrujące i koordynujące różne inicjatywy w ramach urzędu, zapewnia jednocześnie transparentność i włączenie mieszkańców w prowadzone działania.	Polityki i programy promujące aktywny styl życia mogą skutecznie uzupełniać szersze inicjatywy planowania miejskiego w obszarach takich jak zdrowie publiczne, transport, zrównoważony i gospodarczy rozwój, zapewniając długofalowy i zintegrowaną strategię działania. Działania realizowane przez różne departamenty i wydziały urzędu powinny dążyć do osiągnięcia wspólnych celów.	• Czy istnieją mechanizmy monitorujące lub koordynujące działania między wydziałami urzędu, odpowiedzialnych za zdrowie i sport w mieście? • Czy polityki i programy realizowane w różnych sektorach (zdrowie, sport, infrastruktura, edukacja) są ze sobą skoordynowane?

Źródło: opracowanie własne.

Metoda jest przeznaczona dla kadry zarządzającej jednostkami ds. sportu, jednak ocena dotyczy poziomu całego urzędu miejskiego, a nie wyłącznie jednej komórki organizacyjnej. Przy ograniczonej wiedzy o danym obszarze zaleca się konsultację z innymi wydziałami. Każdą determinantę ocenia się w skali od 1 (brak spełnienia kryteriów) do 5 punktów (pełne spełnienie), co daje maksymalnie 25 punktów. Wynik odnosi się do pięciostopniowej skali zaawansowania miasta (tab. 7).

Tabela 7 Skala zaawansowania miasta w metodzie 5SiZM

Poziom	Punkty	Charakterystyka
Miasto niewidoczne	od 5 do 8	brak strategii i zaangażowania władz, brak przejrzystości i mechanizmów włączania mieszkańców
Miasto raczkujące	od 9 do 13	działania doraźne bez długotrwałej strategii, niewielka przejrzystość, mało skuteczna partycypacja
Miasto rozwijające się	od 14 do 17	plany i strategie o ograniczonej realizacji, satysfakcjonująca komunikacja, procesy integrujące działania wydziałów
Miasto stabilne/ dojrzałe	od 18 do 21	skuteczne, spójne i zintegrowane działania, znajomość koncepcji zdrowych miast, włączenie obywateli w decyzje
Miasto lider	od 22 do 25	wzorcowe zarządzanie oparte na aktualnych danych, mieszkańcy współtworzą polityki, efektywne zarządzanie zasobami

Źródło: opracowanie własne.

Regularne stosowanie metody może sprzyjać systematycznemu planowaniu, wdrażaniu i ewaluacji strategii sportowych powiązanych z celami zdrowotnymi, ciągłości działań niezależnie od zmian politycznych i kadrowych, a także współpracy między wydziałami sportu, zdrowia publicznego, edukacji i polityki społecznej.

Walidacja metody

Metodę skonsultowano w kwietniu 2025 roku w trzech rozmowach telefonicznych z osobami zarządzającymi jednostkami ds. sportu, które uczestniczyły wcześniej w badaniu. Wybrano przedstawicieli miast zróżnicowanych pod względem wielkości, struktury organizacyjnej i zakresu działań. Rozmowy obejmowały ocenę trafności, istotności i zrozumiałości każdej determinanty oraz użyteczności metody w codziennej pracy urzędu.

Wszystkie determinanty oceniono jako trafne i istotne. Uwagi dotyczyły doprecyzowania poziomu zarządzania, do którego odnosi się determinanta przywództwa, znaczenia koordynacji międzywydziałowej oraz równowagi między głosem mieszkańców a autonomią kadry zarządzającej. Wszyscy rozmówcy zadeklarowali chęć skorzystania z metody, a ich uwagi uwzględniono w jej ostatecznej wersji. Walidacja ma charakter wstępny, a metoda 5SiZM znajduje się na wczesnym etapie rozwoju.

6. PODSUMOWANIE

Rozprawa doktorska miała na celu zbadanie roli sportu w rozwoju inicjatywy zdrowych miast, z perspektywy urzędów miejskich w Polsce. **Wyniki badania wskazują, że sport przyczynia się do rozwoju inicjatywy zdrowych miast. Sport w miastach realnie wspiera wzrost aktywności fizycznej, zdrowie psychiczne, partycypację społeczną i integrację grup wrażliwych, a także odgrywa rolę w kształtowaniu przestrzeni miejskiej, budowaniu wizerunku miasta oraz przyczynia się do rozwoju innowacji w zakresie nowych usług na rzecz aktywizacji i zdrowia mieszkańców miast.** Na podstawie wyników badania oraz przeglądu literatury opracowano zestaw pięciu determinant zarządczych oraz metody samooceny 5SiZM, które mają wspierać urzędy miejskie w planowaniu i ewaluacji działań sportowych w obszarze zdrowia.

Wnioski wynikające z pytań badawczych

Poniżej przedstawiono odpowiedzi na pytania badawcze wraz ze wskazaniem miejsca ich realizacji w rozprawie.

P1. Relacja między sportem a inicjatywą zdrowych miast istnieje, choć ma charakter pośredni i najczęściej nie jest formalnie usystematyzowana w miejskich agendach i strategiach. Sport pełni funkcję praktycznego narzędzia realizacji celów zdrowych miast, wspierając aktywność fizyczną, integrację społeczną i zdrowie psychiczne. Relacja ta odpowiada nurtom sportu dla rozwoju i sportu dla zdrowia (rozd. 1 rozprawy).

P2. Respondenci jednogłośnie uznali inicjatywę zdrowych miast za bardzo istotną z perspektywy zarządzania miastem (5 w skali od 1 do 5). Opisywali ją jako jedno z ważnych podejść ramowych, choć niekoniecznie dominujące, wskazując na wielość nakładających się koncepcji miejskich (rozd. 4.2 rozprawy).

P3. Działania jednostek ds. sportu w znacznym stopniu wpisują się w założenia zdrowych miast (średnio 4,67 w skali od 1 do 5), choć w większości nie są formalnie opisywane w tym kontekście. Respondenci utożsamiają codzienną praktykę swoich jednostek z celami Światowej Organizacji Zdrowia, zwłaszcza w zakresie promowania zdrowego trybu życia i aktywności fizycznej (rozd. 4.2 rozprawy).

P4. Sport wpływa na rozwój zdrowych miast w ośmiu obszarach tworzących trzy filary: aktywność i dobrostan mieszkańców, społeczną integrację i partycypację oraz przestrzeń i wizerunek miasta, uzupełnione o przekrojowy obszar autorskich inicjatyw i rozwiązań (rozd. 4.3 rozprawy).

P5. Wpływ jest zróżnicowany. Jest fundamentalny w obszarze aktywności fizycznej (9 pkt), znaczący w obszarach kondycji psychicznej, zdrowego trybu życia, grup wrażliwych i partycypacji (od 7 do 8 pkt) oraz średni w obszarach przestrzeni, wizerunku i autorskich inicjatyw (od 5 do 6 pkt). Średnia wyniosła 7,1 pkt (rozd. 4.3 rozprawy).

P6. Skuteczność działań wspierają popularyzacja sportu i edukacja oraz rozwiązania systemowe, a ograniczają ją rosnące koszty budowy i utrzymania infrastruktury sportowej oraz ograniczona dostępność gruntów miejskich (rozdz. 4.4 rozprawy).

PA1. Wykorzystaniu sportu w inicjatywie zdrowych miast sprzyja pięć determinant zarządczych: przywództwo i zaangażowanie strategiczne, identyfikacja nierówności i potrzeb, podejście partycypacyjne, racjonalne zarządzanie zasobami oraz spójność, transparentność i integralność działań (rozdz. 5.2 rozprawy).

PA2. Metoda samooceny powinna zawierać kryteria oceny, przykładowe działania i pytania pomocnicze dla każdej determinanty oraz skalę punktową z interpretacją poziomu zaawansowania miasta, od „niewidocznego” do „lidera”. Tak skonstruowano metodę 5SiZM (rozdz. 5.3 i 5.4 rozprawy).

Wkład pracy

Wyniki badania pozwalają na sformułowanie podejścia „sportu dla zdrowego miasta” jako ramy integrującej działania sportowe z celami rozwoju zdrowotnego, społecznego i przestrzennego. Zidentyfikowane osiem obszarów wpływu sportu nie tylko potwierdza wielowymiarowy charakter tej aktywności, ale także wskazuje na jej potencjał jako narzędzia realizacji zintegrowanej polityki miejskiej. **Sport w tym ujęciu nie jest wyłącznie formą rekreacji, lecz staje się istotnym elementem wspierającym zdrowie publiczne, budowanie kapitału społecznego i kształtowanie przyjaznej, inkluzywnej przestrzeni miejskiej.** Takie spojrzenie może stanowić punkt wyjścia do projektowania nowoczesnych strategii rozwoju miast, w których zdrowie i dobrostan mieszkańców są traktowane jako wspólny cel polityk miejskich

- **Wkład teoretyczny:** zaproponowanie podejścia „sport dla zdrowego miasta” (rys. 5) jako ramy integrującej sport ze zdrowiem miejskim, pogłębienie i uporządkowanie wiedzy o działaniach miast (JST) w obszarze sportu na rzecz zdrowia oraz identyfikacja i ocena ośmiu obszarów wpływu sportu na rozwój zdrowych miast.
- **Wkład empiryczny:** jakościowe badanie w 11 urzędach miejskich obejmujące wypowiedzi kadry zarządzającej jednostkami ds. sportu, opracowanie procesu badawczego opartego na szczegółowej analizie tematycznej oraz diagnoza obecnego stanu działań urzędów miejskich w zakresie sportu na rzecz zdrowia.
- **Wkład praktyczny:** pięć determinant zarządczych dla kadry zarządzającej jednostkami ds. sportu, metoda samooceny 5SiZM wspierająca planowanie i ewaluację działań sportowych oraz możliwość zastosowania podejścia w obszarach pokrewnych, takich jak edukacja zdrowotna, planowanie przestrzenne i polityka społeczna.

Z perspektywy praktyki samorządowej wyniki pracy mogą ułatwić integrację sportu z lokalną polityką zdrowotną, poprawić koordynację działań międzywydziałowych i zwiększyć zaangażowanie mieszkańców w planowanie inicjatyw miejskich. Metoda 5SiZM może także stanowić punkt wyjścia do opracowania lokalnych wskaźników efektywności oraz do wzmacniania kultury organizacyjnej opartej na danych i potrzebach mieszkańców.

Ograniczenia i kierunki dalszych badań

Praca ma cztery główne ograniczenia. Po pierwsze, badanie objęło jedną grupę respondentów, kadrę zarządzającą jednostkami ds. sportu w miastach na prawach powiatu. Nie wpłynęło to na możliwość identyfikacji kluczowych tematów, ale wyznacza granice interpretacji: wnioski odzwierciedlają perspektywę administracji miejskiej, a nie porównanie stanowisk różnych interesariuszy. Po drugie, nie zastosowano triangulacji źródeł danych, w tym analizy dokumentów. Inicjatywa zdrowych miast w polskich warunkach ma często charakter rozproszony i nie zawsze znajduje wyraźne odzwierciedlenie w dokumentach strategicznych, dlatego uznano, że wywiady lepiej uchwycą praktyki organizacyjne i bieżące mechanizmy decyzyjne. Po trzecie, metoda 5SiZM znajduje się na wczesnym etapie rozwoju, a jej walidacja objęła wyłącznie uczestników badania. Po czwarte, w ograniczonym stopniu uchwycono rolę władz centralnych i krajowych ram wsparcia.

Dalsze badania powinny obejmować triangulację źródeł (strategie, programy, raporty z realizacji, dokumenty budżetowe), a tam, gdzie to zasadne, komponent ilościowy. Metodę 5SiZM należy przetestować z udziałem nowych użytkowników, w większej liczbie miast i wśród bardziej zróżnicowanych odbiorców. Interesującymi kierunkami są także analiza instytucjonalnych mechanizmów wsparcia samorządów, perspektywa organizacji sportowych oraz odniesienie do innych koncepcji miejskich, w tym miast zrównoważonych, z uwzględnieniem również negatywnych skutków środowiskowych infrastruktury i wydarzeń sportowych.

Wyniki pracy wskazują, że sport nie jest już wyłącznie narzędziem aktywności fizycznej i rekreacji, lecz staje się realnym komponentem rozwoju inicjatywy zdrowych miast, wspierającym realizację miejskich celów zdrowotnych.

BIBLIOGRAFIA

1. Barroga, E., i Matanguihan, G. J. (2022). A Practical Guide to Writing Quantitative and Qualitative Research Questions and Hypotheses in Scholarly Articles. *Journal of Korean Medical Science*, 37(16). DOI:10.3346/JKMS.2022.37.E121
2. Barton, H., Grant, M., Mitcham, C., i Tsourou, C. (2009). Healthy urban planning in European cities. *Health Promotion International*, 24(1), 91–99. DOI:10.1093/HEAPRO/DAP059
3. Braun, V., i Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. DOI:10.1191/1478088706QP063OA
4. Braun, V., i Clarke, V. (2021). Conceptual and Design Thinking for Thematic Analysis. *Qualitative Psychology*, 9(1), 3–26. DOI:10.1037/QUP0000196
5. Coalter, F. (2007). *A Wider Social Role for Sport: Who's Keeping the Score?* London: Routledge.
6. Creswell, J. (2009). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (Third edition). Sage Publications.
7. Czakon, W. (red. Czakon W.). (2015). *Podstawy metodologii badań w naukach o zarządzaniu*. Wydanie III rozszerzone. Wolters Kluwer Polska
8. de Leeuw, E., Simos, J. (2017). Healthy Cities Move to Maturity. W: E. de Leeuw, J. Simos (red.) *Healthy Cities: The Theory, Policy, and Practice of Value-Based Urban Planning*, 75–86. New York: Springer.
9. Edwards, M. B., i Rowe, K. (2019). Managing sport for health: An introduction to the special issue. *Sport Management Review*, 22(1), 1–4. DOI:10.1016/J.SMR.2018.12.006
10. European Commission. (2022). *Sport and Physical Activity*. European Commission for Education Directorate-General. Dostępne: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/0003e51f-3e0f-11ed-92ed-01aa75ed71a1/language-en>
11. GUS. (2023). *Powierzchnia i ludność w przekroju terytorialnym w 2023 roku*. Główny Urząd Statystyczny. Dostępne: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/powierzchnia-i-ludnosc-w-przekroju-terytorialnym-w-2023-roku,7,20.html>
12. GUS. (2024). *Sytuacja demograficzna Polski do 2024 r.* Główny Urząd Statystyczny. Dostępne: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/sytuacja-demograficzna-polski-do-2024-r,40,5.html>
13. Jemielniak, D. (2012). *Badania jakościowe. Podejście i teorie. Tom 1. Wydawnictwo Naukowe PWN.*
14. Kohl, H. W., Craig, C. L., Lambert, E. V., Inoue, S., Alkandari, J. R., Leetongin, G., ... Wells, J. C. (2012). The pandemic of physical inactivity: global action for public health. *The Lancet*, 380(9838), 294–305. DOI:10.1016/S0140-6736(12)60898-8
15. Lee, I. M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N., Katzmarzyk, P. T., ... Wells, J. C. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet*, 380(9838), 219–229. DOI:10.1016/S0140-6736(12)61031-9
16. Malterud, K., Siersma, V. D., i Guassora, A. D. (2016). Sample size in qualitative interview studies: guided by information power. *Qualitative health research*, 26(13), 1753–1760. DOI:10.1177/1049732315617444

17. Miszczak, A., i Walasek, J. (2013). Techniki wyboru próby badawczej. *Obronność - Zeszyty Naukowe Wydziału Zarządzania i Dowodzenia Akademii Obrony Narodowej*, 6(2), 100–108.
18. Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., i Moules, N. J. (2017). Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1). DOI: 10.1177/1609406917733847
19. Nowosielski, S. (2012). Metodologiczne podstawy formułowania problemu badawczego w naukach o zarządzaniu. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu*, 2012(238).
20. Orłowski, A., i Parsamyan, N. (2024). Sport as a Tool for the Development of Healthy and Sustainable Cities: A Strategic Documentation Review. W: I., Pigliautile, C., Piselli, H.P., Karunathilake, C. Fabiani (red.) *Urban Resilience, Livability, and Climate Adaptation: Advances in Science, Technology and Innovation* (277–289). Springer Nature. DOI:10.1007/978-3-031-54911-3_17
21. Parsamyan, N., i Orłowski, A. (2024). How Sport Innovations Can Shape Sustainable Cities: An Interdisciplinary Approach. *Problemy Ekorozwoju*, 19(2), 228–241. DOI:10.35784/preko.5663
22. Raw, K., Sherry, E., i Schulenkorf, N. (2022). Managing Sport for Development: An Investigation of Tensions and Paradox. *Sport Management Review*, 25(1), 134–161. DOI:10.1016/j.smr.2020.09.002
23. Schulenkorf, N., Sherry, E., i Rowe, K. (2016). Sport for Development: An Integrated Literature Review. *Journal of Sport Management*, 30(1), 22–39. DOI:10.1123/JSM.2014-0263
24. Schulenkorf, N., i Siefken, K. (2019). Managing sport-for-development and healthy lifestyles: The sport-for-health model. *Sport Management Review*, 22(1), 96–107. DOI:10.1016/J.SMR.2018.09.003
25. Sim, D. (2019). *Soft City: Building Density for Everyday Life*. Island Press.
26. United Nations. (2018). *World Urbanization Prospects: The 2018 Revision*. Department of Economic and Social Affairs. Dostępne: <https://population.un.org/wup/assets/WUP2018-Report.pdf>
27. Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym. (1990). Dziennik Ustaw, z 2025 r. poz. 1153. Dostępne: <https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzu-dziennik-ustaw/samorzad-gminny-16793509>
28. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym. (1998). Dziennik Ustaw, z 2025 r. poz. 1684.
29. Ustawa z dnia 29 sierpnia 2003 r. o urzędowych nazwach miejscowości i obiektów fizjograficznych. (2003). Dziennik Ustaw, z 2019 r. poz. 1443.
30. WHO. (1990). *Healthy Cities Project: A project becomes movement*. World Health Organization. Regional Office for Europe. Dostępne: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345408/8885393012-eng.pdf;sequence=3>
31. WHO. (2015). *Good health is good politics, Toolkit for local governments to support healthy urban development*. World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. Dostępne: <https://www.who.int/publications/i/item/WPR-2015-DNH-004>
32. WHO. (2020). *Healthy cities effective approach to a rapidly changing world*. World Health Organization. Health Promotion (HPR). Dostępne: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240004825>