



KRAJOBRAZ PO MISTRZOSTWACH EUROPY 2012



KRZYSZTOF DZIURZYŃSKI

**HEALTH CARE BEHAVIOR OF THE FEMALE STUDENTS
OF PEDAGOGY AND THEIR PSYCHOGRAPHIC CORRELATES
ZACHOWANIA ZDROWOTNE STUDENTEK PEDAGOGIKI I ICH
PSYCHOGRAFICZNE KORELATY**

Krzysztof Dziurzyński

Wyższa Szkoła Gospodarki Euroregionalnej
im. Alcide De Gasperi w Józefowie

pedagogika@wsge.edu.pl

ABSTRACT

Introduction: Physical activity is one of the most important factors which determine health of a man. Combined with the physical activity are health aspects: changes of the style of life, prevention of social pathologies, ethical values. It is also an element of arrival at the health goals which concern style of life, such as: elimination of drug addiction, alcoholism, fighting of obesity, and also preparation for an active, long professional life. Anthropological and sociological studies show that the number of people who do not exercise grows – obese people and those suffering from overweight. **The main purpose** of this study is gaining of a knowledge of the health-related behavior seen in the female students of pedagogy. In addition the study is to deliver answers to the question about types of relation taking place between health-related performance and some psychological orientations of the studied persons. **Sample and research methodology:** The method that was used in this study was of a strictly quantitative character (Pilch, Bauman, 2001). The study was carried out using method of auditorial poll under individual supervision (Sztumski 1999). Questionnaires were used in the study as a set of tools. Main tool that was to serve the purpose of measurement of the health care behavior was elaborated specially for the discussed study. 110 persons in all were covered by the study. Their age ranged from 19 to 25 years. Average age calculated for all sample was 21.71 years. **Study – results:** Most of the studied sample was characterized by the holistic-functional approach to the health, belief that there was an internal locus of control and high level of coherence. Studied female students are the persons who see their state of health positively, and do not suffer from chronic disease. But still 89 per cent of them consumed alcohol, 45 per cent drank coffee while 26 per cent smoked cigarettes. Even

worse, most of them declared that they fed themselves irregularly even though fruit was eaten by a third of the studied group. It seem positive that they do not abuse medicines or mood improving substances. **Conclusion:** Data obtained by way of the study should become a premise for development of the health education programs addressed just to the students, taking into account individual types of the feeding behavior and the risky behavior. Female students of pedagogical majors being the future teachers will play an important role in spreading of the knowledge of the health-care behavior among their children and youth. This remark concerns in particular the 1st stage of learning, i.e. grades I-III. It should be remembered that the (pro)health education will be much less effective if the female students do not present themselves the positions and behavior conductive to health.

KEY WORDS:

*mood, alcohol, nicotine, meal, medicines, (pro)health education.
nastrój, alkohol, nikotyna, posiłek, leki, edukacja prozdrowotna.*

WPROWADZENIE

Zachowania zdrowotne, zarówno te sprzyjające zdrowiu, jak i ryzykowne, kształtują się od wczesnego dzieciństwa. Na tym etapie życia wiążą się ściśle z oddziaływaniem rodziny, poprzez formowanie określonych wzorców zachowań o charakterze nawykowym. Dotyczą odżywiania, higieny osobistej, aktywności fizycznej oraz sposobów postępowania w przypadku pojawienia się problemów zdrowotnych (Gaweł, 2003). Ulegają one zmianie, są ulepszone i modyfikowane w ciągu całego życia, w toku oddziaływań środowiskowych, kulturowych, społecznych, politycznych, edukacyjnych. W okresie dorastania znaczącą rolę oprócz rodziny odgrywają: grupy rówieśnicze, młodzieżowe subkultury, szkoła. Źródłem wzorów zachowań są również mass media, które stanowią także skuteczne narzędzie polityki zdrowotnej, wytyczając pewien kierunek działań człowieka wobec zdrowia (Gaweł, 2003).

Aktywność fizyczna stanowi jeden z najważniejszych czynników określających zdrowie człowieka. Wraz ze sprawnością fizyczną łączy w sobie aspekty zdrowotne zmiany stylu życia, prewencji patologii społecznych, wartości etycznych. Jest też elementem osiągnięcia celów zdrowotnych dotyczących stylu życia, takich jak: eliminowanie narkomanii, alkoholizmu,

przeciwdziałanie otyłości, a także przygotowanie do aktywnego długiego życia zawodowego (Narodowy Program Zdrowia 2007). Aktywność ruchowa ze względu na swoje walory zdrowotne kształtuje jakość życia człowieka i zarazem stanowi jeden z podstawowych mierników jego zdrowia (Jankowski. 2000). Z punktu widzenia fizjologii człowieka należy zwrócić uwagę, że aktywność fizyczna wpływa na stan zdrowia poprzez poprawę wielu mechanizmów organizmu, szczególnie w obrębie układów: krążenia, oddechowego, nerwowego (Drabik, 1997). Należy również pamiętać, że tylko stała i systematyczna aktywność ruchowa jest w stanie utrzymać wysoką sprawność organizmu (Oja, 1995). Niedostatki aktywności fizycznej, jak przedstawiają różni badacze, mogą być przyczyną wielu chorób, między innymi: układu krążenia, otyłości, osteoporozy, a także obniżenia sprawności i wydolności fizycznej dzieci, młodzieży oraz dorosłych (Oblacińska, Woynarowska, 1995; Jopkiewicz, 1998). Aktywność fizyczna analizowana na płaszczyźnie psychologicznej okazuje się czynnikiem zmniejszającym lęk oraz potęgującym pozytywne emocje. Z punktu widzenia socjologii aktywność ruchowa będąca wyrazem zaakceptowania przez człowieka określonego stylu życia wpływa bezpośrednio i pośrednio na całokształt jego zachowań zdrowotnych (Kuński i in., 1999). Zmiany zachodzące w organizmie pod wpływem zwiększonej aktywności fizycznej prowadzą do lepszej jakości życia, zmniejszają ryzyko wielu chorób, dając przez to szansę na dłuższe życie.

Ranga świadomie i systematycznie podejmowanej aktywności ruchowej jest dziś szczególnie wysoka, gdy wraz z rozwojem techniki konieczność wykonywania przez człowieka wysiłku fizycznego podczas pracy zawodowej oraz w życiu codziennym została zredukowana do minimum. Równocześnie wiele możliwości spędzania czasu wolnego powoduje, że zajęcia wymagające wysiłku fizycznego muszą konkurować z wieloma często bardziej atrakcyjnymi zajęciami. Tak więc obserwowane na przestrzeni ostatniego wieku obniżenie sprawności fizycznej człowieka, stanowiące jeden z przejawów trendu sekularnego, staje się zrozumiałe (Gaweł, 2003). Szacuje się, że zaledwie ok. 30 proc. dzieci i młodzieży oraz 10 proc. dorosłych uprawia różne formy sportu, w których rodzaj i intensywność obciążeń wysiłkowych zaspokajają podstawowe potrzeby fizjologiczne organizmu (Narodowy Program Zdrowia, 2007).

Aktywność fizyczna Polaków jest oceniana jako niewystarczająca. Zwiększa to ryzyko zachorowania na chorobę wieńcową, udar mózgu, nadciśnienie tętnicze, cukrzycę

insulinozależną czy osteoporozę (Holland, 1995). Regularna aktywność fizyczna ma duże znaczenie profilaktyczne, wpływając na zmniejszenie ryzyka choroby wieńcowej, udaru mózgu, obniżenie ciśnienia tętniczego krwi, poprawę bilansu kalorycznego (co zapobiega otyłości).

W Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007–2015 stwierdza się, że pomimo poprawy wielu wskaźników stanu zdrowia populacji i zmniejszenia umieralności w Polsce problem niskiej aktywności ruchowej jest wciąż aktualny. Wzrost aktywności fizycznej w czasie wolnym nie osiągnął poziomu określonego w poprzedniej edycji Narodowego Programu Zdrowia i miał niewielki wpływ na zmniejszenie, w porównaniu z 1995 rokiem, umieralności z powodu chorób krążenia. Pośrednio o małym wpływie aktywności fizycznej na umieralność z różnych przyczyn świadczyć może mały spadek umieralności z powodu raka jelita grubego. Antropolodzy i demografowie stwierdzili, że w populacji Polaków wzrasta odsetek ludzi otyłych i ludzi w podeszłym wieku (Narodowy Program Zdrowia, 2007).

Ocena korzyści związanych z wpływem aktywności fizycznej na stan zdrowia społeczeństwa wykazała, że nie tylko oddziałuje ona pozytywnie na ogólne samopoczucie człowieka, lecz także może przynieść wymierne korzyści materialne całemu społeczeństwu. Korzyści te dotyczą głównie obniżenia kosztów leczenia schorzeń spowodowanych przez brak aktywności fizycznej (koszty leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego, zmniejszenie wkładu osób chorych w produkcję i spadek dochodów z powodu czasowej niezdolności do pracy lub inwalidztwa czy też wypłat z systemu ubezpieczeń rodzinom osób, które będąc w wieku produkcyjnym, zmarły w wyniku chorób spowodowanych brakiem aktywności fizycznej) (Weiss, 2002). Wysiłek fizyczny racjonalnie dawkowany stanowi ważny element prozdrowotnego stylu życia i warunkuje zachowanie przez długie lata dobrej kondycji psychofizycznej człowieka.

CEL

Głównym celem badania jest uzyskanie wiedzy na temat tego, jakie zachowania związane ze zdrowiem występują w środowisku studentek pedagogiki. Ponadto badanie ma dostarczyć odpowiedzi na pytanie, jakie związki zachodzą pomiędzy zachowaniami związanymi ze zdrowiem a pewnymi orientacjami psychologicznymi osób badanych.

PROBLEMY (PYTANIA) BADAWCZE

Aby osiągnąć cele pracy, określono pytania badawcze. Pytanie pierwsze brzmi:

Jakie zachowania związane ze zdrowiem obecne są w środowisku młodych adeptek pedagogiki?

Kolejne pytanie odnosi się do cech psychograficznych, takich jak poglądy na źródła zdrowia, LOC i SOC a zachowania związane ze zdrowiem.

METODY, TECHNIKI, NARZĘDZIA BADAWCZE

Użyta w badaniu metoda ma charakter *stricte* ilościowy (Pilch, Bauman, 2001). Badanie było realizowane techniką sondażu audytoryjnego pod indywidualnym nadzorem (Sztumski 1999).

W prezentowanym badaniu posłużono się zestawem narzędzi, jakimi były kwestionariusze. Podstawowe narzędzie, które miało służyć pomiarowi zachowań zdrowotnych, zostało opracowane na potrzeby omawianego badania.

KWESTIONARIUSZ ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH (KZZ)

Kwestionariusz Zachowań Zdrowotnych (KZZ) został opracowany na podstawie syntezy wiedzy teoretycznej i empirycznej na temat różnych aspektów zachowań z zakresu kultury żywienia, uprawiania sportów czy konsumpcji używek. Pozwala on opisać, w jaki sposób osoba badana funkcjonuje w wymienionych obszarach. Czy charakteryzuje ją skłonność do dbania czy do działań ryzykownych. Pamiętać jednak należy, że człowiek na skali zachowań bardziej przemieszcza się po kontinuum niż umiejscawia siebie na którymś z biegunów.

Część z zastosowanych narzędzi stanowiły kwestionariusze stosowane w badaniach psychologicznych.

SKALA PRZEKONAŃ ZDROWOTNYCH (SPZ – HF/BM)

Skala Przekonań Zdrowotnych (SPZ – HF/BM) została opracowana na podstawie wiedzy teoretycznej o modelach zdrowia. Pozwala ona rozróżnić, w jaki sposób człowiek rozumie zdrowie i jego uwarunkowania; czy pojmuje je zgodnie z założeniami modelu biomedycznego (zdrowie to brak choroby, o jego poziomie decydują patogeny), czy też zgodnie z założeniami podejścia holistyczno-funkcjonalnego (zdrowie jest proce-

sem dynamicznej równowagi zachodzącym pomiędzy człowiekiem a otoczeniem, o jego poziomie decydują stresory i zasoby) (Sęk i in., 1992; 351–363). Metoda ta zawiera 20 stwierdzeń, tworzących dwie podskale. 10 stwierdzeń opisuje biomedyczny model zdrowia, a 10 stwierdzeń holistyczno-funkcjonalny. Zadaniem osoby badanej jest określenie na sześciopunktowej skali (od „zdecydowanie się nie zgadzam” do „zdecydowanie zgadzam się”, z pominięciem kategorii neutralnej), na ile zgadza się z podanymi twierdzeniami. Wynik jest sumą punktów uzyskanych przez badanego w każdej z podskal.

LOCUS OF CONTROL

Punktem wyjścia do wypracowania pojęcia poczucia umiejscowienia kontroli były analizy dotyczące obiektywnych i subiektywnych zależności między zachowaniem człowieka a następującymi po nim wzmocnieniami. Oczekiwanie związku między zachowaniem a wzmocnieniem zależeć będzie od stopnia, w jakim nagrody i kary uwarunkowane są instrumentalnymi czynnościami człowieka. W pewnych sytuacjach wzmocnienia są zależne od zachowania się człowieka, a w innych będą zależały od czegoś, co jest poza jego kontrolą. Sytuację można by więc rozmieścić na kontinuum, gdzie człowiek może sprawować pełną kontrolę nad wzmocnieniami, gdzie rezultaty działania zależą od jego sprawności w dążeniu do celu, do takich sytuacji, gdzie nie ma on żadnego wpływu na wzmocnienia, gdzie rezultaty zależą od czynników losowych, od innych ludzi czy ,od jeszcze innych czynników zewnętrznych (Drwal, 1978; 307–346).

Skala ta przeznaczona jest do pomiaru zgeneralizowanych oczekiwań podmiotu co do istnienia związku między własnym zachowaniem podmiotu a wzmocnieniami, które otrzymuje. Zdaniem Rottera istnieje osobowościowe kontinuum rozciągające się od wiary, że wzmocnienia, które podmiot otrzymuje, są niezależne od jego własnego zachowania, lecz zależą jedynie od szczęścia, przypadku, od woli osób obdarzonych władzą lub też są nieprzewidywalne, gdyż ma na nie wpływ zbyt wielka liczba różnych czynników (*External locus of control*) do wiary, że wzmocnienia te zależne są od własnego zachowania podmiotu (*Internal locus of control*). Skala I–E służy do pomiaru położenia na tym właśnie kontinuum.

Ostateczna wersja skali I–E składa się z 23 pozycji diagnostycznych i sześciuniediagnostycznych dodanych po to, by mniej jasnym uczynić cel badania. Pozycje diagnostyczne dotyczą rozmaitych sfer życia człowieka:

aktywności politycznej, doświadczeń szkolnych i studenckich, sfery kontaktów emocjonalnych z otoczeniem, doświadczeń zawodowych, ogólnych poglądów na świat i życie (Grochowska, 1993; 423–465).

KWESTIONARIUSZ ORIENTACJI ŻYCIOWEJ (SOC-29)

W toczącej się dyskusji nad źródłami zdrowia do pewnego bardzo określonego momentu dominowała orientacja patogenetyczna, która była oparta na koncepcji homeostazy. Centralnym zagadnieniem w tym ujęciu jest choroba, procesy, które do niej prowadzą, i sposoby jej leczenia (Dolińska-Zygmunt, 2001). To podejście okazało się jednak niewystarczające, mimo że pozwoliło opisać i wyjaśnić wiele czynników szkodliwych dla zdrowia.

Twórcą nowego podejścia do zdrowia, zwanego salutogenezą, jest Aron Aronovsky. Jego koncepcja opiera się na przekonaniu, że normalnym stanem ludzkiego organizmu jest entropia (nieporządek) i zaburzenie homeostazy. Taki stan organizmu człowieka wymaga ciągłego rozpoznawania i aktywizowania właściwości jednostki, która sprzyja zdrowiu. (Koniarek i in. 1993; 492–501). Podstawą tego modelu jest pytanie: dlaczego ludzie zachowują zdrowie lub szybko do niego wracają, pomimo trudnych warunków, dużego obciążenia, działania wielu stresorów i czynników patogennych (Aronovsky 1995; Dolińska-Zygmunt 2001; 17–29, Heszen, Sęk, 2007; 75–89). Salutogeneza skłania do poszukiwania czynników sprzyjających przesuwaniu się jednostki na kontynuum zdrowia.

Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29) skonstruowany przez Arona Antonovsky'ego (1995, 1997; 206–231) służy do pomiaru siły poczucia koherencji. Kwestionariusz tworzy 29 pytań, na które odpowiada się na siedmiostopniowej skali szacunkowej. Wynik końcowy uzyskuje się poprzez zsumowanie punktów uzyskiwanych przez osobę badaną w poszczególnych pozycjach. Część pozycji ma odwróconą skalę. Zmiany punktacji dokonuje się według opracowanego przez autora klucza. Oprócz ogólnego wyniku poczucia koherencji metoda ta pozwala określić siłę jego komponentów:

- poczucia zrozumiałości – ten wymiar mierzony jest za pomocą 11 pozycji,
- poczucia zaradności – określanego za pomocą 10 pozycji,
- poczucia sensowności – które badane jest przy użyciu ośmiu pozycji.

Dokładna charakterystyka właściwości psychometrycznych Kwestionariusza Orientacji Życiowej (SOC-29) została przedstawiona przez Pasikowskiego (2001; 71– 86).

PRZEBIEG BADANIA

Badanie zostało przeprowadzone za pomocą indywidualnej ankiety rozdawanej badanym. Każda spośród ankietowanych osób otrzymała kwestionariusz ankiety z prośbą o jego wypełnienie. Podczas wręczania kwestionariusza badanym przedstawiono cele badania oraz zgodnie z zasadami etycznymi realizacji badań naukowych kobiety zostały poinformowane, że badanie ma charakter dobrowolny, anonimowy oraz poufny. Każdą osobę badaną zapewniono, że jej kwestionariusz z wypełnionymi odpowiedziami nie będzie nikomu udostępniany, a wyniki zostaną przedstawione jedynie w formie zbiorczych zestawień analitycznych. Badanie zostało przeprowadzone w okresie od października 2011 do czerwca 2012 roku w jednej z warszawskich uczelni niepublicznych.

WYNIKI

CHARAKTERYSTYKA SPOŁECZNO-DEMOGRAFICZNA BADANYCH STUDENTEK

W badaniu wzięło łącznie 110 osób. Wiek badanych osób mieścił się w przedziale 19–25 lat. Średni wiek dla całej badanej próby wynosił 21,71 lat. Jeśli chodzi o stan cywilny osób badanych, to 95 proc. uczestniczek badania było stanu wolnego, 4 proc. zadeklarowało, że pozostaje w związku małżeńskim, natomiast 1 proc. badanych przyznała się, że albo jest rozwiedziona, albo pozostaje w separacji.

Wzrost badanych mieścił się w przedziale pomiędzy 155 a 180 cm, natomiast waga między 40 a 100 kilogramów. Średni wzrost dla badanej próby wyniósł 169,39 cm (przy odchyleniu standardowym 5,33), średni ciężar ciała: 57,65 kg. (przy odchyleniu standardowym 8,81).

Kolejną cechą opisującą uczestniczki badania jest Body Mass Index (BMI). Analiza wskaźnika BMI badanych pokazała, że jego średnia wartość wynosi dla badanej próby wynosi 20,35 (odchylenie standardowe = 2,70) i zawiera się w przedziale wartości pomiędzy 16 a 33.

Kiedy poproszono osoby badane o zadeklarowanie, czy chorują na nadwagę lub otyłość, 84 proc. odpowiedziało, że nie choruje na te choroby. Skonfrontowanie odpowiedzi na to pytanie z wartością indeksu *Body*

Mass Index pokazało, że 6 proc. badanych osób posiadających prawidłową wartość BMI, 50 proc. osób z nadwagą oraz wszystkie z I stopniem otyłości zadeklarowały chorowanie na nadwagę lub otyłość. Stwierdzona zależność była istotna statystycznie ($\chi^2=27,707$ ($df=4$) $p<0,001$).

Kolejną zmienną opisującą badaną grupę jest zmienna opisująca sytuację społeczno-ekonomiczną rodziny respondentki. Osobom uczestniczącym w badaniu zostało zadane pytanie *Jak Pani ocenia sytuację socjalno-ekonomiczną swojej rodziny?* Ponad połowa respondentów (57 proc.) odpowiedziała, że dobrze. Blisko co szósta badana studentka (16 proc.) oceniła sytuację swojej rodziny jako bardzo dobrą. Jako zadowalającą sytuację swojej rodziny oceniło 24 proc. badanych. Zaledwie 4 proc. badanych osób odpowiedziało: „źle”.

W badaniu nie zamieszczono większej liczby pytań o cechy społeczno-demograficzne, ograniczając się tylko do niezbędnego minimum. Prowadzącemu badanie chodziło o zredukowanie nieufności i stworzenie klimatu wzajemnego zaufania.

CECHY PSYCHOGRAFICZNE BADANYCH STUDENTEK

PRZEKONANIA ZDROWOTNE (BM/HF)

Skala **Biomedyczne podejście do zdrowia** (*BM*) uzyskała w badanej próbie maksymalną wartość 34 punktów. Maksymalna (teoretyczna) liczba punktów możliwa do uzyskania na tej skali to 60 punktów. Średnia wartość wskaźnika *BM* wyniosła dla całej badanej próby 22,89 (odchylenie standardowe=5,05) przy wartości mediany=23. Oznacza to, że co najmniej połowa badanych charakteryzowała się niską wartością wskaźnika *BM* odpowiadającą mniej niż 38 proc. punktów możliwych do uzyskania.

Skala **Holistyczno-funkcjonalne podejście do zdrowia** (*HF*) uzyskała w badanej próbie maksymalną wartość 48 punktów. Maksymalna teoretyczna wartość możliwa do uzyskania to również 60 punktów. Średnia wartość *HF* wyniosła dla całej badanej próby 32,89 (odchylenie standardowe=6,64) przy wartości mediany=33. Oznacza to, że co najmniej połowa badanych charakteryzowała się niską wartością wskaźnika *HF* odpowiadającą 55 proc. punktów możliwych do uzyskania.

Badanie korelacyjne wykazało, że **biomedyczne podejście do zdrowia i holistyczno-funkcjonalnego podejście do zdrowia nie są ze sobą powiązane.**

Podsumowując, mogę stwierdzić, że badana próba charakteryzowała się

w niskimi wartościami wskaźnika na skali traktującej o **biomedycznym podejściu do zdrowia** i relatywnie wysokimi wartościami wskaźnika odnoszącego się do skali **holistyczno-funkcjonalnego podejścia do zdrowia**.

POCZUCIE KONTROLI (SKALA ROTTERA)

W badanej próbie średni wynik wyniósł 10,91 (odch. stand.=4,42) przy medianie 11. Oznacza to, że co najmniej połowa badanych charakteryzowała się niską wartością wskaźnika *poczucia zewnętrznej kontroli* odpowiadającą mniej niż 48 proc. punktów możliwych do uzyskania.

Przyporządkowanie wartości wskaźnika poczucia zewnętrznej kontroli do odpowiednich klas pozwoliło ustalić, że ponad jedna trzecia (40 proc.) badanych charakteryzowała się niskim poziomem zewnętrznego poczucia kontroli, nieco więcej niż 1/3 (36 proc.), natomiast co czwarta badana (21 proc.) reprezentowała wysoki poziom tego wskaźnika.

Gdy analizujemy związek pomiędzy wartością wskaźnika poczucia kontroli a BMI, to widać, że między tymi dwiema zmiennymi nie zachodzi istotny statystycznie związek korelacyjny.

Podsumowując, mogę stwierdzić, że badana próba charakteryzowała się w miarę niskimi wartościami wskaźnika zewnętrznego poczucia kontroli.

POCZUCIE KOHERENCJI (SOC-29 ARONA ARONOVSKY'EGO)

Do zbadania poczucia koherencji użyłem narzędzia autorstwa Arona Aronovsky'ego. Narzędzia określanego w literaturze przedmiotu jako SOC-29. Narzędzie to pozwala na precyzyjny pomiar interesującego mnie wymiaru psychograficznego. Badana osoba została poproszona o odpowiedzi na 29 pytań. Niektóre z pytań miały zrotowane odpowiedzi, tak by odpowiadająca nie wpadła w automatyzm i nie udzielała odpowiedzi z tego samego „zakresu”. Po zakończeniu badania, na etapie wprowadzania do zbioru, wszystkie skale w pytaniach zostały obrócone zgodnie z zaleceniem autora, by ich najwyższe wartości odpowiadały pozytywnym konotacjom.

W badanej próbie średni dla ogólnego poczucia koherencji wynik wyniósł 133,73 (odch. stand.=20,04) przy medianie 134. Oznacza to, że co najmniej połowa badanych charakteryzowała się wartością wskaźnika *ogólnego poczucia koherencji* odpowiadającą mniej niż 66 proc. punktów

możliwych do uzyskania. Przypomnijmy, że Aron Aronovsky dokonał podziału centralnego pojęcia na trzy elementy:

- poczucie sensowności
- poczucie zrozumiałości
- poczucie zaradności.

Poczucie sensowności w badanej próbie osiąga średni wynik - 42,22 (odch. stand.=7,10) przy medianie 42. Oznacza to, że co najmniej połowa badanych charakteryzowała się wartością wskaźnika *poczucia sensowności* odpowiadającą mniej niż 75 proc. punktów możliwych do uzyskania.

Poczucie zrozumiałości w badanej przeze mnie próbie osiąga średni równy 42,79 (odch. stand.=8,52) przy medianie 43. Oznacza to, że co najmniej połowa badanych charakteryzowała się wartością wskaźnika *poczucia zrozumiałości* odpowiadającą mniej niż 56 proc. punktów możliwych do uzyskania.

Poczucie zaradności w badanej próbie osiągnął wynik średni równy 48,71 (odch. stand.=8,36) przy medianie 49. Oznacza to, że co najmniej połowa badanych charakteryzowała się wartością wskaźnika *poczucia zaradności* odpowiadającą mniej niż 70 proc. punktów możliwych do uzyskania.

Badanie korelacyjne pomiędzy poszczególnymi elementami poczucia koherencji wykazało, że są one skorelowane z co najmniej średnią siłą (omawiane korelacje były istotne na poziomie $p < 0,001$) (zobacz tabela)

Oznacza to, że wysokim wartościom jednego elementu wskaźnika koherencji towarzyszy wysoka wartość innego elementu poczucia koherencji.

Podsumowując, należy stwierdzić, że badana próba charakteryzowała się stosunkowo wysokimi wartościami wskaźnika poczucia koherencji. Uwaga ta odnosi się zarówno do ogólnego wskaźnika koherencji, jak i jego elementów: poczucia sensowności, poczucia zrozumiałości oraz poczucia zaradności.

Analizy korelacyjne przeprowadzone na zmiennych psychograficznych pokazały kilka interesujących zależności. Oto bowiem wraz ze wzrostem poczucia zewnętrznej kontroli wzrastała wartość skali Przekonań o Biomedycznych Źródłach Zdrowia. Natomiast wzrostowi poczucia wewnętrznej kontroli (*External Locus of Control*) towarzyszył spadek poczucia koherencji oraz wszystkich jej składowych: sensowności, zrozumiałości i zaradności. Poczucie zewnętrznej kontroli było ujemnie skorelowane

ze wspomnianymi wymiarami poczucia koherencji.

Wraz ze wzrostem wartości Skali Przekonań o Holistyczno-Funkcjonalnych Źródłach Zdrowia spadało poczucie zewnętrznej kontroli i wzrastało poczucie sensowności i zaradności. Dane analizy korelacyjnej znajdują się na końcu artykułu w tabeli 7.

W dalszej części artykułu przedstawiony zostanie styl życia badanej grupy studentek. Opisane zostaną takie jego elementy jak aktywność fizyczna, palenie papierosów, picie kawy i alkoholu, jakość posiłków, samoocena stanu zdrowia czy nadużywanie leków (środków przeciwbólowych i środków nasennych).

ZACHOWANIA ZDROWOTNE

KONDYCJA ZDROWOTNA

Badane osoby pozytywnie oceniały stan swojego zdrowia. Nieco ponad 6 proc. oceniało je jako bardzo słabe lub słabe. Jako przeciętne swoje zdrowie oceniło 26 proc. uczestniczek badania. Ponad dwie trzecie badanych (68 proc.) oceniło swoje zdrowie co najmniej jako dobre.

Dwie trzecie badanych poproszonych, by powiedzieli, czy chorują przewlekłe, odpowiedziało przecząco. Analiza korelacyjna pokazała, że istnieje związek istotny statystycznie pomiędzy deklarowaniem przewlekłego chorowania a oceną swojego zdrowia ($\chi^2=42,476$ ($df=4$) $p<0,001$). Wśród osób, które nie chorowały przewlekłe, nie było oceniających stan swojego zdrowia niżej niż przeciętny. Osoby deklarujące przewlekłe chorowanie w 15 proc. stan swojego zdrowia oceniają jako bardzo słaby lub słaby. Niższe też w tej grupie są odsetki osób oceniających swoje zdrowie jak dobre lub bardzo dobre.

Spośród uczestniczek badania 62 proc. zadeklarowało, że nie choruje przewlekłe na żadną chorobę. Spośród tych, które zadeklarowały, że chorują na tego typu schorzenia (38 proc. ogółu badanych), 68 proc. badanych stwierdziło, że choruje na jedną chorobę, na dwie: 23 proc., na trzy lub więcej – osiem proc. Trzy osoby cierpią na chorobę krążenia i reumatyzm, dziewięć na choroby układu pokarmowego, 10 na choroby układu oddechowego, 11 na nadwagę, 11 narzeka na przewlekłe bóle kręgosłupa. 25 osób choruje przewlekłe na inne choroby.

Ponad połowa badanych (58 proc.) stwierdziła, że w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie chorowało, w tej liczbie jedna czwarta chorowała raz, mniej niż połowa (41 proc.) dwa razy, co trzecia badana zaś (32 proc.)

trzy razy. Na podstawie tych danych można stwierdzić, że badana próba charakteryzowała się dość dobrym stanem zdrowia.

AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA

Z uwagi na fakt, że badane osoby mieszkały w Warszawie, ważną wydawała się kwestia dojazdu na uczelnię. Badane osoby na uczelnię docierały w większości (89 proc.), korzystając bądź to z własnego samochodu, bądź z publicznej komunikacji miejskiej. W taki sposób na uczelnię dojeżdżało 86 proc. kobiet Pieszko lub rowerem dojeżdżało na zajęcia 11 proc. badanych kobiet.

Osoby badane zadeklarowały się w większości (71 proc.) jako osoby aktywne fizycznie. Blisko co trzecia badana osoba (39 proc.) wykonywała ćwiczenia tylko w dni powszednie, w weekendy ćwiczy co piąta badana studentka (21 proc.). Mniej niż połowa badanych (41 proc.) ćwiczy zarówno w dni powszednie, jak i w weekendy.

Osoby badane zostały poproszone, by wskazały porę dnia, kiedy wykonują ćwiczenia fizyczne. Preferowaną porą dnia, kiedy osoby badane ćwiczyły, był wieczór (35 proc.) oraz popołudnie (30 proc.). Rano ćwiczyło 18 proc. badanych, a w południe 6 proc. Najliczniejszą grupę stanowią studentki (41 proc.), które odpowiedziały, że ćwiczą o różnych porach. (odsetek odpowiedzi na to pytanie nie równa się 100,00, ponieważ respondenci mogli wskazać więcej niż jedną porę wykonywania ćwiczeń).

Kolejnym problemem, nad jakim się zatrzymam, to miejsce wykonywania ćwiczeń. Okazuje się, że badane studentki najczęściej ćwiczą w domu (54 proc.), klubie sportowym (36 proc.) oraz na uczelni (37 proc.). W parku ćwiczy 20 proc. kobiet.

Ważną oprócz czasu poświęcanego na ćwiczenia jest również częstotliwość wykonywania ćwiczeń. Połowa ogółu badanych osób wykonuje ćwiczenia raz lub dwa razy tygodniowo. Najwięcej, bo blisko co trzecia badana osoba, ćwiczy tygodniowo cztery i więcej razy. Badane kobiety częściej deklarowały wykonywanie regularnych ćwiczeń raz lub dwa razy w tygodniu.

Skoro w badanej grupie mamy do czynienia ze zróżnicowaniem regularności i częstotliwości wykonywania ćwiczeń, postanowiłem sprawdzić, czy częstotliwość wykonywania ćwiczeń jest związana z liczbą godzin poświęcaną tygodniowo na to. Okazało się, że niezależnie od częstotliwości wykonywanych ćwiczeń najliczniejszą grupę stanowią osoby poświęcające

na aktywność fizyczną powyżej cztery godziny tygodniowo. Warto jednak zaznaczyć, że odsetek osób deklarujących liczbę przećwiczonych godzin wzrasta wraz z częstotliwością wykonywanych ćwiczeń. Osoby wykonujące raz w tygodniu ćwiczenia w 59 proc. deklarują, że na aktywność fizyczną poświęcają powyżej czterech godzin, a osoby ćwiczące cztery i więcej razy w tygodniu w 92 proc. deklarują, iż poświęcają na aktywność fizyczną powyżej czterech godzin. Przedstawiona zależność jest istotna statystycznie (Chi kwadrat=33,497 (df=12) $p < 0,01$). Pełne zestawienie danych przedstawia tabela nr 1.

Tabela 1. Częstotliwość wykonywania regularnych ćwiczeń w tygodniu a liczba godzin poświęcana w tygodniu na aktywność fizyczną (N=110)

Ile godzin w tygodniu był aktywny/ była aktywna fizycznie w ostatnim miesiącu.	Jak często w tygodniu wykonuje regularnie ćwiczenia fizyczne w czasie wolnym				Ogółem
	jeden raz	dwa razy	trzy razy	cztery i więcej razy	
do godziny	13,5	0,0	3,2	0,0	3,7
powyżej jednej do dwóch godzin	10,8	15,2	3,2	2,0	7,9
powyżej dwóch do trzech godzin	13,5	6,5	0,0	4,0	6,1
powyżej trzech do czterech godzin	2,7	6,5	12,9	2,0	5,5
powyżej czterech godzin	59,5	71,7	80,6	92,0	76,8
Ogółem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Źródło: Opracowanie własne

W dalszej części badania poproszono, aby badane studentki odpowiedziały, od jak dawna wykonują ćwiczenia przyspieszające oddychanie. Blisko 2/3 badanych uprawiało ćwiczenia przyspieszające oddychanie cztery miesiące lub dłużej. Przy czym staż nie był związany z płcią. Najwięcej spośród badanych osób (40 proc.) wykonywało takie ćwiczenia dwa lub trzy razy w tygodniu. Co piąta badana (19 proc.) ćwiczyła co najmniej cztery razy w tygodniu.

Kolejne pytanie dotyczące wykonywania ćwiczeń przyspieszających oddychanie odnosiło się do czasu trwania tych ćwiczeń. Okazało się, że najbardziej liczne były dwie grupy: 24 proc. badanych ćwiczyło od 45 do 60 minut i taki sam odsetek ćwiczył powyżej godziny. W badanej gru-

pie odnotowałem zróżnicowanie regularności i częstotliwości wykonywania ćwiczeń przyspieszających oddychanie i postanowiłem sprawdzić, czy częstotliwość wykonywania tego rodzaju ćwiczeń jest związana z ich długością. Okazało się, że odsetek osób deklarujących dłuższy czas ćwiczenia przyspieszającego oddychanie wzrasta wraz z częstotliwością wykonywanych tych ćwiczeń. Osoby wykonujące te ćwiczenia sporadycznie poświęcają na to ćwiczenie do 15 minut, osoby wykonujące raz w tygodniu te ćwiczenia w 36 proc. deklarują, że poświęcają mu od trzech kwadransów do godziny, a 32 proc. ponad godzinę, a osoby ćwiczące dwa i więcej razy w tygodniu w znaczącym odsetku deklarują, iż poświęcają na te ćwiczenia powyżej godziny. Przedstawiona zależność jest istotna statystycznie (Chi kwadrat=88,622 (df=20) $p < 0,001$). Pełne zestawienie danych przedstawia tabela nr 2.

Tabela 2. Częstotliwość wykonywania ćwiczeń przyspieszających oddychanie a czas trwania tych ćwiczeń (N=110)

Długość uprawiania ćwiczenia, które przyspieszają oddychanie.	Częstotliwość uprawiania ćwiczeń, które przyspieszają oddychanie						Ogółem
	nigdy lub rzadko	mniej niż raz tygodniu	raz w tygodniu	2-3 razy w tygodniu	4-5 razy w tygodniu	6 i więcej razy w tygodniu	
do 15 minut	77,8	45,5	0,0	4,6	6,1	0,0	10,3
16–30 minut	22,2	9,1	13,6	18,5	18,2	4,0	15,2
31–45 minut	0,0	36,4	18,2	16,9	9,1	20,0	16,4
46–60 minut	0,0	9,1	36,4	27,7	18,2	16,0	22,4
powyżej godziny	0,0	0,0	31,8	32,3	48,5	60,0	35,8
Ogółem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Źródło: Opracowanie własne

Na podstawie uzyskanych odpowiedzi na pytania o aktywność fizyczną zbudowany został przeze mnie syntetyczny Wskaźnik Aktywności Fizycznej (WAF). Złożyły się na niego odpowiedzi na cztery pytania:

- Jak często w tygodniu badana wykonuje regularnie ćwiczenia fizyczne w czasie wolnym.
- Jak często uprawia ćwiczenia, które przyspieszają oddychanie.
- Jak długo uprawia ćwiczenia, które przyspieszają oddychanie.

- Od jak dawna uprawia ćwiczenia, które przyspieszają oddychanie.

Skala została poddana analizie rzetelności. Wynik jej (Alfa Cronbacha=0,715 (df=3) $p<0,001$) okazał się na tyle zadowalający, że pozostawiłem tę skalę jako poprawną metodologicznie. Skala ta miała rozpiętość 20-elementową. W praktyce jednak rozstęp wynosił 15 i zawierała się między 0 i 14 punktami. Średnia wartość Wskaźnika Aktywności Fizycznej (WAF) wyniosła 7,82.

KORZYSTANIE Z UŻYWEK – PALENIE PAPIEROSÓW, PICIE KAWY I ALKOHOLU

Osoby uczestniczące w prezentowanym badaniu nie należały osób stroniących od używek. 89 proc. spożywało alkohol, 45 proc. piło kawę, a 26 proc. paliło papierosy. Liczby te budzą niepokój, jeśli przypomnę, że mamy do czynienia z osobami młodymi, studiującymi i będącymi kobietami.

Prezentację danych dotyczących spożywania używek zacznę od alkoholu. Przytłaczająca większość badanych osób spożywa alkohol (89,0 proc.). Uczestniczki badania w 30 proc. sięgały po alkohol rzadziej niż raz w miesiącu. Raz do trzech razy w miesiącu alkohol pije 42 proc. badanych osób, natomiast 16 proc. konsumuje alkohol od jednego do trzech razy w tygodniu. Wśród osób badanych 1,0 proc. sięgał po alkohol od czterech do siedmiu razy w tygodniu. Zaledwie 11 proc. badanych odpowiedziało, że nie pije alkoholu w ogóle.

Blisko co trzecia uczestniczka badania (31 proc.) wypijała jednorazowo kieliszek alkoholu. Jednak prawie połowa osób badanych (47 proc.) deklarowała wypicie dwóch do trzech kieliszków. Co siódma osoba (14 proc.) przyznawała się do wypicia czterech lub pięciu. Pozostałe 7 proc. wypijało sześć lub więcej kieliszków.

Po kawę sięga blisko połowa badanych (45 proc.). Jedną kawę dziennie wypija 20 proc. kobiet. Kilka kaw wypija co ósma badana kobieta (13 proc.).

Palenie papierosów dotyczyło co czwartej badanej osoby. Po papierosy sięgało 26 proc. kobiet. Okazjonalnie papierosy paliło 19 proc. kobiet. Do 10 papierosów paliła co dwudziesta studentka.

Czy w badanej próbie mamy do czynienia ze zjawiskiem współużywania omawianych używek? Po żadną z wymienionych używek nie sięgało 6 proc. badanych osób. Mniej niż połowa (42 proc.) sięgała po jedną, co

trzeci badany (37 proc.) po dwie, zaś co dziewiąty (12 proc.) po trzy. Jak wygląda nie ilościowo, a jakościowo, sięganie po używki i ich współużywanie? Otóż, 41 proc. badanych, jeśli już sięga po jakąś używkę, to jest to alkohol. Tylko po kawę sięga 3 proc., a po papierosy niecały procent.

Co czwarta badana sięga i po kawę, i po alkohol. Co dziewiąta po alkohol i papierosy. Po wszystkie trzy używki sięga co dziesiąta badana.

JAKOŚĆ POSIŁKÓW

Badane osoby w większości (62 proc.) zadeklarowały, że odżywiają się nieregularnie. Trzy posiłki spożywała co czwarta badana (24 proc.) a cztery lub więcej: 15 proc.

Badane osoby spożywały w ramach swoich posiłków owoce. Osób tych było 55 proc. Do sporadycznego spożywania owoców przyznało się 8 proc. badanych. Co najmniej raz w tygodniu owoce jadła co trzecia badana (37 proc.), również co trzecia badana jadła je regularnie – raz dziennie (36 proc.). Co piąta badana osoba sięgała po owoce częściej niż raz dziennie.

NADUŻYWANIE LEKARSTW LUB SUBSTANCJI POLEPSZAJĄCYCH SAMOPOCZUCIE

Blisko dwie trzecie osób badanych nie używa środków w celach leczniczych (60 proc.). Co piąta badana (19 proc.) sięga po środki lecznicze rzadziej niż raz w tygodniu. 6 proc. używa środków leczniczych raz lub dwa razy w tygodniu, pozostałe 15 proc. używa środków leczniczych co najmniej raz w tygodniu.

Blisko połowa badanych studentek w ogóle nie zażywa środków przeciwbólowych (45 proc.). Co trzecia badana (34 proc.) robi to rzadziej niż raz w tygodniu. Raz lub dwa razy w tygodniu po proszek przeciw bólowi głowy sięga co siódma badana, a trzy lub cztery razy w tygodniu robi to co czterdziesta uczestniczka badania.

Środki nasenne nie są używane przez osoby badane (98 proc.). Rzadziej niż raz w tygodniu sięga po nie 2 proc. badanych.

Trzy czwarte badanych (75 proc.) nie używa środków służących poprawie samopoczucia. Pozostałe 27 proc. badanych sięga po te środki z różną częstotliwością. Rzadziej niż raz w tygodniu: 7 proc., do dwóch razy: 5 proc., od trzech do pięciu razy: 3 proc. Co dziewiąta badana sięga po środki do poprawy samopoczucia częściej niż pięć razy w tygodniu.

Uczestniczki badania w większości (87 proc.) nie używają środków pobudzających. Co jedenasta (9 proc.) badana robi to rzadziej niż raz w tygodniu.

PODSUMOWANIE

Badane studentki cechowała duża nieregularność spożywania posiłków i spożywanie zbyt małej liczby posiłków dziennie oraz owoców. W przypadku pozostałych zachowań zdrowotnych odnotowano, zbyt duży odsetek osób o niskim poziomie aktywności fizycznej oraz często pijących alkohol i palących tytoń.

Nie wiadomo, czy zachowania bardziej sprzyjające zdrowiu wynikały w przypadku badanych studentek z ich większej wiedzy na temat racjonalnego żywienia, charakterystycznych dla płci żeńskiej preferencji smakowych, czy dążenia do utrzymania szczupłej sylwetki w wyniku presji społecznej. Do niekorzystnych zachowań żywieniowych badanych kobiet należało spożywanie nieregularne i zbyt małej liczby posiłków w ciągu dnia.

Można przypuszczać, że wraz ze wzrostem wieku badanych osób zwiększy się częstość palenia i liczba wypalanych papierosów. Zwiększenie zachowań o charakterze negatywnym może być efektem ogólnej zmiany stylu życia w związku z rozpoczęciem studiów i rozluźnieniem więzi i kontroli domu rodzinnego. Zmiany w sposobie bycia w tym także i żywienia może wiązać się z wchodzeniem w nowe role społeczne – członkin stałych związków.

Wśród badanych studentek zauważono istnienie wielu zależności pomiędzy aktywnością fizyczną i innymi zachowaniami zdrowotnymi. Z większą aktywnością wiązała się zwykle większa regularność spożywania posiłków, wyższa konsumpcja owoców. Z kolei z niższą aktywnością fizyczną wiązało się wyższe spożycie kawy, wyższy też był odsetek palących papierosy.

Współwystępowanie zachowań antyzdrowotnych (czy wręcz ryzykownych) pogłębia negatywny wpływ na stan zdrowia oraz jakość życia. Fakt ten winien być przesłanką do tworzenia programów profilaktycznych adresowanych właśnie do studentów z uwzględnieniem poszczególnych typów zachowań. Jest to o tyle ważne, że studentki kierunków pedagogicznych jako przyszłe nauczycielki będą odgrywać ważną rolę w szerzeniu wiedzy dotyczącej zachowań zdrowotnych wśród swoich - dzieci i młodzieży. Uwaga ta odnosi się szczególnie do I etapu nauki czyli klas I-III. Trzeba pamiętać, że edukacja (pro)zdrowotna będzie znacznie mniej efektywna, jeśli one same nie będą prezentować sobą

postaw i zachowań sprzyjających zdrowiu.

REFERENCES

- Antonovsky, A. (1995) *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia: O tym, jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, Warszawa, Fundacja IPN.
- Antonovsky, A. (1997) *Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia* (w:) I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.) *Psychologia zdrowia*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Dolińska-Zygmunt G. (2001) *Orientacja salutogenetyczna w problematyce zdrowotnej. Model Antonovsky'ego* (w:) G. Dolińska-Zygmunt (red.) *Podstawy psychologii zdrowia*, Wrocław, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Drabik, J. (1997). *Aktywność, sprawność i wydolność jako miernik zdrowia człowieka*. Gdańsk, Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego.
- Drwal, r. (1978) *Poczucie kontroli jako wymiar osobowości – podstawy teoretyczne, techniki badawcze i wyniki badań*, (w:) L. Wołoszynowi (red.), *Materiały do nauczania psychologii*, Warszawa, PWN.
- Gawęł, A. (2003) *Pedagodzy wobec wartości zdrowia*. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Grochowska, A. (1993) *Wybrane metody badania poczucia winy, poczucia kontroli, poczucia sensu życia, sympatii, empatii* (w:) S. Siek (red.). *Wybrane metody badania osobowości*. Warszawa, Akademia Teologii Katolickiej.
- Heszen I., Sęk H. (2007) *Psychologia zdrowia*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Holland, A. (rrd.). (1995) *Prewencja w Podstawowej Opiece Zdrowotnej – przewodnik dla lekarzy rodzinnych i studentów*. Łódź, Wydawnictwo Akademii Medycznej.
- Jankowski, W.K. (2000) *Zdrowy styl życia w opiniach studenckich. Międzynarodowe badania porównawcze. Przegląd Naukowy Instytutu Wychowania Fizycznego i Zdrowotnego Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Rzeszowie*. Rzeszów, Wyższa Szkoła Pedagogiczna.
- Jopkiewicz A. (1998) *Zmienność sprawności fizycznej mężczyzn oraz genetyczne i środowiskowe jej uwarunkowania*. Kielce Polska: Wyższa Szkoła Pedagogiczna.
- Koniarek J., Dudek B., Makowska Z., *Kwestionariusz Orientacji Życiowej*.

Adaptacja The Sense of Coherence Questionnaire (SOC) A. Antonowskiego, Przegląd Psychologiczny 36

Kuński H., Janiszewski M. (1999) *Medycyna aktywności ruchowej dla pedagogów*. Łódź, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

Narodowy Program Zdrowia 2007–2015 on: http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf data dostępu 22.10.2012

Oblacińska A., Woynarowska I. (1995) *Otyłość. Jak leczyć i wspierać dzieci i młodzież?* Warszawa, Instytut Matki i Dziecka.

Oja, P. (1995) *Recepta na zdrowie ćwiczenia fizyczne – dozowanie wysiłków fizycznych* (w:) T. Wolańska (red.). *Aktywność fizyczna a zdrowie*. Warszawa, Polskie Towarzystwo Neurofizjologii Klinicznej.

Pasikowski T. (2000) *Zdrowie–stres–zasoby. O znaczeniu poczucia koherencji dla zdrowia*, Poznań, Wydawnictwo Fundacji Humaniora.

Sęk H., Ścigała I., Pasikowski, T., Beisert, M., Bleja, A. (1992) *Subiektywne koncepcje zdrowia, wybrane uwarunkowania*. *Przegląd Psychologiczny*, 23.

Weiss O. (2002) *Sport i zdrowie – analiza socjo-ekonomiczna*. *Wychowanie Fizyczne i Sport*, 46.

ZAŁĄCZNIKI

Tabela 3. Stwierdzenia składające się na skalę Przekonań o biomedycznych źródłach zdrowia. Rozkłady procentowe odpowiedzi. (N=110)

Przekonania o biomedycznych źródłach zdrowia (BM)	Zdecydowanie się nie zgadzam	Nie zgadzam się	Raczej się nie zgadzam	Nie zgadzam się	Raczej się zgadzam	Zgadzam się	Zdecydowanie się zgadzam	Zgadzam się
Zdrowie, podobnie jak uroda i talent, jest darem dziedzicznym i wrodzonym.	8,3	11,0	32,1	51,4	33,0	11,0	4,6	48,6
Człowiek zdrowy to taki, u którego stwierdza się cechy normalne dla danego wieku.	4,6	6,4	13,8	24,8	39,4	28,4	7,3	75,2
Zdrowie ulega załamaniu na skutek szkodliwych wpływów otoczenia i utraty odporności organizmu.	,9	,9	5,5	7,3	27,3	45,5	20,0	92,7
Człowiek nie ma większego wpływu na stan zdrowia, gdyż zależy to przede wszystkim od sił przyrody.	35,8	26,6	27,5	89,9	5,5	3,7	,9	10,1
Problem zdrowia i choroby to sprawa specjalistów, lekarzy i służby zdrowia.	27,3	30,0	21,8	79,1	14,5	3,6	2,7	20,9
O stanie zdrowia decyduje niezaburzony, normalny przebieg procesów biologicznych w organizmie.	,9	4,6	11,0	16,5	58,7	17,4	7,3	83,5
Jedynie lekarz i służba zdrowia są odpowiedzialni za ochronę zdrowia i jego przywracanie.	42,7	30,9	18,2	91,8	4,5	1,8	1,8	8,2
Człowiek zdrowy to taki człowiek, którego organizm po wysiłku sam szybko wraca do normy.	3,7	8,3	,0	11,9	45,0	33,0	10,1	88,1
Choroba jest zrzędzeniem losu, z którym trzeba się pogodzić.	19,3	25,7	27,5	72,5	22,9	2,8	1,8	27,5
W sytuacji załamania zdrowia jedynym wyjściem jest oddać los w ręce specjalisty.	10,1	22,0	36,7	68,8	15,6	11,9	3,7	31,2

Źródło: Badania własne

Tabela 4. Stwierdzenia składające się na skalę Przekonań o holistyczno-funkcjonalnych źródłach zdrowia. Rozkłady procentowe odpowiedzi.
(N=110)

Przekonania o holistyczno-funkcjonalnych źródłach zdrowia (HF)	Zdecydowanie się nie zgadzam			Nie zgadzam się	Raczej się zgadzam	Zgadza się	Zdecydowanie się zgadzam	Zgadza się
	Zdecydowanie się nie zgadzam	Nie zgadzam się	Raczej się nie zgadzam					
Wyzdrowienie zależy od tego, na ile człowiek chce być zdrowy.	,9	6,4	18,2	25,5	31,8	27,3	15,5	74,5
Do załamania zdrowia dochodzi wówczas, gdy człowiek wyczerpie swoje psychiczne i fizyczne zasoby.	3,7	1,9	7,4	13,0	33,3	27,8	25,9	87,0
Człowiek poprzez swoje zachowanie ma duży wpływ na zdrowie.	1,8	4,5	,0	6,4	11,8	30,0	51,8	93,6
Nawet w niekorzystnych, szkodliwych warunkach można zachować zdrowie i samopoczucie	3,6	14,5	,0	18,2	41,8	31,8	8,2	81,8
Poziom zdrowia i choroby może podlegać świadomym oddziaływaniom człowieka.	1,8	3,6	12,7	18,2	33,6	34,5	13,6	81,8
Zdrowie i chorobę człowiek zawdzięcza sam sobie, swojemu stylowi życia	1,9	4,6	23,1	29,6	30,6	26,9	13,0	70,4
Zdrowie to proces właściwego wykorzystania energii do sprostania wymaganiom życia.	1,9	7,4	13,0	22,2	49,1	23,1	5,6	77,8
Bycie zdrowym, podobnie jak wielu innych rzeczy, można się nauczyć	7,3	11,9	14,7	33,9	42,2	19,3	4,6	66,1
Zdrowie zależy nie tyle od cech wrodzonych, ile od umiejętności radzenia sobie z negatywnymi wpływami	2,8	1,8	14,7	19,3	46,8	22,9	11,0	80,7
Zdrowie zależy od tego, jak człowiek troszczy się o posiadane dobra wrodzone, naturalne	,9	5,5	7,3	13,6	40,9	30,0	15,5	86,4

Źródło: Badania własne

Tabela 5. Stwierdzenia składające się na skalę Przekonań o źródłach zdrowia niezależnych od osoby badanej. Rozkłady procentowe odpowiedzi. (N=110)

Przekonania o źródłach zdrowia niezależnych od badanej (ZNOB)	Zdecydowanie się nie zgadzam			Nie zgadzam się	Zdecydowanie się zgadzam			Zgadzam się
	Zdecydowanie się nie zgadzam	Nie zgadzam się	Raczej się nie zgadzam		Raczej się zgadzam	Zgadzam się	Zdecydowanie się zgadzam	
Człowiek nie ma większego wpływu na stan zdrowia, gdyż zależy to przede wszystkim od sił przyrody	35,8	26,6	27,5	89,9	5,5	3,7	,9	10,1
Problem zdrowia i choroby to sprawa specjalistów, lekarzy i służby zdrowia.	27,3	30,0	21,8	79,1	14,5	3,6	2,7	20,9
Jedynie lekarz i służba zdrowia są odpowiedzialni za ochronę zdrowia i jego przywracanie.	42,7	30,9	18,2	91,8	4,5	1,8	1,8	8,2
Choroba jest zrzędzeniem losu, z którym trzeba się pogodzić.	19,3	25,7	27,5	72,5	22,9	2,8	1,8	27,5
W sytuacji załamania zdrowia jedynym wyjściem jest oddać los w ręce specjalisty.	10,1	22,0	36,7	68,8	15,6	11,9	3,7	31,2

Źródło: Badania własne

Tabela 6. Stwierdzenia składające się na skalę Przekonań o źródłach zdrowia zależnych od osoby badanej. Rozkłady procentowe odpowiedzi. (N=110)

Przekonania o źródłach zdrowia zależnych od badanej (ZZOB)	Zdecydowanie się nie zgadzam			Nie zgadzam się	Zdecydowanie się zgadzam			Zgadzam się
	Zdecydowanie się nie zgadzam	Nie zgadzam się	Raczej się nie zgadzam		Raczej się zgadzam	Zgadzam się	Zdecydowanie się zgadzam	
Wyzdrowienie zależy od tego, na ile człowiek chce być zdrowy.	,9	6,4	18,2	25,5	31,8	27,3	15,5	74,5
Człowiek poprzez swoje zachowanie ma duży wpływ na zdrowie.	1,8	4,5	,0	6,4	11,8	30,0	51,8	93,6
Poziom zdrowia i choroby może podlegać świadomym oddziaływaniom człowieka.	1,8	3,6	12,7	18,2	33,6	34,5	13,6	81,8

Zdrowie i chorobę człowiek zawdzięcza sam sobie, swojemu stylowi życia.	1,9	4,6	23,1	29,6	30,6	26,9	13,0	70,4
Zdrowie zależy nie tyle od cech wrodzonych, ile od umiejętności radzenia sobie z negatywnymi wpływami.	2,8	1,8	14,7	19,3	46,8	22,9	11,0	80,7
Zdrowie zależy od tego, jak człowiek troszczy się o posiadane dobra wrodzone, naturalne.	,9	5,5	7,3	13,6	40,9	30,0	15,5	86,4

Źródło: Badania własne

Tabela 7. Macierz korelacji dla zmiennych psychograficznych (r Pearsona) ($N=110$)

	wartość statystyk	biomedyczne przekonania o zdrowiu	holistyczno-funkcjonalne przekonania o zdrowiu	External Locus of Control	Poczucie koherencji (soc29)	Poczucie zrozumiałości	Poczucie sensowności	Poczucie zaradności
biomedyczne przekonania o zdrowiu	r	1		,316	-,214			-,246
	p			,001	,025			,010
holistyczno-funkcjonalne przekonania o zdrowiu	r		1	-,274			,244	,216
	p			,004			,010	,024
External Locus of Control	r			1	-,458	-,367	-,291	-,473
	p				,000	,000	,002	,000
Poczucie koherencji (soc29)	r				1			
	p							
Poczucie zrozumiałości	r					1	,300	,685
	p						,001	,000
Poczucie sensowności	r						1	,631
	p							,000

Źródło: Badania własne