



**UNIWERSYTET MARII CURIE SKŁODOWSKIEJ
W LUBLINIE**

Wydział Pedagogiki i Psychologii

mgr Anna Kopacz

**Zachowania zdrowotne a dyspozycje podmiotowe
studentów lubelskich uczelni wyższych**

Rozprawa doktorska

przygotowana pod kierunkiem

prof. dra hab. Janusza Kirenki

dr Urszuli Olejnik – promotor pomocniczej

LUBLIN 2023

Składam serdeczne podziękowania dla Promotora
prof. dr hab. Janusza Kirenki za cierpliwość, cenne wskazówki i wyrozumiałość.

Podziękowania dla Promotor pomocniczej
dr Urszuli Olejnik za wszelką pomoc podczas pisania pracy.

SPIS TREŚCI

STRESZCZENIE	8
WSTĘP	11
ROZDZIAŁ 1.....	14
TEORETYCZNE KONTEKST ZDROWIA I ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH	14
1.1. Zagadnienia zdrowia, zachowań zdrowotnych oraz czynników warunkujących zdrowie studentów	14
1.2. Zachowania zdrowotne.....	31
1.3. Styl życia	48
ROZDZIAŁ 2.....	62
TEORETYCZNY KONTEKST DYSPOZYCJI PODMIOTOWYCH.....	62
2.1. Wprowadzenie w problematykę dyspozycji indywidualnych, oczekiwań oraz przekonań zdrowotnych studentów uczelni wyższych.....	62
2.2. Wartości.....	76
2.3. Samoocena.....	84
2.4. Umieszczenie kontroli zdrowia.....	91
2.5. Poczucie uogólnionej własnej skuteczności.....	96
ROZDZIAŁ 3.....	105
METODOLOGICZNE PODSTAWY BADAŃ WŁASNYCH	105
3.1. Założenia badawcze.....	105
3.2. Problemy, hipotezy i cel badań	108
3.3. Zmienne i wskaźniki.....	114
3.4. Metoda, techniki i narzędzia badawcze.....	119
3.4.1. <i>Kwestionariusz ankiety</i>	122

3.4.2.	<i>MHLC Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (The Multidimensional Health Locus of Control Scale)</i>	123
3.4.3.	<i>GSES Adaptacja Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności (Generalized Self-Efficacy Scale)</i>	124
3.4.4.	<i>Skala Samooceny SES Morrisa Rosenberga</i>	125
3.4.5.	<i>Kwestionariusz Osobowości S.H. Schwartza</i>	125
3.4.6.	<i>Mój Styl Życia J.M. Cavendisha</i>	126
3.4.7.	<i>IZZ Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Z. Juczyńskiego</i>	127
3.5.	Metody analizy statystycznej	128
3.6.	Organizacja i przebieg badań	128
3.7.	Charakterystyka badanych grup	130
ROZDZIAŁ 4.....		159
ANALIZA I INTERPRETACJA WYNIKÓW BADAŃ WŁASNYCH.....		159
4.1.	Psychospołeczne funkcjonowanie badanych studentów	159
4.1.1.	Zachowania zdrowotne badanych studentów	159
4.1.2.	Dyspozycje podmiotowe studentów lubelskich uczelni wyższych	165
4.2.	Psychospołeczne korelaty zachowań zdrowotnych badanych studentów.....	173
4.2.1.	„Mój Styl Życia” badanych studentów	173
4.2.1.1.	<i>Spożywanie alkoholu</i>	173
4.2.1.2.	<i>Palenie tytoniu</i>	177
4.2.1.3.	<i>Ciśnienie krwi</i>	181
4.2.1.4.	<i>Waga ciała</i>	184
4.2.1.5.	<i>Sprawność fizyczna badanych osób</i>	188
4.2.1.6.	<i>Stres i niepokój wewnętrzny</i>	192
4.2.1.7.	<i>Bezpieczna jazda samochodem</i>	197
4.2.1.8.	<i>Relacje z innymi</i>	201
4.2.1.9.	<i>Odpoczynek i sen</i>	205
4.2.1.10.	<i>Ogólne zadowolenie z życia badanych studentów</i>	209
4.2.1.11.	<i>„Mój Styl Życia- wynik ogólny”</i>	212

4.2.2.	Zachowania zdrowotne badanych studentów lubelskich uczelni wyższych...	216
4.2.2.1.	<i>Prawidłowe nawyki żywieniowe badanych studentów</i>	217
4.2.2.2.	<i>Zachowania profilaktyczne studentów lubelskich uczelni wyższych</i>	221
4.2.2.3.	<i>Pozytywne nastawienie psychiczne</i>	224
4.2.2.4.	<i>Praktyki zdrowotne ankietowanych osób</i>	229
PODSUMOWANIE I WNIOSKI KOŃCOWE		236
BIBLIOGRAFIA		247
SPIS TABEL		272
ANEKS		275

STRESZCZENIE

**Streszczenie rozprawy doktorskiej pt. *Zachowania zdrowotne a dyspozycje
podmiotowe studentów lubelskich uczelni wyższych*
napisanej przez mgr Annę Kopacz w Katedrze Pedagogiki i Edukacji Zdrowotnej
pod kierunkiem
prof. dr hab. Janusza Kirenki i promotor pomocniczej dr Urszuli Olejnik**

Przedmiotem pracy było zagadnienie zachowań zdrowotnych w odniesieniu do prezentowanych dyspozycji podmiotowych studentów lubelskich uczelni wyższych. Zachowania młodego człowieka kształtują się w czasie dzieciństwa, młodości, a w szczególności, te decydujące o odpowiedzialnym podejściu do życia i zdrowia, w dobie wchodzenia w dorosłość. Wszelkie działania podejmowane przez młodych ludzi można scharakteryzować pod kątem działania prozdrowotnego i antyzdrowotnego. Młodzież akademicka stanowi szczególną grupę podatną na wpływy kulturowe, socjologiczne, psychologiczne, ale również ekonomiczne, dlatego tak ważne jest by poznać motywy postępowania.

Badania własne przeprowadzono na próbie 495 studentów przynależnych do czterech lubelskich uczelni: Uniwersytecie Marii Curie-Skłodowskiej, Uniwersytecie Medycznym, Politechnice Lubelskiej oraz Katolickim Uniwersytecie Lubelskim. Badana młodzież kształciła się zarówno na kierunkach ścisłych, społecznych oraz medycznych. Prowadzone badania miały na celu poznanie ich psychospołecznych właściwości takich jak samoocena, preferowane wartości, umiejscowienie kontroli zdrowia, poziom uogólnionej skuteczności w odniesieniu do prowadzonych stylów życia i zachowań zdrowotnych.

Cel badań niniejszej rozprawy został osiągnięty poprzez otrzymanie odpowiedzi na pytania główne, szczegółowe oraz weryfikację założonych hipotez. W pracy zaprezentowano wyniki badań uzyskane za pomocą: Inwentarza Zachowań Zdrowotnych Z. Juczyńskiego, Kwestionariusza „Mój Styl Życia” J.M. Cavendisha, Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności GSES R. Schwarzera, M. Jerusalem, Z. Juczyńskiego, Skali Samooceny SES M. Rosenberga, I. Dzwonkowskiej, K. Lachowicz-Tabaczek, M. Łaguny, Kwestionariusza Osobowości S.H. Schwartz, J. Cieniuch, Wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia MHLC K.A. Wallstona, B.S. Wallstona, R. DeVellis,

Z. Juczyńskiego. W celu uzyskania danych metryczkowych oraz dopełnienia narzędzi badawczych o bardziej szczegółowe informacje o badanej grupie, sformułowano Kwestionariusz Ankiety.

Uzyskane wyniki badań, wskazują na niski poziom prezentowanych zachowań zdrowotnych oraz obecność antyzdrowotnych stylów wśród młodzieży akademickiej. Uzyskane dane badań własnych pozwoliły na wyodrębnienie modeli zależnościowych wśród analizowanych grup studentów, co potwierdziło istnienie zależności na poziomie istotności. Dysponując mnogością cech osobowościowych badanych studentów, można stwierdzić, że są to ludzie dążący do swoich celów, chcący realizować marzenia oraz wieść życie nie zapominając o własnych potrzebach i wartościach. Nie dopuszczają myśli, że ich los zależy od przypadkowych sytuacji.

Przedstawione w niniejszej pracy rozważania dotyczące problematyki zachowań zdrowotnych rozpatrywanych w kontekście dyspozycji podmiotowych studentów lubelskich uczelni wyższych powinny stać się bodźcem do dalszej, pogłębionej eksploracji tych zjawisk.

Słowa klucze: zdrowie, zachowania zdrowotne, styl życia, studenci, edukacja zdrowotna

**Summary of the PhD dissertation entitled '*Health behaviors and subjective dispositions of Lublin universities' students'* written by Anna Kopacz, MA,
in the Department of Pedeutology and Health Education
under the direction of**

Prof. dr hab. Janusz Kirenko and the Assistant supervisor PhD Urszula Olejnik

The topic of the dissertation is related to the issue of health behaviors in relation to the presented subjective dispositions of students of Lublin Universities. Behaviors of a young person are shaped during childhood and youth, in particular, those that determine a responsible attitude to life and health while entering adulthood. All activities undertaken by young people can be characterized in terms of pro-health and anti-health effects. The academic youth is a group especially susceptible to cultural, sociological, psychological as well as to economic influences. Therefore, it is hugely important to recognize their behavior motives.

The own research was conducted on a sample of 495 students belonging to four Lublin Universities: Maria Curie-Skłodowska University, Medical University, Lublin University of Technology and Catholic University of Lublin. The surveyed youth were educated in science, social and medical faculties. The purpose of the research was to acquire knowledge of students' psychosocial properties such as self-esteem, preferred values, locus of health control, self-efficacy in relation to lifestyles and health behaviors.

The aim of the research of this dissertation was achieved by obtaining answers to the main and detailed questions and by verifying the assumed hypotheses. The paper presents the results of research obtained with the use of: Z. Juczyński's Index of Health Behavior, LSQ-Cavendish J.M. Cavendish, GSES Generalized Self-Efficacy Scale by R. Schwarzer, M. Jerusalem, Z. Juczyński, SES Self-Esteem Scale by M. Rosenberg, I. Dzwonkowska, K. Lachowicz-Tabaczek, M. Łaguna, Personality Questionnaire by S.H. Schwartz, J. Cieniuch, Multidimensional Health Locus of Control Scale MHLC K.A. Wallston, B.S. Wallston, R. DeVellis, Z. Juczyński. In order to obtain metric data and supplement the research tools with more detailed information about the surveyed group, the Questionnaire of the Survey was formulated.

The obtained research results indicate a low level of presented health behaviors and the presence of anti-health styles among university students. The obtained data of own research allowed to distinguish dependency models among the analyzed groups of students, which confirmed the existence of dependencies at the level of significance. Given the multitude of personality traits of the surveyed students, it can be concluded that they strive for their goals, want to make their dreams come true and lead a life without forgetting about their own needs and values. They do not allow the thought that their fate depends on random situations.

The deliberation, presented in this paper on the issue of health behaviors considered in the context of subjective dispositions of students of Lublin universities, should become stimulus for further, in-depth exploration of these phenomena.

Key words: health, health behaviors, lifestyle, students, health education

WSTĘP

Zachowania zdrowotne znajdują się w obszarze zainteresowań edukacji oraz promocji zdrowia. Większość zachowań człowieka koncentruje się wokół zdrowia oraz jego zachowaniu w nienagannym stanie. Kształtowanie wzorców zdrowotnych rozpoczyna się już od wczesnego dzieciństwa i wynika z mnogości źródeł i czynników, które mogą formować młodą osobę. Wśród nich możemy zaliczyć najbliższą rodzinę, znajomych, społeczność lokalną, środki masowego przekazu oraz oczywiście szkołę. Nabywane wzorce w toku życia decydują w późniejszym czasie o zachowaniach zdrowotnych już w latach adolescencji. Zachowania zdrowotne dotyczą wszelkich działań jednostki, które determinują zdrowie oraz samopoczucie człowieka. Wśród nich można wyróżnić te sprzyjające zdrowiu do których można zaliczyć np. utrzymywanie prawidłowych nawyków żywieniowych, odpowiedzialna aktywność fizyczna, odpowiednia higiena snu, odpoczynek, profilaktyka, umiejętność radzenia sobie ze stresem i wiele innych. Są jednak zachowania szkodliwe dla zdrowia człowieka, między innymi nadużywanie alkoholu, tytoniu, nieprawidłowa dieta bogata w konserwanty i przetworzoną żywność, brak dbania o kondycję sportową czy nadużywania środków odurzających (Woynarowska, 2018). Niewiele jest pojęć posiadających swoje ulokowanie w naukach społecznych, które przyjęło się tak jak styl życia. Człowiek prowadzący zdrowy styl życia gwarantuje sobie uniknięcie wielu chorób cywilizacyjnych. Niezmiernie ważnym czynnikiem kształtującym zdrowie i zachowania zdrowotne są oczywiście wzorce rodzinne oraz środowiskowe.

Młodzież akademicka stanowi grupę społeczną, która jest niezwykle podatna na czynniki kształtujące zachowania. Obecne czasy niestety nie są sprzyjające przestrzeganiu podstawowych zasad mających zachować bezpieczeństwo zdrowotne. Pomimo wszelkiego postępu technologicznego, działania mass mediów oraz dostępu do środków przekazu, zachowania zdrowotne oraz świadomość cywilizacji, odczucie ryzyka i zagrożenia są nadal na niskim poziomie (Kropornicka i in., 2015). Postęp technologiczny wprawdzie przyczynił się do ułatwienia dostępu do informacji dotyczących zdrowia, metod zaradczych czy działań służących dobrostanu psychicznemu, natomiast sprawił również osłabienie więzi rówieśniczych, przerwienie się na środki transportu ograniczające aktywność fizyczną, dostęp do szybkiego jedzenia, e-papierosów czy komunikacji pośredniej. Podczas nauki w szkole wyższej młodzi ludzie mają do czynienia

z zagrożeniami takimi jak swobodniejszy dostęp do środków odurzających, niewłaściwego odżywiania czy braku ruchu. Wynika to głównie z szybszego tempa pracy, nieregularności zajęć czy stresu związanego z utrzymaniem się w grupie (Radosz i in., 2020). Umiejętność manewrowania wśród wszelakich zagrożeń, opracowanie technik radzenia sobie ze stresem, świadomość własnego ja, kształtowanie postaw oraz praca nad obrazem samego siebie to wysiłek jaki muszą wykonywać młodzi ludzie. W zależności jakie dyspozycje posiadają, mogą oni upatrywać w nich wsparcia w budowaniu swoich zachowań. Rozwinięte cechy osobowości pozwalają młodzieży lepiej zrozumieć powagę oceniania własnych możliwości i umiejętności oraz zrozumienia co jest dla nich ważne.

Niniejsza rozprawa jest próbą określenia zależności pomiędzy prezentowanymi zachowaniami zdrowotnymi a posiadanymi dyspozycjami podmiotowymi studentów lubelskich uczelni wyższych.

Praca ma charakter teoretyczno-empiryczny i składa się z czterech rozdziałów. Ostatni z nich poświęcony jest prezentacji przeprowadzonych badań. Rozprawa ma charakter interdyscyplinarny, ważny z punktu widzenia społecznego, zdrowotnego, jak również edukacyjnego.

W rozdziale pierwszym niniejszej pracy zaprezentowano zakres pojęciowy zdrowia, zachowań zdrowotnych oraz czynników warunkujących zdrowie studentów, a także dokonano przeglądu badań zachowań zdrowotnych i stylu życia koncentrując się na grupie studentów.

Rozdział drugi stanowi podwalinę teoretyczną do przedstawienia problematyki dyspozycji indywidualnych, oczekiwań oraz przekonań zdrowotnych. Przedstawiono również teoretyczne podejście wyjaśniające istotę owych dyspozycji, a w szczególności hierarchii wartości, samooceny, poczucia uogólnionej skuteczności oraz umiejscowienia kontroli zdrowia. Dokonano również przeglądu pozycji literaturowych dotyczących badań nad dyspozycjami podmiotowymi z kraju i na świecie.

Metodologiczne podstawy badań własnych przedstawiono w rozdziale trzecim, w którym to zaprezentowano cel pracy, problemy badawcze, hipotezy, a także dokonano kategoryzacji zmiennych i wskaźników. Rozdział ten zawiera informacje i opis zastosowanych metod i technik badawczych. Scharakteryzowano również teren,

organizację i przebieg badań, a także charakterystykę badanych osób. Dodatkowo umieszczono informacje dotyczące zastosowanych analiz statystycznych.

Kolejny a zarazem kończący rozdział niniejszej rozprawy stanowi próbę odpowiedzi na postawione pytania badawcze. Zaprezentowano dane uzyskane za pomocą skonstruowanego na potrzeby badań własnych Kwestionariusza Ankiety. Za pomocą uzyskanych informacji możliwym było ustalenie podstawowych danych o badanych osobach, ich nawyków i prowadzonego stylu życia. Rozdział zawiera również dane uzyskane przy użyciu wielu narzędzi takich jak Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Z. Juczyńskiego, Mój Styl Życia J.M. Cavendisha, Wielowymiarowa Skala Umieszczenia Kontroli Zdrowia, Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności, Skala Samooceny SES M. Rosenberga oraz Kwestionariusz Osobowości S.H. Schwartza. Zaprezentowano uzyskane wyniki w zakresie każdej ze skal oraz wykrytych zależności prezentowanych zachowań zdrowotnych w odniesieniu do posiadanych dyspozycji indywidualnych.

Pracę zamyka synteza wyników badań w postaci wniosków natury praktycznej oraz teoretycznej względem przemian społeczno-kulturowych.

Rozdział 1

Teoretyczne kontekst zdrowia i zachowań zdrowotnych

1.1. Zagadnienia zdrowia, zachowań zdrowotnych oraz czynników warunkujących zdrowie studentów

Na przestrzeni lat dokonywano zmian, uzupełniano jak również tworzono nowe koncepcje zdrowia. Są one wynikiem wiedzy o celu i sensie życia, zgodną z filozofią, istotą człowieczeństwa oraz jej związkach z rzeczywistością (Woynarowska 2007; Kowalski, Gawęł 2006). W ujęciu historycznym, zdrowie funkcjonowało wyłącznie jako wyznacznik w sferze fizyczności. Natomiast dzisiaj, postrzegane jest jako składnik naszego środowiska społecznego, stylu życia i myślenia (Bishop 2000). W XX wieku uznano, że większe znaczenie ma zapobieganie i profilaktyka występowania chorób niżeli ich leczenie. Dokładano starań, by w odpowiedni sposób promować warunki umożliwiające zachowanie zdrowia, aktywności fizycznej i zawodowej w jak najlepszej kondycji (Wojtczak 2009).

Samo pojęcie zdrowia jest wieloznaczne, nieostre, trudne do zdefiniowania. W piśmiennictwie można znaleźć kilkaset jego definicji. Występuje na różnych gruntach dyscyplin takich jak: medycyna, nauki o wychowaniu fizycznym, filozofia, socjologia, psychologia, pedagogika, teologia czy ekonomia. Aby przedstawić pojęcie zdrowia, nie wystarczy skupić się na jednym obszarze, tylko podejść do niego interdyscyplinarnie (Kowalski, Gawęł 2006).

W wyniku braku jednoznacznego definiowania pojęcia zdrowia były kolejne próby redefinicji. Pojawiała się zatem propozycja, aby termin ten traktować jako dyspozycję czy też zdolność człowieka do podejmowania zmian, bycie elastycznym na te zmiany i wyzwania środowiska, które mogą umożliwić mu osiągnięcie pełni możliwości fizycznych, społecznych oraz psychicznych. Jedno z zaproponowanych ujęć- dynamiczne i interakcyjne, traktowało zdrowie jako proces poszukiwania i utrzymywania równowagi w wyniku obciążeń, jakie nieustannie nakłada na organizm otoczenie (Heszen-Niejodek, Sęk 1997).

Zdecydowany wpływ na współczesny proces definiowania zdrowia miał socjologiczny termin postulowany przez T. Parsonsa (za: Woynarowska 2007,s.19),

dla którego zdrowie to stan, w którym „jednostka wykazuje optymalną umiejętność efektywnego pełnienia ról i zadań wyznaczonych jej przez proces socjalizacji”.

W celu uchwycenia treści i wartości jakie niesie za sobą termin zdrowie, przedstawiciele różnych nurtów i dyscyplin zaangażowali się w próby zdefiniowania pojęcia. Ujęcia wykraczały poza obszar biomedyczny, akcentując tym samym aspekt psychospołeczny i duchowy w funkcjonowaniu człowieka. Zaproponowano aby zdrowie traktować m.in. jako:

1) zdolność człowieka do normalnego funkcjonowania, tj. wykonywania zadań i pełnienia ról społecznych; optymalnego rozwijania własnych możliwości fizycznych, psychicznych i społecznych; adaptacji w zmieniającym się środowisku; zaspakajania własnych potrzeb i redukcowania napięć,

2) potencjał fizyczny i psychiczny człowieka dający możliwość rozwijania różnych aktywności (samorealizacji i twórczego życia),

3) równowaga i harmonia możliwości fizycznych, psychicznych i społecznych człowieka; dyspozycja do utrzymania równowagi między organizmem człowieka a wymogami środowiska; proces równoważenia zasobów i obciążeń,

4) zdrowie jako dobra jakość życia: dobre samopoczucie, szczęście, zadowolenie z życia, samorealizacja (Woynarowska 2007, Kirenko 2017).

Zdaniem M. Demela (2008) zdrowie „należy do pojęć, które nie poddają się definicji formalnej. Jest bowiem raczej ideą, te zaś nie posiadają konkretnych desygnatów” (s. 24).

Mimo rozległego znaczeniowo pojęcia zdrowia, nadal nie powstała uniwersalna definicja pojęcia zdrowie. Zdaniem Z. Melosika (1999), „współcześnie coraz częściej akceptuje się tezę, iż nie istnieje możliwość sformułowania jednej definicji ciała, zdrowia i choroby. Nie są to bowiem stany wyłącznie obiektywne, które są dane, lecz w dużej mierze- społeczne konstrukcje (...) Mają one charakter relatywny. To, co w jednych warunkach kulturowych czy społecznych jawi się jako bezwzględnie zdrowie (stąd pożądane), w innych może stać się przyczyną lub oznaką choroby (i odwrotnie). W rezultacie też nie wydaje się możliwe stworzenie jednej „ostatecznej” (i kulturowo uniwersalnej) koncepcji promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej” (s.7).

Powszechnie znaną i najczęściej cytowaną definicją zdrowia jest ta sformułowana przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization- WHO). Definicję tę

zawarto w Preambule Konstytucji WHO, dokumencie podpisanym przez przedstawicieli 61 krajów na Międzynarodowej Konferencji w Nowym Jorku w 1946 r. Zgodnie z tą definicją, zdrowie jest „stanem pełnego dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego, społecznego, a nie tylko niewystępowaniem choroby lub niedołęstwa (niepełnosprawności)” (Wojnarowska, 2018, s.16).

Zwrócono uwagę na istotne elementy, takie jak:

- Zdrowie jest stanem pozytywnym, pewnym „dobrostanem” bądź stanem „pełnej pomyślności”. Zwrócono uwagę na wielkowieściowość zdrowia, czyli jego płaszczyznę, wymiar fizyczny, społeczny i fizyczny. Ważnym elementem zawartym w definicji zdrowia było również samopoczucie, rozumiane jako subiektywna ocena poczucia zdrowia przez człowieka (Wojnarowska, 2018).

W 1948 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) podała nieco inne, złożone i dynamiczne podejście do kwestii zdrowia, zwracając uwagę na jego promocję. Ujęcie to zostało ujawnione w Karcie Ottawskiej, a Regionalne Biuro WHO Regionu Europejskiego opublikowało kontrowersyjny dokument dotyczący promocji zdrowia. Określono ten proces jako umożliwiający jednostkom i grupom zwiększenie kontroli nad czynnikami kształtującymi i determinującymi zdrowie, w toku którego konstruuje się koncepcję stworzenia warunków i wprowadzenia stylów życia w celu jego zachowania (1948). Zdaniem R. Kościelaka (2010), „osoby zaangażowane w ten proces stoją przed zadaniem stworzenia strategii mediacji między ludźmi, a szeroko rozumianym środowiskiem po to, by dokonać odpowiedzialnych wyborów zarówno indywidualnych, jak i zespołowych, dotyczących zdrowia społecznego- dziś i w przyszłości” (s.13).

Promocja zdrowia bywa także rozumiana jako „określenie zasad działania ludzi na poziomie lokalnym, ukierunkowanych na tworzenie odpowiednich warunków, które mają wpływ na zdrowie” (s.13). Jako istotę promocji zdrowia wskazuje się znaczący wpływ na relacje pomiędzy zdrowiem a warunkami, stylem życia jednostek, jak i społeczeństwa.

We wspomnianym powyżej dokumencie jakim jest Karta Ottawska (1986), dokonano charakteryzacji działalności na rzecz promocji zdrowia i wymieniono pięć płaszczyzn:

- Rozwijanie i kształtowanie polityki krajowej, która ukierunkowana jest na zdrowie społeczne, zawierająca i łącząca takie działania jak : polityka finansowa

państwa, system podatkowy, celny, ubezpieczenia społeczne oraz świadczenia socjalne.

- Organizacja środowisk, które wspierają swoimi działaniami mechanizm wzajemnego wspierania się i rozwijania szeroko rozumianej odpowiedzialności za swój stan zdrowia i samopoczucie innych.
- Wspieranie inicjatyw społecznych na rzecz większej świadomości oraz umożliwienie dostępu do różnych źródeł pozyskiwania wiedzy prozdrowotnej.
- Kształtowanie, pogłębianie i rozwijanie jednostkowych umiejętności sprzyjających zdrowiu oraz motywacji do edukacji w środowisku lokalnym, rodzinnym i miejscu pracy.
- Reorganizacja funkcjonowania służby zdrowia, która zakłada oddziaływanie na całokształt potrzeb jednostki.

Zdaniem R. Kościelaka (2010) pojmowanie zdrowia, uwzględniając jego promocje składnia do rozumienia zdrowia jako wartości umożliwiającej jednostce całkowite wykorzystywanie swoich kompetencji, umiejętności i zdolności w celu zapewnienia sobie jak najlepszego funkcjonowania. Autor uznaje, że zdrowie jest wartością, dzięki której mogą dokonać samorealizacji, wymiany poglądów czy doświadczeń i efektywnie zmieniać środowisko. Dokonując analizy zdrowia człowieka, bierze się pod uwagę wpływ pełnionych ról społecznych, czy motywacja do zdrowego stylu życia. Koniecznym zaś wydaje się być dokonanie analizy pojęcia zdrowia przez różnych autorów, a także umiejscowienie zdrowia w hierarchii wartości człowieka.

Na fakt, iż zdrowie można traktować jako wartość, zwracają uwagę I. Heszen i H. Sęk (2008), które podkreślają, że traktowanie zdrowia jako wartości obiektywizuje je i lokuje „na zewnątrz” człowieka, czyniąc tym samym potencjalnym celem aktywności. Zdrowie zostało ujęte jako wartość w literaturze typologii M. Rokeacha (1985), natomiast brakuje go w kołowym wykresie S. Schwarza (2012), gdzie zawiera się częściowo w definicji bezpieczeństwa (zob. Heszen, Sęk, 2008).

Odrębną kwestie stanowi zagadnienie interpretowanie zdrowia przez osoby nie będące specjalistami w tej dziedzinie. Sposób, w jaki określa się zdrowie i jego ramy w codziennym życiu znacznie różni się od tego, przedstawianego w rozumieniu profesjonalnym. Rozumienie to, nacechowane jest własnymi doświadczeniami i widzą potoczną. Według Popielskiego, definiowanie zdrowia przez nieprofesjonalistów opiera się

przede wszystkim na kryterium samooceny własnego stanu zdrowia. Posługując się badaniami empirycznymi, przeprowadzonymi przez K. Popielskiego, można wyodrębnić sześć grup kryteriów zdrowia funkcjonujących w świadomości potocznej:

- brak poczucia dyskomfortu, czyli sytuacja, w której człowiek czuje się dobrze nie odczuwając symptomów chorobowych,
- kryterium medyczne, według którego, człowiek bazuje na swoich wynikach badań, które są konsultowane z lekarzem i potwierdzone brakiem chorób,
- kryterium równowagi obserwowane u osób cechujących opanowanie, zrównoważenie czy zdolnością radzenia sobie z trudnościami,
- kryterium witalistyczne, które określa zdrowie jako energię i siłę,
- kryterium funkcjonalistyczne, według którego zdrowy człowiek jest w stanie spełniać życiowe zadania,
- kryterium funkcjonalistyczne zmodyfikowane, określające zdrowych ludzi za tych, którzy są w stanie gotowości do rozwijania swoich zdolności na rzecz siebie i społeczeństwa (Popielski 1996, za: Gawęł 2003).

Wśród wymienionych istotnych, pozytywnych aspektów zawartych w definicji zdrowia, ta została również poddana krytyce. Wśród najczęstszych zarzutów znajdowały się statyczność pojęcia, brak uwzględnienia aspektu duchowości oraz nieprecyzyjność sformułowania „dobrostan”.

Ponadto we współczesnej koncepcji zdrowia WHO podkreśla się, że jest ono:

- Wartością- pozwalającą jednostce realizowanie siebie, swoich aspiracji, potrzebę satysfakcji.
- Zasobem- swoistym bogactwem, zapewniającym rozwój społeczeństwa oraz osiągnięcie odpowiedniej jakości życia.
- Środkiem, a nie celem w życiu codziennym.
- Koncepcją- wskazuje na korzyści w pozostawaniu zdrowym, w zamian negatywnych konsekwencji utraty zdrowia (Woynarowska, 2007, s.108).

B. Woynarowska (2018) proponuje różne podejścia do zdrowia:

- zdrowie jako zdolność człowieka do osiągnięcia szczytu własnych możliwości, pełnienia ról, wszechstronnego rozwoju, adaptacji w zmieniających się warunkach społecznych i kulturowych, redukcji napięć,

- zdrowie jako potencjał fizyczny i psychiczny- stwarzający warunki do rozwoju samorealizacji i twórczego życia,
- zdrowie jako równowaga i harmonia- proces równoważenia zasobów i obciążeń, dyspozycja do utrzymania równowagi między jednostką a środowiskiem, harmonia możliwości psychicznych, społecznych i fizycznych,
- zdrowie jako dobra jakość życia- dotyczy dobrego samopoczucia, szczęścia, zadowolenia z życia, samorealizacji (s.17).

Analizując literaturę dotyczącą zagadnień zdrowia, edukacji zdrowotnej, można podsumować, że zdrowie jest odrębną kategorią niż choroba. Charakteryzuje się wielkowymiarowością, oznacza dobrostan, sprzyja dobrej jakości życia, jest kategorią pozytywną (Woynarowska, 2018).

W środowisku społecznym charakter i rozumienie zdrowia przybiera inną formę. Każdy człowiek ma prawo pojmować zdrowie według swoich kryteriów, własnego sposobu myślenia. „Poznanie, jak ludzie definiują zdrowie, pozwala lepiej zrozumieć ich zachowania, ich gotowość do troski o swoje zdrowie, w tym do kształtowania zachowań mu sprzyjających” (s.19).

Podczas analizy materiału dotyczącego zdrowia, prezentowane są rozważania dotyczące zdrowia, wpisane w konkretne modele, koncepcje, paradygmaty. W niniejszej pracy model jest rozumiany jako opis zawierający główne założenia.

Model stanowiący podstawę we współczesnej medycynie to biomedyczny model zdrowia. Model ten, ukształtował się dzięki wpływom mechanistycznej teorii przyrody Kartezjusza. Szersze poznanie modelu biomedycznego wsparło rozwój medycyny, znajdowania przyczyn wielu chorób, opracowania skutecznych metod leczenia, terapii. Warto nadmienić, iż niektóre elementy biomedycznego modelu zdrowia są nadal aktualne i współgrają z współczesnym holistycznym podejściem do zdrowia.

Biomedyczny paradygmat stoi w przeciwieństwie do holistycznego modelu ujmowania zdrowia i choroby. Aby dokładniej zrozumieć różnicę, należy zasięgnąć informacji za czasów wybitnego filozofa francuskiego jakim był Kartezjusz. Otóż rozdział ciała i duszy zapoczątkował istnienie modelu biomedycznego. Po dobie Kartezjusza zaczęto zwracać uwagę na czynniki biologiczne, odkrycia naukowe co tylko potęgowało znaczenie tegoż modelu.

Model biomedyczny spowodował przeciwstawienie się dwóch pojęć: zdrowia, normalności do patologii. Model ten wskazuje, że zdrowie to stan braku zaburzeń i chorób, co czyni go obiektywnym podejściem. Wskazano, że pojęcie zdrowia i choroby są rozłączne. Zwolennicy podejścia biomedycznego uważają, że ciało składa się z elementów. Podczas gdy jedno zachoruje, można je naprawić poprzez usunięcie czy wymianę uszkodzonych części. Natomiast, w czasie choroby, ciało ludzkie pozostaje pod kontrolą specjalisty, który przywraca je do normalności czyli zdrowia. Wnioskować można, że zdrowie człowieka nie jest zależne od czynników psychicznych czy społecznych, a nawet nie od świadomej aktywności człowieka (Sęk, 2005).

Jak wskazuje Z. Juczyński (Juczyński, Ogińska-Bulik, 2008) biomedyczne podejście diametralnie wpłynęło na postęp medycyny, poznanie przyczyn wielu chorób, opracowanie skutecznych metod leczenia, czy wprowadzenie nowych technologii. Jak zauważa B. Woynarowska (2007), niektóre elementy biomedycznego podejścia są dla zdrowia aktualne i stanowią jedność z holistycznym podejściem do zdrowia.

Holistyczne podejście do zdrowia wywodzi się z holizmu (gr.holos- cały, całkowity) oznaczający całościowość. Termin ten odnosi się do „ poglądów, kierunków filozoficznych i metod ujmujących oraz wyjaśniających zjawiska w sposób całościowy, przyjmując, że przynajmniej niektóre przedmioty można określić tylko w obrębie odejmującej je całości” (Woynarowska, 2018, s.22). „W najszerszym znaczeniu holizm przedstawia próbę ujęcia wszystkich stron określonego obszaru problemowego, uwzględniając wszystkie możliwe aspekty i powiązania, aby uniknąć zbytniego uwypuklenia poszczególnych aspektów, elementów składowych całości” (Surzykiewicz, 2003, s.237). Jak wskazuje J. Aleksandrowicz (1988) „ człowiek to coś więcej niż suma komórek, tkanek, narządów. Człowiek to także coś więcej niż ciało i dusza. Człowiek pojmowany jako dynamiczny system funkcjonujący w sprzężeniu z innymi systemami, poddany oddziaływaniu środowiska przyrodniczego i społecznego, i sam na nie oddziałujący- to zupełnie inna całość’ (s.121).

Holistyczne podejście do zdrowia zakłada systemowe postrzeganie świata, w którym zdrowie rozpatrywane jest w kontekście środowiska jak również z obserwowane z perspektywy jednostki. Stanowi to wprowadzenie do istoty społeczno-ekologicznego modelu zdrowia. Zakłada on istnienie powiązań jednostkowo-

środowiskowych, wpływu czynników na zdrowie człowieka jak również koncentruje się na opiece i dostępie do zdrowia.

Holistyczne podejście do zdrowia zakłada, że „zdrowie człowieka stanowi „całość”, złożoną z kilku powiązanych ze sobą i zależnych od siebie wzajemnie wymiarów (...) zachowujących pewien rodzaj równowagi” (Wojnarowska, 2018 ,s.23). Wśród wymiarów można wyróżnić:

- Zdrowie fizyczne- odnosi się do funkcjonowania organizmu, odpowiedniej budowy, braku czynników chorobowych, zdolność do wykonywania aktywności.
- Zdrowie psychiczne- według definicji WHO (2014) „zdrowie psychiczne to dobrostan w którym każdy człowiek realizuje swój własny potencjał, może radzić sobie z normalnymi stresami codziennego życia, wydajnie pracować i jest zdolny do uczestnictwa w życiu swojej społeczności”.
- Zdrowie społeczne- zdaniem M. Demela (2008) „zdrowym społecznie miałby być osobnik, który dobrze czuje się w różnorodnych rolach społecznych i w grupie społecznej, a przy tym osiąga wzajemność: innym też jest z nim dobrze” (s.12).
- Zdrowie duchowe- według Z. Kubińskiej (2010) zdrowie duchowe określa jako „transcendentną moc wewnętrzną człowieka wynikającą z prawidłowego funkcjonowania rozumu, woli, sumienia i wyobraźni, kierującą jego zachowaniami” (s.36).
- Zdrowie seksualne- według WHO (2001) to „zespół biologicznych, emocjonalnych, intelektualnych i społecznych aspektów życia seksualnego, ważnych dla pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości” (zob. Wojnarowska, 2018, s.25).
- Zdrowie prokreacyjne- definiuje się jako „stan pełnego dobrostanu (well-being) w aspekcie fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie wyłącznie brak choroby lub niedomagań związanych z układem rozrodczym oraz jego funkcjami i procesami we wszystkich okresach życia” (s.25).

Koncentrując się na podejściu holistycznym zdrowia, należy zaznaczyć, że uznaje on wzajemne powiązania i oddziaływania psychiki na funkcje somatyczne i psychikę ludzką. Bazując na medycynie behawioralnej, włącza zachowania wspomagające zdrowie bądź działające jako poważne czynniki ryzyka. Definiuje zdrowie jako „proces stałego dynamicznego równoważenia potrzeb człowieka i wymagań otoczenia. O poziomie

zdrowia decydują zasoby człowieka (wewnętrzne i znajdujące się w środowisku) oraz wymagania, zwane też często stresorami” (Sęk 2005, s.62).

Przełomowym modelem w naukach o zdrowiu stał się model salutogenezy, opracowany przez A. Antonovsky’ego w latach 70. XX wieku. Aaron Antonovsky, socjolog medycyny, prekursor koncepcji, przyjął założenie, iż „dynamiczny stan chwiejnej równowagi jest normalnym sposobem funkcjonowania człowieka” (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008, s.36). Wskazuje na obecność stresorów w codziennym życiu i reakcji człowieka względem nich w celu zachowania równowagi. Procesy zdrowia polegają na bazowaniu na dostępnych pokładach energii by tę równowagę utrzymać bez jej zakłócenia. Jak wskazuje Z. Juczyński (2008) „zdrowie jest procesem przemieszkania się kontinuum wyznaczonym na jednym krańcu zdrowiem, na drugim chorobą i zmienia się w odpowiedzi na pojawiające się wymagania”. Choroba natomiast jest „rezultatem niewydolności tego procesu na skutek braku energii i/lub umiejętności, aby sprostać tym wymaganiom” (s.36). Prekursor tego modelu owe kontinuum tłumaczy dwoma konstruktami. Pierwszy dotyczy pojęcia „uogólnionych zasobów odpornościowych” (ang. generalized resistance resources - GRR), drugi zaś- poczucia koherencji (ang. sense of coherence - SOC). Obydwa konstrukty dotyczą podmiotu w sferze osobowości, biologii i psychologii, uwikłany w kontekst społeczno-kulturowy (Juczyński 2008). W tradycyjnym modelu biomedycznym przeważa podejście patogenetyczne, koncentrujące się na chorobach, zaś A. Antonovsky wprowadza założenie, iż „stanem normalnym organizmu człowieka jest homeostaza i porządek” (s.25). Koncepcja salutogenezy zakłada, że jest to stan normalny organizmu człowieka, dokonujący ciągłych zmian wewnętrznych i zewnętrznych (Woynarowska, 2017).

Oprócz wymienionych konstruktów, poziom zdrowia według A. Antonovsky’ego determinują stresory (fizyczno-biologiczne, psychospołeczne, krótkotrwałe i przewlekłe) oraz wszystkie zachowania składające się na jego styl życia. Wszystkie te czynniki związane są z wymaganiami sytuacyjnymi, środowiskowymi i życiem codziennym (Juczyński 2008).

Model salutogenezy zwraca uwagę również na znaczenie motywów zdrowotnych obejmujących stopień zainteresowania własnym zdrowiem, co przekłada się na gotowość podjęcia zachowań na rzecz jego utrzymania. Według I. Heszen-Niejodek (1997) optymalne jest średnie natężenie motywacji, a brak zainteresowania własnym stanem

zdrowia prowadzi do jego zaniedbania. Autorka zwraca uwagę również na to, że nadmierna koncentracja na zdrowiu wydaje się bezpodstawną, gdyż można prowadzić do niepotrzebnego niepokoju i zbędnej aktywności (Heszen-Niejodek 1997, Juczyński 2008).

Założenia modelu salutogenezy trafnie podsumowuje M. Binkowska- Bury (2009):

1. Model nie uznaje dychotomii między zdrowiem a chorobą, lecz plasuje je na kontinuum zdrowie-choroba.
2. Nie dokonuje podziału między ludźmi zdrowych i chorych, natomiast umiejscawia osobę na kontinuum chroniąc tym samym badaczy przed koncentracją na etiologii danej choroby.
3. Zamiast koncentrować się na stresorach, wskazuje na zasoby umożliwiające radzenie sobie w sytuacji stresującej.
4. Wyszczególnia stresory jako odpowiedzialne za patogenezę, ale również za pomocne zdrowiu- orientacja na charakterze czynnika i możliwości człowieka do poradzenia sobie ze stresem.
5. Zaleca, aby skoncentrować się na problemie jakim jest przystosowanie do środowiska w którym obecność stresorów jest naturalna i nieunikniona.

W społeczeństwie zdrowie traktowane jest jako coś pożądanego, dobrego. Przybiera ono znamię wartości i zasobu dla każdego człowieka. Określenie wartość jest niejednokrotnie używana w naukach społecznych, przyrodniczych, ekonomicznych. W rozważeniach na temat wartości zdrowia należy dokonać rozróżnienia na wartość „zdrowie” i wartość zdrowia. Wartość „zdrowie”(Puchalski, 1997; Ziółkowski 2002; Woynarowska, 2018) odnosi się do:

- a. Wartości odczuwalnej- uznaną przez jednostkę jako rzeczywiście ceną, pożądaną, wyznaczającą działania, która zależna jest od stanu fizjologicznego organizmu.
- b. Wartości uznawanej- są to przekonania jednostki, że zdrowie powinno być doceniane ze względu na wartość samą w sobie. Przekonanie to nie bazuje bezpośrednio na emocjach, lecz na elementach powinności.

Pojęcie wartości zdrowia zaś, określane jest jako siła, z jaką jest ono ceniowane lub pożądane i odpowiada podziałowi:

- a. Wartości uroczyste- czyli wartości wyższe, kojarzone z szacunkiem, publicznie manifestowane jako cenne.
- b. Wartości codzienne- związane z codziennym życiem jednostki, jego celami, dążeniami.

W niniejszej pracy posłużono się narzędziem umożliwiającym stwierdzenie na jakim miejscu student hierarchizuje zdrowie w swoim systemie wartości. Zdrowie jest rozpatrywane jako zasób w perspektywie jednostkowej, jak również społecznej. Podczas pomiaru, który będzie stanowił podstawę do wnioskowania uwzględnia się wskaźniki zdrowia. Pozwalają one na ocenę skali zjawiska w konkretnym czasie z perspektywy studentów różnych kierunków. Wśród mierników zdrowia wyróżnić można mierniki obiektywne takie jak wyniki badań laboratoryjnych oraz mierniki subiektywne, których oceny dokonuje sam człowiek (Woynarowska, 2018). Podaje się rozróżnienie na mierniki pozytywne i negatywne. Pierwsze, określają sprawność organizmu, stan zdrowia psychicznego, częstość podejmowania zachowań prozdrowotnych, czy działania mające na celu ochronę zdrowia. Mierniki negatywne zaś, wyrażają nasilenie zjawisk o charakterze negatywnym (działania ryzykowne, nasilenie zgonów). Dane uzyskiwane dzięki ankietom są głównym źródłem wskaźników pozytywnych dostarczających informacji o czynnikach warunkujących zdrowie.

Zdrowie jednostki jak również społeczeństwa zależy od wielu czynników. Niezwykle wartościowy wkład w zmianę postrzegania czynników warunkujących zdrowie, miał kanadyjski minister zdrowia i opieki społecznej M. Lalonde. Zaproponował on koncepcję pól zdrowia (health field concept). Pola te zawierały czynniki takie jak środowisko, biologia człowieka, styl życia oraz organizację opieki zdrowotnej (Woynarowska, 2018). W latach 90. dokonano rozbudowania czynników o kolejne: edukacja, środowisko fizyczne, zatrudnienie, służba zdrowia, zachowania zdrowotne, sieci wsparcia społecznego, zarobki, prawidłowy rozwój w dzieciństwie.

W swojej pracy M. Lalonde zwrócił uwagę na styl życia i zachowania zdrowotne, natomiast znaczenie drugorzędne przypisał czynnikom biologicznym, środowiskowym i opiece zdrowotnej. Autor przypisał duże znaczenie opiece zdrowotnej jako części środowiska społeczno-ekonomiczno-politycznego. Natomiast, ze względu na bezpośredni związek ze zdrowiem jest traktowana jako odrębna grupa czynników (por. Jaczewski i Komosińska, 2004, za: Karski, 2003).

Powołując się na Raport Lalonde'a z 1978 roku, A. Ostrowska (1999, s.27-30) pisze o „polu zdrowia” uwarunkowanym przez:

- biologię człowieka (czyli czynniki genetyczne, wiek, płeć),
- czynniki środowiska zewnętrznego (jego zewnętrzne elementy, na które jednostka ma niewielki wpływ),
- czynniki związane ze stylem życia (zbiór działań oraz podejmowanych decyzji, które mogą mieć realną szansę wpływu na zdrowie jednostki),
- efekt działania medycyny (organizacja opieki medycznej, dostęp do niej, organizacja czy rodzaj).

Kolejnym podejściem w celu stworzenia spójnej koncepcji czynników warunkujących zdrowie było stworzenie mandali zdrowia zawierający aspekty ducha, ciała i rozumu. W najbliższym otoczeniu dla jednostki była rodzina, która w największym stopniu oddziałuje na zdrowie człowieka, a na najdalej położonym kręgu mandali znalazła się biosfera i kultura (Borzucka-Sitkiewicz, 2006). W modelu wyróżniono cztery grupy czynników warunkujące zdrowie rodziny i samej jednostki:

- czynniki biologiczne,
- zachowania indywidualne,
- środowisko fizyczne,
- środowisko psychosocjoekonomiczne.

Powyższe elementy powiązane są elementami takimi jak : styl życia, system opieki zdrowotnej, praca lub jej brak, środowisko przekształcane przez człowieka.

Według koncepcji A. Antonovsky'ego, czynniki warunkujące zdrowie to : sensory, poczucie koherencji, zasoby odpornościowe, styl życia oraz zachowania związane ze zdrowiem. Wyniki badań nad istotą zdrowia (zob. Żuchelkowska, 2016) wskazują, że dla zdrowia jednostki ważne znaczenia mają styl życia, genetyka, zachowania zdrowotne, środowisko społeczne, fizyczna oraz opieka medyczna. Istotną sferą zachowania zdrowia są również emocje i uczucia towarzyszące człowiekowi w cyklu życia, które warunkują zachowanie zdrowia.

Czynniki warunkujące zdrowie (Jacennik, 2008) obejmują czynniki wpływające na zachowania zdrowotne. Jak wskazuje autorka, wyposażenie genetyczne ma duży wpływ na proces kształtowania się cech osobowościowych, temperamentalnych i wydolności psychofizycznej człowieka. Każdy z czynników jak: środowisko fizyczne i społeczne,

opieka zdrowotna i profilaktyka „wpływają na zachowania zdrowotne poprzez stwarzanie warunków ich realizacji; mogą utrudniać realizację zdrowych zachowań i sprzyjać zachowaniom antyzdrowotnym lub odwrotnie- sprzyjać zachowaniom prozdrowotnym i wygaszać zachowania antyzdrowotne” (s.26).

Wszystkie wymiary zdrowia są ze sobą powiązane i każdorazowa zmiana w jednym czynniku warunkuje zmianę innych. Naczelną zasadą utrzymania stanu zdrowia jest zachowanie homeostazy między poszczególnymi wymiarami.

Problematyka uwarunkowań zdrowotnych jednostki i społeczeństwa stanowi w dalszym ciągu przedmiot zainteresowań badaczy. Często grupę badanych stanowi młodzież akademicka, a więc środowisko w znacznym stopniu narażone na występowanie niekorzystnych zjawisk zdrowotnych (Mędręła-Kuder, 2004; Szyndera, 2004; Banaszkiewicz 2003; za: Binkowska-Bury 2009). Zaleca się by ciągle aktualizować wiedzę wśród społeczności akademickiej w celu skuteczniejszego planowania i podejmowania działań kształtujące zachowania w kontekście zdrowia i wyborów.

Zasoby istotne dla zdrowia człowieka określane są jako potencjały zdrowia. Według I. Heszen i H. Sęk (2007) zasoby obejmują psychologiczne, biologiczne, interpersonalne właściwości osoby oraz posiadane systemy wsparcia. Wśród zasobów, jakimi jednostka może dysponować zaliczyć można:

1. Poczucie własnej wartości- często utożsamiana z samooceną, która wpływa pozytywnie na regulację zachowania. W niniejszej pracy poziom samooceny dokonuje się przy pomocy Skali Rosenberga (SES).
2. Poczucie własnej skuteczności- bazuje na koncepcji i teorii Bandury. Przekonanie o własnej skuteczności można kształtować na przykład poprzez bezpośrednie i pośrednie doświadczenia, stany fizjologiczne i wzbudzone emocje. Pomiaru poczucia własnej skuteczności w tej pracy, dokonuje się przy pomocy Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności Schwarzera (GSES).
3. Optymizm- wiąże się z pozytywnym ustosunkowaniem się do otaczającego świata. Optymizm na działania ochronne, pozwalające zwalczyć chorobę bądź w większym stopniu wierzą w skuteczność podjętych kroków ku wychodzenia z choroby.

4. Poczucie koherencji- jest to „orientacja życiowa człowieka, wyrażająca stopień w jakim człowiek ma dominujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że :
 - a. bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska zewnętrznego i wewnętrznego mają charakter ustrukturalizowany, przewidywalni i wytłumaczalny,
 - b. dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce, oraz
 - c. wymagania te są dla niego wyznawaniem wartym wysiłku i zaangażowania” (Antonovsky, 2005, s.34)
5. Umiejscowienie kontroli zdrowia- wywodzi się od teorii uczenia się Rottera, a w odniesieniu do zdrowia dotyczy przekonań na temat źródeł jego kontroli. Obserwuje się związek między własnym zachowaniem jednostki a występującymi po nich wzmocnieniami. W niniejszej pracy została zastosowana Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC).
6. Prężność psychiczna – charakteryzuje osoby ze stabilnością emocjonalną, upatrujące szanse przy pokonywaniu trudności czy sytuacje stresowe traktujące jako wyzwania.

Analizując literaturę przedmiotu, stwierdza się, że paradygmat socjoekologiczny wniósł wiele rozważań teoretycznych jak również empirycznych. Paradygmat ten jest rozwinięciem paradygmatu holistycznego. Wraz ze zwiększaniem wiedzy i świadomości w dziedzinie zdrowia, zauważa się bezpośrednie lub pośrednie związki między komponentami osobowości a zachowaniami zdrowotnymi. Zachowania te są kształtowane i modyfikowane na drodze socjalizacji poprzez czynniki społeczne, jak również przez czynniki osobowościowe. Nawiązując do teorii poznawczo-społecznej, myśli, emocje oraz zachowania ludzkie zawierają się w ciągu zdarzeń przyczynowo-skutkowych. Zdrowie i choroba zaś, włączone są w pojęciowy i afektywny system jednostki, który obejmuje:

- Wartości, przekonania i cele odnoszące się do utrzymania zdrowia, zapobiegania chorobom i reagowania na dolegliwości i objawy chorobowe,
- Informacje na temat chorób, zachowań zagrażających bądź sprzyjających zachowaniu zdrowia,

- Spostrzeganie własnych kompetencji i skuteczności, tworzonych na podstawie swoich dotychczasowych doświadczeń,
- Oczekiwania i własne sposoby radzenia sobie z sytuacjami trudnymi (Juczyński, 2003).

Zdrowie jest najważniejszym oraz podstawowym dobrem wskazywanym przez polskie społeczeństwo, jak również problemem, a w szczególności dla młodego człowieka, który większość czasu poświęca przygotowaniom do egzaminów i bieżącej nauce.

Młodzież akademicka, która stanowi grupę badanych, w roku 2021/2022 mogła się kształcić w Polsce na 362 uczelniach. Jak podaje GUS w raporcie z 15 czerwca 2022 r. w porównaniu z rokiem 2020/2021 odnotowano wzrost liczny studentów o 0,2%. Jak wskazują dane, w roku akademickim 2020/2021 dyplom ukończenia studiów otrzymało 297,4 tys. absolwentów, o 3,9 tys. więcej niż w roku poprzedzającym. Nieco ponad połowa studentów, bo 58,4% stanowiły kobiety. Co niepokojące, to fakt, iż w porównaniu z rokiem 2010/2011, liczba studentów zmniejszyła się o 33,8%, a liczba absolwentów aż o 40,2%. Zdecydowana większość studentów (61,7%) wybrała kształcenie niestacjonarne. Wśród najczęściej wybieranych kierunków studiów znalazły się: biznes, administracja i prawo (22,5%), technika, przemysł, budownictwo (po 14%), zdrowie i opieka społeczna (12,8%) oraz nauki społeczne, dziennikarstwo i informacja (12,3%) (<https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/edukacja/edukacja/szkolnictwo-wyzsze-w-roku-akademickim-20212022-wyniki-wstepne,8,8.html>, dostęp: 17.01.2023r.).

Kluczowymi danymi stanowiącymi wprowadzenie w sytuację zdrowotną Polaków jest ocena stanu zdrowia, przygotowana przez GUS w 2019 r. Warto zaznaczyć, że jest to najnowszy dokument zawierający dane o poziomie zdrowia Polaków, ich samopoczuciu, stylu życia. W raporcie zawierają się również informacje dotyczące analizy osób z niepełnosprawnościami pod kątem zdrowia, jak również działań profilaktycznych oraz poziomu korzystania z usług zdrowotnych i stosowania leków. Warto nadmienić, iż raport został opracowany przed pandemią Covid-19, także wyniki należy traktować zdecydowanie odmiennie od deklarowanego stanu zdrowia Polaków po czasie kryzysu. Jako fundamentalne pytanie dotyczące zdrowia jest jego ocena. W 2019r. zdecydowanie przeważały zdania o dobrym i bardzo dobrym stanie zdrowia (blisko 67%) nad złym czy bardzo złym (około 9%). Subiektywna ocena własnego zdrowia zachowuje spadek, który jest związany wraz z wiekiem. W grupach wieku poniżej 20 lat, badani wskazywali na

dobry i bardzo dobry stan zdrowia (blisko 92%), natomiast w grupie 20-29 lat ocena była niemalże identyczna (ponad 89%). Spadek deklaratywnej oceny zdrowia zanotowano u osób w wieku co najmniej 50 lat. W 2019r. mężczyźni lepiej postrzegali swój stan zdrowia niż kobiety (odpowiednio 70% i 64%) jako dobry lub bardzo dobry. Drugie zagadnienie badające stan zdrowia Polaków zawierało się w kwestii występowania długotrwałych problemów zdrowotnych trwających nie mniej niż 6 miesięcy. Niemalże połowa Polaków (49%) boryka się z długotrwałymi problemami bądź chorobami przewlekłymi. Częstotliwość zaburzeń i chorób rośnie z wiekiem. O ile wśród młodych osób (do 30 roku życia) problemy te nie były dosyć powszechne (28%), dane te już w 2019 r. mogły być alarmujące i wskazywać na możliwy wzrost w przyszłych latach. Co czwarty dorosły w wieku co najmniej 15 lat choruje przewlekłe na wysokie ciśnienie krwi oraz bóle dolnej partii pleców lub inne dolegliwości pleców. W grupie u osób do 29 roku życia najczęściej (9%) wskazywaną dolegliwością były alergie. Dane zawarte w raporcie wskazują, iż w dwóch najmłodszych grupach wiekowych występowały raczej niskie odsetki osób z nadwagą lub otyłością (16% w wieku 15-19 lat i 35% u osób w wieku 20-29). Odsetek osób deklarujących odczuwanie bólu wzrasta również z wiekiem. Grupa osób młodych rzadziej skarżyła się na odczuwane dolegliwości bólowych: trzydziestolatkowie- 39%, dwudziestolatkowie- 33% oraz osoby w wieku 15-19 lat – 17%. Również wskaźnik częstotliwości występowania objawów, mogących świadczyć o depresji stanowi niską wartość wśród osób w wieku 15-29 lat. (<https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2019-r-,26,1.html>, dostęp: 05.01.2023r.).

Jak wskazuje J. Pyżalski (2021), zdrowie psychiczne i dobrostan młodych ludzi w czasie pandemii Covid-19 uległ znacznemu pogorszeniu. Realizowana nauka w formie zdalnej obecna w krajach na całym świecie diametralnie odbiła się na życiu młodych ludziach, wprowadzając niezaspokojone potrzeby, nieznane dotąd stresory (Poleszak, Pyżalski, 2020). Szczególnie wymagającym czasem okazał się moment ogłoszenia w marcu 2020 roku przejścia na naukę zdalną, który okazał się doświadczeniem silnego kryzysu (Bilicki, 2020).

Dobrostan oraz zdrowie, przede wszystkim psychiczne to znaczący problem w dziedzinie zdrowia publicznego. W dobie pandemii, kluczowym było zapewnienie odpowiedniego wsparcia w placówkach dla uczniów, rodziców, ale również samych

nauczycieli. Badania podjęte w czasie pandemii spotkały się z krytyką dotyczącą rzetelności i formy. Warto dodać, iż w większości przypadków, respondent otrzymywał link do badania (Jaskulska, Jankowiak, 2020). Jest to niezwykle wygodny sposób, jednak należy pamiętać, że uzyskane wyniki należy traktować rozważnie przy szacowaniu uzyskanych danych (Pyżalski, 2021).

R. Drozdowski i in. (2020) w raporcie dotyczącym życia w czasie pandemii, największe obawy i lęki związane były z groźbą straty pracy, niejasną sytuacją życia codziennego oraz niemożnością dokończenia tego, co się zaczęło np. matura.

Wśród zagranicznych pozycji literaturowych również pojawiały się jasne argumenty i zdania, iż pandemia w 2020 roku przyniosła fatalne skutki dla zdrowia również uczniów. Jak wskazuje E. Golberstein i in. (2020) pandemia Covid-19 mogła się przyczynić do pogorszenia zdrowia psychicznego, doprowadzić do większej liczby zachorowań wśród dzieci i młodzieży ze względu na „wyjątkowe połączenie kryzysu zdrowia publicznego, izolacji społecznej i recesji gospodarczej” (s. 819-820). Autorzy nadmieniają również, że spowolnienie gospodarcze wiąże się ze zwiększonymi problemami ze zdrowiem psychicznym młodzieży, na które istotnie wpływa wyższy wskaźnik bezrobocia, stan zdrowia psychicznego dorosłych oraz maltretowanie dzieci w domach.

Warto podkreślić, że w czasie pandemii to szczególnie młodzi ludzie byli narażeni na negatywne skutki tego kryzysu zdrowia. Poważne trudności w dostępie do systemu opieki zdrowotnej i możliwości leczenia miały osoby leczone z powodu np. nowotworów (Kosir, Loades, Wild, 2020). Lekarze musieli podejmować bardzo trudne decyzje służące „zbalansowaniu ryzyka opóźnienia leczenia onkologicznego z ryzykiem narażenia podatnego pacjenta z nowotworem na infekcję wirusową” (s.4415). Okazało się, że w czasie pandemii co trzeci młody człowiek odczuwał lęk i silny stres. Ponad 60% wskazywało również, że częściej te emocje towarzyszą mu po kryzysie zdrowotnym niż przed. Pośród wymienianych czynników negatywnie wpływających na ich dobrostan znalazły się również: zgeneralizowany lęk, obawy o swoje zdrowie, poczucie samotności, obawy związane z kwestią finansową. (Kosir i in., 2020).

W przeprowadzonych badaniach FDDS dotyczących młodych dorosłych i ich funkcjonowania w czasie pandemii, istotnie częściej identyfikowano problemy, którzy

mieszkali z osobą z zaburzeniami psychicznymi, nadużywającą środków psychoaktywnych, czy uzależnioną od alkoholu (Makaruk i in., 2020).

Niepokojące dane zauważyli również badacze z Chin, gdzie w sumie 53,8% respondentów oceniło psychologiczny wpływ pandemii jako umiarkowany i ciężki, natomiast 16,5% zgłosiło objawy depresji o nasileniu od umiarkowanego do ciężkiego. Warto dodać, iż w badaniach Wang i in. (2020) zaprezentowano dane wskazujące na ogromną ilość czasu jaką młodzi ludzie spędzali w domu (20-24h dziennie). Częsta obecność w domu przyczyniała się również do korzystania z Internetu jako głównego przekątnika informacji o zdrowiu oraz bazy danych o pojawiających się problemach ze zdrowiem.

Generalnie badania dotyczące sytuacji młodych ludzi po pandemii jasno wskazują na obniżenie się poziomu zdrowia jak również przejście na styl antyzdrowotny. Oznaczać to może, że w dobrej gestii byłoby poszerzenie działań promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej nastawionej na szerzenie prozdrowotnego stylu życia.

1.2. Zachowania zdrowotne

W utrzymaniu i wzmacnianiu własnej kondycji zdrowia niezwykle istotne miejsce zajmują same zachowania zdrowotne. Są to podjęte działania intencjonalnie, których celem jest utrwalenie lub podnoszenie potencjału zdrowia, niezależnie od ich skuteczności (por. Ostrowska, 1999).

Zdrowie, według najbardziej znanej definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), to stan pełnego, dobrego samopoczucia fizycznego, społecznego oraz psychicznego, a nie wyłącznie brak choroby (Kulik, 2002). Zwraca się również uwagę, iż pojęcie to charakteryzuje wielowymiarowość, a jednym z najważniejszych czynników zachowania dobrego zdrowia jest podejmowanie przez człowieka aktywności, które przybierają formę pewnych zachowań służących otrzymaniu bądź przywróceniu zdrowia lub powodujących negatywne i szkodliwe dla zdrowia skutki (Heszen, Sęk, 2007).

W literaturze istnieje wiele ujęć pojęcia „zachowania zdrowotne”. Uwzględniając skutek podejmowanych zachowań należy wyróżnić zachowania prozdrowotne i antyzdrowotne. Zachowaniami prozdrowotnymi określa się korzystne dla zdrowia, promujące zdrowie, zapobiegające chorobom, a w przypadku zachorowania jednostki, są to zachowania mające na celu wyjście z choroby. Zachowania antyzdrowotne natomiast,

inaczej określane jako ryzykowne i niekorzystne dla zdrowia, szkodzą bądź zagrażają zdrowiu, a w przypadku pojawienia się choroby u człowieka, znacznie utrudniają proces wychodzenia z choroby (Dolińska-Zygmunt, 1996).

A. Frączek i E. Stępień (1997) wskazują, że zachowania zdrowotne mogą mieć wpływ na zdrowie jednostki w dwojaki sposób: bezpośredni i doraźny oraz pośredni i w dalszej perspektywie, mogąc sprzyjać lub szkodząc utrzymaniu optymalnego stanu zdrowia psychicznego i/lub fizycznego. Kształtują się one bowiem w trakcie socjalizacji jednostki, szczególnie dzięki relacjom z najbliższym otoczeniem społecznym.

W ujęciu celowościowym zachowania zdrowotne rozumiane są jako czynności ukierunkowane na osiągnięcie zamierzonych i wcześniej określonych celów dotyczących zdrowia, a cele te mogą być pozytywne (unikanie chorób, poprawa stanu zdrowia, ochrona, profilaktyka,) oraz negatywne, szkodliwe dla zdrowia, ale także nieodpowiednia ilość zachowań o charakterze prozdrowotnym (Heszen-Klemens, 1979).

Natomiast w podejściu o charakterze celowościowo-funkcjonalnym, takimi zachowaniami zdrowotnymi są wybrane „przez obserwatora lub/i podmiot działania, [...] zachowania (czy typy zachowań), które na gruncie pewnego systemu wiedzy (np. przekonań potocznych, danej koncepcji naukowej, ideologii społecznej itp.) pozostają w istotnym, określonym w przyjętej opcji związku ze zdrowiem ujmowanym w znaczeniu ustalonym w systemie wiedzy” (Puchalski, 1990, s.56).

Z kolei D. S. Gochman (1988; por. Juczyński, 2001) ukazuje nieco inne ujęcie zachowań zdrowotnych, twierdząc iż są to „ takie osobiste atrybuty, jak przekonania, oczekiwania, motywy, spostrzeżenia i inne elementy poznawcze, właściwości osobowościowe, włączając stany i cechy uczuciowe i emocjonalne, wzorce jawnego zachowania, działania i nawyki, które wiążą się z utrzymywaniem, odzyskiwaniem i polepszaniem zdrowia” (s.112). W ujęciu tym stwierdza się, że zachowania zdrowotne mogą mieć charakter reaktywny, będąc niejako odpowiedzią na wymagania stawiane przez społeczeństwo oraz charakter nawykowy, wskutek procesu socjalizacji lub intencjonalny, jako działanie celowe, uwarunkowane wiedzą i świadomością zdrowia (za: Heszen, Sęk, 2007).

Podobnie zachowania zdrowotne definiuje H.S ęk (Sęk, 2000; za: Bajcar, Abramciów, 2011), wyjaśniając, że są to „reaktywne, nawykowe i celowe formy

aktywności człowieka, które pozostają na gruncie wiedzy obiektywnej o zdrowiu i subiektywnego przekonania, w istotnym, wzajemnym związku ze zdrowiem” (s.539).

A. Łuszczynska (2004) przez zachowania zdrowotne rozumie wszelkie działania człowieka, które podejmuje ze względów zdrowotnych bądź takie, które mają udokumentowany wpływ na zdrowie. J. Nosko (2005) natomiast zwraca uwagę na aspekt przyczynowo-skutkowy zachowań zdrowotnych jednostki. Uważa, że zachowania te ukształtowane są historycznie i jest to zasługa wielu czynników jak również przynależność do grup społecznych, stymulowanie koniecznością zachowania zdrowia i życia oraz zapobiegania chorobom, wiążąc tym samym z podjęciem leczenia. D.S. Bond i in. (2004, za: Kirenko, 2017) twierdzą, aby zachowania zdrowotne określić jako formę aktywności człowieka ukierunkowaną na zdrowie jako styl życia, na który składają się dwa predykatory : psychiczny (odpowiedzialność za zdrowie, pozytywne nastawienie psychiczne, samokontrola organizmu) oraz fizyczny (aktywność fizyczna, wypoczynek, nałogi, sen, dieta). B. Tobiasz-Adamczyk (2000) zdefiniowała zachowania zdrowotne jako wszelkie aktywności, które mają na celu utrzymanie zdrowia, bądź przywrócenie go ze stanu niedomagania, a także wszelkie reakcje jednostki wywołane pogorszeniem się samopoczucia, bądź wystąpieniem objawów chorobowych (za: Dolińska-Zygmunt, 2001).

I. Heszen i H. Sęk (2007), biorąc pod uwagę zasady konstruowania pojęcia „zachowania zdrowotne”, ustaliły kryteria ich klasyfikacji. Zachowania zdrowotne można zatem podzielić ze względu na :

- funkcję zachowania względem zdrowia- korzystną bądź niekorzystną,
- poziom organizacji behawioralnej- nawyk lub czynność,
- poziom świadomości i cel zachowania,
- poziom zdrowia, w stosunku do którego podejmuje się zachowanie,
- pełnioną rolę społeczną,
- treść zachowania, sferę życia i aktywności (s.98).

Autorki dużą uwagę zwracają, że z punktu widzenia psychologii zdrowia istotny jest podział na nawyki i celowe czynności zdrowotne. Nawyki rozumieć należy jako zachowania, które są wynikiem procesów socjalizacyjnych i kulturowych. Są one wykształcane na wczesnym etapie rozwoju człowieka i prawdopodobnie jest to jedna z najstarszych kategorii zachowań związanych ze zdrowiem, ponieważ ma ona na celu czynności zapobiegawcze zatruciom, zapaleniom czy zakażeniom. Do tego typu zachowań

zaliczyć można na przykład mycie zębów, ciała, jak również owoców przed bezpośrednim spożyciem. Kluczową rolę w tym ujęciu jest również modelowanie zachowań prozdrowotnych związanych z podejmowaniem i utrzymywaniem aktywności fizycznej jednostki w wolnym czasie. Zachowania intencjonalne, inaczej zwane celowymi, to czynności o charakterze zdrowotnym, które człowiek nabywa w trakcie socjalizacji i rozwoju, gdy nowe role społeczne określają nowe zadania np. świadoma decyzja o powiększeniu rodziny i obejmujące czynności zdrowotne związane z całym procesem.

Mając na uwadze podział zachowań zdrowotnych, można również wskazać klasyfikację wyodrębniającą zachowania w sytuacji zdrowia (promocja zdrowia, profilaktyka) i zachowania w sytuacji choroby (świadczenia pomocowe, poszukiwanie diagnozy, wejście w rolę chorego, pacjenta, podjęcie samoleczenia) (Heszen, Sek, 2007).

Niewątpliwie jedną z najwcześniejszych klasyfikacji zachowań zdrowotnych została zaproponowana przez S. V. Kasla i S. Cobba (1966, za: Binkowska-Bury, Więch, 2016). Autorzy ci rozróżnili trzy stany świadomości człowieka: stan pełnego zdrowia („jestem zdrowy”), stan złego samopoczucia („czuję się chory”) i stan choroby („jestem chory”). W tym ujęciu:

- Zachowania zdrowotne w zdrowiu obejmują aktywność jednostki zdrowej i mogą być ukierunkowane na działania wzmacniające zdrowie, zapobieganie chorobie bądź ich możliwe wczesne wykrywanie.
- Zachowania zdrowotne w doświadczaniu choroby mogą towarzyszyć zarówno w bezobjawowym toku choroby, jak również medycznie zdiagnozowanej jednostce chorobowej. W doświadczaniu stanu niedomagania możliwymi zachowaniami są : poszukiwanie wyspecjalizowanej pomocy, wycofanie z życia społecznego, przyjęcie postawy biernej, samoleczenie.
- Zachowania zdrowotne w roli chorego dotyczyć mogą sytuacji, gdy jednostka doświadcza wyraźnych objawów chorobowych, zabiega o ich usunięcie. Do zachowań należą: stosowanie się do zaleceń, poszukiwanie pomocy ze strony personelu medycznego oraz współdziałanie z nim.

L. Kolbe (za: Dolińska-Zygmunt, 2000) wyróżnił zachowania zdrowotne przejawiane przez osoby mające świadomość o stanie zdrowia i określił je mianem *wellness behaviour* (aktywność osoby uważającej się za zdrową, która podejmuje aktywność w celu zwiększenia jakości życia) oraz *preventive health behaviour*

(aktywność osoby uważającej się za zdrową, która podejmuje aktywność w celu zapobieganiu choroby bądź zmierzająca do jej wykrycia).

Wśród podziałów zachowań pro- i antyzdrowotnych V. S. Taylor (za: Łuszczynska, 2004) znalazła się również klasyfikacja, która wskazuje iż, zachowania zdrowotne można podzielić na te, sprzyjające zdrowiu i do nich zalicza się aktywność fizyczną, stosowanie wyspecjalizowanych diet, ochronę przeciwsłoneczną oraz działania szkodliwe dla zdrowia, do których zalicza się palenie tytoniu, nadużywanie substancji psychoaktywnych. W klasyfikacji J. E. Madduxa (za: Łuszczynska, 2004) wyróżnić można zachowania mające na celu promocję zdrowia i zachowania prewencyjne. Do zachowań prewencyjnych należą zachowania służące wykryciu choroby np. samobadanie, coroczne wizyty profilaktyczne, kontrolne, badania przesiewowe czy zdjęcia rentgenowskie w przypadku osób uzależnionych od wyrobów nikotynowych. Za zachowania promujące zdrowia natomiast uznaje się zdrowe odżywianie, aktywność fizyczną. Podział ten nie jest jednak doskonały ze względu na brak w nim uwzględnienia zachowań ryzykownych np. palenie tytoniu, spożywanie alkoholu, za zachowania zdrowotne.

H. Sęk (1997) zaproponowała, aby wyróżniać:

- zachowania nawykowe (higiena osobista, aktywność fizyczna),
- zachowania intencjonalne,
- zachowania w sytuacji zdrowia (prewencyjne, promocyjne),
- zachowania w sytuacji choroby (stawienie diagnozy, zachowania w roli pacjenta),
- zachowania zdrowotne rodzicielskie w czasie ciąży, porodu i pielęgnowanie dziecka,
- medyczne zachowania zdrowotne ujawniane przez przedstawicieli instytucji opieki zdrowotnej.

Biorąc pod uwagę kryterium funkcjonalności dla zdrowia, wśród zachowań zdrowotnych można wyróżnić zachowania korzystne i niekorzystne. Zachowania korzystne to zachowania prozdrowotne, pozytywne i biopozytywne. Natomiast niekorzystne to zachowania negatywne, bionegatywne i antyzdrowotne. Zachowania prozdrowotne podtrzymują, umacniają oraz chronią i przywracają zdrowie do sprawności. Mają na celu poprawę i powrót do zdrowia, chronić przed zagrożeniami i chorobami. Do zachowań prozdrowotnych, sprzyjających zdrowiu fizycznemu można zaliczyć

aktywność fizyczną, stosowanie zbilansowanej diety, niepalenie tytoniu, ograniczenie spożywania alkoholu, dbanie o odpowiednią ilość odpoczynku i snu, zachowywanie bezpieczeństwa na drodze oraz wykonywanie badań profilaktycznych. Zdrowiu psychicznemu sprzyjają również działania umiejętności radzenia sobie ze stresem, efektywne wykorzystywanie czasu wolnego. Na społeczny aspekt zdrowia pozytywnie wpływają dobre relacje międzyludzkie oraz dbanie o sieć wsparcia (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010; Sęk, 2000; Dolińska-Zygmunt, 2001; Heszen, Sęk, 2007; Woynarowska, 2007,2011; Łuszczynska, 2004).

Dokonując charakterystyki zachowań antyzdrowotnych należy wskazać te, które zagrażają zdrowiu, powodując bezpośrednie lub odległe szkody zdrowotne, utratę sprawności, zdolności bądź choroby m.in. zachowania agresywne, popadanie w nałogi, niedbanie o odpowiednio zbilansowaną dietę, przepracowanie czy nieodpowiednia długość snu i brak aktywności fizycznej (Woynarowska, 2007, 2011; Ogińska-Bulik, 2006; Ostrowska, 1999).

A. Andruszkiewicz i M. Nowik (2011) za najważniejsze zachowania zdrowotne wskazują:

- sposób odżywiania się- stosowanie racjonalnej, odżywczej diety, zapewniającej różnorodność składników, obfitującą w makro i mikro składniki,
- stosunek do nałogów- uzależnienia, palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu,
- tryb pracy i wypoczynku- dbałość o zachowanie odpowiedniej proporcji między czasem pracy a wypoczynkiem i snem,
- radzenie sobie ze stresem- korzystanie z technik i strategii radzenia sobie ze stresem,
- podejmowanie aktywności fizycznej- utrzymywanie prawidłowej masy ciała, wydolność organizmu oraz kondycja,
- dbałość o higienę osobistą- istotny element w profilaktyce zakażeń wirusowych, bakteryjnych oraz pasożytniczych i grzybiczych,
- przestrzeganie zakazów i nakazów dotyczących bezpieczeństwa.

W modelu salutogenezy Antonovsky'ego zachowania zdrowotne nie zostały szeroko opisane, natomiast autor zwrócił większą uwagę na czynniki kształtujące styl życia niż na zachowania. Zgodnie z owym modelem salutogenezy, poziom zdrowia uzależniony jest od procesów regulacji zachodzących w przypadku działania stresorów. Wywołują one

stan napięcia, który uznawany jest za nieszkodliwy lub w stosunku do którego działania mają charakter zapobiegawczy. Natomiast, gdy działania są skuteczne, napięcie się nie przekształca w stres, a w konsekwencji mamy do czynienia z prozdrowotnym stanem organizmu zarówno na poziomie psychologicznym jak również somatycznym. Mechanizm, który jakoby wypełnia funkcję sterującą przebiegiem konfrontacji z wymaganiami jest poczucie koherencji, które mobilizuje zasoby odpornościowe, powodując pozytywną ocenę czynników stresujących i wpływa na wybór strategii zaradczych. Skutkiem takiego mechanizmu jest stan zachowania zdrowia jednostki, powrót do niego bądź rozwój zasobów zdrowotnych człowieka (Sęk, 2005,s.50-51).

D. M. Harris i S. Guten (1979; por. Juczyński 2001, s.112) przedstawili wąskie ujęcie zachowań zdrowotnych, sprowadzając się do aktywności prozdrowotnej, a więc takich zachowań jak:

- praktyki zdrowotne,
- praktyki zabezpieczające,
- profilaktyczne badania lekarskie,
- unikanie zagrożeń środowiskowych,
- unikanie substancji szkodliwych.

W obrębie zagadnień dotyczących przekonań i zachowań zdrowotnych warto zwrócić uwagę na to, iż jednostki z silniejszym poczuciem koherencji częściej skłaniają się do działań, które służą zdrowiu, angażując się w aktywności, promują prozdrowotne działania, a swoimi zachowaniami starają się podtrzymywać zdrowie (Pasikowski, 2001).

W ujęciu B. Tobiasz-Adamczyk (2000) zachowania zdrowotne to „wszelkie czynności zmierzające do utrzymania zdrowia lub jego przywrócenia, a także wszystkie reakcje jednostki wywołane pogorszeniem się samopoczucia, występowaniem dolegliwości lub objawów chorobowych” (s. 41).

Zachowania zdrowotne to również wszelkie formy aktywności celowej, ukierunkowanej na ochronę lub poprawę zdrowia jednostki. A. Steptoe, B. Gardner i J. Wardle (za: Gruszczyńska, Bąk-Sosnowska, Plinta, 2015) wyróżnili pięć klas zachowań prozdrowotnych: unikanie używek, bezpieczne prowadzenie samochodu, zwyczaje żywieniowe (spożywanie dużej ilości warzyw i owoców, zmniejszenie ilości zjadanych tłuszczów zawierających cholesterol itp.), pozytywne praktyki zdrowotne (ćwiczenia fizyczne, odpowiednia higiena otoczenia i samego siebie oraz zachowania związane

z działalnością prewencyjną (regularne wizyty kontrolne u lekarzy pierwszego kontaktu, samokontrolę).

W aktywności człowieka ukierunkowanej na zdrowie można wyróżnić zachowania zdrowotne o cechach nawykowych i celowe czynności zdrowotne. Pierwsze z nich są wynikiem procesów socjalizacyjnych i kulturowych, dotyczyć mogą odżywiania, nawyków, aktywności fizycznej czy wypoczynku i jego formy. Obejmują działania mające na celu podniesienie i umocnienie zdrowia jednostki, ale również ochronę go, zapobiegając wystąpieniu chorób i ich wczesnego wykrywania. Natomiast działania zdrowotne specjalnie są inicjowane w wybranych sytuacjach i aspektach mając na celu promocję zdrowia bądź działania profilaktyczne. Obejmują one zachowania człowieka w sytuacji choroby, polegające na zapewnieniu pomocy, uwzględniając rolę chorego i pacjenta (Juczyński, 2001, s.113).

Według innych badaczy (zob. Puchalski, 1997; Gniazdowski, 1995) zachowania zdrowotne można klasyfikować jako:

- „niedziałanie zdrowotne” równoznaczne z „lekceważeniem zdrowia”, które przejawia się w zaniechaniu podjęcia działań na rzecz zdrowia w których to powinny być obligatoryjnie podjęte,
- zachowania medyczne oznaczające dbanie o zdrowie przez korzystanie z pakietu jaki oferuje służba medyczna oraz wykonywanie badań profilaktycznych,
- zachowania prewencyjne mające na celu zapobieganiu chorobom, bądź możliwości wczesnego ich wykrycia oraz mające na celu zapobieganie urazom,
- zachowania promocyjne skierowane na podnoszenie potencjału zdrowotnego społeczności,
- niepodejmowanie zachowań ryzykownych (Ostrowska, 1999, zob. Puchalski 1997; Gniazdowski, 1995; Łuszczynska, 2004).

Zachowania zdrowotne są bardzo zróżnicowane i zależą od wielu czynników. Zdrowie społeczeństwa (Woynarowska, 2008, s.44-47) uwarunkowane jest przez następujące z nich :

- zarobki i status materialny (im wyższe zarobki tym lepsze zdrowie),
- sieci wsparcia społecznego (wsparcie powoduje zmniejszenie ryzyka wystąpienia chorób i zachowań ryzykownych),

- edukacja (im wyższy poziom wykształcenia, tym większa możliwość kierowania swoim życiem i kontrolowania zdrowia),
- zatrudnienie i warunki pracy (bezrobocie zwiększa częstotliwość występowania problemów ze zdrowiem związanych z brakiem aktywności życiowej, a w konsekwencji niekorzystne warunki są przyczyną wielu urazów),
- środowisko fizyczne (naturalne i stworzone przy udziale człowieka),
- biologia i wyposażenie genetyczne (wiek, płeć, możliwości organizmu, potencjał genetyczny),
- zachowania zdrowotne i umiejętność radzenia sobie (mają bezpośredni wpływ na zdrowie, ale są zależne od wielu czynników społecznych, wiedzy i umiejętności dokonywania wyborów),
- prawidłowy rozwój w dzieciństwie,
- służba zdrowia (działania ukierunkowane na utrzymanie i doskonalenie zdrowia oraz zapobieganie chorobom).

Istnieje wiele uwarunkowań bądź też czynników, które mają pośredni i bezpośredni wpływ na podejmowanie bądź nie, niektórych zachowań zdrowotnych przez osobę. Analiza literatury wskazuje, iż duże znaczenie przypisuje się czynnikowi socjalizacji jednostki oraz zajmowaniu przez nią roli społecznej. Osoby znaczące stanowią wzór szczególnie w czasie dzieciństwa, tworząc tym samym pewien schemat, który zostanie utrwalony w świadomości dziecka. Jak wskazują J. Kirenko i M. Boczkowska (2017) ma to związek z czynnikami jak poziom wykształcenia „pewnych nawykowych, reaktywnych zachowań związanych ze zdrowiem, modelowanych przez rodziców, dziadków, rodzeństwo” (s.34). Proces nabywania wzorów aktywności związanych ze zdrowiem jest utrwalany i powtarzany w środowisku lokalnym, rówieśniczym, szkolnym oraz zawodowym.

Wśród czynników warunkujących podejmowanie zachowań zdrowotnych są również czynniki o charakterze społeczno-kulturowym. Warto zaznaczyć, iż kultura w istotny sposób zaznacza się w kształtowaniu jakości życia danej społeczności, wyobrażenia czy też świadomości na temat zdrowia i choroby, stan posiadanej wiedzy, etiologii chorób, postawy względem własnego zdrowia i zdrowia innych członków danej zbiorowości, możliwości profilaktyki, zabiegów leczniczych, oraz postawy przedstawicieli instytucji medycznych wobec swoich pacjentów (Janaszczyk i in., 2012).

Omawiając tematykę zachowań zdrowotnych nie sposób nie wskazać na rolę jaką pełnią media, kreując często błędne wzory w danej grupie społecznej. Mając na uwadze treści dostępne w reklamach telewizyjnych, często mają charakter szerzący postawy konsumpcjonizmu, bezrefleksyjnemu podążaniu za modą, trendami, bezmyślnemu prowadzeniu stylu życia, nie zważając na konsekwencje zdrowotne. Wśród młodych osób w wieku szkolnym oraz młodym dorosłym popularne aplikacje oraz influencerzy pracujący w świecie wirtualnym przekazują błędne informacje, wskazując na swój profesjonalizm i wyspecjalizowaną wiedzę. Podążanie tym tropem spotyka się jednak rozczarowaniem, gdyż produkty bądź wskazane sposoby postępowania często mijają się z tymi, które powszechnie uważane są za zachowania służące zachowaniu zdrowia, natomiast wskazują na ukryte działania marketingowe. Warto zaznaczyć, iż internet i jego nieograniczone możliwości stanowi jeden z głównych, jak nie jedyne źródło pozyskiwania informacji. Niemale znaczenie mają również firmy farmaceutyczne, które wykorzystując swoje stanowisko na rynku dostarczają niezliczone ilości suplementów diety, które mają za zadanie pomóc jednostkom na każde bolączki życia codziennego. Wpływ mediów na zachowania zdrowotne jest bardzo szerokim zagadnieniem i stanowi niezwykle ciekawą sferę do prowadzenia kolejnych rozważań.

Wśród czynników determinujących podejmowanie lub nie zachowań zdrowotnych znajduje się również aspekt społeczno-demograficzny tj. płeć, wiek, stan cywilny, sytuacja rodzinna, poziom wykształcenia, wykonywany zawód czy sytuacja ekonomiczna w gospodarstwie domowym (za: Gruszczyńska i in., 2015).

Na kształtowanie się zachowań zdrowotnych wpływają różne czynniki, wśród nich można wymienić kilka kategorii, między innymi:

- czynniki predysponujące do podejmowania zachowań zdrowotnych, będące wypadkową wiedzy jednostki o zdrowiu i przyczyn chorób, wiedzy potocznej, którą stosuje w życiu codziennym, przekonań i wierzeń, systemu wartości wobec zdrowia, oczekiwań względem pozytywnych zmian jako następstwo podjętych działań oraz poczucia własnej skuteczności,
- czynniki umożliwiające podejmowanie zachowań zdrowotnych, obejmujące umiejętności jednostki, aspekty prawne i ich znajomość, politykę zdrowotną, poziom i zakres świadczonej pomocy medycznej, dostępność i rzetelność informacji,

- czynniki wzmacniające podejmowanie zachowań zdrowotnych, mające charakter norm społeczno-kulturowej i obyczajowych związanych ze zdrowiem, jak również z predyktorami życia człowieka, społeczną akceptacją, bądź opozycji względem niektórych zachowaniom powszechnym w szkole, na uczelni czy w miejscu pracy,
- czynniki związane ze środowiskiem fizycznym, m.in. zanieczyszczenie środowiska, dostępność i cena usług, żywności, stopień uprzemysłowienia (Kawczyńska-Butrym, 1996; Woynarowska, 2007; Borzucka-Sitkiewicz, 2006; za: Boczkowska, 2015).

W kształtowaniu się zachowań zdrowotnych jednostki istotną rolę odgrywają zasoby osobiste, a wśród cech osobowości, które sprzyjają zachowaniom negatywnym dla zdrowia wymienia się niedojrzałość emocjonalną, niską samoocenę, niską odporność na stres, wysoki poziom niepokoju, poczucie izolacji, zależność od innych osób. W zachowaniach zdrowotnymi dodatkowo korelują poczucie koherencji (im wyższy poziom, tym bardziej prozdrowotny styl życia), optymizm życiowy (ma pozytywny wpływ na zdrowie psychiczne i fizyczne jednostki oraz posiada funkcję motywującą), poczucie własnej skuteczności (im wyższe przekonanie o możliwości zrealizowania danego przedsięwzięcia, tym silniejsza motywacja do podjęcia danego zachowania), wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia (osoby wykazujące wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia prezentują silniejsze poczucie odpowiedzialności za własny stan zdrowotny, są bardziej decyzyjne, częściej angażują się w działalność prozdrowotną) (Juczyński, Ogińska-Bulik, 2003).

Zachowania zdrowotne obejmują zatem wszystkie zachowania jednostki, będące elementem codziennego życia mające wpływ na zdrowie. Polegają one na zastosowaniu praktycznej wiedzy na temat zdrowia i choroby oraz mają bezpośredni i pośredni związek z zachowaniem zdrowia jednostki. Związek bezpośredni dotyczy zazwyczaj zmiany samopoczucia i może być on wykazywany za pomocą badań bądź testów. Natomiast związki pośrednie odnoszą się do sytuacji, podczas gdy jednostka wykonuje jakąś czynność, odczuwa jej konkretny wpływ na samopoczucie fizyczne jak i psychiczne. Pośredni związek zachowania ze zdrowiem może przybierać formę natychmiastową, odroczonej bądź jawną i ukrytą (zob. Sęk, 2005; Boczkowska, 2015; Kawczyńska-Butrym, 1996; Ślusarska i in. 2012; Sygit, 2008, za: Kirenko, Boczkowska, 2017).

Systematyzacja czynników wpływających na zachowania jednostki obejmuje szereg zmiennych : zewnętrznych (środowisko oraz wykraczające poza jednostkę) i wewnętrzne (indywidualne). W grupie zmiennych zewnętrznych znajduje się środowisko (naturalne i antropogeniczne), środowisko społeczne oraz opiekę medyczną (część środowiska społecznego i fizycznego). Natomiast do zmiennych wewnętrznych należą czynniki genetyczne, urodzeniowe (płodowe i okołoporodowe), osobowościowo-temperamentalne i życiorys jednostki (Jacennik, 2008).

Całość działań wpływające na kształtowanie się środowiska społecznego, ekonomicznego, czy nawet na infrastrukturę, rzutuje na indywidualne predyspozycje jednostki, a w konsekwencji na jej zachowanie.

Natomiast, zachowania i aktywność jednostki stanowią całość stylu życia, wpływające na zdrowie człowieka. Jak wskazuje B. Woynarowska (2018) „zachowania zdrowotne to działania intencjonalne (celowe), świadomie podjęte przez człowieka w celu ochrony, umocnienia, zwiększenia potencjału swojego zdrowia, niezależnie od skuteczności” (s.59).

W literaturze przedmiotu terminologia zachowań zdrowotnych jest niezwykle zróżnicowana i wykorzystywana ze znaczną dowolnością.

Zachowania zdrowotne można zdefiniować jako: „pojmwane zarówno jako reakcje na sytuacje, jak i jako nawyki oraz celowe czynności, są to zachowania, które pozostają- w ramach pewnej wiedzy obiektywnej lub subiektywnego przekonania- w istotnym związku ze zdrowiem. Zachowania te mogą sprzyjać równoważeniu obciążeń i działaniu czynników patogennych przez aktualizowanie zgeneralizowanych zasobów odpornościowych, mogą one jednak także, przeciwnie, ten proces zakłócać oraz powodować naruszenie zasobów odpornościowych” (Sęk, 1997, s.45).

Wszystkie wymienione uwarunkowania mają kluczowe znaczenie dla podejmowania i charakteru zachowań zdrowotnych, natomiast największą skuteczność dostarcza ich odpowiednia kompozycja (zob. Lewicki, 2006).

Kształtowanie zachowań czy postaw względem zdrowia jest procesem niezwykle złożonym, który rozpoczyna się we wczesnym dzieciństwie. Proces kształtowania postaw i zachowań zdrowotnych w ciągu życia ulega wielu modyfikacjom, przemianom pod wpływem najbliższego otoczenia, własnych doświadczeń oraz budowania świadomości zdrowotnej (Kowalewska, Greaber, 2003; Dzwonkowska-Godula, 2016; Wagner i in.,

2015; Kropornicka i in., 2015). Właściwie ukształtowane procesy myślowe, oraz hierarchia wartości zdrowotnych przyczyniają się w znacznym stopniu do podejmowania działań zgodnych z własnymi potrzebami wewnętrznymi (por. Kaczor-Szkodny, Szkodny, 2021). Pojmowanie kategorii zdrowia jest niezwykle niejednorodnie przez naukowców. Znaczącą rolę przypisuje się rzetelnej i dobrze zorganizowanej edukacji zdrowotnej, która odgrywa rolę w procesie kształtowania zachowań i norm w społeczeństwie. Profilaktyczne i edukacyjne działania prowadzone już od najmłodszych lat są przejawem dojrzałości. Warto dodać, że „ w świetle nieustającego rozwoju technologii informacyjno-komunikacyjnych rola mediów cyfrowych, a w tym mediów społecznościowych, nie pozostaje bez znaczenia” (Kaczor-Szkodny, Szkodny, 2021, s. 46).

Jak wskazuje J. Kowalewska i P. Graeber (2003) w procesie kształtowania się zachowań i postaw zdrowotnych odgrywają następujące czynniki:

- a. kolejność- kształtowanie lub oddziaływanie na odpowiednie komponenty z zachowaniem odpowiedniej kolejności: poznanie, akceptacja lub brak oraz podjęcie czynności;
- b. właściwości osób biorących udział w procesie- odpowiedni dobór osób znaczących dla jednostki, odpowiednio dobrany kanał komunikacyjny wspomaga proces kształtowania i utrwalania postaw;
- c. właściwości i cechy narzędzi zastosowanych w tym procesie.

Zmiany w posiadanych już postawach względem zdrowia mogą być efektem własnej introspekcji i analizy. Według badaczy pojawić się może dysonans poznawczy i dyskomfort, który prowadzi do wzbudzenia wątpliwości i poszukiwania przez jednostki wytłumaczenia sposobu własnego zachowania. Motorem do przekroczenia dysonansu będzie zmiana w zachowaniu człowieka. Zmiana może być również efektem perswazji, czyli zmiana wywołana bodźcem zewnętrznym (Aronson i in., 1997; Crisp i in., 2009).

Postawy i zachowania zdrowotne są zależne od świadomości człowieka dotyczącej zdrowia, którą nabywa się z biegiem lat, a w szczególności w procesie wychowania w okresie dzieciństwa i adolescencji (Dzwonkowska-Godula, 2016; Wagner i in., 2015; Kropornicka i in., 2015). Zachowania zdrowotne są więc integralną częścią procesu socjalizacji, który odpowiada za przenikanie wpływów z różnych środowisk: rodzinnego, rówieśniczego, szkolnego, medialnego i mediów społecznościowych (Wagner, Banaszekiewicz, Andruszkiewicz, Strahl, Miler, Kubica, 2015).

Zachowania zdrowotne wynikają z posiadanych i nabywanych w toku życia kompetencji. Edukacja zdrowotna odgrywa w tym procesie kluczową rolę w wywieraniu wpływu i wskazywaniu społeczeństwu prozdrowotnych rozwiązań. Ważnym jest, by edukacja była prowadzona od wczesnych lat, co gwarantuje wyrobienie prozdrowotnych nawyków w dorosłym życiu. W podstawie programowej edukacja zdrowotna zajmuje kluczowe miejsce, a zdobywanie wiedzy z jej zakresu i prawidłowych nawyków świadczy o kompetencjach zdrowotnych. Przekłada się to z kolei na dokonywanie właściwych wyborów i decyzji, służących utrzymaniu i umacnianiu zdrowia przez długi czas. Konstruowanie odpowiedniej hierarchii wartości procentuje w dorosłym życiu przy doskonaleniu nawyków zdrowotnych, natomiast należy to czynić systematycznie i wytrwale (Zadarko-Domaradzka, Zadarka, 2017; Kosicka, Lis, 2016).

W dobie rozwoju technologii informacyjno-komunikacyjnych, rola mass mediów oraz form komunikacji społeczeństwa jest kluczowa i przybiera rolę moderatora zachowań zdrowotnych współczesnego świata. Kanały przekazu, które dominują wśród jednostek są integralną częścią życia, dzięki czemu są to ważne i niejednokrotnie pierwsze i jedyne źródło czerpania informacji o zdrowiu. Sposób wykorzystania tej formy zdobywania danych może być dwojaki. Racjonalne, zweryfikowane i odpowiedzialne źródła mogą być pomocne i stanowić wsparcie do podejmowania zachowań zdrowotnych (Szymczuk i in., 2011; Syrkiewicz-Światała, Holecki, Wojtynek, 2014; Poleszak, 2013; Kosicka, Lis, 2016).

Wchodzenie w czas dorosłości jest najlepszym okresem w którym można osiągnąć długotrwałe korzyści z wyboru prozdrowotnego trybu życia. Analiza wyników badań dotyczących zachowań zdrowotnych młodzieży w Polsce i na świecie niestety nie są zadowalające.

W wyniku przeprowadzonych badań wśród studentów fizjoterapii uzyskano wynik ogólny mieszczący się w granicy wyników średnich i wysokich. Studenci kierunków medycznych powinni propagować w sposób szczególny prozdrowotne zachowania i kreować aktywny styl życia. Informacje przekazywane wtedy pacjentom są ugruntowane ich faktycznym działaniem (Baumgart i in., 2015). Studenci najwyższe wyniki uzyskali w kategorii „prawidłowe nawyki żywieniowe”, a najniższe „pozytywne nastawienie psychiczne”, która mówi o stosunku względem lęku i stresu.

Analizę zachowań zdrowotnych przeprowadziły również M. Boczowska i M. Duda (2019) badając przyszłych nauczycieli. Wiedzę z zakresu edukacji zdrowotnej

studenci kierunków pedagogicznych powinni nabywać przede wszystkim w trakcie procesu samokształcenia. Etap wejścia w dorosłość ściśle wiąże się z występowaniem procesów angażujących osobę w działania ryzykowne dla zdrowia (Abel, Hofman, Schori, 2013). Niedostateczny przepływ informacji może negatywnie wpływać na prowadzenie trybu życia, co z kolei może prowadzić do pojawienia wielu negatywnych konsekwencji zdrowotnych w teraźniejszości i przyszłości (Steptoe, Wardle, 2001, za: Boczkowska, Duda). Zgodnie z doniesieniami A. Romanowskiej-Tołłoczko (2011) zachowania zdrowotne kształtują się w drugiej i trzeciej dekadzie życia, a co niepokojące, to liczne raporty wskazują na wiele nieprawidłowości dotyczących zachowań i przekonań zdrowotnych w grupie studentów (Steptoe, 2002; Palacz, 2014; Kulik, 2017; Weber-Rajek, 2015, 2016). Doniesienia badawcze najczęściej dotyczą studentów kierunków medycznych (Mandziuk, 2017; Kropornicka, 2015; Walentukiewicz, 2013), natomiast niewiele uwagi poświęca się grupie studentów kierunków pedagogicznych. Według danych jakie uzyskały Boczkowska i Duda, studenci kierunków pedagogicznych prezentują niskie zaangażowanie w podejmowanie prozdrowotnego stylu życia. Stwierdzono również wiele nieprawidłowości w kwestii dbałości o ciało, odpowiedzialnego odpoczynku, aktywności fizycznej, bezpieczeństwa, jak również poprawności nawyków żywieniowych (Boczkowska, Duda, 2019).

Podejmowanie zachowań zdrowotnych w znacznym stopniu determinowane jest najbliższym środowiskiem, które kształtuje i utrwała wzorce zachowań młodych dorosłych. Siła oddziaływania owego środowiska może być różna i zależy od wieku, miejsca w jakim jednostka się znajduje oraz pozycji jaką zajmuje student w określonej grupie społecznej. Dzięki szeroko rozwiniętej strukturze działania massmediów, wzrasta poziom powszechnej wiedzy o zdrowiu. Młodzież akademicka z kierunków medycznych stanowi specyficzną grupę pod względem zachowań zdrowotnych. Z jednej strony wiedza jaką posiadają o racjonalnym podejściu do zdrowia jest wyższa, natomiast negatywne nawyki jak brak ruchu, uzależnienia czy nieumiejętne strategie radzenia sobie ze stresem są w tej grupie powszechne. Sytuacja ta wynika przede wszystkim z braku czasu i niezrównoważonego trybu nauki i pracy (Małara, Góra-Kupilas, Joško, 2006). Wnioski z badań studentów UM w Łodzi przedstawili M. Łaszek, E. Nowacka, A. Gawron-Skarbek i F. Szatko. Przeanalizowane dane wskazały, że ponad 40% badanych studentów zalicza się do nieaktywnych fizycznie. Studenci kierunków medycznych, mimo wyższego

poziomu wiedzy dotyczącej zachowań zdrowotnych i korzystnego wpływu na ludzki organizm, nie wdrażają swoich wiadomości do codziennej praktyki. Niski poziom aktywności fizycznej sugeruje konieczność zwrócenia uwagi na tę grupę młodzieży w propagowaniu prozdrowotnych zachowań (Łaszek i in., 2011).

Podobne wnioski przedstawili K. Mandziuk, 2017; Kropornicka, 2015; Walentukiewicz, 2013, M. Baryła i I. Maniecka-Baryła (2012), badając również studentów z UM w Łodzi. Wskazują, że istnieje potrzeba popularyzacji wiedzy z zakresu edukacji żywieniowej, ze szczególnym naciskiem na mieszkańców akademików, jak również propagowanie prawidłowych zachowań wykorzystując media i działania samorządowe.

Podobne wyniki badań otrzymały A. Walentukiewicz, A. Łysak, B. Wilk (2013), prowadząc badania w grupie studentek pielęgniarstwa. Problematyka zachowań zdrowotnych jest niezwykle aktualna (Walentukiewicz, Łysak, Wilk, 2013). Pielęgniarki z racji wyboru kierunku studiów, powinien cechować szczególnie wysoki poziom świadomości i motywacji prozdrowotnej (Wojciechowska, Suda, 2008). Wyniki badań wskazują znacznie odmienne nastawienie. Osiągnięcie niskich wyników określa konieczność zwrócenia uwagi na tę grupę studentów, którzy powinni posiadać autorytet i promować swoją postawą prozdrowotne działania (Walentukiewicz, Łysak, Wilk, 2013).

Odmienne zaś wyniku uzyskano konfrontując zachowania zdrowotne studentów dietetyki ze studentami „niemedycznymi” (Weber-Rajek, Radzimińska, Kalisz, Hoffmann, Juraszek, Goch, Zukow, 2016). W grupie studentów dietetyki uzyskano wysokie wyniki zachowań zdrowotnych. Najlepsze dane uzyskano w zakresie „prawidłowe nawyki żywieniowe”, która dotyczy głównie rodzaju spożywanego pokarmu i jego zbilansowania.

Już w 2009 roku M. Binkowska-Bury wspomniała, iż w USA, krajach Europy Zachodniej, jak również w Polsce prowadzone są badania wśród młodzieży akademickiej dotyczące ich zachowań zdrowotnych. Już wtedy wyniki badań okazywały się niesatysfakcjonujące, a wręcz alarmujące. Otrzymano niskie wyniki w zakresie zaangażowania w aktywność sportową, a odżywianie przybierało formę nieregularnych posiłków. Powszechnym jest odczuwanie stresu z powodu zbliżających się egzaminów, czy zaliczeń. Niepokojące doniesienia wskazują na wysoką liczbę wypalanych papierosów, czy niski poziom aktywności fizycznej. Przeprowadzone przez autorkę badania (Palacz, 2014) objęły studentów kierunków pedagogiki, wychowania fizycznego, turystyki i rekreacji oraz fizjoterapii. Najwyższe wyniki w kategoriach zachowań zdrowotnych

studenci osiągnęli w wymiarze „pozytywne nastawienie psychiczne” oraz „praktyki zdrowotne”. Najmniejszą wartość dla badanych miały wskaźniki mieszczące się w kategorii „prawidłowe nawyki żywieniowe”. Nie wykazano istotnej zależności między kategorią „praktyki zdrowotne” a poziomem aktywności sportowej badanych osób, jak również między „praktykami zdrowotnymi” a wybranym kierunkiem studiów. Istotność statystyczna dotyczyła płci, ponieważ kobiety osiągały wyższy wynik niż mężczyźni. Studenci są grupą, która podlega wpływom i zmianom przekonań oraz nawyków dotyczących ich życia (Palacz, 2014). Czas, który poświęcają nauce i uczelni powinien również wpływać na wybór zachowań związanych ze zdrowiem (Binkowska-Bury, 2009).

M. E. Patsali i in. (2020) przeprowadzili badania wśród studentów w Grecji oceniając ich zmiany stanu zdrowia w szczególności psychicznego w czasie lockdownu spowodowanego pandemią Covid-19. Autorzy wskazują na niski dostęp do literatury dotyczącej wpływu izolacji na zdrowie studentów, natomiast wstępne doniesienia dotyczą wysokiej wrażliwości tej grupy społecznej (Kaparounaki i in, 2020, za: Patsali, 2020). Badania wykazały obecność lęku oraz depresji wśród studentów w Chinach (nawet 20,4%). Natomiast badanie przeprowadzone wśród studentów z Turcji wskazało znacznie bardziej niepokojące wyniki (23,6% depresji i 45,1% lęku) (Ozdin, Bayrak, 2020). Przeprowadzone badania budzą duży niepokój, szczególnie, że studenci będą w przyszłości zajmować stanowiska m. in. w sektorze publicznym i edukacji (Patsali i in. 2020).

Badania dotyczące zdrowia psychicznego oraz zachowań w czasie pandemii u studentów przeprowadzili badacze z Wielkiej Brytanii na Uniwersytecie East Midlands (Savage i in., 2020). Doniesienie wykazało, że zarówno samopoczucie psychiczne, jak również aktywność fizyczna były osłabione, a postrzegany stres i siedzący tryb życia wzrosły podczas pandemii Covid-19. Zmniejszenie dobrostanu psychicznego i wzrost stresu nie były bezpośrednio związane z zmianami aktywności fizycznej. Wyniki jednogłośnie wskazują, że pandemia negatywnie odbiła się na zdrowiu psychicznym studentów.

Do podobnych wniosków doszli badacze z Chin (W. Cao i in. 2020), którzy wskazują wysoki poziom lęku (24,9%) wśród studentów tamtejszych uniwersytetów. Lęk spowodowany był przede wszystkim z wpływem wirusa na proces nauki, jak również zatrudnieniem i zamknięciem oraz kwarantanną. Wyniki badania potwierdziły doniesienia

ze świata o rozpowszechniającym się lęku u stanach depresyjnych wśród osób młodych, natomiast nie wykazano różnic istotnych statystycznie ze względu na płeć bądź region.

Jak wskazują doniesienia, zdrowie psychiczne studentów jest znacząco zagrożone w obliczu sytuacji kryzysu związanych ze zdrowiem i wymagają oni pomocy, budowania i wykorzystywania sieci wsparcia społecznego jak również samych instytucji, jakimi są szkoły wyższe.

1.3. Styl życia

Zachowania zdrowotne natomiast są jednym z podstawowych elementów stylu życia. Sposób prowadzenia życia określane jest w literaturze tematycznej jako styl życia. Jest to złożony konstrukt odnoszący się do grupy społecznej jak również do jednostki:

- Styl życia grupy społecznej odnosi się do wypracowanych sposobów zachowań jakie grupa determinuje i wykorzystuje do radzenia sobie w życiu.
- Styl życia jednostki składa się ze standardowych reakcji i wzorów zachowań wywodzących się z procesu socjalizacji.

A. Siciński (2002) definiuje styl życia jako „zespół codziennych zachowań (sposób postępowania, aktywność życiowa), specyficzny dla danej zbiorowości lub jednostki (treść i konfiguracja owych zachowań), a inaczej mówiąc: charakterystyczny sposób bycia odróżniający daną zbiorowość lub jednostkę od innych. Na całość, jaką stanowi styl życia, składają się przy tym: zachowania ludzi zróżnicowane co do zakresu i formy (a właściwie: ciągi tych zachowań nakierowane na określone cele, a więc czynności i działania, motywację owych zachowań (przypisywaniem znaczenia i wartości), a także pewne funkcje rzeczy będących bądź rezultatami, bądź celami, bądź instrumentami owych zachowań (którym, w związku z tą rolą, również przypisuje się pewne wartości)” (s.22-23).

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), styl życia to specyficzny dla danej jednostki sposób życia, będący wynikiem warunków życia tejże osoby, bądź grupy i indywidualnych wzorów zachowań zdeterminowanych czynnikami społeczno-kulturowymi i cechami indywidualnymi (1994, za: Kirenko, Boczkowska).

Styl życia należy wciąż do całkiem nowych pojęć, mimo podjętych licznych badań. Jak wskazuje Z. Kawczyńska-Butrym (1995) w obrębie stylu życia szuka się wyjaśnienia złożonych, nie zawsze konkretnych, jasnych czynników, będących w interakcji, zwracając

uwagę na wielopłaszczyznowość zjawiska chorób. Inaczej mówiąc, jest to charakterystyczny sposób świadczący o różnicach jednostkowych bądź mniej świadomie przyjmowana strategia życiowa (Graczykowska i in. 2010).

W procesie kształtowania się stylu życia niezmiernie ważnym okresem życia jest dzieciństwo i dorastanie, w których to naczelną rolę odgrywają interakcje między grupami rówieśniczymi oraz rodziną (Borzucka-Sitkiewicz, 2009). Należy jednak zaznaczyć, iż wpływ innych czynników zaangażowanych w kształtowanie się stylu życia jakimi są mass media oraz szkoła jest znaczny (Gacek, Rosiński, 2004).

Styl życia określa „wzory wyborów zachowań spośród alternatywnych możliwości, jakie dostępne są ludziom w zależności od ich sytuacji społeczno-ekonomicznej i łatwości, z jaką są w stanie przełożyć określone zachowania na inne” (Milio, za: Ostrowska, 1999, s.26). Styl życia może również dotyczyć grupy społecznej jak i samej jednostki. Uwzględniając większą grupę, obejmuje on wiele zdeterminowanych społecznie wzorców czy schematów zachowań i interpretacji sytuacji społecznych, które dana grupa wspólnie wytworzyła i stosuje je, by radzić sobie w życiu. Natomiast styl życia jednostki to niestandardowe, oryginalne dla tej osoby reakcje, zachowania, działania, praktyki, które zostały ukształtowane w toku społecznych doświadczeń (Woynarowska, 2007).

Styl życia to pewna kategoria charakteryzująca się specyficznymi cechami. Preferowany styl życia jest wyrazem tendencji w wyborze określonych wartości, przedmiotów, działań, a jego kluczową cechą jest podejmowanie ich w sposób regularny. O stylu życia można mówić wówczas, gdy jednostka dysponuje wyborem wśród dostępnych schematów zachowań oraz możliwością dokonania decyzji. Styl życia przejawia się w postaci zbioru zachowań uwarunkowanych czynnikami subiektywnymi (aspiracje, wartości) oraz obiektywnymi, mających wpływ na osiągnięcie zamierzonego celu (warunki życia, sytuacja socjo-ekonomiczna). Styl życia poszczególnych osób jest różny, wyznaczają go bowiem specyficzne dla danej jednostki zachowania. Pojęcie stylu życia odnosi się do pewnych obserwowalnych zachowań, które związane są z życiem codziennym oraz nieobserwowalnych, które jednostka wyraża poprzez swoje czyny i zachowania (Marcinkowski, 2016).

Przejawiany przez osobę styl życia może doprowadzić do umocnienia potencjału zdrowotnego lub osłabienia, stąd wskazuje się na prozdrowotny oraz antyzdrowotny charakter (Kirenko, Boczkowska, 2017).

Dla wzmocnienia terminu zachowań zdrowotnych, B. Woynarowska (2018) zaleca używanie określenia zachowania prozdrowotne. Wśród zachowań prozdrowotnych można wymienić cztery grupy, a są nimi:

- Zachowania związane głównie ze zdrowiem fizycznym (dbałość o najbliższe otoczenie, o ciało, aktywność fizyczna, sen, zbilansowana dieta).
- Zachowania związane głównie ze zdrowiem psychospołecznym (unikanie nadmiaru stresów , radzenie sobie z nimi, szukanie, przyjmowanie i dawanie wsparcia społecznego).
- Zachowania prewencyjne (samobadanie, samokontrola, bezpieczeństwo w życiu codziennym, badania profilaktyczne, bezpieczne zachowania seksualne).
- Niepodejmowanie zachowań ryzykownych (niepalenie tytoniu, ograniczenie spożywania alkoholu, nieużywanie substancji psychoaktywnych, ograniczenie zażywanych leków).

Wyróżnić można prozdrowotne style życia (odpowiednia dieta, aktywność sportowa, racjonalny wypoczynek, unikanie zachowań antyzdrowotnych, stosowanie konstruktywnych strategii radzenia sobie ze stresem) oraz antyzdrowotne style życia (tendencja do ciągłej rywalizacji, pogoń za zwycięstwem, pośpiech, przekładanie życia zawodowego na pierwszy plan, korzystanie z używek) (Kirenko, Boczkowska, 2017).

W ujęciu I. Heszen i H. Sęk (2007) „styl zachowania związanego ze zdrowiem jest więc odbiciem procesów socjalizacyjnych i składa się z utrwalonych w jednostce wzorów nawyków pozytywnie lub negatywnie związanych ze zdrowiem” (s.103). Podkreślić należy, że zdrowotny styl życia uwarunkowany jest zarówno czynnikami indywidualnymi, jak i społeczno-kulturowymi. W. Cockerham (2001, za: Taranowicz, 2010) uważa, że na prozdrowotny styl życia składają się kolektywne schematy powiązanych ze sobą i zdrowiem wybieranych z dostępnych jednostce opcji określanych przez życiowe szanse. Są to zarówno zachowania pozytywne jak i negatywne dla zdrowia człowieka. Wpływ na te szanse ma status socjoekonomiczny jednostki, jej wiek, płeć, wykształcenie itp.

Niektórzy badacze zwracają uwagę na bezpośrednie utożsamianie zachowań związanych ze stylem życia z wyznawanymi wartościami przez jednostkę, które to determinują praktykowanie pewnych zachowań mających związek ze zdrowiem: „Wydaje się, że należy raczej mówić o strategiach zdrowotnych niż o prozdrowotnym stylu życia. Strategie mogą być różne, ponieważ powiązane są z różnymi wartościami, stąd

wrażenie ich niespójności lub nawet sprzeczności, jeśli próbuje się je określać jako całościowy system zwany stylem życia. Mają one na celu raczej osiągnięcie wysokiej jakości życia niż samego zdrowia, osiągnięci tego, co w społecznym rozumieniu określić można jako „dobre życie” (Taranowicz, 2010, s.51).

Styl życia i zdrowie tworzą prozdrowotny styl życia, co oznacza, że ludzie „podejmują świadomie działania ukierunkowane na zwiększenie potencjału swego zdrowia i eliminują zachowania zagrażające zdrowiu” (Woynarowska, 2018, s.58).

Styl życia sprzyjający zdrowiu, nazywany również „zdrowym stylem życia” lub „prozdrowotnym stylem życia” obejmuje swym zakresem zespół codziennych zachowań jednostki lub zbiorowości, przyczyniających się do utrzymania i wzmocnienia zdrowia we wszystkich jego wymiarach (zob. Ostrowska, 1999). T. Abel (1991) wskazał, iż na zdrowy styl życia składają się nie tylko utrwalone wzorce zachowań związane ze zdrowiem, ale też wartości i postawy bliskie grupie społecznej w odpowiedzi na ich sytuację społeczną, ekonomiczną oraz kulturową (za: Ostrowska, 1999).

Dla prozdrowotnego stylu życia niezwykle istotne jest nie tylko podejmowanie działań ukierunkowanych na wzmocnienie i poprawę zdrowia, lecz także na eliminację tych zachowań, które mogą okazać się szkodliwe i zagrażać zdrowiu np. niewłaściwa dieta, używki, zbyt krótki sen, niewystarczająca aktywność fizyczna itp. (zob. Gawęł, 2003, Lewicki, 2006).

Kolejnym czynnikiem, który ma istotne znaczenie w charakterystyce stylu życia jest właściwe odżywianie. Od zarania dziejów zdrowie kojarzy się z odżywianiem jako czynnikiem profilaktycznym chorób sercowych, naczyniowych, nowotworowych, mózgu, marskości wątroby, tarczycy, oraz gospodarki lipidowej. Nieprawidłowe nawyki żywieniowe mogą doprowadzić do bardzo poważnych konsekwencji otyłości i wyniszczenia organizmu. Warto zwrócić uwagę na racjonalne żywienie, obejmujące dietę pod kątem jakościowym i ilościowym (Gawęł, 2003, Linca-Ćwikła, 2016).

Ważnym dla utrzymania zdrowia jest zatem dbałość o dostarczanie różnorodnego pokarmu wraz z stosowaną dietą. Do niekorzystnych nawyków zależą spożywanie nadmiernej ilości tłuszczu, cukru czy też białka. Wskazuje się na związek diety wysokotłuszczowej ze zwiększoną możliwością zachorowania na nowotwory, jak również choroby układu naczyniowego, sercowego czy takie zachowania mogą prowadzić do udaru i cukrzycy. Nadmierne spożywanie cukrów prostych również niesie za sobą liczne

konsekwencje, które przejawiają się w postaci otyłości, rozwoju ubytków uzębienia, zaburzeń koncentracji bądź nadpobudliwości psychoruchowej (zob. Sheridan, Radmacher, 1998; Ogińska-Bulik, 2004; za: Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010).

Prowadząc prozdrowotny styl życia zaznacza się również wpływ substancji psychoaktywnych. Stosowanie używek ma horrendalny wpływ na samopoczucie, koncentrację jednostki. Długotrwałe i systematyczne przyjmowanie ich prowadzić może do zespołu uzależnień, infekcji, może być przyczyną różnorodnych zaburzeń psychosomatycznych takich jak nowotwory, choroby płuc, marskość wątroby. Skutki uzależnień wpływają negatywnie nie tylko na zdrowie oraz psychikę człowieka, ale również na jego najbliższe środowisko (zob. Kirenko, Boczkowska, 2017).

Styl życia sprzyjający zdrowiu powinien być wolny również od palenia tytoniu i innych wyrobów, bądź zastępników dostępnych na rynku. Warto też wskazać rolę biernego palenia, czy palenia „z drugiej ręki”. Substancje zawarte w papierosach nie tylko powodują uzależnienie, ale też przyczyniają się do szeregu poważnych chorób jak nowotwory, choroby układu krążenia, serca i układu pokarmowego. Udokumentowane są związki palenia z rakiem płuc, chorobą niedokrwienną serca, przewlekłą chorobą płuc, czy tętniakiem aorty. Przyjmuje się, iż palenie jest przyczyną wystąpienia wielu chorób odtytoniowych, które w konsekwencji powodują śmierć (Linca-Ćwikła, 2015; Sheridan, Radmacher, 1998; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010; Woynarowska, 2007; za: Kirenko, Zubrzycka-Maciąg, 2015).

Zachowaniem antyzdrowotnym jest nadużywanie alkoholu, natomiast zachowaniem prozdrowotnym jest jego ograniczanie bądź całkowita eliminacja. Szczególnie niekorzystny, a wręcz niebezpieczny wpływ alkohol ma na młody organizm, który nie jest do końca rozwinięty, a skutki wczesnej inicjacji z tą używką mają dożywotnie konsekwencje (Gaweł, 2003). O ile alkohol w swoich właściwościach posiada funkcje ochronne dla układu krążenia, to nadmierne spożywanie sprzyja wystąpieniu i rozwojowi chorób wątroby, chorób układu krążenia i nowotworowych. Długotrwałe i systematyczne przyjmowanie używki prowadzi do uzależnienia, wywołując poważne zaburzenia we wszystkich sferach funkcjonowania człowieka np. zaburzenia osobowości, zmiany w procesach poznawczych, funkcjonowaniu społecznym, emocjonalnym (Sheridan, Radmacher, 1998; Puchalski, 1990; za: Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010).

Znaczącą rolę dla zdrowia i prozdrowotnego stylu życia przypisuje się aktywności fizycznej. Podejmowana i regularnie wprowadzona w plan dnia aktywność korzystnie wpływa na układ motoryczny, sferę psychospołeczną oraz samopoczucie jednostki. U osób dorosłych prowadzi o oczekiwanej utraty wagi, poprawia strukturę kości, siły mięśni oraz prowadzi do wzmocnienia poziomu wytrzymałości i wydolności organizmu. Pozytywnym aspektem aktywności fizycznym jest również opóźnienie procesów starzenia się organizmu, chroni przed chorobami sercowo-naczyniowymi, nowotworowymi, osteoporozą czy udaru. Podjęcie regularnych ćwiczeń wyzwala w organizmie endorfiny, pozytywnie wpływa na podniesienie odporności, obniża poziom cholesterolu i glukozy w krwi (Sheridan, Radmacheer 1998; Puchalski, 1990; za: Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010).

Do prozdrowotnych wymiarów stylu życia należy również dotlenianie, hartowanie oraz dbanie o higienę snu i odpoczynku.

Dotlenienie ściśle wiąże się z troską o wybieranie miejsc wolnych od spalin i dymu. Hartowanie organizmu natomiast ma na celu wzmocnienie i podwyższenie poziomu odporności ciała na wszelkie zmiany pogody i temperatury. Środkami hartującymi mogą być kąpiel wodna, kąpiel powietrzna z dostosowywaniem temperatury. Dobór odpowiedniego ubioru do warunków panujących na zewnątrz prowadzi do zwiększenia odporności, przyczyniając się do zmniejszenia ryzyka chorób, przeziębień czy urazów. Natomiast odpowiednio dobrana do wieku, rodzaju wykonywanej pracy ilość snu i odpoczynku jest niezbędna do regeneracji układu nerwowego i mózgu (Lewicki, 2006; Linca-Ćwikła, 2016).

W kontekście powyższych rozważań teoretycznych, styl życia związany jest ściśle ze zdrowiem i należy rozumieć go jako charakterystyczny dla człowieka system zachowań zdrowotnych, uwarunkowany zarówno jego cechami osobowościowymi, tj. wiek, stan wiedzy, temperament, pogląd na świat, przekonania na temat życia i własnej osoby, kompetencje, system wartości, doświadczenia jednostki w zakresie zdrowia, jak również i zmiennymi społeczno-kulturowymi i ekonomicznymi (kultura, środowisko, finanse, środowisko pracy) (por. Heszen, Sęk, 2012; Linca-Ćwikła, 2016).

Pojęcie stylu życia jest kluczowe uwzględniając działania służące promocji zdrowia. Natomiast, rozumienie „na użytek działań na rzecz ochrony lub umocnienia zdrowia odnosi się zwykle do określonych zachowań związanych z ryzykiem zmian

w stanie zdrowia” (Kawczyńska-Butrym, 1995). Styl, który dana jednostka prezentuje, określany jest w literaturze mianem prozdrowotny i antyzdrowotny (Wojnarowska, 2018). Jak wskazuje B. Jacennik (2008) „przekonania, wartości i normy dotyczące zdrowia mogą być kształtowane w sposób celowy we wszystkich obszarach oddziaływania, z udziałem różnych środków i metod, przez różne podmioty takie jak: administracja państwowa, samorządowa,, która wywiera wpływ na zachowania zdrowotne poprzez system opieki zdrowotnej i szkolnictwo” (s. 53). Autorka zwraca uwagę na proces informowania ludzi, który jest kluczowy w procesie kształtowania przekonań, wartości i norm. Podejście to opiera na następujących założeniach:

1. Jednostka jest w stanie sama zmienić swoje postępowanie.
2. Jednostka ma możliwość podjęcia działania zapobiegawczego lub zmiany zachowania antyzdrowotnego.
3. Przekazywana informacja dotrze do odbiorcy, zostanie dostrzeżona, odczytana, zrozumiana i zapamiętana.
4. Informacja zostanie uznana przez jednostkę za wiarygodną.
5. Jednostka odniesie tę informację do siebie.
6. Jednostka wierzy, że chorobom oraz zachowaniom chorobotwórczym można zapobiegać.
7. Wskazywane postępowanie prozdrowotne jest skuteczne.
8. Jednostka prawidłowo ocenia symptomy choroby lub zaburzenia (np. uzależnienie) u siebie.

Autorka zakłada jednak nieprecyzyjność metody, ponieważ wiąże się z trudnością spełnienia wszystkich warunków. Sposób informowania zależy przede wszystkim od treści przekazu, cech nadawcy, środków czy kontekstu (Jacennik, 2008).

Wymienione wyżej elementy mogą wpływać na kształtowanie się zachowania w obrębie zdrowia. Dokonując analizy zachowań zdrowotnych, należy podkreślić rolę modeli wyjaśniających ich podejmowanie lub zmianę. Najstarszym, powstałym w latach 50. XX wieku, jest Model przekonań zdrowotnych (Health Belief Model- HBM). Model obejmuje swym zakresem „spozrządzaną podatność na choroby” oraz „spozrządzaną powagę choroby”. Wynik podjęcia zachowania zdrowotnego jest uwarunkowany „spozrzedaniem korzyści minus spozrzedaniem przeszkód”. Aby doszło do podjęcia działania profilaktycznego, autorzy zwracają uwagę na trzy elementy. Pierwszy, dotyczy

motywacji jednostki do podjęcia działania, następnie ocenia się użyteczność działania, a ostatecznie, pojawienie się czynnika wyzwalającego. Model ten był rozbudowywany, jednak nie jest on w pełni udoskonalony i dopracowany.

Poza opisanym powyżej modelem, do modeli motywacyjnych zalicza się również Teoria uzasadnionego działania (Theory of Resoned Action- TRA) i Teoria planowanego zachowania (Theory of Planed Behavior- TPB). Teoria uzasadnionego działania została wprowadzona pod koniec lat 70. ubiegłego wieku przez I. Ajzena i M. Fishbein'a (za: Heszen, Sęk, 2007). Bazą tej teorii stanowi założenie o woicjonalnej kontroli zachowań podejmowanych przez osobę, a bezpośrednim wyzwalczem zachowania jest intencja. W kształtowaniu tejże intencji obecne są dwa elementy: postawa wobec określonego zachowania oraz norma subiektywna dotycząca tego zachowania (Łuszczynska, 2004). Teoria planowanego zachowania została wprowadzona na grunt nauki przez I. Azjena, opierając się na założeniu, iż „prawdopodobieństwo podjęcia przez jednostkę jakiegoś zachowania zależy od siły intencji je poprzedzającej” (Kirenko, Boczkowska, 2017, s.39). Intencja ta kształtowana jest przez trzy grupy czynników. Pierwsza, obejmuje indywidualne postawy wobec konkretnego zachowania, druga wskazuje na subiektywne normy odnoszące się do nacisku wywieranego przez grupę społeczną. Trzecia grupa dotyczy czynników odzwierciedlających doświadczenia jednostki związane z danymi zachowaniami.

Do kolejnych, fazowych modeli zmiany zachowań związanych ze zdrowiem zaliczyć możemy *Transteoretyczny i stadialny model zachowań zdrowotnych*, którego autorami są J. O. Prochaski i C. C. DiClemente oraz *Model fazowy dostrzegania ryzyka* (za: Heszen, Sęk, 2007). Ten pierwszy charakteryzuje się następującymi stadiami:

1. Stadium prekontemplacji- ludzie nie są świadomi problemów zdrowotnych, które mogą ich spotkać na skutek postawy przychylniej zachowaniom antyzdrowotnym i ryzykownym, bądź lekceważenia podjęcia działań o charakterze zdrowotnym, a sugestie otoczenia spotykane są z odrzuceniem.
2. Stadium kontemplacji- ludzie zaczynają poddawać się refleksji oraz rozważają możliwość zmiany zachowań w zakresie sześciu miesięcy.
3. Stadium przygotowania – pojawia się pierwsza intencja do zmiany zachowań.
4. Stadium podjęcia aktywności- następuje zmiana zachowania, mająca wpływ na zmianę otoczenia oraz zdobycie nowych doświadczeń.

5. Stadium utrzymywania korzystnych, prozdrowotnych zmian w zachowaniu i je utrwalenie.
6. Stadium nawrotu- mające zastosowania szczególnie w przypadku zmiany zachowań związanych z uzależnieniami.

W raporcie GUS dotyczących stanu zdrowia Polaków (2019) przedstawiono dane dotyczące stylu życia polskiej społeczności. Pytania dotyczyły różnych sfer życia, funkcjonowania jednostek oraz ich przyzwyczajzeń oraz nawyków. Pierwsze poruszane zagadnienie dotyczyło częstotliwości spożywania owoców i warzyw przez osoby dorosłe. Zgodnie z wynikami badań, owoce jadało codziennie 55% dorosłych. Co niepokojące, to fakt, iż w grupie najrzadziej spożywających owoce i warzywa znalazły się osoby mieszczące się w zakresie wiekowym 20-29 lat (47%). Co najmniej raz dziennie w swojej diecie zapewniało 51% badanych. Najrzadziej warzywa spożywały osoby najstarsze. Rzadkie jądanie warzyw i owoców częściej dotyczyło mężczyzn. W przypadku dorosłych zaobserwowano spadek codziennej konsumpcji owoców (o 4 p. proc.) i warzyw (o 5 p. proc.). Spadek ten szczególnie jest zauważalny w grupie dwudziestolatków (6 p.proc.). Prawidłowe żywienie jest jednym z podstawowych i najważniejszych czynników mających wpływ na rozwój człowieka i utrzymanie jego organizmu w dobrej kondycji. Przez pojęcie właściwego odżywiania rozumie się m.in. „prawidłowe nawyki, zwyczaje żywieniowe, odpowiedni skład posiłków zapewniający całkowite zapotrzebowanie organizmu na energię oraz wszystkie podstawowe i niezbędne składniki pokarmowe potrzebne do optymalnego rozwoju i zachowania zdrowia” (Rasińska, 2012, s.355). Nawyki, zwyczaje czy tendencje żywieniowe, regularność posiłków mają istotny wpływ na stan zdrowia jednostki. Jeśli chodzi o ocenę sposobu odżywiania się studentów, badania potwierdzają wiele nieprawidłowości. Wśród najczęstszych błędów znajduje się : nadmierne spożywanie białka, tłuszczów, ograniczenie węglowodanów, co powoduje zaburzone proporcje elementów dziennego zapotrzebowania energetycznego. Kolejnym błędem jest brak suplementacji składników mineralnych i witamin, przesadne spożywanie słodyczy. Taki styl żywienia jest spowodowany dostępnością, szybkością zaspokojenia głodu i poprawę nastroju. Przyczynami złego komponowania posiłków jest często brak czasu, pośpiech, obciążenie nauką, ale również lenistwo (Gacek, 2004; Mięśowicz, Palus, 2002; Lisiecki, 2004; Rasińska, 2012). Uczelnia wyższa dla większości studentów jest końcowym miejscem wychowawczym, w czasie którego kształtować się mogą preferencje,

potrzeby i postawy zdrowotne. Badania pokazały, że młodzież charakteryzuje niskie i przeciętne zachowania zdrowotne. Zaobserwowano, że styl życia badanej grupy w większości przypadków jest zaprzeczeniem traktowania zdrowia jako naczelnej wartości (Rasińska, 2012).

Od wielu lat jako czynnik determinujący zachowanie efektywnego poziomu zdrowia uważa się aktywność fizyczną. Ocena aktywności fizycznej przedstawiona w raporcie zawierała trzy główne obszary tematyczne:

- aktywność związana z głównym zajęciem wykonywanym w domu np. praca zawodowa, zadania wykonywane w ramach nauki, prowadzenie domu, opieka nad dziećmi, poszukiwanie pracy i obowiązki domowe;
- docieranie do różnych miejsc i powroty w sezonie jesiennym (ze względu na porę przeprowadzenia badań)- zarówno pieszo bądź rowerem;
- uprawianie sportu typu fitness, inny rodzaj rekreacji fizycznej, ćwiczenia na siłowni.

Wyniki wskazują, że aż 42% badanych mieszkańców Polski prowadzi niemalże siedzący tryb życia, dla kolejnych 40% codzienna praca wymaga umiarkowanego wysiłku fizycznego, a ponad 9% wskazało, że trudni się w ciężkiej, wymagającej dużego nakładu sił pracy. Najmniej liczba grupa stanowiła osoby, które deklarowały, że nie ma żadnych obowiązków, bądź są na emeryturze. Co naturalne, obciążenie aktywnością fizyczną poprzez obowiązki domowe jest znacznie wyższe u mieszkańców wsi niż wśród mieszkańców miast. Zaledwie 7% ankietowanych zamieszkujących tereny miejskie deklarowało wykonywanie ciężkiej pracy, natomiast na wsi- niemalże 13%. Niemalże połowa badanych osób zamieszkujących miasta (48%) wykonywało swoje obowiązki siedząc lub stojąc, podczas gdy na wsi z taką odpowiedzią utożsamiała się co trzecia osoba (33%). Powszechność podejmowania różnych form aktywności fizycznej słabnie wraz z wiekiem. Jazda na rowerze, hulajnodze czy piesze spacerzy wybierały przede wszystkim osoby młode (35%- do 39 roku życia). W 4 kwartale 2021 roku, na próbie gospodarstw domowych zostało przeprowadzone badanie poświęcone tematyce uczestnictwa w sporcie i rekreacji ruchowej. Bardzo dobrą i dobrą kondycję zadeklarowało 65,7% badanych. Niespełna 8% badanych oceniło swój poziom sprawności fizycznej jako zły i bardzo zły. Uczestnictwo w jakichkolwiek formach aktywnościach zadeklarowało tylko 38,8% osób. Warto zauważyć, że był to czas, kiedy na aktywność fizyczną nakładane były obostrzenia

związane z Covid-19. Wśród najpopularniejszych form aktywności znalazła się jazda na rowerze (60%), pływanie (34,2%), ogólnorozwojowe zajęcia (25,5%). Wśród najczęściej wskazywanych motywów do podejmowania aktywności sportowej znalazły się: przyjemność oraz rozrywka (67,5%, mężczyzn i 62,3% kobiet), utrzymanie kondycji fizycznej (39,8% mężczyzn i 41,0% kobiet), dbanie o zdrowie oraz zalecenia od lekarza (21,9% mężczyzn i 27,3% kobiet), pozostałe motywy nie przekroczyły 10% odpowiedzi. (<https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/kultura-turystyka-sport/sport/uczestnictwo-w-sporcie-i-rekreacji-ruchowej-w-2021-r-,5,2.html> , dostęp: 19.12.2022r.).

Porównując raport z 2014 i 2019, odsetek palących osób spadł o ponad 6 punktów procentowych. Wśród osób najchętniej palących papierosy znaleźli się pięćdziesięciolatkowie (niemalże 26%), a najmniej liczną grupę stanowią osoby młode (9%) oraz najstarsi (5%). W badanym okresie, do palenia e-papierosów przyznało się nieco ponad 6% osób dorosłych. Zdecydowana większość tej grupy stanowili dwudziestolatkowie. Co więcej, grupa młodych ludzi wskazywała, że są najczęściej narażeni na dym tytoniowy.

Raport GUS zawierał również informację o spożywaniu alkoholu. W porównaniu z wynikami badania z 2014 roku, odsetek osób dorosłych wzrósł o 2 punkty procentowe. Najczęściej picie alkoholu występowało u osób znajdujących się w wieku 20-49 lat (około 85%). Dokonując analizy danych zebranych przez GUS, ponad 80% badanych młodych ludzi (20-29 lat) deklaruje picie alkoholu. Jak wskazują wyniki, osoby pijące alkohol spożywają go w weekendy (niemal 92%). Wśród najczęściej wybieranych trunków znalazły się: piwo (46%), piwo i wódka (19%). Wystąpiła duża różnica w grupach badanych między mężczyznami i kobietami: w przeciętnym tygodniu mężczyzna wypijał 25 porcji alkoholu, a kobieta 13. Dostęp: (<https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2019-r-,26,1.html>, dostęp: 12.01.2023r.).

Rada Ministrów wskazała zadania realizowane w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (<https://www.gov.pl/web/zdrowie/npz-2021-2025>, dostęp: 01.12.2022r.). W dokumencie przedstawiono następujące cele:

- Profilaktyka nadwagi i otyłości.

Głównym zadaniem jest prowadzenie ogólnopolskiego centrum edukacji żywieniowej m.in. przygotowywanie konsultacji online, spotkań z dietetykiem czy wydanie ebooka dla dzieci w przedszkolach oraz organizowanie warsztatów

kulinarnych dla uczniów w wieku szkolnym. Kolejnym zadaniem jest organizowanie szkoleń z zakresu zdrowego żywienia i aktywności fizycznej dla m.in. nauczycieli. Prowadzenie e-Bazy dotyczącej mądrego czytania etykiet żywności oraz badanie preferencji konsumentów wraz z wykazem składu i wartości odżywczej. Co istotne, zaplanowano monitorowanie, wczesną diagnozę i interwencję w zakresie występowania zjawiska nadwagi i otyłości oraz nieprawidłowego ciśnienia tętniczego krwi wśród dzieci.

- Profilaktyka uzależnień.

Cel obejmuje realizację szkoleń personelu medycznego w zakresie leczenia uzależnień od nikotyny oraz prowadzenie Telefonicznej Poradni Pomocy Pałacym.

- Promocja zdrowia psychicznego.

Głównym zadaniem jest koordynacja, monitorowanie oraz ewaluacja skuteczności i efektywności zadań prowadzonych w celu profilaktyki problemów zdrowia psychicznego i poprawy dobrostanu psychicznego.

Rozwijanie odpowiedzialnej polityki informacyjnej na temat zachowań samobójczych oraz czynników ryzyka i czynników chroniących, jak również monitorowanie mediów oraz stosowanie zaleceń od specjalistów przydatnych w opracowywaniu materiałów o charakterze medialnym. Zaplanowano również rozwój kompetencji m. in. pracowników oświaty w zakresie wczesnego wykrywania symptomów zachowań samobójczych oraz podejmowanie kroków interwencyjnych wobec uczniów przejawiających takie zachowania. Dodatkowo, rozwój kompetencji przedstawicieli środków masowego przekazu, dziennikarzy, wydawców itp. Jak również opracowanie, wdrażanie oraz ewaluacja programów profilaktyki uniwersalnej dostosowanych do potrzeb populacji. Co istotne pod kątem edukacji to opracowanie, aktualizacja, upowszechnienie i monitorowanie wdrażania standardów postępowania w sytuacjach ryzyka zachowań samobójczych, skierowanych do adekwatnej grupy zawodowej oraz instytucji. Instytut Psychiatrii i Neurologii ma stać na straży monitorowania częstotliwości występowania prób samobójczych, prowadzenia działalności naukowo-badawczej oraz koordynowanie działań na rzecz zapobiegania zachowaniom samobójczym.

- Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne

Głównymi zadaniami tak przedstawionego celu są: podejmowanie inicjatyw na rzecz profilaktyki chorób zawodowych, monitorowanie zagrożeń fizycznych, chemicznych, biologicznych, prowadzenie baz danych dotyczących dodatków do żywności, bezpieczeństwa używanych materiałów itp.

- Wyzwania demograficzne.

Działania koncentrują się wobec edukacji w zakresie zarządzania zdrowiem pracowników oraz upowszechnianie instrumentów promujących zdrowie i zachowania prozdrowotne w środowisku pracy.

Styl życia posiada wiele znaczeń, a postawy zdrowotne świadome i nieświadome właściwie go określają. Styl życia to pewne nawyki, które jednostka powtarza rutynowo i to one przyczyniają się do zmian w zachowaniu. Praktyki zdrowotne studentów oraz styl życia jaki prowadzą są często niecelowym efektem działań, a bardziej wynikiem złożonych czynności samodzielnego utrzymywania się (Chrostowski, 2012; Przysada, Drużbicki, 2013; Gałuszka, 2021). Jak wskazuje A. Romanowska-Tołłoczko (2011), występowanie zachowań sprzyjającym zdrowiu, ale również tych antyzdrowotnych w prowadzonym stylu życia u studentów jest zróżnicowane ze względu na rodzaj uczelni i wydaje się, że różnice nie są na poziomie istotności. Obserwacje wskazują jasno, iż studenci przebywający w trakcie nauki w domach rodzinnych wykazują więcej zachowań zdrowotnych w porównaniu z tymi, którzy zamieszkują inne miejsca. Autorka wskazuje zaobserwowane nieprawidłowości wśród studentów w zakresie żywienia (Starczewska i in., 2012). Przeprowadzone badania przez A. Gałuszkę (2021) jasno wskazują, że wśród badanych studentów przeważają negatywne oceny względem stanu swojego zdrowia, za mało czasu poświęcają efektywnemu odpoczynkowi, jednak to nie wpływa istotnie na poczucie zdrowia. Alarmujące są doniesienia o połowie badanych studentów, którzy deklarują systematyczne palenie papierosów, co negatywnie wpływa na ich stan zdrowia. Autorka wskazała, że poczucie dobrego stanu zdrowia związane jest z aktywnością fizyczną, a zły stan związany jest u badanych studentów ze spożyciem znacznej ilości alkoholu.

Najnowsze doniesienia zagraniczne również wskazują na związki prozdrowotnego stylu życia a zachowaniem zdrowia. H. A. Kilani i in. (2020) przeprowadzili badania dotyczące zachowań związanych ze zdrowym stylem życia podczas pandemii Covid-19. Badania dotyczyły młodych dorosłych z krajów arabskich kształcących się w szkołach

wyższych. Wykazano, że studentki (46,1%) miały znacznie niższe wyniki w zakresie zdrowia psychicznego niż mężczyźni (53,9%). Wyniki świadczące o dobrostanie psychicznym były wyższe wśród studentów o średnim i wysokim poziomie aktywności fizycznej. Co więcej, wyniki dotyczące samopoczucia uległy istotnej poprawie dzięki jakościowemu jedzeniu oraz efektywnemu odpoczynku. Autorzy podkreślają jednak, że aktywność fizyczna miała diametralne znaczenie dla zachowania dobrostanu studentów.

Badania dotyczące stylu życia u studentów pierwszego roku studiów magisterskich na kierunku zdrowie, przeprowadzono pod kątem odczuwanego lęku i stresu. Jak wskazują badacze J. Hoying i in. (2020), 17% nierodzimych studentów zgłaszało objawy depresji o nasileniu od umiarkowanego do ciężkiego, a 6% z nich miało myśli samobójcze. Czynniki, które wzmacniały poczucie lęku oraz depresji to: ogólny gorszy stan zdrowia, nieprzesypianie nocy, niższe przekonania na temat zdrowego stylu życia, mniej zdrowych nawyków, wyższy poziom stresu i odczuwany brak kontroli nad swoim życiem.

Badanie przeprowadzone wśród studentów kierunków zarządzania kryzysem i katastrofami, wskazuje na związki między zachowaniami sprzyjającymi prowadzeniu zdrowego stylu życia a czynnikami je warunkującymi. C. Çalıskan, K. Arberk oraz S. Üner (2017) wykazali, że zawieranie silnych przyjaźni i zachowywanie więzów rodzinnych są ważne dla studentów w kontekście zdrowego stylu życia. Na podobne czynniki warunkujące zdrowy styl życia studentów zwrócił uwagę Z. Gedik (2018), tłumacząc, że wybór stylu życia odgrywa ważną rolę w badaniach dotyczących zdrowia. Ważnym jest odkrywanie determinantów zdrowia w celu promocji zachowań sprzyjających zachowaniu dobrostanu. Autor zwraca uwagę na nowy czynnik jakim jest samowspółczucie. W swoich badaniach opisał korelację między zachowaniami zdrowotnymi, a życzliwością dla samego siebie, powszechnym człowieczeństwem, uważnością, a nie z krytyczną oceną, izolacją jednostki czy przesadną identyfikacją z jakimś nurtem.

Jak wskazują najnowsze doniesienia, prowadzenie prozdrowotnego stylu życia nie jest jasno określony. Człowiek jest w dużym stopniu odpowiedzialny za wybory jakich dokonuje. Decyzje niesprzyjające zdrowiu niestety szybko się uwidaczniają i powodują niezliczone konsekwencje zdrowotne.

Rozdział 2

Teoretyczny kontekst dyspozycji podmiotowych

2.1. Wprowadzenie w problematykę dyspozycji indywidualnych, oczekiwań oraz przekonań zdrowotnych studentów uczelni wyższych

Psychologiczne wyznaczniki sposobu zachowania się jednostki są utożsamiane z cechami indywidualnymi, bądź typami osobowości, wyrażającymi względnie stałe właściwości osoby. Dużą wagę przywiązuje się do konkretnych schematów zachowania, które wskazują na indywidualne właściwości jednostki spotykane w konkretnej sytuacji środowiskowej. Takie zachowania można rozpatrywać pod względem zachowań zdrowotnych.

Pojęcie podmiot zostało wprowadzone z nauk humanistycznych i oznacza „ontyczny status jednostki ludzkiej jako bytu jakościowo odmiennego od świata pozostałych obiektów ożywionych i nieożywionych (przedmiotu). Owa odmienność jest konsekwencją istnienia procesu świadomości, podmiot to byt obdarzony świadomością. Podmiot istnieje samodzielnie. Podmiotowość natomiast zawsze dotyczy kogoś, kto jest podmiotem czegoś” (Martynowicz, 2006, s.12).

Analizując literaturę przedmiotu, znaleźć można różne definicje podmiotowości. W potocznym rozumieniu, jest to samostanowienie o sobie, zaradność, możliwość podejmowania decyzji itp. T. Tomaszewski podmiot definiuje jako człowieka, który „jest „kims”, ma określoną tożsamość, posiada mniej lub bardziej wyraźną „indywidualność, która wyróżnia go od innych, jego własna działalność zależy w znacznym stopniu od niego samego” (1985, s.72).

Zdaniem J. Kozielskiego podmiotowość to „orientacja zakładająca, że on (człowiek) jest przyczyną, a raczej współprzeżywa zdarzeń, że - mówiąc inaczej – staje się sprawcą, a nie tylko odbiorcą informacji. Tak więc inicjuje działania, przejawia przedsiębiorczość, dokonuje wyboru, określa prawdopodobieństwo i wartość konsekwencji

wybranego działania, przyjmując odpowiedzialność za ryzykowne czyny, za własne niepowodzenia i klęski” (Kozielecki, 1988, s.39-40).

Zachowanie człowieka jest z natury spójne i stałe, ponieważ posiadane cechy pozwalają na zachowanie się w sposób ujednoczony dla danej jednostki. G. Allport stworzył podwaliny pod główny nurt psychologii osobowości, opartego na cechach indywidualnych. Według G. Allporta (Strelau, 2000, s.48) osobowość to „dynamiczna organizacja wewnątrz jednostki, obejmująca te układy psychofizyczne, które decydują o specyficznych dla niej sposobach przystosowania do środowiska”. Traktując osobowość jako „realną organizację psychofizyczną (s.374), G. Allport zdefiniował cechę jako „strukturę neuropsychiczną mającą zdolność dostarczania wielu bodźców funkcjonalnie równoważonych oraz inicjowania i ukierunkowania równoważnych (spójnych znaczeniowo) form zachowania adaptacyjnego” (s.374).

Jak proponują B. Zawadzki i J. Strelau (2008), osobowość to „zespół cech warunkujących spójność zachowania i tożsamość jednostki. Pod względem nasilenia i konfiguracji tych cech, które kształtują się w toku interakcji czynników genetycznych i środowiskowych oraz tworzą strukturę osobowości, obejmującą temperament i charakter, występują różnice indywidualne. One to współdecydują o specyficznym dla jednostki przystosowaniu do wymagań środowiska, w tym głównie społecznego” (s. 799).

Obok cechy, która jest predyspozycją do reagowania w określony sposób, wyodrębnił również dyspozycję osobistą (personal disposition). Zarówno cechę i dyspozycję osobową G. Allport zdefiniował tak samo, podkreślając tym samym niepowtarzalną i specyficzną dla jednostki.

Dla pełnego opisu jednostki G. Allport wprowadza różne rodzaje dyspozycji osobistych. Najbardziej ogólną jest dyspozycja dominująca (kardynalna) a „jest ona tak ogólna, że nasyca sobą właściwie każdy akt zachowania jednostkowego” (Gasiul, 2006, s.87). Najbardziej charakterystyczne dla danej jednostki są dyspozycje centralne, które relatywnie łatwo jest je rozpoznać, ponieważ ujawniają się z działania (pewność siebie, towarzyskość). Z kolei dyspozycje wtórne dotyczą bodźców i reakcji, a ujawniają się „tylko w pewnych specyficznych okolicznościach czy sytuacjach” (s.88).

Poza cechami, ważne dla osobowości ludzkiej są intencje i zamiary. Według G. Allporta, zamiary wyrażają się w postaci nadziei, pragnień, aspiracji, które często wyznaczają drogę do osiągnięcia spełnienia dyspozycji osobistych (Gasiul, 2002).

W tradycyjnej psychologii osobowości cechę uważano za niezmienną, dziedziczną po przodkach, jako predyspozycję do odpowiednich zachowań (Zawadzki, 2008). Szczególnie użyteczna jest w rozumieniu, dlaczego dana jednostka w różnych sytuacjach zachowuje się podobnie, podczas gdy inne zachowują się podobnie.

Jednym z pionierów badań nad osobowością był amerykański psycholog R. Cattell. Za najważniejszy cel swoich badań postawił ustalenie praw określających, jak ludzie o różnych osobowościach zachowują się w różnorodnych sytuacjach i środowiskach. Według R. Cattella, cechy stanowią „strukturę psychiczną osobowości (...) wnioskujemy o nich na podstawie obserwacji zachowania, a ponadto wyjaśniają one międzysytuacyjną i międzyczasową spójność tego zachowania” (Strelau, s.529). To co można zaobserwować na zewnątrz, nazwał cechami powierzchniowymi. Wnioskujemy o nich na podstawie bezpośredniej obserwacji danego zachowania. W odróżnieniu od cech powierzchniowych są cechy źródłowe. Reprezentują one podstawowe zmienne, z których jest zbudowana osobowość (Strelau, Doliński, 2000). Mają one wspólną przyczynę wpływającą na relacje między zachowaniami, co wyraża się w spójnej zmienności zachowań. Do cech źródłowych dojść można jedynie przy zastosowaniu analizy czynnikowej.

Wśród cech R. Cattell wyróżnić trzy kategorie cech:

- Zdolnościowe lub poznawcze- sposób radzenia sobie jednostki z powierzonym jej zadaniem.
- Temperamentalne- dotyczą stylu i tempa z jakim jednostka wykonuje daną aktywność. Dotyczą również sfery emocjonalnej.
- Dynamiczne- opisuje aspekty motywacyjny zachowań oraz rodzaje celów istotnych dla jednostki (Strelau, Doliński, 2000).

Na świecie nie istnieją dwie takie same osoby, obdarzone takimi samymi cechami, odznaczającymi się takimi samymi schematami działania i reagowania w sposób identyczny na bodziec. Różnice indywidualne jak proponuje B. Zawadzki (2008) to „polegające na tym, że jednostki (ludzie, zwierzęta) należące do tej samej populacji

różnią się między sobą pod względem porównywalnych charakterystyk fizycznych i psychicznych, są zjawiskiem powszechnym” (s.768).

Różne modele, podejścia skupiają się na wyjaśnieniu mechanizmu powstawania oraz kierowania się przekonaniem. By dokładnie zrozumieć istotę przekonania należy przeanalizować osobowość człowieka. Psychologia osobowości skupia się na wyjaśnieniu tego, co sprawia, iż różne procesy, funkcje psychiczne czy dyspozycje tworzą w człowieku całość. Celem jest poznanie specyfiki osobowości ludzkiej, tego co indywidualne, jednostkowe oraz tego, co dotyczy grup ludzi. Wielość podejść, teorii, koncepcji ma swoje uzasadnienie w szeroko zakrojonych celach, zadaniach oraz zainteresowaniach badaczy. Natomiast zróżnicowanie teoretyczno-empiryczne nauki o osobowości wskazuje na bogactwo, lub słabość pod względem pełnej syntezy wiedzy.

Głównymi orientacjami w psychologii osobowości są teorie nurtu psychodynamicznego, teoria cech teorie humanistyczne, teorie socjobiologiczne, teorie społeczno-poznawcze oraz teorie poznawcze. Wszelkie modele i nurty wyjaśniające zjawisko przekonania ludzkich biorą swoje miejsce w teoriach poznawczych i społecznych.

Procesy nabywania wiedzy, sprzyja procesowi poznawczemu. Zachowanie człowieka w dużej mierze zależy od jego spostrzeżeń, i interpretacji samego siebie, świata i innych ludzi (Strelau, 2008). Według poznawczo-doświadczeniowej teorii Ja, autorstwa S. Epsteina (2006) człowiek działa w ramach dwu systemów: doświadczeniowego i racjonalnego. System doświadczeniowy działa podświadomie, niezależnie od świadomości jednostki w sposób automatyczny, niewerbalny. Cechuje go szybkość, bezwysiłkowość a zarazem całościowość. Wiadomości uzyskiwane za pośrednictwem doświadczenia wchodzi w skład sieci reagowania lub ukrytych przekonań. System racjonalny zaś, działa w sposób świadomy, ukierunkowany na działanie, analityczny. Przystawanie przekonań następuje na drodze analizy i wnioskowania. Te dwa systemy pracują równocześnie, wpływając na zachowanie. S. Epstein (2006) wskazał cztery podstawowe potrzeby człowieka: uzyskiwania przyjemności i unikania bólu, zachowania stabilnego i spójnego systemu reprezentacji doświadczeń, kontaktu oraz umacniania samooceny. Z tymi potrzebami skojarzono przekonania, nabywane w toku ich osiągania. Dotyczą one świata, ludzi, siebie (wartości oraz sądów o kontroli nad życiem. Potrzeby

ludzkie i przekonania warunkują bezpośredni wpływ na uczucia, zachowania jednostki, wyrażają zatem osobowość ludzką (Strelau, 2000).

Liczne badania z zakresu osobowości pozwoliły na wyłonienie rodzajów przekonań jakimi kierują się ludzie. Wyodrębniono przekonania dotyczące Ja, świata, natury ludzkiej, wartości, przyczyny zdarzeń, przyszłości i innych ludzi (Strelau, 2008).

- Osobiste przekonania mają wpływ na powodzenie w podjętych działaniach. Zdaniem B. Weinera (1985) „interpretacja osobistych sukcesów i porażek odgrywa kluczową rolę, jeśli chodzi o osiągnięcia życiowe” (s.707). Przekonania mogą decydować również o rezygnacji i bierności. Styl atrybucji jest kluczowym wyznacznikiem działań, wprowadzaniu zmian, co przekłada się na osiągnięcia. Zgodnie z tą teorią, osoba jest przekonana, że przyczyną jej nieszczęścia są czynniki stałe (niezmienne), wewnętrzne i ogólne (Seligman, Walker, Rosenhal, 2003; za: Strelau, 2008).
- Przekonania mają wpływ na to jak człowiek interpretuje zdarzenia, spostrzega siebie i dokonuje wyboru. Jedną z koncepcji spostrzegania siebie wiąże się z uogólnionym przekonaniem na temat stałości i zmienności cech oraz zdolności człowieka. Jak wykazała K. Lachowicz-Tabaczek (2001), osoby zakładające stałość ludzkiej natury unikają ryzyka, wycofują się z zadań skazanych pozornie na niepowodzenie. Osoby zakładające zmienność, odwrotnie, porażki traktują jako wyzwanie upatrując w działaniach dodatkowej motywacji.
- Przekonania i oczekiwania obejmują również wymiar pesymizmu i optymizmu dotyczące przyszłości. Optymizm rozumiany jest jako poszukiwanie pozytywnych skutków negatywnych zdarzeń, zaś pesymizm, interpretuje zdarzenia w kategoriach negatywnych.
- Poznawcza teoria osobowości kładzie nacisk na indywidualny sposób interpretacji świata i związane z tym działania. Wskazuje się na rozbieżność między wartościami uznawanymi a realizowanymi, co implikuje na znaczenie osobistych przekonań.
- Jak wskazują autorzy (Kuhl i Beckmann, 1994; por. Kofta i Doliński, 2000), przekonania i oczekiwania sąsiadują z ludzkimi zachowaniami, jak również preferencje dotyczące aktywności. Dla jednej osoby znaczące może się okazać

samo działanie, natomiast dla innej istotne jest osiągnięty efekt. Mowa wtedy o orientacji na działanie i stan.

Przekonania wśród atrybucji i schematów jest trzecim składnikiem osobowości. Po wprowadzeniu krótkiego wstępu dotyczącego przekonań, rodzajów oraz powiązań, przywołam definicję przekonań.

Według P. Lewrence (2008, za : Doliński, 2000) przekonania „określają, co uważamy za prawdę lub fałsz- że świat jest lub nie jest dobry, że ktoś zna się na czymś, lub nie, że jest albo nie jest dobrym człowiekiem” (s.103). Ludzkie przekonania charakteryzuje różna treść oraz odmienne emocje.

Podobne podejście prezentują A. Posiada i Z. Więclowski (1989, za : Doliński, 2000), którzy uważają, iż przekonanie ma różne znaczenia w wybranej dziedzinie i jest to „stan umysłu kogoś, kto uważa, że coś jest prawdziwe lub słuszne (s. 304). W niniejszej pracy będą występować twierdzenia o różnym stopniu słuszności, jednak niemożliwym jest osądzenie czy przesąd słuszny lub niesłuszny jest według jakiegoś kryterium prawdziwe. Jak wskazuje I. Kropińska (2000) „nie zawsze istnieje takie twierdzenie T, które jest prawdziwe i jednocześnie odnosi się treściowo do jakiegoś przekonania P. Inaczej mówiąc: bywają przekonania, mimo że brakuje sądów prawdziwych, podstawowych dla ich wydedukowania” (s.121).

W badaniach skupiających się na wyjaśnianiu przekonań ludzkich ciekawym jest stwierdzenie, na ile są to przekonania danej osoby, a na ile przekonania dotyczące większej zbiorowości (tworzonych przez proces uczenia się i socjalizacji). I. Kropińska (2000) zwraca uwagę na dwa momenty :

- Powiązanie przekonań ze stereotypami, co ma związek ze społecznym ich zakorzeniem, jak również
- relacje między przekonaniem a przesądami, gdyż nie wszystkie przekonania są przecież przesądami (s.122)

Podobne stanowisko dotyczące przekonań prezentuje Z. Juczyński (2001), który uważa, że przekonania są „względnie trwałymi właściwościami jednostki, które kształtują się w trakcie socjalizacji i odzwierciedlają spostrzegane konsekwencje własnych zachowań” (s.74). W niniejszej pracy, każdorazowo, kiedy będzie mowa

o przekonaniach, należy powołać się właśnie na rozumienie przekonań według Z. Juczyńskiego.

Zgodnie z poczynionymi wyżej ustaleniami dotyczącymi przekonań, można ustalić iż, zachowania zdrowotne wyznaczone są w dużej mierze przez kontekst społeczny, jak również kontekst kulturowy. Jak wskazuje K. Borzucka-Sitkiewicz (2006) „określone praktyki zdrowotne są nie tyle efektem zamierzonych działań, ile konsekwencją ich spójności z bardziej ogólnymi sposobami na życie” (s.21). Rozpoznanie społecznych czynników ryzyka stwarza realne szanse na poprawę stanu zdrowia społeczeństwa, pomimo złożoności kształtowania się zachowań zdrowotnych. Należy nadmienić, że zarówno prowadzony styl życia, jak zachowania zdrowotne biorą swój początek w okresie dzieciństwa i wczesnej młodości. A. Jaczewski (2014) proponuje podział grup czynników wpływających na ten proces:

- I. Związane ze środowiskiem fizjologicznym- dostępność żywności, przystępne ceny żywności, zanieczyszczenie środowiska itd.
- II. Kulturowe- umiejscowienie zdrowia w hierarchii wartości, rzetelność i dostęp do informacji, wzorce do naśladowania.
- III. Społeczne – obecność i wpływ osób znaczących i grup na proces socjalizacji i wychowania.
- IV. Osobowe – aktywność, przekonania w sprawach dotyczących zdrowia, dokonywanie badań profilaktycznych, odporność psychiczna.

Spośród wyżej wymienionych czynników, największe znaczenie w determinowaniu procesu socjalizacji mają zasady i wzorce przekazane przez osoby znaczące, rodziców, kolegów, środowisko szkolne, Kościół, społeczność lokalną oraz środki masowego przekazu. Należy zaznaczyć, że wpojenie błędnych nawyków i zachowań będzie bardzo trudno zmienić.

Socjalizację należy pojmować jako proces powstania i rozwoju osobowości człowieka, łącząc tym samym aspekt społeczny jak również kulturowy. Jak wskazuje P. Sztompka (2006) socjalizacja to „proces kształtowania mentalności, postaw i działań ludzi przez społeczeństwo” (s.224). Socjalizacja jest „podstawowym kanałem przekazu kulturowego poprzez czasy i pokolenia i należy ją rozumieć jako trwający przez całe życie proces kształtowania ludzkich zachowań przez interakcje społeczne. Pozwala

to jednostkom rozwijać się, wykorzystywać własny potencjał, uczyć się oraz przystosowywać” (Giddens, 2006; s. 50-51, za: Skuza, 2011).

J. H. Turner (1998) zgodnie z założeniami socjalizacji oraz występującymi w procesie interakcjami społecznymi wprowadza zasady rządzące tym procesem. A są nimi:

- a) Wczesna socjalizacja ma znacznie większy wpływ na formowanie się naszej osobowości niż późniejsza- małe dziecko zaspokaja swoje potrzeby polegając na osobach z najbliższego środowiska, dlatego wchodzi ono w bezpośrednią interakcję.
- b) Interakcje z ważnymi osobami, czyli takimi, z którymi nawiązujemy kontakt emocjonalny, mają na nas większy wpływ niż relacje z innymi osobami- początkowo, ważnymi osobami dla młodej jednostki są rodzice, dopiero podczas okresu młodości i dojrzewania dochodzi do zmiany na środowisko rówieśnicze.
- c) Interakcje w grupach pierwotnych są ważniejsze dla kształtowania osobowości niż relacje w grupach wtórnych.
- d) Długotrwałe związki z innymi ludźmi mają większy wpływ na naszą osobowość niż związki krótkie i przypadkowe (s.77-81).

W kontekście opisanych zasad śmiało można stwierdzić, iż na proces socjalizacji, a tym samym na kształtowanie się stylu życia i zachowań zdrowotnych, ma rodzina.

L. Woźniak wskazuje na trzy elementy kultury rodziny wpływające na wybór stylu życia oraz zachowań zdrowotnych:

- Wartości- niezwykle ważna jest hierarchia wartości danej jednostki oraz to na jakim miejscu umiejscawia ona zdrowie.
- Wzory- dotyczą sposobu formowania się ról społecznych.
- Przekonania- są wypadkową „indywidualnych doświadczeń, są subiektywnymi poglądami o prawdziwości rzeczy, które nie muszą być oparte na wiedzy naukowej. Mają one wymiar nastawień, tłumaczących podejmowanie działań” (Borzucka- Sitkiewicz, s.25-26). Są to wszelkie przekonania członków rodziny o zasadności wprowadzania zdrowych nawyków na swój styl życia.

Jednostka ludzka może posiadać wiele różnorodnych przekonań, które mogą dotyczyć sytuacji czy zachowań, lecz znaczące dla niego okażą się tylko niektóre.

Człowiek jest konstruktem angażującym się lub unikającym określonych zachowań, ze względu na wpływy osób znaczących. Podobnie jest z oczekiwaniami, które wywodzą się z teorii społecznego uczenia się J.B. Rottera.

J.B. Rotter inspirował się A. Adlerem, od którego zaczerpnął społeczny aspekt funkcjonowania psychicznego, jak również inspiracje czerpał od C. Hulla i E. Tolmana, przejawiając to w badaniach nad mechanizmami wpływu wzmocnień na człowieka oraz procesami poznawczymi. J.B. Rotter twierdził, iż każdy człowiek ma prawo wyboru zachowania, chciał scalić koncepcję wzmocnień z koncepcją operacji poznawczych. Prawdopodobieństwo zachowania się w określony sposób jest wypadkową wartości wzmocnienia i prawdopodobieństwem jej wystąpienia (Pervin, 2006). Zjawisko to sformalizowano i stworzono model oczekiwania-wartości. Warto podkreślić fakt, iż model zachowania człowieka jest zróżnicowany w obrębie jednostki. J.B. Rotter był zdania, że „prawdopodobieństwo wzmocnienia są zależne nie tylko od danej jednostki, lecz również od sytuacji” (s.89). Choć autor zwracał uwagę na różnicę między wartością i prawdopodobieństwem wzmocnienia, jednocześnie twierdził, że ludzie „formują oczekiwania, które mają zastosowanie w wielu różnych okolicznościach. Nazwał je oczekiwaniami uogólnionymi (Rotter, 1990). Jedną z tych wartości jest ufność, natomiast to umiejscowienie źródła kontroli zwróciła uwagę badaczy.

Kolejnym badaczem słynącym z teorii uczenia się był W. Mischel. Skupił się na wyjaśnianiu podstawowych elementów poznawczo- społecznych. Zwrócił uwagę na obecność układów konstruktów osobistych i strategii kodowania informacji (1990). Twierdził również, że ludzie posiadają wartości subiektywne, cele i preferencje jak również kompetencje behawioralne i poznawcze różnicujące pośród innych jednostek oraz, że ludzie mają oczekiwania dotyczące następstw swoich działań (Pervin, s. 91).

Jak sam autor wskazuje, dzięki wieloletnim badaniom wyłonił „zestaw podstawowych zmiennych, które decydują o różnicach w zachowaniach i stanach emocjonalnych różnych ludzi. Są to oczekiwania, poglądy wartości, cele oraz uczucia aktywizowane w określonych okolicznościach” (Mischel 1995, za: Pervin, 2002, s.95).

Do interakcyjnej i społeczno- poznawczej teorii uczenia się należy zaliczyć również wybitnego badacza A. Bandurę. Teoria ta wraca uwagę na swoistą interakcję pomiędzy otoczeniem a jednostką. A. Bandura określił taką interakcję jako wzajemny

determinizm (Gasiul, 2002, s.153), czyli oddziaływanie otoczenia i podmiotu wzajemnie na siebie, prowadząc tym samym do ujawnienia się danego zachowania.

Podmiot traktowany jest jako istota aktywna, źródłami której są:

- a) intencjonalność (traktowana jako podmiotowa zdolność angażowania się na rzecz działań);
- b) dalekosiężne przewidywanie (zdolność przewidywania konsekwencji odległych celów, nadająca życiu kierunek i sens);
- c) samoregulacja (zdolność do korygowania zachowań poprzez porównanie ze standardami i celami osobistymi);
- d) aulorefleksyjność (zdolność do refleksji nad samym sobą) (Gasiul, 2002; por. Oleś 2003, s. 226-227).

Szczególnie ważnym elementem w procesie tworzenia osobowości jest przekonanie o własnej skuteczności. „Jest ono przekonaniem o posiadanych zdolnościach w sprawowaniu kontroli nad zdarzeniami mającymi wpływ na życie jednostkowe. Przekonanie o własnej skuteczności to jednocześnie sposób spostrzegania własnych kompetencji oraz wiara w to, że te kompetencje, a nie czynniki zewnętrzne, mają decydujący wpływ na działanie. To przekonanie zależy od ogólnych doświadczeń jednostkowych oraz doświadczeń z danymi formami działania (aktywności) (Oleś, 2003, s.154).

Wśród rozważań nad rozwojem osobowości człowieka oraz związane z nim oczekiwania, należy zwrócić uwagę na wolę sensu. Jest to „podstawowy sposób odnoszenia się człowieka do rzeczywistości. Człowiek jest bowiem istotą intencjonalną; każdy akt psychiczny, każda forma zachowania wskazuje na ukierunkowanie ku czemuś” (Gasiul, 2002, s.369). Szczególnie ważne jest zwrócenie uwagi na wartości i ukierunkowanie jednostki ku wartościom. Odpowiedni system wartości stanowi motywację do działania, co pozwala odkryć i spełnić wolę sensu człowieka. Jak wskazuje autor pojęcia woli sensu V.E. Frankl (2019) człowiek nie jest napędzany przez popędy, ale to wartości stanowią kluczową rolę w życiu człowieka (zob. Gasiul, 2002).

Wola sensu oznacza kierowanie się ku wartościom, a jednocześnie wskazuje na trójwymiarowość ludzkiego istnienia w aspektach (Uchnast 1987, s.95; za: Gasiul, 2002):

- 1) „Ja jestem” w kategoriach „ja muszę” (zmuszony jestem do zrobienia czegoś przez środowisko, genetykę)- wymiar konieczności.
- 2) „Ja jestem” w kategoriach „ja potrafię” (potrafię coś, zrobić, wykorzystać swoje umiejętności) – wymiar możliwości.
- 3) „Ja jestem” w kategoriach „ja powinienem” (mam zadanie do wykonania)- wymiar powinności.

Pomiędzy wyżej wymienionymi wymiarami zachodzi interakcja, która prowadzi do pobudzenia bądź uaktywnienia motywacji do działania.

Teoria społeczno-poznawcza wskazuje na zjawisko złożoności osobowości. Złożoność osobowości zakłada obecność przekonań i procesów zaangażowania w działania celowe. Precyzując, chodzi o wizję przyszłości, czyli szeroko pojęte oczekiwania. By tego dokonać, należy sięgnąć do procesów i mechanizmów motywacji, która to dzięki zdolnościom jednostki toruje drogę działaniom. Intencjonalna aktywność jednostki (jego zdrowie i dojrzałość) zależy od sprawności procesów:

- Oceny własnych możliwości.
- Sformułowania realnych aspiracji.
- Uzgadniania ich z bieżącymi celami.
- Ukierunkowania aktywności.
- Przewidywania rezultatów działań.
- Oceny ich wartości.
- Spostrzegania szans i przeszkód tkwiących w środowisku.
- Dostosowania form aktywności do warunków środowiskowych własnych standardów (Bandura, 2007).

Przewidywanie dotyczące przyszłości uwalnia w jednostce poczucie wpływu sytuacji i pozwala na ukierunkowanie działań ku upragnionej przyszłości. Jednostka poprzez wyznaczenie sobie celu wskazuje jednocześnie na pożądaną stan lub rezultat i planuje swoje działania. „ Sprawnie działający system poznawczy można poznać po tym, że reakcje dumy i satysfakcji z siebie pojawiają się w wypadku osiągnięć i sukcesów, które jednostka przypisuje własnym zdolnościom i wysiłkowi” (Bandura za: Strelau, 2000, s.176).

Samoregulacja zachowania jednostki polega na „ formułowaniu wyzwań i stawianiu sobie celów” (Strelau, 2000, s.716). W myśl za tym, pojawia się stan

oczekiwania i reakcje emocjonalne uwarunkowane realizacją dążeń do spełnienia standardów osobistych. „Jeśli działanie im odpowiada, człowiek odczuwa satysfakcję i umacnia poczucie własnej wartości (...) jeśli z nim kontrastuje odczuwa on niezadowolenie z siebie i ma skłonność do porzucania takich działań” (Bandura, 1999, za : Strelau, 2000). Główną rolę w procesie motywacji pełni stawianie sobie osobistych celów, mobilizujących i wywołujących pozytywny stan emocjonalny. Odległe zaś cele, pozwalają zachować kierunek aktywności, nawet w trudnych warunkach. Założenie zbyt odległego celu może powodować osłabienie motywacji, przez nieosiągalny charakter. „Intencjonalności przewidywanie wsparte zaangażowaniem w dążenia, wyznaczają cel i sens życia (...) autoregulacja i autorefleksja zaś, leżą u podstaw tożsamości” (Strelau, 2000, s.715-716).

Biorąc pod uwagę tematykę niniejszej pracy, należy dokonać konkretyzacji znaczeniowej oczekiwań. Zatem, jeśli będzie mowa o oczekiwaniach, należy odwoływać się do rozumienia A. Bandury, który dokonał rozróżnienia na oczekiwania wyniku i oczekiwania własnej skuteczności. Pierwsze zakładało istnienie konsekwencji działania, drugie zaś, wskazywało na poczucie osobistej kompetencji do podjęcia zamierzonego działania (Bandura, 1986; Schwarzer, 1997; Juczyński, 2012).

Z reguły oczekiwanie wyniku nie zakłada celu samego w sobie, a raczej stanowi narzędzie do osiągnięcia celu czy wartości. Aby jednak pozwolić na działanie, aktywność, należy uświadomić sobie posiadane zdolności, umiejętności i kompetencje osobiste umożliwiające podjęcie działań. „O ile więc oczekiwania wyniku i jego następstw dotyczą spostrzeganych konsekwencji działania, to poczucie własnej kompetencji wchodzi w zakres kontroli osobistego działania” (Juczyński, 2012, s.75).

Wartość jaką jest zdrowie to globalnie ważna i aktualna kwestia społeczna, biorąc pod uwagę zmiany jakie się dokonały w czasie pandemii Covid-19. Obecnie w dyskusji publicznej, jak również w badaniach naukowych kwestia zdrowia zajmuje szczególne miejsce, stanowiąc przedmiot rozważań teoretycznych oraz badań empirycznych z zakresu wielu dziedzin nauki (Syrek, 2019).

Wiedza związana ze zdrowiem wcześniej lub później obejmie swoim zakresem nawyki. Są one niezwykle ważne w ciągu całego życia, natomiast kształtowane we wczesnych latach młodzieńczych mogą zapocentrować w późniejszych latach życia (Śniegulska, 2018). Przeprowadzane badania na terenie Polski, wskazują, iż młodzież

wysoko klasyfikuje wartość zdrowia w hierarchii (Dziwańska, 2013). Wśród badań ogólnoswiatowych (HBSC- Health Behaviour in School-aged Children) również wskazuje się deficyty w zakresie zdrowia i zachowań zdrowotnych, jak również problemy z funkcjonowaniem w środowisku rówieśniczym, rodzinnym oraz szkolnym. Jak wskazuje J. Mazur (2015), co szósty młodociany wskazuje poważne uwagi co do stanu swojego zdrowia. Z drugiej strony, wyniki badań wskazują, że osoby młode w związku z pandemią Covid-19, wykazały szczególne zainteresowanie własnym stanem zdrowia (Długosz, 2020; za: Czechowska-Bieluga, 2021).

Opinie i przekonania młodzieży to niewątpliwie ważny obszar badań. Jako przykłady można podać szerokie spektrum, które okazały się dla badaczy niezwykle interesujące : uwarunkowania wyboru wartości, stosunek młodzieży do działalności społecznej, opinie młodzieży dotyczące przemocy w relacjach międzyludzkich, autorytety (Kluz, 2007; Niaimiuk, 2007; Walc, 2006; Karwatowska, 2012; za: Czechowska-Bieluga, 2021). Poznanie owych przedmiotów badań służyć ocenie stanu społeczeństwa, co może wskazywać i prowadzić do tworzenia obrazu młodych ludzi, ich możliwości, a zarazem trudności.

Jak wskazują wyniki badania przeprowadzonego przez A. Kulik i in. (2018), dyspozycje podmiotowe studentek, które okazały się istotne dla podejmowania zachowań zdrowotnych to : wykorzystanie emocji w działaniu oraz zdystansowanie się przez humor w trudnych sytuacjach. Emocje powstałe w połączeniu z humorem informują o zmianach w procesie kształtowania i zmieniania się zachowań zdrowotnych. Autorka zauważyła również inną zależność. W sytuacji uczenia się nowych umiejętności, zachowań, które są przedstawione jako długodystansowe, obserwuje się nieprawidłowe korzystanie z zasobów. „Energia i umiejętności poznawcze są bardziej zaangażowane w analizę aktualnej pozycji w stosunku do przyjętego celu niż konkretne czynności” (s.197). Wśród badanych studentek, zachowania profilaktyczne miały charakter incydentalny, nawyki żywieniowe są zachowaniami wymagającymi czasu, co czyni je również podatne na niepowodzenia. Czynnikiem zapobiegawczym zniechęceniu okazuje się być poczucie humoru (Kulik i in. 2018).

Powiększająca się liczba sytuacji trudnych, skomplikowanych interakcji społecznych, przy niskim poziomie możliwości odczuwania sukcesu wraz z natarciwą presją społeczną, zmienia przekonania studentów co w efekcie prowadzi do napięć i stresu.

Powstałe napięcie można przekierować i zastosować środki zaradcze w postaci różnych sposobów lub strategii radzenia sobie. Jak wskazuje J. Kirenko (2019) niezwykle ważne jest posiadanie przez studentów, przede wszystkim kierunków nauczycielskich, umiejętności prospołecznych, w których skład wchodzi np. komunikacja werbalna i niewerbalna, asertywność, współpraca, empatia, umiejętność radzenia sobie z konfliktami, altruizm czy autoprezentacja. Wymienione umiejętności interpersonalne są wykorzystywane w sytuacjach społecznych przynosząc tym samym korzyść stronom interakcji. Przeprowadzone badania jasno wskazują, że istnieją związki między umiejętnościami prospołecznymi badanych osób z kierunków pedagogicznych a ich podmiotowymi wymiarami psychospołecznego funkcjonowania, a w szczególności: strategiami radzenia sobie w trudnych sytuacjach, samoocena czy gotowość do asertywności (Kirenko, 2019).

Badacze S.A. Fleary, P. Joseph i J.E. Pappagianopoulos (2018) skoncentrowali swoje działania na zestawieniu wiedzy i umiejętności z zachowaniami zdrowotnymi. Przeprowadzone badania wskazują, że istnieje znaczący związek między umiejętnościami młodzieży, a ich zachowaniami zdrowotnymi.

Kompetencje społeczne są uważane jako wstęp do zmiany, kształtowania nowych umiejętności, również akademickich. J. Raven i J. Stephenson (2001, za: R. Tabassum i in, 2020) stwierdzili, że kompetencje społeczne zależą od zdolności danej jednostki do nauki i dostosowania się w nowym otaczającym środowisku. Umiejętności te wzrastają wraz z wiekiem. Badanie R. Tabassuma, N. Akhtera i Z.Iqbala (2020) pokazują, że istnieje znaczny związek między wynikami osiąganymi przez jednostki a posiadanymi kompetencjami np. komunikacją werbalną i niewerbalną, umiejętności poznawcze oraz emocjonalne. Jak wskazują autorzy, kompetencje te należy rozwijać, co może pomóc w kształtowaniu nowych wiadomości i umiejętności akademickich.

Najnowsze doniesienia również wskazują na związki między kompetencjami jakimi są wyposażeni studenci a ich dobrostanem. K. Kaur i S. Singh (2022) wskazują, że otrzymane wyniki pozwalają stwierdzić, iż kompetencje społeczne są znacząco związane z dobrostanem psychicznym studentów. Autorzy wskazują również na konieczność objęcia opieką studentów, tworzenie i wdrażanie inicjatyw, aby te zasoby, kompetencje interpersonalne rozwijać, co w przyszłości może skutkować większym zaangażowaniem i lepszym samopoczuciem.

Studenci tworzący grupę społeczną postawieni są przed wieloma wyzwaniami, nieraz wymagających od nich korzystanie z posiadanych zasobów, kompetencji. Posiadając niejednokrotnie niejasne oczekiwania i przekonania co do swojego celu, odpowiednio wzmocnieni mogą stać się osobami pewnie dążącymi do wyznaczonych zadań. Owe przekonania czy oczekiwania mogą ulegać zmianom biorąc pod uwagi różne zmiany środowiskowe czy bytowe jednostki, która dzięki doświadczeniu może modyfikować je i kształtować nowe.

2.2. Wartości

Zdefiniowanie pojęcia wartości jest wyjątkowo trudne ze względu na analizy różnych dziedzin nauk, zwłaszcza psychologii, socjologii czy filozofii. „Wartość” to wszystko, co uchodzi za ważne i cenne dla jednostki i społeczeństwa oraz jest godne pożądania, co łączy się z pozytywnymi przeżyciami i stanowi jednocześnie cel dążeń ludzkich (Łobocki 1993, s.125). W. Okoń (1983) definiuje wartość w subiektywnym postrzeganiu jako „właściwość nadawaną przedmiotom przez człowieka w zależności od jego potrzeb, uczuć i woli. [...] Wartościowanie zmienia się zależnie od przemian życia społecznego i kultury, jednakże w obrębie względnie trwałych układów społecznych podlega pewnej obiektywizacji, pełniąc w ten sposób funkcje czynnika integrującego klasy społeczne, społeczeństwa i narody” (s.227-338).

Nieco inne podejście prezentuje M. Rokeach (1973, za: Kirenko, Zubrzycka-Maciąg, 2015) określając wartość jako „trwałe przekonanie, że dany sposób postępowania lub ostateczny cel życia jest jednostkowo i społecznie bardziej atrakcyjny niż inne sposoby zachowania się i inne cele życiowe” (s.136). W jego ujęciu liczba wartości mieści się w małym zakresie, jest skończona, policzalna, a ludzie cenią je natomiast rozróżniając ich nasilenie (Rokeach za: Brzozowski, 2002). Natomiast M. Dziewiecki (1998) wartości ujmuje jako normy i zasady postępowania ludzkiego, dzięki którym jednostka ma szansę na osiągnięcie sukcesu i rozwój. J. Szczepański za wartość uznaje „dowolny przedmiot materialny lub idealny, ideę lub instytucję, przedmiot rzeczywisty lub wyimaginowany, w stosunku do którego jednostki lub zbiorowości przyjmują postawę szacunku, przypisują mu ważną rolę w swoim życiu, dążenie do jego osiągnięcia odczuwają jako przymus” (s.53).

Rozumienie wartości może obejmować zakresem idee, przekonania, potrzeby czy ideały oraz przedmioty rzeczywiste uznawane przez poszczególne kręgi kulturowe czy zbiorowości społeczne (Ostrowska, 2016, s.1304-1305). Zdaniem J. Strelaua (2000) wartość w aspekcie apsychoologicznym należy rozpatrywać wraz z orientacją afektywno-poznawczą tzn. „są to te rzeczy, idee, jednostki, grupy społeczne, które posiadają na tyle istotne znaczenie dla funkcjonowania społeczeństwa lub poszczególnych grup, że zarówno te grupy, jak i społeczeństwa wywierają nacisk w kierunku ich akceptacji, sankcjonując jednocześnie zachowania według stopnia tej akceptacji” (s.87). W psychologii wartość upatruje się również jako wybór, jako coś, co jest, bądź wydaje się być ważne dla człowieka, jego istnienia, aktywności i rozwoju w różnych etapach życia (Tyszkowa, 1984, zob. Denek, 2015; Chałas, 2016). Z wartościami w ujęciu psychologicznym związana jest funkcja motywacyjna. C.A. Mace określił wartość jako „stan, w którym cały system potrzeb pierwotnych i nabytych znajduje najwyższe zaspokojenie” (za: Świda, 1979, s.16).

Natomiast według W. Cichonia (1996, s.149) wartości są „tym, co jest zadane do zrealizowania i co faktycznie – w określony sposób lepiej lub gorzej – bywa urzeczywistniane w procesach wychowawczych”. Według autora M. Nowaka (2000) wartości odzwierciedlają nasze pragnienia i wskazują dążenia jednostki do istotnych rzeczy. M. Łobocki (2007) natomiast zaznacza, iż wartość stanowi „wszystko to, co uchodzi za ważne i cenne dla jednostki i społeczeństwa, co jest godne pożądania i łączy się z pozytywnymi przeżyciami oraz stanowi podstawę formułowania celów wychowania, a tym samym bywa głębszym uzasadnieniem pożądanych społecznie i moralnie dążeń ludzkich” (s.60). Podobne rozumienie wartości przyjął m.in. W. Furmanek, który to terminu „wartość” użył dla określania zjawisk ważnych i cennych dla jednostki, godnych podjęcia wszelkiego wysiłku w celu ich osiągnięcia (Furmanek, 2005, 2006). Podobnie D. Dobrowolska, nazywając wartością wszystko to, co stanowi podstawę dążeń, aspiracji człowieka jak również przedmiot potrzeb. Autorka podaje również, że wartości można rozumieć jako : jakieś ważne dobra [...] bardziej od innych warte tego, by je w życiu osiągnąć” (za: Dyczewski, 1995, s.104).

Zdefiniowanie wartości jest wyjątkowo trudne przez co zagadnienie może być rozpatrywane m.in. z perspektywy obiektywistycznej jak i subiektywistycznej. Według teorii obiektywistycznej, wartość to realna właściwość przedmiotów, która jest niezależnie od oceny poszczególnych jednostek. Jest jakby niezależna od pragnień, potrzeb czy uczuć

człowieka. Przykładem takich wartości mogą być prawda, piękno, sprawiedliwość. W myśl natomiast teorii subiektywistycznej wartości nie istnieją same w sobie, lecz są wynikiem subiektywnych doznań i odczuć jednostki (zob. Łobocki; Okoń, 2004; Zubrzycka-Maciąg, 2015).

T. Pearsons i E.A. Shils za wartości uznali „uogólnione i trwałe preferencje, normy lub tendencje wyboru, które kryją się pod mnóstwem szczegółowych preferencji, norm i decyzji, jakie występują w codziennym życiu” (za: Denek, 2015, s.14).

M. Misztal (1975) dokonała podziału definicji wartości uwzględniając aspekt psychologiczny, gdzie wartość może być postrzegana jako:

- a. Element systemu przekonań jednostki o nienormatywnym charakterze,
- b. Element systemu przekonań jednostki o normatywnym charakterze,
- c. Przedmiot zaspakajający potrzeby jednostki,
- d. Przekonanie innych ludzi na temat stanu psychicznego, fizycznego lub działań jednostki uważanych za godne pożądania,
- e. Obserwowane zachowanie jednostki (s.17).

M. Scheler wyróżnił pięć rodzajów wartości: absolutne, witalne, utylitarne, duchowe i hedonistyczne. „Najwyższe w hierarchii wartości absolutne przypisywane są Bogu, niektórym zjawiskom przyrodniczym i społecznym. Wśród nich najważniejsze są wartości religijne. Ich przeciwieństwo to wartości *profanum*. Wartości duchowe dzielą się na trzy grupy: wartości estetyczne (piękno, brzydota), poznawcze (prawdziwość i obiektywność) oraz prawne (słuszność)” (za: Lachowski, 2012, s.22). Wartości witalne odzwierciedlają się w dziedzinie życia, utylitarne w użyteczności. Wartości hedonistyczne określają coś ze względu na odczuwanie, bądź nie, przyjemności zmysłowych. R. Ingarden (1966, za: Brzozowski, 2005) wyróżnił wartości moralne, kulturowe oraz witalne.

W wielu rozróżnieniach wartości zwraca się uwagę na podobieństwo do postaw, co podkreśla M. Misztal (1980, s.20), sugerując, że „wartość jest przekonaniem jednostki o charakterze bardziej centralnym niż postawa, często stanowiącym jej podstawę”.

Jednym z najbardziej znanych podziałów wartości jest hierarchia zaproponowana przez E. Sprangera (za: Matusiewicz, 1975), który to wyróżnił wartości ekonomiczne, społeczne, teoretyczne, polityczne, religijne oraz estetyczne. Próbę klasyfikacji podjął

również J. Tischner (1982), który wskazał na wartości pozytywne i negatywne, wyższe i niższe. R. Jedliński (2000) opracował hierarchię bazującą właśnie na wartościach pozytywnych, wydzielając wartości transcendentne (Bóg), wartości nietranscendentne (poznawcze, estetyczne), społeczne (patriotyzm, praca, rodzina), wartości witalne (zdrowie, życie), wartości utylitarne (talent, zaradność), wartości prestiżowe (sława, kariera), wartości hedonistyczne (przyjemność, radość).

Innej klasyfikacji dokonał P. Brzozowski (2007) wskazując na wartości idealne i realne. Wartości idealne są niemalże nieosiągalne, natomiast realne związane są z rzeczywistością, można dążyć do ich osiągnięcia.

Urzeczywistnienie wartości (realizowanie) oznacza „rozbudowywanie ustosunkowań (odczuć, sądów, działań) wobec pewnych wartości w taki sposób, że stają się one integralną częścią osobowości” (Ostrowska, za: Komorowska, 2016, s.1223).

W. Cichoń (1996) wskazał na 3 grupy czynników, warunkujących urzeczywistnienie wartości:

1. warunki świata zewnętrznego jako terenu działalności człowieka, który obejmują taką strukturę rzeczywistości, która dopuszcza możliwość istnienia i realizowania wartości oraz działania człowieka w świecie, przekształcania go i wzbogacenia;
2. warunki związane z człowiekiem jako podmiotem wartości umożliwiające mu swobodne, wolne i świadome działanie w poczuciu wewnętrznej odpowiedzialności za własne postępowanie i podejmowane decyzje;
3. warunki sprzyjające rozwojowi człowieka, w tym wspierające oddziaływania innych ludzi, służące poznawaniu i urzeczywistnianiu wartości (por. Komorowska, 2016).

Zbliżony do koncepcji M. Rokeacha sposób ujmowania wartości przedstawił S.H. Schwartz (za: Brzozowski, 2002), podkreślając, że wartości pełnią funkcję standardów mających służyć jednostce by selekcionowała i oceniała działania, zdarzenia, ludzi i samego siebie. Teoria wartości S.H. Schwartza (za: Ciecuch, 2013) opiera się na stwierdzeniu, iż struktura ludzkich wartości przybiera kształt kołowy, tworząc pewne kontinuum uniwersalne, a same wartości są pojęciami lub przekonaniem, które:

- dotyczą pożądaných celów, które opisują ostateczne stany rzeczy lub zachowania,
- kierują selekcją i oceną zachowań, zdarzeń,
- przekraczają konkretne sytuacje,
- są uporządkowane według stopnia ważności (s.38).

Wartości są pewnym konstruktem, który ułatwia interpretację zachowań ludzkich, ale wyłącznie, gdy uwzględnia się cały system wartości, a nie pojedyncze jego elementy (Cieciuch, 2013). Wartości mogą mieć również istotny wpływ na aktywność człowieka. W klasycznym modelu zaproponowanym przez S.H. Schwartz (1992) znajduje się dziesięć wartości:

- a. Kierowanie sobą (self-direction-SD)- wolność, twórczość i niezależność,
- b. Stymulacja (stimulation- ST)- podniecenie, nowość, zmienność,
- c. Hedonizm (hedonism-HE)- zaspokojenie zmysłowe, przyjemność,
- d. Osiągnięcia (achievement- AC)- sukcesy osobiste, ambicja,
- e. Władza (power-PO)- status i prestiż społeczny, dominacja nad innymi,
- f. Bezpieczeństwo (security- SE)- harmonia, porządek i stabilizacja w całym społeczeństwie i relacjach międzyludzkich, bezpieczeństwo własne, bliskich i narodu,
- g. Przystosowanie (conformity- CO)- ograniczenie własnych działań, dążeń , impulsów, które mogłyby negatywnie wpłynąć na innych ludzi, naruszać społecznie przyjęte normy i oczekiwania,
- h. Tradycja (tradition-TR)- akceptacja i podtrzymywanie zwyczajów, idei, tradycji własnej kultury i religii,
- i. Życzliwość (benevolence-BE)- dbanie o dobro bliskich osób, członków rodziny i przyjaciół,
- j. Uniwersalizm (universalism-UN)- zrozumienie, szacunek i tolerancja wobec wszystkich ludzi.

Wartości w ujęciu S.H. Schwartz ma konkretne zasady co do ich struktury. Pierwszą zasadą jest zasada interesów, wskazując na te, które mogą być grupowe, indywidualne lub wspólne. Wartości tworzą strukturę kołową, ukazując porządek względem relacji podobieństwa- niepodobieństwa oraz zgodności- konfliktu interesów.

Dziesięć kategorii wartości można zatem przedstawić na dwuwymiarowej przestrzeni, gdzie z jednej strony będzie wymiar przekraczania ja- umacnianie ja, a z drugiej otwartość na zmiany- zachowawczość (Brzozowski, 2002).

System wartości, ujmowany jest jako pewien układ składający się z przekonań, ideałów i preferencji. Przekonania ujmowane są jako przeświadczeni czy wierzenia, obejmujące ogląd na świat. Wskazuje na porządek materialny i moralny świata oraz wskazuje na miejsce, jakie zajmuje człowiek w tym układzie. Dla systemu wartości ważna jest siła przekonań. Ideały, czyli szeroko rozumiane wzorce i modele, pozwalają ustalić kryteria tego, co jest zainteresowaniem człowieka, co jest dla niego moralne, piękne. Jednostka ustala to w toku opiniowania, rozważając czy dany rodzaj zachowania jest z jego perspektywy lepszy bądź gorszy, a wyznaczenie najwyższego stopnia w doskonałości wskazuje ideał, do którego dąży. Normy prawne, obyczajowe i moralne mają swój początek właśnie z ideałów. Preferencje zaś przejawiają się okazywaniem akceptacji bądź sympatii względem zjawisk, sytuacji czy przedmiotów materialnych, lub okazywaniu do nich niechęci, nie przyzwalaniu na stany przeciwne do pożądaných (Rybczyńska, Oleszak-Krzyżanowska, 1995, s.58-59).

Struktura wartości, warunkująca wszechstronny rozwój człowieka, wyznaczona jest przez układ wartości związanych z różnymi warstwami życia i funkcjonowania człowieka. Ze sferą biologiczną związane są wartości takie jak: materialne, witalne, hedonistyczne, ze sferą psychiczną- wartości poznawcze (nauka, mądrość, wiedza, twórczość)- wartości dnia codziennego, społeczne i moralne, natomiast ze sferą kulturową wartości związane z wytworami kultury wyższej (poezja, muzyka, sztuka, plastyka), oraz wartości określające kulturę dotyczącą narodu (kultura ludowa, tradycje, zwyczaje), a z warstwą światopoglądową natomiast wartości ostateczne i religijne (Chałas, 2016; Kirenko, Zubrzycka-Maciąg, 2017).

Wartości stanowią również kryterium doboru dążeń społecznych, które określają ideał społeczny, jak również wskazują na siłę tych dążeń do niego; są podstawą integracji jednostki ze społeczeństwem oraz wprowadzają w życie społeczne dążenia, będąc czynnikiem postępu społecznego oraz regulują postępowania człowieka (Nowak, 1992; zob. Zubrzycka-Maciąg, Wosik-Kawala, 2007). Wartości również nadają sens życiu, stanowią kryterium do oceny rzeczywistości, zdarzeń i planowania własnych działań.

Ukazują pewną prawdę dotyczącą człowieka, wskazują na standardy jego myśli, postaw i zachowań. Wartości również pełnią funkcję socjalizacyjną, która umożliwia jednostce włączenie się do życia w społeczeństwie, jak również pełni funkcję metadecyzyjną, dzięki której możliwe jest rozwiązywanie konfliktów, sporów (Koźmińska, Olszewska, 2007). Wartości mogą pełnić również rolę gratyfikacyjną, wyłącznie gdy ich osiągnięcie związane jest z poprawą samopoczucia i satysfakcją (zob. Kocowski, 1991).

Jedną z najważniejszych wartości w życiu człowieka jest zdrowie. Dzięki niemu możliwe jest realizowanie zamierzonych celów, możliwość nauki, podejmowanie pracy zawodowej, jak również wypełnianie codziennych obowiązków i aktywności związanych z dniem powszednim. Zdrowie zaś jest najistotniejszym warunkiem do odczuwania radości i poczucia szczęścia (Kirenko, Zubrzycka-Maciąg, 2017). Współcześnie w wielu dokumentach, m.in. *Karta Ottawska, Światowa Deklaracja Zdrowia, Narodowy Program Zdrowia*, zdrowie jest traktowane jako wartość jednostki jak również społeczeństwa, a także jest warunkiem do zapewnienia dobrego samopoczucia, jakości życia i dobrego funkcjonowania w czasie późnej starości. Dzięki temu, iż zdrowie wpływa w sposób pośredni i bezpośredni wpływa na rozwój i wytwarzanie dóbr, postrzegane jest jako wartość nadrzędna, ponieważ stanowi podstawę zrównoważonego rozwoju społecznego i gospodarczego państwa (Żuchelkowska, 2016).

Zachowania prozdrowotne są niewątpliwie najważniejszym z czynników, który determinuje zdrowie. Proces kształtowania się postaw rozpoczyna się w okresie dzieciństwa i młodości wraz z socjalizacją pierwotną oraz wtórną. Aby dogłębnie eksplorować naturę zachowań zdrowotnych należy poświęcić czas na wartościowanie zdrowia. Bardzo istotnym elementem są wartości przypisywane zdrowiu. Badania socjologiczne wskazują na 4 następujące rozumienia wartości:

- a. Wartości deklarowane – zdrowie postrzegane jest jako powszechnie ważną wartość
- b. Wartości akceptowane – świadomość osób, że zdrowie jest czymś bardzo ważnym, należy go chronić, jednak jednostki postępują odwrotnie
- c. Wartości pożądane – osoby wyznają nurt w którym to one muszą poświęcić coś by osiągnąć zdrowie

- d. Wartości praktykowane – praktyczne zachowania jednostki służące osiągnięciu zdrowia, poprawienia go i utrzymania się w dobrej kondycji (Wojciechowska, 2019).

Badania przeprowadzone przez J. Łuczak (2007, za: Wojciechowska, 2019) wskazują, że podejście młodych ludzi do zdrowia, zachowań zdrowotnych, aktywności fizycznej czy unikania szkodliwych substancji jest zróżnicowane. Studenci jako grupa jest szczególnie eksponowana na wszelkie zmiany, próby i nowości.

Wartości stanowią istotny przedmiot rozważań naukowych. Wpływają one na sposób myślenia, postawy, zachowania jak również na określanie celów. Przeprowadzone badania wśród studentów prawa wskazują, iż najważniejszą wartością (niemal 50%) okazała się miłość (Luty-Michalak, 2020). Na drugim miejscu znalazło się zdrowie, trzecim rodzina oraz szczęście rodzinne. System wartości wśród przebadanych studentów jest różny, niż wskazują to dane z badań CBOS (2019). W codziennym życiu, najważniejszą wartością jest szczęście rodzinne (80%), kolejno- zachowanie dobrego zdrowia (55%), spokój (48%), grono przyjaciół (45%), szacunek innych ludzi (42%) oraz uczciwe życie (42%) (<https://www.cbos.pl /PL/publikacje/ news/2020/02/newsletter.php> , dostęp: 27.01.2023r.). Okazuje się, że młode osoby zdecydowanie inaczej dokonują hierarchizacji wartości niż ogół społeczeństwa polskiego. Zmiennymi, które wpływały na rozkład odpowiedzi to płeć i stosunek do wiary.

Odnosząc się do kwestii wartości, studenci wskazują również pracę jako wartość i są do tego przekonani. Z badań przeprowadzonych przez D. Wosik-Kawalę i E. Sarzyńską-Mazurek (2017), wartości dotyczące pracy zarobkowej są ważne dla młodych osób. Wartości wskazywane jako ważniejsze przez studentów to wartości rodzinne, allocentryczne i edukacyjne (Sarzyńska-Mazurek, 2021).

Interesujący wkład w rozumienie wartości wśród studentów wniosły badania K. Janowicza i P. Ciesielskiego (2021), które koncentrowały się na perspektywie czasu i wartościach życiowych studentów w okresie zawieszenia zajęć dydaktycznych na początku pandemii Cpv19. Jak wskazują autorzy „silniejsza perspektywa przyszłościowa, słabsza perspektywa teraźniejszościowa i wyższe cenie wartości nakierowanych na wzrost” stanowią podstawę do większego zaangażowania studentów w czasie ich nauki (s.125). Autorzy podkreślają, iż otrzymane wyniki są tożsame z badaniami dotyczącymi zależności

między perspektywą czasu a zaangażowaniem w naukę (de Volder, Lens, 1982; Pigott, 2018, za: Janowicz, Ciesielski, 2021).

Wyniki badań zarówno jakościowych jak i ilościowych wśród słowackich studentów wskazują na wysokie wyniki w zakresie wartości społecznych. Jako najważniejsze wartości studenci wskazywali wartości takie jak rodzina, przyjaciele, relacje i pomaganie innym ludziom, troska o innych, zabezpieczenie ludzi, uczenie się oraz troska o osoby starsze (Knapík, 2022).

Wartości zajmują centralne miejsce w systemie poznawczym człowieka, ponieważ obejmują one zarówno komponenty afektywne jak i behawioralne jak wiedza czy umiejętności. Poprzez odpowiednio przeprowadzoną drogę kształcenia młodych ludzi można budować i rozwijać u nich wartości, które nie będą zapominane czy nazywane przestarzałymi. To studenci jako przyszli specjaliści powinni uczestniczyć w różnych formach doskonalenia, poznawania ich w życiu praktycznym by zostały one propagowane w ogólnodostępnym środowisku.

2.3. Samoocena

Niewątpliwie jednym z istotnych wymiarów, który ma rzeczywisty związek ze zdrowiem oraz jakością życia jest samoocena. Określa ona stopień samopoznania, wpływa na samopoczucie jednostki i określa również charakter relacji nawiązywanych z innymi ludźmi. Sposób postrzegania siebie jako człowieka warunkuje charakter przyjmowanych ról społecznych. Poziom posiadanej samooceny przesądza o celach, planach, marzeniach człowieka oraz warunkuje kierunek rozwoju, wyboru ścieżki zawodowej, determinując tym samym rozwój osobowości.

W literaturze przedmiotu samoocena nie jest definiowana i wyjaśniana w sposób jednoznaczny. I. Niebrzydowski (1995) samoocenę postrzega jako „element systemu wiedzy człowieka o sobie samym”, natomiast E. Aronson, T.D. Wilson i R.M. Akert (1997, s.21) uważają, iż samoocena jest oszacowaniem przez ludzi swojej wartości, czyli tego, w jakim stopniu spostrzegają siebie jako dobrych, przyzwoitych oraz kompetentnych. Również P. Borowiecki (2015, s.121) wskazuje, iż samoocena w tej kategorii to termin związany z poczuciem własnej wartości, samowiedzy, obrazem własnej osoby, miłością do

samego siebie, samoakceptacja wraz z uwzględnieniem zamienności tych elementów i używanie ich znaczeń w sposób potoczny.

Samoocena stanowi podstawę kształtowania się własnej osoby, osobowości i wizerunku, który jest zbiorem pojęć, „jakie jednostka ma o sobie samej z włączeniem roli (zawód, klasa społeczna itp.), cech charakteru oraz cech wyglądu zewnętrznego. Ocena siebie wyznacza granice myślenia o sobie. [...] Prezentowanie siebie jest natomiast zachowaniem mającym na celu wywieranie wpływu na to, w jaki sposób widzą nas inni” (Moscovici, 1998, s.87). J. Reykowski (1975) postrzega samoocenę jako pewnego rodzaju wypadkową świadomego wartościowania przez jednostkę swoich cech fizycznych, psychicznych oraz możliwości realizacji zamierzonych celów. Samoocena jest to zatem „postawa wobec siebie samego, swoich cech, możliwości, zdolności i wad, stanowiąca emocjonalny komponent obrazu własnej osoby, czyli zespół różnorodnych sądów czy opinii, które jednostka odnosi do siebie, a dotyczą one fizycznych, psychicznych i społecznych właściwości danego człowieka” (za: Borowiecki, 2015, s.122). W kontekście własnej wartości samoocenę definiuje również N. Branden (1998, s.19-20), określając ją jako wrodzone prawo człowieka, przekonanie o dojrzewaniu do wymagań stawianych przez życie, poczucie umiejętności radzenia sobie z trudnościami, życiowymi wyzwaniem oraz pewność, że potrafi się myśleć, przekonanie o własnej wartości, o prawie do szczęścia i powodzenia, o tym, że ma się prawo do zaspakajania własnych potrzeb oraz odczuwania zadowolenia i szczęścia z osiągniętych sukcesów. Samoocena stanowi element samoświadomości. P. Oleś (2013) wskazuje ją jako uogólnioną ocenę lub postawę jednostki wobec samego siebie, natomiast M. Kofta i D. Doliński (2008) spostrzegają ją jako ewaluację jednostki, która może dotyczyć różnych elementów, czynników wchodzących w skład osobowości: inteligencja, poczucie humoru, atrakcyjność fizyczna, poczucie własnych kompetencji bądź też całościowego obrazu siebie. Przez E. Furmańską (2001) samoocena definiowana jest jako element „systemu wiedzy człowieka, który umożliwia mu poznanie siebie, ocenę własnych możliwości na różnych płaszczyznach i wybór z posiadanego repertuaru zachowań tego, które jest właściwe w określonych sytuacjach napotykanym w otaczającym świecie zewnętrznym” (s.24).

Samoocena spełnia trzy zasadnicze funkcje. Funkcja poznawczo-uświadamiająca pozwana na ustalenie, jakie miejsce zajmuje człowiek w świecie oraz jakie łączy go z nim związki. Druga funkcja to funkcja wartościująco-oceniająca, która umożliwia uchwycenie

wartości zarówno własnych, jak również i innych osób. Ostatnia funkcja dostarcza wiedzy w jaki sposób łączyć wszystkie strony bytu jednostki przy jednoczesnym integrowaniu i kierowaniu osobowością (Kirenko, 2002, 2017).

Koncepcje samooceny są związane z pojęciem „Ja”, można wyróżnić więc dwa główne nurty jej rozumienia i sposobu pomiaru: „Pierwszy, dzielący Ja ze względu na treści i uwzględniający perspektywę czasową, oraz drugi, opisujący Ja ze względu na obszary życia, które są udziałem jednostki” (Huflejt-Łukasik, 2010, s.31). Różnorodność elementów składowych „ja” powoduje, że można wyróżnić kilka jego rodzajów, tj.:

- „ja” osobiste (prywatne)”- opisuje sferę wewnętrzną jednostki, subiektywne odczucia, emocje, spostrzeżenia i poglądy oraz cenione wartości,
- „ja publiczne”- przejawia się w relacjach z innymi ludźmi oraz w działaniach na rzecz otoczenia,
- „ja przyszłe”- odnosi się do obrazu siebie, realizacji określonych celów, działania z myślą o przyszłości,
- „ja przeszłe”- ma odniesienie do zdarzeń i sytuacji, które miały miejsce w przeszłości,
- „ja terażniejsze”- jest związane z obecną sytuacją życiową, odzwierciedla własną pozycję w świecie, własne aspiracje i poglądy,
- „ja społeczne”- dotyczy postrzegania siebie jako istoty społecznej, jest wyrazem stopnia utożsamiania się z określoną grupą ludzi,
- „ja powinnościowe”- wyznacza etyczne zasady zachowania i postępowania w określonych sytuacjach,
- „ja duchowe”- obejmuje sferę duchową jednostki, wierzenia, przekonania i poglądy religijne- życie zgodne z wiarą,
- „ja fizyczne”- daje człowiekowi poczucie godności i wyznacza jego miejsce w świecie,
- „ja moralne”- służy ocenianiu działań w kategoriach dobra i zła, działa podobnie jak sumienie,
- „ja rodzinne”- odnosi się do bliskich relacji z innymi ludźmi, mówi o potrzebie akceptacji, zrozumienia, miłości i poczucia bezpieczeństwa (por. Niebrzydowski,

1976; Wojciszke, Doliński, 2008; Triandis, 1989; Fitts, za: Kirenko, 2002; Bauman, 2005; Zubrzycka-Maciąg, Kirenko, 2015).

Według L. Niebrzydowskiego (1989), wszystkie rodzaje „ja” są składowymi jednego z dwóch podstawowych obszarów: „ja” realnego lub „ja” idealnego. „Ja” realne, inaczej „ja” rzeczywiste, wyraża to, co jednostka już przeżyła, jest wynikiem doświadczenia, bądź też wskazuje na odczucia przeżywane wraz z odniesieniem sukcesem bądź porażką. „Ja” idealne zaś ma charakter życzeniowy i może przyjmować formę abstrakcji dotyczących sądów wymarzonego, wykreowanego, ale również wyidealizowanego obrazu samego siebie, takim jakim chciałoby się być (Reykowski, 1966; Niebrzydowski, 1976; Wojciszke, Doliński, 2008, za: Kirenko, Boczkowska, 2017).

Warto zaznaczyć, iż samoocena „nie jest czymś jednolitym i nie dotyczy jednego wyłącznie wymiaru życia człowieka” (Kirenko, Zubrzycka-Maciąg, 2015, s.109). Wyróżnić można samoocenę cząstkową i samoocenę globalną (ogólną). Samoocena cząstkowa dotyczy pojedynczych cech własnej osoby i pojawia się wtedy, gdy człowiek dokonuje oceny niezależnie w różnych sferach (Kulas, 1986). Samoocena globalna natomiast, tworzy się w wyniku uogólnieniu samoocen cząstkowych, inaczej zwanych szczegółowych (Wiechnik, Drwał, 1989). Samoocena globalna jest najczęściej rozumiana jako całościowy stosunek względem siebie, co do całokształtu posiadanych przez osobę właściwości i jej postępowania. Powstaje ona na podstawie oceny tych cech, które to człowiek uważa za najważniejsze i z którymi się identyfikuje (Reykowski, 1970). „Miarą samooceny globalnej jest poziom oceny tej cechy, którą jednostka traktuje jako determinującą wśród innych cech. Ta główna i najbardziej ceniona cecha określana jest mianem dominanty, która skupia wokół siebie pozostałe cechy i wartości jednostki. Dominanta jednak nie musi być stała, ponieważ zależy od rodzaju „ja”, uznawanego przez jednostkę w danym czasie za najważniejszy” (Zubrzycka-Maciąg, 2013, s.129; zob. Kirenko, 2002; Kirenko, Zubrzycka-Maciąg, 2011).

Zarówno samooceny cząstkowe jak również samoocena globalna mogą się diametralnie różnić w zależności od osoby. Różnice mogą się uwidaczniać m.in. w poziomie samooceny, stałości bądź wartości własnych sądów. Samoocenę można zatem rozpatrywać uwzględniając jej właściwości tj. poziom, wartość i pewność sądów oraz opinii, trafność (zob. Kalus, 1986; Niebrzydowski, 1976; 1989; Brzezińska, 1973;

Reykowski, 1966, 1970; Dodziuk, 2002; Wosik-Kawala, 2007; Kirenko, 2002; Kirenko, Zubrzycka-Maciąg, 2011, 2013).

Istnieje wiele kryteriów podziału samooceny. D. Wosik-Kawala (2007) wyróżniła następujące kryteria samooceny:

- ze względu na ich wartość- pozytywne i negatywne,
- ze względu na stopień ogólności- globalna i parcjalna,
- ze względu na trwałość- stabilna i niestabilna,
- ze względu na poziom- wysoka i niska,
- ze względu na pewność sądów i opinii człowieka na temat samego siebie – pewna i zagrożona,
- ze względu na zgodność i trafność samooceny z faktycznymi możliwościami jednostki- adekwatna i nieadekwatna.

Samoocenę można rozpatrywać jako niezmienną cechę bądź stan, natomiast trzeba wtedy wziąć pod uwagę kontekst sytuacyjny, gdy zdarzenia mogą wpłynąć na podwyższenie bądź obniżenie samooceny (Ninot i in., 2005, za: Kirenko, Boczkowska, 2017). Nie brakuje zatem zwolenników spostrzegania samooceny jako „względnie stałej cechy, jak i przekonania, że samoocena może być podatna na zmiany w odpowiedzi na zdarzenia lub kontekst sytuacyjny, zarówno w krótszej, jak i dłuższej perspektywie sytuacyjnej” (Kirenko, Boczkowska, 2017, s.174).

Osoby z niską samooceną cechują się brakiem wiary w osiągnięcie zamierzonych celów, są niezadowolone z siebie, czują się bezradne, są przekonane o byciu gorszym niż rówieśnicy, bądź współpracownicy. Niski poziom samooceny może prowadzić do przyjęcia postawy skłonnej do pesymizmu, która służy jako bariera ochronna przez możliwością kolejnych niepowodzeń. Osoba z niską samooceną przywołuje sobie poprzednie porażki stąd też wysokie prawdopodobieństwo kolejnych niepowodzeń. Osoby te głęboko zakorzeniają przykre słowa innych osób na własny temat, który stanowi przyzmat, przez który patrzą na otaczający świat. Co więcej, takie podejście skutkuje niezdolnością do podejmowania ważnych decyzji i tym samym pozbawienie się szansy na odniesienie sukcesu (Hipsz, 2014). Następstwem niskiej samooceny niewątpliwie może być nadmierna koncentracja na sobie i potrzeba nieustannego dążenia do perfekcji. K. Hipisz (2014) taką postawę nazywa „snem o przyszłości” Znaczącą rolę odgrywa tutaj

wyznaczony cel działań (por. Kulas, 1986; Dodziuk, 2002; Chodkiewicz, 2005; Zimbardo, 2007; Kirenko, Zubrzycka-Maciąg, 2011, 2013).

Osoby z wysoką samooceną zaś wykazują postawę akceptacji samych siebie, cenią siebie i mają zaufanie do swoich zaczętych działań i wyborów. Osoby te są bardziej zmotywowane, przyjmują odpowiedzialność za swoje czyny, znają swoją wartość i nie obawiają się swoich wad bądź słabości, ponieważ nie wykazują potrzeby udowadniania przed innymi swojej wartości i racji. Jednostki te odznaczają się wewnętrznym spokojem i równowagą oraz optymizmem. Cechuje je świadomość bycia istotą umysłową, duchową oraz wewnętrzną integracją. Osoby te są przeważnie towarzyskie, otwarte, tolerancyjne względem swoich poczynań jak również innych osób, ich relacje z otoczeniem są poprawne i odznaczają się dużą efektywnością społeczną. Przekonanie o własnej skuteczności oraz pozytywne doświadczenia ugruntowują tylko wysoką samoocenę i powodują wzrost motywacji do podejmowania nowych działań (por. Kulas, 1986; Lipień, 2002; Dodziuk, 2002; Rożnowska, 2004; Zimbardo, 2007; Zubrzycka-Maciąg, 2013; Kirenko, Zubrzycka-Maciąg, 2011; Kirenko, Boczkowska, 2017).

Jednym z najczęściej stosowanych narzędzi do pomiaru poziomu samooceny jest Skala Samooceny SES autorstwa M.H. Rosenberga, przeznaczona do badania młodzieży i dorosłych. Jego rozumienie samooceny oparte jest na przekonaniu, że ludzie mają konkretne przekonania wobec różnych obiektów, a własne Ja stanowi jeden z nich. W takim ujęciu, samoocena ma wydźwięk pozytywny bądź negatywny. Osoby posiadające wysoki poziom samooceny będą określać się jako dobre, wartościowe, natomiast osoby z poczuciem niskiej samooceny będą częściej okazywać niezadowolenie z siebie oraz nie będą akceptować własnego Ja. U młodzieży istotnym czynnikiem warunkującym samoocenę jest środowisko, natomiast w wieku dorosłym może ona podlegać modyfikacjom w sytuacjach trudnych, traumatycznych, bądź też może ulec zmianie pod wpływem odnoszonych sukcesów i osiągnięć (por. Kirenko, Boczkowska, 2017).

W dobie rozwoju, niepokoju na świecie, zmieniającym się trybem życia, ważne jest samopoznanie, potrafienie określić w czym jest się dobrym, a nad czym należy jeszcze pracować. By jednostka mogła sprawnie rozwijać swoje kompetencje, umiejętności, wiedzieć co może od siebie oczekiwać, niezwykle istotna jest dobrze rozwinięta samoocena. Poziom samooceny ma ogromny wpływ na wszystkie obszary funkcjonowania

człowieka. W badaniu przeprowadzonym przez A. Bochniarz (2018) wzięty udział studentki kierunków pedagogicznych. Ponad 40% badanych osób przejawia wysoki poziom samooceny, co czwarta prezentuje samoocenę na poziomie przeciętnym. Niestety co trzecia badana posiada niską i bardzo samoocenę, co jest bardzo niepokojącym zjawiskiem. Niskiej samoocenie może współtowarzyszyć poczucie niższości, lęku, samotności, uległości. Nie jest to optymistyczna prognoza dla przyszłych specjalistów, którzy muszą być uzbrojeni w pewność siebie, posługiwać się rzetelnymi argumentami i bronić swojej racji. Uczelnia i jej działania wspierające byłyby odpowiednim narzędziem do podnoszenia pewności siebie w kształtowaniu nowych kompetencji.

Samoocena zdaniem B. Wojciszke (2013, za: Kalinowska- Witek, 2018) łączy ona naturę motywu jak i cechy. Jako cecha jest „utrwalonym stosunkiem jednostki do samej siebie, zaś jako motyw jest procesem bieżącego wartościowania własnej osoby ukierunkowanym na cel, jaki stanowi pozytywny wniosek na własny temat” (s.98). B. Kalinowska-Witek (2018) w swoich badaniach połączyła poziom empatii i samooceny u badanych studentów kierunków nauczycielskich. Jak wskazuje, blisko połowa ankietowanych pierwszych lat pedagogiki i pedagogiki specjalnej przejawia niską samoocenę (43,9%), a co piąty ma tę samoocenę na poziomie wysokim (21,1%). Wraz z niskim poziomem samooceny, badania wskazały na nieliczną grupę przejawiającą wysoki poziom empatii (6%), a zdecydowana większość (60%) tę zdolność rozwiniętą na poziomie niskim. Można przypuszczać, iż wyższej samoocenie będzie towarzyszyć niższy poziom empatii wśród studentów.

Zagraniczne doniesienia wskazują na związki poziomu samooceny i korzystaniem z aplikacji internetowych, a konkretnie platformy Facebook. Osoby z niską samooceną, dzięki intensywnemu użytkowaniu tej platformy, szybciej rozwijają kapitał społeczny, niż osoby z wysoką samooceną, lepsze samopoczucie, co za tym idzie, osoby z niską samooceną przebywają w tym serwisie znacznie dłużej niż osoby z wysokim poziomem samooceny (Steinfeld i in., 2008; Ellison i in., 2007; Mehdizadeh, 2010; za: Pius, Tabak, 2015). Okazuje się, że niemalże cała grupa badanych studentów (92%) z różnych kierunków studiów używa Facebooka codziennie. Osoby oznaczające się niższym poziomem samooceny spędzają więcej czasu w serwisie, niż osoby z wyższą samooceną. Facebook jest serwisem bardzo absorbującym, jednak osoby oznaczające się wysokim poziomem samooceny potrafią rozsądnie ograniczać czas na używanie serwisu niż osoby

z niższą samoocena, które spędzają bardzo dużo czasu komentując, lubiąc treści dla nich interesujące, niejednokrotnie zatracając się w wirtualnym świecie (Pius, Tabak, 2015).

2.4. Umiejscowienie kontroli zdrowia

Poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia stanowi przedmiot badań szczególnie wśród osób z problemami zdrowotnymi wraz z chorobami cywilizacyjnymi, skłania badaczy do poszerzania wiedzy na temat zdrowia i zachowań z nim związanych. Niezmiernie istotny wpływ na podejmowane przez człowieka aktywności mają przekonania i oczekiwania. Przyjęcie odpowiedzialności za własne zdrowie, jego stan i realizowanie zachowań o charakterze prozdrowotnym w istotnym stopniu zależy od wewnętrznego przekonania człowieka o indywidualnej odpowiedzialności ludzi w codziennym życiu. Bardzo ważną rolę w realizowaniu zachowań zdrowotnych pełni wielowymiarowy konstrukt umiejscowienia kontroli zdrowia. Charakteryzuje się on przekonaniem o tym, co w rzeczywistości ma wpływ na stan zdrowia jednostki oraz jakie bądź czy są możliwości jego poprawy. Podstawę teoretyczną poczucia umiejscowienia kontroli stanowi teoria społecznego uczenia się J.B. Rottera (za: Domachowski, 1984; Drwał, 1978; Kirenko, Boczkowska, 2017). W wymiarze obiektywnym poczucie umiejscowienia kontroli rozumie się jako związek o charakterze przyczynowym pomiędzy zdarzeniami i aktywnością człowieka w ich obliczu, natomiast w wymiarze subiektywnym jest to świadoma i celowa działalność człowieka ukierunkowana na konkretny cel. Zgodnie z powyższym można wyróżnić jednostki zewnątrz- oraz wewnątrzsterowne (Strzelecki, 2009). Odbieranie wzmocnień powstałych jako następstwo działań jednostki, sprzyja powstaniu poczucia wewnętrznego umiejscowienia kontroli, inaczej nazwanej jako „wewnątrzsterowność”. Osoby mające wewnętrzne umiejscowienie kontroli, mając zarazem świadomość wpływu na swój los i przebieg wydarzeń. Należy jednak zaznaczyć, iż przesadna wewnątrzsterowność w sytuacji niepowodzenia, porażki, może skutkować samooskarżaniem się (Drwał, 199; Sęk, 2008a, 2008b; za: Fiszer, Sobów, 2013, s.294-299). Zagadnienie umiejscowienia kontroli zdrowia człowieka stanowi niezmiernie istotny aspekt w kwestii postrzegania zaleceń specjalistycznych oraz podejmowania zachowań sprzyjających utrzymaniu stanu zdrowotnego, a unikanie działań o charakterze antyzdrowotnych.

W społeczeństwie uznany jest podział wewnętrznego i zewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia. Natomiast wyłącznie w wewnętrznym umiejscowieniu kontroli zdrowia (*internal HLC*) panuje przekonanie o zależności działań a stanem zdrowia jednostki (Ogińska-Bulik, 2000). Badania potwierdzają związek między wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia a skuteczną adaptacją w obliczu choroby, efektywniejszą współpracą z lekarzami w procesie leczenia i rehabilitacji. Dodatkowo, osoby z wewnętrznym poczuciem umiejscowienia kontroli zdrowia zdecydowanie częściej korzystają z sieci wsparcia społecznego, jak również częściej poszukują informacji dotyczących swoich problemów zdrowotnych i możliwości ich rozwiązania (Bishop, 2000; Poprawa, 1996; Juczyński, 2001). Uznaje się, że sprzyja ono podejmowaniu i realizowaniu zachowań prozdrowotnych, a unikaniu tych o charakterze antyzdrowotnym, co skutkuje utrzymaniem dobrostanu fizycznego i psychicznego. Osoby mające wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia „mając świadomość wpływania na swój los i przebieg wydarzeń, mają wyższe aspiracje i wyżej oceniają prawdopodobieństwo sukcesu w swoich działaniach, tolerują wieloznaczność, ufają sobie i są bardziej samodzielne w podejmowaniu decyzji” (Fischer, Sobów, 2013, s.294). Kolejne badania przeprowadzone przez N. Escoffiera i in. (2010, za: Kirenko, Boczkowska, 2017) wskazują iż skrajna wewnątrzsterowność w sytuacji niepowodzenia może być motorem do samooskarżania się, ale również osoby te mają pozytywne nawyki żywieniowe, częściej wykazują aktywność fizyczną, mniej palą papierosów, ograniczają spożywanie alkoholu, zwracają uwagę na swoją masę ciała, natomiast zachowania te zależą również od czynników takich jak poczucie własnej wartości, skuteczności oraz wartości, jaką nadają zdrowiu (Juczyński, 2001).

Natomiast zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia jednostki wskazuje na przekonanie o dominującym wpływie czynników zewnętrznych na własne zdrowie. Czynniki te można podzielić na dwa rodzaje: przekonanie osoby o tym, że jego zdrowie zależy wyłącznie od wpływu i działalności innych ludzi (*powerfull others HLC*) oraz przekonanie o tym, że o zachowaniu zdrowia bądź nie, decyduje wyłącznie przypadek (*chance HLC*). Stwierdza się, iż u osób u których dominuje zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia, wykazują tendencję do odrzucania objawów i pomniejszenia roli własnego wkładu w swoje zdrowie oraz proces wychodzenia z choroby (Juczyński, 2003). Osoby te mają również poczucie braku wpływu na swój los, co postrzegają jako skutek

działania niezależnych od nich czynników, co „sprzyja [...] powstawaniu takich zachowań jak bierność, zależność, nietolerancja wieloznaczności. Osoby takie nie ufają sobie i swoim możliwościom, są niepewne, silnie przeżywają zagrożenia, a w sytuacjach trudnych stosują mechanizmy obronne oparte na wypieraniu” (Fischer, Sobów, 2013, s.294).

Poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia silnie związane jest z wiekiem jednostek. Wraz z nim maleje przekonanie o wpływie na własne zdrowie, a wzrasta znaczenie wpływu specjalistów, opieki medycznej i przypadku, co potwierdziły badania B. Penar-Zadarko i in. (2009), zgodnie z którymi mężczyźni częściej identyfikują się z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia w porównaniu z kobietami, a ważnym czynnikiem różnicującym w zakresie wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia jest wiek, gdzie z jego wzrostem ocena znaczenia tego czynnika malała. Wśród młodzieży akademickiej zaś, uzyskane wyniki nie potwierdzają tejże zależności (Smoleń i in. 2012).

Determinanta jaką jest poczucie umiejscowienia kontroli w znacznym stopniu przyczynia się do podejmowania zachowań o charakterze zdrowotnym. W. Strzelecki i in. (2009), na podstawie przeprowadzonych badań empirycznych wśród gimnazjalistów oraz uczniów szkół ponadgimnazjalnych stwierdzili, że poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia ma bezpośredni wpływ na zachowania zdrowotne, a tym bardziej na sięganie po substancje uzależniające takie jak papierosy, narkotyki i alkohol. Zdaniem badaczy, zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia stanowi o rodzaju podejmowanych zachowań o charakterze niesprzyjającym zdrowiu, chociaż istnienie owych połączeń między poczuciem umiejscowienia kontroli zdrowia a podejmowanymi zachowaniami zdrowotnymi nie pozwalają na wysunięcie wniosku o charakterze przyczynowo - skutkowych (za: Kirenko, Boczkowska, 2017). Ponadto, osoby preferujące prowadzenie zdrowego stylu życia w mniejszym stopniu wierzą we wpływ przypadku (Kościelak, 2010), wykazują większą aktywność prozdrowotną i czują większą odpowiedzialność za swój stan zdrowia. Zaznaczyć należy jednak, że przeprowadzone badania wśród studentów uniwersytetu medycznego w Łodzi wykazały, że studenci ci poczucie umiejscowienia kontroli znajduje się w innych osobach, jak również wskazują, że na umiejscowienie kontroli wpływa szereg czynników takich jak poczucie odpowiedzialności czy zebrane doświadczenie. Kontrola zdrowia badanych studentów zlokalizowana jest w innych osobach i przypadku, co niesie za sobą również informację, że w porównaniu z osobami

w wieku 18-25 lat są oni bardziej zewnątrzsterowni w kwestiach dotyczących zdrowia. Badawcze wskazali również płeć jako czynnik istotnie różnicujący wyniku. Wiek, wybrany kierunek studiów, poczucie odpowiedzialności oraz doświadczenia życiowe również miały wpływ na uzyskane wyniki studentów (Fischer, Sobów, 2013).

Postrzeganie zaś odpowiedzialności za zdrowie jednostki ma wielowymiarowy i unikalny charakter. Badania wskazują, że systematyczne poddawanie się badaniom profilaktycznym, stanowi przejaw zewnętrznej kontroli zdrowia, natomiast przestrzeganie zaleceń dotyczących diety czy innych praktyk zdrowotnych jak np. utrzymywanie aktywności fizycznej, czy dbanie o higienę snu- stanowi przejaw kontroli wewnętrznej (Juczyński, 2012). Natomiast D. Kurpas i in. (2012) wskazują, że pacjenci z cukrzycą najsilniej umiejscawiają kontrolę zdrowia zewnątrznie, co powoduje, że są bardziej konsekwentni w stosowaniu się do zaleceń personelu medycznego. Natomiast osoby cierpiące na zaburzenia układu krążenia oraz układu nerwowego najchętniej lokalizują kontrolę zdrowia wewnątrznie, co wiąże się z samodyscypliną oraz podejmowaniem zachowań prozdrowotnych.

Zaznaczyć należy, że do pomiaru umiejscowienia kontroli zdrowia wykorzystywana jest skala MHLC (*Multi-Dimensional Health Locus of Control Scale*), która dostarcza badaczowi informacji dotyczących trzech teoretycznie odrębnych wymiarów umiejscowienia kontroli zdrowia. Omawiane narzędzie jest autorstwa K.A. Wallston, B.S. Walltson, R. DeVellis (1978), natomiast w polskiej adaptacji (Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia) autorstwa Z. Juczyńskiego. Skala składa się z dwóch wersji: A i B, natomiast traktowane są równoznacznie. Narzędzie zawiera 18 twierdzeń ukierunkowanych na ocenę trzech uogólnionych oczekiwań w aspekcie kontroli nad zdrowiem : kontrola wewnętrzna, kontrola zewnętrzna oraz przypadek. Badani ustosunkowują się względem twierdzenia wykorzystując sześciostopniową skalę Likerta. Wyniki oblicza się oddzielnie w zakresie trzech wymiarów. Wyniki znajdują się w przedziale punktowym od 0 do 36 punktów. Analogicznie, im wyższy wynik punktowy, tym silniejsze przekonanie o wpływie danego czynnika na zdrowie badanego. Wymiary kontroli zdrowia mogą mieć zastosowanie między innymi w określaniu indywidualnych różnic między jakością życia, w procesie edukacji w różnych grupach badanych osób (Pucheu i in. 2004, za: Basińska i in.2007).

Człowiek w ciągu swojego życia dokonuje lepsze i gorsze wybory dotyczące jego zdrowia. Powoduje tym samym zwiększoną podatność na występowanie niektórych schorzeń. Istotną rolę w wyborze zachowań związanych ze zdrowiem jest umiejscowienie kontroli zdrowia. Kontrola zdrowia charakteryzuje się przekonaniem o możliwości wpływania na stan zdrowia i jego zmianę.

Młodzież akademicka jest grupą, która jest szczególnie narażona na negatywne wpływy, wśród których można wymienić palenie tytoniu czy nadużywanie alkoholu (Smoleń, Cipora, Penar-Zadarko, Gazdowicz, 2012). Badania przeprowadzone przez E. Smoleń i in. (2013) miały na celu ocenę związku między zachowaniami zdrowotnymi a umiejscowieniem kontroli wśród młodzieży akademickiej. Autorzy badań skupili się na zachowaniach antyzdrowotnych jakimi jest spożywanie alkoholu i palenie tytoniu i zależnościach jakie są uwzględniając zmienne socjodemograficzne (por. Smoleń i in., 2012).

Zagadnieniem umiejscowienia kontroli zajęli się również G.J. Nowacki i in. (2017), którzy skonfrontowali w badanej grupie osoby wykonujące zawody branży medycznej i pozamedycznej. Mimo istotnych różnic w globalnym nasileniu zachowań zdrowotnych między tymi grupami, umiejscowienie kontroli zdrowia jest istotnym czynnikiem determinującym zachowania zdrowotne. W grupie osób wykonujących zawody medyczne silniejszy wpływ na zachowania zdrowotne ma umiejscowienie kontroli w kategorii wpływu innych, zaś u osób zatrudnionych poza sektorem medycznym istotne znaczenia mają kontrola wewnętrzna oraz kategoria wpływu innych (Nowacki, 2017)

Analogiczne badania z umiejscowieniem kontroli zdrowia przeprowadzili H. Piasecka i in. (2014) w których to grupą badanych byli studenci kierunku lekarskiego. Autorzy zestawili umiejscowienie kontroli ze sposobem odżywiania. W badanej grupie dominowało wewnętrzne umiejscowienie kontroli, natomiast wpływ innych oraz przypadek nie był już tak istotny. Natomiast w grupie mężczyzn to właśnie trzy wymiary okazały się istotne i zależne od miejsca zamieszkania. W badanej grupie zaobserwowano średni poziom sposobu żywienia, natomiast zależność wskazywała na spadek wewnętrznego wymiaru kontroli zdrowia wraz ze spadkiem sposobu żywienia (Piasecka i in. 2014).

Na zachowanie człowieka, szczególnie młodego, mają wpływ jego oczekiwania i przekonania zdrowotne. Dotyczy to również zaleceń zdrowotnych ich stosunku do nich oraz obraz choroby jaki przedstawia się młodym ludziom. Osoby z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia z łatwością przejmują inicjatywę, są bardziej odpowiedzialni za swoje decyzje. Osoby z zewnętrznym umiejscowieniem kontroli, często winią swój kiepski stan zdrowia czynnikami zewnętrznymi, często nie podejmują działań w celu wzmocnienia stanu zdrowia, a ich rekonwalescencja się wydłuża.

2.5. Poczucie uogólnionej własnej skuteczności

Płaszczyzna dorosłości oraz aspekty związane z rozwojem młodych osób na przestrzeni lat jest często podejmowana przez badaczy naukowych. Jak wskazuje M. Pryszmont-Ciesielska (2011) „współcześnie dorosłość wymyka się z jakichkolwiek kategoryzacji „dryfując” pomiędzy różnymi paradygmatami, teoriami, a także dyskursami i praktykami społecznymi” (s.7). Rozpatrując definicje dorosłości uwzględnia się dwa podejścia: subiektywne oraz obiektywne. Pierwsze odwołuje się do wewnętrznego przekonania jednostki o dysponowaniu kompetencji i zasobów specyficznych dla osób dorosłych. Natomiast podejście obiektywne odwołuje się do koncepcji R.J. Havighursta, traktuje o podejmowaniu przez podmiot zadań i ról społecznych, przypisanych bezpośrednio do etapu rozwojowego (za: Oleszkowicz, Misztela, 2015). Definicja zaproponowana przez P. Olesia (2011), uwzględnia powyższe rozróżnienie podejść uwzględniając kryteria, a mianowicie:

1. Rodzaj zadań życiowych, które człowiek przyjmuje i realizuje. Autor za ważne zadania dorosłości uznaje podjęcie pracy i założenie rodziny. Wskazuje, że „osiągnięcie dorosłości oznacza coraz częściej określenie kierunku własnego życia, dominującej formy aktywności (niekoniecznie zawodowej), sformułowanie życiowych dążeń na nadchodzące 10-20 lat, a także samookreślenie w kategoriach gotowości do zbudowania trwałego związku” (Oleś, 2011, s.18).
2. Ponoszenie odpowiedzialności za siebie samego i innych osób.
3. Rozłączenie emocjonalne od rodziców bądź opiekunów, która może się wyrażać poprzez zdolność do samodzielnego dokonywania wyborów, decyzji i budowania własnego życia.

4. Wolność wyboru i towarzysząca jej siła do spełniania pragnień i realizacji dążeń (Oleś, 2011).

Zasadniczą właściwością wspierającą podejmowanie przez młode osoby wyzwań związanych z dorosłością jest poczucie samoskuteczności. Problematyka ta stanowi dość często motyw podejmowanych prac naukowych koncentrujących się na psychologicznym podejściu funkcjonowaniu człowieka. Głównie temat ten związany jest ze zdrowiem, jakością życia, technikami radzenia sobie z sytuacjami trudnymi, rozwijaniem umiejętności społecznych, podejmowaniu decyzji (zob. Juczyński, 2001; Łuczyńska, 2004; Nicklin, Williams, 2011; Lukasik, 2013; Ziemiański, Zięba, 2014; Sarzyńska-Mazurek, 2019).

Ilekczo wspomniano o oczekiwaniach zdrowotnych to zawsze te rozważania koncentrowały się wokół powszechnie rozumianej teorii społeczno-poznawczej A. Bandury. Według niej wejście w niektóre zachowania wymaga pewnych przekonań, że spodziewana zmiana zachowania przedstawia wartość oraz, że zachowując się w określony sposób osiągnie się zamierzony cel, jak również wypracowanie umiejętności zachowania w określony sposób. Wzbogacenie teorii uczenia się o koncepcję poznawcze naznaczyło w pewnym sensie znaczenie oczekiwań, a nie tylko wzmocnień kierujących naszym zachowaniem (Juczyński, 1998, s.54-63).

Oczekiwania dotyczące własnej skuteczności przedstawiają przekonanie, że owe zachowania mogą ulegać zmianom dzięki zdolnościom człowieka do kontrolowania podejmowanych działań i aktywności. Zmiana zachowania analizowana jest jako zależna od indywidualnych zdolności do uporania się ze stresowymi sytuacjami, nudą, jak również z możliwością do mobilizacji i podjęcia działań koniecznych sprostaniu określonym wcześniej wymaganiom. Poczucie własnej skuteczności „wpływa na intencję zmiany niebezpiecznych zachowań, na wysiłek podjęty dla osiągnięcia tego celu i na wytrwałość w dążeniu do niego, pomimo przeszkód i niepowodzeń osłabiających motywację (Bandura, za: Schwarzer, 1992; Schwarzer, 1997, s.177-178).

Zgodnie z teorią społeczno-poznawczą Bandury, oczekiwania wyniku (*action-outcome expectancies*) oraz oczekiwania własnej skuteczności (*self-efficacy expectancies*) odgrywają kluczową rolę w wyjaśnianiu zachowań oraz przewidywaniu możliwych zmian. Oczekiwania wyniku „są skoncentrowane na zakładanych

konsekwencjach działania, a oczekiwania własnej skuteczności to poczucie osobistej kompetencji do podjęcia zamierzonego działania” (Ziomek-Michalak, 2016, s.57). Jak wskazuje A. Bańka (2005) poczucie samoskuteczności „jest wiarą człowieka w jego zdolności kontrolowania wydarzeń, które go dotyczą, oraz wiarą w jego możliwości motywowania samego siebie, mobilizowania jego potencjału poznawczego oraz odpowiednich zachowań potrzebnych do skutecznego wypełniania zadań (s.12-13).

M. Chomczyńska-Rubacha i K. Rubacha (2013) przyjmują, „że poczucie własnej skuteczności powstaje na bazie osobistych doświadczeń jednostki w zakresie dysponowania zasobami motywacyjnymi i poznawczo-działaniowymi . Na te pierwsze składają się: umiejętność odraczania gratyfikacji, wiara we własne siły, motywacja rozwojowa i wytrwałość w działaniu. Natomiast zasoby poznawczo-działaniowe budują takie zmienne, jak: umiejętność przekładania celów na program działania, odporność na frustrację i stres, poczucie sprawstwa oraz wewnątrzsterowność” (s.7-8). Należy zaznaczyć iż, o ile oczekiwania wyniku i jego konsekwencji dotyczą spostrzegania owych następstw działania, to poczucie własnej kompetencji wchodzi w zakres kontroli obiektywnego działania. Zgodnie z teorią A. Bandury, postępowaniem ludzkim i zachowaniami kierują oczekiwania dotyczące sytuacji oraz wyniku własnej skuteczności. Oczekiwania odnoszą się do spostrzeganych konsekwencji działania jednostki, jednakże poczucie własnej skuteczności dotyczy podmiotowego działania osoby i jej kontroli (zob. Sarzyńska-Mazurek, 2019).

Poczucie własnej skuteczności człowieka jest przekonaniem, że jest on w stanie zrealizować określone, podjęte aktywności i działania i posiada odpowiednie mechanizmy by te cele zrealizować. Bandura wyróżnił trzy ważne cechy własnej skuteczności, a więc siłę, ogólność oraz wielkość. Wielkość dotyczy stopnia trudności wyznaczonego zadania i jednostkowego poczucia poradzenia sobie z nim. Ogólność odnosi się wielu specyficznych momentów i sytuacji w życiu jednostki, które mogą nakładać na nią użycia szczególnych kompetencji kontrolnych. Siła wyższa odnosi się do podmiotowości, pewności siebie i posiadanych kompetencji (Krasiejko, 2010, za: Baran, Nawalana, 2015). Bandura utrzymuje, że „oczekiwania dotyczące własnej skuteczności są głównym wyznacznikiem wyboru zachowania, ilości włożonego wysiłku i siły podtrzymanie zachowania. Im silniejsze poczucie własnej skuteczności i związane z nim oczekiwanie, tym większe przekonanie o możliwości osiągnięcia przez siebie dobrych wyników,

trwałych skutków oraz konsekwentnego- mimo przeszkód- podtrzymywania działań prowadzących do celu” (Bandura, 2004, s.54-63, za: Baumgart i in. 2015). Własna skuteczność i jej poziom może wpływać znacząco na zachowania zdrowotne w sposób bezpośredni oraz pośredni, poprzez działanie na inne wyznaczniki zachowania zdrowia jednostki (Juczyński, 1998). Im wyższy poziom owych przekonań, tym człowiek chętniej podejmuje zachowania zmierzające do zachowania i podtrzymania zdrowia, ma silne przekonanie, że postawione cele są możliwe do osiągnięcia, dzięki temu pokonują również możliwe przeszkody i trudności (Schwarzer, za: Heszen- Niejodek, Sęk, 1997).

P.K. Oleś (2005) dokonując analizy (za Bandurą), znaczenia przekonania o własnej skuteczności w motywowaniu człowieka, stwierdza, że decyduje ono o:

- „podjęciu działania,
- wysiłku w nie włożonym,
- uczuciach, jakie mu towarzyszą,
- wytrwałości w dążeniu do celu,
- radzeniu sobie z przeszkodami i porażkami,
- poziomie stresu, jaki osoba jest w stanie wytrzymać (s.214)

Poczucie własnej skuteczności ma również wymiar optymistycznego przekonania o zdolności do osiągnięcia wyznaczonych celów co pozwala na przewidywanie intencji działań w różnych obszarach aktywności, również w zakresie zachowań zdrowotnych. W tym kontekście jest również zasadniczym elementem współczesnego, procesualnego modelu zmiany zachowań zdrowotnych (Heszen, Sęk, 2012).

Poczucie własnej skuteczności określa przekonania jednostki względem jej szans do osiągnięcia sukcesu w konkretnej sytuacji. Osoby z wysokim poziomem własnej skuteczności lepiej radzą sobie z trudnościami zdrowotnymi, osiągają lepsze wyniki i efekty w podejmowaniu decyzji zmian aktualnych nawyków, które nie służyły zachowaniu zdrowia. Poziom własnej skuteczności ma diametralne znaczenie dla zmiany zachowania jednostki. Niski poziom własnej skuteczności zaś może wiązać się ze stanami depresyjnymi, lękowymi oraz bezradnością. Natomiast osoby z wysokim poczuciem własnej skuteczności skłonni są stawiać sobie wysoką poprzeczkę, bardziej złożone cele, są bardziej efektywni i zdeterminowani w dążeniu do osiągnięcia wyznaczonych zadań.

I.M. Łukasik (2013), analizując literaturę przedmiotu, przedstawiła charakterystykę osób przejawiających wysokie oraz niskie poczucie własnej skuteczności. Cechy osób o wysokim poziomie własnej skuteczności to : odbieranie wyzwań życiowych jako wyzwań, zaangażowanie w wykonanie zadań, samodzielność w realizowaniu celów, posiadanie przekonania o sprawowaniu kontroli nad swoimi działaniami, wiara w swoje możliwości, mniejsza podatność na depresję, odczuwanie dobrego nastroju, posiadanie przekonania, że porażki i trudności nie prowadzą do obniżenia poczucia własnej skuteczności. Natomiast osoby wykazujące niskie poczucie własnej skuteczności charakteryzują się: łatwą utratą wiary we własne możliwości po poniesionej porażce, koncentrowaniu się w sytuacjach trudnych na poszukiwaniu usprawiedliwień, niewkładaniem wystarczającego wysiłku w osiągnięcie celu i realizację poszczególnych etapów, wycofywaniu się z trudnych zadań, bo te stanowią zagrożenie (s.28-29).

Można również przyjąć, że osoby wykazujące wysokie przekonanie o własnej skuteczności, dzięki temu, że efektywniej korzystają ze swoich zasobów i kompetencji poznawczych, trafniej oceniają sytuację oraz w sposób skuteczny poszukują sposobów radzenia sobie z trudnościami (Luczyńska, 2004, za: Sarzyńska-Mazurek, 2019). Istotną rolę posiadanych kompetencji społecznych poruszył również J. Bąbka (2020), który to wskazuje na potrzeby zmian w zakresie kształtowania kompetencji społecznych wśród studentów kierunków nauczycielskich. W szczególności podkreśla, iż okres wczesnej adolescencji jest narażony na ograniczenia dotyczące utrzymywania bezpośrednich kontaktów, a tym samym kształtowania umiejętności społecznych (s.72).

Poczucie własnej skuteczności zostało przypisane fazie planowania w kompetencyjnym modelu zmiany zachowania. W modelu tym przyswajanie i utrwalanie czynności służącym zdrowiu przebiega w dwóch etapach. Pierwsza faza to motywacyjna, podczas której osoba formułuje zamiar osiągnięcia zmiany, a druga to faza wolicjonalna, służąca realizacji planu oraz utrwaleniu nowych zachowań i nawyków. Model zmiany zachowań zdrowotnych zawiera pięć faz działania. Na początku w fazie przygotowawczej bazuje się na przekonaniach w których kluczową rolę odgrywają postawy osobiste oraz normatywne. Następnie w fazie podejmowania decyzji jednostka dokonuje oceny, wskazuje na zagrożenia oraz atrakcyjność, kalkuluje zyski i straty możliwych działań. W fazie trzeciej, planowania oczekiwania są nad zamiarami o planem działania. Wśród oczekiwań osoba analizuje swoją osobę względem własnej skuteczności, spodziewanych

wyników oraz odległych skutków, a następnie podchodzi do planu działania. W tejże fazie następuje kontrola owych działań i ocena wyników. Kończącą fazą zamykającą model kompetencyjny zmian zachowań jest faza podtrzymywania działania w której jednostka wskazuje na przeszkody, jak również na możliwe wsparcie z którego może korzystać. W momencie zainicjowania działania niezbędny okazuje się być element samozaparcia i siły warunkujący jego podtrzymanie (Juczyński, 2001, s.14-21, Juczyński, 1998, s.57-58).

Przeprowadzone badania naukowe wykazują, że poczucie własnej skuteczności znalazło powiązanie z zachowaniami zdrowotnymi takimi jak zapobieganie niekontrolowanym zachowaniom seksualnym, podejmowaniu aktywności fizycznych, kontrolowanie masy ciała, stosowanie odpowiednio dobranej diety, ograniczanie palenia wyrobów tytoniowych i innych środków uzależniających. Poczucie własnej skuteczności ma diametralne znaczenie w zmianie zachowania. Dzięki niemu człowiek dysponuje odpowiednimi mechanizmami by dzięki swojej aktywności i umiejętnościom osiągnąć sukces i zmienić swoje zachowanie. Niski poziom własnej skuteczności może wiązać się z obniżeniem nastroju, stanami lękowymi, depresyjnymi czy bezradnością, natomiast wysoki poziom z efektywnością i wytrwałością w działaniu (Juczyński, 2001, s.76-77, Chodkiewicz, 2007). Badania autorstwa M. Baumarta i in. (2015) wskazały na zależność między poczuciem własnej skuteczności a zachowaniami zdrowotnymi w kategorii prawidłowych nawyków żywieniowych, pozytywnego nastawienia psychicznego, praktyk zdrowotnych oraz zachowań profilaktycznych (s.228-233). Natomiast K. Mirańczyk i in. (2011) wykazali, że wyższe wyniki w zakresie poczucia własnej skuteczności uzyskały kobiety podejmujące właściwą profilaktykę raka szyjki macicy (55-64). Istnieją również badania w których wykazano, że poczucie własnej skuteczności może być czynnikiem chroniącym przed negatywnymi konsekwencjami stresu. Badania przeprowadzone wśród amerykańskich żołnierzy wykazały, że poczucie własnej skuteczności zmniejsza istotnie wpływ przeciążenia pracą. Natomiast w grupie policjantów wskazały poprawę zdrowia psychicznego u osób doświadczających wysokiego poziomu stresu w pracy przy jednoczesnym wzroście poczucia własnej skuteczności (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010, s.9-43). Tymczasem analiza wybranych aspektów stylu życia grupy polskich żołnierzy zawodowych w zależności od poczucia własnej skuteczności nie wykazała istotnych związków między samooceną zdrowia, poziomem aktywności fizycznej, paleniem papierosów i formami radzenia sobie ze stresem. Wykazano jednak, że żołnierze

o wysokim poziomie własnej uogólnionej skuteczności zdecydowanie częściej wskazywali racjonalne wybory żywieniowe niż żołnierze deklarujący niski poziom własnej skuteczności (Gacek, 2018, s.79-84).

Nie podlega wątpliwości fakt, że wiara we własne możliwości sprzyja osiągnięciu sukcesów i motywuje do dalszych działań. Aczkolwiek samo poczucie skuteczności jednostki nie jest wystarczające, ponieważ konieczne są jeszcze indywidualne zdolności oraz umiejętności. By przekonania dotyczące własnej skuteczności mogły spełniać rolę regulacyjną, powinny zawierać rzeczywiste możliwości podmiotu, gdyż nierealistyczny i bezpodstawny optymizm prowadzi zazwyczaj do rozczarowań (Zakrzewski, 1987, s.661-678, za: Juczyński, 2000).

Przekonania o własnej skuteczności są bardzo istotne, ponieważ warunkują zachowania społeczeństwa. Osoby o niskim poziomie własnej skuteczności charakteryzują się: unikaniem skomplikowanych zadań, projektów, traktują je jako coś zagrażającego ich podmiotowości, osoby te cechuje niski poziom aspiracji, dążenia do wyzwań. Przy każdorazowym podejmowaniu nowych działań towarzyszy im lęk i obawa względem ich zdolności, umiejętności czy wytrwałości w dążeniu. Gdy napotykają trudność swoją uwagę koncentrują na przeszkodach, możliwych trudnościach, braku poczucia pewności, łatwo rezygnują. Takie podejście powoduje poniesienie porażki, która to utrwała schemat beznadziei oraz zniechęcenia do podejmowania kolejnych działań. Osoby te biorą to jako dowód braku zdolności. Natomiast osoby cechujące się wysokim przekonaniem o własnej skuteczności stawiają sobie wysokie wymagania, planują, pokonując po kolei każdy etap. Silniej angażują się w przedsięwzięcia, ochoczo podchodzą do wyzwań oraz odczuwają większą motywację i zadowolenie z osiągniętego celu. Osoby te mają większe aspiracje, szukają nowych pomysłów, angażują się w nieznanne, ale ciekawe dla nich pomysły i aktywności, skupiając się na pokonaniu trudności i osiągnięciu celu. Porażki przypisują czynnikom dającym się kontrolować i szybko po nich odbudowują pewność siebie (Oleś, Drat-Ruszczak, 2008, s.715, por. Chodkiewicz, 2007). Badania przeprowadzone przez A. Woynarską oraz M. Osińską (2020) wskazują na wysoki poziom poczucia własnej skuteczności u osób odbywających karę pozbawienia wolności, natomiast niższy poziom cechuje osoby, które wielokrotnie były osadzone (s.173-192).

Do ustalenia poczucia własnej skuteczności studentów lubelskich uczelni wyższych użyto Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności (Generalized Self- Efficacy Scale- GSES) autorstwa R. Schwartzer i M. Jeruzalem, w polskiej adaptacji Z. Juczyńskiego (2009, s.11-24). Nawiązując do przytoczonych przez A. Bandurę koncepcji oczekiwań i pojęcia własnej skuteczności, skala ta mierzy siłę ogólnych przekonań jednostki na temat skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i problemami. Badanie można przeprowadzać w sposób indywidualny bądź zbiorowy. Ankietowany zaznacza na czterostopniowej skali odpowiedź z którą się utożsamia. Suma wszystkich punktów wskazuje na ogólny wskaźnik poczucia własnej skuteczności, który mieści się w granicach od 0 do 40 punktów. Im wyższy wynik, tym poczucie własnej skuteczności jest wyższe.

Pojęcie samoskuteczności nazywane jest również postrzeganą zdolnością, która odnosi się do zaufania do siebie, jak również do osiągnięcia sukcesu. Jeśli jednostka posiada zdolność do skutecznego działania, to zadania zostaną podjęte. Natomiast będzie ono unikane jeśli będzie postrzegane jako wyjątkowo trudne. Kiedy nie udaje się sprostać zadaniu, przypisuje się niepomyślny wynik brakowi umiejętności oraz spadkiem wiary we własne możliwości. Natomiast, jeśli się zadanie powiedzie, to osoby są bardziej skłonne przypisać to czynnikom zewnętrznym.

Młodzież akademicka stanowi grupę, która szczególnie jest narażona na porażki, ale również sukcesy. Osoby te musi cechować w pewnym stopniu odpowiedzialność za swoją naukę i samodzielność w działaniu. Badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych objęło zakresem studentów kierunków ścisłych. Badania dotyczyły poziomu poczucia własnej skuteczności uczniów i ich osiągnięć w nauce. Określono zmiany dotyczące samoskuteczności w zależności od płci. Natomiast poziom poczucie skuteczności u studentów był na poziomie średnim, przy czym kobiety osiągnęły nieco niższe wyniki niż mężczyźni. Stwierdzono również, że przekonania uczniów o własnej skuteczności są istotnie skorelowane z ich przekonaniami osiągnięć (Tanew, 2013).

Kolejnymi badaniami z zakresu oczekiwań sukcesu oraz poczucie własnej skuteczności przeprowadzili R-P. Romero-Galisteo i in. (2022). Badania dotyczyły zamiaru wykonania, celowości w odniesieniu do poczucia własnej skuteczności wśród próby 1544 studentów kierunków nauk o zdrowiu. Badanie wskazało, że na poczucie skuteczności nie ma wpływu to, czy jednostka ma zmysł przedsiębiorczy. Wskazano

natomiast, iż poczucie własnej skuteczności może pełnić rolę mediatora w innowacyjnych działaniach oraz zachowaniach. Badania Chien-Chi i in. (2020) wykazały, że relacje między kompetencjami emocjonalnymi studentów, poczuciem własnej skuteczności i przedsiębiorczością wskazały, iż kompetencje emocjonalne mają znaczny wpływ na intencjonalnością działań studentów. Przeprowadzone badania jasno wskazują, że warto byłoby włączyć do działań akademickich rozwój studentów pod względem ich innowacyjności oraz działań wspierających ich przedsiębiorcze cechy.

Pojęcie poczucia własnej skuteczności skupia się na pewnym osądzie jednostki na temat realizacji toku działania pod wpływem pewnych czynników zachodzących w danej chwili. Kryteria poczucia własnej skuteczności zależą od zdolności jednostki do realizowania swoich postaw, sposobów radzenia sobie oraz konsekwentnym podejmowaniu wysiłków w dążeniu do celu.

Rozdział 3

Metodologiczne podstawy badań własnych

3.1. Założenia badawcze

Zachowania zdrowotne stanowią powszechnie podejmowaną tematykę badań oraz prac poświęconych zdrowiu, promocji zdrowia i edukacji. Zachowania te dotyczą wszystkich działań jednostki, które w sposób pośredni bądź bezpośredni wpływają na stan zdrowia i samopoczucie. Wśród działań można wyróżnić zachowania sprzyjające zdrowiu określane mianem prozdrowotnych. Są to na przykład podejmowanie aktywności fizycznej, stosowanie racjonalnej, zbilansowanej diety, dbanie o odpoczynek i higienę snu, radzenie sobie ze stresem, zachowania profilaktyczne i inne. Natomiast zachowania o charakterze szkodliwym dla zdrowia człowieka określa się jako antyzdrowotne. Są to między innymi: stosowanie używek, palenie tytoniu, ograniczenie aktywności, spędzanie wielu godzin przed telewizorem bądź komputerem, przyjmowanie za dużych dawek alkoholu, leków, środków odurzających (Binkowska-Bury, 2009).

W wielu krajach jak USA, kraje zachodniej Europy, ale również w Polsce wśród młodzieży akademickiej prowadzone są badania dotyczące prozdrowotnych i antyzdrowotnych zachowań. Otrzymywane wyniki badań realizowanych w Polsce nie są niestety zadawalające. Na niskim poziomie plasuje się aktywność sportowa bądź podejmowanie odpoczynku i rekreacji. Młodzież akademicka odżywiają się w sposób nieregularny, niedbały o wartościowe posiłki, popełniając tym samym wiele kluczowych zaleceń dietetycznych. Powszechnym zjawiskiem jest również odczuwanie stresu podczas przygotowywania się do egzaminów i w trakcie ich zdawania. Duży odsetek studentów stosuje regularnie używki. Niepokojącym jest również fakt, iż studenci i studentki zdecydowanie za dużo spożywają alkoholu, wpadają w narkomanię, wykazują problemy natury seksualnej i higieny ciała (Binkowska-Bury, 2009, za: Palacz, 2014).

Zachowania zdrowotne kształtują się w głównej mierze w około 20 roku życia człowieka i ulegają wielu przekształceniom, modelowaniu przez cały czas jego trwania. Zachowania te przekazywane są w procesie socjalizacji, tworząc się w toku społecznych kontaktów i interakcji w okresie dzieciństwa, młodości, pod wpływem informacji przekazywanych przez osoby kluczowe dla danego okresu np. rodziców, opiekunów,

pedagoga, ale również przez szkołę, środki masowego przekazu czy służby medyczne (Romanowska-Tołłoczko, 2011, s.89-93). W okresie nauki w szkole wyższej podejmowane są bardzo trudne decyzje dotyczące wyboru przyszłej profesji, dalszej drogi edukacji, czy też podejmowania pierwszej pracy zawodowej (Kuczyński i in., 2011).

Z badań przeprowadzonych wśród młodych dorosłych wynika, iż to właśnie one, będące w okresie podejmowania studiów wyższych przejawiają więcej zachowań zdrowotnych niekorzystnych dla zdrowia, niżeli osoby starsze. Z tego też powodu powinni zostać objęci większą opieką i prewencją pierwotną (Perry, 1999, za: Kropornicka i in., 2015).

Środowisko akademickie opatrzone jest wieloma zagrożeniami, nie tylko związanymi z niewłaściwymi nawykami zdrowotnymi jak utrzymywanie aktywności fizycznej, czy przeznaczanie wystarczającej ilości czasu na odpoczynek, ale także z obecnością uzależnień i ujemnym oddziaływaniem stresorów. Młode osoby są w większym stopniu niżeli osoby w dojrzałym wieku, skłonne do ulegania różnym pokusom współczesnego świata, są ciekawi nowych doznań, nastawieni są na odkrywanie tego co zakazane, stąd też wzmożona potrzeba poszukiwania silnych wrażeń, która może być zapowiedzią do sięgania po niedozwolone substancje (Baran, Stocka, 2008, s.326-331). Młode osoby, które poszukują doznań wybierają najczęściej te zachowania, które są nieakceptowalne społecznie np. palenie papierosów, znaczne nadużywanie alkoholu, sięganie po substancje psychoaktywne (Łaszek i in.2011, s.461-465).

Śmiało można przyjąć, iż wczesna dorosłość jest najlepszym okresem dla działań służących osiągnięciu długotrwałych korzyści wprowadzenia zdrowych nawyków do życia. Natomiast trzeba zaznaczyć, że wyniki badań dotyczące zachowań zdrowotnych młodych osób pochodzących z Polski i ze świata nie są jednak zadawalające (zob. Baumgart i in., 2015, s.211-224).

Dotychczasowe badania dotyczyły najczęściej studentów kierunków medycznych (Mandziuk, 2017; Kropornicka, 2015; Walentukiewicz 2013, za: Boczkowska, Duda, 2019), jednakże niewiele jest badań naukowych dotyczących innych kierunków studiów, w tym kierunków nauczycielskich, którzy to będą odpowiedzialni za promocję zdrowia (zob. Kuriańska-Wołoszyn, Wołoszyn, 2016).

Wśród najnowszych doniesień naukowych koncentrujących się wokół zachowań zdrowotnych studentów znajdują się badania studentów pielęgniarstwa (Smyk, 2022,

Michalska, Cichońska, Cichońska, 2022), oraz studentów kierunków nauczycielskich (Guzy, 2022). Wyniki badań jasno wskazują na niewykształcone należycie nawyki sprzyjające zdrowiu. Badania M. Smyk dodatkowo przedstawiają, że ponad połowa studentów nie zauważyła żadnych zmian w zdrowiu fizycznym, społecznym oraz duchowym w porównaniu z okresem przed pandemią COVID-19. Co znaczące, wzrasta odsetek studentów, którzy zaczęli poszukiwać informacji o zdrowiu (2022). Wśród studentów pielęgniarstwa, poziom zachowań zdrowotnych jest zróżnicowany, natomiast ogólny wskaźnik nasilenia jest niski. Czynniki różnicującymi deklarowane zachowania zdrowotne wpływają miejsce zamieszkania, system podjętej pracy oraz praca w godzinach nocnych i dniach świątecznych (Michalska, Cichońska, Cichońska, 2022).

M.P. Tavolacci i in. (2021) przeprowadzili jedno z największych badań wśród studentów francuskich uniwersytetów, które objęło aż 3671 badanych. Badania dotyczyły nauczania akademickiego i związku z zachowaniami zdrowotnymi (palenie tytoniu, spożywanie alkoholu, stosowanie używek i aktywność fizyczna) podczas pandemii COVID-19. Autorzy badań porównali dane uzyskane przed i podczas pandemii. Istotne zmiany odnotowano w zakresie palenia tytoniu, spożywania nadmiernej ilości alkoholu, stosowania używek oraz w sferze aktywności fizycznej. Czynniki wpływającymi na zmiany w prezentowanych zachowaniach antyzdrowotnych był przejawiany stres ze zmianą trybu nauczania oraz obawa przed niezaliczeniem roku. Niekorzystne zmiany dotyczące zachowania zdrowia wiązały się z nasileniem zachowań depresyjnych.

Zaobserwowane zmiany dotyczące zachowań zdrowotnych również odnotowano wśród młodych ludzi uczących się we wschodniej części Austrii (O'Rourke i in., 2022). W badaniu oprócz zachowań zdrowotnych oceniano również stan zdrowia oraz gotowość do szczepień. Badania koncentrowały się na dwóch grupach: praktykantach oraz młodzieży licealnej, którzy to wykazali więcej pozytywnych i mniej negatywnych zachowań zdrowotnych niż praktykanci. Co więcej, to oni postrzegali swój stan zdrowia jako lepszy. Wyniki jasno wskazują, że należy otoczyć szczególną opieką młodych ludzi, wspierać ich w działaniu by utrzymać pozytywne zachowania jak najdłużej.

Dokonując analizy dostępnych pozycji literaturowych stwierdza się brak tak obszernych doniesień z zakresu zachowań zdrowotnych w kontekście dyspozycji podmiotowych młodzieży akademickiej. O ile prowadzono analizy zachowań zdrowotnych młodych ludzi, w tym studentów, co wynika z powyższego, w różnych konfiguracjach

a w szczególności w odniesieniu do wybranych dyspozycji podmiotowych, o tyle brakuje takich doświadczeń z obszaru zależności między zachowaniami zdrowotnymi a dyspozycjami podmiotowymi w perspektywie kształtowania się przyszłej drogi zawodowej. Wśród najnowszych doniesień dotyczących kształcenia studentów poruszane są przede wszystkim wątki kompetencji społecznych (Leżański, Sobolewska, 2020), nauczania po pandemii Covid-19 (Piwowarska, 2020; Krawczyk 2020, Kraśniewski, 2020), aspiracji, rozwoju zawodowego (Bednarczyk, Kowalik, 2016), konieczności ciągłego doksztalcania w kontekście przemian polityczno-ideologicznych (Suświłło, 2020) czy motywów wyboru zawodu (Łukasik, 2021). Wśród zagranicznych doniesień zauważa się wzmianki o planowaniu kariery zawodowej oraz decyzji z nią związanych w perspektywie analizy umiejętności komunikacyjnych, motywacji i doświadczenia (Fahmi, Ali, 2022), proaktywnością (Jackson, Tomlinson, 2020), optymizmem młodych (Eva, Newman, Jiang, Brouwer, 2019). L.D. Falco i J.J. Summers jako nieliczne, a wielce prawdopodobne, że jedyne, pokusiły się przeprowadzić badania związane z podejmowaniem decyzji o wyborze przyszłej ścieżki zawodowej w kontekście uogólnionej skuteczności wśród młodzieży ze szkół średnich (2019). Brak jest jakichkolwiek powiązań wyboru kształcenia zawodowego młodego pokolenia z ich dyspozycjami osobowościowymi czy zachowaniami zdrowotnymi wśród krajowych doniesień, stąd też konieczność rozbudowania tego działu badawczego.

3.2. Problemy, hipotezy i cel badań

Istotnym etapem w badaniach naukowych jest ustalenie problemów badawczych oraz celu badań. Przyjmując zatem, iż przedmiotem niniejszych badań empirycznych będą **zagadnienia związane z zachowaniami zdrowotnymi analizowane pod kątem dyspozycji podmiotowych studentów lubelskich uczelni wyższych**, kolejnym krokiem w procesie badawczym jest wskazanie problemu badawczego. Jak twierdzi S. Palka (2006) problem badawczy to nic innego jak pytanie, na które odpowiedź uzyskuje się dzięki badaniom naukowym. Formułowanie problemów badawczych jest z pozoru prostym zabiegiem, polegającym na precyzyjnym rozbiciu tematu na pytania i problemy.

Nadrzędny problem badawczy obejmuje zatem kwestie **zachowań zdrowotnych rozpatrywanych w kontekście posiadanych dyspozycji podmiotowych przez studentów lubelskich uczelni wyższych**.

Rozwiązanie tego problemu wymaga odpowiedzi na następujące **pytania główne**:

- 1) Jaki jest poziom zachowań zdrowotnych studentów lubelskich uczelni wyższych?
- 2) Jaki jest poziom dyspozycji podmiotowych studentów lubelskich uczelni wyższych?
- 3) Jakie są zależności między zachowaniami zdrowotnymi a dyspozycjami podmiotowymi studentów lubelskich uczelni wyższych?

Rozwiązanie tak postawionego problemu badawczego wymagało sformułowania **pytań szczegółowych, które zostały podzielone na trzy grupy**:

- I. Pytania szczegółowe dotyczące zachowań zdrowotnych
 1. Jaki jest poziom zachowań zdrowotnych względem prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego oraz praktyk zdrowotnych studentów lubelskich uczelni wyższych?
 2. Jaki jest poziom stylów życia w aspektach życia takich jak spożywanie alkoholu, palenie tytoniu, ciśnienie krwi, waga ciała, sprawność fizyczna, stres i niepokój wewnętrzny, bezpieczeństwo jazdy samochodem, relacje z innymi, odpoczynek i sen oraz ogólne zadowolenie z życia studentów lubelskich uczelni wyższych?
- II. Pytania szczegółowe dotyczące dyspozycji podmiotowych badanych osób
 1. Jaka jest struktura wartości studentów lubelskich uczelni wyższych?
 2. Jaki jest poziom uogólnionej skuteczności badanych studentów?
 3. Na jakim poziomie znajduje się umiejscowienie kontroli ankietowanych studentów?
 4. Jaki jest poziom samooceny badanych studentów?
- III. Pytania szczegółowe dotyczące związków poszczególnych wymiarów zachowań zdrowotnych oraz dyspozycji podmiotowych badanych osób

1. Jakie są związki między poszczególnymi wymiarami zachowań zdrowotnych a strukturą wartości, poziomem uogólnionej skuteczności, umiejscowieniem kontroli zdrowia oraz samooceną badanych osób?
2. Jakie są związki między poszczególnymi stylami życia a strukturą wartości poziomem uogólnionej skuteczności, umiejscowieniem kontroli zdrowia oraz samooceną badanych osób?

Założenia odnoszące się do nieznanego badaczowi sfery badań nazywa się hipotezą. Według H. Muszyńskiego (1970, s.32), hipotezy to tyle co „stwierdzenia, co do których istnieje pewne prawdopodobieństwo, że są właściwym rozwiązaniem sformułowanych poprzednio problemów badawczych”.

Z innego punktu wyjścia wychodzi T. Kotarbiński (za: Pilch, 1995, s.46), definiując hipotezę jako „wszelkie twierdzenia częściowo tylko uzasadnione, przeto także wszelki domysł, za pomocą którego tłumaczymy dane faktyczne, a więc też i domysł w postaci uogólnienia, osiągniętego (...) na podstawie danych wyjściowych”.

Dla A.W. Maszke (2003, s.43) hipoteza jest „ pewnym przypuszczeniem naukowym, stwierdzeniem odnoszącym się do dających się zaobserwować faktów, zjawisk, zdarzeń itp., których prawdziwość lub fałszywość chcemy potwierdzić w wyniku prowadzonych badań empirycznych”.

Natomiast według K. Konarzewskiego (2000, s.49), „hipoteza to nie jest domysł lub przypuszczenie, lecz wniosek logiczny z teorii, który odnosi się do dającego się zaobserwować stanu rzeczy”.

Skuteczność przeprowadzenia badań naukowych, wymaga od badacza wysunięcia odpowiednich hipotez roboczych. Najogólniej mówiąc są „ oczekiwany przez badacza wynikami planowanych badań” (Łobocki, 1989, s.71). Jednakże w przypadku problemów badawczych, gdzie wymagany jest opis zdarzenia czy zdarzenia, nie zachodzi konieczność formułowania hipotez roboczych. Istnieje wielce prawdopodobne, że wysuwanie hipotez roboczych może okazać się szkodliwe dla badań opisowych. Szkodliwość ta, polega na tym, że „ mogą one wywierać niepożądaną sugestię na badacza, który w sondowaniu opinii na określony temat będzie usiłował za wszelką cenę otrzymać materiał popierający przyjęte przez niego z góry założenia”(s.72).

Uogólniając, hipotezy robocze badacz powinien wysunąć wtedy, gdy pomagają mu w skutecznej organizacji badań naukowych, a rezygnuje się z nich, gdy nie mają one żadnego znaczenia dla właściwego pokierowania badaniem.

W metodologii badań przyjmuje się, że do pytań o charakterze diagnostycznym nie konstruuje się hipotez roboczych (Łobocki, 2000). Formułowania hipotez wymagają pytania dotyczące związków. W odniesieniu do pytania trzeciego założono więc, że:

1. Wyniki w zakresie samooceny, umiejscowienia kontroli zdrowia, uogólnionej skuteczności, oraz struktury wartości znacząco różnicują zachowania zdrowotne studentów.
2. Prowadzony przez studentów styl życia przekłada się na różne poziomy dyspozycji podmiotowych takich jak system wartości, samoocena, umiejscowienie kontroli zdrowia oraz uogólniona skuteczność.

Obie przedstawione hipotezy są wynikiem eksploracji zajmującej się problematyką zachowań zdrowotnych, stylu życia w zestawieniu z dyspozycjami podmiotowymi takimi jak wartości, samoocena, umiejscowienie kontroli zdrowia czy poczucie uogólnionej skuteczności. Wśród badaczy koncentrujących się na zachowaniach zdrowotnych studentów a ich dyspozycjami podmiotowymi znaleźć można badania J. Zalewskiej-Puchały, A. Majdany, R. Korzonek (2013). Prezentowane wyniki wskazują, że studenci swój wolny czas spędzają zarówno biernie jak i aktywnie, natomiast niewielki odsetek badanych korzysta w form aktywności rekreacyjno-sportowych. Autorki uzyskały inne niż dotychczasowe wyniki, co stanowi zachętę do podjęcia badań w zakresie zachowań zdrowotnych studentów po pandemii Covid-19. W zakresie diety, spożywania posiłków oraz występowania błędów w żywieniu wyniki powieliły się (Binkowska-Bury, Suliga, Łaszek). W przytaczanych kolejnych czynnikach zawierających się w zachowaniach zdrowotnych oraz prowadzonym stylu życia zarysowują się różnice. Na podstawie teorii poczucia własnej skuteczności można stwierdzić związki z determinacją i rodzajem podejmowanych działań zdrowotnych. Badania dotyczące owych związków wskazują wysoki poziom własnej skuteczności, a wiąże się on z zachowaniami takimi jak: zapobieganie niekontrolowanym zachowaniom seksualnym, podejmowanie aktywności fizycznej, kontrola masy ciała, zapobieganie i porzucanie palenia tytoniu i innych uzależnień (Juczyński, 1998, Okulicz-Kozaryn, Pisarska, 2001; Zalewska-Puchała, Majda, Gałuszka, Kolonko, 2007; Zalewska-Puchała, Majdana, Korzonek, 2013).

Wśród studentów objętych badaniami znajdowali się również przyszli nauczyciele. Badania przeprowadzone przez G. Kosibę i in. (2017) wykazały również zaniedbania studentów w zakresie właściwych zachowań zdrowotnych. Niemalże połowa badanych studentów wykazywała zachowania zdrowotne na niskim poziomie. Wyniki te korespondują z badaniami przeprowadzonymi również na grupie młodych dorosłych (Łysak i in, 2009; Romanowska-Tołłoczko 2011; Rasińska, 2012). Wśród nieprawidłowości w stylu życia studentów odnotować można: nieefektywny odpoczynek, nadużywania napojów alkoholowych i palenia tytoniu (Łysak i in, 2009; Romanowska-Tołłoczko, 2011) oraz błędów żywieniowych (Rasińska, 2012). Spośród analizowanych zachowań zdrowotnych najniższy stopień nasilenia studenci uzyskali w zakresie badań profilaktycznych, unikaniu przeziębień, pozyskiwaniu informacji o czynnikach warunkujących zdrowie. Porównywalne wyniki otrzymano w grupie młodzieży akademickiej studiów pedagogicznych (Nitecka-Walerych, 2005). Z kolei wśród studentów kierunków medycznych, mimo posiadanej wiedzy, młodzi nie wdrażali zaleceń do swojego życia (Kleszczewska i in. 2014, za: Kosiba in, 2017). Przeprowadzone badania przez G. Kosibę i in. (2017) wskazały na zależności między zachowaniami zdrowotnymi a poziomem satysfakcji z życia, wraz ze wzrostem nasilenia pozytywnego nastawienia psychicznego, codziennych praktyk zdrowotnych, wzrasta satysfakcja z życia studentów (Kosiba i in. 2017). Jak wskazuje J. Kirenko i S. Uberman-Kulz (2019), istnieją również zależności między prezentowanymi zachowaniami zdrowotnymi a radzeniem sobie ze stresem u studentów z różnym poziomem samooceny.

Jak podaje T. Pilch, (1995) „zasadniczym celem poznania naukowego jest zdobycie wiedzy maksymalnie ścisłej, maksymalnie pewnej, maksymalnie ogólnej, maksymalnie prostej, o maksymalnej zawartości informacji. Takie dopiero poznanie prowadzi do wyższych form funkcjonowania wiedzy, a nimi są prawa nauki i prawidłowości” (s.7). Analiza literatury metodologicznej pozwala na zaznajomienie się z różnymi podejściami do rozumienia celu badań. A.W. Maszke (2003) definiuje cel jako „końcowy efekt bądź też zamierzony rezultat postępowania badawczego. Zamierzonym rezultatem jest poznanie i wyjaśnienie fragmentu istniejącej rzeczywistości przyrodniczej bądź społecznej, jak i udzielenie odpowiedzi na postawione pytania badawcze” (s.17).

Z powyżej przedstawionej definicji celu badania można wnioskować o różnorodności działań, prób jakie musi wykonać badacz, by osiągnąć oraz uzyskać obiektywne, rzetelne i wyczerpujące wiadomości wypływające z badanego wycinka rzeczywistości.

Natomiast T. Pilch (1999) jest zdania, iż cel badań może też stanowić kryterium przy określaniu typów badań pedagogicznych. Z punktu widzenia celu badań wyróżnia się:

- Badania teoretyczne- to wszelkie poznanie zmierzające do gromadzenia wiedzy teoretycznej, pozwalającej budować uogólnienia, generalizacje, prawa rozwoju i przemian badanej rzeczywistości” (s.19).
- Badania weryfikacyjne- te badania stosujemy w celu ustalenia wad i zalet danego procesu czy zjawiska. Jest to „próba sprawdzenia skutków zastosowanych rozwiązań, skutków działania jakiegoś układu, to także poszukiwanie cech, właściwości zdarzeń i procesów”.
- Badania diagnostyczne- mają na celu diagnozę określonego zdarzenia, znalezienie przyczyn, źródeł, uwarunkowania danego zjawiska. W przypadku badań diagnostycznych mając podany efekt, badacz poszukuje przyczyn i przebiegu zdarzenia. (s.20)

Badania zawsze odniesione są do pewnych przedmiotów jak i pewnego aspektu, pod kątem którego są one prowadzone. Używając zwrotu „przedmiot badań” mamy na uwadze „obiekty i rzeczy w sensie dosłownym, jak i zjawiska czy zdarzenia, jakim one podlegają i w odniesieniu do których chcemy prowadzić badania” (Maszke, 2008). Przykładami mogą być takie zawody jak robotnicy, lekarze, pracownicy placówek oświatowych, oraz zainteresowania danych grup, aspiracje, metody pracy itp. (s.91).

W niniejszej pracy, przyjęty ogólny cel badań stanowi próbę określenia związków pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi studentów a ich dyspozycjami podmiotowymi.

Występowanie zachowań zdrowotnych w stylu życia badanej młodzieży akademickiej jest zróżnicowane ze względu na typ uczelni, natomiast nie są to różnice na poziomie istotności (Romanowska-Tołłoczko, 2011). Zdrowie oraz ocena znaczenia i wartościowanie go przez studentów jest ważnym elementem oceny świadomości prozdrowotnej (Stawarz, Lewicka, Sulima, Wiktor, 2014). Badania dotyczące zdrowia i stylu życia zdecydowanie najczęściej były przeprowadzane na młodzieży studiującej

kierunki medyczne. Pielęgniarki, jako jedna z tej grupy cechowało wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia z równoczesną tendencją do przypisywania sobie wpływu na nie, deklarując niski poziom zachowań zdrowotnych. Natomiast osoby prezentujący wysoki poziom umiejscowienia kontroli wewnętrznej reprezentowały typ zmniejszający wpływ przypadku, a z kolei o niskim przypisywały istotną rolę czynnikom zewnętrznym. Uzyskane dane przez M. Mendrycką i in. (2019) powielają się z badaniami przeprowadzonymi przez Nowickiego w grupie osób zatrudnionych w opiece zdrowotnej, u których występowało wewnętrzne umiejscowienie kontroli (2017).

O charakterze zachowań zdrowotnych i prezentowanego stylu życia przez młodzież akademicką decyduje wiele czynników. Często badacze spotykają się z trudnościami w określeniu ich wkładu w życie jednostki. Postępowanie w myśl zachowań prozdrowotnych oraz antyzdrowotnych jest sprawą decyzji jednostki oraz dostępności w danej kulturze wzorców zachowań nabytych również w procesie socjalizacji. Podstawą do wyboru jest określenie zdrowia w hierarchii wartości, prezentowane nawyki, samoocena czy poziom z jakim jest się w stanie przezwyciężyć trudność.

3.3. Zmienne i wskaźniki

Funkcja eksploracyjna badań empirycznych dotyczy pewnego wycinka rzeczywistości, cechy, która jest interesująca dla badacza. Jeśli dana cecha przyjmuje co najmniej dwie wartości przyjmuje się, że jest to zmienna (Francuz, Mackiewicz, 2007). Każdą cechę można potraktować jako zmienną, w zależności na czym konkretnie badacz się koncentruje.

Zdaniem S. Nowaka (2011) „zmienna określa jedynie, pod jakim względem interesują nas analizowane przedmioty, specyfikują ich możliwe właściwości, stany lub zdarzenia, którym podlegają, a ponadto, jakie typy relacji będziemy uwzględniać między przedmiotami rozpatrywanymi pod danym względem” (s.496).

Jak podaje P. Francuz i R. Mackiewicz (2007) ze zmienną mamy do czynienia, gdy „interesująca nad cecha nie przysługuje w taki sam sposób wszystkim branym przez nas pod uwagę obiektom” (s.27).

Dokonując analizy literatury należy przywołać rozumienie zmiennej przez M. Łobockiego (2010), który zmienną niezależną traktuje jako pewien bodziec

wywołujący zmiany w innych czynnikach. Natomiast zmienną zależną, nazywa te czynniki, które są poddawane wpływowi innych bodźców w postaci zmiennych niezależnych.

Innym sposobem wyjaśnienia pojęć zmiennych jest przytoczenie opisu, jakiego dokonali C. Frankfort - Nachmias i D. Nachmas (2001, s.71). „Zmienną, którą badacz chce wyjaśnić, nazywamy zmienną zależną. Natomiast zmienną, za pomocą której badacz chciałby wyjaśnić zmiany wartości zmiennej zależnej, nazywamy zmienną niezależną. Zmienna niezależna nazywana jest również zmienną wyjaśniającą: jest ona zakładaną przyczyną zmian wartości zmiennej zależnej. Zmienna niezależna jest zatem traktowana jest traktowana jako powiązana ze zmienną zależną lub jak przyczyna zmian jej wartości”.

W niniejszych badaniach zmiennymi zależnymi są zachowania zdrowotne studentów uczących się na kierunkach medycznych, społecznych, humanistycznych i przyrodniczych. Natomiast zmienną niezależną są dyspozycje podmiotowe określone przez styl życia jaki prowadzą studenci z wyżej wymienionych grup.

Zdaniem J. Sztumskiego (2005) wskaźniki powinny „charakteryzować całość danego zbioru (...), być wielowymiarowe, nadawać się do rozłożenia na części składowe (...), być porównywalne w czasie oraz regionalnie” (s.64-65). Jak wskazuje dalej, „wskaźniki powinny być zawsze relatywizowane do konkretnych warunków społeczno-ekonomicznych i kulturowych tych społeczeństw, do których chcemy je zastosować” (s.65).

Zdaniem S. Nowaka (2011) wskaźniki to „zdarzenie, którego istnienie, pojawienie się lub stopień intensywności jest faktycznie przesłanką bądź zasadnie nadaje się na przesłankę wnioskowania, że w określonych przypadkach z pewnością z określonym prawdopodobieństwem lub przynajmniej z prawdopodobieństwem wyższym niż przeciętne wystąpiło zdarzenie” (s. 165).

W poniższej tabeli przedstawiono wskaźniki zmiennej niezależnej i zależnej.

Tabela 1. Zmienne i wskaźniki

Badana zmienna	Narzędzie pomiaru	Wskaźniki
Zmienna zależna		
Zachowania zdrowotne	<p style="text-align: center;">IZZ Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Z. Juczyński</p>	<p>Spożywanie odpowiedniej ilości pokarmu, Dbanie o prawidłową dietę, unikanie solonej żywności, z konserwantami, Przeziębienia, Odpoczynek, sen, Waga ciała, Badania lekarskie, Unikanie przepracowania, Unikanie silnych emocji, Palenie tytoniu, Myślenie pozytywne, Wysiłek fizyczny.</p>
	<p style="text-align: center;">„Mój Styl Życia” J.M. Cavendish</p>	<p>Spożywanie alkoholu, Palenie tytoniu, Ciśnienie krwi, Waga ciała, Sprawność fizyczna, Stres i niepokój wewnętrzny,</p>

		<p>Bezpieczeństwo jazdy samochodem,</p> <p>Relacje z innymi,</p> <p>Odpoczynek i sen,</p> <p>Ogólne zadowolenie z życia.</p>
Zmienna niezależna		
Dyspozycje podmiotowe	<p>GSES</p> <p>Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności</p> <p>R. Schwarzer,</p> <p>M. Jerusalem,</p> <p>Z. Juczyński</p>	<p>Rozwiązywanie problemów,</p> <p>Znajdowanie sposobów na osiągnięcie celu,</p> <p>Trzymanie się celów i osiągnięcie ich,</p> <p>Przekonania o poradzeniu sobie w nieoczekiwanych zdarzeniach,</p> <p>Pomysłowość i zaradność a radzenie sobie z nieprzewidzianymi sytuacjami,</p> <p>Wysiłek wkładany w rozwiązywanie problemów,</p> <p>Umiejętności radzenia sobie,</p> <p>Znajdowanie kilku sposobów rozwiązania,</p>

		Myślenie o sposobach rozwiązania problemów.
	Skala Samooceny SES M. Rosenberg I. Dzwonkowska K. Lachowicz- Tabaczek M. Łaguna	Wartościowość człowieka, Posiadanie zalet, Myślenie, że jest się do niczego, Porównywanie swoich umiejętności z innymi ludźmi, Poczucie dumy, Pozytywna postawa, Zadowolenie z siebie, Szacunek względem siebie, Poczucie bezużyteczności.
	Kwestionariusz Osobowości S.H. Schwartz J. Ciecuch	Przekraczanie siebie- życzliwość, uniwersalizm Otwartość na zmiany – kierowanie sobą stymulacja, hedonizm, Umacnianie siebie- władza, osiągnięcia, prestiż, Zachowawczość- bezpieczeństwo, tradycja, przystosowanie, pokora.

	<p>MHLC</p> <p>Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia</p> <p>K. A. Wallston</p> <p>B. S. Walltson</p> <p>R. DeVellis</p> <p>Z. Juczyński</p>	<p>Zależność zachowania a wychodzenie z choroby,</p> <p>Zachorowanie niezależne od zachowania,</p> <p>Kontakty z lekarzem jako sposób unikania chorób,</p> <p>Przypadkowość chorób,</p> <p>Złe samopoczucie, a konsultacje z lekarzem,</p> <p>Samodecydowanie o zdrowiu,</p> <p>Wpływ innych osób na zdrowie,</p> <p>Poczucie winy podczas choroby,</p> <p>Szczęście w aspekcie wychodzenia z choroby,</p> <p>Zależność zdrowia od lekarzy,</p> <p>Zdrowie a zbieg okoliczności,</p> <p>Samodzielność w zachowaniu zdrowia,</p> <p>Dbanie o siebie,</p> <p>Opieka innych osób a wychodzenie z choroby,</p> <p>Działania w celu zachowania zdrowia.</p>
--	--	--

3.4. Metoda, techniki i narzędzia badawcze

Zebranie rzetelnych i skrupulatnych odpowiedzi na postawiony przez badacza problem badawczy, obarczony jest wnikliwymi analizami i długotrwałym procesom

weryfikacyjnym. Uzyskane informacje w odpowiedni sposób, z zachowaniem zasad i reguł, wymagają określonego toku badawczego, do którego zalicza się metody badawcze.

Opisane w tej części pracy metody rozumiane są „zespół teoretycznie uzasadnionych zabiegów koncepcyjnych i instrumentalnych obejmujących najogólniej całość postępowania badacza, zmierzającego do rozwiązania określonego problemu naukowego” (Pilch, Bauman, 2001, s.71).

W naukach empirycznych najczęściej powołuje się na definicję zaproponowaną przez S. Nowaka, według którego „ metody badawcze to typowe i powtarzalne sposoby zbierania, opracowywania, analizy i interpretacji danych empirycznych, służące do uzyskania maksymalnie uzasadnionych odpowiedzi na stawiane w nich pytania” (Nowak, 1985 s.22, za: Maszke 2008).

Natomiast J. Sztumski metodę badawczą rozumie jako „system założeń i reguł pozwalających na takie uporządkowanie praktycznej lub teoretycznej działalności, aby można było osiągnąć cel, do jakiego się świadomie zmierza” (Sztumski, 2005, s.66) lub „sposób podejścia oraz całokształtu operacji powtarzających się, które prowadzą do zdobycia odpowiednich informacji o badanej rzeczywistości, pozwalających rozwiązać dany problem lub problemy” (Kubielski, 1999, s.113). M. Łobocki natomiast uważa, że „metoda badań (...) odnosi się do ogólnych dyrektyw czy norm (reguł) postępowania badawczego, tj. obowiązujących bez względu na cel, jakiemu ma ona służyć, i warunki, w jakich się ją stosuje” (2004, s.217).

Wskazując na sposób rozumowania metod badań, można dodać, iż „metodą określać będziemy powtarzalne sposoby zbierania danych, a więc takie, którymi można się posłużyć w wielu a nie tylko jednym badaniu. Cechują się one tym, że są celowe, planowe, obiektywne i wyczerpujące” (Maszke, 2008, s.157).

Sposobem przybliżającym do obranego celu może być również konkretna technika badawcza. Są one bardziej podporządkowane metodom, uzupełniając je. M. Łobocki (Łobocki, 2010, s.85) technikę badawczą opisuje jako „bliżej skonkretyzowany sposób realizowania zamierzonych badań”.

Technika badań natomiast, to „zespół czynności wykonywanych w ramach danej metody” (Maszke, 2008, s.157).

Narzędzia badawcze są to przedmioty służące realizacji wybranej techniki badawczej (Pilch, 1995, s.42; Kubiński 1999, s.162).

Metodą badań użytą na potrzeby niniejszej pracy jest metoda sondażu diagnostycznego, zwana również sondażem ankietowym lub sondażem na grupie reprezentatywnej. Dobierane techniki do podanej metody badań to najczęściej: wywiad, ankieta, analiza dokumentów, techniki statystyczne i inne (Pilch, Bauman, 2001, s.79-81).

Poza metodą sondażu diagnostycznego wyróżnić można takie metody jak:

- 1) Eksperyment- bada określony wycinek rzeczywistości, wykorzystuje się szereg narzędzi jak: badanie dokumentacji, notatki z rozmów, arkusze (Pilch 2001; Palka 2006),
- 2) Monografia- metoda ta prowadzi do „wnikliwego rozpoznania instytucji, zasad i efektywności działań oraz opracowania koncepcji ulepszeń prognoz rozwojowych” (Pilch, 2001, s.76). Wykorzystuje się tu badania dokumentacji, ankiety wywiady (elementy) (Pilch, Bauman, 2001, s.77).
- 3) Metoda indywidualnych przypadków zwana inaczej studium indywidualnych przypadków, jest „sposobem badań polegającym na analizie jednostkowych losów ludzkich uwikłanych w określone sytuacje wychowawcze, lub na analizie konkretnych zjawisk natury wychowawczej przez pryzmat biografii ludzkich z nastawieniem na opracowanie diagnozy przypadku lub zjawiska w celu podjęcia działań terapeutycznych” (Pilch, 1995; Maszke, 2008, s.163-164).

Najczęściej wykorzystywane techniki badań w pracach empirycznych to:

- Obserwacja- do technik obserwacyjnych zaliczyć można zarówno „obserwację kontrolowaną, jak i niekontrolowaną (...), a ich specyficzną cechą jest to, że badani są jedynie przedmiotem obserwacji” (Maszke, 2008, s.205). Obserwacja bazuje na wszelkiej formie ankiety, wywiadzie, rozmowie bądź niestandardyzowanej rozmowie.
- Wywiad prowadzony dzięki wcześniej zaplanowanemu schematowi wywiadu, bądź kwestionariuszowi (Pilch, Bauman 2001; Łobocki 2004).
- Ankieta – jest metodą pozyskiwania danych w sposób pośredni, zadając pytania wybranym przez badacza osobom, najczęściej przy użyciu kwestionariusza (Zaczyński 1995; Łobocki 2004).
- Analiza dokumentów i materiałów (Pilch, Bauman 2001; Łobocki 2004).

- Techniki projekcyjne są relatywnie nową techniką, służą poznawaniu indywidualnych oraz zbiorowych postaw powstałych pod wpływem celowo zorganizowanego bodźca (Rembowski 1986; Pilch, Bauman 2001).

„Znanych jest wiele metod i technik badawczych, jednakże jak dotąd nie doczekały się one wyczerpującej i rozłącznej klasyfikacji” (Łobocki, 2004, s.28).

W niniejszej pracy posłużono się klasyfikacją T. Pilcha. Podstawową metodę w podjętych badaniach stanowiła metoda sondażu diagnostycznego, która została zrealizowana przy użyciu techniki szacowania. Z kolei do wymienionej techniki dobrano narzędzia:

- MHLC Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia,
- GSES Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności,
- Skala Samooceny SES Morrisa Rosenberga,
- Kwestionariusz Osobowości S.H. Schwartza,
- Mój Styl Życia J.M. Cavendisha,
- IZZ Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Z. Juczyńskiego,
- Kwestionariusz ankiety (opracowanie własne).

3.4.1. *Kwestionariusz ankiety*

Narzędzie opracowania autorskiego, zastosowane zostało w celu zebrania danych metryczkowych jak również dostarczających informacji o stylu życia badanych osób. Jest to narzędzie pełniące funkcję uzupełniającą. Zawiera ono 12 pytań. Początek kwestionariusza zawiera pytania dotyczące płci, wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia, sytuacji zawodowej. Druga część składa się z pytań o różnej strukturze: jednokrotnego oraz wielokrotnego wyboru, ustosunkowanie się na pięciostopniowej skali oraz pytania półotwarte. Pytania drugiej części dotyczą stylu życia jaki prowadzą respondenci, np. palenie tytoniu, wykonywanie ćwiczeń fizycznych, czas poświęcany pracy, picie alkoholu, zdrowy sen, drzemki, korzystanie z badań profilaktycznych, kontakt z narkotykami, częstotliwość spożywania przetworzonego jedzenia, słodczy, słonych przekąsek itp., relacje rodzinne i koleżeńskie.

3.4.2. *MHLC Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (The Multidimensional Health Locus of Control Scale)*

Narzędzie to należy do najbardziej popularnych narzędzi Norman i Bennett, 1996), autorstwa Kenneth A. Wallston, Barbary S. Wallson oraz R. DeVellis, zaadaptowany w Polsce przez Z. Juczyńskiego.

Narzędzie to jest rozwiniętą wersją jednowymiarowej skali, która spotkała się z krytyką w zakresie wyjaśniania zachowań zdrowotnych oraz na swój jednowymiarowy charakter. Nowa wersja nawiązuje do ujęcia H. Lavensona (1974), który to przekształcił wewnętrzne umiejscowienie kontroli na rzecz zewnętrznej.

Skala MHLC zawiera 18 twierdzeń i dotyczy przekonań dotyczących generalizowanych oczekiwań w trzech wymiarach umiejscowienia kontroli:

- Wewnętrzne (W)- zależność kontroli nad zdrowiem zależy ode mnie.
- Wpływ innych (I)- odpowiedzialność za moje zdrowie znajduje się po stronie personelu medycznego.
- Przypadek (P)- stan zdrowia jest zależny od przypadku lub innych czynników zewnętrznych.

U podstaw narzędzia leży pogląd o wewnętrznym umiejscowieniu kontroli, który sprzyja występowaniu zachowań prozdrowotnych, a zatem zachowania aktywności fizycznej, ograniczenie palenia tytoniu, picia alkoholu czy kontrolowaniu wagi ciała.

Narzędzie ma charakter samoopisowy. Warto zwrócić uwagę na możliwość udzielania odpowiedzi zgodnych ze swoimi przekonaniem, ograniczając czynnik aprobaty społecznej. Podczas badania respondent ustosunkowuje się do podanych stwierdzeń przy użyciu sześciostopniowej skali: od zdecydowanie nie zgadzam się (1 pkt) do zdecydowanie się zgadzam (6 pkt). W badaniach grupowych autorzy proponują dokonanie klasyfikacji wyników, dzięki czemu uzyska się kombinację 8 typów powiązań: typ silny zewnętrznie, typ silny wewnętrznie, typ pomniejszający wpływ innych, typ powiększający wpływ innych, typ pomniejszający wpływ przypadku, typ powiększający wpływ przypadku, typ niezróżnicowany silny oraz typ niezróżnicowany słaby. Wynik tej skali, jak stwierdza Wallston (1991, za: Juczyński, 2012) koreluje z podejmowaniem profilaktycznych zachowań zdrowotnych.

Rzetelność testu w polskiej adaptacji MHLC sprawdzano różnymi metodami. W próbie 166 osób dorosłych uzyskano wskaźnik *alfa* Cronbacha 0,74 dla kontroli

wewnętrznej- W, 0,69 dla przypadku- P oraz 0,54 dla wpływu innych- I. Porównanie wyników dwukrotnych badań, przeprowadzonych w czasie sześciu tygodni na 58 osobowej grupie studentów, wskazało lepsze wyniki dla wersji B (W= 0,72, I= 0,64, P= 0,60). Wskaźniki rzetelności w obydwu wersjach polskiej i amerykańskiej są zbliżone. Wyniki skali wewnętrzznego umiejscowienia kontroli i wpływu innych nie korelowały ze sobą, natomiast zewnętrzne umiejscowienie korelowało negatywnie z przypadkiem, to z kolei pozytywnie z wpływem innych (Wallston i in, 1976, za: Juczyński, 2011).

3.4.3. *GSES Adaptacja Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności* (*Generalized Self-Efficacy Scale*)

Narzędzie autorstwa R. Schwarzer i M. Jerusalem, na rynek polski wprowadzony przez Z. Juczyńskiego. Nawiązuje do sformułowanej koncepcji Bandury (1997) odnoszącej się do oczekiwań i pojęcia własnej skuteczności (Juczyński, 2011, s.89).

Skala GSES jest krótkim narzędziem zawierającym 10 pytań wchodzącym w skład jednego czynnika. Narzędzie jest przystosowane do badania ogólnego przekonania człowieka co do skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami.

Skala przeznaczona jest do badań osób dorosłych, zdrowych i chorych. Ogólnie można stwierdzić, że „sposobność własnej skuteczności jest wyznacznikiem zamiarów i działań w różnych obszarach zachowań zdrowotnych. Zarówno zamiar zaangażowania się w określone działania zdrowotne, jak i aktualne zachowania są pozytywnie powiązane z przekonaniem dotyczącym własnej skuteczności (Juczyński, 2012, s.93).

Skala GSES służy jako narzędzie do badań indywidualnych i zbiorowych. Respondent dokonuje wyboru poprzez zakreślenie kółkiem właściwej cyfry. Ma cztery możliwości wyboru: nie-1, raczej nie-2, raczej tak-3, tak-4.

Przy opracowywaniu danych, sumuje się wszystkie punkty, co daje ogólny wskaźnik własnej skuteczności. Im wyższy wynik, tym większe poczucie własnej skuteczności.

Zgodność wewnętrzną skali GSES wskazano na podstawie badania 174 osób. Współczynnik *alfa* Cronbacha wynosił 0,85. Rzetelność skali oceniana po pięciu tygodniach wynosiła 0,78. Podobne wskaźniki charakteryzują wersję oryginalną (Schwarzer, 1998, za: Juczyński, 2011). Istotnie statystycznie różnice zachodzą między skalą GSES a wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia (MHLC), nastawieniem optymistycznym (LOT-R) i poczuciem własnej wartości (Skala Poczucia Własnej Wartości Rosenberga SES). Podobnie jak w wersji oryginalnej, skala ta posiada strukturę

potwierdzoną wynikami analizy czynnikowej. Skala ta przeznaczona jest do stwierdzenia, że postrzeganie własnej skuteczności jest wyznacznikiem zamiarów i dążeń w różnych sferach zachowań zdrowotnych.

3.4.4. *Skala Samooceny SES Morrisa Rosenberga*

Do diagnozy samooceny badanych studentów posłużono się Skalą Samooceny SES M. Rosenberga. W adaptacji na język polski autorstwa I. Dzwonkowskiej, K. Lachowicz-Tabaczek oraz M. Łaguny (Łaguna, Lachowicz-Tabaczek, Dzwonkowska, 2007).

Narzędzie przeznaczone jest do badania młodzieży i osób dorosłych. Skala służy pomiarowi przekonania o własnej wartości i diagnozie koncepcji Ja. Narzędzie składa się z 10 stwierdzeń, które osadzone są na czterostopniowej skali rangowej. Maksymalną ilość punktów jaką może uzyskać respondent to 40 i wynik taki wskazuje na maksymalnie wysoką samoocenę. Natomiast 10 punktów informuje badacza o posiadanej przez badanego samooceny skrajnie niskiej. Wyniki mieszczące się w przedziale 10-27 informują niską samoocenę, 28-31 – przeciętną, natomiast 32-40 wysoką (Łaguna, Lachowicz-Tabaczek, Dzwonkowska, 2007, s.164-176).

Wskaźniki zdań zawartych w skali dotyczą: poczucia wartościowości względem innych osób, posiadanie zalet, szacunku względem własnej osoby, poczucia bezużyteczności, pozytywnej postawy, poczucia dumy, posiadanych umiejętności, poczucia że jest się do niczego, ogólnego zadowolenia z siebie.

Wartość współczynnika rzetelności *alfa* Cronbacha w polskiej wersji w różnych badaniach wahała się w przedziale 0,81-0,83. Wskaźnik stabilności narzędzia wyniósł 0,50 z uwzględnieniem odstępu roku czasu oraz 0,83- pomiary wykonane z odstępem czasowym tygodnia. W polskiej adaptacji testu zgromadzono dane dotyczące trafności teoretycznej narzędzia, takie jak rezultaty eksploracyjnej i confirmacyjnej analizy czynnikowej oraz korelacje SES z innymi narzędziami badającymi np. depresję, temperament, umiejscowienie kontroli, optymizm, kompetencje społeczne czy nieśmiałość. Uzyskane dane świadczą o trafności SES (Łaguna, Lachowicz-Tabaczek, Dzwonkowska, 2007).

3.4.5. *Kwestionariusz Osobowości S.H. Schwartza*

W celu przeprowadzenia dokładnej analizy preferencji wartości badanych studentów posłużono się Kwestionariuszem Osobowości S.H. Schwartza. Narzędzie to

znane jest również pod nazwą PVQ-R2 S.H. Schwartz. Adaptacji polskiej dokonał J. Cieniuch w 2012 roku (Cieniuch, Schwartz, 2018).

Narzędzie to składa się z 57 twierdzeń odnoszących się do opisów różnych osób. Badany dokonuje oszacowania, w jakim stopniu prawdopodobieństwa danego opisu wartości, jest zgodny ze swoją osobą. Oszacowania dokonuje się dziewięciostopniowej skali. Zero oznacza, że wartość nie jest w ogóle ważna i nie ma znaczenia w życiu jednostki jako wiodąca, 3- zasada jest ważna, 6- zasada jest bardzo ważna. Im badacz zaznaczy wyższą wartość cyfrową, tym oznacza to, że podana wartość jest jednostce bliska. Cyfry -1 i 7 przeznaczone zostały do określenia wartości skrajnych. -1 jako wartość przeciwna wyznawanym zasadom, a 7 jako wiodąca w życiu ankietowanego.

Szczegółowe wyniki oblicza się dla konkretnych wartości, kategorii i podkategorii. Skala zawiera informacje na temat 10 kategorii wartości. Są nimi: życzliwość, przystosowanie, tradycja, kierowanie sobą, hedonizm, uniwersalizm, stymulacja, osiągnięcia, władza, bezpieczeństwo.

Rzetelność polskiej wersji oszacowano metodą *alfa* Cronbacha dla każdej ze skal oraz moce dyskryminacyjne itemów. Dla wartości przystosowanie wartość wyniosła 0,58, tradycja 0,61, przystosowanie- tradycja 0,74, życzliwość 0,64, uniwersalizm 0,75, kierowanie sobą 0,65, stymulacja 0,63, hedonizm 0,80, osiągnięcia 0,72, władza 0,70 oraz bezpieczeństwo 0,59. Wymienione skale służą również określaniu wskaźników, które łączą się w metakategorie takie jak otwartość na zmiany, umacnianie ja, zachowawczość oraz przekraczanie ja. Warto podkreślić, że wartości w znaczący sposób różnicujące płeć to wartości znajdujące się po przeciwległych stronach, zatem brak różnic w wartościach znajdujących się pomiędzy tymi końcami, co wskazuje na sinusoidalny układ. Oprócz widocznych różnic dotyczących płci badanych, uwidoczniły się również one w zakresie informacyjnym stylu tożsamości (por. Cieniuch, Zalewski, 2011).

3.4.6. *Mój Styl Życia J.M. Cavendisha*

Do określenia zachowań zdrowotnych studentów posłużono się narzędziem Mój Styl Życia autorstwa J.M. Cavendisha. Narzędzie to składa się z 50 twierdzeń uszeregowanych w 10 obszarach różnych aspektów życia i zachowań związanych ze zdrowiem. Kategorie są następujące: spożywanie alkoholu (PA), sprawność fizyczna (SF), ciśnienie krwi (CK), palenie tytoniu (PT), waga ciała (WC), stres i niepokój wewnętrzny

(SNW), relacje z innymi (RI), odpoczynek i sen (OS), bezpieczeństwo jazdy samochodem (BJS) oraz ogólne zadowolenie z życia (OZŻ) (Kirenko, Uberman-Kulz, 2019).

Zadaniem badanych jest ustosunkowanie się do podanych twierdzeń, zgodnie z ich stylem życia. Obliczając wyniki, dokonuje się sumowania (MSŻ). Przedziały z wynikami są następujące: przedział 40-50 punktów wskazuje na styl życia zdrowszy, bardziej aktywny niż przeciętny, przedział 25-39 punktów odpowiada przeciętnemu stylowi życia, a przedział 0-24 punktów, oznacza prowadzenie stylu życia zagrażającemu zdrowiu, a brak poprawy może nieść poważne i negatywne skutki dla szeroko rozumianego zdrowia. Wynik wskazujący na mniej niż 3 punkty w jednym obszarze wskazuje na potrzebę zmiany w zakresie stylu życia.

3.4.7. *IZZ Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Z. Juczyńskiego*

Narzędzie autorstwa Z. Juczyńskiego zawiera 24 stwierdzenia opisujące różnorodne zachowania związane ze zdrowiem. Określa się częstotliwość poszczególnych zachowań badanych oraz wskazuje się na ogólne nasilenie tych zachowań. Ustala się nasilenie zachowań sprzyjających zdrowiu oraz stopień nasilenie czterech kategorii zachowań zdrowotnych. Są to: prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, praktyki zdrowotne oraz pozytywne nastawienie psychiczne.

Prawidłowe nawyki żywieniowe dotyczą rodzaju spożywanego pokarmu. Zachowania profilaktyczne uwzględniają przestrzeganie zaleceń zdrowotnych. Z kolei praktyki zdrowotne wskazują na codzienne nawyki snu, rekreacji bądź aktywność fizyczną. Pozytywne nastawienie psychiczne obejmuje unikanie sytuacji stresowych, silnych emocji działających przygnębiająco (Juczyński, 2012).

Inwentarz przeznaczony jest zarówno dla osób chorych i zdrowych. Badanie można prowadzić w grupie bądź indywidualnie. W Inwentarzu występuje pięciostopniowa skala z możliwymi odpowiedziami: 1- prawie nigdy, 2- rzadko, 3-od czasu do czasu, 4- często, 5- prawie zawsze. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie zachowań zdrowotnych u jednostki.

Zgodność wewnętrzna narzędzia ustalona na podstawie *alfa* Cronbacha, wynosi 0,85 dla całego Inwentarza, natomiast dla czterech podskal mieści się w granicach 0,60-0,65. Wskaźnik korelacji w badaniu przeprowadzonym na 30 osobach po sześciu

tygodniach wyniósł 0,88. Trafność testu oceniono dokonując korelacji wyników IZZ z wynikami testów służących ocenie zmiennych takich jak poczucie własnej skuteczności (GSES), nastawienie optymistyczne (LOT-R), umiejscowienie kontroli (MHLC). Trafność Inwentarza potwierdzają również wyniki w badanych grupach chorych.

3.5. Metody analizy statystycznej

Uzyskany materiał empiryczny został poddany obróbce jakościowej i ilościowej. Ze względu na przyjęte założenia i problemy badawcze została zastosowana analiza danych i testy statystyczne. Zgodnie z przyjętą procedurą prowadzenia badań własnych, określono zróżnicowanie wyników dotyczących zmiennych zależnej i niezależnych.

Wybór testu statystycznego podyktowany był rodzajem danych, warunkiem normalności rozkładu, zależnością między danymi.

W celu ustalenia różnic pomiędzy grupami tworzonymi przez studentów czterech lubelskich uczelni wyższych dokonano w oparciu o metodę regresji krokowej. Ponadto w niniejszych badaniach wykorzystano jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA. W przeprowadzonej analizie model regresji wielorakiej krokowej zastosowano do opisu zależności między wybraną zmienną, a wieloma innymi zmiennymi, co do których ustalono, że mogą być pomocne w wyjaśnieniu tej pierwszej. Zazwyczaj pewna konfiguracja otrzymanych danych, a więc kilku czynników jednocześnie współdecyduje o przebiegu procesu, jak również pozwala na określenie mocy każdego z nich (Kosmala, 2012).

Obliczenia dokonane zostały w oparciu o program statystyczny Statistica.

3.6. Organizacja i przebieg badań

Badania do niniejszej pracy zostały przeprowadzone od października 2019 roku do października 2021 roku. Wydłużony czas realizacji badań spowodowany był występującą w tym czasie pandemią wirusa i wprowadzeniem edukacji w trybie zdalnym. Zmiana formy kształcenia w szkolnictwie wyższym spowodowała trudność, a nawet ograniczenie w skutecznym dotarciu do planowanych grup studentów. Mimo przeciwności, grupę badanych udało się dobrać zgodnie z zasadą reprezentatywności grup. Badaniem objęto studentów z uczelni:

- Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej,

Studenci z Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej byli studentami kierunków: pedagogika, pedagogika specjalna, praca socjalna, anglistyka, logopedia z audiologią, historia.

- Politechnika Lubelska,

Grupę studentów z Politechniki Lubelskiej tworzyły osoby na kierunkach: mechatronika, mechanika i budowa maszyn.

- Uniwersytet Medyczny,

Wśród studentów Uniwersytetu Medycznego znaleźli się studenci fizjoterapii oraz pielęgniarstwa.

- Katolicki Uniwersytet Lubelski.

Natomiast grupę badanych z Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego tworzyli studenci z matematyki, biologii, biotechnologii, informatyki.

Przeprowadzone badania miały charakter anonimowy, studenci byli poinformowani, że zbierany materiał badawczy służy wyłącznie celom naukowym i nie będzie wykorzystywany w innych celach. Badanie miało charakter dobrowolny. Narzędzia w wersji oryginalnej zostały przepisane oraz dostosowane do sprawniejszego uzupełnienia odpowiedzi. Przygotowanych i rozdanych zestawów kwestionariuszy było 500, natomiast ze względu na liczne pominięcia, bądź błędnie nanoszone odpowiedzi, pięć z nich zostało odrzuconych i w ostateczności grupę badanych tworzy 495 studentów lubelskich uczelni wyższych. Badania były przeprowadzone niezależnie od roku, stopnia czy trybu studiów.

Przebieg badań w zależności od wielkości grupy oraz miejsca odbywania się zajęć był nieco inny. Każda z grup studentów otrzymała kwestionariusz, w razie potrzeby również długopis. Przed wypełnieniem kwestionariuszy została dokładnie omówiona tematyka badań oraz instrukcje do poszczególnych narzędzi. Studenci byli poinformowani o możliwości zadawania pytań w przypadku jakichkolwiek wątpliwości z czego korzystali. Najczęstsze pytania dotyczyły wątpliwości dotyczące zaznaczania odpowiedzi oraz rozumienia pytania. Każda z grup pracowała w różnym tempie, natomiast zauważono zależność- im większa grupa tym ten czas dochodził nawet do 30 minut. Zauważyć można trzy fazy badania, począwszy od zainteresowania, wspólnych rozmów, przechwałek się, po wczytanie w treść, kończąc na lekkim zmęczeniu długością narzędzi. Kilkoro studentów pytało o znaczenie danych pojęć, bądź mieli wątpliwości co do prawidłowości

udzielonej odpowiedzi, natomiast miało to miejsce wyłącznie w przypadku studentów zagranicznych.

3.7. Charakterystyka badanych grup

Planując przeprowadzenie badań empirycznych, założono, że objęta nimi będzie grupa studentów lubelskich uczelni wyższych. W badaniach uczestniczyli młodzi dorośli z Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Politechniki Lubelskiej, Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego oraz Uniwersytetu Medycznego. Wybór grupy badanych był celowy ze względu na zakładaną tematykę niniejszej pracy.

Tabela 1. prezentuje podział respondentów uwzględniając ich wiek. Najbardziej liczną grupę ankietowanych znajdujących się poniżej 18 roku życia było na Politechnice (62,50%), natomiast żadna osoba nie znajdowała się poniżej tego wieku na Uniwersytecie Medycznym. Najwięcej respondentów z lubelskich uczelni wyższych (51,11%) deklarowało wiek pomiędzy 18 a 20 rokiem życia. Co trzeci ankietowany (36,16%) w całej grupie badawczej był w wieku 21-23 lat.

Analizując dane zamieszczone w poniższej tabeli, można stwierdzić, że właśnie te dwa przedziały wiekowe 18-20 (51,11%) oraz 21-23 (36,16%) stanowiło większość badanych studentów. Warto zauważyć, że tylko na Uniwersytecie Marii Curie-Skłodowskiej odnotowano osoby znajdujące się przedziale wiekowym 25-30 roku życia oraz starsze.

Tabela 2. Wiek badanych osób

Wiek	UMCS	UM	PL	KUL	Wiersz razem
< 18 r.ż.	1	0	5	2	8
% z kolumny	0,81%	0,00%	3,94%	1,82%	
% z wiersza	12,50%	0,00%	62,50%	25,00%	
% z całości	0,20%	0,00%	1,01%	0,40%	1,62%
18-20 r.ż.	31	87	79	56	253
% z kolumny	25,20%	64,44%	62,20%	50,91%	
% z wiersza	12,25%	34,39%	31,23%	22,13%	
% z całości	6,26%	17,58%	15,96%	11,31%	51,11%

21-23 r.ż.	42	44	41	52	179
% z kolumny	34,15%	32,59%	32,28%	47,27%	
% z wiersza	23,46%	24,58%	22,91%	29,05%	
% z całości	8,48%	8,89%	8,28%	10,51%	36,16%
24-25 r.ż.	14	4	2	0	20
% z kolumny	11,38%	2,96%	1,57%	0,00%	
% z wiersza	70,00%	20,00%	10,00%	0,00%	
% z całości	2,83%	0,81%	0,40%	0,00%	4,04%
25-30 r.ż.	17	0	0	0	17
% z kolumny	13,82%	0,00%	0,00%	0,00%	
% z wiersza	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
% z całości	3,43%	0,00%	0,00%	0,00%	3,43%
>30 r.ż.	18	0	0	0	18
% z kolumny	14,63%	0,00%	0,00%	0,00%	
% z wiersza	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
% z całości	3,64%	0,00%	0,00%	0,00%	3,64%
Ogół	123	135	127	110	495
% z ogółu	24,85%	27,27%	25,66%	22,22%	100,00%

Poniższa tabela 2, prezentuje rozkład badanych ze względu na płeć. Jak wskazują dane, niewiele więcej badanych stanowią kobiety (52,93%). Największy odsetek mężczyzn, zgodnie z przypuszczeniami badano na Politechnice Lubelskiej (46,95%) oraz na Katolickim Uniwersytecie Lubelskim (37,02%). Natomiast najwięcej badanych kobiet uczęszcza na Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej (49,79%) oraz na Uniwersytet Medyczny w Lublinie – 42,92%. Warto zaznaczyć, iż na poniższe statystyki odzwierciedlają kierunki na których uczyli się studenci.

Tabela 3. Płeć respondentów

Płeć	UMCS	UM	PL	KUL	Wiersz razem
Kobieta	116	100	4	13	233
% z kolumny	94,31%	74,07%	3,15%	11,82%	
% z wiersza	49,79%	42,92%	1,72%	5,58%	
% z całości	23,43%	20,20%	0,81%	2,63%	47,07%
Mężczyzna	7	35	123	97	262
% z kolumny	5,69%	25,93%	96,85%	88,18%	
% z wiersza	2,67%	13,36%	46,95%	37,02%	
% z całości	1,41%	7,07%	24,85%	19,60%	52,93%
Ogół	123	135	127	110	495
% z ogółu	24,85%	27,27%	25,66%	22,22%	100,00%

Niemalże połowa (49,29%) ankietowanych studentów lubelskich uczelni wyższych zamieszkuje tereny wiejskie. Rozkład międzyuczelniany jest w tej kwestii bardzo porównywalny, oscylujący między 21-29% ankietowanych. Co czwarty badany (24,65%) mieszka w mało licznej miejscowości. Najmniejszy procent badanych (8,89%) deklaruje miejsce zamieszkania jako miasto do 300 tysięcy mieszkańców. Niewiele liczniejsza grupa (17,17%) zamieszkuje duże miasto. Należy dodać, że studenci mieli trudność z określeniem liczebności swojego miejsca zamieszkania. Niektórzy studenci sugerowali się miejscem zamieszkania jako dom rodzinny, inni zaś wskazywali miejsce wynajmowania stancji studenckiej.

Tabela 4. Miejsce zamieszkania studentów

Miejsce zamieszkania	UMCS	UM	PL	KUL	Wiersz razem
Wieś	63	52	73	56	244
% z kolumny	51,22%	38,52%	57,48%	50,91%	
% z wiersza	25,82%	21,31%	29,92%	22,95%	
% z całości	12,73%	10,51%	14,75%	11,31%	49,29%

Miasto do 100 tys. mieszk.	21	39	31	31	122
% z kolumny	17,07%	28,89%	24,41%	28,18%	
% z wiersza	17,21%	31,97%	25,41%	25,41%	
% z całości	4,24%	7,88%	6,26%	6,26%	24,65%
Miasto do 300 tys. mieszk.	19	12	5	8	44
% z kolumny	15,45%	8,89%	3,94%	7,27%	
% z wiersza	43,18%	27,27%	11,36%	18,18%	
% z całości	3,84%	2,42%	1,01%	1,62%	8,89%
Miasto powyżej 300 tys. mieszk.	20	32	18	15	85
% z kolumny	16,26%	23,70%	14,17%	13,64%	
% z wiersza	23,53%	37,65%	21,18%	17,65%	
% z całości	4,04%	6,46%	3,64%	3,03%	17,17%
Ogół	123	135	127	110	495
% z ogółu	24,85%	27,27%	25,66%	22,22%	100,00%

Dokonując analizy danych zamieszczonych w poniższej tabeli, można stwierdzić, iż zdecydowana większość badanych studentów (75,96%) nie jest obecnie zatrudniona w żadnym miejscu pracy. Co czwarty ankietowany (24,04%) deklaruje zatrudnienie. Największa liczba zatrudnionych osób pobiera edukację na Uniwersytecie Marii Curie-Skłodowskiej (57,14%). Natomiast co trzeci student z pozostałych szkół wyższych nie posiada obecnie zatrudnienia.

Tabela 5. Zatrudnienie ankietowanych

Zatrudnienie	UMCS	UM	PL	KUL	Wiersz razem
Zatrudniony	68	26	15	10	119
% z kolumny	55,28%	19,26%	11,81%	9,09%	
% z wiersza	57,14%	21,85%	12,61%	8,40%	
% z całości	13,74%	5,25%	3,03%	2,02%	24,04%

Brak zatrudnienia	55	109	112	100	376
% z kolumny	44,72%	80,74%	88,19%	90,91%	
% z wiersza	14,63%	28,99%	29,79%	26,60%	
% z całości	11,11%	22,02%	22,63%	20,20%	75,96%
Ogół	123	135	127	110	495
% z ogółu	24,85%	27,27%	25,66%	22,22%	100,00%

Poniższe zestawienie dotyczy rodzaju ukończonej szkoły średniej przez badanych. Trzeba zaznaczyć, że to pytanie sprawiło trudność zagranicznym studentom ze względu na inne rodzaje szkół. W sytuacji pojawienia się takich trudności, próbowali wskazać szkołę, najbliższą tej, jaką ukończyli za granicą. Z danych, które uzyskano, wynika, że najczęstszym rodzajem szkoły średniej było liceum ogólnokształcące (62,22%) oraz technikum (29,49%). Najmniej liczną grupę (1,21%) stanowili studenci kończący szkołę dla dorosłych. Absolwenci liceum to przede wszystkim studenci Uniwersytetu Medycznego (40,91%) oraz Uniwersytetu Marii-Curie Skłodowskiej (32,79%). Jedną z najrzadziej deklarowanych szkół średnich było liceum profilowane (7,07%), z czego największy odsetek studentów znalazło się na Politechnice Lubelskiej (48,57%). Wśród badanych, którzy wskazali technikum jako szkołę średnią, najwięcej absolwentów znalazło się na Katolickim Uniwersytecie Lubelskim (52,05%) oraz Politechnice Lubelskiej (38,36%).

Tabela 6. Ukończona szkoła średnia

Rodzaj szkoły średniej	UMCS	UM	PL	KUL	Wiersz razem
Liceum ogólnokształcące	101	126	49	32	308
% z kolumny	82,11%	93,33%	38,58%	29,09%	
% z wiersza	32,79%	40,91%	15,91%	10,39%	
% z całości	20,40%	25,45%	9,90%	6,46%	62,22%
Liceum profilowe	12	4	17	2	35
% z kolumny	9,76%	2,96%	13,39%	1,82%	
% z wiersza	34,29%	11,43%	48,57%	5,71%	

% z całości	2,42%	0,81%	3,43%	0,40%	7,07%
Technikum	10	4	56	76	146
% z kolumny	8,13%	2,96%	44,09%	69,09%	
% z wiersza	6,85%	2,74%	38,36%	52,05%	
% z całości	2,02%	0,81%	11,31%	15,35%	29,49%
Szkoła dla dorosłych	0	1	5	0	6
% z kolumny	0,00%	0,74%	3,94%	0,00%	
% z wiersza	0,00%	16,67%	83,33%	0,00%	
% z całości	0,00%	0,20%	1,01%	0,00%	1,21%
Ogół	123	135	127	110	495
% z ogółu	24,85%	27,27%	25,66%	22,22%	100,00%

Dosyć orientacyjnym, jednakże ważnym z punktu widzenia zachowań zdrowotnych jest długość snu. Zdecydowana większość (75,76%) badanych z uczeni wyższych wskazuje przedział snu od 6 do 8 godzin dziennie. Analizując przedstawione dane widać równomierny rozkład tejże odpowiedzi względem studentów ze wszystkich uczelni wyższych. Co interesujące, co szósty (14,34%) ankietowany przeznacza mniej niż 5 godzin na sen. Najwięcej stanowią studenci Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej (35,21%), Uniwersytetu Medycznego (29,58%) oraz Politechniki Lubelskiej (25,35%). Co dziesiąta osoba (9,70%) przeznacza na sen więcej niż osiem godzin snu.

Tabela 7. Długość snu deklarowany przez studentów

Długość snu	UMCS	UM	PL	KUL	Wiersz razem
< 5h	25	21	18	7	71
% z kolumny	20,33%	15,56%	14,17%	6,36%	
% z wiersza	35,21%	29,58%	25,35%	9,86%	
% z całości	5,05%	4,24%	3,64%	1,41%	14,34%
6-8 h	89	100	98	88	375
% z kolumny	72,36%	74,07%	77,17%	80,00%	
% z wiersza	23,73%	26,67%	26,13%	23,47%	

% z całości	17,98%	20,20%	19,80%	17,78%	75,76%
8-10 h	9	14	10	15	48
% z kolumny	7,32%	10,37%	7,87%	13,64%	
% z wiersza	18,75%	29,17%	20,83%	31,25%	
% z całości	1,82%	2,83%	2,02%	3,03%	9,70%
> 10 h	0	0	1	0	1
% z kolumny	0,00%	0,00%	0,79%	0,00%	
% z wiersza	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	
% z całości	0,00%	0,00%	0,20%	0,00%	0,20%
Ogół	123	135	127	110	495
% z ogółu	24,85%	27,27%	25,66%	22,22%	100,00%

W pytaniu dotyczącym stosowania drzemek studenci wszystkich badanych kierunków podzielili się niemalże po równo. Wśród grupy stosującej tę formę odpoczynku (48,28%) są studenci przede wszystkim Uniwersytetu Medycznego (33,33%), stanowiącym tym samym najliczniejszą grupę. Z danych zamieszczonych poniżej, wskazuje, że to studenci Politechniki Lubelskiej (30,98%) najliczniej wskazali odpowiedź przeczącą.

Tabela 8. Stosowanie drzemek przez respondentów

Drzemka	UMCS	UM	PL	KUL	Wiersz razem
Tak	58	80	48	54	240
% z kolumny	47,15%	59,26%	37,80%	49,09%	
% z wiersza	24,17%	33,33%	20,00%	22,50%	
% z całości	11,72%	16,16%	9,70%	10,91%	48,28%
Nie	65	55	79	56	255
% z kolumny	52,85%	40,74%	62,20%	50,91%	
% z wiersza	25,49%	21,57%	30,98%	21,96%	
% z całości	13,13%	11,11%	15,96%	11,31%	51,52%
Ogół	123	135	127	110	495
% z ogółu	24,85%	27,27%	25,66%	22,22%	100,00%

Tabela 8. prezentuje dane uzyskane w odpowiedzi na pytanie dotyczące się deklarowanego poziomu stresu. Studenci, którzy nie podjęli zatrudnienia proszeni byli o zostawienie pustego miejsca w tym pytaniu. Wśród pracujących studentów (24,04%), trudnością okazało się precyzyjne wskazanie czy wykonywana praca powoduje stres i w jakim stopniu (9,90%). Natomiast, analizując deklarowane odpowiedzi, można zauważyć, że niewiele większa grupa (niestresująca- 4,65% i wcale niestresująca- 3,43%) wskazała odpowiedzi negujące obecność stresu przy wykonywanych czynnościach zawodowych.

Tabela 9. Deklarowany poziom stresu osób zatrudnionych

Poziom stresu	UMCS	UM	PL	KUL	Wiersz razem
Osoby niepracujące	55	109	112	100	376
% z kolumny	44,72%	80,74%	88,19%	90,91%	
% z wiersza	14,65%	28,99%	29,79%	26,60%	
% z całości	11,11%	22,02%	22,63%	20,20%	75,96%
Bardzo stresująca	3	1	0	2	6
% z kolumny	2,44%	0,74%	0,00%	1,82%	
% z wiersza	50,00%	16,67%	0,00%	33,33%	
% z całości	0,61%	0,20%	0,00%	0,40%	1,21%
Stresująca	13	7	1	4	25
% z kolumny	10,57%	5,19%	0,79%	3,64%	
% z wiersza	52,00%	28,00%	4,00%	16,00%	
% z całości	2,63%	1,41%	0,20%	0,81%	5,05%
Trudno powiedzieć	30	8	7	4	49
% z kolumny	24,39%	5,93%	5,51%	3,64%	
% z wiersza	61,22%	16,33%	14,29%	8,16%	
% z całości	6,06%	1,62%	1,41%	0,81%	9,90%
Niestresująca	14	5	4	0	23
% z kolumny	11,38%	3,70%	3,15%	0,00%	

% z wiersza	60,87%	21,74%	17,39%	0,00%	
% z całości	2,83%	1,01%	0,81%	0,00%	4,65%
Wcale niestresująca	8	5	3	0	16
% z kolumny	6,50%	3,70%	2,36%	0,00%	
% z wiersza	50,00%	31,25%	18,75%	0,00%	
% z całości	1,62%	1,01%	0,61%	0,00%	3,43%
Ogół	123	135	127	110	495
% z ogółu	24,85%	27,27%	25,66%	22,22%	100,00%

Niniejsze zestawienie prezentuje wymiar godzinowy pracy studentów zatrudnionych na etacie. Dla dokładniejszego zobrazowania, dołączono wiersz zawierający informację z ilością osób niezatrudnionych. Podobnie jak w pytaniu dotyczącym stresu w pracy, studenci bezrobotnie nie odpowiadali na poniższe pytanie. Z danych zamieszczonych w tabeli 9, wynika, że najwięcej zatrudnionych osób (7,47%) pracuje dłużej niż 8h. Natomiast niewiele mniej, bo różnica jednej osoby (7,27%), pracuje między 6 a 8 godzinami. Niewielka grupa osób (6,26%) pracuje między 4 a 6 godzinami. Najmniej liczną grupę (3,03%) reprezentują studenci, których wymiar pracy nie przekracza 3 godzin.

Tabela 10. Czas pracy ankietowanych osób

Czas pracy	UMCS	UM	PL	KUL	Wiersz razem
Osoby niepracujące	55	109	112	100	376
% z kolumny	44,72%	80,74%	88,19%	90,91%	
% z wiersza	14,63%	28,99%	29,79%	26,60%	
% z całości	11,11%	22,02%	22,63%	20,20%	75,96%
< 3 h	3	9	3	0	15
% z kolumny	2,44%	6,67%	2,36%	0,00%	
% z wiersza	20,00%	60,00%	20,00%	0,00%	
% z całości	0,61%	1,82%	2,63%	0,00%	3,03%
4-6 h	13	5	6	7	31
% z kolumny	10,57%	3,70%	4,72%	6,36%	

% z wiersza	41,94%	16,13%	19,35%	22,58%	
% z całości	2,63%	1,01%	1,21%	1,41%	6,26%
6-8 h	24	6	5	1	36
% z kolumny	19,51%	4,44%	3,94%	0,91%	
% z wiersza	66,67%	16,67%	13,89%	2,78%	
% z całości	4,85%	1,21%	1,01%	0,20%	7,27%
> 8 h	28	6	1	2	37
% z kolumny	22,76%	4,44%	0,79%	1,82%	
% z wiersza	75,68%	16,67%	2,70%	5,41%	
% z całości	5,66%	1,21%	0,20%	0,40%	7,47%
Ogół	123	135	127	110	495
% z ogółu	24,85%	27,27%	25,66%	22,22%	100,00%

Wśród czynników antyzdrowotnych, literatura wymienia między innymi skłonność do używek np. papierosów. Poniższa tabela zawiera szczegółowe zestawienie wypalanych papierosów przez badanych studentów. Dokonując analizy danych zamieszczonych w tabeli 10. stwierdza się, iż większość ogółu badanych studentów (81,62%) to osoby niepalące. Dane jasno wskazują, że nie da się jednoznacznie wskazać przeważającej liczby osób niepalących ze względu na uczelnie- wyniki oscylują między 22-29 %. Pytanie zamieszczone w kwestionariuszu miało charakter otwarty, stąd mnogość odpowiedzi. Zgodnie z uzyskanymi odpowiedziami, zauważa się, że palące osoby w większości nie wypalają więcej niż 5 papierosów. Warto jednak zaznaczyć, że w badanej grupie studentów znalazły się osoby wypalające nawet paczkę papierosów dziennie.

Tabela 11. Ilość wypalanych papierosów przez studentów

Papierosy	UMCS	UM	PL	KUL	Wiersz razem
Niepalący	90	118	106	90	404
% z kolumny	73,17%	87,41%	83,46%	81,82%	
% z wiersza	22,28%	29,21%	26,24%	22,28%	
% z całości	18,18%	23,84%	21,41%	18,18%	81,62%
2 papierosy	2	2	0	0	4
% z kolumny	1,63%	1,48%	0,00%	0,00%	

% z wiersza	50,00%	50,00%	0,00%	0,00%	
% z całości	0,40%	0,40%	0,00%	0,00%	0,81%
3 papierosy	8	2	4	0	14
% z kolumny	6,50%	1,48%	3,15%	0,00%	
% z wiersza	57,14%	14,29%	28,57%	0,00%	
% z całości	1,62%	0,40%	0,81%	0,00%	2,83%
4 papierosy	1	6	2	4	13
% z kolumny	0,81%	4,44%	1,57%	3,64%	
% z wiersza	7,69%	46,15%	15,38%	30,77%	
% z całości	0,20%	1,21%	0,40%	0,81%	2,63%
5 papierosów	4	1	9	4	18
% z kolumny	3,25%	0,74%	7,09%	3,64%	
% z wiersza	22,22%	5,56%	50,00%	22,22%	
% z całości	0,81%	0,20%	1,82%	0,81%	3,64%
6 papierosów	3	0	0	2	5
% z kolumny	2,44%	0,00%	0,00%	1,82%	
% z wiersza	60,00%	0,00%	0,00%	40,00%	
% z całości	0,61%	0,00%	0,00%	0,40%	1,01%
7 papierosów	2	1	2	0	5
% z kolumny	1,63%	0,74%	1,57%	0,00%	
% z wiersza	40,00%	20,00%	40,00%	0,00%	
% z całości	0,40%	0,20%	0,40%	0,00%	1,01%
8 papierosów	2	2	0	0	4
% z kolumny	1,63%	1,48%	0,00%	0,00%	
% z wiersza	50,00%	50,00%	0,00%	0,00%	
% z całości	0,40%	0,40%	0,00%	0,00%	0,81%
10 papierosów	6	2	2	4	14
% z kolumny	4,88%	1,48%	1,57%	3,64%	
% z wiersza	42,86%	14,29%	14,29%	28,57%	
% z całości	1,21%	0,40%	0,40%	0,81%	2,83%
13 papierosów	0	0	1	0	1
% z kolumny	0,00%	0,00%	0,79%	0,00%	
% z wiersza	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	
% z całości	0,00%	0,00%	0,20%	0,00%	0,20%
15 papierosów	2	0	0	3	5
% z kolumny	1,63%	0,00%	0,00%	2,73%	
% z wiersza	40,00%	0,00%	0,00%	60,00%	

% z całości	0,40%	0,00%	0,00%	0,61%	1,01%
16 papierosów	0	1	0	0	1
% z kolumny	0,00%	0,74%	0,00%	0,00%	
% z wiersza	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	
% z całości	0,00%	0,20%	0,00%	0,00%	0,20%
20 papierosów	2	0	1	3	6
% z kolumny	1,63%	0,00%	0,79%	2,73%	
% z wiersza	33,33%	0,00%	16,67%	50,00%	
% z całości	0,40%	0,00%	0,20%	0,61%	1,21%
30 papierosów	1	0	0	0	1
% z kolumny	0,81%	0,00%	0,00%	0,00%	
% z wiersza	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
% z całości	0,20%	0,00%	0,00%	0,00%	0,20%
Ogół	123	135	127	110	495
% z ogółu	24,85%	27,27%	25,66%	22,22%	100,00%

Planując badania oraz konstruując narzędzie zakładające zebranie danych socjodemograficznych, umieszczono również spis powszechnie stosowanych i spożywanych produktów raz z częstotliwością ich spożywania. Co trzeci ankietowany deklaruje, że owoce są codziennym elementem jego posiłku (27,27%) bądź spożywa je dwa, trzy razy w tygodniu (27,68%). Najmniej liczną grupą (7,27%) deklaruje, iż owoce goszczą w jego diecie rzadziej niż raz w tygodniu. Dokonując analizy poszczególnych szkół wyższych, zauważyć można, że studenci Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w większości (44,72%) owoce codziennie dodają do posiłku. Wśród studentów Uniwersytetu Medycznego większość studentów (28,89%) dodaje owoc dwa, trzy razy w tygodniu, podobnie jak przyszli absolwenci Politechniki (29,92%) oraz Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego (27,27%).

Tabela 12. Częstotliwość spożywania owoców

Owoce	UMCS	UM	PL	KUL	Wiersz razem
Codziennie	55	36	22	22	135
% z kolumny	44,72%	26,67%	17,32%	20,00%	
% z wiersza	40,74%	26,67%	16,30%	16,30%	
% z całości	11,11%	7,27%	4,44%	4,44%	27,27%

4-5/ tydzień	25	37	35	21	118
% z kolumny	20,33%	27,41%	27,56%	19,09%	
% z wiersza	21,19%	31,36%	29,66%	17,80%	
% z całości	5,05%	7,47%	7,07%	4,24%	23,84%
2-3/ tydzień	30	39	38	30	137
% z kolumny	24,39%	28,89%	29,92%	27,27%	
% z wiersza	21,90%	28,47%	27,74%	21,90%	
% z całości	6,06%	7,88%	7,68%	6,06%	27,68%
1/ tydzień	10	15	21	23	69
% z kolumny	8,13%	11,11%	16,54%	20,91%	
% z wiersza	14,49%	21,74%	30,43%	33,33%	
% z całości	2,02%	3,03%	4,24%	4,65%	13,94%
Rzadziej	3	8	11	14	36
% z kolumny	2,44%	5,93%	8,66%	12,73%	
% z wiersza	8,33%	22,22%	30,56%	38,89%	
% z całości	0,61%	1,62%	2,22%	2,83%	7,27%
Ogół	123	135	127	110	495
% z ogółu	24,85%	27,27%	25,66%	22,22%	100,00%

Drugim wymienionym produktem były warzywa. Wśród badanych studentów ze wszystkich uczelni, zdecydowana większość (38,18%) spożywa warzywa codziennie. Podobnie jak w przypadku owoców, studenci Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej (34,39%) najliczniej opowiedzieli się za tą odpowiedzią. Wśród studentów Uniwersytetu Medycznego, również większość badanych (42,22%) deklaruje obecność warzyw w codziennej diecie. Niewiele rzadziej (40,94%), bo cztery, pięć razy w tygodniu, warzywo gości na stole studentów Politechniki Lubelskiej. Co trzeci student KUL-u również wprowadza warzywa do swojej diety z wysoką częstotliwością.

Tabela 13. Częstotliwość spożywania warzyw

Warzywa	UMCS	UM	PL	KUL	Wiersz razem
Codziennie	65	57	35	32	189
% z kolumny	52,85%	42,22%	27,56%	29,09%	
% z wiersza	34,39%	30,16%	18,52%	16,93%	
% z całości	13,13%	11,52%	7,07%	6,46%	38,18%
4-5/ tydzień	32	39	52	32	155
% z kolumny	26,02%	28,89%	40,94%	29,09%	
% z wiersza	20,65%	25,16%	33,55%	20,65%	
% z całości	6,46%	7,88%	10,51%	6,46%	31,31%
2-3/ tydzień	19	25	31	31	106
% z kolumny	15,45%	18,52%	24,41%	28,18%	
% z wiersza	17,92%	23,58%	29,25%	29,25%	
% z całości	3,84%	5,05%	6,26%	6,26%	21,41%
1/ tydzień	7	12	9	7	35
% z kolumny	5,69%	8,89%	7,09%	6,36%	
% z wiersza	20,00%	34,29%	25,71%	20,00%	
% z całości	1,41%	2,42%	1,82%	1,41%	7,07%
Rzadziej	0	2	0	8	10
% z kolumny	0,00%	1,48%	0,00%	7,27%	
% z wiersza	0,00%	20,00%	0,00%	80,00%	
% z całości	0,00%	0,40%	0,00%	1,62%	2,02%
Ogół	123	135	127	110	495
% z ogółu	24,85%	27,27%	25,66%	22,22%	100,00%

Poniższa tabela 14. prezentuje dosyć wyraźnie częstotliwość spożywania produktów przetworzonych. Podczas zbierania materiału badawczego, studenci często dopytywali czym tak naprawdę jest produkt przetworzony. Jak dane wskazują, studenci z każdej badanej lubelskiej szkoły wyższej w większości (niemalże co trzeci student)

opowiedział się za spożywaniem produktów tego typu codziennie, bądź ze zwiększoną częstotliwością. Wśród przodowników spożywania produktów przetworzonych znaleźli się studenci Politechniki (29,81%) oraz Uniwersytetu Medycznego (25,47%) tym samym wskazywali tę odpowiedź najliczniej (PL- 37,80%, UM- 30,37%).

Dokonując analizy tabeli 15. Można stwierdzić, że studenci z lubelskich uczelni wyższych w nieznacznej większości (28,89%) spożywają produkty z konserwantami codziennie.

Tabela 14. Częstotliwość spożywania produktów przetworzonych

Produkty przetworzone	UMCS	UM	PL	KUL	Wiersz razem
Codziennie	40	41	48	32	161
% z kolumny	32,52%	30,37%	37,80%	29,09%	
% z wiersza	24,84%	25,47%	29,81%	19,88%	
% z całości	8,08%	8,28%	9,70%	6,46%	32,53%
4-5/ tydzień	30	37	36	32	135
% z kolumny	24,39%	27,41%	28,35%	29,09%	
% z wiersza	22,22%	27,41%	26,67%	23,70%	
% z całości	6,06%	7,47%	7,27%	6,46%	27,27%
2-3/ tydzień	28	35	36	30	129
% z kolumny	22,76%	25,93%	28,35%	27,27%	
% z wiersza	21,71%	27,13%	27,91%	23,26%	
% z całości	5,66%	7,07%	7,27%	6,06%	26,06%
1/ tydzień	12	14	5	11	42
% z kolumny	9,76%	10,37%	3,94%	10,00%	
% z wiersza	28,57%	33,33%	11,90%	26,19%	
% z całości	2,42%	2,83%	1,01%	2,22%	8,48%
Rzadziej	13	8	2	5	28
% z kolumny	10,57%	5,93%	1,57%	4,55%	
% z wiersza	46,43%	28,57%	7,14%	17,86%	

% z całości	2,63%	1,62%	0,40%	1,01%	5,66%
Ogół	123	135	127	110	495
% z ogółu	24,85%	27,27%	25,66%	22,22%	100,00%

Natomiast co czwarty student załącza w diecie jedzenie zawierające konserwanty- cztery, pięć razy w tygodniu (24,04%) bądź nieco rzadziej- dwa, trzy razy na tydzień (26,46%). Wśród studentów Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej (33,33%) oraz Politechniki Lubelskiej (36,22%), największy odsetek ankietowanych udzieliło odpowiedzi- codziennie. Studenci Uniwersytetu Medycznego (26,67%) oraz Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego (32,73%) zaś przyznali w większości, że spożywają owe produkty 2-3 razy w tygodniu. Najmniejszy odsetek studentów (9,90%) deklaruje, że spożywa produkty z konserwantami raz w tygodniu.

Tabela 15. Częstotliwość spożywania produktów z konserwantami

Produkty z konserwantami	UMCS	UM	PL	KUL	Wiersz razem
Codziennie	41	33	46	23	143
% z kolumny	33,33%	24,44%	36,22%	20,91%	
% z wiersza	28,67%	23,08%	32,17%	16,08%	
% z całości	8,28%	6,67%	9,29%	4,65%	28,89%
4-5/ tydzień	28	32	29	30	119
% z kolumny	22,76%	23,70%	22,83%	27,27%	
% z wiersza	23,53%	26,89%	24,37%	25,21%	
% z całości	5,66%	6,46%	5,86%	6,06%	24,04%
2-3/ tydzień	25	36	34	36	131
% z kolumny	20,33%	26,67%	26,77%	32,73%	
% z wiersza	19,08%	27,48%	25,95%	27,48%	
% z całości	5,05%	7,27%	6,87%	7,27%	26,46%
1/ tydzień	17	14	8	10	49
% z kolumny	13,82%	10,37%	6,30%	9,09%	
% z wiersza	34,69%	28,57%	16,33%	20,41%	

% z całości	3,43%	2,83%	1,62%	2,02%	9,90%
Rzadziej	12	20	10	11	53
% z kolumny	9,76%	14,81%	7,87%	10,00%	
% z wiersza	22,64%	37,74%	18,87%	20,75%	
% z całości	2,42%	4,04%	2,02%	2,22%	10,71%
Ogół	123	135	127	110	495
% z ogółu	24,85%	27,27%	25,66%	22,22%	100,00%

Dosyć problematycznym pytaniem, dostarczającym wiele nieścisłości było pytanie o tłuszcze zwierzęce. Zaskakująco, najwięcej badanych studentów deklaruje spożywanie tego typu produktów dwa, trzy razy w tygodniu (30,10%). Niewiele mniej, bo co trzeci student stwierdziło, że dodaje produkt do codziennej diety (27,47%), lub spożywa te tłuszcze cztery, pięć razy w tygodniu (27,68%). Najmniej liczną grupę stanowili studenci, którzy używają tłuszcze zwierzęce rzadziej niż raz w tygodniu (6,06%). Wśród studentów UMCS, najczęściej wybieraną opcją było codziennie (28,46%). Studenci KUL'u deklarują w większości spożywanie tłuszczy zwierzęcych w częstotliwości 4-5 razy w tygodniu (38,18%). Natomiast studenci UM (36,30%) oraz PL (35,43%) wskazali w większości tę samą odpowiedź- dwa, trzy razy w tygodniu.

Tabela 16. Częstotliwość spożywania produktów z tłuszczami pochodzenia zwierzęcego

Tłuszcze zwierzęce	UMCS	UM	PL	KUL	Wiersz razem
Codziennie	35	27	42	32	136
% z kolumny	28,46%	20,00%	33,07%	29,09%	
% z wiersza	25,74%	19,85%	30,88%	23,53%	
% z całości	7,07%	5,45%	8,48%	6,46%	27,47%
4-5/ tydzień	37	29	29	42	137
% z kolumny	30,08%	21,48%	22,83%	38,18%	
% z wiersza	27,01%	21,17%	21,17%	30,66%	
% z całości	7,47%	5,86%	5,86%	8,48%	27,68%
2-3/ tydzień	29	49	45	26	149

% z kolumny	23,58%	36,30%	35,43%	23,64%	
% z wiersza	19,46%	32,89%	30,20%	17,45%	
% z całości	5,86%	9,90%	9,09%	5,25%	30,10%
1/ tydzień	13	14	9	7	43
% z kolumny	10,57%	10,37%	7,09%	6,36%	
% z wiersza	30,23%	32,56%	20,93%	16,28%	
% z całości	2,63%	2,83%	1,82%	1,41%	8,69%
Rzadziej	9	16	2	3	30
% z kolumny	7,32%	11,85%	1,57%	2,73%	
% z wiersza	30,00%	53,33%	6,67%	10,00%	
% z całości	1,82%	3,23%	0,40%	0,61%	6,06%
Ogół	123	135	127	110	495
% z ogółu	24,85%	27,27%	25,66%	22,22%	100,00%

Równie kłopotliwym oraz dosyć refleksyjnym pytaniem okazało się być pytanie o częstotliwość spożywania słodkości. Największa grupa badanych studentów wskazała, że słodczyce goszczą w jadłospisie dwa, trzy razy w tygodniu (34,95%), bądź nieco częściej – cztery, pięć razy (22,02%). Najmniejszą grupę (12,53%) stanowią osoby, które może preferują słone przekąski niżeli słodczyce. Co trzeci badany student UMCS’u deklaruje, iż spożywa słodkości od dwóch do pięciu razy na tydzień. Pozostali studenci w zdecydowanej większości wskazali, że spożywają słodczyce dwa do trzech razy w tygodniu (UM-38,52%, PL-38,58%, KUL-36,36%). Najmniej liczne grupy studentów znajdowały deklarujące spożywanie słodczych codziennie bądź rzadziej.

Tabela 17. Częstotliwość spożywania słodczych przez studentów

Słodczyce	UMCS	UM	PL	KUL	Wiersz razem
Codziennie	20	17	21	14	72
% z kolumny	16,26%	12,59%	16,54%	12,73%	
% z wiersza	27,78%	23,61%	29,17%	19,44%	
% z całości	4,04%	3,43%	4,24%	2,83%	14,55%

4-5/ tydzień	32	34	19	24	109
% z kolumny	26,02%	25,19%	14,96%	21,82%	
% z wiersza	29,36%	31,19%	17,43%	22,02%	
% z całości	6,46%	6,87%	3,84%	4,85%	22,02%
2-3/ tydzień	32	52	49	40	173
% z kolumny	26,02%	38,52%	38,58%	36,36%	
% z wiersza	18,50%	30,06%	28,32%	23,12%	
% z całości	6,46%	10,51%	9,90%	8,08%	34,95%
1/ tydzień	23	18	24	14	79
% z kolumny	18,70%	13,33%	18,90%	12,73%	
% z wiersza	29,11%	22,78%	30,38%	17,72%	
% z całości	4,65%	3,64%	4,85%	2,83%	15,96%
Rzadziej	16	14	14	18	62
% z kolumny	13,01%	10,37%	11,02%	16,36%	
% z wiersza	25,81%	22,58%	22,58%	29,03%	
% z całości	3,23%	2,83%	2,83%	3,64%	12,53%
Ogół	123	135	127	110	495
% z ogółu	24,85%	27,27%	25,66%	22,22%	100,00%

Ostatnim analizowanym produktem z wykazem częstotliwości spożycia były słone przekąski. Wśród studentów wymienionych uczelni, najczęściej wybieraną opcją było „2-3 w tygodniu” (29,90%). Niewiele mniej osób opowiedziało się za spożywaniem przekąsek do pięciu razy w tygodniu (21,62%). Najmniej liczną grupą wśród badanych studentów (7,07%) byli ci, którzy deklarowali codzienne posilanie się słonymi przekąskami. Studenci Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w większości (29,27%) deklarują, że dosyć często, nawet do 5 razy w tygodniu spożywają niezdrowe dodatki. Wśród studentów Uniwersytetu Medycznego (34,07%) oraz Politechniki Lubelskiej (41,73%) najczęściej deklarowaną odpowiedzią była „2-3 w tygodniu”. Co trzeci ankietowany student Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego sugeruje spożywanie słonych produktów raz w tygodniu.

Tabela 18. Częstotliwość spożywania słonych przekąsek

Słone przekąski	UMCS	UM	PL	KUL	Wiersz razem
Codziennie	10	7	9	9	35
% z kolumny	8,13%	5,19%	7,09%	8,18%	
% z wiersza	28,57%	20,00%	25,71%	25,71%	
% z całości	2,02%	1,41%	1,82%	1,82%	7,07%
4-5/ tydzień	36	27	21	23	107
% z kolumny	29,27%	20,00%	16,54%	20,91%	
% z wiersza	33,64%	25,23%	19,63%	21,50%	
% z całości	7,27%	5,45%	4,24%	4,65%	21,62%
2-3/ tydzień	22	46	53	27	148
% z kolumny	17,89%	34,07%	41,73%	24,55%	
% z wiersza	14,86%	31,08%	35,81%	18,24%	
% z całości	4,44%	9,29%	10,71%	5,45%	29,90%
1/ tydzień	24	33	25	36	118
% z kolumny	19,51%	24,44%	19,69%	32,73%	
% z wiersza	20,34%	27,97%	21,19%	30,51%	
% z całości	4,85%	6,67%	5,05%	7,27%	23,84%
Rzadziej	31	22	19	15	87
% z kolumny	25,20%	16,30%	14,96%	13,64%	
% z wiersza	35,63%	25,29%	21,84%	17,24%	
% z całości	6,26%	4,44%	3,84%	3,03%	17,58%
Ogół	123	135	127	110	495
% z ogółu	24,85%	27,27%	25,66%	22,22%	100,00%

Dosyć newralgicznym punktem wśród studentów jest kwestia spożywania alkoholu. Z danych zamieszczonych w tabeli 19. można stwierdzić, że ponad połowa badanych studentów (56,16%) konsumuje alkohol przy okazji jakiś świąt. Co piąty badany

(19,19%) deklaruje spożywanie alkoholu co weekend. Natomiast, wśród badanej grupy są też osoby niepijące wcale (12,53%). Dokonując analizy danych, nieznacznie większa grupa studentów UMCS (29,86%) wskazywało odpowiedź „okazjonalnie” wśród pozostałej grupy badanych. Wśród ankietowanych deklarujących konsumpcję napojów alkoholowych raz w tygodniu, najczęściej (30,00%) znaleźli się studenci Politechniki Lubelskiej. Zebrane dane wskazują również na przewagę studentów Politechniki w wyborze odpowiedzi twierdzącej o cotygodniowym biesiadowaniu przy alkoholu (32,63%).

Tabela 19. Częstotliwość spożywania napojów alkoholowych

Alkohol- częstotliwość	UMCS	UM	PL	KUL	Wiersz razem
Okazjonalnie	83	70	63	62	278
% z kolumny	67,48%	51,85%	49,61%	56,36%	
% z wiersza	29,86%	25,18%	22,66%	22,30%	
% z całości	16,77%	14,14%	12,73%	12,53%	56,16%
1/ tydzień	14	14	18	14	60
% z kolumny	11,38%	10,37%	14,17%	12,73%	
% z wiersza	23,33%	23,33%	30,00%	23,33%	
% z całości	2,83%	2,83%	3,64%	2,83%	12,12%
Co weekend	10	30	31	24	95
% z kolumny	8,13%	22,22%	24,41%	21,82%	
% z wiersza	10,53%	31,58%	32,63%	25,26%	
% z całości	2,02%	6,06%	6,26%	4,85%	19,19%
Nie piję	16	21	15	10	62
% z kolumny	13,01%	15,56%	11,81%	9,09%	
% z wiersza	25,81%	33,87%	24,19%	16,13%	
% z całości	3,23%	4,24%	3,03%	2,02%	12,53%
Ogół	123	135	127	110	495
% z ogółu	24,85%	27,27%	25,66%	22,22%	100,00%

Wśród grupy osób niepijących alkohol, największą tworzą studenci Uniwersytetu Medycznego (33,87%), zaś najmniejszą studentów z Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego (16,13%).

Niezwykle interesującym zagadnieniem jest podejmowanie aktywności fizycznej wśród studentów. Dokonując interpretacji danych zamieszczonych w poniższej tabeli, można stwierdzić, iż wśród badanych studentów lubelskich uczelni wyższych co trzeci ankietowany (33,94%) wykonuje te ćwiczenia dwa do trzech razy w tygodniu. Co czwarty student (27,88%) niestety rzadziej niż raz w tygodniu. Z danych zamieszczonych w tabeli jasno wynika, że zdecydowana większość odpowiedzi kumuluje się w granicach ćwiczeń do trzech razy na tydzień i rzadziej. Zdecydowana większość studentów UMCS wskazała, że wykonuje ćwiczenia fizyczne rzadziej niż raz w tygodniu (47,15%) oraz są grupą najrzadziej uprawiającą sport wśród pozostałych studentów (42,03%). Natomiast badani z UM, w większości ćwiczą do trzech razy w tygodniu (41,48%), podobnie jak studenci PL (38,58%). Co trzeci badany student KULu również ćwiczy z częstotliwością do trzech razy w tygodniu (31,82%).

Tabela 20. Częstotliwość podejmowanych ćwiczeń fizycznych

Ćwiczenia	UMCS	UM	PL	KUL	Wiersz razem
< 1/tydzień	58	18	29	33	138
% z kolumny	47,15%	13,33%	22,83%	30,00%	
% z wiersza	42,03%	13,04%	21,01%	23,91%	
% z całości	11,72%	3,64%	5,86%	6,67%	27,88%
1/tydzień	19	37	20	19	95
% z kolumny	15,45%	27,41%	15,75%	17,27%	
% z wiersza	20,00%	38,95%	21,05%	20,00%	
% z całości	3,84%	7,47%	4,04%	3,84%	19,19%
2-3/tydzień	28	56	49	35	168
% z kolumny	22,76%	41,48%	38,58%	31,82%	
% z wiersza	16,67%	33,33%	29,17%	20,83%	
% z całości	5,66%	11,31%	9,90%	7,07%	33,94%
4-5/tydzień	12	17	22	14	65

% z kolumny	9,76%	12,59%	17,32%	12,73%	
% z wiersza	18,46%	26,15%	33,85%	21,54%	
% z całości	2,42%	3,43%	4,44%	2,83%	13,13%
6-7/tydzień	6	4	6	9	25
% z kolumny	4,88%	2,96%	4,72%	8,18%	
% z wiersza	24,00%	16,00%	24,00%	36,00%	
% z całości	1,21%	0,81%	1,21%	1,82%	5,05%
Częściej	0	3	1	0	4
% z kolumny	0,00%	2,22%	0,79%	0,00%	
% z wiersza	0,00%	75,00%	25,00%	0,00%	
% z całości	0,00%	0,61%	0,20%	0,00%	0,81%
Ogół	123	135	127	110	495
% z ogółu	24,85%	27,27%	25,66%	22,22%	100,00%

Dokonując analizy tabeli 21., można stwierdzić, że połowa (50,10%) badanych studentów rzadziej wykonuje badania, a co trzeci (33,13%) raz w roku. Dane zamieszczone poniżej, wskazują, że najrzadziej (31,45%) z badań profilaktycznych korzystają studenci Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, zaś najczęściej (38,64%) studenci Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Co trzeci ankietowany z UMCS (37,40%) dokonuje badań raz w roku, natomiast większość (42,28%) studentów z tej uczelni robi to rzadziej. Wśród studentów Uniwersytetu Medycznego, największa liczba studentów (44,44%) deklaruje przystąpienie do badań raz do roku, natomiast co trzeci (34,81%) nie wykonuje odpowiednio często tychże badań. Ponad połowa (55,91%) badanych z Politechniki deklaruje, że wykonuje badania profilaktyczne rzadziej niż raz w roku. Zdecydowana większość respondentów z KUL (70,91%) niestety nie korzysta wystarczająco często z badań profilaktycznych, a tylko co piąty badany (20,91%) wykonuje je raz w roku.

Tabela 21. Uczestnictwo w działaniach profilaktycznych

Profilaktyka	UMCS	UM	PL	KUL	Wiersz razem
1 w roku	46	60	35	23	164
% z kolumny	37,40%	44,44%	27,56%	20,91%	
% z wiersza	28,05%	36,59%	21,34%	14,02%	
% z całości	9,29%	12,12%	7,07%	4,65%	33,13%
2 razy w roku	12	11	10	6	39
% z kolumny	9,76%	8,15%	7,87%	5,45%	
% z wiersza	30,77%	28,21%	25,64%	15,38%	
% z całości	2,42%	2,22%	2,02%	1,21%	7,88%
Częściej	13	17	11	3	44
% z kolumny	10,57%	12,59%	8,66%	2,73%	
% z wiersza	29,55%	38,64%	25,00%	6,82%	
% z całości	2,63%	3,43%	2,22%	0,61%	8,89%
Rzadziej	52	47	71	78	248
% z kolumny	42,28%	34,81%	55,91%	70,91%	
% z wiersza	20,97%	18,95%	28,63%	31,45%	
% z całości	10,51%	9,49%	14,34%	15,76%	50,10%
Ogół	123	135	127	110	495
% z ogółu	24,85%	27,27%	25,66%	22,22%	100,00%

Wśród badanych studentów odnotowano sporą część ankietowanych, którzy mają kontakt z narkotykami (4,85%), oraz ci, którzy mieli do czynienia z uzależniającymi substancjami (18,18%). Natomiast zdecydowana większość ankietowanych (76,97%) zaprzecza kontaktom z narkotykiem. Warto zauważyć, że wśród badanych, którzy mają kontakt z narkotykami, połowa badanych należą do grona studentów Politechniki Lubelskiej. Tymczasem wśród osób deklarujących były kontakt z narkotykami w przeważającej liczbie są studenci Uniwersytetu Medycznego (32,22%).

Tabela 22. Kontakt z narkotykami u ankietowanych osób

Narkotyki	UMCS	UM	PL	KUL	Wiersz razem
Tak, był	18	29	22	21	90
% z kolumny	14,63%	21,48%	17,32%	19,09%	
% z wiersza	20,00%	32,22%	24,44%	23,33%	
% z całości	3,64%	5,86%	4,44%	4,24%	18,18%
Tak, nadal jest	4	4	12	4	24
% z kolumny	3,25%	2,96%	9,45%	3,64%	
% z wiersza	16,67%	16,67%	50,00%	16,67%	
% z całości	0,81%	0,81%	2,42%	0,81%	4,85%
Nie było	101	102	93	85	381
% z kolumny	82,11%	75,56%	73,23%	77,27%	
% z wiersza	26,58%	26,84%	24,41%	22,37%	
% z całości	20,40%	20,61%	18,79%	17,17%	76,97%
Ogół	123	135	127	110	495
% ogółu	24,85%	27,27%	25,66%	22,22%	100,00%

Tabela 23. prezentuje dane uzyskane dzięki ustaleniu deklarowanych relacji rodzinnych studentów. Zdecydowana większość (45,05%) badanych z lubelskich uczelni wskazuje swoje relacje rodzinne na bardzo dobrym poziomie. Co trzeci badany (31,72%) uznaje te relacje jako dobre, a co szósty badany (17,58%) twierdzi, że trudno mu określić te relacje. Analizując dane widoczna jest zdecydowana przewaga w określaniu relacji jako bardzo dobrych w zakresie studentów z każdej uczelni (UMCS- 22,87%, UM- 25,11%, PL- 25,56%, KUL-26,46%). Wśród badanej grupy studentów zauważa się niewielki udział osób wskazujących na zachowanie relacji na złym i bardzo złym poziomie.

Tabela 23. Relacje rodzinne deklarowane przez badanych studentów

Relacje-rodzina	UMCS	UM	PL	KUL	Wiersz razem
Bardzo złe	3	3	0	1	7
% z kolumny	2,44%	2,22%	0,00%	0,91%	

% z wiersza	42,86%	42,86%	0,00%	14,29%	
% z całości	0,61%	0,61%	0,00%	0,20%	1,41%
Raczej złe	4	7	3	7	21
% z kolumny	3,25%	5,19%	2,36%	6,36%	
% z wiersza	19,05%	33,33%	14,29%	33,33%	
% z całości	0,81%	1,41%	0,61%	1,41%	4,24%
Ciężko powiedzieć	25	30	18	14	87
% z kolumny	20,33%	22,22%	14,17%	12,73%	
% z wiersza	28,74%	34,48%	20,69%	16,09%	
% z całości	5,05%	6,06%	3,64%	2,83%	17,58%
Raczej dobre	40	39	49	29	157
% z kolumny	32,52%	28,89%	38,58%	26,36%	
% z wiersza	25,48%	24,84%	31,21%	18,47%	
% z całości	8,08%	7,88%	9,90%	5,86%	31,72%
Bardzo dobre	51	56	57	59	223
% z kolumny	41,46%	41,48%	44,88%	53,64%	
% z wiersza	22,87%	25,11%	25,56%	26,46%	
% z całości	10,30%	11,31%	11,52%	11,92%	45,05%
Ogół	123	135	127	110	495
% z ogółu	24,85%	27,27%	25,66%	22,22%	100,00%

Wraz z analizą poziomu deklarowanych relacji rodzinnych, dokonano analizy relacji koleżeńskich. Większość studentów z badanych kierunków (42,63%) stwierdza, że ich relacje koleżeńskie są raczej dobre, albo nawet bardzo dobre (42,22%). Co dziesiąta osoba (10,51%) nie dokonała klasyfikacji na dobre czy złe relacje. Wśród badanych studentów UMCS dokładnie taka sama liczba osób (42,90%) wskazuje na relacje bardzo dobre i raczej dobre. Niemalże połowa ankietowanych studentów UM również wskazała na bardzo dobre relacje koleżeńskie. Natomiast co drugi student PL (50,39%) deklaruje zachowanie raczej dobrych relacji koleżeńskich. Wśród studentów KUL niemalże równomiernie utworzyły się grupy deklarujące bardzo dobre (40,91%) i raczej dobre

(40,00%) relacje koleżeńskie. Z danych zamieszczonych w tabeli zauważa się niewielki udział osób, deklarujących złe relacje koleżeńskie.

Tabela 24. Relacje koleżeńskie deklarowane przez badanych

Relacje-koleżeństwo	UMCS	UM	PL	KUL	Wiersz razem
Bardzo złe	2	1	3	3	9
% z kolumny	1,63%	0,74%	2,36%	2,73%	
% z wiersza	22,22%	11,11%	33,33%	33,33%	
% z całości	0,40%	0,20%	0,61%	0,61%	1,82%
Raczej złe	2	4	4	4	14
% z kolumny	1,63%	2,96%	3,15%	3,64%	
% z wiersza	14,29%	28,57%	28,57%	28,57%	
% z całości	0,40%	0,81%	0,81%	0,81%	2,83%
Ciężko powiedzieć	11	14	13	14	52
% z kolumny	8,94%	10,37%	10,24%	12,73%	
% z wiersza	21,15%	26,92%	25,00%	26,92%	
% z całości	2,22%	2,83%	2,63%	2,83%	10,51%
Raczej dobre	54	49	64	44	211
% z kolumny	43,90%	36,30%	50,39%	40,00%	
% z wiersza	25,59%	23,22%	30,33%	20,85%	
% z całości	10,91%	9,90%	12,93%	8,89%	42,63%
Bardzo dobre	54	67	43	45	209
% z kolumny	43,90%	49,63%	33,86%	40,91%	
% z wiersza	25,84%	32,06%	20,57%	21,53%	
% z całości	10,91%	13,54%	8,69%	9,09%	42,22%
Ogół	123	135	127	110	495
% z ogółu	24,85%	27,27%	25,66%	22,22%	100,00%

Podsumowując przedstawione charakterystyki zdecydowana większość młodzieży mieściła się w przedziale wiekowym między 18 a 20 rokiem życia. Niewiele ponad połowa badanych studentów to kobiety. Natomiast zgodnie z przewidywaniami, na Politechnice Lubelskiej uczęszczał największy odsetek badanych mężczyzn. Najwięcej ankietowanych kobiet było studentkami Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. Niemalże połowa respondentów jako miejsce zamieszkania wskazało tereny wiejskie. Co czwarty badany natomiast mieszka w mało licznych miejscowościach. Podczas przeprowadzania badań studenci napotkali trudność z określeniem liczebności miejsca zamieszkania oraz czy jest to ich miejsce stałego pobytu. Zdecydowana większość młodzieży akademickiej nie nawiązała stosunku pracy przed wykonaniem badań. Co czwarty badany mógł wskazać, że jest osobą pracującą, a największy odsetek zatrudnionych pobiera edukację na UMCS w Lublinie. Najczęściej wskazywanym rodzajem szkoły średniej było liceum ogólnokształcące oraz technikum. Najmniejsza grupa badanych ukończyła szkołę dla dorosłych.

Trzy czwarte przebadanej młodzieży przeznacza od 6 do 8 godzin na codzienny sen, a niemalże połowa deklaruje, że zdarza się zdrzemnąć w ciągu dnia. Wśród pracujących studentów, trudnością okazało się precyzyjne wskazanie, na ile wykonywana praca wzbudza u nich stres i niepokój. Zatrudnione osoby wskazały również swój wymiar pracy w przedziale 6 do 8 godzin. Można przypuszczać, iż zatrudnione osoby podejmują pracę w formie weekendowego zarobku.

Uzyskane dane jasno wskazują, że zdecydowana większość młodzieży akademickiej nie jest osobami palącymi papierosy ani wyroby tytoniowe. Można ujednotlić uzyskane odpowiedzi i wskazać, że osoby palące nie wypalają więcej niż 5 papierosów dziennie. Należy jednak pamiętać, że są osoby, które deklarowały wypalanie całej paczki papierosów. Co trzeci ankietowany deklaruje, że w swojej diecie umieszcza owoce, bądź są one elementem co drugi, trzeci dzień. Wśród badanych studentów ze wszystkich uczelni wyższych, zdecydowana większość również codziennie spożywa warzywa. Podobnie jak w przypadku owoców, studenci UMCS najliczniej deklarują tę właśnie odpowiedź. Jak wskazują dane, studenci z każdej uwzględnionej w badaniu uczelni opowiedzieli się, że w ich codziennej diecie znajdują się produkty przetworzone jak również produkty z konserwantami. Wśród respondentów, największa grupa deklaruje, iż w ich diecie tłuszcze pochodzenia zwierzęcego pojawiają się dwa, trzy razy w tygodniu.

Równie kłopotliwym, ale zarazem refleksyjnym zagadnieniem było spożywanie słodkości. Co trzeci respondent śmiało przyznał się, że słodczyce oraz słone przekąski goszczą w jego diecie dwa, trzy razy w tygodniu. Najmniej liczną grupę stanowiły osoby wskazujące na codzienne spożycie cukrów i produktów typu chipsy czy krakersy. Dostyc newralgiczną kwestią wśród studentów lubelskich uczelni wyższych była deklaracja częstotliwości picia alkoholu. Ponad połowa z nich spożywa alkohol przy okazji świąt, natomiast co piąty wskazuje, że alkohol towarzyszy mu co weekend. Wśród osób niepijących alkoholu najliczniejszą grupę stanowią studenci z Uniwersytetu Medycznego, zaś najmniejszą z Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.

Niezwykle interesującym zagadnieniem jest podejmowanie aktywności fizycznej wśród studentów. Badani studenci wskazali, iż przejawiają aktywność sportową dość zróżnicowanie. Jedna część podejmuje ćwiczenia dwa razy w tygodniu, albo rzadziej.

Niepokojącym jest fakt, iż połowa studentów lubelskich uczelni wyższych deklaruje, że nie wykonuje badań profilaktycznych zgodnie z zaleceniami personelu medycznego. Co trzeci badany wskazał, że dokonuje badań raz w roku. Najrzadziej z badań korzystają studenci KUL'u, zaś najczęściej, i zgodnie z oczekiwaniami, studenci Uniwersytetu Medycznego. Dane wskazują również, że zdecydowana większość badanej grupy nie ma i nie miała kontaktu z narkotykami. Wśród lubelskich studentów dominują poprawne więzy rodzinne oraz koleżeńskie. Natomiast więcej ankietowanych wskazuje na złe relacje wśród rodziny niż wśród kolegów i koleżanek. Może być to spowodowane opuszczeniem rodzinnego domu i nawiązania nowych, silnych relacji opartych na zaufaniu i wzajemnym szacunku.

Rozdział 4

Analiza i interpretacja wyników badań własnych

4.1. Psychospołeczne funkcjonowanie badanych studentów

Bardzo ważnym czynnikiem warunkującym zachowanie zdrowia jest styl życia i zachowania zdrowotne, które są z nim ściśle powiązane. Przyjęto, iż zachowania zdrowotne (z ang. *Health behaviours*) to forma aktywności człowieka, która jest ukierunkowana na zdrowie, a składa się z dwóch komponentów: psychicznego (samokontrola organizmu, pozytywne nastawienie, odpowiedzialność za swoje zdrowie) oraz fizycznego (dieta, aktywność fizyczna, korzystanie z używek i wypoczynek) (Bond i in., 2004, za: Kirenko, Boczkowska, 2017). Analizie poddano deklarowane przez ankietowanych zachowania zdrowotne.

4.1.1. Zachowania zdrowotne badanych studentów

W celu ich poznania posłużono się Inwentarzem Zachowań Zdrowotnych Z. Juczyńskiego (2012). Jest to narzędzie samoopisu, które zawiera 24 stwierdzenia dotyczące różnych zachowań związanych ze zdrowiem. Badane osoby zaznaczają w jakim stopniu utożsamiają się z danym stwierdzeniem, posługując się pięciostopniową skalą. Zakłada się, że badane osoby w swoich odpowiedziach uwzględniają minionym roku ze względu na możliwość preferowania pewnych zachowań w określonym czasie. Wyniki przedstawione są w czterech kategoriach : nawyki żywieniowe (NŻ), zachowania profilaktyczne (ZP), pozytywne nastawienie psychiczne (PNP) i praktyki zdrowotne (PZ). Ustalono również ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych, który się mieści w granicach 24-120 punktów, a im wyższy wynik, tym wyższe nasilenie zachowań zdrowotnych. Dokonano również porównań średnich arytmetycznych wartości między grupami studentów z poszczególnych lubelskich szkół wyższych.

Tabela 25. Zachowania zdrowotne badanych studentów (wynik globalny)- ANOVA

	F	p	Porównanie wewnątrzgrupowe					
				GR	{1}	{2}	{3}	{4}
PZN Prawidłowe nawyki żywieniowe	12,859*	0,000*		GR	{1}	{2}	{3}	{4}
					19,642	19,496	17,119	17,200
			1	UMCS		0,786	0,000*	0,000*
			2	UM	0,786		0,000*	0,000*
			3	PL	0,000*	0,000*		0,886
			4	KUL	0,000*	0,000*	0,886	
ZP Zachowania profilaktyczne	13,430*	0,000*		GR	{1}	{2}	{3}	{4}
					19,114	19,622	17,103	16,855
			1	UMCS		0,337	0,000*	0,000*
			2	UM	0,337		0,000*	0,000*
			3	PL	0,000*	0,000*		0,654
			4	KUL	0,000*	0,000*	0,654	
PNP Pozytywne nastawienie psychiczne	1,717	0,163		GR	{1}	{2}	{3}	{4}
					20,228	19,681	19,127	19,355
			1	UMCS		0,279	0,032*	0,100
			2	UM	0,279			0,529
			3	PL	0,032*	0,269		0,666
			4	KUL	0,100	0,529	0,666	
PZ Praktyki zdrowotne	1,880	0,132		GR	{1}	{2}	{3}	{4}
					18,797	18,933	18,040	19,118
			1	UMCS		0,775	0,119	0,522
			2	UM	0,775		0,060	0,707
			3	PL	0,119	0,060		0,031*
			4	KUL	0,522	0,707	0,031*	

*- wynik istotny statystycznie

Dokonano analiz mających na celu uchwycenie istoty między badanymi studentami lubelskich uczelni wyższych a zachowaniami zdrowotnymi. Dla wskazania różnic pomiędzy średnimi posłużono się jednoczynnikową analizą wariancji (ANOVA). Szczegółowe wyniki prezentuje tabela 25.

Wyniki uzyskane w badaniu oraz ich analiza upoważniają do stwierdzenia, iż istnieje związek pomiędzy prozdrowotnymi zachowaniami wśród studentów lubelskich uczelni wyższych we wszystkich czterech wymiarach IZZ autorstwa Z. Juczyńskiego, gdzie dwie uzyskane wartości testu F° dla czterech grup była na poziomie istotności statystycznej (tabela 25). Wyższą średnią arytmetyczną w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych uzyskali badani z Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, najniższe zaś studenci z Politechniki Lubelskiej. Zachowania profilaktyczne zaś są częściej

deklarowane przez studentów Uniwersytetu Medycznego oraz studentów z UMCS. Nie odnotowano zależności na poziomie istotności statystycznej w zakresie czynników pozytywne nastawienie psychiczne oraz praktyki zdrowotne. Natomiast, taki układ wyników pozwala na wysunięcie wniosków, iż studenci z Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej oraz Uniwersytetu Medycznego istotnie częściej praktykują prozdrowotne zachowania, niż studenci z Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego czy Politechniki Lubelskiej.

Styl życia postrzegany jest najczęściej jako pewien zbiór zachowań, sposób postępowania, podejmowane aktywności codzienne, wysiłek fizyczny, specyficzny dla każdego człowieka lub grupy ludzi, odróżniający go od innych. Uogólniając są to wszystkie codzienne czynności człowieka, powtarzające się aktywności, które tworzą pewne wzory dla danych osób, będąc tym samym niewyjątkowe i nieprzypadkowe. To pewna „strategia” życiowa, mniej lub bardziej uświadamiana, przejawiająca się w codziennej aktywności (zob. Gaweł, 2003). Jest on główną determinantą zdrowia człowieka, dzięki któremu może je w dużym stopniu kontrolować. Wyróżnić można cztery grupy czynników warunkujące „pole zdrowia” jednostki, do których należą czynniki biologiczne (genetyka), środowiska zewnętrznego, związane ze stylem życia oraz działalność medyczna i jej efekty. Nieprzestrzeganie zaleceń prozdrowotnego stylu życia, a więc zachowania antyzdrowotne, stanowią czynnik ryzyka chorób cywilizacyjnych (Borzucka-Sitkiewicz, 2006).

W niniejszych badaniach posłużono się kwestionariuszem „Mój Styl Życia” J.M. Cavendisha, który składa się z 50 twierdzeń pogrupowanych w 10 obszarów różnych aspektów życia i szeroko pojmowanego zdrowia. Należą do nich: spożywanie alkoholu (PA), palenie tytoniu (PF), ciśnienie krwi (CK), waga ciała (WC), sprawność fizyczna (SF), stres i niepokój wewnętrzny (SNW), bezpieczeństwo bazy samochodem (BJS), relacje z innymi (RI), odpoczynek i sen (OS), ogólne zadowolenie z życia (OZZ). Zadaniem ankietowanych było zaznaczenie wyłącznie tych twierdzeń z którymi się utożsamiają. Wyniki są sumowane tworząc ogólny wynik (MSŻ). :

- Przedział od 40 do 50 pkt. wskazuje na zdrowszy, aktywniejszy od przeciętnej styl życia,
- Przedział od 25 do 39 pkt. to przeciętny styl życia,

- Przedział od 0 do 24 pkt. oznacza styl życia stanowiący potencjalne zagrożenie zdrowia, w którym brak poprawy stylu życia może mieć negatywne skutki dla szeroko rozumianego zdrowia, samopoczucia zarówno w aspekcie fizycznym, psychicznym, emocjonalnym, jak również społecznym,
- Wynik mniejszy niż 3 pkt. w pojedynczym obszarze wskazuje na potrzebę zmiany, poprawy w tej strefie życia zdrowotnego.

Porównania średnich stylu życia wśród badanych studentów czterech lubelskich uczelni wyższych dokonano za pomocą jednoczynnikowej analizy wariancji (ANOVA), której wyniki przedstawia tabela 26.

Tabela 26. Styl życia zdrowotnego badanych osób- ANOVA

	F	p	Porównanie wewnątrzgrupowe					
				GR	{1}	{2}	{3}	{4}
PA Spożywanie alkoholu	1,234	0,297		GR	{1}	{2}	{3}	{4}
					2,7642	3,0815	2,9921	3,1182
			1	UMCS		0,107	0,255	0,088
			2	UM	0,107		0,647	0,856
			3	PL	0,255	0,647		0,540
4	KUL	0,088	0,856	0,540				
PT Palenie tytoniu	0,650	0,583		GR	{1}	{2}	{3}	{4}
					2,7561	2,8593	3,0714	2,8455
			1	UMCS		0,655	0,180	0,713
			2	UM	0,655		0,355	0,954
			3	PL	0,180	0,355		0,350
4	KUL	0,713	0,954	0,350				
CK Ciśnienie krwi	5,582*	0,001*		GR	{1}	{2}	{3}	{4}
					1,8618	2,3333	1,9841	1,7909
			1	UMCS		0,001*	0,402	0,639
			2	UM	0,001*		0,015*	0,000*
			3	PL	0,402	0,015*		0,199
4	KUL	0,639	0,000*	0,199				
WC Waga ciała	1,238	0,295		GR	{1}	{2}	{3}	{4}
					1,8780	2,0074	2,1746	1,9818
			1	UMCS		0,400	0,058	0,521
			2	UM	0,400		0,274	0,872
			3	PL	0,058	0,274		0,231
4	KUL	0,521	0,872	0,231				
SF Sprawność fizyczna	7,741*	0,000*		GR	{1}	{2}	{3}	{4}
					1,3659	1,8741	1,9524	1,8364
			1	UMCS		0,000*	0,000*	0,001*
			2	UM	0,000*		0,552	0,782
3	PL	0,000*	0,552		0,403			

			4	KUL	0,001*	0,782	0,403	
SNW Stres i niepokój wewnętrzny	3,476*	0,016*		GR	{1} 1,5528	{2} 1,6667	{3} 1,9603	{4} 1,8636
			1	UMCS		0,408	0,004*	0,032*
			2	UM	0,408		0,032*	0,165
			3	PL	0,004*	0,032*		0,502
			4	KUL	0,032*	0,165	0,502	
BJS Bezpieczna jazda samochodem	2,490	0,060		GR	{1} 3,4878	{2} 3,6519	{3} 3,2381	{4} 3,3909
			1	UMCS		0,294	0,116	0,556
			2	UM	0,294		0,008*	0,105
			3	PL	0,116	0,008*		0,350
			4	KUL	0,556	0,105	0,350	
RI Relacje z innymi	9,297*	0,000*		GR	{1} 3,1707	{2} 2,8815	{3} 2,3095	{4} 2,6364
			1	UMCS		0,084	0,000*	0,002*
			2	UM	0,084		0,001*	0,155
			3	PL	0,000*	0,001*		0,062
			4	KUL	0,002*	0,115	0,062	
OS Odpoczynek i sen	0,915	0,434		GR	{1} 1,7724	{2} 1,5778	{3} 1,6429	{4} 1,6455
			1	UMCS		0,104	0,287	0,314
			2	UM	0,104		0,583	0,583
			3	PL	0,287	0,583		0,983
			4	KUL	0,314	0,583	0,983	
OZŻ Ogólne zadowolenie z życia	2,907*	0,034*		GR	{1} 2,3089	{2} 2,2963	{3} 2,4048	{4} 1,9182
			1	UMCS		0,940	0,575	0,028*
			2	UM	0,940		0,516	0,029*
			3	PL	0,575	0,516		0,006*
			4	KUL	0,028*	0,029*	0,006*	
MSŻ „Mój Styl Życia” – wynik ogólny	0,953	0,415		GR	{1} 22,919	{2} 24,230	{3} 23,730	{4} 23,027
			1	UMCS		0,140	0,368	0,907
			2	UM	0,140		0,571	0,189
			3	PL	0,368	0,571		0,449
			4	KUL	0,907	0,189	0,449	

*- wynik istotny statystycznie

Niemal we wszystkich obszarach, natomiast nie w wyniku ogólnym, w 5 spośród 11 – średnie arytmetyczne studentów z Politechniki Lubelskiej są wyższe od analogicznych otrzymanych w grupach studentów z Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Uniwersytetu Medycznego oraz Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego. Ale tylko w 5 obszarach: ciśnienie krwi (CK), sprawność fizyczna (SF), stres i niepokój

wewnętrzny (SNW), relacje z innymi (RI) oraz ogólne zadowolenie z życia (OZŻ), uzyskane wartości testu F° dla czterech równocześnie porównywanych grup były większe od wartości krytycznej na najwyższym jego poziomie (tabela 26). Podobny kierunek zróżnicowania występuje pomiędzy studentami pozostałych uczelni wyższych, na korzyść studentów z Uniwersytetu Medycznego. Natomiast w obszarze spożywanie alkoholu (PA) zdecydowanie wyższe wyniki otrzymali studenci z Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, natomiast w obszarze relacje z innymi (RI) oraz odpoczynek i sen (OS) najwyższe średnie uzyskali studenci z Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie. Zatem badani studenci z Uniwersytetu Medycznego w istotnie większym nasileniu niż pozostali badani studenci przejawiają prozdrowotne zachowania w obszarze ciśnienia krwi. Nie wykazują znacznych problemów w tym obszarze, dbają o swoje zdrowie, profilaktycznie badając stan swojego ciśnienia tętniczego. Od studentów kierunków medycznych tym bardziej oczekuje się przykładowego prowadzenia stylu życia, znając zagrożenia płynące z zachowań antyzdrowotnych. Podobną zależność widać w kategorii stres i niepokój wewnętrzny (SNW) gdzie w istotnie wyższym nasileniu studenci z Uniwersytetu Medycznego ujawniają owy komponent stylu życia. Natomiast w kategorii sprawność fizyczna (SF), średnie arytmetyczne są istotnie wyższe wśród studentów Politechniki Lubelskiej w porównaniu z innymi lubelskimi uczelniami, podczas gdy w kategorii relacje z innymi (RI) najwyższe średnie przypadły studentom Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej (tabela 26). Badani studenci z Politechniki Lubelskiej uzyskali największe nasilenie tej kategorii, natomiast otrzymane tutaj średnie arytmetyczne nie napawają optymizmem. Analizując wyniki przedstawione w tabeli 26, trudno jest wskazać na konkretne zależności między studentami lubelskich uczelni wyższych np. czy te osoby miewają skoki ciśnienia, profilaktycznie kontrolują jego poziom, czy bądź w ogóle ograniczają liczbę wypalanych papierosów bądź wypitych drinków, czy kontrolują ilość spożywanej soli, konserwantów wraz z pożywieniem, czy są zadowoleni ze swojego wyglądu, próbują coś zmienić, ćwiczą, jak wygląda ich sen, czy jest jakościowo dobry, czy odczuwają niepokój i stres i w jakim stopniu, a w porównaniu z innymi grupami odnoszą wrażenie, iż są „gorsi” ze względu na średnie uzyskane w wyniku globalnym stylu życia, skłaniając się do stwierdzenia o potencjalnym zagrożeniu dla zdrowia, a brak poprawy może skutkować negatywnie w obszarze zdrowia. Zwłaszcza samopoczucie fizyczne jak

również psychiczne i społeczne będące w dysharmonii mogą wpływać niekorzystnie na odnoszenia sukcesów, finalizowanie zadań i poczucie spełnienia.

Podsumowując wyniki badań, należy stwierdzić, iż młodzież akademicka jest w stanie zapewnić sobie odpowiednio dobraną dietę, dbać o nawyki jak również z odpowiednią częstotliwością korzystać z badań profilaktycznych. Badaną grupą z Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej tworzyły głównie kobiety stąd można przypuszczać, że pod wpływem rodziny, propagowania zachowań zdrowotnych w odpowiednich kanałach mediów społecznościowych widzą potrzebę zdania o swoje zdrowie. Poprzez odpowiednio przygotowane treści, poparte badaniami, głosem specjalisty treści te mają wartość dla obecnie studiującej młodzieży i dzięki nim mogą po części czerpać informacje o zdrowiu i działaniach zmierzających do jego ochrony.

Wyniki dotyczące stylu życia badanych osób wskazuje jasno, iż młodzież kształcąca się na przyszłych lekarzy i personel medyczny wykazuje wyższy poziom zaopiekowania się samym sobą. Z racji przygotowywania się do zawodu i społecznych oczekiwań są oni grupą, która posiada większą świadomość płynącą z zagrożeń, ale przede wszystkim pozytywów prowadzenia prozdrowotnego stylu życia. Czas wchodzenia w dorosłe życie wiąże się z wieloma wyzwaniami oraz możliwościami. Młodzież akademicka jest w grupie osób zdecydowanie bardziej eksponowanej na stres oraz lęki związane z uzyskiwaniem wiedzy i umiejętności podczas studiów. Takie zachowania mają swoje odzwierciedlenie również w częstszym sięganiu po alkohol jako strategię radzenia sobie ze stresem i rozładowania napięć. Porównując studentów z czterech lubelskich uczelni jest trudno wskazać konkretne zależności prowadzonego stylu życia, które to by mogły wskazywać na potencjalne zagrożenia dla zdrowia a brak odpowiednich działań zaradczych bądź pomocowych przekładałby się negatywnie na zdrowie jednostek.

4.1.2. Dyspozycje podmiotowe studentów lubelskich uczelni wyższych

Preferencje wartości badanych studentów zbadano przy użyciu Kwestionariusza Osobowości S.H. Schwartz, zwanym niekiedy Kwestionariuszem PVQ-R2 S.H. Shwartz w rodzimej adaptacji J. Ciecucha (2012). Składa się on z 57 twierdzeń dotyczących opisów różnych osób, które podlegają oszacowaniu pod względem stopnia podobieństwa danego opisu wartości w stosunku do osoby badanej, jako zasady sterującej jej życiem. Służy do tego dziesięciostopniowa skala : od 0 do 6, gdzie np. 0 oznacza, że dana wartość

nie jest ważna, nie ma znaczenia jako zasada sterująca życiem, 3- jest ważna, 6- jest bardzo ważna. Im większa liczba, tym ważniejsza jest wartość. Natomiast dwie skrajne cyfry -1 i 7, określają wartości przeciwne zasadom przyświecającym osobom badanym, co ma miejsce w przypadku cyfry -1, natomiast cyfra 7 wskazuje wartość najważniejszą w życiu jednostki. Kwestionariusz mierzy preferencje 10 kategorii wartości, zwanych również typami, a należą do nich: kierowanie sobą, stymulacja, hedonizm, osiągnięcia, władza, uniwersalizm, życzliwość, przystosowanie, tradycja, bezpieczeństwo oraz cztery metakategorie, tworząc dwa wymiary: przekraczanie *ja* – umacnianie *ja*, zachowawczość-otwartość na zmiany. Możliwe są również inne wymiary- koncentracja na innych, koncentracja na sobie, wartości wzrostu, ochrony siebie (zob. Kirenko, Wiatrowska, 2015). W niniejszych badaniach wykorzystano jedynie podstawowe kategorie wartości.

Ustalenie struktury wartości w obrębie 4 grup badanych studentów z Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Uniwersytetu Medycznego, Politechniki Lubelskiej oraz Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, było możliwe dzięki zastosowaniu jednoczynnikowej analizy wariancji (ANOVA). W ten sposób wyłoniono kategorie wartości, które różnicowały badane osoby na poziomie istotności statystycznej (tabela 27).

Tabela 27. Struktura wartości studentów lubelskich uczelni wyższych- ANOVA

	F	p	Porównanie wewnątrzgrupowe					
Kierowanie sobą	11,549*	0,000*		GR	{1}	{2}	{3}	{4}
					38,366	37,200	34,579	35,636
			1	UMCS		0,089	0,000*	0,000*
			2	UM	0,089		0,000*	0,027*
			3	PL	0,000*	0,000*		0,140
4	KUL	0,000*	0,027*	0,140				
Stymulacja	4,682*	0,003*		GR	{1}	{2}	{3}	{4}
					20,195	20,259	19,024	18,564
			1	UMCS		0,905	0,033*	0,004*
			2	UM	0,905		0,021*	0,002*
			3	PL	0,033*	0,021*		0,414
4	KUL	0,004*	0,002*	0,414				
Hedonizm	9,038*	0,000*		GR	{1}	{2}	{3}	{4}
					21,618	20,378	19,476	19,255
			1	UMCS		0,011*	0,000*	0,000*
			2	UM	0,011*		0,064	0,026*
			3	PL	0,000*	0,064		0,665
4	KUL	0,000*	0,026	0,665				
Osiągnięcia	6,115*	0,000*		GR	{1}	{2}	{3}	{4}
					28,081	27,437	26,230	25,255

			1	UMCS		0,321	0,005*	0,000*
			2	UM	0,321		0,061	0,003*
			3	PL	0,005*	0,061		0,253
			4	KUL	0,000*	0,003*	0,253	
Władza	2,488	0,060		GR	{1} 25,669	{2} 24,978	{3} 24,524	{4} 23,918
			1	UMCS		0,263	0,073	0,009*
			2	UM	0,263		0,478	0,111
			3	PL	0,073	0,478		0,369
			4	KUL	0,009*	0,111	0,369	
Uniwersalizm	19,306*	0,000*		GR	{1} 58,407	{2} 56,830	{3} 50,960	{4} 52,182
			1	UMCS		0,164	0,000*	0,000*
			2	UM	0,164		0,000*	0,000*
			3	PL	0,000*	0,000*		0,302
			4	KUL	0,000*	0,000*	0,302	
Życzliwość	18,110*	0,000*		GR	{1} 39,285	{2} 39,081	{3} 35,270	{4} 36,355
			1	UMCS		0,757	0,000*	0,000*
			2	UM	0,757		0,000*	0,000*
			3	PL	0,000*	0,000*		0,114
			4	KUL	0,000*	0,000*	0,114	
Przystosowanie	10,879*	0,000*		GR	{1} 28,252	{2} 28,378	{3} 26,000	{4} 26,018
			1	UMCS		0,822	0,000*	0,000*
			2	UM	0,822		0,000*	0,000*
			3	PL	0,000*	0,000*		0,957
			4	KUL	0,000*	0,000*	0,957	
Tradycja	7,452*	0,000*		GR	{1} 32,593	{2} 29,422	{3} 29,389	{4} 31,027
			1	UMCS		0,000*	0,000*	0,058
			2	UM	0,000*		0,966	0,047*
			3	PL	0,000*	0,966		0,046*
			4	KUL	0,058	0,047*	0,046*	
Bezpieczeństwo	13,441*	0,000*		GR	{1} 37,748	{2} 35,704	{3} 33,460	{4} 34,455
			1	UMCS		0,004*	0,000*	0,000*
			2	UM	0,004*		0,001*	0,083
			3	PL	0,000*	0,001*		0,174
			4	KUL	0,000*	0,083	0,174	

*- wynik istotny statystycznie

W przypadku analizowanych wyników zamieszczonych w tabeli 27, można stwierdzić, iż największe średnie arytmetyczne były udziałem studentów Uniwersytetu

Marii Curie-Skłodowskiej oraz Uniwersytetu Medycznego, uwidacznia się to w niemalże każdej kategorii wartości, co wskazuje na najsilniejsze preferencje we wszystkich z nich.

Wartości testu F° dla porównywanych grup, które okazały się większe od wartości krytycznej na najwyższym jego poziomie, upoważniają do porównań wewnątrzgrupowych, zlokalizowano w dziewięciu kategoriach wartości, oprócz kategorii władzy. W sposób uogólniony zatem można stwierdzić związek między strukturą wartości badanych studentów lubelskich uczelni wyższych (tabela 27).

Sądzić należy zatem, że badani studenci z Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej oraz Uniwersytetu Medycznego, w porównaniu z dwiema pozostałymi uczelniami, istotnie częściej ujawniają niezależność w myśleniu, działaniu i wyborach, przede wszystkim wolnością owych wyborów, czynnościach twórczych, jak również w poszukiwaniu nowości, zmienności oraz podniecenia, poszukiwania zaspokojenia sensualnego, stąd też pęd do poszukiwania ekscytującego życia. Studenci ci folgują sobie, ale również cenią osobiste sukcesy, osiągnane przez swoje kompetencje, w pełni zgodnymi ze społecznymi normami, innymi ludźmi i instytucjami. Wykazują również troskę o dobro wszystkich ludzi, zwracają uwagę na ochronę środowiska, mądrość, sprawiedliwość i pokój. Motywują również do tolerancji, rozumienia i zabiegania o pomyślność swoich działań. To również troska o dobro najbliższych, przyjaciół, rodzinę, znajomych, jak również o przyjaźń i miłość mające swoje korzenie w pozytywnych interakcjach z innymi ludźmi, przyczyniające się do rozwoju, jak również do własnych dążeń i działań, które mogłyby zaszkodzić innym lub naruszyć społecznie przyjęte normy. Wiąże się to również z postawą posłuszeństwa, samodyscypliny, szacunkiem względem starszych osób, niezwykle pożądanymi cechami w dzisiejszych czasach. Istotnie częściej deklarują również akceptację i szacunek wobec rytuałów czy idei własnej kultury i religii, co ma przełożenie na obronę oraz pewność, że jest się w bezpiecznym kraju, harmonii, jak również poczucie przynależności i czystości. Jednie w kategorii władza badani studenci z Katolickiego uniwersytetu Lubelskiego przejawiają tendencję do silniejszej preferencji wartości związanych ze statusem, prestiżem społecznym, kontrolą i dominacją nad innymi ludźmi oraz z zasobami (zob. Schwartz, 1992; Brzozowskie, 2002; Ciecuch, 2012, Kirenko, Wiatrowska, 2015).

Do pomiaru umiejscowienia kontroli zdrowia najczęściej stosowaną skalą jest MHLC (*Multi- Dimensional Health Locus of Control Scale*), która dostarcza informacji

dotyczących trzech teoretycznie różnych i odrębnych od siebie wymiarów umiejscowienia kontroli zdrowia. Skalę stworzyli K.A. Wallston, B.S. Wallston, R. DeVellis (1978), natomiast w polskiej adaptacji nosi miano Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia Z. Juczyńskiego. Składa się ona z dwóch wersji: wersji A i wersji B, które są traktowane jako równoznaczne. Zawiera 18 twierdzeń, które ukierunkowane są na ocenę trzech oczekiwań w aspekcie kontroli nad zdrowiem (kontrola wewnętrzna, kontrola zewnętrzna oraz przypadek). Poszczególne twierdzenia badany ocenia wykorzystując sześciostopniową skalę Likerta. Natomiast wyniki oblicza się oddzielnie dla poszczególnych wymiarów. Zakres punktowy to od 6 do 36 punktów. Im wyższy wynik punktowy, to analogicznie silniejsze przekonanie o wpływaniu danego czynnika. Poza trzema głównymi wymiarami umiejscawiania kontroli zdrowia wskazano również wynik ogólny świadczący o nasileniu danej dyspozycji.

Tabela 28. Kontrola zdrowia ankietowanych osób- ANOVA

	F	p	Porównanie wewnątrzgrupowe					
Wewnętrzna	0,084	0,969		GR	{1}	{2}	{3}	{4}
					21,382	21,415	21,270	21,227
			1	UMCS		0,938	0,794	0,728
			2	UM	0,938		0,731	0,668
			3	PL	0,794	0,731		0,924
4	KUL	0,728	0,668	0,924				
Wpływ innych	3,547*	0,015*		GR	{1}	{2}	{3}	{4}
					16,122	16,896	17,722	17,345
			1	UMCS		0,126	0,002*	0,022*
			2	UM	0,126		0,101	0,389
			3	PL	0,002*	0,101		0,477
4	KUL	0,022*	0,389	0,477				
Przypadek	3,645*	0,013*		GR	{1}	{2}	{3}	{4}
					17,317	16,711	18,190	17,855
			1	UMCS		0,207	0,074	0,288
			2	UM	0,207		0,002*	0,021*
			3	PL	0,074	0,002*		0,504
4	KUL	0,288	0,021*	0,504				
Wynik ogólny	2,870*	0,036*		GR	{1}	{2}	{3}	{4}
					54,821	55,022	57,183	56,427
			1	UMCS		0,830	0,013*	0,103
			2	UM	0,830		0,020*	0,145
			3	PL	0,013*	0,020*		0,440
4	KUL	0,103	0,145	0,440				

*- wynik istotny statystycznie

Niemal we wszystkich obszarach i w wyniku ogólnym umiejscowienia kontroli zdrowia – w 3 spośród 4- średnie arytmetyczne studentów Politechniki Lubelskiej były wyższe od analogicznych otrzymanych w grupie badanych studentów z Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Uniwersytetu Medycznego oraz Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego. Właśnie w tych trzech z czterech obszarów wpływ innych, przypadek oraz wynik ogólny uzyskane wartości testu F° dla czterech równolegle porównywanych grup studentów lubelskich uczelni wyższych były większe od wartości krytycznej na najwyższym poziomie (tabela 28). Natomiast we wskaźniku „wewnętrzna” kontrola zdrowia nie wystąpiły statystycznie istotne różnice między analizowanymi grupami.

Poczucie własnej skuteczności wśród badanych studentów lubelskich uczelni wyższych zbadano przy użyciu Skali Uogólnionej Skuteczności (*Generalized Self-Efficacy Scale- GSES*) autorstwa M. Jerusalem oraz M. Schwarzera (1997), następnie po zaadaptowaniu w Polsce w wersji polskiej przez Z. Juczyńskiego. Skala ta składa się z 10 twierdzeń, które wchodzi w skład jednego czynnika. Narzędzie to bada siłę ogólnego przekonania człowieka co do skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeciwnościami losu. Przeznaczona jest do badania osób dorosłych, zdrowych i chorych. Badania skalą GSES można prowadzić indywidualnie, a badany wybiera przez siebie odpowiedzi zaznaczając odpowiednią cyfrę przy odpowiedzi spośród nie, raczej nie, raczej tak oraz nie. Suma wszystkich punktów mieści się w granicach od 10 do 40 punktów. Analogicznie, im wyższy wynik tym wyższe poczucie własnej skuteczności.

Tabela 29. Własna skuteczność wśród badanych studentów- ANOVA

	F	p	Porównanie wewnątrzgrupowe					
			GR	{1}	{2}	{3}	{4}	
GSES	2,754*	0,042*		30,228	31,385	31,619	31,900	
			1	UMCS		0,056	0,024*	0,009*
			2	UM	0,056		0,697	0,409
			3	PL	0,024*	0,697		0,657
			4	KUL	0,009*	0,409	0,657	

*- wynik istotny statystycznie

Dokonano analiz mających na celu uchwycenie istoty między badanymi studentami lubelskich uczelni wyższych a poziomem ich uogólnionej skuteczności. Dla wskazania różnic pomiędzy średnimi posłużono się jednoczynnikową analizą wariancji (ANOVA). Szczegółowe wyniki prezentuje tabela 29.

Wyniki uzyskane w badaniu oraz ich analiza upoważniają do stwierdzenia, iż istnieje związek pomiędzy poziomem uogólnionej skuteczności wśród studentów lubelskich uczelni wyższych, gdzie uzyskane wartości testu F° dla czterech grup była na poziomie istotności statystycznej (tabela 29). Wyższą średnią arytmetyczną w zakresie poziomu uogólnionej skuteczności uzyskali badani z Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, najniższe zaś studenci z Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.

Samooceń badanych studentów z czterech uczelni wyższych tj. Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Uniwersytet Medyczny, Politechnika Lubelska i Katolicki Uniwersytet Lubelski, ustalono za pomocą Skali Samooceny (SES) M. Rosenberga (za: Dzwonkowska i in, 2008). Pomocna w tym okazała się jednoczynnikowa analiza wariancji (ANOVA), której wyniki prezentuje tabela 30.

Zastosowana analiza wariancji wykazała zróżnicowanie na poziomie istotności statystycznej między badanymi studentami z Uniwersytetu Medycznego a studentami z pozostałych badanych uczelni wyższych w wymiarze wyniku globalnego samooceny.

Tabela 30. Samoocena respondentów- ANOVA

	F	p	Porównanie wewnątrzgrupowe					
			GR	{1}	{2}	{3}	{4}	
Samooceana	7,780*	0,000*		29,472	33,407	31,984	31,382	
			1	UMCS		0,000*	0,003*	0,028*
			2	UM	0,000*		0,083	0,018*
			3	PL	0,003*	0,083		0,486
			4	KUL	0,028*	0,018*	0,486	

*- wynik istotny statystycznie

Studenci z UM w znacznie większym stopniu niż studenci z pozostałych lubelskich uczelni wyższych ujawniają „świadomą, subiektywną postawę wobec siebie, wobec innych emocji związanych z własną osobą, powiązaną z poznawczymi sądami na swój temat” (Rosenberg, za: Dzwonkowska i in. 2008, s.7-8). Również samoocena studentów z Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego oraz Politechniki Lubelskiej jest na wyższym poziomie, również istotnym statystycznie w porównaniu ze studentami z niższym wynikiem średniej arytmetycznej uzyskanej przez studentów Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.

Także analiza otrzymanych wartości testu F° dla czterech jednocześnie porównywanych grup okazała się większa od wartości krytycznej na ich poziomach. Można zatem przyjąć, iż badani studenci z Uniwersytetu Medycznego w istotnie większym

nasileniu niż pozostali studenci z lubelskich uczelni wyższych ujawniają poczucie wartościowości, przekonanie o posiadaniu wielu zalet oraz w mniejszym stopniu okazują poczucie bycia bezwartościowym człowiekiem, bądź „nienadającym się do niczego” ponadto wykazując pozytywną postawę wobec samego siebie.

W sposób uogólniony można przyjąć, iż istnieje związek między strukturą wartości badanej młodzieży akademickiej, natomiast oprócz kategorii władzy. Studenci z uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej wraz ze studentami Uniwersytetu Medycznego, w porównaniu z dwiema pozostałymi uczelniami przejawiają niezależność w myśleniu, działaniu i wyborach, pragną wolności, tworzyć, jak również poszukują nowości, zmienności czy też dążą do ekscytującego życia. Zmiany w obecnym świecie przyczyniają się stale do zmian postrzegania swojej hierarchii wartości, natomiast wartości takie jak rodzina, miłość, dobroć względem drugiego człowieka czy zwierzęcia nadal pozostaje jako ważne dla młodych ludzi.

Do kwestii zdrowia i jego utrzymaniu można podchodzić wielorako. Natomiast studenci z Politechniki Lubelskiej w sposób bardziej przejrzysty wyrazili swój pogląd o umiejscowieniu kontroli zdrowia. Nie jest dla nich obojętne to, co mogą usłyszeć od specjalisty, z mass mediów, książek czy innych źródeł specjalistycznych. Są przekonani, że wiedzę o swoim stanie zdrowia oraz możliwościach naprawczych mogą czerpać z zewnątrz. Jako młode osoby wskazują, że nie zawsze ich stan zależy od tego z czym się już zmierzili w przeszłości. Są świadomi też, że nie zwykłe zrządenie losu może mieć diametralne znaczenie dla ich stanu zdrowia. Przyczyny należy upatrywać z obrazów jakie dostarcza im świat. Niejednokrotnie spotkali się z niewyjaśnionymi sytuacjami, zmianami, które nijak miały się do racjonalnych i profesjonalnych argumentów. Młodzież ma świadomość tych zmian i przypadkowości.

Poczucie skuteczności napędza motywację do działania. Analiza badań wskazuje, że studenci z Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego oznaczali się wyższą motywacją, możliwościami do osiągnięcia swoich celów i zamiarów. Młodzież wierzy w swoje możliwości, umiejętności, są przekonani o swojej sile. W przypadku młodych ludzi może ono się opierać o pewne szacowanie i ocenę swoich zdolności w odniesieniu do zadania i jego realizacji.

Studenci codziennie zmagają się z nowymi zadaniami, stawiają czoła egzaminom czy praktykom. Wszystkie te zmiany oscylują wokół własnego ja, własnego postrzegania siebie i samooceny jaką się młodzież odznacza. Wśród czterech grup studentów lubelskich uczelni najwyższe wyniki w zakresie samooceny deklarowali studenci z Uniwersytetu Medycznego. Tym samym są przekonani o swojej postawie, umiejętnościach, znajomości siebie i swoich emocji. Przyszli medycy przygotowując się do pomocowej roli wdrażają już przekonania na swój temat, przejawiają poczucie wartościowości, oraz w mniejszym stopniu wskazują na bierną postawę.

4.2. Psychospołeczne korelaty zachowań zdrowotnych badanych studentów

Dzięki zastosowaniu analizy regresji wielorakiej można było scharakteryzować związki między wskaźnikami zmiennych zależnych, a w niniejszej pracy są to zachowania zdrowotne i styl życia, a zmienną niezależną będącą dyspozycjami podmiotowymi badanych studentów w obrębie czterech rodzajów badanych szkół wyższych mieszczących się na terenie Lublina. Ustalono zatem procentowy rozkład wariancji zmiennych, określone jako zależne w modelu korelacyjno- regresyjnym, wyjaśnione przez kombinację ze zmiennymi niezależnymi oraz siłę związku między nimi.

4.2.1. „Mój Styl Życia” badanych studentów

4.2.1.1. *Spożywanie alkoholu*

Spożywanie alkoholu nieodłącznie wiąże się z możliwością uzależnienia, jeżeli przyjmowany jest w nadmiernych ilościach i zbyt często. Natomiast nie każda osoba pijąca duże ilości jest uzależniona, stąd też precedens spożywania tej substancji. Także trudno jest precyzyjnie określić indywidualne predyspozycje do uzależniania się od alkoholu. Atrakcyjność i popularność trunków alkoholowych wśród młodzieży akademickiej jest bardzo duże. Stanowi podstawę spotkań towarzyskich, prowadząc do rozluźnienia atmosfery, poprawy samopoczucia. Dzięki swojej efektywności, nawet krótkotrwałej, powoduje odzyskanie spokoju w sytuacjach stresujących, problemów na uczelni. Predyspozycje genetyczne, kultura czy środowisko społeczne oraz ciekawość i ludzka słabość to również ważne przyczyny inicjacji alkoholowej. Natomiast ich pierwotny charakter przekształca się w pewnego rodzaju stałe zapotrzebowanie, jako substancję

łagodząca stres oraz obciążenie nerwowe. Początkowo, wraz ze zniwelowaniem napięcia, dochodzi do spadku kondycji psychicznej. Następstwem jest spadek aktywności w środowisku społecznym, a nawet umniejszenie psychofizyczne, społeczne i kulturowe. Wykonywanie zawodów silnie związanych ze stresem wiąże się z wyższym poziomem podatności na uzależnienia alkoholowe (zob. Kirenko, Boczkowska, 2017).

Współczynniki regresji wielorakiej dla modeli wszystkich badanych studentów z Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Uniwersytetu Medycznego, Politechniki Lubelskiej oraz Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, gdzie komponent spożywania alkoholu oddzielnie korelował ze zmiennymi niezależnymi wartości, samooceną oraz własną uogólnioną skutecznością, przedstawiono w tabeli 31. W niej zawarto również wartości miar dobroci dopasowania modeli.

Z analizy uzyskanych wyników w zakresie rozpatrywanych zmiennych niezależnych (tabela 31) wynika, że w grupie badanych studentów największy udział – bo na poziomie istotnym statystycznie – w zmienności wyników zmiennej komponentu spożycia alkoholu mają podkategorie wartości tradycja i stymulacja. Na poziomie zbliżonym do niego jest komponent kierowanie sobą zawarty również w wartościach. Model ten pozwala wyjaśnić 32,2% zmienności tej zmiennej zależnej. Nie ulega zatem wątpliwości, że deklarowane przez studentów spożywanie alkoholu w najwyższym stopniu uwarunkowane jest względami tradycyjnymi, odwoływaniem się do nich oraz poszukiwaniu dodatkowych odczuć. Nie wiąże się natomiast z wartościami zrozumienia, troski o dobro społeczne, pokoju czy mądrości.

Natomiast wśród studentów Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej zastosowany model zmienności pozwala na wyjaśnienie 30,4% zmienności zmiennej zależnej analizowanego komponentu spożywania alkoholu (tabela 31), a największy udział w wyjaśnieniu tej zmiennej – na poziomie istotnym statystycznie miał czynnik wartości: stymulacja, który ma charakter odwrotnie proporcjonalny. Można zaś przyjąć, że w realizacji tej dyspozycji nie służą takie wartości jak poszukiwanie własnej ścieżki rozwoju, kształtowanie osobowości czy samoświadomość.

Wśród studentów Uniwersytetu Medycznego zastosowany model zmienności pozwala na wyjaśnienie 14,9% zmiennej zależnej. Największy udział w wyjaśnieniu komponentu spożywania alkoholu w tej grupie miała zmienna niezależna samooceny oraz

trzy podkategorie wartości. Należy więc sądzić, że w realizacji tej dyspozycji w największym stopniu potrzeba jest świadoma, subiektywna postawa wobec siebie oraz wobec innych. Powiązane jest to z możliwościami przystosowania, znajdowania rozwiązania trudności, natomiast wartości powstrzymywania się od działania czy skłonności i pobudek, oraz podążanie za pewnymi planami, odkładaniem na później zadań stoją do niej w opozycji.

Uzyskane wyniki regresji w zakresie współzależności komponentu spożywania alkoholu wskazują, że w grupie badanych z Politechniki Lubelskiej współczynnik determinacji tej dyspozycji ze zmiennymi niezależnymi wynosi 16,2%. Największy udział w wyjaśnieniu zmiennej w badanej grupie miały zmienne niezależne takie jak wartość oraz wynik ogólny umiejscowienia kontroli. Należy sądzić, że wraz ze wzrostem komponentu spożywania alkoholu towarzyszy wzrost wartości tradycji przejawiający się akceptacją oraz podtrzymywaniem zwyczajów, idei i tradycji. W opozycji do niej stoi natomiast kategoria władzy, która odpowiada za status i prestiż społeczny jednostki. Natomiast w opozycji do owej charakterystyki znajduje się nasilenie wyniku ogólnego umiejscowienia kontroli zdrowia jednostki.

W modelu stworzonym przez grupę badanych studentów z Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, wyjaśniającym 18,04% zmienności zmiennej zależnej komponentu spożywania alkoholu, znalazło się jedna kategoria wartości, jaką jest przystosowanie oraz czynnik wpływu innych na kontrolę zdrowia, jak również zmienna uogólnionej skuteczności. Można zatem przyjąć, iż wzrostowi komponentu spożywania alkoholu towarzyszy adekwatny wzrost przekonania dotyczącego wpływu innych na dane zachowanie, przy jednoczesnej opozycji wiary w swoje możliwości oraz ograniczeniu własnych działań, dążeń, które mogłyby wyrządzać realną krzywdę innym osobom.

Otrzymane modele regresji zmiennej zależnej komponentu spożywania alkoholu wskazały różnorodność w zakresie zmienności zmiennych niezależnych w porównywanych grupach studentów lubelskich uczelni wyższych. Najsilniej zarysowały się one w modelu studentów Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, najsłabiej zaś wśród badanej młodzieży Uniwersytetu Medycznego. Częstkowe wskaźniki otrzymanych modeli dotyczyły większości zmiennych wartości, samooceny, umiejscowienia kontroli oraz uogólnionej skuteczności.

Tabela 31. Wyniki analizy regresji wielorakiej krokowej: wskaźniki zmiennej zależnej *spożywanie alkoholu* i zmiennych niezależnych w badanej grupie studentów

Wskaźniki zmiennych niezależnych		Wszyscy studenci					
		R= ,21423186 R ² = ,04589529 R ² = ,03218126 F(7,49)=3,35					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(487)	p
WARTOŚCI	tradycja	0,125	0,049	0,031	0,012	2,555	0,011*
	władza	-0,097	0,053	-0,029	0,016	-1,834	0,067
	stymulacja	-0,145	0,060	-0,052	0,022	-2,412	0,016*
	kierowanie sobą	0,114	0,060	0,032	0,017	1,881	0,061
UOGÓLNIONA SKUTECZNOŚĆ		0,076	0,048	0,024	0,016	1,563	0,119
SAMOOCENA		0,072	0,045	0,017	0,011	1,594	0,111
KONTROLA	przypadek	-0,050	0,045	-0,020	0,018	-1,124	0,262
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej					
		R= ,21521302 R ² = ,04631664 R ² = ,03042192 F(2,12)=2,91					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(120)	p
WARTOŚCI	stymulacja	-0,203	0,090	-0,083	0,037	-2,270	0,025*
UMIEJSCOWIENIE KONTROLI-wynik ogólny		0,094	0,090	0,020	0,019	1,052	0,295
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Uniwersytetu Medycznego					
		R= ,45438667 R ² = ,20646724 R ² = ,14933288 F(9,13)=3,61					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(125)	p
Samoocena		0,231	0,083	0,065	0,023	2,774	0,006*
WARTOŚCI	stymulacja	-0,266	0,109	-0,098	0,040	-2,448	0,016*
	przystosowanie	0,278	0,101	0,099	0,036	2,751	0,007*
	uniwersalizm	-0,319	0,118	-0,054	0,020	-2,716	0,008*
	kierowanie sobą	0,158	0,113	0,047	0,034	1,401	0,164
	tradycja	0,132	0,092	0,032	0,022	1,433	0,154
	władza	-0,110	0,097	-0,034	0,030	-1,133	0,259
KONTROLA	Wewnętrzne	0,158	0,085	0,067	0,036	1,844	0,067
	Przypadek	-0,099	0,083	-0,038	0,032	-1,189	0,237

Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Politechniki Lubelskiej					
		R= ,43429815 R ² = ,18861489 R ² = ,16201210 F(4,12)=7,09					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(122)	p
WARTOŚCI	tradycja	0,433	0,095	0,116	0,025	4,582	0,000*
	stymulacja	0,110	0,095	0,045	0,039	1,152	0,252
	władza	-0,190	0,096	-0,058	0,029	-1,987	0,049*
UMIEJSCOWIENIE KONTROLI-wynik kontroli		-0,222	0,087	-0,044	0,017	-2,542	0,012*
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego					
		R= ,49810528 R ² = ,24810887 R ² = ,18043867 F(9,10)=3,67					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(100)	p
WARTOŚCI	kierowanie sobą	0,258	0,151	0,064	0,037	1,707	0,091
	przystosowanie	-0,298	0,136	-0,095	0,044	-2,190	0,031*
	hedonizm	0,268	0,137	0,100	0,051	1,961	0,053
	stymulacja	-0,259	0,149	-0,079	0,045	-1,741	0,085
	uniwersalizm	0,358	0,186	0,056	0,029	1,928	0,057
	bezpieczeństwo	-0,292	0,160	-0,069	0,038	-1,825	0,071
	władza	0,152	0,121	0,043	0,034	1,257	0,212
KONTROLA	Wpływ innych	-0,234	0,093	-0,103	0,041	-2,524	0,013*
UOGÓLNIONA SKUTECZNOŚĆ		0,203	0,098	0,059	0,028	2,079	0,040*

*- wynik istotny statystycznie

4.2.1.2. Palenie tytoniu

Jedną z popularniejszych form używek jest palenie tytoniu. Mechanizm osiągnięcia odprężenia, obniżenia stresu czy poprawy samopoczucia jest porównywalny z mechanizmem spożywania alkoholu. Palenie tytoniu powoduje zaburzenie gospodarki lipidowej we krwi, poprawiając tym samym samopoczucie osoby palącej. Warto jednak zaznaczyć, iż długotrwałe palenie prowadzi do uzależnienia fizycznego, psychicznego oraz społecznego poprzez przemianę fizjologiczną organizmu, a wynika to ze zwalczania naturalnej bariery odpornościowej oraz naśladownictwo. Palenie tytoniu powoduje negatywne konsekwencje o charakterze zdrowotnym. Mają one charakter społeczny,

ekonomiczny przez co górują nad innymi formami niktynizmu, stanowiąc dużą barierę i sprzeciw przez osoby palące (zob. Kirenko, Boczkowska, 2017).

Wśród badanych studentów poszukiwano zatem współzależności za pomocą zastosowanej regresji wielorakiej krokowej między zmienną zależną tego zachowania antyzdrowotnego a zmiennymi niezależnymi: samooceny, wartości, umiejscowienia kontroli oraz uogólnionej własnej skuteczności. Wyniki zaś przedstawiono w tabeli 32.

Na podstawie analizy danych zamieszczonych w tabeli 32 można stwierdzić, iż w grupie badanych studentów zmienne niezależne wyjaśniają 22,7% zmienności zmiennej zależnej komponentu palenia tytoniu. Z danych wynika, że w grupie badanych studentów największy udział- bo na poziomie istotnym statystycznie- w zmienności wyników zmiennej zależnej ma globalny wskaźnik wartości w kategorii tradycji. Nie ulega więc wątpliwości, iż ujawniane przez nich palenie tytoniu w największym stopniu jest uwarunkowane ich wartością do utrzymywania i akceptacji zwyczajów własnej kultury.

Największy udział w zmienności zmiennej zależnej jaką jest komponent palenia tytoniu u badanych studentów z Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej mają trzy wskaźniki, istotne statystycznie, wartości i umiejscowienie kontroli zdrowia. Natomiast uzyskana miana dobroci dopasowania modelu wynosi 99,9% (tabela 32). Stwierdzić więc należy, iż nasileniu tej dyspozycji w badanej grupie studentów w największym stopniu towarzyszy poczucie harmonii, stabilizacji w relacjach międzyludzkich. W opozycji do owej wartości stoi natomiast powstrzymywanie się od działań, skłonności i pobudek mogących niepokoić bądź zranić drugą osobę bądź też normy poszukiwania wrażeń. Z danych zawartych w tabeli 32 wynika również, iż wzrostowi komponentu palenia tytoniu towarzyszy wzmocnienie znaczenia zdania drugiej osoby na zachowanie danej jednostki.

Natomiast wśród studentów z Uniwersytetu Medycznego model, który został wyznaczony przez jedną kategorię wartości oraz umiejscowienie kontroli zdrowia, na poziomie istotnym statystycznie, pozwala wyjaśnić 89,01 % zmienności w zmiennej zależnej komponentu palenia tytoniu. Dyspozycja ta zatem jest zdeterminowana wartością ograniczającą własne działania, dążenia czy impulsy mogące negatywnie wpłynąć na funkcjonowanie innych osób, bądź mogłyby naruszyć społecznie akceptowane normy. Należy również sądzić, że wzrostowi wartości komponentu palenia tytoniu towarzyszy

adekwatny wzrost autonomii w podejmowaniu kluczowych decyzji związanych z zachowaniem zdrowia.

Z analizy uzyskanych wyników w zakresie rozpatrywanych tu zmiennych niezależnych wynika, że w grupie badanych studentów Politechniki Lubelskiej największy udział, a istotny statystycznie w zmienności wyników zmiennej zależnej komponentu palenia tytoniu miały trzy podkategorie wartości. Model ten pozwala wyjaśnić 17,23% zmienności tej zmiennej zależnej. Nie ulega zatem wątpliwości, iż ujawniane przez studentów palenie tytoniu w największym stopniu uwarunkowane jest wartością skłaniającą do poszukiwania nowości i wyzwań, dążeń do ekscytującego życia. Co więcej, wraz ze wzrostem analizowanego komponentu wzrasta również poczucie dbania o dobro bliskich osób, członków rodziny czy przyjaciół oraz akceptacja i podtrzymywanie więzów ze zwyczajami lokalnymi, ideami czy okazywanie im szacunku. W opozycji do wyżej przedstawionej charakterystyki jest nasilenie ogólnego wskaźnika kontroli umiejscowienia kontroli.

Uzyskane wyniki regresji wielokrotnej krokowej w zakresie współzależności komponentu palenia tytoniu wskazują, iż w grupie badanych studentów z Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego współczynnik determinacji tej dyspozycji ze zmiennymi niezależnymi jest najmniejszy wśród analizowanych i wynosi 10,24%. W modelu funkcji regresji tej grupy stwierdzono jeden cząstkowy wskaźnik na poziomie istotnym statystycznie. Osoby objęte badaniem, zatem analizowany tutaj komponent palenia tytoniu łączą głównie ze wzrostem wartości zrozumienia, okazywania szacunku i tolerancji wobec wszystkich osób, podkreślając istotę rozwoju ludzi i otaczającej przyrody.

W porównaniu do analizowanych modeli regresji wielokrotnej krokowej zmiennej zależnej komponentu spożywania alkoholu w niniejszych przypadkach dyspozycji palenia tytoniu otrzymano również znaczną różnorodność zmienności w grupach studentów lubelskich uczelni wyższych. Wśród studentów Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej korygowany współczynnik determinacji jest najwyższy wśród analizowanych grup, a najniższy wśród studentów Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego. Otrzymane cząstkowe wskaźniki poszczególnych modeli w największej liczbie dotyczyły zmiennych wartości oraz umiejscowienia kontroli.

Tabela 32. Wyniki analizy regresji wielorakiej krokowej: wskaźniki zmiennej zależnej **palenie tytoniu** i zmiennych niezależnych w badanej grupie studentów

Wskaźniki zmiennych niezależnych		Wszyscy studenci					
		R= ,16917606 R ² = ,02862054 R ² = ,02268543 F(3,49)=4,82					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(491)	p
WARTOŚCI	tradycja	0,142	0,050	0,041	0,015	2,830	0,005*
	hedonizm	-0,079	0,052	-0,036	0,024	-1,512	0,131
	życzliwość	0,077	0,055	0,026	0,018	1,403	0,161
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej					
		R= ,36984347 R ² = ,1367841 R ² = ,09989463 F(5,12)=3,71					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(117)	p
WARTOŚCI	bezpieczeństwo	0,293	0,110	0,108	0,041	2,661	0,009*
	stymulacja	-0,198	0,097	-0,094	0,046	-2,045	0,043*
	przystosowanie	-0,116	0,107	-0,049	0,046	-1,080	0,282
KOTROLA	Wpływ innych	0,265	0,089	0,110	0,037	2,984	0,003*
	przypadek	-0,137	0,088	-0,062	0,040	-1,556	0,122
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Uniwersytetu Medycznego					
		R= ,37868316 R ² = ,14340093 R ² = ,08901369 F(8,13)=2,64					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(126)	p
WARTOŚCI	osiągnięcia	-0,159	0,121	-0,058	0,044	-1,316	0,190
	przystosowanie	0,230	0,102	0,095	0,042	2,257	0,026*
	uniwersalizm	-0,135	0,119	-0,027	0,023	-1,140	0,256
	władza	-0,064	0,111	-0,023	0,039	-0,580	0,563
	stymulacja	-0,196	0,112	-0,083	0,048	-1,743	0,084
	kierowanie sobą	0,244	0,124	0,084	0,043	1,962	0,052
Samoocena		0,162	0,086	0,053	0,028	1,879	0,063
KONTROLA	wewnętrzna	0,246	0,087	0,120	0,042	2,838	0,005*
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Politechniki Lubelskiej					
		R= ,47417929 R ² = ,22484600 R ² = ,17229318 F(8,12)=4,28					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(118)	p

			std. z b*		std. z b		
WARTOŚCI	hedonizm	-0,158	0,116	-0,076	0,055	-1,368	0,174
	bezpieczeństwo	-0,126	0,119	-0,043	0,041	-1,054	0,294
	życzliwość	0,317	0,104	0,103	0,034	3,039	0,003*
	tradycja	0,283	0,105	0,089	0,033	2,695	0,008*
	stymulacja	0,247	0,107	0,118	0,051	2,315	0,022*
	władza	-0,147	0,113	-0,053	0,040	-1,300	0,196
UMIEJSCOWIENIE KONTROLI-wynik ogólny		-0,168	0,088	-0,039	0,021	-1,910	0,059
Samocena		-0,150	0,086	-0,045	0,026	-1,746	0,083
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego					
		R= ,39080030 R ² = ,15272487 R ² = ,10336904 F(6,10)=3,09					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(103)	p
WARTOŚCI	uniwersalizm	0,380	0,144	0,072	0,027	2,638	0,010*
	stymulacja	-0,207	0,138	-0,076	0,050	-1,506	0,135
	osiągnięcia	0,210	0,138	0,065	0,042	1,526	0,130
	tradycja	0,147	0,117	0,046	0,036	1,257	0,212
	życzliwość	-0,194	0,135	-0,056	0,039	-1,435	0,154
KONTROLA	wewnętrzna	-0,122	0,094	-0,075	0,058	-1,291	0,200

*- wynik istotny statystycznie

4.2.1.3. Ciśnienie krwi

Ciśnienie tętnicze krwi jest wartością zmienną, natomiast jej wartości powinny się wahać między 120 a 135 na 80-85 mm HG. Zachowanie prawidłowego ciśnienia krwi sprzyja pracy mózgu, dotlenia go, co przekłada się na szybszy proces regeneracji co prowadzi do lepszego funkcjonowania fizycznego oraz psychospołecznego człowieka. Duże znaczenie etiologiczne dotyczące nadciśnienia tętniczego przypisuje się procesowi starzenia organizmu, złej diecie, nieprzestrzeganiu higienicznego trybu pracy oraz wielu innym czynnikom, w tym psychospołecznym takim jak stres, radzenie sobie z nim, czy dyspozycje podmiotowe oraz warunki socjoekonomiczne. Pojawiające się zmiany w układzie sercowym oraz naczyniowym skutkować mogą do nadciśnienia tętniczego, a w rezultacie miażdżycy, udaru mózgu czy choroby wieńcowej (zob. Kirenko, Zubrzycka-Maciąg, 2015).

W tabeli 33 przedstawiono 4 modele regresji wielokrotnej krokowej zmiennej zależnej ciśnienia krwi i zmiennych niezależnych samooceny, wartości, uogólnionej skuteczności czy umiejscowienia kontroli zdrowia, wraz ze współczynnikami determinacji i korelacji wielokrotnej.

W odniesieniu do zmiennej zależnej, jaką jest dyspozycja ciśnienia krwi, powstałe modele współzależnościowe w każdej z badanych grup studentów przedstawiają się odmiennie. Wśród zmiennych niezależnych składających się na model w całej grupie badanych studentów na poziomie istotnym statystycznie znalazł się wskaźnik uogólnionej skuteczności. Stworzony model pozwala wyjaśnić 22,51% zmienności zmiennej zależnej. Stąd realizowanie tej dyspozycji zdrowotnej przez badanych studentów w największym stopniu jest warunkowane wiarą w swoje możliwości, które sprzyjają osiągnięciu sukcesu wyzwalając tym samym dodatkową energię.

W modelu stworzonym dla grupy studentów z Uniwersytetu Medycznego (tabela 33), wyjaśniającym 8,31% zmienności zmiennej zależnej komponentu ciśnienia krwi, nie znalazła się żadna kategoria będąca istotną statystycznie, bądź zbliżona do istotności. Nie tworzą natomiast żadnych relacji zależnościowych z wartością zrozumienia, szacunku czy tolerancji w stosunku do innych osób, jak również dbaniu o dobro bliskich osób, przyjaciół czy grup społecznych. Nie ma również związków zależnościowych z wartością niezależności w myśleniu, działaniu i wyborach, tworzeniu, wolności, szukaniu podniecenia, czy nowości jak również w wartości dotyczącej statusu i prestiżu społecznego i dominacją nad ludźmi.

Zmienne niezależne, które weszły w skład modelu regresyjnego w grupie studentów z Politechniki Lubelskiej są stosunkowo nieliczne, a poziom ich zmienności wynosi 19,46% w wyjaśnianym komponentcie ciśnienia krwi zmiennej zależnej. Te cząstkowe wskaźniki to jedna z wartości oraz strategia umiejscowienia kontroli zdrowia. A zatem nasilenie tej dyspozycji jaką jest ciśnienie krwi w badanej grupie studentów towarzyszy wartość akceptacji, podtrzymywania zwyczajów, idei i tradycji własnej kultury, religii bądź rodzinnej, jak również dotyczy respektu okazywanego względem nich. Gdy tymczasem w opozycji stoi przekonanie by to zachowanie zdrowia było dziełem przypadku niżeli postępowanie zgodnie z wydanymi zaleceniami przez specjalistę, bądź znalezienie wewnętrznych pobudek do utrzymywania ciała w kondycji.

Wśród zmiennych niezależnych, na poziomie istotności statystycznej w modelu zaprezentowanym dla badanych studentów Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego znalazła się jedna dyspozycja uogólnionej skuteczności. Model ten wyjaśnia 6,98% zmienności zmiennej zależnej jaką jest ciśnienie krwi. Analizowana dyspozycja uwarunkowana jest wiarą we własne możliwości, które sprzyjają w odnoszeniu sukcesów, wyzwalając tym samym dodatkową energię. Nie tworzą natomiast żadnych relacji zależnościowych z potrzebą świadomej i subiektywnej postawy wobec siebie, czy wartościami odnoszącymi się do harmonii, spokoju czy porządku w całym społeczeństwie oraz relacjach międzyludzkich.

Nie sposób nie stwierdzić, że w przypadku zmiennej zależnej jaką jest ciśnienie krwi, najsilniejszy udział w tej zmienności wykazują studenci z badanych szkół wyższych, natomiast najslabiej, bo żadnych zależności nie wykazali studenci z Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. Specyfika tej dyspozycji utrudnia dokładną interpretację poszczególnych modeli współzależnościowych co do kierunku tych zależności. Występujące cząstkowe wskaźniki regresji wielokrotnej krokowej są jednak zdecydowanie mniej zróżnicowane uwzględniając wcześniejsze analizy, co również daje informacje o tej zmiennej.

Tabela 33. Wyniki analizy regresji wielorakiej krokowej: wskaźniki zmiennej zależnej ciśnienie krwi i zmiennych niezależnych w badanej grupie studentów

Wskaźniki zmiennych niezależnych		Wszyscy studenci					
		R= ,19068047 R ² = ,03635904 R ² = ,02250794 F(7,487)=2,63					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(487)	p
WARTOŚCI	uniwersalizm	0,113	0,069	0,014	0,008	1,635	0,103
	kierowanie sobą	-0,114	0,069	-0,024	0,014	-1,660	0,098
	władza	-0,061	0,054	-0,014	0,012	-1,137	0,256
	życzliwość	0,074	0,061	0,016	0,013	1,221	0,223
	stymulacja	0,082	0,061	0,022	0,016	1,330	0,184
UOGÓLNIONA SKUTECZNOŚĆ		0,101	0,049	0,024	0,012	2,052	0,041*
KONTROLA	przypadek	-0,071	0,045	-0,021	0,013	-1,600	0,110
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Uniwersytetu Medycznego					
		R= ,15201827 R ² = ,02310956 R ² = ,00830819 F(2,132)=1,56					

		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(132)	p
Samoocena		0,123	0,087	0,027	0,019	1,416	0,159
KONTROLA	Wpływ innych	-0,104	0,087	-0,034	0,028	-1,200	0,232
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Politechniki Lubelskiej					
		R= ,48264717 R ² = ,23294829 R ² = ,19459570 F(6,120)=6,07					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(120)	p
WARTOŚCI	tradycja	0,464	0,108	0,095	0,022	4,317	0,000*
	przystosowanie	-0,095	0,102	-0,027	0,028	-0,939	0,350
	bezpieczeństwo	-0,115	0,110	-0,026	0,025	-1,048	0,297
	życzliwość	0,188	0,098	0,040	0,021	1,905	0,059
Samoocena		-0,094	0,082	-0,019	0,016	-1,156	0,250
KONTROLA	Przypadek	-0,204	0,082	-0,071	0,029	-2,493	0,014*
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego					
		R= ,32236472 R ² = ,10391901 R ² = ,06978259 F(4,105)=3,04					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(105)	p
WARTOŚCI	tradycja	-0,129	0,102	-0,021	0,017	-1,267	0,208
	kierowanie sobą	0,195	0,111	0,031	0,017	1,755	0,082
KONTROLA	wewnętrzne	-0,151	0,101	-0,049	0,033	-1,489	0,140
UOGÓLNIONA SKUTECZNOŚĆ		0,249	0,104	0,046	0,019	2,402	0,018*

*- wynik istotny statystycznie

4.2.1.4. Waga ciała

Pojęcie wagi ciała ma charakter synonimiczny, często mylony z prawidłowym określeniem jakim jest masa ciała. Wartość tę stosuje się we wszelakich pomiarach, najczęściej uwzględniając procentowy skład tkanki tłuszczowej, mięśniowej, nawodnienia oraz inne składniki wchodzące w pomiar masy ciała. Przekroczenie procentowego udziału tkanki tłuszczowej względem całościowej masy ciała jest sygnałem oznaczającym nadwagę, a kolejno otyłość I i II stopnia. Warto zaznaczyć, że ocena nadwagi czy otyłości ma charakter subiektywny, a obie oceny nie muszą się zgadzać ani w zakresie interpersonalnym ani intrapsychnym. Tożsama sytuacja jest w kwestii utraty masy ciała.

Częstym zjawiskiem w obecnych czasach jest niekontrolowany wzrost masy ciała, który może być uwarunkowany różnorodnymi czynnikami. Najczęściej są to przekraczanie kaloryczne swojej podstawowej przemiany materii, zaburzenia tego systemu, zbyt małej aktywności fizycznej czy stosowanie innowacyjnych, natomiast nierozważnych diet. Podstawą do zaburzeń metabolicznych mogą być również czynniki o podłożu genetycznym jak również psychologicznym, takie jak: stres, niski poziom poczucia własnej wartości, niska samoocena czy problemy emocjonalne, lęki. Wszelkie próby podejmowane w sposób nierozważny, niekonsultowany ze specjalistami, skutkujący wzrostem bądź utratą masy ciała negatywnie oddziałują na jakość funkcjonowania psychicznego, somatycznego i interpersonalnego człowieka (zob. Kirenko, Boczkowska, 2017).

Związek komponentu wagi ciała ze zmiennymi niezależnymi wartości, samooceny, strategii uogólnionej skuteczności oraz umiejscowienia kontroli zdrowia, w obrębie 5 badanych grup studentów, pod postacią otrzymanych modeli regresji wielokrotnej krokowej wraz z ich miarami dobroci dopasowania zawiera tabela 34.

Tabela 34. Wyniki analizy regresji wielorakiej krokowej: wskaźniki zmiennej zależnej waga ciała i zmiennych niezależnych w badanej grupie studentów

Wskaźniki zmiennych niezależnych		Wszyscy studenci					
		R= ,18481152 R ² = ,03415530 R ² = ,02427958 F(5,489)=3,46					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(489)	p
WARTOŚCI	bezpieczeństwo	0,104	0,053	0,022	0,011	1,966	0,050*
	tradycja	-0,054	0,053	-0,010	0,010	-1,015	0,311
WOPWS		0,119	0,046	0,030	0,012	2,585	0,010*
Samoocena		0,075	0,045	0,014	0,008	1,668	0,096
UMIEJSCOWIENIE KONTROLI-wynik ogólny		-0,061	0,046	-0,010	0,007	-1,329	0,184
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej					
		R= ,28163683 R ² = ,07931931 R ² = ,04810979 F(4,118)=2,54					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(118)	p

WARTOŚCI	stymulacja	-0,131	0,108	-0,037	0,030	-1,211	0,228
	bezpieczeństwo	0,345	0,126	0,074	0,027	2,745	0,007*
	kierowanie sobą	-0,168	0,116	-0,039	0,027	-1,448	0,150
	tradycja	-0,149	0,116	-0,024	0,019	-1,292	0,199
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Uniwersytetu Medycznego					
		R= ,19445609 R ² = ,03781317 R ² = ,02323458 F(2,132)=2,59					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(132)	p
WARTOŚCI	uniwersalizm	0,169	0,086	0,022	0,011	1,962	0,052
KONTROLA	przypadek	-0,118	0,086	-0,036	0,026	-1,369	0,173
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Politechniki Lubelskiej					
		R= ,26257569 R ² = ,06894599 R ² = ,03047269 F(5,121)=1,79					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(121)	p
WARTOŚCI	tradycja	0,178	0,118	0,040	0,027	1,506	0,135
	przystosowanie	-0,156	0,111	-0,048	0,034	-1,404	0,163
	bezpieczeństwo	0,141	0,113	0,034	0,028	1,251	0,213
UMIEJSCOWIENIE KONTROLI-wynik ogólny		-0,108	0,094	-0,018	0,016	-1,150	0,252
Samoocena		0,132	0,089	0,028	0,019	1,492	0,138
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego					
		R= ,52599298 R ² = ,27666861 R ² = ,21937504 F(8,101)=4,83					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(101)	p
WARTOŚCI	kierowanie sobą	0,195	0,142	0,039	0,029	1,370	0,174
	tradycja	-0,266	0,106	-0,056	0,022	-2,503	0,014*
	uniwersalizm	0,395	0,181	0,050	0,023	2,182	0,031*
	bezpieczeństwo	-0,369	0,154	-0,071	0,029	-2,404	0,018*
	hedonizm	0,141	0,128	0,043	0,039	1,101	0,273
Samoocena		0,130	0,087	0,023	0,016	1,493	0,139
UOGÓLNIANA SKUTECZNOŚĆ		0,264	0,093	0,063	0,022	2,849	0,005*
KONTROLA	Wpływ innych	-0,230	0,090	-0,083	0,032	-2,564	0,012*

*- wynik istotny statystycznie

Analiza współczynników determinacji komponentu wagi ciała upoważnia do stwierdzenia, że zmienna zależna jest wyjaśniana przy pomocy zmiennych niezależnych uwzględnionych w modelu funkcji regresji w grupie badanych studentów na bardzo niskim poziomie tj. 2,43%. W analizowanym modelu stwierdzono istotność statystyczną w zakresie uogólnionej skuteczności oraz jednego wskaźnika wartości. Wskazuje to, że osoby badane analizowaną dyspozycję łączą w głównej mierze z wartością harmonii, porządku i stabilizacji w całym społeczeństwie i relacjach międzyludzkich, jak również z bezpieczeństwem własnym i swojej rodziny. Wszyscy badani studenci utożsamiają komponent wagi ciała również z wiarą w swoje możliwości, umiejętności czy dyspozycje jednostkowe warunkujące osiągnięcie zamierzonego celu.

Natomiast w grupie studentów Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej największy udział w zmienności zmiennej zależnej jaką jest komponent wagi ciała, ma tylko jeden cząstkowy wskaźnik zmiennej niezależnej jaką są wartości, znajdujące się na poziomie istotnym statystycznie. Uzyskana miara dobroci dopasowania modelu wynosi tutaj 4,81%. Można zatem przyjąć (tabela 34), że badani studenci UMCS analizowaną dyspozycję utożsamiają głównie z poczuciem harmonii, porządku i stabilizacji w całym społeczeństwie i relacjach międzyludzkich, jak również z bezpieczeństwem narodu i własnej rodziny.

Analiza uzyskanych wyników w odniesieniu do rozpatrywanej tu zmiennej zależnej komponentu wagi ciała w grupie studentów Uniwersytetu Medycznego wykazała, że żadna z analizowanych zmiennych niezależnych nie wykazała zależności na poziomie istotnym statystycznie. Stworzony model pozwala wyjaśnić natomiast 23,23% zmienności zmiennej zależnej jaką jest waga ciała. Wśród wartości najbliższej istotności statystycznej ukazała się wartość zrozumienia, szacunku i tolerancji w stosunku do wszystkich ludzi oraz przyrody.

Uzyskane wyniki regresji wielokrotnej krokowej w zakresie współzależności komponentu wagi ciała wskazują, iż w grupie studentów z Politechniki Lubelskiej nie zachodzi żadna zależność ze zmienną niezależną na poziomie istotnym statystycznie. Współczynnik determinacji tej dyspozycji jest nieco wyższy niż w grupie studentów UM i wynosi 30,47%.

W odniesieniu do zmiennej zależnej jaką jest komponent wagi ciała, utworzony model współzależnościowy w grupie badanych studentów Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego przedstawia się całkowicie odmiennie od poprzednich analizowanych modeli. Wśród zmiennych niezależnych, na poziomie istotności statystycznej znalazły się trzy wskaźniki kategorii wartości oraz strategia umiejscowienia kontroli zdrowia oraz oczekiwanie własnej skuteczności. Współczynnik determinacji tej dyspozycji ze zmiennymi niezależnymi pozwala wyjaśnić 21,94% zmienności zmiennej zależnej. Osoby badane łączą ową dyspozycję ze zrozumieniem, okazywaniem szacunku i postaw tolerancji względem wszystkich ludzi, jak również względem otaczającej natury. Nie łączą jej z akceptacją i podtrzymywaniem zwyczajów, idei i tradycji własnej kultury, religii czy rodziny, jak również, nie utożsamiają z porządkiem, stabilizacją w całym społeczeństwie i relacjach międzyludzkich. Badani studenci z KUL łączą analizowaną dyspozycję również z poczuciem wiary w swoje możliwości, osiągnięcia, które dodaje im dodatkowej energii. Natomiast nie łączą jej z przekonaniem wpływu innych osób jako wyznacznik zachowania zdrowia.

Nie sposób nie stwierdzić, że w przypadku zmiennej zależnej jaką jest waga ciała, najsilniejszy udział w tej zmienności wykazują studenci z Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, natomiast najslabiej, bo żadnych zależności nie wykazali studenci z Uniwersytetu Medycznego oraz Politechniki Lubelskiej. Przeprowadzona analiza współczynnika determinacji komponentu wagi ciała z poszczególnymi komponentami psychospołecznego funkcjonowania badanych studentów zezwała na stwierdzenie, że na zmienna w największym stopniu wyjaśniana jest zmiennymi niezależnymi uwzględnionymi w modelu funkcji regresji wielokrotnej krokowej w grupie studentów Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego. Zbieżność cząstkowa poszczególnych wskaźników w porównaniu grup jest bardzo mała.

4.2.1.5. *Sprawność fizyczna badanych osób*

Zagadnienie aktywności fizycznej łączy się z terminami podejmowanej aktywności życiowej, zdrowia czy fizyczności człowieka, w których zmieniająca się aktywność przekłada się na funkcjonowanie i sprawność człowieka.

Tabela 35. Wyniki analizy regresji wielorakiej krokowej: wskaźniki zmiennej zależnej *sprawność fizyczna* i zmiennych niezależnych w badanej grupie studentów

Wskaźniki zmiennych niezależnych		Wszyscy studenci					
		R= ,25735576 R ² = ,06623199 R ₂ = ,05860 F(4,490)=8,69					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(490)	p
UOGÓLNIONA SKUTECZNOŚĆ		0,206	0,046	0,046	0,010	4,512	0,000*
KONTROLA	Wpływ innych	-0,182	0,077	-0,048	0,020	-2,361	0,019*
	przypadek	-0,142	0,071	-0,040	0,020	-2,011	0,045*
UMIEJSCOWIENIE KONTROLI-wynik ogólny		0,144	0,103	0,021	0,015	1,398	0,163
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej					
		R= ,40611586 R ² = ,16493009 R ₂ = ,1141 F(7,115)=3,24					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(115)	p
WARTOŚCI	przystosowanie	0,309	0,108	0,053	0,019	2,860	0,005*
	stymulacja	-0,169	0,109	-0,032	0,021	-1,553	0,123
	kierowanie sobą	0,158	0,122	0,025	0,020	1,288	0,200
	osiągnięcia	-0,337	0,120	-0,052	0,019	-2,798	0,006*
UOGÓLNIONA SKUTECZNOŚĆ		0,179	0,094	0,028	0,015	1,904	0,059
KONTROLA	przypadek	0,158	0,088	0,029	0,016	1,802	0,074
	Wpływ innych	-0,239	0,090	-0,040	0,015	-2,649	0,009*
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Uniwersytetu Medycznego					
		R= ,39726649 R ² = ,15782067 R ₂ = ,11834351 F(6,128)=3,9978					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(128)	p
WARTOŚCI	życzliwość	-0,215	0,098	-0,063	0,029	-2,191	0,030*
	przystosowanie	0,115	0,100	0,030	0,026	1,151	0,252
	stymulacja	0,134	0,090	0,036	0,024	1,489	0,139
UOGÓLNIONA SKUTECZNOŚĆ		0,227	0,087	0,055	0,021	2,614	0,010*
KONTROLA	Wpływ innych	-0,259	0,085	-0,078	0,025	-3,054	0,003*
	wewnętrzna	0,145	0,084	0,045	0,026	1,718	0,088

Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Politechniki Lubelskiej					
		R= ,37630315 R ² = ,14160406 R2= ,11345993 F(4,122)=5,0314					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(122)	p
WARTOŚCI	osiągnięcia	-0,186	0,113	-0,049	0,030	-1,646	0,102
	hedonizm	0,132	0,112	0,043	0,036	1,177	0,242
	życzliwość	0,354	0,098	0,078	0,022	3,591	0,000*
KONTROLA	przypadek	-0,181	0,086	-0,066	0,031	-2,101	0,038*
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego					
		R= ,55084753 R ² = ,30343300 R2= ,26994420 F(5,104)=9,0607					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(104)	p
WARTOŚCI	kierowanie sobą	0,228	0,093	0,037	0,015	2,463	0,015*
UOGÓLNIONA SKUTECZNOŚĆ		0,278	0,092	0,052	0,017	3,018	0,003*
KONTROLA	przypadek	-0,134	0,087	-0,038	0,024	-1,533	0,128
	wewnętrzna	0,105	0,091	0,035	0,030	1,160	0,249
	Wpływ innych	-0,273	0,090	-0,078	0,026	-3,048	0,003*

*- wynik istotny statystycznie

Jako aktywność fizyczną uznajemy zdolność do intensywnych ćwiczeń, aktywności, która oddziałuje pozytywnie na funkcjonowanie całego organizmu, stąd też utożsamianie go ze zdrowiem, bądź narzędziem czy środkiem pozwalającym za zachowanie go. Sprawność fizyczna rozumiana jest zatem jako pewna zdolność do przejawiania aktywności danego układu. Natomiast, jeśli będzie należycie traktowany, aktywny to będzie wykazywał się sprawnością. Stąd też pojawiła się ocena możliwości danego układu oraz w jakim stopniu realizuje swoje funkcje (zob. Kirenko, Boczkowska, 2017).

W tabeli 35 zaprezentowano cząstkowe wskaźniki zmiennych niezależnych wchodzących w skład modeli współzależnościowych wraz z ich współczynnikami determinacji i korelacji wielokrotnej, utworzonych dla pięciu badanych grup studentów, w odniesieniu do zmiennej zależnej jaką jest sprawność fizyczna.

Wyniki regresji wielokrotnej krokowej analizowanej zmiennej zależnej komponenty sprawności fizycznej wykazuje udział zmiennych niezależnych w zmienności wyników grupy wszystkich badanych studentów na poziomie 5,86%. Ankietowani utożsamiają analizowaną dyspozycję z dwoma kategoriami umiejscowienia kontroli oraz poczuciem własnej skuteczności, które są na poziomie istotności statystycznej. Można więc przyjąć, iż osoby te łączą wyraźnie analizowany tu komponent z wiarą w swoje możliwości, która sprzyja osiągnięciu sukcesu i wyzwala dodatkową energię. W opozycji do niej stoi przekonanie dotyczące wpływu innych np. lekarza zalecającego ruch czy zbieżność podjętych działań w celu utrzymania stanu zdrowia.

Model korelacyjny zaś, wyjaśniający 11,41% zmienności zmiennej zależnej jaką jest sprawność fizyczna w grupie badanych studentów Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej tworzy trzy cząstkowe wskaźniki na poziomie istotności statystycznej. Analizowany komponent w najwyższym stopniu jest uwarunkowany ograniczeniem własnych działań, dążeń, impulsów, które mogłyby krzywdzić lub denerwować inne osoby, bądź naruszać społeczne normy i oczekiwania. W opozycji do tej wartości osoby badane wskazują strategię osiągnięcia osobistego sukcesu dzięki swoim staraniom czy kompetencjom, zgodnie ze społecznie przyjętymi normami. Ankietowani nie utożsamiają zmiennej zależnej z przekonaniem dotyczącym wpływu innych osób, wydawane zalecenia w celu zachowania zdrowia.

Uzyskane wyniki regresji wielokrotnej krokowej w zakresie współzależności komponentu sprawności fizycznej wskazują, iż w grupie studentów z Uniwersytetu Medycznego współczynnik determinacji tej dyspozycji ze zmiennymi niezależnymi wynosi 11,83%. W modelu funkcji regresji tej grupy stwierdzono trzy cząstkowe wskaźniki na poziomie istotności statystycznej, dwa o charakterze ujemnym i jeden o charakterze dodatnim. Osoby badane analizowaną dyspozycję łączą z wiarą w swoje możliwości w celu uzyskania sukcesu jak również uwzględniają rzeczywiste możliwości jednostki. Natomiast w opozycji do tej zmiennej łączą kierowanie się dobrem rodziny, grupy czy społeczeństwa oraz jakoby zachowanie sprawności fizycznej było związane z ingerencją specjalisty.

W modelu stworzonym zaś dla grupy studentów z Politechniki Lubelskiej, wyjaśniającym 11,35% zmienności zmiennej zależnej komponentu sprawność fizyczna,

znalazły się dwa wskaźniki będące na poziomie istotności statystycznej. Należy zatem sądzić, że wzrostowi wartości tej dyspozycji towarzyszy wzrost wartości dbania o dobro innych, bliskich, rodziny czy przyjaciół. W modelu tym znaczącą rolę odgrywa wskaźnik o charakterze zależności odwrotnie proporcjonalnym, czyli braku przekonania, iż w zachowaniu dobrostanu fizycznego rządzi przypadek.

Wśród zmiennych niezależnych, na poziomie statystycznej istotności, w modelu zaprezentowanym dla studentów Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego znalazły się trzy wskaźniki, dwa o charakterze dodatnim, a jeden o charakterze ujemnym. Model ów wyjaśnia 26,99% zmienności zmiennej zależnej komponentu sprawności fizycznej (tabela 35). Analizowana dyspozycja jest łączona przez badanych studentów z niezależnością w myśleniu, działaniu i wyborach, kierując się zasobami twórczości oraz wolnością jak również wiarą w swoje możliwości, dążenia, działania w celu uzyskania założonego celu, który może okazać się bodźcem do dalszych aktywności. Natomiast w opozycji do tej charakterystyki stoi przekonanie, by na zachowanie zdrowia jednostki miał mieć wpływ osoby drugiej np. lekarza i prowadzone przez niego działania.

Dokonując analizy powyższych modeli zależnościowych, można sądzić, że badani studenci w perspektywie globalnej powinni łączyć dyspozycję sprawności fizycznej z większą liczbą cząstkowych wskaźników by uwidocznili silniejsze wartości miar dobroci. Przedstawiony model wskazuje jednak inaczej. Najniższy wskaźnik zmienności był udziałem wszystkich badanych studentów, natomiast najsilniej występował u ankietowanych z Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego. Szczególnie widoczny w analizowanych modelach był udział kategorii wartości, umiejscowienia kontroli oraz uogólniona skuteczność.

4.2.1.6. Stres i niepokój wewnętrzny

Przyczynami stresu czy niepokoju mogą być ważne życiowe sytuacje, wydarzenia, jak sytuacje rodzinne, osobistego czy społecznego np. wybór dalszej ścieżki kształcenia. Stany niepokoju wewnętrznego wywołane mogą zostać drobniejszymi zmianami np. otoczenia na które człowiek może wykazywać różne reakcje, co wynika głównie z jego odporności i doświadczeń, czasu działania bodźca i jego natężenia.

Tabela 36. Wyniki analizy regresji wielorakiej krokowej: wskaźniki zmiennej zależnej **stres i niepokój wewnętrzny** i zmiennych niezależnych w badanej grupie studentów

Wskaźniki zmiennych niezależnych		Wszyscy studenci					
		R= ,37871522 R ² = ,14342522 R ² = ,13289356 F(6,488)=13,618					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(488)	p
WARTOŚCI	uniwersalizm	-0,129	0,055	-0,015	0,006	-2,322	0,021*
	przystosowanie	0,079	0,053	0,019	0,013	1,497	0,135
	hedonizm	0,060	0,050	0,017	0,014	1,201	0,230
UOGÓLNIONA SKUTECZNOŚĆ		0,326	0,044	0,074	0,010	7,480	0,000*
Samoocena		0,068	0,043	0,011	0,007	1,586	0,113
KONTROLA	przypadek	-0,112	0,042	-0,032	0,012	-2,651	0,008*
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej					
		R= ,42339938 R ² = ,17926703 R ² = ,13681533 F(6,116)=4,2228					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(116)	p
WARTOŚCI	przystosowanie	0,278	0,118	0,053	0,023	2,359	0,020*
	tradycja	-0,269	0,123	-0,034	0,015	-2,187	0,031*
	bezpieczeństwo	0,147	0,121	0,024	0,020	1,214	0,227
	kierowanie sobą	-0,157	0,107	-0,028	0,019	-1,467	0,145
UMIEJSCOWIENIE KONTROLI-wynik ogólny		-0,116	0,086	-0,013	0,010	-1,353	0,179
UOGÓLNIONA SKUTECZNOŚĆ		0,425	0,093	0,074	0,016	4,580	0,000*
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Uniwersytetu Medycznego					
		R= ,45966041 R ² = ,21128770 R ² = ,16781537 F(7,127)=4,8603					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(127)	p
WARTOŚCI	życzliwość	-0,181	0,087	-0,048	0,023	-2,092	0,038*
	hedonizm	0,184	0,094	0,047	0,024	1,951	0,053
	władza	-0,214	0,109	-0,043	0,022	-1,973	0,051
	osiągnięcia	0,183	0,108	0,037	0,022	1,697	0,092
UOGÓLNIONA SKUTECZNOŚĆ		0,332	0,088	0,072	0,019	3,765	0,000*

Samoocena		0,117	0,081	0,021	0,015	1,443	0,151
KONTROLA	przypadek	-0,123	0,080	-0,031	0,020	-1,545	0,125
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Politechniki Lubelskiej					
		R= ,42985901 R ² = ,18477877 R ² = ,13682458 F(7,119)=3,8532					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(119)	p
WARTOŚCI	tradycja	0,324	0,107	0,074	0,024	3,030	0,003*
	uniwersalizm	-0,339	0,115	-0,051	0,017	-2,949	0,004*
	życzliwość	0,194	0,103	0,046	0,024	1,885	0,062
UOGÓLNIANA SKUTECZNOŚĆ		0,202	0,095	0,059	0,028	2,115	0,037*
KONTROLA	przypadek	-0,152	0,089	-0,059	0,035	-1,704	0,091
	Wpływ innych	0,155	0,097	0,048	0,030	1,608	0,110
	wewnętrzna	-0,103	0,098	-0,040	0,038	-1,054	0,294
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego					
		R= ,62113716 R ² = ,38581138 R ² = ,33716277 F(8,101)=7,9306					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(101)	p
WARTOŚCI	kierowanie sobą	0,041	0,131	0,008	0,024	0,312	0,756
	tradycja	-0,259	0,102	-0,050	0,020	-2,535	0,013*
	życzliwość	0,285	0,130	0,051	0,023	2,186	0,031*
	bezpieczeństwo	-0,353	0,157	-0,062	0,028	-2,253	0,026*
	uniwersalizm	0,365	0,166	0,043	0,020	2,193	0,031*
UOGÓLNIANA SKUTECZNOŚĆ		0,422	0,088	0,092	0,019	4,778	0,000*
UMIEJSCOWIENIE KONTROLI-wynik ogólny		-0,418	0,096	-0,072	0,016	-4,363	0,000*
KONTROLA	wewnętrzna	0,115	0,101	0,044	0,039	1,142	0,256

*- wynik istotny statystycznie

Stres jest ściśle powiązany z relacją pomiędzy człowiekiem a sytuacją, w której obecnie się znalazł. Natomiast nie zależy on od człowieka, chociaż reakcja układu hormonalnego i nerwowego na działanie niepożądanych bodźców fizycznych i psychicznych pod postacią silnego napięcia nerwowego, który przyczynia się do mobilizacji organizmu i jego mechanizmów obronnych. Natomiast oddziaływanie

bodźców stresowych w sposób permanentny wyczerpuje organizm i negatywnie wpływa na odporność (Kirenko, Boczkowska, 2017).

W tabeli 36 przedstawiono 5 modeli regresji wielokrotnej krokowej zmiennej zależnej stresu i niepokoju wewnętrznego i zmiennych niezależnych wartości, uogólnionej skuteczności, samooceny, umiejscowienia kontroli, wraz ze współczynnikami determinacji i korelacji wielokrotnej.

W odniesieniu do zmiennej zależnej, jaką jest komponent stresu i niepokoju wewnętrznego, utworzone modele współzależnościowe w każdej z badanych grup studentów przedstawiają się odmiennie. Wśród zmiennych niezależnych składających się na model w całej grupie badanych studentów na poziomie istotnym statystycznie znalazły się jedna kategoria wartości, typ umiejscowienia kontroli zdrowia oraz wskaźnik uogólnionej skuteczności. Stworzony model wyjaśnia 13,29% zmienności zmiennej zależnej komponentu stresu i niepokoju wewnętrznego. Stąd też realizowanie tej dyspozycji zdrowotnej przez badanych studentów w największym stopniu uwarunkowane jest wiarą we własne możliwości, umiejętności. Natomiast w opozycji do niej znajduje się poczucie zrozumienia, szacunku i tolerancji w stosunku do wszystkich ludzi oraz świadomość by zdrowie i jego zachowanie w dobrej kondycji warunkował przypadek.

W modelu stworzonym zaś dla grupy studentów Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, wyjaśniającym 13,61% zmienności zmiennej zależnej komponentu stresu i niepokoju wewnętrznego, znalazły się dwie kategorie wartości oraz wskaźnik uogólnionej skuteczności. Należy zatem sądzić wzrostowi wartości tej dyspozycji towarzyszy proporcjonalny wzrost wartości ograniczenia własnych działań i dążeń, które mogłyby krzywdzić lub denerwować innych ludzi bądź naruszać społeczne oczekiwania lub normy. Badani studenci łączą ową dyspozycję również z wiarą w swoje działania, możliwości, które są motorem do podejmowania kolejnych działań zmierzających do poprawy ich zdrowia. W modelu tym znaczącą rolę odgrywa jeszcze wskaźnik o charakterze odwrotnie proporcjonalnym, czyli braku akceptacji i podtrzymywania zwyczajów, idei własnej kultury, religii oraz rodziny.

Zmienne niezależne, które weszły w skład modelu regresyjnego w grupie studentów Uniwersytetu Medycznego są stosunkowo nieliczne, a poziom ich zmienności wynosi 16,78%, w wyjaśnieniu zmiennej zależnej komponentu stresu i niepokoju

wewnętrznego. Te cząstkowe wskaźniki to jedna kategoria wartości i wskaźnik uogólnionej skuteczności. A zatem, nasileniu tej dyspozycji w badanej grupie studentów towarzyszy poczucie wiary w osiągnięcie zamierzonych celów, marzeń oraz energia towarzysząca, która daje bodziec do dalszych działań. Natomiast w opozycji do niej stoi troska o dobro innych, bliskich osób czy rodziny, przyjaciół i bycie niezawodnym, godnym zaufania członkiem rodziny.

Wśród zmiennych niezależnych, na poziomie istotności statystycznej, w modelu zaproponowanym dla studentów Politechniki Lubelskiej znalazły się 2 kategorie wartości oraz wskaźnik uogólnionej skuteczności. Model ten wyjaśnia 13,68% zmienności zmiennej zależnej komponentu stresu i niepokoju wewnętrznego (tabela 36). W modelu tym ważną rolę odgrywa wskaźnik o charakterze zależności proporcjonalnej, który wskazuje na istotę wiary w dążeniu do swoich celów, wiary w możliwości i umiejętności, jak również, akceptacja i podtrzymywanie zwyczajów, idei i tradycji własnej kultury, religii lub rodziny. W opozycji do tej charakterystyki stoi zrozumienie, okazywanie szacunku i tolerancji względem wszystkich ludzi.

Analiza uzyskanych wyników w odniesieniu do rozpatrywanej tu zmiennej zależnej komponentu stresu i niepokoju wewnętrznego w grupie studentów Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego wskazuje, że zmienne niezależne, które miały największy udział, bo na poziomie istotności statystycznej, w wyjaśnieniu zmienności modelu funkcji regresji w wymiarze 33,72%, to cztery kategorie wartości, ogólny wskaźnik kontroli umiejscowienia zdrowia oraz wskaźnik uogólnionej skuteczności. Należy więc stwierdzić, iż osoby badane analizowaną tu dyspozycję kojarzą przede wszystkim z wartością dbania o innych, bliskich, rodzinę jak również przyjaciół i kierowanie się zrozumieniem, szacunkiem i tolerancją w stosunku do innych osób. W opozycji do tych wartości stoją akceptacja i podtrzymywanie zwyczajów wyniesionych z domu, kultywowanie zwyczajów czy respekt okazywany tradycjom, jak również dbanie o harmonię, porządek czy stabilizację w całym społeczeństwie i relacjach międzyludzkich. Analizowaną dyspozycję osoby badane łączą też z wiarą w swoje możliwości, umiejętności, a odnoszone sukcesy stanowią bodziec i impuls do kontynuowania swoich działań, natomiast nie wiążą z ogólnie rozpatrywanym umiejscowieniem kontroli zdrowia jednostki.

Nie sposób zatem nie zauważyć, że w porównaniu z poprzednimi analizowanymi dyspozycjami zdrowotnymi występuje tutaj zdecydowany wzrost wskaźników związanych z wartościami, umiejscowieniem kontroli, ale najbardziej ze wskaźnikiem uogólnionej skuteczności, który uwidaczniał zależności w każdym modelu. Również całkowita liczba cząstkowych wskaźników jest większa, jak również wartości miar dobroci, z widocznym udziałem studentów Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.

4.2.1.7. Bezpieczna jazda samochodem

Jednym z kategorii prawidłowych zachowań o charakterze prozdrowotnym jest bezpieczeństwo użytkowników ruchu drogowego. Wszelkie zasady przyjęte w kodeksie bezwzględnie muszą być respektowane. Szczególną uwagę należy zwrócić na rosnące natężenie ruchu ulicznego, stąd też zasadnym jest stosowanie się do ustalonych zaleceń użytkownika pojazdów w miejscach publicznych co służy dobru i bezpieczeństwu użytkowników. Wiąże się to ze zaznajomieniem się z przepisami, stosowaniem się do nich, przewidywaniem zdarzeń bazując na obserwacji, dostosowywaniu sposobu jazdy do panujących warunków na drodze. Co więcej, nie należy przeceniać swoich umiejętności, a tym bardziej adekwatnie reagować na pojawiające się sytuacje na drodze. Bezdiskusyjnym jest również fakt, że to na osobie kierującej pojazdem spoczywa odpowiedzialność za bezpieczeństwo swoje, pasażerów jak i innych użytkowników dróg (zob. Kirenko, Boczkowska, 2017).

Tabela 37. Wyniki analizy regresji wielorakiej krokowej: wskaźniki zmiennej zależnej **bezpieczna jazda samochodem** i zmiennych niezależnych w badanej grupie studentów

Wskaźniki zmiennych niezależnych		Wszyscy studenci					
		R= ,30264678 R ² = ,09159508 R ² = ,08042616 F(6,488)=8,2009					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(488)	p
WARTOŚCI	przystosowanie	0,152	0,059	0,041	0,016	2,561	0,011*
	hedonizm	-0,194	0,056	-0,061	0,017	-3,484	0,001*
	życzliwość	0,102	0,060	0,023	0,014	1,709	0,088
	kierowanie sobą	0,119	0,062	0,026	0,014	1,925	0,055
	tradycja	0,086	0,052	0,017	0,010	1,641	0,101
KONTROLA	wewnętrzna	-0,052	0,045	-0,019	0,017	-1,177	0,240

Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej					
		R= ,52147992 R ² = ,27194131 R ² = ,20693607 F(10,112)=4,1834					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(112)	p
WARTOŚCI	bezpieczeństwo	0,454	0,123	0,113	0,031	3,702	0,000*
	przystosowanie	0,357	0,122	0,103	0,035	2,934	0,004*
	tradycja	-0,347	0,122	-0,066	0,023	-2,848	0,005*
	hedonizm	-0,263	0,106	-0,093	0,037	-2,490	0,014*
	życzliwość	0,118	0,133	0,031	0,035	0,883	0,379
	kierowanie sobą	-0,231	0,128	-0,063	0,035	-1,806	0,074
	uniwersalizm	0,173	0,153	0,027	0,024	1,133	0,260
UOGÓLNIANA SKUTECZNOŚĆ		0,205	0,093	0,054	0,024	2,205	0,030*
Samocena		-0,092	0,085	-0,015	0,014	-1,088	0,279
KONTROLA	Wpływ innych	-0,092	0,085	-0,026	0,024	-1,085	0,280
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Uniwersytetu Medycznego					
		R= ,40263181 R ² = ,16211237 R ² = ,11592959 F(7,127)=3,5102					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(127)	p
WARTOŚCI	przystosowanie	0,193	0,100	0,052	0,027	1,937	0,055
	stymulacja	-0,302	0,103	-0,083	0,029	-2,921	0,004*
	osiągnięcia	0,205	0,112	0,048	0,026	1,830	0,070
	władza	-0,114	0,109	-0,026	0,025	-1,053	0,294
	uniwersalizm	0,161	0,111	0,021	0,014	1,452	0,149
KONTROLA	wewnętrzna	-0,121	0,085	-0,038	0,027	-1,419	0,158
	przypadek	-0,114	0,084	-0,033	0,024	-1,360	0,176
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Politechniki Lubelskiej					
		R= ,40975102 R ² = ,16789590 R ² = ,13351143 F(5,121)=4,8829					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(121)	p
WARTOŚCI	kierowanie sobą	0,605	0,137	0,149	0,034	4,404	0,000*
	hedonizm	-0,234	0,117	-0,084	0,042	-2,000	0,048*
	osiągnięcia	-0,288	0,130	-0,083	0,038	-2,211	0,029*

	tradycja	0,235	0,107	0,055	0,025	2,202	0,030*
	bezpieczeństwo	-0,216	0,106	-0,056	0,027	-2,043	0,043*
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego					
		Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: BJS (razem2) R= ,47270900 R ² = ,22345379 Popraw. R ² = ,16194518 F(8,101)=3,6329 p					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(101)	p
WARTOŚCI	tradycja	0,428	0,120	0,083	0,023	3,568	0,001*
	uniwersalizm	-0,429	0,176	-0,050	0,021	-2,435	0,017*
	przystosowanie	0,178	0,137	0,043	0,033	1,299	0,197
	władza	0,242	0,127	0,051	0,027	1,901	0,060
	hedonizm	-0,254	0,136	-0,071	0,038	-1,866	0,065
	kierowanie sobą	0,180	0,151	0,033	0,028	1,191	0,236
KONTROLA	przypadek	0,153	0,090	0,050	0,029	1,702	0,092
Samoocena		0,133	0,093	0,022	0,015	1,434	0,155

*- wynik istotny statystycznie

Szczegółowe dane w odniesieniu do otrzymanych modeli regresyjnych wraz z ich miarami dobroci dopasowania w porównywanych grupach badanych studentów, po jednej dla każdej z grup, w których dyspozycja bezpiecznej jazdy samochodem korelowała z poszczególnymi wymiarami zmiennych niezależnych: wartości, wskaźnik uogólnionej skuteczności zawiera tabela 37.

Na podstawie analizy danych zawartych w tabeli 37 można stwierdzić, iż w badanej grupie studentów zmienne niezależne wyjaśniają jedyne 8,04% zmienności komponentu bezpiecznej jazdy samochodem. W zaprezentowanym modelu regresji wielokrotnej krokowej wśród zmiennych niezależnych będących na poziomie istotnych statystycznie znalazły się dwie kategorie wartości. Należy zatem przyjąć, że w realizacji tego komponentu pomocna jest postawa ograniczająca własne działania, dążenia, impulsy, które mogłyby skrzywdzić lub zdenerwować innych ludzi, bądź też naruszyć przyjęte normy i oczekiwania. Natomiast towarzyszą im jednocześnie, a właściwie stoją w opozycji , wartości przyjemności czy zmysłowego zaspokożenia.

Natomiast w grupie badanych studentów z Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej wartość współczynnika determinacji wskazuje (tabela 37), że model zmiennych niezależnych w skład którego weszło cztery cząstkowe kategorie wartości oraz

przekonanie o uogólnionej skuteczności, wyjaśnia 20,69% zmienności zmiennej zależnej komponentu bezpiecznej jazdy samochodem. Zależności mają dwojaki charakter, dwie z nich mają wskaźnik wprost proporcjonalny, drugie raz odwrotnie proporcjonalny. Należy zatem sądzić, że badani studenci utożsamiają analizowaną zmienną z porządkiem, stabilizacją w całym społeczeństwie i relacjach międzyludzkich, jak również z bezpieczeństwem własnym i rodziną. Podobnie jak z wartością ograniczającą i hamującą własne dążenie, działania czy impulsy, które mogłyby wyrządzić realną krzywdę innym ludziom oraz pogwałcić przyjęte normy. Gdy tymczasem w opozycji do nich stoi wartość akceptacji i podtrzymywania zwyczajów, idei i tradycji własnych oraz przyjemności czy zmysłowym zaspokajaniem. Badani objęci badaniem łączą podaną dyspozycję również z wiarą we własne możliwości i umiejętności, będące zarazem motorem do dalszej pracy i osiągnięcia zamierzonych celów.

Utworzony dla badanych studentów z Uniwersytetu Medycznego model korelacyjny wyjaśnia 11,59% zmienności analizowanej zmiennej zależnej komponentu bezpiecznej jazdy samochodem. Składa się na niego jedna cząstkowa kategoria wartości będąca na poziomie istotności statystycznej. W realizacji analizowanego komponentu towarzyszy, a nawet stoi w opozycji wartość zmian, odpowiadająca na podniecenie i nowość. Jest to jedyna kategoria z którą zmienna zależna tworzy związek współzależnościowy, pozostałe jednak nie są na poziomie istotności statystycznej, stąd nie sposób rzec o związku analizowanych zmiennych.

Wśród badanych studentów z Politechniki Lubelskiej współczynnik determinacji wskazuje, że utworzony dla tej grupy model wyjaśnia 13,35% zmienności zmiennej zależnej komponentu bezpiecznej jazdy samochodem (tabela 37). Nasileniu tej dyspozycji w badanej grupie studentów towarzyszy pięć kategorii wartości będące na poziomie istotności statystycznej. W największym zatem stopniu jest uwarunkowane niezależnością w myśleniu, działaniu i wyborach oraz akceptacją i podtrzymywaniem zwyczajów, idei i tradycji własnej kultury czy religii i rodziny. W opozycji do tej charakterystyki stoją wartości harmonii, porządku i stabilizacji w całym społeczeństwie i relacjach międzyludzkich, wartości akceptacji i podtrzymywania zwyczajów, idei, tradycji związanych z kulturą bądź religią. W opozycji również znajduje się wartość osobistego sukcesu osiągnięty dzięki własnym kompetencjom, zgodnie ze społecznymi normami oraz otwartość na przyjemności i doznania.

Zmienne niezależne, które weszły w skład regresyjnego w grupie badanych studentów z Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, są mniej liczne, natomiast dwie kategorie wartości wskazują istotność statystyczną, a poziom zmienności wynosi 16,19% w wyjaśnianiu zmiennej zależnej komponentu bezpiecznej jazdy samochodem. Należy zatem przyjąć, że przejawiana dyspozycja w największym stopniu uwarunkowana jest szacunkiem, akceptacją i podtrzymywaniem tradycji, zwyczajów, idei dotyczących własnej kultury, religii czy rodziny. W opozycji do niej natomiast stoi wartość zrozumienia, szacunku i tolerancji do wszystkich ludzi jak również przyrody.

Modele regresji zmiennej zależnej dyspozycji bezpiecznej jazdy samochodem nie ujawniły wyraźniej różnorodności zmienności zmiennych niezależnych w porównywanych grupach badanych studentów. W największym stopniu i zakresie cząstkowe wskaźniki otrzymanych modeli dotyczą przede wszystkim zmiennych wartości. W mniejszym stopniu z uogólnioną skutecznością. Analogicznie do wcześniej uzyskanych danych, najniższy wskaźnik zmienności był udziałem wszystkich badanych studentów, natomiast najsilniejszy u studentów Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.

4.2.1.8. *Relacje z innymi*

Efektywne pełnienie ról społecznych, sprawne rozwiązywanie problemów życiowych czy umiejętność obiektywnej oceny to bardzo ważne umiejętności i zadania rozwojowe człowieka. Nie byłyby one na tyle efektywne, gdyby nie fakt, że człowiek potrafi nawiązywać satysfakcjonujące relacje wśród innych osób. Wszystko to, zarówno korzyści jak i straty mają istotny wpływ na jego zdrowie. Każdy dzień, przebyte sytuacje oddziałują na charakter i jakość relacji, czyniąc je mocniejszymi bądź antycypując zachowania, które nie wymagają bezpośrednich relacji z innymi ludźmi.

Tabela 38. Wyniki analizy regresji wielorakiej krokowej: wskaźniki zmiennej zależnej relacje z innymi i zmiennych niezależnych w badanej grupie studentów

Wskaźniki zmiennych niezależnych		Wszyscy studenci					
		R= ,39803458 R ² = ,15843152 R ₂ = ,14457855 F(8,486)=11,437					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(486)	p
WARTOŚCI	życzliwość	0,173	0,057	0,043	0,014	3,031	0,003*
	hedonizm	0,145	0,057	0,050	0,020	2,523	0,012*

	przystosowanie	0,117	0,055	0,035	0,016	2,132	0,033*
	kierowanie sobą	-0,093	0,064	-0,023	0,015	-1,466	0,143
	stymulacja	0,087	0,059	0,027	0,019	1,462	0,144
UOGÓLNIONA SKUTECZNOŚĆ		0,120	0,045	0,034	0,013	2,643	0,008*
Samocena		-0,056	0,043	-0,011	0,009	-1,317	0,188
KONTROLA	przypadek	-0,086	0,042	-0,030	0,015	-2,045	0,041*
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej					
		R= ,39422853 R ² = ,15541614 R ₂ = ,11932281 F(5,117)=4,3060					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(117)	p
WARTOŚCI	kierowanie sobą	-0,245	0,118	-0,070	0,034	-2,084	0,039*
	hedonizm	0,146	0,108	0,054	0,040	1,344	0,181
	życzliwość	0,311	0,115	0,086	0,032	2,713	0,008*
UOGÓLNIONA SKUTECZNOŚĆ		0,261	0,092	0,072	0,025	2,856	0,005*
KONTROLA	przypadek	-0,131	0,087	-0,042	0,028	-1,513	0,133
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Uniwersytetu Medycznego					
		R= ,37937730 R ² = ,14392713 R ₂ = ,09674201 F(7,127)=3,0503					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(127)	p
WARTOŚCI	bezpieczeństwo	-0,117	0,115	-0,030	0,030	-1,016	0,312
	władza	0,147	0,107	0,039	0,028	1,368	0,174
	kierowanie sobą	0,104	0,104	0,027	0,027	1,009	0,315
	hedonizm	0,162	0,103	0,055	0,035	1,573	0,118
	przystosowanie	0,183	0,106	0,056	0,033	1,720	0,088
	tradycja	-0,103	0,095	-0,022	0,020	-1,086	0,279
KONTROLA	przypadek	-0,168	0,084	-0,056	0,028	-2,002	0,047*
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Politechniki Lubelskiej					
		R= ,39033523 R ² = ,15236159 R ₂ = ,10997967 F(6,120)=3,5950					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(120)	p
WARTOŚCI	życzliwość	0,105	0,110	0,023	0,024	0,954	0,342
	władza	-0,367	0,117	-0,087	0,028	-3,149	0,002*
	tradycja	0,158	0,106	0,033	0,022	1,488	0,139

	hedonizm	0,284	0,124	0,090	0,040	2,280	0,024*
	bezpieczeństwo	0,208	0,123	0,047	0,028	1,696	0,093
	kierowanie sobą	-0,148	0,124	-0,032	0,027	-1,200	0,233
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego					
		R= ,59276658 R ² = ,35137222 R ² = ,29999576 F(8,101)=6,8392					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(101)	p
WARTOŚCI	osiągnięcia	0,257	0,135	0,061	0,032	1,906	0,060
	stymulacja	0,167	0,134	0,047	0,037	1,245	0,216
	przystosowanie	0,209	0,132	0,061	0,039	1,583	0,117
	kierowanie sobą	-0,267	0,150	-0,061	0,034	-1,779	0,078
	uniwersalizm	0,215	0,144	0,031	0,021	1,486	0,140
	tradycja	-0,131	0,104	-0,031	0,025	-1,251	0,214
UOGÓLNIONA SKUTECZNOŚĆ		0,102	0,099	0,027	0,026	1,027	0,307
KONTROLA	wewnętrzna	0,198	0,090	0,094	0,043	2,197	0,030*

*- wynik istotny statystycznie

Najważniejsze znaczenie przypisuje się człowiekowi, jego zainteresowaniom. Ważnym jest by zachował autentyczność, jak również by mógł dokonywać subiektywnej oceny zdarzeń i zachowań innych, nie naruszając tym samym praw oraz norm społecznie ustalonych za słuszne, zwłaszcza gdy pozostaje z nim w relacjach interpersonalnych. Celem jest by zachować relacje satysfakcjonujące, zgodne z własnymi wartościami, mieć znajomych z którymi dzieli się przeżyciami i emocjami, bądź w sytuacji wyboru mieć do niego prawo (zob. Kirenko, Boczkowska, 2017).

W tabeli 38 zaprezentowano dane dotyczące cząstkowych wskaźników zmiennych niezależnych wchodzących w skład modeli zależnościowych, wraz z ich współczynnikami determinacji i korelacji wielokrotnej, utworzonych dla 5 badanych grup studentów lubelskich uczelni wyższych, w odniesieniu do zmiennej zależnej relacje z innymi.

Utworzone modele współzależnościowe w każdej z badanych grup studentów przedstawiają odmienne dane, co prezentuje tabela 38. Wśród zmiennych niezależnych składających się na model przebadanej populacji studentów, na poziomie istotnym statystycznie znalazły się trzy kategorie wartości, wskaźnik uogólnionej skuteczności oraz umiejscowienia kontroli. Model ten wyjaśnia 14,46% zmienności zmiennej zależnej.

Charakter większości zmiennych jest wprost proporcjonalny. Dlatego też realizowanie tu dyspozycji relacji z innymi przez badanych studentów w największym stopniu uwarunkowane jest wartością dbania o dobro bliskich, rodziny i przyjaciół, czerpanie z przyjemności i nowych wrażeń, jak również ograniczeniem własnych działań i dążeń by nie krzywdzić inne osoby z otoczenia. Pomocna jest również wiara we własne możliwości i umiejętności w osiągnięciu sukcesu, dążenie do jego i czerpanie energii. W opozycji natomiast stoi wskaźnik by o zachowaniu zdrowia miał przesądzać przypadek, niżeli nawet konkretne wskazówki innych osób.

Wśród zmiennych niezależnych, na poziomie istotności statystycznej, w modelu utworzonym dla studentów Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej znalazły się dwie kategorie wartości oraz wskaźnik uogólnionej skuteczności. Model ten wyjaśnia 11,93% zmienności zmiennej zależnej komponentu relacji z innymi. Przy czym tylko w jednym przypadku charakter zależności jest odwrotnie proporcjonalny. Należy zaś sądzić, iż przejawiana dyspozycja w największym stopniu warunkowana jest dbaniem o dobro innych, bliskich osób, rodziny, grupy czy przyjaciół oraz wiarą w osiągnięcie sukcesu, motywacja do dalszego działania. W opozycji natomiast stoi wartość niezależności w myśleniu, działaniu czy wyborach, utożsamiane z poczuciem wolności.

Zmienne niezależne, które weszły w skład modelu regresyjnego w grupie badanych studentów z Uniwersytetu Medycznego, są mniej liczne, bo tylko jedna zależność znajdująca się na poziomie istotności statystycznej. Poziom zmienności wynosi tylko 9,67% w wyjaśnianiu zmiennej zależnej relacji z innymi (tabela 38). Jediną zależnością w tym odwrotnie proporcjonalną jest przekonanie, iż zachowanie prozdrowotnego stylu życia jest dziełem przypadku, a nie działaniem samej jednostki.

Natomiast w modelu utworzonym dla grupy studentów z Politechniki Lubelskiej, wyjaśniającym 10,10% zmienności zmiennej zależnej relacji z innymi, znalazły się dwie kategorie wartości będące na poziomie istotności statystycznej. Należy zatem sądzić, że wynik ten jest tłumaczony postępowaniem w nurcie osiągania przyjemności oraz zmysłowego podniecenia. Natomiast w opozycji do niej znajduje się wartość statusu i prestiżu społecznego, a nawet dominacja nad innymi, kontrola ludzi i ich zasobów.

Wśród zmiennych niezależnych, na poziomie istotności statystycznej, w modelu zaprezentowanych dla badanych studentów z Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego

znalazł się tylko jeden wskaźnik, który wskazuje na zależność wprost proporcjonalną. Przedstawiony model wyjaśnia 30,00% zmienności zmiennej zależnej komponentu relacji z innymi. Należy zatem sądzić, iż wzrostowi tejże zmiennej towarzyszy przekonanie o wewnętrznej kontroli, mobilizującej tym samym do działania w celu zapewnienia sobie dobrego zdrowia.

Z przeprowadzonych analiz wynika, że najsilniejszy udział w zmienności zmiennej zależnej dyspozycji relacji z innymi wykazują studenci z Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, a najslabiej studenci Uniwersytetu Medycznego. Struktury zależnościowe są widocznie uboższe porównując poprzednio analizowane komponenty zmiennych zależnych. Zdecydowanie mniejszy jest udział wskaźnika wartości, uogólnionej skuteczności czy samooceny.

4.2.1.9. Odpoczynek i sen

Odpoczynek powinien kojarzyć się przede wszystkim z czymś przyjemnym, pożądanym przez wszystkie osoby. Często utożsamiany jest z samym snem, który jest niezbędny i ma decydujący wpływ na kondycję jak i samopoczucie, stan zdrowia ze względu na swoje ogromne znaczenie w prawidłowym utrzymaniu zdrowia człowieka. W ciągu snu ciało ludzkie się regeneruje, układ nerwowy odpoczywa, stymulując tym samym procesy twórcze i kreatywność.

Tabela 39. Wyniki analizy regresji wielorakiej krokowej: wskaźniki zmiennej zależnej **odpoczynek i sen** i zmiennych niezależnych w badanej grupie studentów

Wskaźniki zmiennych niezależnych		Wszyscy studenci					
		R= ,23329512 R ² = ,05442661 R ² = ,04475818 F(5,489)=5,6293					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(489)	p
WARTOŚCI	hedonizm	0,126	0,054	0,030	0,013	2,324	0,021*
	władza	-0,103	0,054	-0,019	0,010	-1,898	0,058
	tradycja	0,069	0,048	0,010	0,007	1,451	0,147
UOGÓLNIONA SKUTECZNOŚĆ		0,138	0,047	0,027	0,009	2,923	0,004*
KONTROLA	wewnętrzna	0,070	0,047	0,020	0,013	1,513	0,131
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej					
		R= ,23217666 R ² = ,05390600 R ² = ,04608704 F(1,121)=6,8943					

		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(121)	p
UOGÓLNIANA SKUTECZNOŚĆ		0,232	0,088	0,053	0,020	2,626	0,010*
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Uniwersytetu Medycznego					
		R= ,47642627 R ² = ,22698199 R2= ,18437469 F(7,127)=5,3273					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(127)	p
WARTOŚCI	hedonizm	0,434	0,111	0,092	0,023	3,917	0,000*
	życzliwość	-0,264	0,098	-0,058	0,021	-2,689	0,008*
	przystosowanie	0,257	0,102	0,050	0,020	2,522	0,013*
	władza	-0,163	0,101	-0,027	0,017	-1,623	0,107
	stymulacja	-0,176	0,110	-0,035	0,022	-1,603	0,111
UOGÓLNIANA SKUTECZNOŚĆ		0,339	0,085	0,061	0,015	3,979	0,000*
KONTROLA	wewnętrzna	0,166	0,080	0,038	0,018	2,068	0,041*
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Politechniki Lubelskiej					
		R= ,28850224 R ² = ,08323354 R2= ,04535063 F(5,121)=2,1971					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(121)	p
WARTOŚCI	władza	-0,157	0,099	-0,030	0,019	-1,584	0,116
	życzliwość	0,175	0,096	0,031	0,017	1,826	0,070
Samoocena		0,112	0,089	0,018	0,015	1,256	0,211
UOGÓLNIANA SKUTECZNOŚĆ		0,113	0,102	0,025	0,022	1,107	0,270
KONTROLA	wewnętrzna	0,093	0,096	0,027	0,028	0,975	0,331
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego					
		R= ,37362374 R ² = ,13959470 R2= ,08947400 F(6,103)=2,7852					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(103)	p
WARTOŚCI	stymulacja	-0,270	0,147	-0,047	0,026	-1,839	0,069
	przystosowanie	0,293	0,135	0,053	0,025	2,166	0,033*
	osiągnięcia	0,233	0,139	0,034	0,020	1,673	0,097
KONTROLA	Wpływ innych	-0,204	0,095	-0,051	0,024	-2,150	0,034*
	wewnętrzna	0,206	0,100	0,061	0,029	2,073	0,041*
UOGÓLNIANA SKUTECZNOŚĆ		-0,118	0,112	-0,020	0,019	-1,049	0,297

*- wynik istotny statystycznie

Osoby zregenerowane, należycie wyspane mają więcej sił i motywacji do działania, pracy, wykazują się otwartością i przyjaznym nastawieniem. Natomiast niedostatek snu przyczynia się do powstawania zaburzeń procesów regeneracji, a to skutkuje obniżeniem odporności, radzenia sobie z różnymi sytuacjami życiowymi, stresem, rozdrażnieniem oraz negatywnymi relacjami z otoczeniem. Sen powinien być naturalny, niewymuszony, a przede wszystkim regularny. Zaczynając dzień po przespanej nocy, człowiek powinien być zmotywowany do działania, aktywny i pełen pomysłów zarówno w kwestii społecznej jak i fizycznej (zob. Kirenko, Boczowska, 2017).

Cząstkowe współczynniki regresji komponentu odpoczynku i snu, korelującego w poszczególnymi wymiarami uogólnionej skuteczności, wartościami, umiejscowieniem kontroli zdrowia, w grupach badanych studentów zaprezentowano w tabeli 39. Współczynniki determinacji i korelacji wielokrotnej są podane w kontekście analizowanych modeli.

Analiza uzyskanych wyników w zakresie rozpatrywanych tu zmiennych niezależnych upoważnia do stwierdzenia, iż w grupie badanych studentów największy udział, bo na poziomie statystycznej istotności, w zmienności wyników zmiennej zależnej komponentu odpoczynku i snu, mają jedna kategoria wartości oraz wskaźnik uogólnionej skuteczności. Pozwala on wyjaśnić wyłącznie 4,48% zmienności tej zmiennej zależnej. W obu przypadkach charakter zależnościowy jest wprost proporcjonalny. Można zatem przyjąć, że w ukazanym modelu regresyjnym badanych osób wzrost tej dyspozycji w największym stopniu jest uwarunkowany ich wartością poszukiwaniu przyjemności i dążeniem do niej, jak również wiary w możliwość sukcesu, który wyzwala dodatkową energię do działania.

W grupie studentów Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej zastosowany model zmienności pozwala na wyjaśnienie 46,09% zmienności zmiennej zależnej analizowanego komponentu odpoczynku i snu (tabela 39), a największy udział jak również jedyny, bo znajdujący się na poziomie istotności statystycznej dotyczy wskaźnika uogólnionej skuteczności. Można zatem przyjąć, że za realizację tej dyspozycji odpowiada wiara we własne możliwości, umiejętności i dążenie do obranego celu, który też wyzwala dodatkową motywację i energię.

Największy udział w zmienności tej zmiennej w grupie badanych studentów Uniwersytetu Medycznego, wyjaśniający 18,44% zmienności, miały trzy kategorie wartości, wskaźnik umiejscowienia kontroli oraz uogólnionej skuteczności. Sądzić należy, że wzrostowi wartości dyspozycji odpoczynku i snu towarzyszy adekwatny wzrost wartości zaspokojenia potrzeb i przyjemności oraz ograniczenie własnych działań, dążeń, impulsów, które mogłyby krzywdzić lub denerwować innych ludzi, naruszać społeczne normy. W opozycji to przedstawionej charakterystyki wartości, których zależność jest wprost proporcjonalna, wartość dbania o dobro innych, bliskich osób lub rodziny stoi w opozycji. Wraz ze wzrostem analizowanej zmiennej odpoczynku i snu wzrasta wiara we własne czyny, możliwości, umiejętności, prowadzące do określonego celu oraz świadome przekonanie, że jednostka ma czynny udział w zachowaniu zdrowia.

Utworzony dla badanych studentów Politechniki Lubelskiej model korelacyjny wyjaśnia jedynie 4,54% zmienności analizowanej tu zmiennej zależnej komponentu snu i odpoczynku. Składa się z dwóch kategorii wartości, ogólnym wskaźnikiem samooceny, uogólnionej skuteczności oraz wskaźnikiem umiejscowienia kontroli, ale żaden z nich nie jest na poziomie istotności statystycznej, więc nie sposób wskazać związku w analizowanych zmiennych.

Wśród badanych studentów z Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego model, który został wyznaczony przez jedną kategorię wartości, wskaźnik umiejscowienia kontroli, znajdujący się na poziomie istotności statystycznej, pozwala wyjaśnić 8,95% zmienności zmiennej zależnej. Dyspozycja ta uwarunkowana jest ograniczeniem własnych działań, dążeń, impulsów, które mogłyby skrzywdzić inne osoby bądź mogłyby naruszyć społeczne normy zachowania. Wraz ze wzrostem komponentu odpoczynku i snu, wzrasta również przekonanie o mobilizacji i efektywnego działania, wypływającego z jednostki, natomiast w opozycji uwidacznia się przekonanie jakoby to druga osoba mogłaby wskazać prawidłowy sposób zachowań prozdrowotnych.

Zaproponowane modele regresji zmiennej zależnej komponentu snu i odpoczynku uwidocznily mnogość zmienności zmiennych niezależnych w porównywanych grupach studentów. Najsilniej zarysowały się w grupie studentów Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, najslabiej zaś, bo żadnej zależności nie odnotowano w grupie studentów Politechniki Lubelskiej. Częstkowe wskaźniki otrzymanych modeli dotyczyły

w większości uogólnionej skuteczności, umiejscowienia kontroli, kategorii wartości, natomiast nie dotyczyły samooceny.

4.2.1.10. Ogólne zadowolenie z życia badanych studentów

Dyspozycja ogólnego zadowolenia z życia kojarzony jest również z satysfakcją życiową, czyli szeroko rozumianym stopniem bądź poziomem ukontentowania z życia, natomiast pojęcie to charakteryzuje się szerokim znaczeniem i odnosi się znacząco większej liczby realizowanych dziedzin życiowych i ich uwarunkowań, w którym szczególną rolę przypisuje się bilansowi życiowych osiągnięć.

Tabela 40. Wyniki analizy regresji wielorakiej krokowej: wskaźniki zmiennej zależnej *ogólne zadowolenie z życia* i zmiennych niezależnych w badanej grupie studentów

Wskaźniki zmiennych niezależnych		Wszyscy studenci					
		R= ,38272490 R ² = ,14647835 R ₂ = ,13598423 F(6,488)=13,958					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(488)	p
WARTOŚCI	osiągnięcia	0,107	0,054	0,027	0,014	1,972	0,049*
	hedonizm	0,133	0,051	0,045	0,017	2,617	0,009*
UOGÓLNIONA SKUTECZNOŚĆ		0,208	0,046	0,058	0,013	4,510	0,000*
Samoocena		0,095	0,043	0,019	0,009	2,243	0,025*
KONTROLA	przypadek	-0,068	0,043	-0,024	0,015	-1,575	0,116
	Wpływ innych	0,045	0,043	0,015	0,014	1,055	0,292
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej					
		R= ,41317527 R ² = ,17071380 R ₂ = ,14980742 F(3,119)=8,1656					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(119)	p
WARTOŚCI	tradycja	0,134	0,086	0,027	0,017	1,556	0,122
Samoocena		0,246	0,087	0,044	0,015	2,837	0,005*
UOGÓLNIONA SKUTECZNOŚĆ		0,215	0,086	0,061	0,024	2,490	0,014*
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Uniwersytetu Medycznego					
		R= ,46238358 R ² = ,21379858 R ₂ = ,18332565 F(5,129)=7,0160					
		b*	Bł. std.	b	Bł. std.	t(129)	p

			z b*		z b		
WARTOŚCI	hedonizm	0,304	0,091	0,103	0,031	3,327	0,001*
	przystosowanie	0,130	0,084	0,040	0,026	1,553	0,123
	władza	-0,144	0,099	-0,038	0,026	-1,449	0,150
UOGÓLNIANA SKUTECZNOŚĆ		0,338	0,082	0,098	0,024	4,114	0,000*
KONTROLA	przypadek	-0,085	0,079	-0,028	0,026	-1,081	0,282
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Politechniki Lubelskiej					
		R= ,37099094 R^2= ,13763428 R2= ,10935999 F(4,122)=4,8678					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(122)	p
WARTOŚCI	tradycja	0,306	0,093	0,075	0,023	3,278	0,001*
	władza	-0,225	0,107	-0,062	0,030	-2,099	0,038*
	hedonizm	0,126	0,107	0,047	0,040	1,179	0,241
UOGÓLNIANA SKUTECZNOŚĆ		0,150	0,097	0,047	0,030	1,550	0,124
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego					
		R= ,54779893 R^2= ,30008367 R2= ,25931185 F(6,103)=7,3601					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(103)	p
WARTOŚCI	osiągnięcia	0,297	0,122	0,059	0,024	2,436	0,017*
	władza	0,114	0,103	0,025	0,023	1,108	0,271
	tradycja	-0,189	0,103	-0,038	0,021	-1,839	0,069
	przystosowanie	0,170	0,124	0,042	0,031	1,373	0,173
UOGÓLNIANA SKUTECZNOŚĆ		0,186	0,098	0,042	0,022	1,895	0,061
KONTROLA	przypadek	-0,108	0,083	-0,036	0,028	-1,302	0,196

*- wynik istotny statystycznie

Termin ogólnego zadowolenia z życia jest silnie naznaczony pozytywnym kontekstem przestrzeni semantycznej ocenianego zjawiska. Dotyczy bowiem zagadnień związanych z przyjęciem postawy szczęścia, to człowiek, któremu udaje się pomyślnie zrealizować wcześniej założone cele, natomiast nie ogranicza się wyłącznie do tych działań. Niepowodzenia i porażki również wpisane są w ową sferę (zob. Kirenko, Boczowska, 2017).

W tabeli 40 zaprezentowano cząstkowe wskaźniki zmiennych niezależnych wchodzące w skład modeli współzależnościowych wraz z ich współczynnikami determinacji i korelacji wielokrotnej krokowej, utworzonych dla pięciu badanych grup studentów, w odniesieniu do zmiennej zależnej dyspozycji ogólnego zadowolenia z życia.

Wynik regresji wielokrotnej analizowanej zmiennej zależnej komponentu ogólnego zadowolenia z życia wskazuje udział zmiennych niezależnych w zmienności wyników grupy badanych studentów na poziomie 13,60%. Osoby badane utożsamiają analizowaną tu dyspozycję z dwiema kategoriami wartości, ogólnym wskaźnikiem samooceny jak również wskaźnikiem uogólnionej skuteczności, które to znajdują się na poziomie istotnym statystycznie. Należy zatem przyjąć, że osoby te łączą wyraźnie analizowany tu komponent z poszukiwaniem przyjemności, doznań jak również z osobistym sukcesem osiągniętym dzięki własnym kompetencjom, zgodnie ze społecznymi standardami. Co więcej, wzrostowi analizowanej zmiennej towarzyszy wprost proporcjonalny wzrost wiary w osiągnięcie zamierzonych celów, w swoje kompetencje i umiejętności oraz subiektywna postawa wobec siebie, emocji związanych z własną osobą, powiązaną z poznawczymi sądami o sobie.

Natomiast analiza uzyskanych wyników w odniesieniu do rozpatrywanej tu zmiennej zależnej komponentu ogólnego zadowolenia z życia w grupie badanych studentów z Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej wskazuje, iż zmienne niezależne, które miały największy udział, bo na poziomie istotności statystycznej, w wyjaśnianiu zmienności modelu funkcji regresji, stanowi ogólny wskaźnik samooceny oraz uogólnionej skuteczności. Przy czym współczynnik wyjaśniania tej zmiennej wynosi 14,98%. Należy więc sądzić, że badani studenci analizowaną zmienną kojarzą przede wszystkim ze świadomą, subiektywną postawą wobec siebie, wobec innych ludzi i emocji związanych z własną osobą, powiązaną z poznawczymi sądami o sobie oraz z wiarą w swoje kompetencje, możliwości i umiejętności umożliwiające osiągnięcie zamierzonego celu.

Największy udział w zmienności tej zmiennej w grupie studentów Uniwersytetu Medycznego (tabela 40), wyjaśniający 18,33% zmienności, mają jedna kategoria wartości oraz wskaźnik uogólnionej skuteczności. Należy więc sądzić, że wzrostowi wartości komponentu ogólnego zadowolenia z życia towarzyszy wzrost wartości poszukiwania

przyjemności oraz wiary we własne możliwości, kompetencje, będące bodźcem wyzwalającym energię do podjęcia dalszych aktywności.

W grupie studentów z Politechniki Lubelskiej zastosowany model zmienności pozwala na wyjaśnienie 10,96% zmienności zmiennej zależnej analizowanego komponentu ogólnego zadowolenia z życia, a największy udział w wyjaśnianiu tej zmiennej, na poziomie istotnym statystycznie, mają dwie kategorie wartości. Można zatem przyjąć, że za realizację tej dyspozycji w największym stopniu odpowiada wartość poszanowania i akceptacji zwyczajów, idei i tradycji własnej kultury, religii bądź rodziny, jak również wiąże się ze statusem i prestiżem społecznym, dominacją nad innymi ludźmi, kontrolą ludzi i ich zasobów.

Natomiast w grupie studentów Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego wartość współczynnika determinacji zmiennej wskazuje (tabela 40), że model zmiennych niezależnych, w skład którego weszła wyłącznie jedna kategoria wartości, wyjaśnia 25,93% zmienności zmiennej zależnej komponentu ogólnego zadowolenia z życia. Jest to zależność wprost proporcjonalna na poziomie istotności statystycznej. Dyspozycję tę wyjaśnia, wartość umacniająca siebie, osobistego sukcesu osiągniętego dzięki własnym kompetencjom, zgodnie z przyjętymi normami społecznymi.

Modele regresji zmiennej komponentu ogólnego zadowolenia z życia nie ujawniają tutaj różnorodności i mnogości zmiennych niezależnych, a można by przyjąć, że są dosyć nieliczne w analizowanych grupach badanych studentów lubelskich uczelni wyższych. W największym stopniu i zakresie cząstkowe wskaźniki otrzymanych modeli dotyczą przede wszystkim zmiennych samooceny, uogólnionej skuteczności oraz wartości, natomiast nie odnotowano zależności w zakresie umiejscowienia kontroli zdrowia. Najniższy wskaźnik zmienności był udziałem studentów Politechniki Lubelskiej, natomiast najsilniejszy u studentów Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.

4.2.1.11. „Mój Styl Życia- wynik ogólny”

Pojęcie stylu życia jest niejednoznaczne, trudne do zdefiniowania, ponieważ w jego skład wchodzi wiele struktur, komponentów zachowań, nastawień oraz przekonań ujawniających się w przeżywanych sytuacjach dnia codziennego.

Jest więc szczególnym sposobem funkcjonowania, specyficznym postępowaniem i aktywnością charakterystycznym dla danej grupy bądź społeczności, wyrażający się w powtarzalności zachowań bądź ich cykliczności.

Tabela 41. Wyniki analizy regresji wielorakiej krokowej: wskaźniki zmiennej zależnej „Mój Styl Życia- wynik ogólny” i zmiennych niezależnych w badanej grupie studentów

Wskaźniki zmiennych niezależnych		Wszyscy studenci					
		R= ,36678447 R ² = ,13453085 R ₂ = ,12209084 F(7,487)=10,814					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(487)	p
WARTOŚCI	władza	-0,062	0,050	-0,085	0,068	-1,246	0,213
	życzliwość	0,115	0,054	0,149	0,069	2,147	0,032*
	przystosowanie	0,091	0,059	0,141	0,090	1,563	0,119
	tradycja	0,076	0,051	0,085	0,056	1,502	0,134
Samoocena		0,063	0,043	0,067	0,045	1,471	0,142
UOGÓLNIONA SKUTECZNOŚĆ		0,232	0,044	0,338	0,064	5,256	0,000*
KONTROLA	przypadek	-0,107	0,042	-0,196	0,078	-2,523	0,012*
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej					
		R= ,35812521 R ² = ,12825366 R ₂ = ,10627686 F(3,119)=5,8359					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(119)	p
WARTOŚCI	bezpieczeństwo	0,275	0,094	0,333	0,114	2,929	0,004*
	stymulacja	-0,187	0,098	-0,293	0,153	-1,916	0,058
UOGÓLNIONA SKUTECZNOŚĆ		0,273	0,090	0,349	0,115	3,048	0,003*
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Uniwersytetu Medycznego					
		R= ,36237684 R ² = ,13131697 R ₂ = ,09764709 F(5,129)=3,9001					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(129)	p
WARTOŚCI	hedonizm	0,304	0,091	0,103	0,031	3,327	0,001*
	przystosowanie	0,130	0,084	0,040	0,026	1,553	0,123
	władza	-0,144	0,099	-0,038	0,026	-1,449	0,150
UOGÓLNIONA SKUTECZNOŚĆ		0,338	0,082	0,098	0,024	4,114	0,000*

KONTROLA	przypadek	-0,085	0,079	-0,028	0,026	-1,081	0,282
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Politechniki Lubelskiej					
		R= ,52181554 R ² = ,27229146 R ² = ,24222085 F(5,121)=9,0551					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(121)	p
WARTOŚCI	tradycja	0,379	0,093	0,504	0,124	4,065	0,000*
	stymulacja	0,129	0,092	0,261	0,187	1,392	0,166
	życzliwość	0,222	0,090	0,306	0,124	2,467	0,015*
	władza	-0,236	0,091	-0,356	0,138	-2,576	0,011*
KONTROLA	przypadek	-0,141	0,080	-0,319	0,181	-1,759	0,081
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego					
		R= ,59565728 R ² = ,35480760 R ² = ,32378873 F(5,104)=11,438					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(104)	p
WARTOŚCI	uniwersalizm	0,428	0,146	0,312	0,106	2,938	0,004*
	bezpieczeństwo	-0,230	0,139	-0,251	0,152	-1,650	0,102
	osiągnięcia	0,262	0,116	0,312	0,138	2,257	0,026*
UOGÓLNIANA SKUTECZNOŚĆ		0,237	0,092	0,321	0,125	2,562	0,012*
KONTROLA	Wpływ innych	-0,215	0,083	-0,442	0,170	-2,598	0,011*

*- wynik istotny statystycznie

Zauważalne jest, że tworzą one nieprzypadkowe, ale również wyjątkowe schematy bądź wzory związane z zespołami zachowań i postaw, które są uwarunkowane również środowiskowo. Styl życia jest ściśle związany i zdeterminowany zdrowiem człowieka, jako pewna funkcja możliwości, uwarunkowań i wyborów, które powiązane ze sobą wraz z zachowaniami, zwyczajami czy nawykami. One zaś mają realną możliwość wpływania na poziom ryzyka przedwczesnego rozwoju trudności, chorób, uwarunkowanymi czynnikami społeczno-kulturowymi i dyspozycjami podmiotowymi. Są to decyzje podejmowane przez jednostki, które dotyczą ich zdrowia i nad którymi mogą mieć większą bądź mniejszą kontrolę (zob. Kirenko, Boczkowska, 2017).

Wśród badanych studentów lubelskich uczelni wyższych poszukiwano zatem współzależności za pomocą zastosowania funkcji regresji wielokrotnej krokowej między zmienną zależną ogólnego stylu życia a zmiennymi niezależnymi samooceny, wartości,

uogólnionej skuteczności oraz umiejscowienia kontroli zdrowia, których to wyniki prezentuje tabela 41.

W odniesieniu do zmiennej zależnej jaką jest wynik ogólny „Mojego Stylu Życia” utworzone modele współzależnościowe w każdej z badanych grup studentów przedstawiają się inaczej (tabela 41). Wśród zmiennych niezależnych składających się model w całej grupie badanych studentów na poziomie statystycznej istotności znalazły się jedna kategoria wartości, wskaźnik uogólnionej skuteczności oraz rodzaj umiejscowienia kontroli zdrowia. Stworzony model wyjaśnia jedynie 12,21% zmienności zmiennej zależnej. W większości przypadków analizowanych zmiennych niezależnych mają one charakter wprost proporcjonalny. Stąd realizowanie tej zmiennej przez badanych studentów w największym stopniu uwarunkowanej jest dbaniem o dobro bliskich osób, członków rodziny, grupy czy przyjaciół oraz wiarą we własne możliwości, kompetencje czy umiejętności w osiągnięciu zamierzonego celu, który stanowić może bodziec do dalszych aktywności. W opozycji do przedstawionej charakterystyki stoi przekonanie, iż zachowanie zdrowia jednostki uwarunkowane jest przypadkiem.

W modelu stworzonym dla grupy studentów z Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej (tabela 41), wyjaśniającym zaledwie 10,63% zmienności zmiennej zależnej wyniku ogólnego „Mój Styl Życia”, znalazły się jedna kategoria wartości oraz wskaźnik uogólnionej skuteczności. Należy zatem sądzić, iż wzrostowi wartości tej dyspozycji towarzyszy proporcjonalny wzrost wartości harmonii, porządku i stabilizacji w całym społeczeństwie i relacjach międzyludzkich jak również bezpieczeństwo narodu rodziny. A ponadto, wzrost analizowanej wartości przekłada się na wzrost wiary we własne możliwości, umiejętności i kompetencje, dążenie do osiągnięcia celu wyzwalając tym samym dodatkową, motywującą energię.

Największy udział w zmienności tej zmiennej w grupie badanych studentów Uniwersytetu Medycznego (tabela 41), wyjaśniający 9,76% zmienności analizowanej zmiennej wyniku ogólnego „Mój Styl Życia”, mają jedna kategoria wartości oraz wskaźnik uogólnionej skuteczności. Należy zatem przyjąć, że wzrostowi wartości analizowanej dyspozycji, towarzyszy wzrost poczucia bądź poszukiwania przyjemności i zaspokojenia zmysłowego jak również wiara we własne możliwości, wskazując na rzeczywiste możliwości jednostki w osiągnięciu zamierzonego celu.

Wśród badanych studentów Politechniki Lubelskiej model, który został wyznaczony przez trzy kategorie wartości, będące na poziomie istotności statystycznej, pozwoliły na wyjaśnienie 24,22% zmienności zmiennej zależnej wyniku ogólnego „Mój Styl Życia”. Dyspozycja ta uwarunkowana jest akceptacją i podtrzymywaniem zwyczajów, idei, tradycji własnej kultury, religii bądź rodziny, jak również dbaniem o dobro bliskich osób, członków rodziny, grupy i przyjaciół. Nie łączy się natomiast ze statusem i prestiżem społecznym, dominacją nad innymi ludźmi, kontrolą ludzi i ich zasobów.

Natomiast w grupie studentów z Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego wartość współczynnika determinacji wskazuje (tabela 41), że model zmiennych niezależnych, w skład którego weszło dwie kategorie wartości, wskaźnik uogólnionej skuteczności oraz umiejscowienia kontroli zdrowia, wyjaśnia 32,38% zmienności zmiennej zależnej ogólnego wyniku „Mój Styl Życia”. Najczęściej jest to zależność wprost proporcjonalna. Dyspozycję tę zatem wyjaśnia osobisty sukces osiągnięty dzięki własnym kompetencjom, zgodnie z przyjętymi standardami społecznymi, jak również zrozumienie, szacunek i tolerancja w stosunku do wszystkich ludzi, dobro ludzi i otaczającej natury oraz wiara we własne możliwości, kompetencje, rzeczywiste umiejętności jednostki warunkujące osiągnięcie sukcesu. Natomiast w opozycji do wyżej przedstawionej charakterystyki stoi przekonanie, iż zachowanie zdrowia jednostki uwarunkowane jest wpływem innych osób, np. specjalisty.

Modele regresji wielokrotnej krokowej zmiennej zależnej wyniku ogólnego „Mój Styl Życia” nie ujawniły tutaj znaczącej różnorodności zmienności zmiennych niezależnych w porównywanych grupach studentów. W największym stopniu i zakresie cząstkowe wskaźniki otrzymanych modeli dotyczą przede wszystkim zmiennych wartości, umiejscowienia kontroli oraz uogólnionej skuteczności. Najniższy wskaźnik zmienności był udziałem studentów Politechniki Lubelskiej, a najsilniejszy, analogicznie do wcześniejszych wyników, był udziałem studentów Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.

4.2.2. Zachowania zdrowotne badanych studentów lubelskich uczelni wyższych

Do najważniejszych zachowań związanych z zachowaniem zdrowia należą prawidłowe nawyki żywieniowe oraz zachowanie aktywności ruchowej. Odgrywają one

szczególnie ważną rolę w profilaktyce i leczeniu wielu chorób. Podejmowane zachowania zdrowotne w dużym stopniu uwarunkowane są warunkami socjoekonomicznymi oraz środowiskiem z którego pochodzi człowiek (zob. Łaszek, Nowacka, Gawron-Skarbek, Szatko, 2011).

4.2.2.1. *Prawidłowe nawyki żywieniowe badanych studentów*

Przez pojęcie prawidłowych nawyków żywieniowych rozumie się przede wszystkim zwyczaje żywieniowe, odpowiednio zbilansowane posiłki, które dostarczają energii i zapewniają optymalny rozwój jednostki. Zwyczaje żywieniowe czy regularność spożywania posiłków mają korzystny wpływ na stan zdrowia człowieka (zob. Rasińska, 2012).

Tabela 42. Wyniki analizy regresji wielorakiej krokowej: wskaźniki zmiennej zależnej prawidłowe nawyki żywieniowe i zmiennych niezależnych w badanej grupie studentów

Wskaźniki zmiennych niezależnych		Wszyscy studenci					
		R= ,47237736 R ² = ,22314037. R2= ,21519702 F(5,489)=28,091					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(489)	p
WARTOŚCI	życzliwość	0,150	0,055	0,122	0,045	2,713	0,007*
	bezpieczeństwo	-0,064	0,058	-0,049	0,045	-1,103	0,270
	uniwersalizm	0,316	0,061	0,147	0,028	5,186	0,000*
KONTROLA	przypadek	-0,305	0,054	-0,351	0,062	-5,684	0,000*
UMIEJSCOWIENIE KONTROLI-wynik ogólny		0,234	0,055	0,139	0,032	4,288	0,000*
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej					
		R= ,51929865 R ² = ,26967108 R2= ,22521628 F(7,115)=6,0662					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(115)	p
WARTOŚCI	stymulacja	-0,180	0,109	-0,213	0,129	-1,648	0,102
	kierowanie sobą	0,141	0,124	0,141	0,125	1,135	0,259
	przystosowanie	0,154	0,103	0,163	0,110	1,485	0,140
	hedonizm	-0,207	0,107	-0,269	0,139	-1,934	0,056
	uniwersalizm	0,405	0,133	0,233	0,076	3,053	0,003*
KONTROLA	Wpływ innych	0,215	0,083	0,223	0,086	2,591	0,011*
UOGÓLNIANA SKUTECZNOŚĆ		0,156	0,088	0,150	0,085	1,768	0,080
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Uniwersytetu Medycznego					
		R= ,30234213 R ² = ,09141077 R2= ,07060338					

		F(3,131)=4,3932					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(131)	p
WARTOŚCI	uniwersalizm	0,122	0,085	0,055	0,038	1,436	0,153
Samooceana		0,211	0,085	0,158	0,064	2,488	0,014*
KONTROLA	przypadek	-0,149	0,084	-0,152	0,086	-1,768	0,079
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Politechniki Lubelskiej					
		R= ,55447365 R ² = ,30744103. R2= ,27281308 F(6,120)=8,8784					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(120)	p
WARTOŚCI	życzliwość	0,191	0,097	0,139	0,070	1,968	0,051
	bezpieczeństwo	-0,103	0,098	-0,079	0,075	-1,043	0,299
	uniwersalizm	0,312	0,103	0,145	0,048	3,031	0,003*
KONTROLA	przypadek	-0,360	0,101	-0,431	0,121	-3,554	0,001*
UMIEJSCOWIENIE KONTROLI-wynik ogólny		0,282	0,107	0,146	0,056	2,622	0,010*
Samooceana		-0,174	0,078	-0,117	0,053	-2,230	0,028*
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego					
		R= ,62966536 R ² = ,39647847 R2= ,36746301 F(5,104)=13,664					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(104)	p
WARTOŚCI	uniwersalizm	0,556	0,104	0,240	0,045	5,359	0,000*
	hedonizm	-0,241	0,106	-0,247	0,109	-2,273	0,025*
KONTROLA	wewnętrzna	0,137	0,115	0,195	0,163	1,197	0,234
	przypadek	-0,403	0,137	-0,480	0,163	-2,941	0,004*
UMIEJSCOWIENIE KONTROLI- wynik ogólny		0,379	0,165	0,238	0,103	2,301	0,023*

*- wynik istotny statystycznie

Współczynniki regresji wielorakiej dla 5 modeli wszystkich badanych grup studentów będących słuchaczami Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Uniwersytetu Medycznego, Politechniki Lubelskiej i Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, gdzie komponent prawidłowych nawyków żywieniowych oddzielnie korelował ze zmiennymi niezależnymi wartości, umiejscowienia kontroli, uogólnionej skuteczności oraz samooceny, przedstawiono w tabeli 42. W niej zawarto również wartości miar dobroci dopasowania modeli.

Z analizy uzyskanych wyników w zakresie rozpoznawanych tu zmiennych niezależnych (tabela 42) wynika, że w grupie badanych studentów największy udział, bo na poziomie statystycznej istotności, w zmienności wyników zmiennej zależnej komponentu prawidłowych nawyków żywieniowych ma globalny wskaźnik umiejscowienia kontroli, jego jedna kategoria oraz dwie kategorie wartości. Model ten pozwala wyjaśnić 21,52% zmienności zmiennej zależnej. Nie ulega więc wątpliwości, że ujawniane przez badanych prawidłowe nawyki żywieniowe ściśle uwarunkowane są z wartością dbania o dobro bliskich osób, członków rodziny, grup i przyjaciół, jak również zrozumieniem, szacunkiem i tolerancją w stosunku do wszystkich ludzi. Wraz ze wzrostem zmiennej zależnej komponentu prawidłowe nawyki żywieniowe proporcjonalnie wzrasta nasilenie wskaźnika umiejscowienia kontroli zdrowia. Natomiast w opozycji do powyższej charakterystyki znajduje się wskaźnik umiejscowienia kontroli, świadczący o tym, iż badane osoby analizowaną dyspozycję nie łączą zachowania zdrowia z przypadkowymi czynnikami mogących jakby warunkować dobrostan fizyczny czy psychiczny.

Natomiast w grupie studentów z Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej zastosowany model zmienności pozwala na wyjaśnienie 22,52% zmienności zmiennej zależnej komponentu prawidłowych nawyków żywieniowych (tabela 42), przy czym największy udział w wyjaśnieniu tej zmienności, będąc na poziomie istotnym statystycznie, ma jedna kategoria wartości i jeden wskaźnik umiejscowienia kontroli. Można zatem stwierdzić, że w realizacji tej dyspozycji w największym stopniu łączona jest ze zrozumieniem, szacunkiem i tolerancją w stosunku do wszystkich ludzi jak i przyrody. Dyspozycja jest również łączona z przekonaniem by to inni ludzie np. lekarz mieli realny wpływ na zachowanie zdrowia badanych studentów.

Wśród badanych studentów Uniwersytetu Medycznego model, który został wyznaczony przez jedną kategorię będącą zarazem na poziomie istotności statystycznej jest globalny wskaźnik samooceny, pozwala wyjaśnić tylko 7,06% zmienności zmiennej zależnej. Dyspozycja ta zatem jest zdeterminowana świadomą, subiektywną postawą wobec siebie, wobec innych emocji związanych z własną osobą, powiązaną z poznawczymi sądami o sobie.

Wśród zmiennych niezależnych, na poziomie statystycznej istotności, w modelu zaproponowanym dla studentów Politechniki Lubelskiej znalazła się jedna kategoria wartości, wskaźnik umiejscowienia kontroli oraz jego globalny wynik, jak również wskaźnik samooceny. Przedstawiony model pozwana wyjaśnić 27,28% zmienności zmiennej zależnej komponentu prawidłowych nawyków żywieniowych. Analizowana dyspozycja w największym stopniu uwarunkowana jest wartością zrozumienia, szacunku i tolerancji w stosunku do wszystkich ludzi i środowiska, jak wraz ze wzrostem zmiennej zależnej, wzrasta globalny wynik umiejscowienia kontroli zdrowia. W opozycji do przedstawionej charakterystyki znajduje się przekonanie by zachowanie zdrowia należało do przypadkowych działań oraz potrzebna jest świadoma, subiektywna postawa wobec siebie, wobec innych emocji związanych ze swoją osobą, powiązana z poznawczymi sędziami o sobie.

W modelu stworzonym dla studentów z Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego (tabela 42), wyjaśniającym 36,75% zmienności zmiennej zależnej komponentu prawidłowych nawyków żywieniowych, znalazło się dwie kategorie wartości, jeden wskaźnik umiejscowienia kontroli oraz globalny wskaźnik kontroli, będące na poziomie istotności statystycznej. Należy zatem sądzić, że wzrostowi wartości tej dyspozycji towarzyszy wzrost wprost proporcjonalny wartości zrozumienia, szacunku i tolerancji w stosunku do wszystkich ludzi i przyrody, jak również wzrost globalnego wskaźnika umiejscowienia kontroli zdrowia. Natomiast w opozycji stoi wartość poszukiwania przyjemności czy zaspokojenia oraz przekonanie, by zachowaniu zdrowia miałyby przesądzić przypadek.

Modele regresji zmiennej zależnej komponentu prawidłowe nawyki żywieniowe ujawniają znaczącą różnorodność zmienności zmiennych niezależnych w porównywanych grupach badanych studentów z lubelskich uczelni wyższych. W największym stopniu i zakresie częściowe wskaźniki otrzymanych modeli dotyczą przede wszystkim zmiennych wartości, umiejscowienia kontroli oraz samooceny. W zdecydowanie mniejszym stopniu z wymiarem uogólnionej skuteczności. Najniższy wskaźnik zmienności był udziałem studentów Uniwersytetu Medycznego, zaś najsilniejszy u osób z Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.

4.2.2.2. Zachowania profilaktyczne studentów lubelskich uczelni wyższych

Profilaktyka jest jednym z elementów w zakresie problematyki zachowań zdrowotnych. Poza profilaktyką, wyróżnić można działania o charakterze edukacyjnym, promującym zdrowie, leczenie i postępowanie po chorobie. Profilaktyka zdrowia ma na celu zapobieganie problemom zdrowotnym, zanim one wystąpią oraz podejmowanie interwencji we wczesnych fazach występowania (zob. Woynarowska, 2018).

Tabela 43. Wyniki analizy regresji wielorakiej krokowej: wskaźniki zmiennej zależnej zachowania profilaktyczne i zmiennych niezależnych w badanej grupie studentów

Wskaźniki zmiennych niezależnych		Wszyscy studenci					
		R= ,45874564 R ² = ,21044757 R ₂ = ,19579608 F(9,485)=14,364					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(485)	p
WARTOŚCI	kierowanie sobą	0,114	0,062	0,088	0,048	1,840	0,066
	władza	-0,059	0,049	-0,050	0,041	-1,205	0,229
	życzliwość	0,089	0,058	0,071	0,046	1,544	0,123
	przystosowanie	0,091	0,056	0,087	0,053	1,637	0,102
	uniwersalizm	0,143	0,064	0,066	0,029	2,245	0,025*
KONTROLA	Wpływ innych	0,230	0,043	0,247	0,046	5,366	0,000*
	przypadek	-0,176	0,041	-0,199	0,047	-4,239	0,000*
UOGÓLNIONA SKUTECZNOŚĆ		0,064	0,044	0,058	0,040	1,438	0,151
Samoocena		0,043	0,041	0,028	0,027	1,052	0,293
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej					
		R= ,44120987 R ² = ,19466615 R ₂ = ,17436361 F(3,119)=9,5883					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(119)	p
WARTOŚCI	hedonizm	-0,110	0,100	-0,137	0,124	-1,103	0,272
	uniwersalizm	0,401	0,100	0,220	0,055	3,992	0,000*
KONTROLA	Wpływ innych	0,302	0,083	0,300	0,082	3,653	0,000*
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Uniwersytetu Medycznego					
		R= ,52140084 R ² = ,27185883 Popraw. R ₂ = ,23772722 F(6,128)=7,9650					

		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(128)	p
WARTOŚCI	osiągnięcia	-0,170	0,096	-0,146	0,082	-1,772	0,079
	stymulacja	0,122	0,089	0,124	0,090	1,369	0,173
	życzliwość	0,243	0,082	0,270	0,091	2,963	0,004*
UOGÓLNIONA SKUTECZNOŚĆ		0,189	0,084	0,174	0,078	2,245	0,026*
KONTROLA	przypadek	-0,238	0,076	-0,252	0,081	-3,123	0,002*
	Wpływ innych	0,343	0,076	0,390	0,087	4,484	0,000*
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Politechniki Lubelskiej					
		R= ,57006056 R ² = ,32496905 R ² = ,29121750 F(6,120)=9,6283					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(120)	p
WARTOŚCI	przystosowanie	0,217	0,092	0,212	0,090	2,365	0,020*
	hedonizm	-0,241	0,109	-0,264	0,119	-2,209	0,029*
	stymulacja	0,146	0,099	0,160	0,108	1,473	0,143
	kierowanie sobą	0,347	0,120	0,259	0,090	2,889	0,005*
KONTROLA	Wpływ innych	0,327	0,080	0,317	0,078	4,066	0,000*
	Przypadek	-0,331	0,081	-0,405	0,099	-4,090	0,000*
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego					
		R= ,51431338 R ² = ,26451825 R ² = ,22167466 F(6,103)=6,1740					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(103)	p
WARTOŚCI	uniwersalizm	0,192	0,134	0,076	0,053	1,436	0,154
	tradycja	0,251	0,109	0,164	0,071	2,311	0,023*
	osiągnięcia	0,242	0,117	0,157	0,076	2,059	0,042*
	przystosowanie	-0,196	0,129	-0,158	0,104	-1,524	0,130
KONTROLA	wewnętrzna	0,108	0,089	0,141	0,116	1,210	0,229
	Wpływ innych	0,092	0,089	0,103	0,100	1,034	0,303

*- wynik istotny statystycznie

Wśród badanych studentów poszukiwano współzależności za pomocą regresji wielokrotnej krokowej między zmienną zależną tego zachowania zdrowotnego a zmiennymi niezależnymi: wartości, umiejscowienie kontroli, uogólniona skuteczność oraz samoocena, zaś wyniki zaprezentowano w tabeli 43.

Na podstawie analizy danych zawartych w tabeli 43 można stwierdzić, że w grupie badanych studentów z lubelskich uczelni wyższych zmienne niezależne wyjaśniają 19,58% zmienności zmiennej zależnej komponentu zachowania profilaktyczne. W modelu zmiennych niezależnych, współzależnych na poziomie istotnym statystycznie znalazła się jedna kategoria wartości oraz dwa wskaźniki umiejscowienia kontroli zdrowia. Należy zatem stwierdzić, że w realizacji tego komponentu służy wartość zrozumienia, szacunki i tolerancji względem innych osób jak również względem przyrody. Badani łączą ową dyspozycję również z umiejscowieniem kontroli, jakoby to wpływ innych osób, specjalistów miałby realny wpływ na zachowanie ich dobrostanu. Natomiast, w przeciwieństwie do tego stoi przekonanie, by to przypadek wpływał na zachowanie zdrowia bądź jego pogorszenie.

Natomiast wśród osób z Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej skorygowany współczynnik determinacji jest nieco niższy, ponieważ wskazuje na 17,44% możliwości interpretacji zmienności zmiennej zależnej komponentu zachowań profilaktycznych (tabela 43). Zmienne niezależne mające największy udział, bo na poziomie statystycznej istotności, w wyjaśnianiu tej zmienności to jedna kategoria wartości oraz jeden wskaźnik umiejscowienia kontroli. Można więc przyjąć, że wzrostowi zmiennej zależnej towarzyszy proporcjonalny wzrost wartości szacunku, zrozumienia i okazywania tolerancji w stosunku do wszystkich ludzi jak również przekonanie o wpływie innych osób na zachowanie dobrostanu psychicznego i fizycznego badanych.

Największy zaś udział zmienności zmiennej zależnej, jaką jest komponent zachowania profilaktyczne u badanych studentów Uniwersytetu Medycznego ma jedna kategoria wartości, wskaźnik uogólnionej skuteczności oraz dwie kategorie umiejscowienia kontroli zdrowia, istotne na poziomie statystycznym. Natomiast uzyskana miara dobroci dopasowania modelu wynosi 23,77% (tabela 43). Można zatem przyjąć, że badani studenci analizowaną tu dyspozycję utożsamiają z dbaniem o innych ich dobro, bliskość członków rodziny, grup czy przyjaciół, jak również uwarunkowana jest wiarą we własne możliwości i umiejętności, mogące dostarczyć dodatkową energię do podejmowania nowych celów.

Uzyskane wyniki regresji wielokrotnej krokowej w zakresie współzależności komponentu zachowania profilaktyczne wskazują, iż w grupie studentów Politechniki

Lubelskiej współczynnik determinacji tej dyspozycji ze zmiennymi niezależnymi wynosi 29,12% (tabela 43). W modelu funkcji regresji tej grupy stwierdzono trzy kategorie wartości oraz dwa typy umiejscowienia kontroli, będące na poziomie istotności statystycznej. Osoby badane zatem analizowany tu komponent łączą głównie ze wzrostem niezależności w myśleniu, działaniach i wyborach oraz ograniczeniem własnych działań, dążeń, impulsów, które mogłyby krzywdzić bądź denerwować innych ludzi, naruszać społeczne oczekiwania i normy. Ponadto z przekonaniem, by zdrowie jednostki powiązane było również z działaniem osób trzecich np. specjalistów. W opozycji do powyższej charakterystyki, stoi przekonanie, iż owe zdrowie i utrzymanie go w dobrostanie zależne jest od przypadku, jak również z poszukiwaniem przyjemności czy sensualnym zaspokojeniem.

Wśród zmiennych niezależnych, na poziomie istotności statystycznej, w modelu zaproponowanym dla studentów Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego znalazły się dwie kategorie wartości. Zabrakło natomiast innych wskaźników, jak na przykład samoocena, czy umiejscowienie kontroli zdrowia. Model ów wyjaśnia 22,16% zmienności zmiennej zależnej komponentu zachowania profilaktyczne. Analizowana dyspozycja w największym stopniu uwarunkowana jest akceptacją i podtrzymywaniem zwyczajów, idei i tradycji własnej kultury, religii lub rodziny, jak również osobistym sukcesem osiągniętym dzięki własnym kompetencjom, zgodnie ze społecznymi standardami.

Z przeprowadzonych analiz wynika, że najsilniejszy udział w zmienności zachowań profilaktycznych wykazują studenci Politechniki Lubelskiej, natomiast najslabszy studenci Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie. Struktury zależnościowe poszczególnych modeli zależnościowych są podobne jak w poprzednio analizowanym komponente, natomiast uwidacznia się tutaj znaczne nasilenie zmiennej niezależnej umiejscowienia kontroli zdrowia. Nie odnotowano żadnych współzależności zmiennej zależnej z samooceną.

4.2.2.3. *Pozytywne nastawienie psychiczne*

Zachowania zdrowotne to świadome działania społeczności, które ukierunkowują działania ludzi na zwiększenie potencjału zdrowia i eliminację czynników zagrażających. Na wymienione zachowania składają się zachowania związane zarówno ze zdrowiem fizycznym (np. dbałość o ciało, racjonalne żywienie, sen itp.) jak również ze zdrowiem

psychicznym. Dobremu zdrowiu fizycznemu i psychicznemu zawdzięcza się również dobre samopoczucie i nastawienie do podjęcia różnorodnych aktywności, co przekłada się również na pokonywanie trudności i osiągnięcie zamierzonych celów (zob. Muszalik, Zielińska-Więczkowska, Kędziora-Konratowska, Konratowski, 2013).

Tabela 44. Wyniki analizy regresji wielorakiej krokowej: wskaźniki zmiennej zależnej pozytywne nastawienia psychiczne i zmiennych niezależnych w badanej grupie studentów

Wskaźniki zmiennych niezależnych		Wszyscy studenci					
		R= ,54090309 R ² = ,29257615 R ₂ = ,28240784 F(7,487)=28,773					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(487)	p
WARTOŚCI	tradycja	0,099	0,045	0,063	0,028	2,208	0,028*
	hedonizm	0,250	0,045	0,253	0,045	5,559	0,000*
	uniwersalizm	0,156	0,049	0,066	0,021	3,164	0,002*
KONTROLA	Wpływ innych	0,090	0,068	0,089	0,067	1,318	0,188
	Przypadek	-0,218	0,062	-0,228	0,065	-3,513	0,000*
UOGÓLNIONA SKUTECZNOŚĆ		0,161	0,041	0,133	0,034	3,958	0,000*
UMIEJSCOWIENIE KONTROLI- wynik ogólny		0,118	0,092	0,064	0,049	1,291	0,197
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej					
		R= ,60805589 R ² = ,36973196 R ₂ = ,31345803 F(10,112)=6,5702					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(112)	p
WARTOŚCI	uniwersalizm	0,248	0,143	0,114	0,066	1,741	0,084
	bezpieczeństwo	0,156	0,103	0,115	0,076	1,509	0,134
	kierowanie sobą	-0,215	0,119	-0,172	0,096	-1,800	0,075
	hedonizm	0,107	0,106	0,112	0,110	1,015	0,312
	życzliwość	0,187	0,121	0,145	0,094	1,540	0,126
	osiągnięcia	-0,211	0,119	-0,162	0,091	-1,777	0,078
	władza	0,138	0,101	0,106	0,078	1,359	0,177
UOGÓLNIONA SKUTECZNOŚĆ		0,384	0,084	0,298	0,065	4,593	0,000*
KONTROLA	Wpływ innych	0,209	0,078	0,174	0,065	2,685	0,008*
	Przypadek	-0,104	0,079	-0,093	0,071	-1,318	0,190
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Uniwersytetu Medycznego					
		R= ,57733383 R ² = ,33331435 R ₂ = ,28531299					

		F(9,125)=6,9439					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(125)	p
WARTOŚCI	osiągnięcia	-0,191	0,098	-0,166	0,085	-1,952	0,053
	stymulacja	0,137	0,104	0,140	0,106	1,315	0,191
	tradycja	0,177	0,084	0,120	0,057	2,117	0,036*
	uniwersalizm	0,116	0,095	0,055	0,045	1,225	0,223
	hedonizm	0,230	0,092	0,250	0,100	2,500	0,014*
UOGÓLNIANA SKUTECZNOŚĆ		0,246	0,082	0,228	0,076	2,988	0,003*
Samoocena		0,151	0,076	0,118	0,060	1,989	0,049*
KONTROLA	Przypadek	-0,196	0,076	-0,209	0,081	-2,572	0,011*
	Wewnętrzna	0,131	0,078	0,153	0,091	1,676	0,096
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Politechniki Lubelskiej					
		R= ,58215004 R^2= ,33889867 R2= ,29407824 F(8,118)=7,5613					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(118)	p
WARTOŚCI	tradycja	0,259	0,091	0,166	0,058	2,851	0,005*
	osiągnięcia	0,144	0,111	0,113	0,087	1,305	0,194
	władza	-0,223	0,097	-0,162	0,070	-2,313	0,022*
	stymulacja	0,189	0,095	0,184	0,092	1,997	0,048*
KONTROLA	Wpływ innych	0,304	0,082	0,263	0,071	3,708	0,000*
	Przypadek	-0,143	0,083	-0,155	0,091	-1,716	0,089
UOGÓLNIANA SKUTECZNOŚĆ		0,154	0,093	0,127	0,076	1,660	0,100
Samoocena		0,107	0,078	0,066	0,048	1,375	0,172
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego					
		R= ,67238616 R^2= ,45210315 R2= ,40870538 F(8,101)=10,418					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(101)	p
WARTOŚCI	życzliwość	0,211	0,126	0,137	0,082	1,673	0,097
	bezpieczeństwo	-0,242	0,148	-0,154	0,094	-1,633	0,106
	hedonizm	0,345	0,116	0,348	0,117	2,983	0,004*
	osiągnięcia	0,224	0,111	0,155	0,077	2,010	0,047*
	uniwersalizm	0,369	0,144	0,157	0,061	2,554	0,012*
	przystosowanie	-0,262	0,115	-0,227	0,099	-2,284	0,024*

KONTROLA	Wpływ innych	0,090	0,083	0,108	0,100	1,081	0,282
	Przypadek	-0,167	0,079	-0,196	0,093	-2,103	0,038*

*- wynik istotny statystycznie

Częstkowe współczynniki regresji w odniesieniu do pięciu modeli regresyjnych, w których komponent pozytywnego nastawienia oddzielnie korelował ze zmiennymi niezależnymi wartości, samooceny, uogólnionej skuteczności oraz umiejscowienia kontroli przedstawiono w tabeli 44. Tam też zawarto wartości miar dobroci dopasowania modeli.

Analiza uzyskanych wyników w zakresie rozpatrywanych tu zmiennych niezależnych (tabela 44) upoważnia do stwierdzenia, że w grupie badanych studentów z lubelskich uczelni wyższych największy udział, bo na poziomie statystycznej istotności, w zmienności wyników zmiennej zależnej komponentu pozytywnego nastawienia, ma trzy kategorie wartości, jeden wskaźnik umiejscowienia kontroli oraz uogólnionej skuteczności. Model ten pozwala wyjaśnić 28,24% zmienności zmiennej zależnej. Nie ulega zatem wątpliwości, iż w ukazanym modelu regresyjnym badanych studentów ujawnianie przez nich pozytywne nastawienie psychiczne jest uwarunkowane akceptacją i podtrzymywaniem zwyczajów, idei i tradycji własnej kultury, religii lub rodziny, jak również okazany respekt w stosunku do nich. Badani studenci łączą analizowaną dyspozycję również z wartością zrozumienia, szacunku i tolerancji w stosunku do wszystkich ludzi, poszukiwaniem doznań i przyjemności jak również wiarą we własne kompetencje, umiejętności i zdolności, które przekładają na stawianie nowych celów i dążenie do ich realizacji. W opozycji do powyższej charakterystyki stoi przekonanie, by zachowaniu zdrowia jednostki determinował przypadek.

W grupie zaś studentów z Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej model zmienności pozwala na wyjaśnienie 31,35% zmienności zmiennej zależnej analizowanego komponentu pozytywnego nastawienia psychicznego (tabela 44), a największy udział w wyjaśnianiu owej zmienności, na poziomie istotności statystycznej ma wskaźnik uogólnionej skuteczności oraz umiejscowienia kontroli. Można zatem przyjąć, iż realizację owej dyspozycji warunkuje przekonanie by zachowanie zdrowia jednostek determinował wpływ innych osób, np. lekarza ustalającego przebieg leczenia. Ową dyspozycję warunkuje również wiara we własne możliwości, umiejętności i kompetencje, które prowadząc do określonego celu stanowią dodatkową energię.

Wśród badanych studentów Uniwersytetu Medycznego model, który został wyznaczony przez dwie kategorie wartości, wskaźnik samooceny, uogólnionej skuteczności oraz umiejscowienia kontroli zdrowia, pozwala na wyjaśnienie 28,53% zmienności w zmiennej zależnej komponentu pozytywnego nastawienia psychicznego (tabela 44). Przyjąć można, iż w realizacji tej dyspozycji w największym stopniu potrzebna jest świadoma, subiektywna postawa wobec siebie, wobec innych emocji związanych z własną osobą, powiązana z poznawczymi sądami o sobie oraz wiara we własne możliwości, osiągnięcie celu, które to stanowią motywację do wyznaczania kolejnych i ich realizowanie. Dyspozycja ta jest również uwarunkowana akceptacją i podtrzymywaniem zwyczajów, idei i tradycji własnej kultury, religii czy rodziny jak również dążeniem do przyjemności i zaspokojenia zmysłowego. Zależność odwrotnie proporcjonalna wskazuje, iż studenci tej dyspozycji nie wiążą z przekonaniem, iż przypadek miałby warunkować ich dobrostan fizyczny czy psychiczny.

Największy udział w zmienności tej zmiennej w grupie studentów Politechniki Lubelskiej (tabela 44), wyjaśniający 29,41% zmienności, miały trzy wartości oraz jeden wskaźnik umiejscowienia kontroli zdrowia. Dyspozycja ta zatem jest uwarunkowana poszukiwaniem nowości, podniecenia, jak również związana jest z akceptacją i podtrzymywaniem zwyczajów, idei i tradycji własnej kultury, religii czy rodziny oraz z przekonaniem, by to profesjonaliści mieli realny wpływ na zachowanie zdrowia jednostki. W opozycji do tego opisu znajduje się wartość statusu, prestiżu społecznego czy dominacją nad innymi ludźmi czy kontroli ich zasobów.

Zmienne niezależne, które weszły w skład modelu regresyjnego w grupie studentów z Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego są bardziej liczne, natomiast poziom ich zmienności zdecydowanie wyższy i wynosi 40,97% w wyjaśnieniu zmiennej zależnej pozytywnego nastawienia psychicznego (tabela 44). Te częściowe wskaźniki na poziomie statystycznej istotności to cztery kategorie wartości oraz typ umiejscowienia kontroli zdrowia. Zatem nasileniu tej dyspozycji w badanej grupie towarzyszy poszukiwanie przyjemności, zaspokajania, osobisty sukces osiągnany dzięki własnemu wysiłkowi i kompetencjom, zgodnie z normami społecznymi, zrozumienie, szacunek i tolerancja w stosunku do wszystkich ludzi i przyrody. Tymczasem w opozycji stoi ograniczenie własnych działań, dążeń, impulsów, które miałyby krzywdzić lub denerwować innych

ludzi czy naruszać ich oczekiwania, oraz jakoby to przypadek sprawował władzę nad zdrowiem jednostki i warunkował go czy organizm pozostaje w równowadze i zdrowiu.

Zaproponowane modele regresji zmiennej zależnej komponentu pozytywne nastawienie psychiczne ukazały różnorodność zmienności zmiennych niezależnych w porównywanych grupach badanych studentów lubelskich uczelni wyższych. Najsilniej owe zależności zarysowały się w modelu osób z Katolickiego uniwersytetu Lubelskiego, najslabiej zaś wśród wszystkich badanych studentów. Częstkowe wskaźniki otrzymanych modeli dotyczyły większości zmiennych, a w największym stopniu zmiennej niezależnej umiejscowienia kontroli zdrowia.

4.2.2.4. Praktyki zdrowotne ankietowanych osób

Regularne zachowania zdrowotne sprzyjają zachowaniu dobrostanu, takie jak odpowiednia ilość snu, racjonalna, zbilansowana dieta, która jest dostosowana do wielu czy kondycji człowieka, jak również aktywność fizyczna wchodzi w skład praktyk zdrowotnych. Uwzględniając wymienione czynniki, dbałość o zdrowie jako samodzielnie podejmowane działania, powinny być kwestią priorytetową każdego człowieka. Przede wszystkim należy w sposób umiejętny zarządzać czasem, by podejmowane czynności miały charakter prozdrowotny i stanowiły podstawę do zachowania zdrowia (zob. Hildt-Ciupińska, Bugajska, 2011).

Tabela 45. Wyniki analizy regresji wielorakiej krokowej: wskaźniki zmiennej zależnej praktyki zdrowotne i zmiennych niezależnych w badanej grupie studentów

Wskaźniki zmiennych niezależnych		Wszyscy studenci					
		R= ,35933106 R ² = ,12911881 R ₂ = ,11660101 F(7,487)=10,315					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(487)	p
WARTOŚCI	uniwersalizm	0,208	0,057	0,083	0,023	3,658	0,000*
	hedonizm	0,183	0,053	0,175	0,051	3,437	0,001*
	osiągnięcia	-0,147	0,061	-0,107	0,044	-2,420	0,016*
	tradycja	0,060	0,051	0,036	0,031	1,172	0,242
KONTROLA	Przypadek	-0,162	0,043	-0,160	0,043	-3,733	0,000*
	Wpływ innych	0,123	0,044	0,116	0,041	2,802	0,005*
UOGÓLNIONA SKUTECZNOŚĆ		0,050	0,047	0,039	0,037	1,074	0,284

Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej					
		R= ,30963362 R ² = ,09587298 R2= ,08080419 F(2,120)=6,3624					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(120)	p
WARTOŚCI	stymulacja	0,258	0,087	0,257	0,087	2,967	0,004*
KONTROLA	Wpływ innych	0,176	0,087	0,154	0,076	2,027	0,045*
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Uniwersytetu Medycznego					
		R= ,50592145 R ² = ,25595652 R2= ,20238539 F(9,125)=4,7779					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(125)	p
WARTOŚCI	hedonizm	0,308	0,088	0,273	0,078	3,506	0,001*
	przystosowanie	0,195	0,105	0,158	0,085	1,864	0,065
	uniwersalizm	0,140	0,111	0,054	0,043	1,268	0,207
	osiągnięcia	-0,218	0,101	-0,155	0,072	-2,155	0,033*
	tradycja	0,128	0,090	0,070	0,050	1,416	0,159
	życzliwość	-0,170	0,102	-0,155	0,093	-1,670	0,097
KONTROLA	Przypadek	-0,295	0,079	-0,257	0,069	-3,742	0,000*
	Wpływ innych	0,084	0,083	0,078	0,077	1,016	0,312
UOGÓLNIONA SKUTECZNOŚĆ		0,156	0,088	0,118	0,067	1,762	0,081
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Politechniki Lubelskiej					
		R= ,54515090 R ² = ,29718951 R2= ,25584771 F(7,119)=7,1886					
		b*	Bł. std. z b*	b	Bł. std. z b	t(119)	p
WARTOŚCI	hedonizm	0,295	0,105	0,307	0,109	2,818	0,006*
	osiągnięcia	-0,147	0,108	-0,122	0,090	-1,355	0,178
	władza	-0,136	0,109	-0,105	0,084	-1,250	0,214
	uniwersalizm	0,452	0,102	0,204	0,046	4,415	0,000*
	bezpieczeństwo	-0,223	0,111	-0,166	0,082	-2,020	0,046*
	tradycja	0,262	0,107	0,179	0,073	2,458	0,015*
UMIEJSCOWIENIE KONTROLI- wynik ogólny		-0,177	0,084	-0,089	0,042	-2,109	0,037*
Wskaźniki zmiennych niezależnych		Studenci Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego					
		R= ,45808866 R ² = ,20984522. R2= ,15561892 F(7,102)=3,8698					
		b*	Bł.	b	Bł.	t(102)	p

			std. z b*		std. z b		
WARTOŚCI	bezpieczeństwo	0,237	0,126	0,138	0,073	1,886	0,062
	osiągnięcia	0,146	0,139	0,093	0,088	1,056	0,294
	stymulacja	-0,275	0,144	-0,207	0,109	-1,903	0,060
	przystosowanie	0,169	0,135	0,133	0,107	1,247	0,215
UOGÓLNIONA SKUTECZNOŚĆ		-0,137	0,105	-0,099	0,075	-1,312	0,193
KONTROLA	Wpływ innych	0,307	0,095	0,335	0,104	3,226	0,002*
	Przypadek	-0,252	0,094	-0,269	0,101	-2,669	0,009*

*- wynik istotny statystycznie

Związek komponentu praktyk zdrowotnych ze zmiennymi niezależnymi wartości, umiejscowieniem kontroli zdrowia, uogólnionej skuteczności, w obrębie pięciu badanych grup studentów, pod postacią otrzymanych modeli regresji wielokrotnej krokowej wraz z ich miarami dobroci dopasowania ilustruje tabela 45.

Analiza współczynników determinacji komponentu praktyki zdrowotne upoważnia do stwierdzenia, iż zmienna ta jest wyjaśniana za pomocą zmiennych niezależnych uwzględnionych w modelu funkcji regresji w grupie badanych studentów na poziomie 11,66%. Stwierdzono tutaj statystyczną istotność trzech kategorii wartości oraz dwóch wskaźników umiejscowienia kontroli zdrowia o różnym kierunku proporcjonalności. Badane osoby analizowaną zmienną łączą głównie z wartościami zrozumienia, szacunku i tolerancji w stosunku do wszystkich ludzi i przyrody, jak również z poszukiwaniem zaspokojenia sensualnego oraz z przekonaniem, iż zachowanie zdrowia jednostki zależy w dużej mierze od osób postronnych jak na przykład lekarz specjalista. W opozycji do tego komponentu stoi przekonanie by to przypadek determinował zachowanie dobrostanu psychicznego i fizycznego oraz wartość osobistego sukcesu osiągniętego dzięki własnym kompetencjom, zgodnie z przyjętymi normami społecznymi.

Model korelacyjny zaś, wyjaśniający wyłącznie 8,08% zmienności dyspozycji praktyki zdrowotne, w grupie badanych studentów z Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie tworzą jedna kategoria wartości oraz jeden wskaźnik umiejscowienia kontroli będących na poziomie statystycznej istotności (tabela 45). Analizowany więc komponent w największym stopniu jest uwarunkowany poszukiwaniem nowości, podniecenia oraz zmienności oraz przekonaniem, iż wpływ innych osób warunkuje zachowania zdrowia jednostki.

W grupie studentów Uniwersytetu Medycznego zastosowany model zmienności pozwala na wyjaśnienie 20,24% zmienności zmiennej zależnej komponentu praktyki zdrowotne (tabela 45). Największy udział w wyjaśnianiu owej zmienności, bo na poziomie istotnym statystycznie, mają dwie kategorie wartości oraz jeden wskaźnik umiejscowienia kontroli. Można zatem przyjąć, iż za realizację tej dyspozycji w największym stopniu odpowiada wartość przyjemności oraz zmysłowego zaspokojenia. Natomiast w opozycji do niej stoi wartość osobistego sukcesu osiągniętego dzięki własnej pracy, kompetencjom, będąc zgodnymi ze społecznymi standardami oraz przekonanie, by to przypadek determinował zdrowie jednostki.

Natomiast analiza uzyskanych wyników w odniesieniu do rozpatrywanej tu zmiennej zależnej komponentu praktyki zdrowotne w grupie studentów Politechniki Lubelskiej wskazuje, iż zmiennie niezależne, które miały największy udział, bo na poziomie statystycznej istotności, w wyjaśnianiu zmienności modelu regresji, stanowią w sumie cztery kategorie wartości oraz jeden wskaźnik nasilenia ogólnego wyniku umiejscowienia kontroli zdrowia (tabela 45). Przy czym współczynnik wyjaśniania tej zmiennej wynosi 25,58%. Należy zatem stwierdzić, że badani studenci analizowaną tu dyspozycję łączą przede wszystkim z poszukiwaniem przyjemności, zaspokojenia, zrozumieniem, szacunkiem i tolerancją względem wszystkich ludzi, akceptacją i podtrzymywaniem zwyczajów, idei i tradycji własnej kultury, religii czy rodziny przy jednoczesnym okazywaniu respektu względem tradycji. Natomiast analizowaną tu zmienną studenci nie wiążą z nasileniem zmiennej niezależnej wyniku ogólnego umiejscowienia kontroli zdrowia. W opozycji do tej charakterystyki znajduje się również wartość harmonii, porządku i stabilizacji w całym społeczeństwie i relacjach międzyludzkich, bezpieczeństwo własne, rodziny i narodu.

Utworzony dla badanych studentów z Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego model korelacyjny wyjaśnia jedynie 15,56% zmienności analizowanej zmiennej zależnej komponentu praktyki zdrowotne. Składają się na niego tylko dwa wymiary umiejscowienia kontroli zdrowia, będące na poziomie istotności statystycznej. Nasileniu tej dyspozycji w badanej grupie towarzyszy przekonanie iż, wpływ innych osób jak na przykład porada lekarza i stosowanie się do jego zaleceń pozytywnie odzwierciedla się w zachowaniu dobrostanu człowieka. Natomiast ową dyspozycję badani nie wiążą z przekonaniem, by to przypadek determinował zachowanie zdrowia badanych.

Nie sposób nie zauważyć, że w porównaniu z poprzednio analizowanymi komponentami zachowań zdrowotnych występuje tutaj zdecydowany spadek wskaźników związanych ze zmienną niezależną wartości oraz samooceną. Najsilniejszy wskaźnik zmienności był udziałem studentów Politechniki Lubelskiej, natomiast najslabszy studentów z Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. Szczególnie widoczny w analizowanych modelach jest udział zmiennej umiejscowienia kontroli, znikomy zaś uogólnionej skuteczności czy samooceny badanych osób.

Uzyskane wyniki w zakresie analizy regresji wielokrotnej pozwoliły na wyszczególnienie związków między wskaźnikami zmiennych jakimi są zachowania zdrowotne oraz dyspozycje podmiotowe badanych studentów lubelskich uczelni wyższych.

Biorąc pod uwagę styl życia jaki prowadzą studenci oraz to jak spędzają wolny czas, należy założyć, że często towarzyszy im spożywanie alkoholu. To w jakim stopniu się z nim obchodzą zależy od tego z czym dokładnie utożsamiają stan po jego spożyciu. Determinantem wyboru alkoholu są ich tradycje, które wynieśli z domu bądź z drugiej strony- szukanie stymulacji, ekscytacji. Nie można natomiast założyć, że spożywający alkohol studenci szukają wyłącznie w nim sposobu na rozwiązywanie trudności, ale również podbudowują tym samym własny stosunek do siebie, kreując postawy społeczne. Warto zaznaczyć, iż na decyzję o spożyciu alkoholu w grupie badanych studentów ma również wpływ innych osób i to, czy dadzą one aprobatę związane jest również z ich stanem zdrowia. Młodzież akademicka prezentuje pogląd o możliwościach osiągnięcia większych sukcesów, dążenia do własnych celów przy jednoczesnej obecności alkoholu w życiu młodej osoby. Palenie tytoniu również znajduje swoje wyjaśnienie w świecie wartości młodego pokolenia. Wartości rodzinne wyniesione z domu warunkują wartości, którymi kierują się młodzi. Również w decyzjach o wyborze antyzdrowotnych zachowań. Można stwierdzić, iż studenci obawiają się, że poprzez zaprzestanie pielęgnowania tradycji opuszczą grono bliskich ich osób, ale jednocześnie uwzględniają fakt, że owe skłonności mogą mieć negatywne skutki w relacjach międzyludzkich. Młodzież akademicka jest świadoma, że w dążeniu do zaspokojenia własnych ambicji, osiągnięcia założonych celów potrzebne są nawyki zachowań zdrowotnych takich jak dbanie o swoją kondycję, trzymanie odpowiedniej wagi ciała czy pomiary ciśnienia krwi. Stres oraz jego skutki są niezwykle powiązane z sytuacją w jakiej znajdują się studenci. Egzaminy, trudności z przygotowaniem się do nich oraz pojawiające się dystraktory nie

sprzyjają eliminowaniu stresu a wyłącznie przekładaniu go w czasie. Podobnie jak kwestia bezpieczeństwa studentów podczas prowadzenia samochodu. Należy sądzić, iż zadbanie o bezpieczeństwo jest przewodnią wartością studentów. Najważniejsze znaczenie przypisuje się człowiekowi, jego zainteresowaniom czy też relacjom z innymi ludźmi. Ceni się autentyczność oraz szczerść kontaktu, a dokonując rzetelnej analizy ówczesnych czasów są to cechy deficytowe. Bliskie kontakty można utożsamić z wartością dbania o innych, rodzinę, przyjaciół, czerpanie radości i nowych wrażeń jak również pewna doza odpowiedzialności za swoje poczynania. Pomocna jest również wiara we własne możliwości i świadomość osiągnięcia celu. Warto zaznaczyć, iż studenci lubelskich uczelni wraz z większym zadowoleniem ze swojego życia wykazują większe predyspozycje do osiągania sukcesów i zmierzania się z nowymi zadaniami. Potrafią uwierzyć w siebie, w swoje kompetencje i umiejętności oraz zaufać emocjom i dokonywać trafnych osądów na swój temat. Rzetelne podchodzenie do tematyki stylu życia ściśle jest powiązane z dbaniem o bliskich, przyjaciół, członków rodziny wraz z wiarą we własne możliwości, kompetencje, natomiast nie jest powiązane z przypadkiem.

Trudności jakie wynikają z prowadzenia prozdrowotnego stylu życia a w tym zmian nawyków żywieniowych podyktowane są wartościami dbania o siebie, o własnych bliskich, rodzinę, przyjaciół oraz darzenie zrozumieniem, szacunkiem i tolerancją innych ludzi i ich wybory. Młodzież akademicka jest świadoma, że zapewnienie sobie odpowiednio zbilansowanego posiłku skutkuje lepszym samopoczuciem, a tym samym dążeniem do zachowania prawidłowego stanu zdrowia. Osoby te nie wierzą, że stan ten mogą zakłócić zewnętrzne czynniki, które nie są pod ich kontrolą i których oni sami nie mogą zredukować bądź zmienić na własną korzyść. Profilaktyka jest niezwykle istotną dziedziną zachowania dobrego zdrowia, a niestety lekceważoną bądź niedocenianą przez młodzież. Studenci wiążą działania profilaktyczne ze świadomością czemu one służą, podchodząc do tej kwestii z szacunkiem i zrozumieniem. Są świadomi, że nie tylko oni są odpowiedzialni za swoje zdrowie, ale również osoby specjalizujące się mogą im pomóc. Jest to logiczny i poprawny ogląd na kwestie profilaktyki w młodym wieku, tym bardziej, że brak im argumentów by to przypadek rządził ich losem. Zachowania zdrowotne to również świadome działania, które kierunkują aktywność człowieka na zwiększenie potencjału zdrowia i wyeliminowanie czynników zagrażających. Nie ulega wątpliwości, iż nastawienie psychiczne odgrywa znaczącą rolę w życiu młodzieży akademickiej. To, że są

w stanie zrozumieć mechanizmy rządzące światem, przyjąć odpowiednie strategie i poradzić sobie z trudnościami warunkowane jest również postawą poszanowania innych, ale również akceptacją takiego stanu rzeczy. Wykazując się różnorodnymi cechami, postawami i przekonaniami są w stanie dążyć do swoich celów, wzrastać w swoich marzeniach oraz prowadzić swoje życie w zgodzie z własnym ja. Nie chcą zatem wierzyć, że ich los zależy od przypadku. Aczkolwiek warto pamiętać, że regularne praktyki zdrowotne sprzyjają zachowaniu dobrostanu, a są nimi np. odpowiednio zbilansowana dieta, sen, odpoczynek czy dobrany typ aktywności fizycznej. Młodzież akademicka wykazuje pewne zrozumienie względem praktyk zdrowotnych, łącząc tym samym zaspokojenie swoich podstawowych potrzeb. Mając do dyspozycji wiedzę posiadaną przez samych siebie oraz możliwości skierowania się do specjalistów, wybierają świadomie rzetelne źródła informacji. Nie zgadzają się by ich stan zdrowia oraz starania jakie wkładają w utrzymanie dobrostanu mogłyby być zakłócony przez przypadkowe czynniki.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI KOŃCOWE

Zachowania zdrowotne studentów oraz ich styl życia w połączeniu z podmiotowymi dyspozycjami stanowią bardzo znikomą część badań naukowych. O ile traktowanie odrębnie dwóch zmiennych jest dostępne w odniesieniu do studentów, tak nieliczne są doniesienia traktujące o połączeniu tych zmiennych. Z uwagi na niewielką liczbę publikacji dotyczącej zależności między grupami studentów w odniesieniu do prezentowanych zachowań zdrowotnych intrygujące staje się pytanie, czy zachowania zdrowotne różnią się między studentami lubelskich uczelni wyższych w połączeniu z ich dyspozycjami osobowościowymi. Obecne czasy nie sprzyjają prawidłowemu rozwojowi zachowań sprzyjających zachowaniu dobrego zdrowia. Realizowanie codziennych działań będzie miało charakter pozytywny, ale i negatywny w skutkach. Zachowania zdrowotne kształtują się głównie w drugiej dekadzie życia, natomiast formują się przez kolejne dziesiątki lat (Radosz i in., 2020) dlatego tak ważnym jest by to właśnie młodzież otoczyła należytą opieką prewencyjną. Wraz z rozpoczęciem nauki w szkole wyższej zmianie ulega najbliższe środowisko młodego człowieka, a skutkować to może „specyficznym środowiskiem, utrwaleniem błędnych nawyków i nieregularnym trybem życia” (Kropornicka i in., 2015, s.59). W sposób szczególny należy podkreślić fakt, iż zdrowie i dobrostan młodych ludzi w czasie pandemii COVID-19 uległ znacznemu pogorszeniu, a realizowana nauka w formie zdalnej diametralnie odbiła się na życiu młodych osób (Pyżalski, 2021).

Dyspozycje osobowościowe natomiast są zagadnieniem podejmowanym w naukach pedagogicznych, a najsilniej w psychologicznych, gdzie zazwyczaj są rozumiane jako cechy, które uwidaczniają się w działaniu jednostki. Na świecie nie istnieją dwie takie same osoby obdarzone takim samym pakietem cech osobowościowych co czyni je niepowtarzalnymi. Studenci tworzący specyficzną grupę społeczną postawieni są przed wieloma wyzwaniami, nieraz wymagających od nich skorzystania z posiadanych kompetencji, zasobów. Pewnym jest, że dobrostan młodzieży akademickiej ściśle jest powiązany z ich prezentowanymi kompetencjami, cechami społecznymi (Kaur, Singh, 2022).

Zaprezentowane badania empiryczne zmierzały do uchwycenia zależności pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi a dyspozycjami podmiotowymi studentów

lubelskich szkół wyższych. Do głównego problemu badawczego sformułowano pytania szczegółowe, które to sprowadzały się do analizy poszczególnych wskaźników zmiennych i ich wymiarów. Stosownie do zasad obowiązujących w metodologii badań zostały sformułowane hipotezy do postawionych problemów.

Badania rozpoczęto przed ogłoszeniem pandemii COVID-19, a ukończono w październiku 2021r. Zmiana formy kształcenia w szkolnictwie wyższym spowodowała duże utrudnienia w skutecznym dotarciu do planowanych grup studentów. Grupę badanych tworzyło 495 studentów lubelskich uczelni wyższych: Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Politechniki Lubelskiej, Uniwersytetu Medycznego oraz Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego. Badaniami objęto cztery grupy, które okazały się być mocno zróżnicowane pod wieloma względami. Badani studenci byli przede wszystkim ciekawi samego procesu badania, możliwych odpowiedzi oraz celu badań. Były to osoby zdeterminowane na uzyskanie wymarzonego zawodu, bądź skoncentrowane na owoce zdaniu najbliższych egzaminów. Niewątpliwym jest fakt, iż nauczanie w formie zdalnej znacząco wpłynęło na ich relacje rówieśnicze oraz lęk przed izolacją. Cel badań oraz przyjęte założenia empiryczne determinowały wybór metod oraz technik badawczych, które zostały zaprezentowane w niniejszej pracy. Za właściwą uznano metodę sondażu diagnostycznego.

W celu zmierzenia prezentowanych zachowań zdrowotnych studentów lubelskich uczelni wyższych wykorzystano skonstruowany przez Z. Juczyńskiego Inwentarz Zachowań Zdrowotnych oraz Kwestionariusz „Mój Styl Życia” J.M. Cavendisha. Do pomiaru zmiennej niezależnej zastosowano : Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności GSES R. Schwarzer, M. Jerusalem, Z. Juczyński, Skalę Samooceny SES M. Rosenberg, I. Dzwonkowska, K. Lachowicz-Tabaczek, M. Łaguna, Kwestionariusz Osobowości S.H. Schwartz, J. Cieniuch, Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia MHLC K.A. Wallston, B.S. Walltsan, R. DeVellis, Z. Juczyński. W celu uzyskania danych metryczkowych oraz dopełnienia narzędzi badawczych o bardziej szczegółowe informacje o badanej grupie, sformułowano Kwestionariusz Ankiety.

Cel badań w niniejszej rozprawie został osiągnięty przez dostarczenie danych do odpowiedzi na postawione pytanie główne, szczegółowe oraz weryfikację założonych hipotez. W odniesieniu do pierwszego pytania głównego mającego na celu określenie

poziomu zachowań zdrowotnych studentów lubelskich uczelni wyższych określono pytania szczegółowe. Pytania te, zostały dodatkowo pogrupowane na trzy grupy adekwatnie do postawionych pytań głównych.

Odpowiedź na pierwsze pytanie szczegółowe z pierwszej grupy dotyczące zachowań zdrowotnych względem prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego oraz praktyk zdrowotnych studentów uzyskano dzięki analizie wyników uzyskanych Inwentarzem Zachowań Zdrowotnych autorstwa Z. Juczyńskiego.

Studenci Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej przejawiają większe zainteresowanie swoją dietą, tym co jedzą oraz jakimi nawykami mogą się pochwalić uwzględniając aspekt zdrowotny. Niestety z goła przeciwne nastawienie prezentują studenci Politechniki Lubelskiej, którzy najrzadziej bądź najmniejszą wagę przykładają do jakości spożywanych posiłków, częstotliwości oraz regularności. Warto dodać, iż grupę studentów z Politechniki Lubelskiej stanowili w niemalże całości mężczyźni. Zaradność, umiejętność przewidywania oraz odpowiedzialność za swoje zdrowie w kontekście profilaktyki najczęściej deklarowali przyszli medycy oraz studenci UMCS. Można zatem przyjąć, iż studenci zarówno z Uniwersytetu Medycznego oraz Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w sposób bardziej refleksyjny oraz dojrzały podchodzą do kluczowych zagadnień związanych ze zdrowiem.

Kwestionariusz „Mój Styl Życia” autorstwa J.M. Cavendisha stanowił narzędzie do uzyskania danych potrzebnych do odpowiedzi na drugie pytanie szczegółowe z pierwszej grupy, które dotyczyło stylów życia w aspektach takich jak spożywanie alkoholu, palenie tytoniu, ciśnienie krwi, waga ciała, sprawność fizyczna, stres i niepokój wewnętrzny, bezpieczeństwo jazdy samochodem, relacje z innymi, odpoczynek i sen oraz ogólne zadowolenie z życia studentów lubelskich uczelni wyższych.

Niemalże we wszystkich obszarach dotyczących prezentowanego stylu życia studenci Politechniki Lubelskiej przodowali przed rówieśnikami z Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Katolickim Uniwersytecie Lubelskim czy Uniwersytecie Medycznym. Niepokojące dane wskazują na silniejsze związki z alkoholem wśród studentów KUL'u. Wskazywać to może na reakcje na stres związane z egzaminami, kolokwiami czy bieżącym przygotowaniem do zajęć. Studenci z UMCS cenią sobie

spotkania towarzyskie, pielęgnowanie tych więzi, podtrzymywanie relacji z kolegami, ale również znajdują czas na odpoczynek. Nie jest to grupa, która za wszelką cenę chce zrealizować postawione cele, ale jednak ma na względzie swoje dobro i troskę o zdrowie. Podobnie jak w komponencie zachowań zdrowotnych, przyszli medycy wskazują na potrzebę i realne działania dotyczące profilaktyki. Od studentów kierunków medycznych mimowolnie, a nawet podświadomie wymaga się, bądź oczekuje prezentowania postaw prozdrowotnych mając szeroką wiedzę z zagrożeń płynących z wszelakich pokus niszczących dobre zdrowie. Niestety wyzwania z jakimi mierzą się przyszli medycy wpływa również na ich poziom stresu i niepokoju wewnętrznego. Grupa z Politechniki Lubelskiej charakteryzuje zawziętość oraz smykałką do podejmowania aktywności fizycznej zdecydowanie częściej niż rówieśnicy z innych lubelskich uczelni. Otrzymane dane nie napawają niestety optymizmem, ponieważ wyniki nie należą do wysokich, co świadczy jednak o niskim i przeciętnym charakterze stylów życia. Co więcej, nie można wskazać konkretnych zależności czy grupy te kontrolują swoje zdrowie, ograniczają liczbę wypalanych papierosów, czy próbują zmotywować się do podejmowania ćwiczeń fizycznych, czy odczuwają nadmierny lęk i stres, a w porównaniu z innymi grupami mogą odnosić wrażenie, iż są „gorsi” ze względu na prezentowane nawyki i zachowania. Wskazuje to na potencjalne zagrożenie dla zdrowia u młodych ludzi, a brak poprawy może mieć negatywne skutki w przyszłości.

Odpowiedź na pierwsze pytanie szczegółowe z drugiej grupy otrzymano dzięki analizie wyników uzyskanych Kwestionariuszem S.H. Schwarza w rodzimej adaptacji J. Cieniucha, a dotyczyło struktury wartości prezentowaną przez badaną grupę studentów lubelskich uczelni wyższych.

Sądzić należy, iż badana grupa studentów z UMCS oraz UM częściej przejawiają niezależność w myśleniu, podejmowaniu decyzji, dokonywaniu wyborów, a przede wszystkim wolnością w dążeniach i myślach, czynnościach twórczych oraz poszukiwaniu zaspokojenia swoich pragnień, stąd też potrzeba dostarczania stymulujących bodźców. Grupę tę charakteryzuje również poważne podejście do osiągnięcia sukcesów dzięki swoim kompetencjom, troska o innych ludzi czy rozwój świata. Wraz z mocnym ugruntowaniem w relacjach z bliskimi, ta grupa studentów ceni sobie dobro najbliższych, przyjaźń, wykazując postawę szacunku do innych osób. Wśród najważniejszych wartości cenionych przez przyszłych absolwentów UMCS i UM znajdują się również akceptacja i szacunek

względem tradycji, rytuałów, czy idei własnej kultury i religii, co jest ugruntowane pewnością siebie, życiem w bezpiecznym kraju i poczuciem przynależności. Najbardziej kontrowersyjne wyniki uzyskano w zakresie wartości deklarowanych przez studentów KUL'u. Osoby te zdecydowanie częściej przejawiają tendencję do prezentowania postawy wyższości, prestiżu oraz kontrolą i dominacją nad innymi ludźmi.

Drugie pytanie szczegółowe z grupy pytań dotyczących dyspozycji podmiotowych odnosiło się do prezentowanego poziomu uogólnionej własnej skuteczności. Odpowiedź na owo pytanie uzyskano dzięki zastosowaniu Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności autorstwa M. Jerusalem oraz M. Schwarzera a polskiej adaptacji Z. Juczyńskiego.

Najwyższy poziom poczucia uogólnionej skuteczności, czyli wiarą we własne możliwości, chęć do czerpania większych korzyści, korzystanie ze swoich zasobów, umiejętności i wiadomości, wykazywali studenci z Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego. Najmniej wiary w osiągnięcie swoich zaplanowanych celów prezentowały osoby z UMCS.

Trzecie pytanie szczegółowe podlegające pod drugą grupę pytań dotyczyło poziomu umiejscowienia kontroli zdrowia wśród studentów lubelskich uczelni wyższych. Odpowiedź została ustalona dzięki uzyskaniu wyników przy użyciu Wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia autorstwa K.A. Walltsona, B.S. Walltsona i R. DeVellis w polskiej adaptacji autorstwa Z. Juczyńskiego.

Do kwestii zdrowia studenci podchodzą wielorako, natomiast przyszli absolwenci Politechniki jasno wskazali swoje poglądy i przekonania o umiejscowieniu kontroli zdrowia. Nie jest dla nich obojętne to, co dowiedzą się bądź usłyszą z różnych źródeł informacji o zdrowiu. Wierzą i są o tym głęboko przekonani, że wiedzę o swoim stanie zdrowia można czerpać z zewnętrznych źródeł. Są również świadomi, że nie samo zrzucenie losu może mieć diametralny wpływ na ich stan zdrowia. Niejednokrotnie musieli się spotkać z niewyjaśnionymi sytuacjami, zmianami, które nie powiełały się z racjonalną wiedzą i argumentacją specjalistów. Młodzież ta wykazuje świadomość pojawiających się zmian i przypadkowości.

Ostatnim pytaniem szczegółowym z zakresu analizowanych dyspozycji osobowościowych dotyczyło prezentowanego poziomu samooceny wśród studentów

lubelskich uczelni wyższych. Dzięki zastosowaniu Skali Samooceny autorstwa M. Rosenberga, a w polskim przekładzie I. Dzwonkowskiej i in.

Studenci codziennie zmagają się z wyzwaniem, nowymi zadaniami, nowo poznanyimi emocjami i odkrywają sposoby reagowania na nie. Wszystkie te zmiany oscylują wokół własnego ja, postrzegania siebie i samooceny. Wśród czterech grup studentów lubelskich uczelni wyższych, najwyższym poziomem samooceny oznaczają się przyszli medycy. Deklarując wysoki poziom samooceny na tle pozostałych grup, muszą być przekonani o swoich wartościach, zdobywanych umiejętnościach oraz kompetencjach przydatnych w przyszłej pracy z pacjentem. Przygotowując się do niesienia pomocy drugiemu człowiekowi już we wczesnych latach studiów wdrażają przekonania na swój temat, poczucie sensu i wartości jaka niesie ich praca w zamian za prezentowanie postawy biernej.

W celu uchwycenia związków pomiędzy poszczególnymi wymiarami zachowań zdrowotnych a dyspozycjami podmiotowymi wyróżniono dwa pytania szczegółowe.

W odpowiedzi na pytania szczegółowe dotyczące związków poszczególnych wymiarów zachowań zdrowotnych i stylami życia a strukturą wartości, poziomem uogólnionej własnej skuteczności, umiejscowieniem kontroli zdrowia oraz samooceną badanych osób, przyjęto hipotezę o istnieniu zależności między obiema zmiennymi.

Zaprezentowane wyniki badań dowodzą, że istnieją związki między zmiennymi, które je różnicują pod względem grup studentów lubelskich uczelni wyższych. Biorąc pod uwagę uzyskane zależności w grupie studentów lubelskich uczelni wyższych względem prezentowanych stylów życia i zachowań zdrowotnych, należy stwierdzić, iż założone hipotezy okazały się prawdziwe. Uwzględniając styl życia jaki prezentują młodzi ludzie objęci badaniem, często towarzyszy im spożywanie alkoholu. To, w jakim stopniu ingeruje on w ich życie zależy od tego z czym dokładnie studenci utożsamiają stan po spożyciu. Determinantem wyboru alkoholu jest przywiązanie do schematów i rutyny jaką wynieśli z rodzinnego domu. Możliwym jest również upatrywanie z tym środkiem uciechy, ekscytacji, próby nowych nieznanych wrażeń. Nie można więc założyć, że spożywający alkohol studenci wiążą go ze sposobami rozwiązywania problemów, radzenia sobie z trudnościami, ale mogą oni podbudowywać swoją pewność siebie, kreując postawy społeczne. Warto zaznaczyć, iż na decyzję o spożyciu alkoholu w badanej grupie

studentów ma również wpływ innych osób. Młodzież akademicka wiąże spożywanie napojów alkoholowych z możliwością osiągnięcia większych sukcesów, podążania za swoimi dążeniami, czy uzyskiwaniem dodatkowej motywacji do zmian. Wartości wśród których wychowywał się młody człowiek warunkuje często jego wartości w czasie wchodzenia w dorosłość. Badania wskazują, iż młodzi obawiają się zaprzestania kultywowania tradycji w jakich wrastali w obawie opuszczenia bliskich im osób. Ale jednocześnie mają na względzie fakt, iż owe skłonności nie prowadzą do niczego pozytywnego, a wręcz mają wyniszczające skutki dla ich stanu zdrowia. Warto zaznaczyć, że badani studenci z lubelskich szkół wyższych wysoko pozycjonują aktywność fizyczną, utrzymywanie ciała w odpowiedniej kondycji, wykonywanie okresowych badań oraz kontrolę swojego organizmu wraz z prezentowanymi nawykami zdrowotnymi. Pozytywnym jest fakt, iż studenci wraz z większym zadowoleniem ze swojego życia są w stanie osiągnąć więcej, zmobilizować się do działania, poszerzyć swoje umiejętności czy zasoby, dzięki którym będą mogli realizować kolejne aktywności. Rzetelne podchodzenie do prezentowanego stylu życia powiązane jest również z potrzebą zadbania o swoją najbliższą rodzinę, przyjaciół, co przekłada się na większą wiarę we własnej możliwości. Młodzież ma świadomość swoich kompetencji oraz wsparcia jakie otrzymuje od bliskich wierząc, że to w nich tkwi sekret ich sukcesu, a nie w losowości zdarzeń. Trudności jakie wynikają z prowadzenia odpowiedzialnego i prozdrowotnego stylu życia uwzględniając zmiany nawyków żywieniowych, podyktowane jest wartościami dbania o siebie, o swoich bliskich oraz wykazanie się zrozumieniem, wyrozumiałością i szacunkiem względem innych osób i wyborów jakich oni dokonują, czyniąc siebie odrębną jednostką. Badani studenci są świadomi, by osiągnąć lepsze samopoczucie muszą wykonać pewne działania zmieniające ich ówczesny styl życia. Osoby te nie wierzą, że ich stan może zostać zakłócony czynniki zewnętrzne, które nie pozostają pod ich bezpośrednią kontrolą. Dzięki przeprowadzonym badaniom, można przyjąć, iż studenci wiążą działania o charakterze profilaktycznym ze świadomością ich celowości, podchodząc do nich z pokorą i zrozumieniem. Prezentowane podejście nie tyle jest logiczne co poprawne uwzględniając ogląd na kwestie profilaktyki w młodym wieku, tym bardziej, że brak im argumentów by to przypadek rządził ich losem. Nie ulega wątpliwości fakt, iż nastawienie psychiczne odgrywa znaczącą rolę w życiu młodego człowieka. To, że wchodzący w okres dorosłości ludzie są w stanie pojąć mechanizmy rządzące

światem, przyjęć odpowiednie strategie warunkowane jest również postawą poszanowania dorobku innych ludzi przy równoczesnej akceptacji obecnego stanu rzeczy. Dysponując mnogością cech osobowościowych badanych studentów, można stwierdzić, że są to ludzie dążący do swoich celów, realizować marzenia oraz wieść życie nie zapominając o własnych potrzebach i wartościach. Nie dopuszczają myśli, że ich los zależy od przypadkowych sytuacji. Szczególną uwagę zwrócić w tym przypadku należy na związek względem praktyk zdrowotnych z zachowaniem dobrostanu oraz czynnikom wpływającym na jego zachowanie. Młodzież łączy to przekonanie wraz z zaspokojeniem swoich potrzeb, bazując na informacjach uzyskiwanych od specjalistów czy rzetelnych medycznych źródeł.

Podsumowując, podkreślić należy zróżnicowanie, jakie cechuje młodzież akademicką w zakresie prezentowanych zachowań zdrowotnych w odniesieniu do dyspozycji podmiotowych. Wszystko to potwierdza doniesienia literaturowe, ale należy wyraźnie podkreślić, że traktowane dotychczas odrębnie stanowiły pewne zainteresowanie wśród badaczy. Zainteresowania badaczy względem prezentowanych zachowań zdrowotnych wśród studentów najczęściej odnosiły się do przyszłych medyków (Baumgart i in., 2015; Mandziuk, 2017; Kropornicka, 2015; Walentukiewicz, 2013; Baryła, Maniecka-Baryła; Łysak, Wilk, Walentukiewicz, 2013). Autorzy badań wskazują jasno na wyższe wskaźniki zachowań zdrowotnych, przy jednoczesnym uwzględnieniu niewdrażania posiadanej wiedzy o prozdrowotnym stylu życia do codziennej praktyki. Dokonując analizy literaturowej dotyczącej podejmowania badań w celu uchwycenia zachowań zdrowotnych u studentów „niemedycznych” okazuje się, że są to nieliczne badania. Analogiczne wyniki otrzymano dzięki konfrontacji studentów dietetyki ze studentami niebędącymi na medycznej uczelni w której to studenci dietetyki wyróżniali się wysokimi wynikami w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych (Weber-Rajek, Radzińska, Kalisz, Hoffmann, Juraszek, Goch, Zukow, 2016). Oprócz studentów uczelni medycznych, badacze zainteresowali się grupą przyszłych nauczycieli (Palacz, 2014; Boczowska, Duda, 2019) wskazując na niski poziom aktywności fizycznej studentów przy równoczesnym częstym paleniu papierosów. Autorki jasno podkreśliły konieczność poszerzenia edukacji w zakresie profilaktyki zdrowia.

Dalsze doniesienia z przeprowadzonych badań potwierdzają prowadzenie niezdrowego stylu życia wśród młodych ludzi. Autorka badań wskazuje na negatywne

skutki wypalanych papierosów wśród studentów oraz na związek nikłej aktywności fizycznej i spożywaniem nadmiernych ilości alkoholu ze złym stanem zdrowia (Gałuszka, 2021). Jak wskazuje A. Romanowska- Tołłoczko (2011), występowanie zachowań prozdrowotnych i antyzdrowotnych w prowadzonym stylu życia przez studentów jest zróżnicowane rodzajem uczelni.

Wyniki przeprowadzonych badań empirycznych wydają się szczególnie ważne, mając na uwadze to, że w Polsce nie prowadzi się wielu badań w tym zakresie. Konstrukcja opracowania sprowadza się do zaprezentowania wyników analiz by były jak najbardziej przejrzyste i jasne w odbiorze.

Wśród ograniczeń przeprowadzenia badań własnych należy wymienić czas, w którym zaczęto podejmować próby dotarcia do badanych grup studentów. Niespełna kilka miesięcy po przeprowadzeniu badań w jednej grupie studentów ogłoszono pandemię COVID-19 oraz zmieniono tryb kształcenia na zdalny co uniemożliwiło przez kilkanaście miesięcy dotarcie do rzetelnych badań. Podejmowano próby w których rozesłano do studentów linki z plikiem narzędzi, ale otrzymane dane nie były kompletne. Pomimo wielu prowadzonych badań z zakresu zachowań zdrowotnych, wciąż istnieją obszary, które wymagają pogłębionej analizy. Jednym z takich obszarów mogłoby być diagnozowanie stopnia zaspokojenia potrzeb na etapie szkół ponadpodstawowych oraz analiza ich pod kątem edukacji zdrowotnej realizowanej w placówkach oświatowych. Jest to grupa stale moderująca swoje nawyki, przyzwyczajenia oraz postawy względem zdrowia. Pamiętać jednak należy, że postawy młodzieży determinowane są różnego rodzaju czynnikami natury społecznej, kulturowej, psychologicznej czy socjoekonomicznej. Problematyka zachowań zdrowotnych w badaniach pedagogicznych nie jest rzadkim tematem jaki podejmują badacze, natomiast mając na uwadze czynniki kształtujące owe zachowania, należałoby zadbać o analizę pojęciową oraz znaczeniową zdrowia, zachowań zdrowotnych oraz prezentowanych postaw względem zdrowia u młodych ludzi. Dobierając grupę badanych należy zwrócić uwagę również na porównanie świadomości zdrowotnej w odniesieniu do wieku respondentów. Nawyki prozdrowotne należy kształcić poprzez edukację prowadzoną na najwyższym poziomie, dzięki której dzieci oraz młodzież będą miały szansę na zrozumienie złożoności, a przede wszystkim istotności zagadnienia. Należy również podejmować próby poszukiwania innych korelatów związanych ze zdrowiem i edukacją, jak również metod pogłębiania wiedzy o nich. Edukacja

zdrowotna powinna być w obecnych czasach głównym wyzwaniem wśród nauczycieli do krzewienia postaw prozdrowotnych wśród dzieci i młodzieży.

Dane uzyskane dzięki analizie badań empirycznych i osiągnięte na ich podstawie wnioski teoretyczne prowadzą do postawienia wniosków praktycznych:

1. Wnioski uzyskane w badaniu stylu życia jaki prowadzą studenci lubelskich uczelni wyższych upoważniają do stwierdzenia, iż młodzież akademicka jest w stanie zatroszczyć się o swoje zdrowie, podjąć próby zmiany nawyków czy korzystać z badań profilaktycznych z większą częstotliwością. Można przypuszczać, że młodzież ta dostrzega potrzebę zadbania o swój stan zdrowia uwzględniając najnowsze trendy i środki masowego przekazu w poszukiwaniu informacji w jaki sposób można osiągnąć dobrostan zdrowotny i zapobiegać chorobom.
2. Szczególną uwagę należy zwrócić w tym przypadku na zróżnicowanie poziomów dyspozycji podmiotowych studentów z czterech uczelni lubelskich. Przeprowadzone badania wskazują jasno na zależności między prezentowanymi zachowaniami zdrowotnymi a dyspozycjami osobowościowymi. Studenci z Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Politechniki Lubelskiej oraz Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego różnią się w zakresach prezentowanych poziomach zachowań zdrowotnych oraz samooceną, poczuciem własnej skuteczności, umiejscowienia kontroli czy wyznawanych wartości.
3. Chcąc kształtować wśród młodzieży akademickiej prawidłowe i prozdrowotne zachowania zdrowotne należy wzmacniać ich poczucie niezależności, stwarzać sytuacje do osiągnięcia nawet drobnych sukcesów, wskazywać możliwości i źródła dotarcia do specjalistycznej wiedzy, czy odwoływać się do własnego życia i przekonań świadczących o powadze zachowania zdrowia.
4. W kwestii prezentowanych stylów życia studentów lubelskich uczelni wyższych należy zwrócić uwagę na szkodliwość palenia papierosów oraz nadmiernego spożywania alkoholu, oraz strategie radzenia sobie z emocjami, które zostają zaspokojone dzięki wybraniu antyzdrowotnych działań.
5. Problematyka zachowań zdrowotnych często gości w doniesieniach literaturowych. Często zmienna ta jest pozostawiona sama sobie, a badacze

rezygnują z zestawienia ją z dyspozycjami osobowościowymi. Nie są liczne polskie doniesienia, które traktują obie zmienne łącznie.

6. W edukacji młodzieży akademickiej należy podkreślać powagę edukacji zdrowotnej, szczególnie w grupie przyszłych nauczycieli i medyków. Są to dwie grupy, które dzięki swoich kompetencjom będą szerzyć wiedzę o praktycznym zastosowaniu zachowań zdrowotnych oraz czynników warunkujących zachowanie zdrowia.

Przedstawione w niniejszej rozprawie zagadnienia wraz z ich rozważaniami dotyczące problematyki zachowań zdrowotnych i dyspozycji osobowościowych studentów lubelskich uczelni wyższych, jak również przytaczane wyniki badań powinny się stać imperatywem do dalszej, pogłębionej eksploracji naukowej, jak również do dalszych poszukiwań powiązań między zmiennymi w celu osiągnięcia bardziej efektywnego obrazu i potrzeb dzisiejszej młodzieży w kontekście prezentowanych przekonań i oczekiwań zachowań zdrowotnych. Tematykę zdrowia, stylu życia, zachowań zdrowotnych należy traktować w sposób otwarty, skupiając się na cechach osobniczych, które różnicują prezentowane zachowania zdrowotne.

Bibliografia

1. Aleksandrowicz, J. (1988). Sumienie ekologiczne, Wiedza Powszechna, Warszawa.
2. Andruszkiewicz, A., Nowik, M. (2011). Zachowania zdrowotne kobiet czynnych zawodowo. *Problemy Pielęgniarstwa*, 19 (2), s.148-152.
3. Antonovsky, A. (2005). Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Przeł. H. Grzegołowska-Klarkowska, Fundacja IPN, Warszawa.
4. Aronson, E., Akert, R.M., Wilson, T.D. (1997). Psychologia społeczna- serce i umysł. Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań.
5. Bajcar, E.A., Abramciów, R. (2011). Zachowania zdrowotne- rola zmiennych poznawczych w procesie formowania intencji zmiany zachowania. *Rocznik Komisji Nauk Pedagogicznych*, T.LXIV, s.175-185.
6. Bandura, A. (2007). Teoria społecznego uczenia się, przeł. Joanna Kowalczevska, Józef Radzicki, (red.). Mirosław Kofta, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
7. Bańka, A. (2005). Poczucie samoskuteczności. Konstrukcja i struktura czynnikowa Skali Poczucia Samoskuteczności w Karierze Międzynarodowej, Studio PRINT-B, Poznań-Warszawa.
8. Bańka, A. (2005). Psychologia jakości życia (red.), Stowarzyszenie Psychologia i Architektura, Poznań.
9. Baran, A., Stocka, A. (2008). Kierunek studiów jako wyznacznik zachowań zdrowotnych. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego*, 6(4), s.326-331.
10. Baran, M., Nawalana, A. (2015). Uogólnione poczucie własnej skuteczności u młodzieży gimnazjalnej zamieszkałej w mieście i na wsi. *Problemy Pielęgniarstwa*, 23 (2), s.145-149.
11. Basińska, M.A., Zalewska-Rydykowska, D, Junik, R., Skibicka, M. (2007). Przewidywanie stosowania się do zaleceń dietetycznych przez chorych na cukrzycę typu I- związek z umiejscowieniem kontroli zdrowia. *Diabetologia Praktyczna*, 8 (11), s.419-424.
12. Baumgart, M., Szpinda, M., Radziwińska, A., Goch, A., Zukow, W. (2015). Poczucie własnej skuteczności a zachowania zdrowotne. *Journal of Education, Health and Sport*, 5(8), s.226-235.

13. Baumgart, M., Szpinda, M., Radziwińska, A., Goch, A., Zukow, W., (2015). Zachowania zdrowotne studentów Fizjoterapii. *Journal of Education, Health and Sport*, 2015; 5(6), s.211-224.
14. Bąbka, J. (2020). O potrzebie zmian w zakresie kształtowania kompetencji społecznych studentów pedagogiki, *Rocznik Lubuski*, t.46, cz.1, s.63-74.
15. Bednarczyk, H., Kowalik, D. (2016). Badania aspiracji, rozwoju zawodowego i kształcenia zawodowego, *Edukacja Ustawiczna Dorosłych*, 4/2016, s. 172- 179.
16. Bilicki, T. (2020). Jak pracować z uczniem w kryzysie w czasie pandemii COVID-19? W: J. Pyżalski (red.), *Edukacja w czasach pandemii wirusa COVID-19. Z dystansem o tym, co robimy obecni jako nauczyciele*. Warszawa: EduAkcja. Pobrane z: <https://zdalnie.edu-akcja.pl> 15.11.2022r.
17. Binkowska-Bury, M. (2009). *Zachowania zdrowotne młodzieży akademickiej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów.
18. Binkowska-Bury, M., Więch, P. (2016). Zachowania zdrowotne młodzieży akademickiej, *Zdrowie publiczne*, cz.4: Zagrożenia zdrowia społeczeństwa a wyzwania edukacji zdrowotnej. M. Marć. W. Kruk (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów, s.35-56.
19. Bishop, G.D. (2000). *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Astrum, Wrocław.
20. Bochniarz, A. (2018). Samoocena studentów kierunków nauczycielskich. *Edukacja-Technika-Informatyka*, nr2/24, s.242-247.
21. Boczowska, M. (2015). *Zachowania zdrowotne młodzieży gimnazjalnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
22. Boczowska, M., Duda, M., (2019). Zachowania zdrowotne studentów kierunków nauczycielskich, *Studia Psychologica XII*, s. 65-78.
23. Borowiecki, P. (2015). Samoocena osób z niepełnosprawnością w świetle wybranej literatury i badań własnych, *Niepełnosprawność i Rehabilitacja*, T.3, s.121-138.
24. Borzucka-Sitkiewicz, K., Syrek, E. (2009). *Edukacja zdrowotna*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa.
25. Borzucka-Sitkiewicz, K. (2006). *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna. Przewodnik dla edukatorów zdrowia*, Wydawnictwo Impuls, Warszawa.

26. Branden, N. (1998). 6 filarów poczucia własnej wartości, Wydawnictwo Ravi, Łódź.
27. Brzozowski, P. (2002). Uniwersalność struktury wartości: koncepcja Shaloma H. Schwartza, *Roczniki Psychologiczne*, 5, s.27-52.
28. Brzozowski, P. (2005). Uniwersalna hierarchia wartości- fakt czy fikcja, *Przegląd Psychologiczny*, 48 (3), s.261-276.
29. Brzozowski, P. (2007). Wzorcowa hierarchia wartości, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
30. Çalıřkan, C., Arberk, K., Üner, S. (2017). Healthy Lifestyle Behaviors of University Students, *Prehospital and Disaster Medicine*, 32(1), p.213.
31. Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China, *Psychiatry Research*, Vol. 287, 112934.
32. Chałas, K. (2016). Obiektywna hierarchia wartości, W: K. Chałas, , A. Maj, (red.). Encyklopedia aksjologii pedagogicznej, Polskie Wydawnictwa Encyklopedyczne POLWEN, Radom, s.666-668.
33. Chien-Chi, C., Sun, B., Yang, H., Zheng, M., Li, B. (2020). Emotional competence, entrepreneurial self-efficacy, and entrepreneurial intention: a study based on china college students' social entrepreneurship project, *Front Psychol.*, 11.
34. Chodkiewicz, J., Świątkowska, M.(2007). Poczucie osamotnienia a wsparcie społeczne i zadowolenie z życia u mężczyzn uzależnionych od alkoholu, W: Journal Universitatis Lodziensis. Folia Psychologica, 11, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego,.
35. Chomczyńska-Rubacha, M., Rubacha, K. (2013). Test poczucia skuteczności. Podręcznik Pracowni Narzędzi Badawczych Komitetu Nauk Pedagogicznych PAN, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Warszawa-Toruń.
36. Chrostowski, S. (2012). Zdrowy styl życia oraz wspomaganie procesów zdrowienia, *Fundacja Wygramy Zdrowie*, nr 3, Warszawa.
37. Cichoń, W.(1996). Wartości- Człowiek- Wychowanie. Wydawnictwo UJ, Kraków.
38. Ciecuch, J. (2012). Pomiar wartości w zmodyfikowanym modelu Shaloma Schwartza, *Psychologia Społeczna*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, nr 1, s.22-41.

39. Ciecuch, J. (2013). Kształtowanie się systemu wartości od dzieciństwa do wczesnej dorosłości, Wydawnictwo Liberi Libri, Stare Koscieliska.
40. Cieniuch, J., Zalewski, Z. (2011). Polska adaptacja portretowego Kwestionariusza Wartości Shaloma Schwartza, *Czasopismo Psychologiczne*, Tom 17, nr 2, s.251-262.
41. Crisp, R.J., Turner, R.N. (2009). Psychologia społeczna. PWN. Warszawa.
42. Czechowska-Bieluga, M. (2021). Przekonania młodzieży na temat zachowań związanych ze zdrowiem osób długotrwale bezrobotnych, *Pedagogika Społeczna*, nr 3-4 , s.107-118.
43. Demel, M. (1980). Pedagogika zdrowia. Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.
44. Demel, M. (2008). Repetycje: wybrane zdania o kulturze fizycznej, o zdrowiu i wychowaniu, Wydawnictwo AWF, Warszawa.
45. Denek, K. (2015). Wartości w kontekście edukacji i nauk o niej, W: W. Furmanek, A. Długosz (red.). Wartości w pedagogice. Urzeczywistnienie wartości. Wydawnictwo URz, Rzeszów.
46. Długosz, P. (2013). Raport z badań: „Kakowska młodzież w warunkach kwarantanny COVID-19”. Kraków, Krakowska – mlodziej-COVID-19.pdf (mlodziej.krakow.pl) dostęp 04.08.2022r.
47. Dolińska-Zygmunt, G. (1996). Behawioralne wyznaczniki zdrowia- zachowania zdrowotne. W: Elementy psychologii zdrowia. G. Dolińska-Zygmunt (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław, s.31-68.
48. Dolińska-Zygmunt, G. (2000). Podmiotowe uwarunkowania zachowań promujących zdrowie, Wydawnictwo Instytutu Psychologii Pan, Warszawa.
49. Dolińska-Zygmunt, G. (red.). (2001). Podstawy psychologii zdrowia, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.
50. Drozdowski, R., Frąckowiak, M. , Krajewski, M., Kubacka, M., Modrzyk, A., Rogowski, Ł., Rura, P., Stamm, A. (2020). Życie codzienne w czasach pandemii. Raport z pierwszego etapu badań.
51. Dylczewski, L. (1995). Kultura polska w procesie przemian, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin.
52. Dziewiecki, M. (1998). Wychowanie ku wartościom, *Wychowawca*, nr 9, s.53.

53. Dziwańska, K. (2013). Wartości cenione przez młodzież- wybrane uwarunkowania społeczno-kulturowe, „*International Letters of Social and Humanistic Sciences*”, 7, s. 96-112.
54. Dzwonkowska-Godula, K. (2016). Kulturowa geneza postawy wobec własnego zdrowia w świadomości kobiet i mężczyzn w różnym wieku. W: Malinowska, E., Dzwonkowska-Godula, K., Garncarek, E., Czerniecka, J., Brzezińska, J. Kulturowe uwarunkowania postaw kobiet i mężczyzn w różnym wieku wobec swojego wyglądu i zdrowia. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
55. Ellis, W. E., Dumas, T. M., Forbes, L. M. (2020). Physically isolated but socially connected: Psychological adjustment and stress among adolescents during the initial COVID-19 crisis, *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 52(3), 177–187.
56. Ellison, N.B., Steinfield, C., Lampe, C. (2007). The benefits of Facebook „friends”: Social capital and college students’ use of online social network sites, *Journal of Computer-Mediated Communication*, 12, s.143-168.
57. Eva, N., Newman, Al., Jiang, Z., Brouwer, M. (2019). Career optimism: A systematic review and agenda for future research, *Journal of Vocational Behavior*, Vol. 116, 103287.
58. Fahmi, I., Ali, H. (2022). Determination of Career Planning and Decision Making: analysis of communication skills, motivation and experience (literature review human resource management), *Dinasti International Journal of Management Science*, Vol. 3(5), p. 823-835.
59. Falco, L.D., Summers, J.J. (2019). Improving Career Decision Self-Efficacy and STEM Self-Efficacy in High School Girls : Evaluation of an Investigation, *Journal of Career Development*, Vol.46(1), p.62-76.
60. Fiszer, K., Sobów, T. (2013). Związek umiejscowienia kontroli zdrowia z depresyjnością wśród studentów uczelni medycznej, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, T.19., nr 3, s.294-299.
61. Fleary, S.A., Joseph, P., Pappaginos, J.E. (2018). Adolescent health literacy and health behaviors: A systematic review, *Journal of Adolescence*, Vol. 62, p. 116-127.

62. Francuz, P., Mackiewicz, R. (2005). Liczby nie wiedzą skąd pochodzą: przewodnik po metodologii i statystyce: nie tylko dla psychologów, Wydawnictwo KUL, Lublin.
63. Frankfort-Nachmias, C., Nachmias, D. (2001). Metody badawcze w naukach społecznych, przekł. E. Hornowska, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań.
64. Frączek, A., Stępień, E. (1997). Zachowania związane ze zdrowiem dorastających a promocja zdrowia. W: Promocja zdrowia. Z. Ratajczak, I. Heszen-Niejodek (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, s.70-77.
65. Furmanek, W. (2005). Wartości w pedagogice. Pedagogika wartości. T.1., Wydawnictwo URz, Rzeszów.
66. Furmanek, W. (2006). Wartości w pedagogice. Pedagogika wartości. T.2., Wydawnictwo URz, Rzeszów.
67. Furmańska, E. (2001). Samoocena i samoakceptacja we wczesnej adolescencji. „Edukacja i Dialog”, nr 1.
68. Gacek M., Rosiński J., Tchórzewski D (2004). Zachowania zdrowotne badanych dzieci. W: Dzieci zakopiańskie w świetle wieloaspektowych badań. Sz. Krasicki (red.). Studia i Monografie nr 29, AWF Kraków 2004, s.46–60.
69. Gacek, M. (2018). Poczucie własnej uogólnionej skuteczności a wybrane aspekty stylu życia grupy żołnierzy zawodowych, *Hygeia Public Health*, 53 (1), s.79-84.
70. Gałuszka, A. (2021). Ocena zachowań zdrowotnych wśród studentów wybranych kierunków, *Journal of Education, Health and Sport*, 11(12), s.139-149.
71. Gasiul, H. (2002). Teorie emocji i motywacji: rozważania psychologiczne, Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa.
72. Gasiul, H. (2006). Psychologia osobowości: nurty, teorie, koncepcje, Centrum Doradztwa i Informacji Difin, Warszawa.
73. Gaweł, A. (2003). Pedagodzy wobec wartości zdrowia, Wydawnictwo UJ, Kraków.
74. Gedik, Z. (2018). Self-compassion and health-promoting lifestyle behaviors in college students, *Psychology, Health & Medicine*, Vol.24, issue 1, p.108-114.
75. Gniazdowski, A. (1995). Promocja zdrowia w miejscu pracy. Teoria i zagadnienia praktyczne, IMP, Łódź.

76. Golberstein, E., Wen, H., Miller, B. F. (2020). Coronavirus disease 2019(COVID-19) and mental health for children and adolescents, *Journal of the American Medical Association Pediatrics*, 174(9), 819–820
77. Graczykowska, B., Kosińska, L., Zeman-Czajkowska J., Woś, B. (2010). Edukacja zdrowotna, turystyka i rekreacja dzieci i młodzieży- w nowej podstawie programowej wychowania przedszkolnego i kształcenia ogólnego, Wydawnictwo Politechniki Opolskiej, Opole.
78. Gruszczyńska, M., Bąk-Sosnowska, M., Plinta, R. (2015). Zachowania zdrowotne jako istotny element aktywności życiowej człowieka. Stosunek Polaków do własnego zdrowia, *Hygeia*, 50 (4), s.558-565).
79. Gulati, B., (2020). Organizacja edukacji zdalnej dla studentów z niepełnosprawnościami – rekomendacje. W: E. Domagała-Zyśk (red.), *Zdalne uczenie się i nauczanie a specjalne potrzeby edukacyjne. Z doświadczeń pandemii Covid-19*. Lublin: Wydawnictwo Episteme.
80. Guzy, A. (2022). Zachowania zdrowotne a doświadczenia trudności głosowych wśród studentów i nauczycieli, *Logopedia Silesiana*, t.11, nr 2, s.20-38.
81. Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*, PWN, Warszawa.
82. Heszen, I., Sęk, H. (2008). *Psychologia zdrowia*, PWN, Warszawa.
83. Heszen, I., Sęk, H. (2012). *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo PWN, Warszawa.
84. Heszen-Klemens, I. (1979). *Poznawcze uwarunkowania zachowania się wobec własnej choroby*, Ossolineum, Wrocław.
85. Heszen-Niejodek, I. (1997). *Psychologia zdrowia*, PWN, Warszawa.
86. Hildt-Ciupińska, K., Bugajska, J. (2011). Rola zachowań prozdrowotnych w promocji zdrowia pracowników, *Bezpieczeństwo pracy*, 9.2011, s.10-13.
87. Hipisz, K. (2014). *Psychoedukacja: asertywność, stres, emocje, samoocena, komunikacja interpersonalna*, Wydawnictwo Raabe, Warszawa.
88. Hoying, J., Mazurek-Melnyk, B., Hutson, E. (2020). Prevalence and Correlates of Depression, Anxiety, Stress, Healthy Beliefs and Lifestyle Behaviors in First-Year Graduate Health Sciences Students, *Journal Education*, pobrane: [https:// sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/ abs/10.1111/wvn.12415](https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/wvn.12415), dostęp 24.11.2022r.
89. Huflejt-Łukasik, M. (2010). *Ja i procesy samoregulacji. Różnice między zdrowiem a zaburzeniami psychicznymi*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.

90. Jacennik, B. (2008). Strategie dla zdrowia: kształtowanie zachowań zdrowotnych poprzez środowisko, Vizja Press & IT, Warszawa.
91. Jackson, D., Tomlinson, M. (2020). Investigating the relationship between career planning, proactivity and employability perceptions among higher education students in uncertain labour market conditions, *Higher Education*, Vol. 80, p.435-455.
92. Jacewski, A. (2014). Seksualność dzieci i młodzieży: pół wieku badań i refleksji, Difin, Warszawa.
93. Janaszczyk, A., Wengler, L., Popowski, P. (2012). Filozoficzne, społeczne i prawne aspekty nauk o zdrowiu, Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych, Gdańsk.
94. Janowicz, K., Ciesielski, P. (2021). Perspektywa czasu i wartości życiowe a zachowania studentów w okresie zawieszenia stacjonarnych zajęć dydaktycznych na początku pandemii SARS-COV-2 (COVID-19), *Annales Universitas Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J, Pedagogia-Psychologia*, Vol. XXXIV, 2, s.105-132.
95. Jedliński, R. (2000). Świat wartości uczniów kończących szkołę podstawową, W: Z. Uryga (red.). Podmiotowy wymiar szkolnej polonistyki, Wydawnictwo WSP, Kraków.
96. Juczyński, Z. (1998). Poczucie własnej skuteczności jako wyznacznik zachowań zdrowotnych, *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 14, s.54-63.
97. Juczyński, Z. (2001). Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa.
98. Juczyński, Z. (2003). Przekonania i oczekiwania wyznacznikami zachowań związanych ze zdrowiem, W: Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki. Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
99. Juczyński, Z. (2012). Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa.
100. Juczyński, Z., Ogińska-Bulik, N. (2008). Osobowość: stres a zdrowie, Difin, Warszawa.

101. Kaczor-Szkodny, P.M., Szkodny, W. (2021). Wybrane elementy wpływające na powstawanie i kształtowanie postaw i zachowań zdrowotnych, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, Tom 27, Nr 1, s.45-49.
102. Kalinowska-Witek, B. (2018). Samoocena studentów pedagogiki a ich empatyczne rozumienie innych ludzi, *Edukacja- Technika – Informatyka*, nr 3(25), s. 97-102.
103. Karski, J.B. (2003). Praktyka i teoria promocji zdrowia, CeDeWu, Warszawa.
104. Karta Ottawska, (1987).Przekł. J.B. Karski, W: J.B. Karski, Z.Słońska, B.W.Wasilewski (red.), Promocja zdrowia, s.256-251), Sanmedia, Warszawa.
105. Karwatowska, M. (2012). Autorytety w opiniach młodzieży, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
106. Kaur, K., Singh, K. (2022). Psychological Well-Being among University Students in relations to Social Competence and Program Committed, *International Journal for Multidisciplinary Research*, Vol.4, Issue 6, E-ISSN: 2582-2160.
107. Kawczyńska-Butrym, Z. (1995). Rodzinny kontekst zdrowia i choroby, Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa.
108. Kawczyńska-Butrym, Z. (1995). Rodzinny kontekst zdrowia i choroby, Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa.
109. Kilani, H.A., Bateineh, M.F., Al-Nawayseh, Atiyat, K., Obeid, O., Abu-Hilal, M., Mansi, T., Al-Kilani, Al-Kilani M., El-Saleh, M., Jaber, R.M., Sweidan, A., Himsi, M., Yousef, I., Alzeer, F., Nasrallah, M., Al Dhaheri A.S., Al-Za'abi, A., Allala, O., Al-Kilani, L., Alhasan, A.M., Ghieda, M., Najah, Y., Alsheekhly, S., Alhaifi, A., Shukri, R., Al. Adwani., J., Waly, M., Kilani, L., Kilani, L.H., Al. Shareef, A.S., Kilani, A.(2022). Healthy lifestyle behaviors are major predictors of mental wellbeing during COVID-19 pandemic confinement: A study on adult Arabs in higher educational institutions, *Plos One*, 17(8), e0273276.
110. Kirenko, J. (2002). Wsparcie społeczne osób z niepełnosprawnością, Wydawnictwo WSUPIZ, Ryki.
111. Kirenko, J., Boczkowska, M. (2017). Bezrobocie. Zachowania zdrowotne. Uwarunkowania, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
112. Kirenko, J., Uberman-Kulz, D. (2019). Styl życia zdrowotnego a radzenie sobie z problemami studentów kierunków nauczycielskich z różnymi poziomami samooceny, *Edukacja- Technika- Informatyka*, nr 1/27/2019, s. 56-69.

113. Kirenko, J., Wiatrowska, A. (2015). *Otyłość. Przystosowanie, uwarunkowania*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
114. Kirenko, J., Zubrzycka-Maciąg, T. (2011). *Współczesny nauczyciel. Studium wypalenia zawodowego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
115. Kirenko, J., Zubrzycka-Maciąg, T. (2017). *Zachowania zdrowotne nauczycieli. Badania empiryczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
116. Kluz, T. (2007). *Psychospołeczne uwarunkowania wyboru wartości przez młodzież*, Wyd. „Akapit”, Toruń.
117. Knapík, J. (2022). *The Value System of University Students*. Verbum-Vydavateľstvo Katolíckej Univerzity v Ružomberku.
118. Kocowski, T. (1991). *Szkice w teorii twórczości i motywacji*. H. Sękowa, A. Tokarz (red.), SAWW, Poznań.
119. Kofta, M., Doliński, D. (2008). *Poznawcze podejście do osobowości*. W: Psychologia. Podręcznik akademicki, T.2. J. Strelau, D. Doliński (red.). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
120. Komorowska, B. (2016). *Urzeczywistnienie wartości*. W: K. Chałas, A. Maj (red.). *Encyklopedia aksjologii pedagogicznej*. Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne POLWEN, Radom, s.1222-1224.
121. Konarzewski, K. (2000). *Jak uprawiać badania oświatowe: metodologia praktyczna*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.
122. Kosiba, G., Gacek, M., Bogacz-Walancik, A., Wójtowicz, A. (2017). *Zachowania prozdrowotne a satysfakcja z życia studentów kierunków nauczycielskich*, *Terazniejszość- Człowiek- Edukacja*, Tom 20, nr 2(78), s. 79-93.
123. Kosicka, E., Lis, R. (2016). *Komputerowe wspomaganie kształcenia z zakresu harmonogramowania produkcji*, *Edukacja-Technika-Informatyka*, 3(17), s.89-93.
124. Kosir, U., Loades, M., Wild, J., et al. (2020). *The impact of COVID-19 on the cancer care of adolescents and young adults and their well-being: results from an on-line survey conducted in the early stages of the pandemic*, *Cancer*, 126(19), 4414–4422.

125. Kosmala, J. (2012). Zastosowanie regresji krokowej do analizy badań dotyczących informatyzacji procesu edukacji, *Podstawy Edukacji, Propozycje Metodologiczne*, tom 5, s.257- 267.
126. Kościelak, R. (2010). Poczucie umiejscowienia kontroli i przekonania o własnej skuteczności w zdrowiu i chorobie, Impuls, Kraków.
127. Kowalewska, J., Graeber, P. (2003). Kształtowanie postaw zdrowotnych, *Życie Szkoły*, nr 1.
128. Kowalski, M., Gawęł A. (2006). Zdrowie-wartość-edukacja, Wydawnictwo Impuls, Kraków.
129. Koziński, J. (1988). O człowieku wielowymiarowym. Eseje psychologiczne, Wydawnictwo PWN, Warszawa, s.39-40.
130. Koźmińska, I., Olszewska, E. (2007). Z dzieckiem w świat wartości. Świat Książki, Warszawa.
131. Kraśniewski, A. (2020). O jakości kształcenia w czasie COVID-19: stare odpowiedzi na nowe pytania? W: Nauczanie po pandemii: Nowe pytania czy nowe odpowiedzi na stare pytania? Instytut Problemów Współczesnej Cywilizacji im. Marka Dietricha, Warszawa.
132. Krawczyk, M. (2020). Nauczanie medycyny po pandemii, W: Nauczanie po pandemii: Nowe pytania czy nowe odpowiedzi na stare pytania? Instytut Problemów Współczesnej Cywilizacji im. Marka Dietricha, Warszawa.
133. Kropińska, I. (2000). Przekonania zdrowotne w poszukiwaniu perspektywy pedagogicznej, Wydawnictwo Uczelniane WSP, Bydgoszcz.
134. Kropornicka, B., Baczewska, B., Dragan, W., Krzyżanowska, E., Oleszak, C., Szymczuk, E. (2015). Zachowania zdrowotne studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, *Rozprawy Społeczne*, 9(2), s.58-64.
135. Kropornicka, B., Baczewska, B., Dragan, W., Krzyżanowska, E., Olszak, C., Szymczuk, E. (2015). Zachowania zdrowotne studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, *Rozprawy Społeczne*, 9(2), 58–64.
136. Kubielski, W. (1999). Zarys metodologii badań pedagogicznych, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Słupsk.

137. Kubińska, Z. (2010). *Zdrowie duchowe i jego miejsce w koncepcji zdrowia*. W: T.N. Kulik, B. Wolny, A. Pacian (red.). *Edukacja zdrowotna w naukach medycznych i społecznych*, Studio książki, Stalowa Wola- Lublin.
138. Kuczyński, J. i in. (2011). *Badanie używania substancji psychoaktywnych oraz postaw prozdrowotnych wśród studentów uczelni z Suwałk, Białegostoku i Grodna*, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 92(4), s.748-753.
139. Kulas, H. (1986). *Samooceńca młodzięży*, WSiP, Warszawa.
140. Kulik, A., Grądziel, J., Smotrycka, A. (2018). *Dyspozycje podmiotowe studentek sprzyjające podejmowaniu zachowań zdrowotnych*, *Polskie Forum Psychologiczne*, tom 23, nr 1, s. 188-200.
141. Kulik, T.B. (2002). *Koncepcja zdrowia w medycynie*, *Zdrowie publiczne*, T.B. Kulik, M. Latarski (red.). Wydawnictwo Czelej, Lublin, s.15-34.
142. Kuriańska-Wołoszyn, J., Wołoszyn, A. (2016). *Zachowania zdrowotne studentek a wymagania zawodu pedagoga*. W: D.Umiastowska (red.). *Aktywność ruchowa ludzi w różnym wieku*, Wydawnictwo Albatros, Szczecin, s.61-70.
143. Kurpas, D., Kusz, J., Jedynek, T., Mroczek, B. (2012). *Umiejscowienie kontroli zdrowia u osób ze schorzeniami przewlekłymi*, *Family Medicine & Primary Care Review*, 14, (2), s.186-188.
144. Lachowicz-Tabaczek, K. (2001). *Psychologia społeczna w zastosowaniach: od teorii do praktyki*, Atla 2, Wrocław.
145. Lachowicz-Tabaczek, K. (2004). *Potoczne koncepcje świata i natury ludzkiej: ich wpływ na poznanie i zachowanie*, *Psychologia w Monografiach Naukowych 5*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
146. Lachowski, S. (2012). *Droga ważniejsza niż cel. Wartości w życiu i biznesie*, Wydawnictwo Studio EMKA, Warszawa.
147. Lavenson, H. (1974). *Activism and powerful others: Distinctions within the concept of internal-external control*, *Journal of Personality Assessment*, 38, s.377-383.
148. Lewicki, Cz. (2006). *Edukacja zdrowotna: systemowa analiza zagadnień*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów.

149. Leżański, D., Sobolewska, J. (2020). Z perspektywy studentów, W: Nauczanie po pandemii: Nowe pytania czy nowe odpowiedzi na stare pytania? Instytut Problemów Współczesnej Cywilizacji im. Marka Dietricha, Warszawa.
150. Linca-Ćwikła, A. (2016). Styl życia sprzyjający zdrowiu (hasło encyklopedyczne). W: K. Chałas, A. Maj (red.). Encyklopedia aksjologii pedagogicznej. Wydawnictwo Encyklopedyczne POLWEN, Radom.
151. Luty-Michalak, M. (2020). Studenci prawa w labiryncie wartości. W: (red.) Michalski, M., Olszewski, B., Syryt, A., Zaręba, S., Zarzecki, M., Między normatywnym a pragmatycznym modelem kształcenia prawników we współczesnej Polsce. Wydawnictwo Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości, Warszawa.
152. Łaguna, M., Lachowicz-Tabaczek, K., Dzwonkowska, L. (2007). Skala Samooceny Morrisa Rosenberga- polska adaptacja metody, *Psychologia Społeczna*, nr 2.
153. Łaszek, M., Nowacka, E., Gawron-Skarbek, A., Szatko, F. (2011). Negatywne wzorce zachowań zdrowotnych studentów, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 9(3), s.461-465.
154. Łaszek, M., Nowacka, E., Gawron-Skarbek, A., Szatko, F., (2011). Negatywne wzorce zachowań zdrowotnych studentów. Część II. Aktywność ruchowa i nawyki żywieniowe, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 92(3), s.461-465.
155. Łobocki, M. (1989). Metody badań pedagogicznych, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
156. Łobocki, M. (1993). Pedagogika wobec wartości. W: Konstelacje Pedagogiczne, S. Śliwerski (red.), Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków.
157. Łobocki, M. (2004). Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków.
158. Łobocki, M. (2007). W trosce o wychowanie w szkole, Wydawnictwo Impuls, Kraków.
159. Łobocki, M. (2010). Metody i techniki badań pedagogicznych, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków.
160. Łuczak, J. (2007). Psychospołeczne uwarunkowania zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży. Niepublikowana rozprawa doktorska, Bydgoszcz.

161. Łukasik, I.M. (2013). *Poczucie własnej skuteczności we współpracy z grupą. Eksperyment pedagogiczny w przestrzeni akademickiej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
162. Łukasik, J. (2021). Motywy wyboru zawodu nauczyciela przez studentów uczelni artystycznych, *Edukacja Ustawiczna Dorosłych*, 112/2021, s.63-75.
163. Łuszczynska, A. (2004). *Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają?* Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
164. M. Boczkowska, M. Duda (2019). Zachowania zdrowotne studentów kierunków nauczycielskich, *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis, Studia Psychologica* (XII), s. 63-78.
165. Makaruk, K., Włodarczyk, J., Szredzińska, R. (2020). *Negatywne doświadczenia młodzieży w trakcie pandemii. Raport z badań ilościowych*. Warszawa: Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.
166. Mandziuk, M. (2017). Zachowania zdrowotne studentek pielęgniarstwa w Polsce i na Łotwie, *Rozprawy Społeczne*, 11(4), 50–55.
167. Marcinkowski, M. (2016). *Styl życia jako determinant bezpieczeństwa zawodowego*. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Oficerskiej Wojsk Lądowych im. Gen. Tadeusza Kościuszki, Wrocław.
168. Martynowicz, E. (2006). *Psychologiczne koncepcje podmiotowości, Od poczucia podmiotowości do bycia ofiarą*, Wydawnictwo Impuls, Kraków, s.12.
169. Maszke, A.W. (2003). *Metodologiczne podstawy badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Urz, Rzeszów.
170. Maszke, A.W. (2003). *Metodologiczne podstawy badań pedagogicznych*, Wydawnictwo URz, Rzeszów.
171. Maszke, A.W. (2008). *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów.
172. Matusiewicz, Cz. (1975). *Psychologia wartości*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
173. Mazur, J. (red). (2015). *Zdrowie i Zachowania Zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych, Wyniki badań HBSC 2014*, Instytut matki i dziecka, Warszawa.

- 174.Mehdizadeh, S. (2010). Self-presentation 2.0: Narcism and self-esteem on Facebook. *Cyberpsychology, Behaviour and Social Networking*, 13(4), p.357-363.
- 175.Melosik, Z. (1999). Dyskursy zdrowia w społeczeństwie współczesnym. Konteksty teoretyczne. W: Z. Melosik (red.). *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*, Wydawnictwo Edytor, Toruń-Poznań.
- 176.Mendrycka, M., Nowak, K., Janiszewska, R., Saracen, A., Kotwica, Z. (2019). Umiejscowienie kontroli zdrowia a zachowania zdrowotne pielęgniarek, *Hygeia Public Health*, 54(1), s.30-40.
- 177.Michalska, A., Cichońska, K., Cichońska, M. (2022). Zachowania zdrowotne studentów kierunku pielęgniarstwo. W: (red.) E. Kędra, E. Garwacka-Czachor, D. Milecka, P.J. Gurowiec, *Inwestowanie w pielęgniarstwo i poszanowanie praw pielęgniarek- kontrowersje i wyzwania*, Głogów, s.120-132.
- 178.Mirańczyk, K., Steuden, S. (2011). Oczekiwania oraz intencje zachowań zdrowotnych jako czynniki warunkujące wykonywanie profilaktycznej cytologii w grupie kobiet po 45. roku życia, *Psychoonkologia*, 2, s.55-64.
- 179.Misztal, J. (1980). *Problematyka wartości w socjologii*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- 180.Misztal, M. (1975). *Problematyka wartości w świecie socjologii*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- 181.Moscovici, S. (1998). *Psychologia społeczna w relacji ja- inni*. Wydawnictwo WSiP, Warszawa.
- 182.Muszalik, M., Zielińska-Więczkowska, H., Kędziora-Kondratowska, K., Kornatowski, T. (2013), *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 94(3), s.509-513.
- 183.Muszyński, H. (1970). *Wstęp do metodologii pedagogiki*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
- 184.Naumiuk, A. (2007). *Uczestnictwo społeczne młodzieży : możliwości działań – opinie i postawy*, WE Edukacyjne „AKAPIT”, Toruń.
- 185.Niebrzydowski, I. (1989). *Psychologia wychowawcza. Samoświadomość, aktywność, stosunki interpersonalne*, PWN, Warszawa.
- 186.Niebrzydowski, I. (1995). *Psychologia wychowawcza i społeczna*. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Zielona Góra.

187. Norman, P., Bennett, P. (1996). Health locus of control, Predicting Health Behaviour. M. Conner, P. Norman (red.). Buckingham: Open University Press, s.62-94.
188. Nosko, J. (2005). Zachowania zdrowotne i zdrowie publiczne. Aspekty historyczno-kulturowe, Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera w Łodzi, Łódź.
189. Nowak, M. (2000). Podstawy pedagogiki otwartej. Ujęcie dynamiczne w inspiracji chrześcijańskiej, Wydawnictwo KUL, Lublin.
190. Nowak, S. (2011). Metodologia badań społecznych, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
191. Nowicki, G.J., Ślusarska, B., Młynarska, M., Rudnicka-Drożak, E., Chemperek, E., Gawroński, M. (2017). Umiejscowienie kontroli zdrowia a deklarowane zachowania zdrowotne w grupie osób wykonujących zawody medyczne i pozamedyczne, *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 1(50), s.38-48.
192. O'Rourke, T., Dale, R., Humer, E., Probst, T., Plener, P., Pieh, C. (2022). Health Behaviors in Austrian Apprentices and School Students during the COVID-19 Pandemic, I: *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19(3), 1049.
193. Ogińska Bulik, N., Juczyński, Z. (2010). Osobowość, stres a zdrowie, Wydawnictwo Difin, Warszawa.
194. Okoń, W. (1983). Słownik pedagogiczny, PWN, Warszawa.
195. Oleszkowicz, A., Misztela, A. (2015). Kryteria dorosłości z perspektywy starszych adolescentów i młodych dorosłych, *Psychologia Rozwojowa*, T.20., nr 1, s.41-55.
196. Oleś, P.K. (2005). Wprowadzenie do psychologii osobowości, wyd.2., Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
197. Oleś, P.K. (2011). Psychologia człowieka dorosłego. Ciągłość- zmiana- integracja, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
198. Oleś, P.K. (2003). Wprowadzenie do psychologii osobowości, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
199. Ostrowska, A. (1999). Styl życia a zdrowie, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa.
200. Ostrowska, U. (2016). Wartość. W: K. Chałas, A. Maj, (red.). Encyklopedia aksjologii pedagogicznej, Polskie Wydawnictwa Encyklopedyczne POLWEN, Radom, s.1304-1308.

- 201.Ozdin, S., Ozdin, S.B. (2020). Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: the importance of gender, *Int J Soc Psychiatry*, Vol.66, Issue 5.
- 202.Palacz, J. (2014). Zachowania zdrowotne studentów w świetle wybranych uwarunkowań, *Medycyna Ogólna i Nauki o zdrowiu*, 20(3), s.301-306.
- 203.Palka, S. (2006). Metodologia, badania, praktyka pedagogiczna, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- 204.Patsali, M.E., Mousa, D-P.V., Papadopoulou, E.V.K., Papadopoulou, K.K.K., Kaparounaki, C.K., Diakogiannis, I., Fountoulakis, K.N. (2020). University students' changes in mental health status and determinants of behaviour during the COVID-19 lockdown in Greece, *Psychiatry Research*, Vol. 292, 113298.
- 205.Penar-Zadarko, B., Zadarko, E., Binkowska-Bury, M., Januszewicz, P. (2009). Rozpowszechnienie palenia tytoniu wśród studentów a umiejscowienie kontroli zdrowia, *Przegląd Lekarski*, 66/10, s.705-708.
- 206.Pervin, L. (2002). Psychologia osobowości, przekł. Marek Orski, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- 207.Piasecka, H., Nowicki, G., Ślusarska, B. (2014). Sposób żywienia i umiejscowienie kontroli zdrowia w grupie studentów medycyny, *Pielęgniarstwo XXI wieku*, nr 2 (47), s.17-22.
- 208.Pigott, J. (2018). A Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI) survey of Japanese University students, *International Journal of Social Sciences and Interdisciplinary Studies*, 3(1), p.55-66.
- 209.Pilch, T. (1995). Zasady badań pedagogicznych, Wydawnictwo Żak, Warszawa.
- 210.Pilch, T. (1999). Zasady badań pedagogicznych, Wydawnictwo Żak, Warszawa.
- 211.Pilch, T., Bauman, T. (2001). Zasady badań pedagogicznych, Wydawnictwo akademickie Żak, Warszawa.
- 212.Pius, K., Tabak, I. (2015). Osobowość i samoocena studentów aktywnie korzystających z serwisu społecznościowego Facebook, W: (red.) Wysocka-Pleczyk, M., Gulla, B., Człowiek społeczny w przestrzeni Internetu, t.4, s.202-209.
- 213.Piwowarska, E. (2020). Nauczanie po pandemii: szansa na wprowadzenie ważnych zmian w dydaktyce akademickiej, W: Nauczanie po pandemii: Nowe pytania czy

- nowe odpowiedzi na stare pytania? Instytut Problemów Współczesnej Cywilizacji im. Marka Dietricha, Warszawa.
214. Poleszak, W. (2013). Nowe media- zagrożenia i szanse dla profilaktyki zachowań dysfunkcyjnych. W: Plichta, P., Pyżalski, J. editor. W: Wychowanie i kształcenie w erze cyfrowej. Łódź, Wydawnictwo RCPS, s. 145-150.
215. Pryszmont-Ciesielska, M. (2011). Wstęp, (Mikro)światy ludzi dorosłych, Wydawnictwo Libron Filip Lohner, Kraków.
216. Przysada, G., Drużbicki, M. (2013). Wpływ masy ciała na powstawanie wad stóp u studentów piątego roku fizjoterapii Uniwersytetu Rzeszowskiego, *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie*, Nr 3, s.319-326.
217. Puchalski, K. (1990). Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot nauk socjologicznych. Uwagi wokół pojęcia. W: Zachowania zdrowotne. A. Gniazdowski (red.), Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy, Łódź, s.23-57.
218. Puchalski, K. (1997). Zdrowie w świadomości społecznej, Instytut Medycyny Pracy, Łódź.
219. Pyżalski, J., (2021). Zdrowie psychiczne i dobrostan młodych ludzi w czasie pandemii Covid-19- przegląd najistotniejszych problemów, *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka* Vol. 20 Nr 2 (2021).
220. Pyżalski, J., Poleszak, W. (2020). Relacje przede wszystkim – nawet jeśli obecnie tylko zapośredniczone. W: J. Pyżalski (red.), Edukacja w czasach pandemii wirusa COVID-19. Z dystansem o tym, co robimy obecnie jako nauczyciele. Warszawa: EduAkcja.
221. Rasińska, R. (2012). Nawyki żywieniowe studentów w zależności od płci, *Nowiny Lekarskie*, 81 (4), s.354-359.
222. Raven, J., Stephenson, J. (Eds.). (2001). Competence in the Learning Society. Peter Lang Inc., International Academic Publishers.
223. Rembowski, J. (1986). Metoda projekcyjna w psychologii dzieci i młodzieży: zarys technik badawczych, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
224. Reykowski, J. (1970). „Obraz własnej osoby” jako mechanizm regulujący postępowanie, *Kwartalnik Pedagogiczny*, 15, s.45-56.

225. Romanowska-Tołłoczko, A. (2011). Styl życia studentów oceniany w kontekście zachowań zdrowotnych, *Hygeia Public Health*, 46, 1, s.89-93.
226. Romero-Galisteo, R-P., González-Sánchez, M., Gálves-Ruiz, P., Palomo-Carrión R., Casuso-Holgado, M.J., Pinero-Pinto, E. (2022). Entrepreneurial intention, expectations of success and self-efficacy in undergraduate students of health sciences, *BMC Medical Education*, 22:679.
227. Rybczyńska, D., Oleszak-Krzyżanowska, B. (1995). Aksjologia pracy socjalnej- wybrane zagadnienia. Pracownik socjalny wobec problemów i kwestii społecznych. Warszawa, s.58-59.
228. Sarzyńska-Mazurek, E. (2019). Poczucie własnej skuteczności osób u progu dorosłości, *Edukacja ustawiczna dorosłych*, 4, s. 19-28.
229. Sarzyńska-Mazurek, E. (2021). Zasoby studentów w kontekście wyzwań współczesnego rynku pracy, *Lubelski Rocznik Pedagogiczny*, t. XXXX, z.3, s. 251-267.
230. Savage, M.J., James, R., Magistro, D., Donaldson, J., Healy, L.C., Nevill, M., Hennis, P.J. (2020). Mental health and movement behaviour during the Covid-19 pandemic in UK University students: Prospective cohort study, *Mental Health and Physical Activity*, Vol. 19, 100357.
231. Schwarzer, R. (1997). Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontrolowaniu zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejście teoretyczne i nowy model. W: I. Heszen-Niejodek, H. Sęk, (red.). Psychologia zdrowia, tłum. D. Gawlikowska, J. Łuczyński, M. Olejnik, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
232. Sęk, H. (1997). Psychologia wobec promocji zdrowia. W: Psychologia zdrowia nowa tendencja w psychologii. I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), Wydawnictwo Naukowe PAN, Warszawa.
233. Sęk, H. (2000). Zdrowie behawioralne. W: Psychologia, Podręcznik akademicki. T.3. (red.) J. Strelau, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, s.539.
234. Sęk, H. (2005). Zdrowie behawioralne. W: J. Strelau (red.). Psychologia. Podręcznik akademicki. T.3., Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
235. Siciński, A. (2002). Styl życia, kultura, wybór. Szkice, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa.

236. Skuza, A. (2011). Interakcje społeczne w procesie socjalizacji, W: Forum Pedagogiczne UKSW, 1/2011.
237. Smoleń, E., Cibora, E., Penar-Zadarko, B., Gazdowicz, L. (2012). Wybrane zachowania zdrowotne młodzieży akademickiej a umiejscowienie kontroli zdrowia. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie*, 4, s. 474-484.
238. Smyk, A. (2022). Zachowania zdrowotne i wiedza studentów pielęgniarstwa na temat Covid-19. Praca magisterska, <https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/handle/item/296859>, dostęp: 14.01.2023r.
239. Starczewska, M., Mikołajewska, I., Grochans, E., Jurczak, A., Szkup-Jabłońska, M., Kuczyńska, M., Grzywacz, A., Żukrowska, A. (2012). Sposób odżywiania się jako jeden z determinantów stylu życia studentów, *Family Medicine & Primary Care Review*, 14, 1, s.63-69.
240. Stenfield, C., Ellison, N.B., Lampe, C. (2008). Social capital, self-esteem and use of online social network sites: A longitudinal analysis, *Journal of Applied Developmental Psychology*, 29 (6), p.434-445.
241. Steptoe, A., Wardle, J., Cui, W., Bellisle, F., Zotti, A.M., Baranyai, R., Sanderman, R. (2002). Trends in smoking, diet, physical exercise, and attitudes toward health in European university students from 13 countries, 1990–2000, *Preventive Medicine*, 35(2), 97–104.
242. Steptoe, A., Wardle, J. (2001). Health behavior, risk awareness and emotional well-being in students from Eastern Europe and Western Europe, *Social Science and Medicine*, 53(12), 1621–1630.
243. Strelau, J. (2000). Temperament a stres. Temperament jako czynnik moderujący stresory, stan i skutki stresu oraz radzenie sobie ze stresem. W: Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne. I. Hesen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
244. Strelau, J., Doliński, D. (2000). Psychologia: podręcznik akademicki T2, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
245. Strzelecki, W., Cybulski, M. (2009). Rola poczucia umiejscowienia kontroli w kształtowaniu wybranych zachowań zdrowotnych adolescentów, *Nowiny Lekarskie*, 78 (1), s. 18-22.

246. Suliga, E. (2004). *Zachowania zdrowotne studentów i uczniów*, Wydawnictwo Akademii Świętokrzyskiej, Kielce.
247. Surzykiewicz, J. (2003). Holizm. W: T. Pilch (red.). *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*. T.2., Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa.
248. Suświłło, M. (2020). Zmiany w kształceniu nauczycieli wczesnej edukacji w kontekście antycypacji zawodu przez studentów, *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*, 587(2), s. 3-13.
249. Swędrak, J. (2013). Rozwijanie dyspozycji podmiotowych w procesie uczenia się dorosłych, nr 3.
250. Syrek, E. (2019). Teoretyczne podstawy współczesnej pedagogiki zdrowia jako subdyscypliny pedagogiki, W: *Pedagogika Społeczna*, 72, 2, s.9-23.
251. Syrkiwicz-Świtała, M., Holecki, T., Wojtynek, E. (2014). Znaczenie mass mediów w promocji zdrowia, *Med. Og i Nauk Zdr.* 20(2), s.171-176.
252. Sztompka, P. (2006). *Socjologia. Analiza społeczeństwa*, Wydawnictwo Znak, Kraków.
253. Sztumski, J. (2005). *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice.
254. Szymczuk, E., Zajchowska, J., Dominik, A., Makara-Studzińska, M., Zwolak, A., Danilu, J. (2011). Media jako źródło wiedzy o zdrowiu, *Med. Og Nauk. Zdr.* 17(4), s.165-168.
255. Śniegulska, A. (2019). Rodzicielski wymiar edukacji zdrowotnej w doświadczeniach i opinii studentek, W: *Annales UMCS*, 31, 2, s.145-159.
256. Świda, H. (red.). *Młodzież a wartości*, 1979, Warszawa.
257. Tabassum, R., Akhter, N., Iqbal, Z. (2020). Relationship between Social Competence and Academic Performance of University Students, *Journal of Educational Research*, Vol.23, No.1, p. 111-130.
258. Tanew, Y.A. (2013). Relationship between self-efficacy, academic achievement and gender in analytical chemistry at Debre Marcos College of teacher education, *AJCE*, 3(1), p. 3-28.
259. Taranowicz, I. (2010). *Zdrowie i sposoby radzenia sobie z jego zagrożeniami. Analiza socjologiczna*, Oficyna Wydawnicza Arboretum, Wrocław.

260. Tavoracci, M.P., Wouters, E., Van de Velde, S., Buffel, V., Dechelotte, P., Van Hal, G., Lander, J. (2021). The Impact of COVID-19 Lockdown on Health Behaviors among Students of a French University, *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18(8), 4346.
261. Tischner, J. (1982). Etyka wartości i nadziei, W: Wobec wartości, D. von Hildenbrand, J.A. Kłoczowski, J. Paściak, J. Tischner (red.). W drodze, Poznań, s.51-148
262. Tobiasz-Adamczyk, B. (2000). Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
263. Tomaszewski, T. (1985). Człowiek jako podmiot i człowiek jako przedmiot. W: J. Reykowski, Studia z psychologii emocji motywacji i osobowości, Wydawnictwo Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk-Łódź, s.72.
264. Turner, J.H. (1998). Socjologia: koncepcje i ich zastosowanie, przekł. Ewa Różańska, Zys i S-ka, Poznań.
265. Volder, M.L. de, Lens, W. (1982). Academic achievement and future time perspective as a cognitive- motivational concept, *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(3), p. 566-571.
266. Wagner, S., Banaszkiwicz, M., Andruszkiewicz, A., Strahl, A., Miler, A., Kubica, A. (2015). Zachowania zdrowotne i miejsce zdrowia w hierarchii wartości młodzieży, *Med. Og Nauk. Zdr.* 21(3), s.278-281.
267. Walc, W. (2006). Przemoc w relacjach międzyludzkich: opinie młodzieży. Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów.
268. Walentukiewicz A., Łysak A., Wilk B. (2010). Wybrane zachowania zdrowotne młodzieży akademickiej o wysokim poziomie aktywności fizycznej — doniesienie wstępne, *Rocz. Nauk.*, Nr 19 s.113–127.
269. Walentukiewicz, A., Łysak, A., Wilk, B. (2013). Zachowania zdrowotne studentek pielęgniarstwa, *Problemy Pielęgniarstwa*, 21(4), 484–488.
270. Wallston, K.A., Wallston, B.S., DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) Scales, *Health Education Monographs*, 6, s.161-170.

271. Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C., Ho, R. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 1729.
272. Weber-Rajek M., Baumgart M., Michalski A., Radziwińska A., Goch. A., Lulińska-Kuklik E., Zukow W. (2015) Student's health behaviors – own research, *J. Educ. Health Sport*, 5(9) s. 647-662.
273. Weber-Rajek, M., Radziwińska, A., Kalisz, Z., Hoffmann, M., Juraszek, K., Goch, A., Zukow, W. (2016). Zachowania zdrowotne studentów Dietetyki, *Journal of Education, Health and Sport*, 6(6), s. 469-477.
274. Wiechnik, R., Drwal, R.Ł. (1989). Inwentarz Samowiedzy, W: R.Ł. Drwal (red.). Techniki kwestionariuszowe w diagnostyce psychologicznej. Wybrane zagadnienia, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
275. Wojciechowska M., Suda K. (2008). Promocja zdrowego stylu życia nie tylko zadaniem zawodowym pielęgniarki, ale także odpowiedzią na współczesne zagrożenia, *Probl. Pielęgn.* 16 (1, 2). S. 60–65.
276. Wojciechowska, K. (2019). Opinie studentów o zdrowiu jako wartości. W: (red). Grzesiak, J., Zymomrya, I., Ilnytskyh, V., Rozwój nowoczesnej edukacji i nauki – stan, problemy, perspektywy, Konin-Użhorod-Chersoń-Krzywy Róg.
277. Wojciszke, B. (2013). Psychologia społeczna, Scholar, Warszawa.
278. Wojnarska, A., Osińska, M. (2020). Poziom poczucia własnej skuteczności a zasoby osobiste i społeczne osób skazanych, *Lubelski Rocznik Pedagogiczny*, T.XXXIX, z.4, s.173-192.
279. Wojtczak, A. (2009). Zdrowie publiczne: wyzwania dla systemów zdrowia XXI wieku, PZWL, Warszawa.
280. Wosik-Kawala, D. (2007). Korygowanie samooceny uczniów gimnazjum, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
281. Wosik-Kawala, D., Sarzyńska-Mazurek, E. (2017). Wartość pracy w percepcji młodzieży stojącej u progu kariery zawodowej. Wydawnictwo UMCS, Lublin.
282. Woynarowska, B. (2018). Edukacja zdrowotna, WN PWN, Warszawa.
283. Woynarowska, B. (2007). Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki, WN PWN, Warszawa.

284. Zaczyński, W.P. (1995). Praca badawcza nauczyciela, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.
285. Zadarko-Domaradzka, M., Zadarka, E. (2017). Nowe media jako narzędzie edukacji zdrowotnej i modelowania zachowań współczesnego społeczeństwa, *Edukacja-Technika-Informatyka*, 1(19), s.266-272.
286. Zalewska-Puchała, J., Majda, A., Korzonek, R. (2013). Zachowania zdrowotne i poczucie własnej skuteczności studentów w utrzymaniu zdrowia, *Via Medica*, s. 504-511.
287. Zawadzki, B. (2008) Psychologia różnic indywidualnych. W: J. Strelau, Psychologia: podręcznik akademicki, T1, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
288. Ziomek-Michalak, K. (2016). Zasoby osobiste a oczekiwania zdrowotne polskich seniorów, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa.
289. Ziółkowski, M. (2002). Wartości. W: W. Kwaśniewicz i in. (kom.red.), H. Kubiak i in. (red.). Encyklopedia socjologii T.4., Oficyna Naukowa, Warszawa.
290. Zubrzycka-Maciąg, T. (2013). Psychospołeczne uwarunkowania stresu nauczycielek szkół podstawowych i gimnazjów, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
291. Zubrzycka-Maciąg, T. (2015). Szacunek- wartość zaniechana w pedagogice. W: W. Furmanek, A. Długosz (red.). Wartości w pedagogice. Urzeczywistnienie wartości. Wydawnictwo URz, Rzeszów.
292. Żuchelkowska, K. (2016). Zdrowie jako wartość. W: K. Chałas, A. Maj (red.). Encyklopedia aksjologii pedagogicznej. Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne POLWEN, Radom, s.1537-1542.

Źródła internetowe :

1. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/edukacja/edukacja/szkolnictwo-wyzsze-w-roku-akademickim-20212022-wyniki-wstepne,8,8.html>, dostęp: 17.01.2023r.
2. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2019-r-,26,1.html>, dostęp: 05.01.2023r.
3. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/kultura-turystyka-sport/sport/uczestnictwo-w-sporcie-i-rekreacji-ruchowej-w-2021-r-,5,2.html> , dostęp: 19.12.2022r.
4. <https://www.cbos.pl/PL/publikacje/news/2020/02/newsletter.php> , dostęp : 27.01.2023r.

Spis tabel

Tabela 1. Zmienne i wskaźniki	116
Tabela 2. Wiek badanych osób	130
Tabela 3. Płeć respondentów	132
Tabela 4. Miejsce zamieszkania studentów	132
Tabela 5. Zatrudnienie ankietowanych	133
Tabela 6. Ukończona szkoła średnia	134
Tabela 7. Długość snu deklarowany przez studentów	135
Tabela 8. Stosowanie drzemek przez respondentów	136
Tabela 9. Deklarowany poziom stresu osób zatrudnionych.....	137
Tabela 10. Czas pracy ankietowanych osób.....	138
Tabela 11. Ilość wypalanych papierosów przez studentów	139
Tabela 12. Częstotliwość spożywania owoców	141
Tabela 13. Częstotliwość spożywania warzyw	143
Tabela 14. Częstotliwość spożywania produktów przetworzonych.....	144
Tabela 15. Częstotliwość spożywania produktów z konserwantami	145
Tabela 16. Częstotliwość spożywania produktów z tłuszczami pochodzenia zwierzęcego	146
Tabela 17. Częstotliwość spożywania słodyczy przez studentów	147
Tabela 18. Częstotliwość spożywania słonych przekąsek	149
Tabela 19. Częstotliwość spożywania napojów alkoholowych	150
Tabela 20. Częstotliwość podejmowanych ćwiczeń fizycznych	151
Tabela 21. Uczestnictwo w działaniach profilaktycznych	153
Tabela 22. Kontakt z narkotykami u ankietowanych osób	154
Tabela 23. Relacje rodzinne deklarowane przez badanych studentów	154
Tabela 24. Relacje koleżeńskie deklarowane przez badanych.....	156
Tabela 25. Zachowania zdrowotne badanych studentów (wynik globalny)- ANOVA	160
Tabela 26. Styl życia zdrowotnego badanych osób- ANOVA.....	162
Tabela 27. Struktura wartości studentów lubelskich uczelni wyższych- ANOVA.....	166
Tabela 28. Kontrola zdrowia ankietowanych osób- ANOVA	169
Tabela 29. Własna skuteczność wśród badanych studentów- ANOVA	170
Tabela 30. Samoocena respondentów- ANOVA	171

Tabela 31. Wyniki analizy regresji wielorakiej krokowej: wskaźniki zmiennej zależnej spożywanie alkoholu i zmiennych niezależnych w badanej grupie studentów	176
Tabela 32. Wyniki analizy regresji wielorakiej krokowej: wskaźniki zmiennej zależnej palenie tytoniu i zmiennych niezależnych w badanej grupie studentów	180
Tabela 33. Wyniki analizy regresji wielorakiej krokowej: wskaźniki zmiennej zależnej ciśnienie krwi i zmiennych niezależnych w badanej grupie studentów	183
Tabela 34. Wyniki analizy regresji wielorakiej krokowej: wskaźniki zmiennej zależnej waga ciała i zmiennych niezależnych w badanej grupie studentów.....	185
Tabela 35. Wyniki analizy regresji wielorakiej krokowej: wskaźniki zmiennej zależnej sprawność fizyczna i zmiennych niezależnych w badanej grupie studentów.....	189
Tabela 36. Wyniki analizy regresji wielorakiej krokowej: wskaźniki zmiennej zależnej stres i niepokój wewnętrzny i zmiennych niezależnych w badanej grupie studentów ...	193
Tabela 37. Wyniki analizy regresji wielorakiej krokowej: wskaźniki zmiennej zależnej bezpieczna jazda samochodem i zmiennych niezależnych w badanej grupie studentów	197
Tabela 38. Wyniki analizy regresji wielorakiej krokowej: wskaźniki zmiennej zależnej relacje z innymi i zmiennych niezależnych w badanej grupie studentów	201
Tabela 39. Wyniki analizy regresji wielorakiej krokowej: wskaźniki zmiennej zależnej odpoczynek i sen i zmiennych niezależnych w badanej grupie studentów	205
Tabela 40. Wyniki analizy regresji wielorakiej krokowej: wskaźniki zmiennej zależnej ogólne zadowolenie z życia i zmiennych niezależnych w badanej grupie studentów	209
Tabela 41. Wyniki analizy regresji wielorakiej krokowej: wskaźniki zmiennej zależnej „Mój Styl Życia- wynik ogólny” i zmiennych niezależnych w badanej grupie studentów	213
Tabela 42. Wyniki analizy regresji wielorakiej krokowej: wskaźniki zmiennej zależnej prawidłowe nawyki żywieniowe i zmiennych niezależnych w badanej grupie studentów	217
Tabela 43. Wyniki analizy regresji wielorakiej krokowej: wskaźniki zmiennej zależnej zachowania profilaktyczne i zmiennych niezależnych w badanej grupie studentów.....	221
Tabela 44. Wyniki analizy regresji wielorakiej krokowej: wskaźniki zmiennej zależnej pozytywne nastawienia psychiczne i zmiennych niezależnych w badanej grupie studentów	225

Tabela 45. Wyniki analizy regresji wielorakiej krokowej: wskaźniki zmiennej zależnej praktyki zdrowotne i zmiennych niezależnych w badanej grupie studentów 229

Aneks

Kwestionariusz osobowy

Wiek:

- <18 lat
- 18-20
- 21-23
- 24-25
- 25-30
- >30 lat

Płeć K M

Miejsce zamieszkania:

- Wieś
- Miasto do 100 tys. mieszkańców
- Miasto do 300 tys. mieszkańców
- Miasto powyżej 300 tys. mieszkańców

Czy jest Pan/Pani zatrudniony/a? Tak/ Nie

Do jakiej szkoły średniej Pan/Pani uczęszczał/a?

- Liceum ogólnokształcące
- Liceum profilowane
- Technikum
- Szkoła dla dorosłych
- Inne.....

Proszę wskazać ile czasu Pan/Pani przeznaczają na sen w ciągu dnia:

- <5h
- 6-8h
- 8-10h

- >10h

Czy w ciągu dnia przeznaczają Pan/Pani czas na odpoczynek/drzemkę? Tak/Nie

Czy w Pana/Pani mniemaniu wykonuje Pan/Pani stresującą pracę?

Bardzo stresująca 1 2 3 4 5 Wcale mnie nie stresuje

Proszę określić ile czasu w ciągu dnia przeznaczają pan/Pani na pracę (przypadku studentów pracujących)

- <3h
- 4-6h
- 7-8h
- >8h

Proszę wskazać częstotliwość z jaką spożywa Pan/Pani podane produkty :

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi

	codziennie	4-5/tydz	2-3/tydz	1/tydz	rzadziej
Owoce					
Warzywa					
Przetworzone produkty					
Produkty z konserwantami					
Tłuszcze zwierzęce					
Słodyczne					
Słone przekąski					

Jeśli Pan/Pani pali papierosy proszę wskazać liczbę wypalanych przez jeden dzień:

- Nie palę
- Liczba.....

Jak często Pan/Pani pije napoje alkoholowe?

- Okazjonalnie
- Raz na tydzień
- Co weekend
- Nie piję

Z jaką częstotliwością wykonuje Pan/Pani ćwiczenia fizyczne?

- <1/ tydzień
- 1/tydzień
- 2-3/ tydzień
- 4-5/ tydzień
- 6-7/ tydzień
- Częściej

Jak często korzysta Pan/Pani z badań profilaktycznych?

- 1/ rok
- 2/ rok
- Częściej
- Rzadziej

Czy miał Pan/ Pani kontakt z narkotykami?

- Tak, był
- Tak, nadal jest
- Nie było

Jak ocenia Pan/Pani swoje relacje rodzinne?

Bardzo źle 1 2 3 4 5 Bardzo dobrze

Jak ocenia Pan/Pani swoje relacje koleżeńskie?

Bardzo źle 1 2 3 4 5 Bardzo dobrze

MHLC

Skala przedstawia poglądy różnych ludzi na pewne istotne zagadnienia związane ze zdrowiem. Każde stwierdzenie wyraża pogląd, z którym można się zgodzić lub nie. Chodzi tu o osobiste przekonanie i nie ma tu odpowiedzi ani dobrych ani złych. Ważne jest, aby odpowiadać zgodnie z własnymi przekonaniem, a nie z tym - co powinno się sądzić.

- Jeżeli zachoruję, to do zdrowia powracam o własnych siłach

Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 Zdecydowanie się zgadzam

- Często czuję, że jeżeli mam zachorować, to zachoruję niezależnie od tego co zrobię

Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 Zdecydowanie się zgadzam

- Jeżeli regularnie będę się konsultował z dobrym lekarzem, to zmniejszę prawdopodobieństwo zachorowania:

Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 Zdecydowanie się zgadzam

- Wydaje mi się, że na mój stan zdrowia duży wpływ mają przypadkowe zdarzenia

Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 Zdecydowanie się zgadzam

- Swoje zdrowie mogę zachować jedynie konsultując się z lekarzem

Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 Zdecydowanie się zgadzam

- Ponoszę pełną odpowiedzialność za swoje zdrowie

Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 Zdecydowanie się zgadzam

- To, czy pozostanę zdrowy czy też zachoruję, zależy w dużej mierze od innych ludzi (lekarze, pielęgniarki itp)

Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 Zdecydowanie się zgadzam

- Cokolwiek złego dzieje się z moim zdrowiem, to jest to moja wina

Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 Zdecydowanie się zgadzam

- Kiedy zachoruję, muszę po prostu poczekać aż mi przejdzie

Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 Zdecydowanie się zgadzam

- Lekarze utrzymują mnie w zdrowiu

Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 Zdecydowanie się zgadzam

- Kiedy jestem zdrowy, mam po prostu szczęście

Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 Zdecydowanie się zgadzam

- Moje samopoczucie fizyczne zależy od tego, jak dobrze dbam o siebie

Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 Zdecydowanie się zgadzam

- Kiedy choruję, to wiem, że to dlatego, iż o siebie nie zadbałem

Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 Zdecydowanie się zgadzam

- Opieka, którą otrzymuję od innych, decyduje o tym jak szybko powracam do zdrowia

Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 Zdecydowanie się zgadzam

- Nawet jeśli dbam o siebie, łatwo mogę zachorować

Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 Zdecydowanie się zgadzam

- Kiedy choruję, jest to sprawa losu

Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 Zdecydowanie się zgadzam

- Pozostanę raczej zdrowy, jeśli dobrze zadbam o siebie

Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 Zdecydowanie się zgadzam

- Dokładne wypełnianie poleceń lekarza jest najlepszym sposobem na zachowanie dobrego zdrowia

Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 Zdecydowanie się zgadzam

GSES

Poniżej przedstawiono kilka stwierdzeń odnoszących się do różnych cech osobistych. Po przeczytaniu każdego stwierdzenia należy zdecydować, czy w stosunku do siebie są one prawdziwe czy fałszywe.

Poszczególne punkty skali oznaczają:

1- nie 2- raczej nie 3- raczej tak 4- tak

- 1) Zawsze jestem w stanie rozwiązać trudne problemy, jeśli się wystarczająco postaram 1 2 3 4 5
- 2) Nawet, gdy ktoś mi się sprzeciwia, jestem w stanie znaleźć sposób na osiągnięcie tego, czego chcę 1 2 3 4 5
- 3) Z łatwością potrafię trzymać się swoich celów i je osiągać 1 2 3 4 5
- 4) Jestem przekonany, że skutecznie poradziłbym sobie z nieoczekiwanymi wydarzeniami 1 2 3 4 5
- 5) Dzięki swojej pomysłowości i zaradności wiem, jak poradzić sobie z nieprzewidywanymi sytuacjami 1 2 3 4 5
- 6) Jestem w stanie rozwiązać większość problemów, jeśli tylko włożę w to odpowiednio dużo wysiłku 1 2 3 4 5
- 7) Kiedy zmagam się z przeciwnościami, jestem w stanie zachować spokój, gdyż mogę polegać na swoich umiejętnościach radzenia sobie 1 2 3 4 5
- 8) Kiedy zmagam się z jakimś problemem, to zazwyczaj jestem w stanie znaleźć kilka sposobów rozwiązania 1 2 3 4 5
- 9) Gdy mam kłopoty, to zazwyczaj jestem w stanie wymyślić sposób, jak z nich wyjść 1 2 3 4 5
- 10) Zazwyczaj jestem w stanie poradzić sobie z tym, co mnie spotyka 1 2 3 4 5

„Mój Styl Życia”

Jeśli Pan/Pani się zgadza z podanym stwierdzeniem proszę o zaznaczenie go.

1) Picie alkoholu / Jeśli jesteś abstynentem, zaznacz wszystkie 5 odp. niezależnie od ich treści

- Piję mniej niż dwa drinki dziennie
- Nigdy nie czuję się zły lub winny w związku z tym, że piję alkohol
- Kiedy jestem zestresowany lub przygnębiony, nie piję więcej niż zwykle
- Po wypiciu alkoholu nigdy nie robię rzeczy, których później żałuję
- Picie alkoholu nigdy nie było przyczyną moich jakichkolwiek problemów

2) Palenie tytoniu / Jeśli nigdy nie paliłeś, zaznacz wszystkie 5 odp. niezależnie od ich treści

- Nigdy nie paliłem papierosów
- W ciągu ostatniego roku nie zapaliłem ani jednego papierosa
- Nie stosuję żadnych innych form tytoniu (fajka, cygara, nikotynowa guma do żucia etc.) Palę tylko papierosy o niskiej zawartości tytoniu i substancji smolistych
- Wypalam mniej niż jedną paczkę papierosów dziennie

3) Ciśnienie krwi

- W ciągu ostatnich 6 miesięcy przynajmniej raz skontrolowałem swoje ciśnienie krwi
- Nigdy nie miałem wysokiego ciśnienia krwi
- Obecnie moje ciśnienie krwi mieści się w normie
- Świadomie unikam dużej ilości soli w mojej diecie
- W mojej rodzinie nie ma dziedzicznego obciążenia związanego z wysokim ciśnieniem krwi

4) Waga ciała

- Moja waga ciała jest proporcjonalna w stosunku do wzrostu
- W ostatnim roku nie było obiektywnego powodu, abym zaczął się odchudzać
- W moim ciele nie ma ani grama zbędnej tkanki tłuszczowej

- Jestem zadowolony z wyglądu mojego ciała
- Nikt z mojej rodziny, przyjaciół ani lekarzy nie namawiał mnie nigdy do poddania się kuracji odchudzającej

5) Sprawność fizyczna

- Regularnie ćwiczę co najmniej 3 razy w tygodniu po 30 minut lub więcej
- Moje tętno spoczynkowe nie przekracza 70 uderzeń serca na minutę
- Gdy wykonuję pracę fizyczną, nie męczę się zbyt szybko
- Rekreacyjne formy aktywności fizycznej takie jak gra w tenisa, pływanie itp. są stałym punktem w moim tygodniowym planie zajęć
- Uważam, że mój poziom sprawności fizycznej jest wyższy niż wielu osób w moim wieku

6) Stres i niepokój wewnętrzny

- Zawsze potrafię się łatwo zrelaksować
- W trudnych sytuacjach radzę sobie ze stresem tak dobrze jak większość ludzi albo i lepiej
- Nie mam problemów z zasypianiem wieczorem i/ lub ze wstawaniem rano
- Rzadko kiedy jestem spięty lub pełen wewnętrznego niepokoju
- Nie mam problemów z finalizowaniem zadań, które rozpocząłem

7) Bezpieczeństwo jazdy samochodem

- Kiedy siadam za kierownicą samochodu, zawsze zapinam pasy bezpieczeństwa
- Zawsze zapinam pasy bezpieczeństwa, gdy jadę samochodem jako pasażer
- Gdy piłem alkohol, nigdy nie siadam za kierownicą samochodu
- Nigdy nie jadę z kierowcą, który wcześniej pił alkohol
- W ciągu ostatnich 3 lat nie przekroczyłem przepisów drogowych

8) Relacje z innymi

- Jestem zadowolony z moich kontaktów towarzyskich
- Mam wielu bliskich znajomych i przyjaciół

- Mogę bez obaw dzielić się swoimi poglądami i uczuciami z partnerem
- Kiedy mam problem, zawsze jest przy mnie ktoś, z kim mogę o tym szczerze porozmawiać
- Gdy mam do wyboru zrobienie czegoś samodzielnie albo z innymi, zawsze wybieram współpracę w zespole

9) Odpoczynek i sen

- Zwykle śpię 7 do 9 godzin na dobę
- Nigdy, albo prawie nigdy nie zdarza mi się obudzić w nocy ze snu
- Budząc się rano czuję się zwykle wypoczęty i gotowy do pracy
- Zwykle mam w sobie dużo energii i zapału do pracy i innych zajęć przez cały dzień
- Nigdy nie robię sobie drzemki w ciągu dnia, nawet jeśli mam ku temu okazję

10) Ogólne zadowolenie z życia

- Gdybym mógł zacząć swoje życie od nowa, nie zmieniłbym w nim zbyt wielu rzeczy
- Dotychczas udało mi się zakończyć z sukcesem większość rzeczy, które chciałem zrealizować w swoim życiu
- Nie ma takiej sfery mojego życia, która naprawdę mnie rozczarowuje
- Jestem szczęśliwym człowiekiem
- Gdy porównuję swoje życie z rówieśnikami, których znam od dawna czuję, że udało mi się dokonać w życiu tyle samo lub nawet więcej niż innym

KWESTIONARIUSZ OSOBOWOŚCI

Jakie wartości są dla MNIE ważne jako zasady kierujące MOIM życiem, a jakie wartości są dla mnie mniej ważne? W miejscu poprzedzającym każdą wartość wpisz liczbę /-1, 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7/, Która określa ważność tej wartości dla Ciebie osobiście.

-1 przeznaczone jest dla określenia wartości przeciwnych zasadom, które Tobie przyświecają 7 przeznaczone jest dla określenia wartości najważniejszej jako zasady sterującej w twoim

Zanim zaczniesz, przeczytaj uważnie wartości od 1 do 30 i wybierz tę, która jest dla Ciebie najważniejsza oraz określ jej ważność. Następnie wybierz wartość, która jest najbardziej przeciwna Twoim wartościom i oznacz ją jako -1. Jeśli nie ma takiej wartości, wybierz wartość, która jest dla Ciebie najmniej ważna i określ ją jako 0 lub 1, zgodnie z jej ważnością. Potem określ pozostałe wartości /od 30-ej/.

LISTA WARTOŚCI I

- 1) RÓWNOŚĆ /równe szanse dla wszystkich/
- 2) HARMONIA WEWNĘTRZNA /być w zgodzie z samym sobą/
- 3) SILNA POZYCJA SPOŁECZNA /wpływ na innych, dominowanie/
- 4) PRZYJEMNOŚĆ /zaspokajanie pragnień/
- 5) WOLNOŚĆ /swoboda działania i myślenia/
- 6) ŻYCIE DUCHOWE /waga spraw duchowych, a nie materialnych/
- 7) POCZUCIE PRZYNALEŻNOŚCI /poczucie, że inni dbają o mnie/
- 8) ŁAD SPOŁECZNY /stabilizacja społeczeństwa/
- 9) EKSCYTUJĄCE ŻYCIE /stymulujące doświadczenia/
- 10) SENS ŻYCIA /cel w życiu/
- 11) UPRZEJMOŚĆ /grzeczność, dobre maniery/
- 12) DOBROBYT /dobra materialne, pieniądze/
- 13) BEZPIECZEŃSTWO NARODU /ochrona narodu przed wrogami/
- 14) SZACUNEK DLA SAMEGO SIEBIE /wiara we własną wartość/
- 15) WZAJEMNOŚĆ W ŚWIADCZENIU SOBIE USŁUG /unikanie długów wdzięczności/
- 16) MOŻLIWOŚCI TWÓRCZE /oryginalność, wyobraźnia/

- 17) POKÓJ NA ŚWIECIE /świat wolny od wojny i konfliktów/
- 18) SZACUNEK DLA TRADYCJI /kultywowanie uświęconych dziejami obyczajów/
- 19) DOJRZAŁA MIŁOŚĆ /głęboka więź emocjonalna i duchowa/
- 20) DYSCYPLINA WEWNĘTRZNA /panowanie nad sobą, odporność na pokusy/
- 21) PRYWATNOŚĆ /prawo do posiadania sfery prywatności/
- 22) BEZPIECZEŃSTWO RODZINY /bezpieczeństwo osób kochanych/
- 23) UZNANIE SPOŁECZNE /szacunek ze strony innych/
- 24) WIĘŹ Z NATURĄ /zespolecie z naturą, z przyrodą/
- 25) UROZMAIACONE ŻYCIE /wyzwanie losu, nowości, zmiany/
- 26) MĄDROŚĆ /dojrzałe rozumienie życia/
- 27) WŁADZA /prawo zarządzania lub wydawania poleceń/
- 28) PRAWDZIWA PRZYJAŹŃ /bliscy, oddani przyjaciele/
- 29) PIĘKNO /piękno natury i sztuki/
- 30) SPRAWIEDLIWOŚĆ SPOŁECZNA /usuwanie niesprawiedliwości, opieka nad słabymi/

LISTA WARTOŚCI II

A teraz określ jak ważna jest dla Ciebie każda z poniższych wartości jako zasada sterująca w TWOIM życiu. Wartości te opisane są przez style działania, które mogą być mniej lub bardziej ważne dla Ciebie. Ponownie postaraj się rozróżnić jak najdokładniej pomiędzy wartościami, poprzez wykorzystanie wszystkich stopni skali.

Zanim zaczniesz, przeczytaj uważnie wartości od 31 do 57 i wybierz tę, która jest dla Ciebie najważniejsza oraz oznacz jej ważność. Następnie wybierz wartość, która jest przeciwna Twoim wartościom i oznacz ją jako -1. Jeśli nie ma takiej wartości, wybierz wartość, która jest dla Ciebie najmniej ważna i określ ją jako 0 lub 1, zgodnie z jej ważnością. Potem określ pozostałe wartości.

- 31) NIEZALEŻNY /samowystarczalny, polegający na sobie/
- 32) POWŚCIAĞLIWY /unikający skrajności uczuć i działań/
- 33) LOJALNY /wierny swoim przyjaciołom, grupie/
- 34) AMBITNY /zaangażowany w działanie, mający aspiracje/

- 35) OTWARTY /tolerancyjny dla odmiennych idei i przekonań/
- 36) SKROMNY /pokorny, unikający rozgłosu/
- 37) ŚMIAŁY /poszukujący przygód, ryzyka/
- 38) DBAJĄCY O ŚRODOWISKO /chroniący naturę, przyrodę/
- 39) WPŁYWOWY /mający wpływ na ludzi i wydarzenia/
- 40) SZANUJĄCY RODZICÓW I STARSZYCH /okazujący szacunek/
- 41) WYTYCZAJĄCY SAM SOBIE CELE /wybierający własne cele/
- 42) ZDROWY /nie chorujący fizycznie czy psychicznie/
- 43) ZDOLNY /kompetentny, efektywny, sprawny/
- 44) AKCEPTUJĄCY BIEG ZDARZEŃ /poddający się okolicznościom życiowym/
- 45) UCZUCIOWY /prostoliniijny, szczery/
- 46) DBAJĄCY O OPINIĘ O SOBIE /zachowujący swoją „twarz”/
- 47) KARNY /obowiązkowy, wypełniający zobowiązania/
- 48) INTELIGENTNY /logiczny, myślący/
- 49) POMOCNY /angażujący się dla dobra innych/
- 50) CIESZĄCY SIĘ ŻYCIEM /jedzeniem, seksem, wypoczynkiem itd./
- 51) POBOŻNY /wierny swojej wierze i przekonaniom religijnym/
- 52) ODPOWIEDZIALNY /pewny, rzetelny/
- 53) CIEKAWY ŚWIATA /zainteresowany wszystkim, poszukujący informacji/
- 54) WYROZUMIAŁY /skłonny do przebaczenia innym/
- 55) OSIĄGAJĄCY SUKCESY /pomyślnie realizujący cele/
- 56) CZYSTY /schludny, dbający o porządek/
- 57) FOLGUJĄCY SOBIE /czyniący przyjemne rzeczy/

Skala Samooceny

Poniżej znajdują się różne stwierdzenia, które odnoszą się do twoich przekonań o twoich rodzicach. Wskaż, w jakim stopniu zgadzasz się bądź nie zgadzasz się z każdym z tych twierdzeń. Postaraj się określić to, co naprawdę sądzisz. Liczą się tylko szczerze odpowiedzi.

- Uważam, że moi rodzice są osobami wartościowymi przynajmniej w takim samym stopniu, co inni:

Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 Zdecydowanie się zgadzam

- Uważam, że moi rodzice posiadają wiele pozytywnych cech

Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 Zdecydowanie się zgadzam

- Ogólnie biorąc jestem skłonny(a) sądzić, że moim rodzicom nie wiedzie się:

Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 Zdecydowanie się zgadzam

- Czy moi rodzice potrafią robić różne rzeczy tak dobrze, jak większość innych ludzi

Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 Zdecydowanie się zgadzam

- Uważam, że nie mam wielu powodów, aby moi rodzice byli z siebie dumni

Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 Zdecydowanie się zgadzam

- Czy moja matka/ojciec lubi siebie

Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 Zdecydowanie się zgadzam

- Czy moja matka, ojciec jest z siebie zadowolony(a)

Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 Zdecydowanie się zgadzam

- Czy moi rodzice chcieliby mieć więcej szacunku dla samego siebie

Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 Zdecydowanie się zgadzam

- Czy moi rodzice czasami czują się bezużyteczni

Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 Zdecydowanie się zgadzam

- Czy moi rodzice niekiedy uważają, że są do niczego

Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 Zdecydowanie się zgadzam