

**Akademia Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha  
w Krakowie  
Wydział Rehabilitacji Ruchowej**

mgr Anna Kubicka

**Wartościowanie zdrowia przez studentów fizjoterapii w kontekście wybranych  
komponentów ich stylu życia**

**ROZPRAWA DOKTORSKA**

Studia doktoranckie AWF Kraków

Promotor:

dr hab. Weronika Wrona-Wolny prof. AWF

Kraków 2022

### **Podziękowania**

**Serdeczne podziękowania dla Prof. dr hab. Weroniki Wrona-Wolny za opiekę nad pracą i merytoryczne wskazówki.**

**Rodzicom za wsparcie i wiarę w moje możliwości.**

## Spis treści

<i>WSTĘP – UZASADNIENIE WYBORU PODJĘTEGO TEMATU PRACY</i> .....	5
<i>1. TEORETYCZNE PODSTAWY PROBLEMATYKI ZDROWOTNEJ</i> .....	10
1.1. Pojęcie kluczowe - zdrowie, czynniki go warunkujące, uwarunkowania historyczne .....	10
1.2. Znaczenie wartościowania zdrowia .....	19
1.3. Zachowania zdrowotne, jako podstawowy element kształtujący styl życia ...	21
1.4. Rola promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej w dokonywaniu odpowiednich wyborów dotyczących zdrowia i kształtowania zdrowego stylu życia .....	38
<i>2. METODOLOGICZNE ZAŁOŻENIA BADAŃ</i> .....	42
2.1. Cel badań, pytania badawcze .....	42
2.2. Metody, techniki i narzędzia badawcze .....	43
2.3. Analiza statystyczna .....	46
2.4. Organizacja i procedura badań.....	46
<i>3. WYNIKI BADAŃ</i> .....	48
3.1. Charakterystyka badanych osób .....	48
3.2. Zdrowie własne badanych w świetle hierarchii innych wartości .....	49
3.3. Zachowania prozdrowotne prowadzące do utrzymania zdrowia w ocenie studentów .....	56
3.4. Stopień nasilenia podejmowanych przez studentów wybranych zachowań zdrowotnych.....	64
3.5. Ocena poziomu wiedzy studentów z zakresu promocji zdrowia .....	67
3.6. Charakterystyka poszczególnych domen skali IZZ .....	70
3.7. Charakterystyka poszczególnych domen skali LKZ .....	75
3.8. Charakterystyka poszczególnych domen skali IPAQ .....	80
3.9. Korelacje między samooceną zdrowia przez studentów a testem wiedzy z zakresu promocji zdrowia i kwestionariuszami IZZ, LKZ, IPAQ .....	85
3.10. Korelacje między zadowoleniem studentów z wyboru kierunku studiów a testem wiedzy z zakresu promocji zdrowia i kwestionariuszami IZZ, LKZ, IPAQ ..	95
3.11. Przedmioty nauczania o tematyce zdrowia realizowane w trakcie studiów na kierunku fizjoterapia .....	108
<i>4. DYSKUSJA</i> .....	113
<i>5. WNIOSKI</i> .....	135

<i>BIBLIOGRAFIA</i> .....	137
<i>ANEKS</i> .....	152
<i>WYKAZ TABEL</i> .....	167
<i>WYKAZ WYKRESÓW</i> .....	168
<i>STRESZCZENIE</i> .....	176
<i>SUMMARY</i> .....	177

# WSTĘP – UZASADNIENIE WYBORU PODJĘTEGO TEMATU PRACY

Studenci kierunku fizjoterapii, a więc przyszli fizjoterapeuci należą do grupy promotorów zdrowia, dlatego tak ważną kwestią jest, jakie znaczenie przypisują zdrowiu oraz jaki prowadzą styl życia. W wyniku prowadzonych badań nasuwa się, więc między innymi pytanie, czy przyszli fizjoterapeuci będą właściwym wzorcem do naśladowania dla swoich pacjentów w środowisku pracy? Osoba zajmująca się rehabilitacją postrzegana jest w społeczeństwie, jako ktoś, na kim można polegać, kto przyjmuje właściwe postawy we własnym życiu rodzinnym i sąsiedzkim, a także zawodowym, na kogo można liczyć w działalności społecznej.<sup>1</sup> Skuteczność oddziaływań wychowawczo-zdrowotnych będzie uzależniona zarówno od systematycznego i długotrwałego oddziaływania, jak również wszechstronnego podejścia do edukacji zdrowotnej, a w szczególności od kompetencji osób ją prowadzących.<sup>2</sup> Jak podaje World Health Organization Office for Europe, odpowiedzialność za rozwijanie działań promujących zdrowie, to nie tylko zadanie, które spoczywa na ochronie zdrowia, lecz również na tych wszystkich dziedzinach aktywności społecznej, które wywierają wpływ na zdrowy styl życia i szeroko pojęte dobre samopoczucie społeczeństwa.<sup>3</sup>

Zainteresowanie tematem niniejszej pracy wynika z chęci poznania zachowań zdrowotnych przyszłych fizjoterapeutów w świetle wartościowania zdrowia. Doniosłość zachowań zdrowotnych dla umocnienia zdrowia, często wyróżniana przez ekspertów z dziedziny zdrowia sprawiła, że problematyka ta stała się przedmiotem badań prowadzonych nie tylko w ramach nauk medycznych, ale również niektórych dziedzin nauk społecznych.<sup>4</sup> Ważnym aspektem prowadzonych dla potrzeb tej pracy badań, jest ustalenie tych czynników, które mają znaczenie dla poprawienia skuteczności procesu edukacji zdrowotnej, którego celem jest m.in. poprawa stylu życia. Poznanie czynników wpływających na zdrowie i zachowań zdrowotnych, może znacząco zwiększyć

---

<sup>1</sup> G. Cywińska – Wasilewska, *Podstawowe problemy rehabilitacji i etyka*. AWF Poznań, 2004, 110-116.

<sup>2</sup> Tamże,

<sup>3</sup> World Health Organization Office for Europe (1986) Ottawa Charter for Health Promotion (dokument dostępny na: <http://www.euro.who.int>).

<sup>4</sup> A. Janaszczyk, L. Wengler, P. Popowski, *Filozoficzne, społeczne i prawne aspekty nauk o zdrowiu*. Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych, Gdańsk, 2012, 12-18.

skuteczność działań z zakresu edukacji zdrowotnej oraz promocji zdrowia. Zachowania zdrowotne stanowią główną kategorię stylu życia. Dotyczą wszystkich podejmowanych przez człowieka działań, wpływających na jego zdrowie i samopoczucie oraz wywołują one określone pozytywne lub negatywne skutki zdrowotne u osób, które je podejmują. Niewątpliwie duży wpływ na stan zdrowia człowieka ma fakt, jak dana jednostka postrzega wartość swojego zdrowia, jaki prowadzi styl życia i jakie podejmuje działania, żeby zachować i chronić zdrowie.<sup>5</sup>

Zdrowie jest podstawowym pojęciem w edukacji zdrowotnej, należy do pojęć abstrakcyjnych i bardzo trudnych do zdefiniowania. Fakt ten ma zasadnicze znaczenie dla jego oceny w wielu sytuacjach życiowych człowieka.<sup>6</sup>

Istotnymi i bezpośrednimi wyznacznikami determinującymi zdrowie człowieka są zachowania zdrowotne.<sup>7</sup> Na ich kształtowanie wpływają następujące czynniki: predysponujące - w tym wiedza, przekonania, wartości, postawy; czynniki umożliwiające - umiejętności ważne dla zdrowia, przepisy prawne itd. oraz czynniki wzmacniające - normy obyczajowe: społeczna akceptacja lub jej brak w stosunku do danego zachowania w rodzinie, grupie rówieśniczej, w szkole czy też w miejscu pracy.<sup>8</sup>

Zdrowie ocenia się na podstawie ustalonych kryteriów, które uznawane są za normę dla danej społeczności, uwarunkowań środowiskowych, medycznych, czy też warunków ekonomicznych. Należy pamiętać, że człowiek dokonuje oceny swego stanu zdrowia obserwując własną wydolność w różnych sytuacjach życia codziennego. To na tej podstawie dokonuje oceny posiadanej kondycji psychofizycznej, jak również oceny zdolności podejmowania czynności na rzecz realizacji potrzeb własnych i środowiska, w którym realizuje swoje cele życiowe.<sup>9</sup>

---

<sup>5</sup> E. Tiszczenko, M. Surmach, H. Pieciewicz-Szczęśna, *Zachowania zdrowotne jako kluczowy czynnik zdrowia*. *Zdrowie Publiczne*, 2009, 119, (1), 86-89.

<sup>6</sup> Department of Health. *Choosing Health: Making Healthy Choices Easier*. Her or His Majesty's Stationery Office, London, 2004.

<sup>7</sup> A. Wojtyła, L. Kapka-Skrzypczak, P. Paprzycki, J. Diatczyk, J. Bylina, *Zachowania zdrowotne młodzieży*. Raport. Instytut Medycyny Wsi, Lublin, 2011.

<sup>8</sup> U. Dębska, I. Bielańska, *Ku prozdrowotnemu stylowi życia w kontekście zagrożeń cywilizacyjnych*. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 2002, 11, (1), 87-90.

<sup>9</sup> G. Dolińska-Zygmunt, *Behawioralne wyznaczniki zdrowia - zachowania zdrowotne*. [w:] G. Dolińska-Zygmunt, red. *Podstawy psychologii zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław, 2001, 33-70.

Zdrowie jest wartością i ma przypisane miejsce w kulturze określonych społeczeństw, jako swoisty zespół poglądów, norm, zwyczajów, jak również wzorów zachowań.<sup>10</sup>

Promowanie zdrowia przez pracowników ochrony zdrowia w tym fizjoterapeutów jest wpisane w ich zawód i wynika również z projektu Światowej Organizacji Zdrowia dotyczącego Szpitala Promującego Zdrowie. Organizacja ta wprowadziła ideę promocji zdrowia do szpitala, tak aby poza udzielaniem świadczeń leczniczych, szpital był środowiskiem promującym zdrowie wewnątrz szpitala, a także rzecznikiem promocji i pozyskiwania zdrowia na swoim terenie.<sup>11</sup> E. Mędreła-Kuder podkreśla, iż prawidłowo promować zdrowie może jedynie osoba, która realizuje prozdrowotny styl życia oraz zachowania sprzyjające zdrowiu. Przekonanie o możliwości wpływania na stan swojego zdrowia oraz jego poprawę poprzez dbałość o nie, stanowi podstawę podejmowanych działań na rzecz zdrowia. Człowiek w ciągu całego swojego życia dokonuje wyborów, które mają prozdrowotny, albo antyzdrowotny wpływ na jego zdrowie, a młodzież akademicka jest grupą szczególnie narażoną na występowanie niekorzystnych zachowań zdrowotnych. Młody wiek sprzyja aktywności rozrywkowej, studenci uczestniczą w imprezach towarzyskich i kulturalnych, a styl życia często uwarunkowany jest obciążeniami związanymi z procesem edukacji, a więc presją czasu, stresem czy działaniami podejmowanymi przez otoczenie. Aspekt kultury jest czynnikiem warunkującym znaczną część najistotniejszych zachowań zdrowotnych i stylu życia, który jest uznany za szczególnie ważny determinant stanu zdrowia społeczeństwa. Strategia promocji zdrowia w miejscu pracy, uzasadnia konieczność prowadzenia badań na temat stylu życia i zachowań zdrowotnych fizjoterapeutów, którzy powinni być zainteresowani sprawami swojego zdrowia, podejmując działania na rzecz zdrowia własnego i innych. Utrwalenie prozdrowotnych postaw studentów ma duże znaczenie w kształtowaniu ich późniejszych zachowań.<sup>12</sup>

G. Nowicki i B. Ślusarska sądzą, iż indywidualizowane zachowania zdrowotne, które nabywane są od najmłodszych lat, często przeradzają się w świadomy wybór. Sposób, w jaki człowiek postrzega zdrowie wpływa nie tylko na jego samopoczucie, ale także na aktywność życiową oraz kreuje zachowania zdrowotne. Dlatego analiza

---

<sup>10</sup> E. Syrek, *Promocja zdrowia poprzez edukację zdrowotną w systemie kształcenia ogólnego dzieci i młodzieży – współczesna potrzeba i konieczność*. Zdrowie – Kultura Zdrowotna – Edukacja, 2009, 3.

<sup>11</sup> J. B. Karski, Z. Słońska, B.W. Wasilewski, *Promocja zdrowia*. Sanmedia, Warszawa, 1994.

<sup>12</sup> E. Mędreła-Kuder, *Ocena stylu życia studentów fizjoterapii i edukacji techniczno-informatycznej na podstawie żywienia i aktywności fizycznej*. Rocznik PZH, 62, (3), 2011, 315-318.

wartościowania zdrowia przez studentów fizjoterapii jest ważnym elementem oceny prozdrowotnej świadomości przyszłych promotorów zdrowia.<sup>13</sup>

Przegląd dostępnych krajowych publikacji naukowych wskazuje, iż nie zostały dotąd podjęte obszerne badania dotyczące wartościowania zdrowia przez fizjoterapeutów w aspekcie realizowanego przez nich stylu życia i zachowań zdrowotnych, co stało się główną inspiracją do zaplanowania prezentowanego projektu badawczego. Wyczerpująca informacja na ten temat uzyskana w toku prowadzonych badań, umożliwi wyznaczenie kierunku działań fizjoterapeutów na rzecz wychowania do zdrowia w ich środowisku życia i pracy. Wraz z pojawieniem się definicji zdrowia, poszerzył się krąg osób zajmujących się promowaniem zdrowia. Należą do nich teoretycy-badacze, jak też praktycy, którzy z racji wykonywanego zawodu, zobowiązani są do podejmowania zadań z zakresu promowania zdrowia w społeczeństwie.<sup>14</sup> Podkreśla się, iż jedną z najbardziej charakterystycznych zmian, jakie dokonały się w II połowie XX. wieku w świadomości ludzi jest uznanie kluczowej roli zachowań zdrowotnych w utrzymaniu i umacnianiu własnego zdrowia. Natomiast fakt, że siedem spośród dziesięciu głównych przyczyn zgonów ma związek z czynnikami behawioralnymi, zwiększył zapotrzebowanie na badania w tej dziedzinie.<sup>15</sup>

Najprostszy, a zarazem najbardziej przyswajalny podział zachowań zdrowotnych to taki, który wyodrębnia te zachowania, które sprzyjają zdrowiu (prozdrowotne) oraz autodestrukcyjne (antyzdrowotne). Zachowania prozdrowotne wspierają zdrowie, zapobiegają chorobie oraz wspomagają powrót do zdrowia. Zachowania anty Zdrowotne to te działania, które przyczyniają się do powstania zaburzeń stanu zdrowia, negatywnych oddziaływań w sferze emocjonalnej, fizycznej i psychospołecznej. Na kształtowanie się zachowań zdrowotnych ma wpływ wiele czynników leżących zarówno po stronie jednostki jak i otoczenia. Mimo społecznego przekonania, które z biegiem lat nasila się, że troska o kondycję zdrowotną jest ważna, deklaracje Polaków dotyczące dbałości o stan własnego zdrowia nie korelują dodatnio z praktykami zdrowotnymi. Ciągle jeszcze nie w pełni docenia się rolę i znaczenie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, czyli tych wszystkich działań, które

---

<sup>13</sup> G. Nowicki, B. Ślusarska, *Determinanty społeczno-demograficzne wartościowania zdrowia wśród pracujących osób dorosłych*. Hygeia Public Health, 2011, 46, (2), 280-285.

<sup>14</sup> S. Radmacher, Ch. Sheridan, *Psychologia zdrowia – Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Instytut Psychologii Zdrowia, 1998, 434-459.

<sup>15</sup> D. Holman, E. Borgstrom, *Applying social theory to understand health-related behaviours*. Medical Humanities, 2016, 42, (2), 143-145.



w pierwszej kolejności wpływają nie tylko na świadomość człowieka, ale również na jego behawioralność.<sup>16</sup>

Według D. Lizak i wsp. od studentów wszystkich kierunków medycznych oczekuje się wzorców zachowań zdrowotnych, a szczególnie zachowań prozdrowotnych oczekuje się od absolwentów kierunku fizjoterapii. Szczególne oczekiwania od tej grupy medycznej ma środowisko ludzi z niepełnosprawnością ruchową, dla których ruch i różne formy rekreacyjne oraz sportowe często będą odgrywać kluczową rolę w usprawnianiu leczniczym i w dążeniach przywracających im zdrowie. Mianem zachowań zdrowotnych określa się wszelkie zachowania lub też ich brak, które mają związek ze zdrowiem i samopoczuciem człowieka.<sup>17</sup>

Według E. Janssen i wsp.<sup>18</sup> w modyfikowaniu zachowań związanych ze zdrowiem konieczne jest pogłębienie wiedzy na temat mechanizmów odpowiedzialnych za zmianę zachowań. W kształtowaniu zachowań zdrowotnych, obok cech osobowościowych, bardzo duże znaczenie odgrywają zasoby osobiste człowieka. Zasoby te są ściśle powiązane z osobowością, a wśród nich za najważniejsze uważa się jego przekonania i oczekiwania. Zachowania zdrowotne, są również pewnego rodzaju wyznacznikiem kontekstu społecznego i kulturowego. To właśnie kultura ma ogromny wpływ na kształtowanie się ogólnego poziomu życia człowieka, jak również jego stan wiedzy o zdrowiu i chorobie oraz sposób interpretowania, postrzegania czy wyobrażenia na temat zdrowia i choroby. Naukowcy wskazują, że na kształtowanie się zachowań zdrowotnych ma wpływ wiele czynników, zarówno tych leżących po stronie jednostki jak otoczenia.<sup>19</sup>

---

<sup>16</sup> RR. Lau, KA. Hartman, JE. Ware, *Health as a value: methodological and theoretical considerations*. Health Psychology, 1986, 5, (1), 25-43.

<sup>17</sup> D. Lizak, M. Seń, M. Kochman, *Healthism – afirmacja promocji zdrowia czy współczesne zagrożenie behawioralne?* [w:] R. Żarów (red.), *Człowiek w zdrowiu i chorobie, promocja zdrowia, leczenie i rehabilitacja*. Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie, 2014, 147–157.

<sup>18</sup> E. Janssen, L. van Osch, H. de Vries, L. Lechner, *Examining direct and indirect pathways to health behaviour: the influence of cognitive and affective probability beliefs*. Health Psychol., 2013, 28, (5), 546-560.

<sup>19</sup> P. Sheeran, PM. Gollwitzer, JA. Bargh, *Nonconscious processes and health*. Health Psychology, 2013, 32, (5), 460-473.

# 1. TEORETYCZNE PODSTAWY PROBLEMATYKI ZDROWOTNEJ

## 1.1. Pojęcie kluczowe - zdrowie, czynniki go warunkujące, uwarunkowania historyczne

Czynniki powodujące cierpienie, choroby oraz skracające życie były tematami rozważań i dyskusji od niepamiętnych czasów. Już w czasach starożytnych podejmowano działania zmierzające do zapobiegania chorobom. Zakres tych działań był oczywiście inny niż obecnie, wynikał z ówczesnego poziomu wiedzy na temat ludzkiego organizmu oraz sposobu pojmowania świata, różnych systemów wartości oraz organizacji życia społecznego. Nie zmienił się tylko przedmiot działań. Podobnie jak ma to miejsce obecnie, temat zdrowia rozpatrywano zarówno w odniesieniu do jednostki jak i społeczeństwa.<sup>20</sup>

Historia dostarcza wielu przykładów działań, których przedmiotem było ludzkie zdrowie. Zapewnienie dostępu do czystej wody, budowa ogólnodostępnych łaźni, tworzenie warunków do aktywności fizycznej, wprowadzanie kwarantanny w miejscach występowania epidemii chorób zakaźnych, to tylko niektóre działania, które miały na celu dbanie o zdrowie społeczeństwa. Pierwsze wzmianki dotyczące zdrowia można znaleźć już w starożytnych księgach, z których wynika, że ludzie żyjący w tych czasach potrafili odróżnić stan zdrowia od choroby, a nawet podejmowali różne działania dla zachowania zdrowia. Rozwijała się praktyka higienicznego sposobu życia, prawidłowego odżywiania, zaczęto zwracać uwagę na aspekty odpowiedniej ilości snu i odpoczynku. Zdawano sobie również sprawę, że zdrowie jest zależne zarówno od wewnętrznych jak i też zewnętrznych uwarunkowań takich, jak dieta, aktywność fizyczna oraz uwarunkowania społeczne.<sup>21</sup>

Chińska medycyna ludowa, która liczy ponad 5 tys. lat, traktuje zdrowie, jako równowagę między dwiema energiami ying – płyny wewnętrzne i tkanki ludzkie, a yang – aktywność i produktywność. Zdrowie nie jest tylko brakiem choroby,

---

<sup>20</sup> A. Radziewicz-Winnicki, *Zainteresowanie nauk społecznych poglądami i zachowaniami w dziedzinie zdrowia i choroby a lansowanie określonych wzorów socjalizacji zdrowotnej*. Chowania, 2002, 1.

<sup>21</sup> E. Błada, J. Bielski, *Dzieje myśli o zdrowiu i kulturze fizycznej*. Piotrków Trybunalski, 2005, 91.

to również zdolność do funkcjonowania w bardzo skomplikowanym systemie, na który składa się kilka ogniw – ludzie, codzienne problemy i czynniki zewnętrzne tj. powietrze i woda. Choroba definiowana była, jako utrata zdolności adaptacyjnych organizmu. Starożytni medycy chińscy twierdzili, że aby uniknąć chorób, należy zmienić nie tylko styl życia, ale również sposób pojmowania świata. Zwracali uwagę na sen, wyznawali zasadę, że jeśli śpimy dobrze i wstajemy w dobrej formie to już przyczyniamy się do zachowania zdrowia Podkreślali ważność takich aspektów jak dobry humor, pogoda ducha, prawidłowe odżywianie. Konfucjusz nauczał, że jeśli człowiek nie zachowa porządku oraz umiaru w regularnym odżywianiu i pracy, to zabije go choroba.<sup>22</sup>

W starożytnej Grecji ówczesni myśliciele analizowali związki pomiędzy naturą, życiem oraz zdrowiem człowieka. Zdrowie uznawane było za jedną z cnót i określano je, jako stan harmonii, chorobę zaś, jako dysharmonię z naturą. Grecki filozof Platon uważał, że zdrowie jest funkcją doskonalenia życia oraz kulturowej relatywizacji diety. W starożytnych Atenach sposób życia w zdrowiu i radzenie sobie z chorobami były miernikami poziomu kultury. Uznawany za ojca europejskiej medycyny Hipokrates twierdził, że zdrowie i choroba są wypadkowymi wpływów otoczenia oraz indywidualnego stylu życia, stanowiącego zgeneralizowany sposób realizacji siebie. Uważał, że każdą diagnozę powinno poprzedzić poznanie charakteru pacjenta, tego jak się odżywia, jak mieszka oraz ogólnego samopoczucia.<sup>23</sup>

Kształtowanie i rozwój zachowań zdrowotnych, propagowanie aktywności fizycznej i działania prozdrowotne miały miejsce również w starożytnym Rzymie. Rzymski satyryk Juwenalis jest autorem powiedzenia, które przetrwało wieki i jest popularne również we współczesnych czasach: „Mens sana in corpore sano” – zdrowy duch w zdrowym ciele. Okres imperium zaznaczył się ważnymi dokonaniem organizacyjno-prawnymi w obszarze kultury zdrowotnej. Stworzono system państwowej służby zdrowia, wydano szereg przepisów sanitarno-higienicznych, budowano akwedukty oraz kanalizacje. Działania te rozwijały i kształtowały zachowania zdrowotne jednostek i zbiorowości. Okres starożytnej Grecji i Rzymu to czas, w którym początek mają zróżnicowane podejścia do problematyki edukacji

---

<sup>22</sup> T. Brzeziński, *Historia medycyny*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa, 1995, 466-470.

<sup>23</sup> E. Błada, J. Bielski, *Dzieje myśli...*,10.

zdrowotnej. Uwidaczniają się jej główne dziedziny: edukacja w chorobie, rekonwalescencji, edukacja służąca zapobieganiu chorobom i epidemiom.<sup>24</sup>

Wczesne średniowiecze to regres w poszukiwaniu prozdrowotnych zachowań i nauce o zdrowiu. Średniowieczna europejska kultura chrześcijańska traktowała ból, cierpienie i śmierć, jako cechy ludzkiej egzystencji. Przez skłonność do mistycyzmu zdrowie interpretowano, jako zdolność do znoszenia cierpienia, związanego z chorobą. Choroba stanowiła „dopust boży”, była karą za grzechy. W tym okresie zupełnie zamarł nurt edukacji dla zdrowia. Średniowieczną medycynę charakteryzowały zachowawczość, demonologia oraz scholastyka. Problem zdrowia przestano łączyć z harmonią życia, dobrem fizycznym czy cnotą etyczną.<sup>25</sup>

Jak opisuje T. Grabiński i wsp. pewne zmiany w podejściu do tematu zdrowia nastąpiły w epoce odrodzenia. Wielkie odkrycia geograficzne, rozwój nauki, wynalezienie druku stworzyło duże możliwości w upowszechnieniu wiedzy medycznej. Rozwijające się nowe idee pedagogiczne oraz dążenie do upublicznienia oświaty miały również zmienić podejście społeczeństwa do tematyki zdrowia. Nadal duża część ludzkości wyznawała średniowieczne poglądy o demonicznym i nadnaturalnym pochodzeniu wielu chorób. Nadal negowano konieczność zachowywania higieny osobistej i otoczenia. Dodatkowo zrujnowana infrastruktura sanitarna, brak kanalizacji prowadziły do wybuchów różnych epidemii. Pojawiała się jednak tzw. odrodzeniowa literatura przyjmująca formę rozpraw i filozoficzno-utopijnych powiastek, gdzie starano się odkrywać wartości zdrowia jednostkowego i publicznego. W twórczości wielu lekarzy pojawiały się symptomy odkrywania wartości zdrowia oraz czynników mających na nie wpływ. Pojawiły się dążenia do upublicznienia opieki zdrowotnej, która miała zastąpić medycynę klasztorną, dworską i prywatną. Okres odrodzenia nie zrewolucjonizował jednak opieki zdrowotnej. Niewielka część z publikowanych rozpraw i programów została zrealizowana w praktyce.<sup>26</sup>

Przełom nastąpił w okresie oświecenia, wraz z osiągnięciami w metodologii nauk, rozwojem przyrodoznawstwa, postępującym rozwojem społecznym i gospodarczym. To okres rozwoju idei demokratycznych, rozwój nowoczesnych

---

<sup>24</sup> T. Grabiński, R. Grabiński, R. Serbiak, R. Wrocławski, *Między zdrowiem i chorobą, jednostką i zbiorowością : droga edukacji zdrowotnej do współczesności : część I Od zarania cywilizacji po epokę nowożytną*. Nauczyciel i Szkoła, 2004, (1-2), 22-23.

<sup>25</sup> T. Brzeziński, *Historia medycyny*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa, 1995, 390-398.

<sup>26</sup> T. Grabiński, R. Grabiński, R. Serbiak, R. Wrocławski, *Między zdrowiem...*, 12.

organizacji społecznych, m.in. powszechna oświata i powszechna służba zdrowia. Filozofowie tej epoki tj. G. W. Leibniz głosili potrzebę ugruntowania metod ścisłych w medycynie i stworzenia systemu publicznej opieki zdrowotnej. Okres oświecenia to przede wszystkim rozwój świadomości społeczeństwa, również w odniesieniu do zdrowia. Dokonania i odkrycia obejmowały niemal wszystkie dziedziny medycyny. Głoszono teorie, że zdrowie jest wartością, którą należy chronić, przed chorobami, można się przed nimi ustrzec, a gdy się pojawią - skutecznie leczyć. Ochrona zdrowia należy do podstawowych obowiązków państwa, jako organizacji. Głoszono tezy, że wiedza o zdrowiu oraz przyjęcie odpowiedniego stylu życia mogą przyczynić się do uniknięcia chorób i przedwczesnej śmierci. Podkreślano społeczne i demograficzne znaczenie higieny.<sup>27</sup>

Wiek XX oraz przemiany społeczno-ekonomiczne, które w tym czasie zaistniały przyczyniły się do zmian w zakresie głównych czynników warunkujących zdrowie. Postęp medycyny doprowadził do eliminacji wielu poważnych chorób zakaźnych, które w przeszłości dziesiątkowały społeczność. Pojawia się termin „styl życia”, z punktu widzenia zdrowia określany jest, jako system zachowań zdrowotnych, które determinują temperament, wiedzę, przekonania na temat świata, indywidualny system wartości, doświadczenia zdrowotne, oraz środowisko społeczne. Swoją działalność rozpoczynają międzynarodowe organizacje tj. WHO, które prowadzą ogólnoswiatową misję na rzecz poprawy zdrowia, promowania prozdrowotnych zachowań i eliminacji niepożądanych dla zdrowia czynników. Wiek XX to pojawienie się nowych zagrożeń dla zdrowia. Wydłużenie średniej życia spowodowało zwiększenie się liczby chorób dotykających ludzi w podeszłym wieku. Negatywne zmiany w środowisku naturalnym, nierówność w dostępie do ochrony zdrowia, zagrożenia związane z uzależnieniami, wypadki komunikacyjne stały się obszarem nieustannych badań i dyskusji, których celem było zmniejszenie negatywnego wpływu na zdrowie człowieka.<sup>28</sup>

Zagadnieniem szeroko rozumianego zdrowia i jego uwarunkowań zajmują się od wieków przedstawiciele różnych dziedzin nauki. Zdrowie jest tematem badań i dyskusji zarówno specjalistów związanych z naukami medycznymi jak i tych, którzy

---

<sup>27</sup> C. Hummel, C. Kupisiewicz, *Myśliciele o wychowaniu*. Warszawa, 2000, 111-119.

<sup>28</sup> K. Borzucka-Sitkiewicz, *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna. Przewodnik dla edukatorów zdrowia*. Oficyna Wydawnicza „Impuls,” Kraków, 2006.

reprezentują kierunki humanistyczno-społeczne. Nie da się w sposób jednoznaczny podejść do zagadnień związanych ze zdrowiem. Na przestrzeni dziesięcioleci powstało wiele definicji, bazujących na różnych, bardzo często odmiennych płaszczyznach: społecznej, psychicznej oraz biologicznej.<sup>29</sup> Dodatkowym problemem jest fakt, iż wpływ na definiowanie zdrowia, obok badań naukowych, mają również czynniki społeczno-kulturowe, ideologie, systemy polityczno-ekonomiczne, a także aksjologie. W głównej mierze to te pozanaukowe czynniki odpowiadają za to, jak zdrowie jest rozumiane. Czy jako stan braku choroby lub jako funkcjonowanie organizmu, zdolności adaptacyjne czy, jako dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny. Definiowania zdrowia podejmowali się zarówno lekarze jak i filozofowie, psychologowie oraz socjologowie, nie udało się jednak wypracować definicji, która w pełni satysfakcjonowałaby przedstawicieli wszystkich dziedzin. Dzieje się tak, ponieważ definicje i modele zdrowia odzwierciedlają występujące w społeczeństwie różne sposoby myślenia.<sup>30</sup>

Najważniejszą definicją zdrowia jest definicja Światowej Organizacji Zdrowia (ang. World Health Organization, WHO), zawarta w preambule konstytucji WHO, opublikowanej w 1948 roku. Zdrowie zostało zdefiniowane, jako pełny dobrostan samopoczucia fizycznego, psychicznego oraz społecznego. W dalszej części, definicja ta wskazuje, że zdrowie to nie tylko brak choroby, ale również kalectwa i niepełnosprawności.<sup>31</sup>

Światowa Organizacja Zdrowia określa zdrowie fizyczne, jako prawidłowe funkcjonowanie wszystkich narządów i układów. Za człowieka zdrowego psychicznie uznaje osobę, która jest zdolna do logicznego myślenia, potrafiąca rozpoznawać i wyrażać uczucia, radząca sobie ze stresem, depresją oraz lękami. Organizacja w swojej definicji odnosi się również do zdrowia społecznego, które rozumie, jako prawidłowe funkcjonowanie jednostki w społeczeństwie, umożliwiające jej

---

<sup>29</sup> Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik, *Zdrowie najważniejszym zasobem człowieka*. [w:] Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red). *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. UŁ, Łódź, 2003, 11-15.

<sup>30</sup> M. Malik, D. Zarzycka, J. Iłżecka, M. Jarosz, *Wartość zdrowia jako czynnik motywacyjny do działań prozdrowotnych*. *Zdrowie Publiczne*, 2009, 119 (1), 33-39.

<sup>31</sup> FP. Grad, *The Preamble of the Constitution of the World Health Organization*. *Bulletin of the WHO*, 2002, 981 – 984.

wykonywanie ról i zadań społecznych, a także zdrowie duchowe, czyli zdolność do przestrzegania zasad moralnych.<sup>32</sup>

Zdrowie stanowi również dla społeczeństwa zasoby, które umożliwiają jego permanentny rozwój ekonomiczny oraz społeczny. Zdrowy człowiek może skutecznie wytwarzać dobra materialne i kulturowe, a podnosić poziom życia może tylko zdrowe społeczeństwo. Światowa Organizacja Zdrowia wskazuje również inne czynniki wpływające na zdrowie, zalicza do nich: pokój, pracę i wynagrodzenie, sytuację mieszkaniową, równość i sprawiedliwość społeczną oraz stabilny system ekonomiczny. Wskazuje również negatywne czynniki, które wpływają na pogorszenie stanu zdrowia, czyli stres, substancje psychoaktywne, jak też zła dieta.<sup>33</sup>

Współcześnie naukowe podejście do tematu zdrowia i choroby skupia się wokół dwóch głównych modeli – biomedycznego i holistycznego. Każdy z tych modeli inaczej definiuje zdrowie wskazując tym samym inne wyznaczniki tych pojęć. Podejście biomedyczne, traktuje zdrowie, jako brak zakłóceń w przebiegu biologicznych funkcji organizmu. Zdrowie w tej koncepcji stanowi tło dla choroby, która stanowi główny przedmiot zainteresowań. Koncepcja ta zakłada, że zdrowie i choroba nawzajem się wykluczają.<sup>34</sup>

Przeciwieństwem biomedycznego modelu zdrowia jest holistyczne spojrzenie na zdrowie człowieka.<sup>35</sup> Koncepcja ta w sposób krytyczny odnosi się do coraz dalej postępującej specjalizacji i koncentracji na coraz mniejszych fragmentach ciała. Terapia holistyczna podchodzi do człowieka w ujęciu całościowym, bez rozdzielania na poszczególne narządy, ponieważ wszystkie one są ze sobą powiązane, tworząc jeden organizm. Podstawą holistycznego definiowania zdrowia jest Ogólna Teoria Systemów, której twórcą jest Ludwig von Bertalanffy urodzony w 1901 r. w Wiedniu, austriacki biolog i filozof. Holistyczny model zdrowia opiera zdrowie na kilku płaszczyznach: fizycznej – biologiczne funkcjonowanie organizmu, jako całość; psychicznej – poznawcze i emocjonalne funkcjonowanie organizmu; społecznej – umiejętność

---

<sup>32</sup> W. Piątkowski, *Choroba, jako zjawisko socjologiczne. Wprowadzenie do wybranych koncepcji badawczych*. [w:] J. Barański, W. Piątkowski (red.), *Wybrane problemy socjologii medycyny*. Atut, Wrocław, 2002, 58-63.

<sup>33</sup> FP. Grad, *The Preamble of ...*, 14.

<sup>34</sup> A. Ostrowska, *Styl życia a zdrowie, z zagadnień promocji zdrowia*. Wyd. IFiS PAN Warszawa, 1999, 163-192.

<sup>35</sup> T. Maszczak, *Zdrowie jako wartość uniwersalna*. Roczniki Naukowe. Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego, Poznań, 2005, 74-80.

utrzymywania prawidłowych relacji międzyludzkich oraz duchowej – osobiste przekonania i praktyki religijne.<sup>36</sup>

**Tabela 1.** Różnice pomiędzy modelem biomedycznym a holistycznym – A. Ostrzyżek, J. Marcinkowski,<sup>37</sup>

Paradygmat zdrowia i choroby	Biomedyczny	Holistyczny
Związek soma-psyche	Dualizm	Holizm
Determinanty zdrowia i choroby	Wyposażenie genetyczne	Równowaga możliwości (zasoby jednostki) – wymagania otoczenia: zasoby biologiczne, psychologiczne, społeczne
Definicja zdrowia	Brak choroby. Stan braku zakłóceń w funkcjach biologicznych organizmu	Stan dynamicznej równowagi w relacji człowiek-otoczenie (możliwości-wymagania)
Definicja choroby	Zakłócenia w funkcjach biologicznych, odbiegające od przyjętych norm medycznych	Brak równowagi bio-psycho-społecznej
Traktowanie zdrowia i choroby	Wykluczają się	Nie wykluczają się, znajdują się na jednym kontinuum
Rola lekarza i pacjenta w sytuacji choroby	Aktywny lekarz, bierny pacjent	Aktywny lekarz i pacjent
Rola człowieka w osiąganiu zdrowia	Ograniczenia do przestrzegania zaleceń lekarskich	Świadoma aktywność podmiotu
Poczucie zlokalizowania kontroli nad zdrowiem	Zewnętrzne - zdrowie zależy od lekarza, pielęgniarki, personelu medycznego	Wewnętrzne – zdrowie zależy od jednostki („ode mnie”)

Model holistyczny przedstawia zdrowie, jako stan dynamicznej równowagi organizmu oraz określa zdrowie, jako kontynuację stanów pośrednich między hipotetycznym obrazem zdrowia, a klinicznym stadium choroby. Holistyczna koncepcja

<sup>36</sup> S. Radmacher, Ch.Sheridan, *Psychologia zdrowia – Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Instytut Psychologii Zdrowia, 1998, 434-459.

<sup>37</sup> A. Ostrzyżek, J. Marcinkowski, *Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka kliniczna*. Problemy Higieny Epidemiologii, 2012, 93,(4), 682-686.



zdrowia jest zgodna z perspektywą zdrowia przedstawioną przez Światową Organizację Zdrowia. Definicja zdrowia w ujęciu holistycznym ma charakter postulatyczny, nie stwierdza jak przedstawia się aktualny stan zdrowia, lecz skupia się na tym jak powinien wyglądać.<sup>38</sup>

Obecna definicja nie poprzestaje na ujęciu zdrowia, jako braku choroby, ale bardzo mocno akcentuje, że zdrowie ma w sobie aktywny aspekt, którym jest dobrostan. Definicja zdrowia według WHO bardzo mocno podkreśla połączenie kwestii zdrowia z życiem wewnętrznym i społecznym człowieka oraz jego osobistą troskę o kondycję fizyczną. Jest ona nakierowana na promowanie prozdrowotnych zachowań, określanych mianem prozdrowotnego stylu życia.<sup>39</sup>

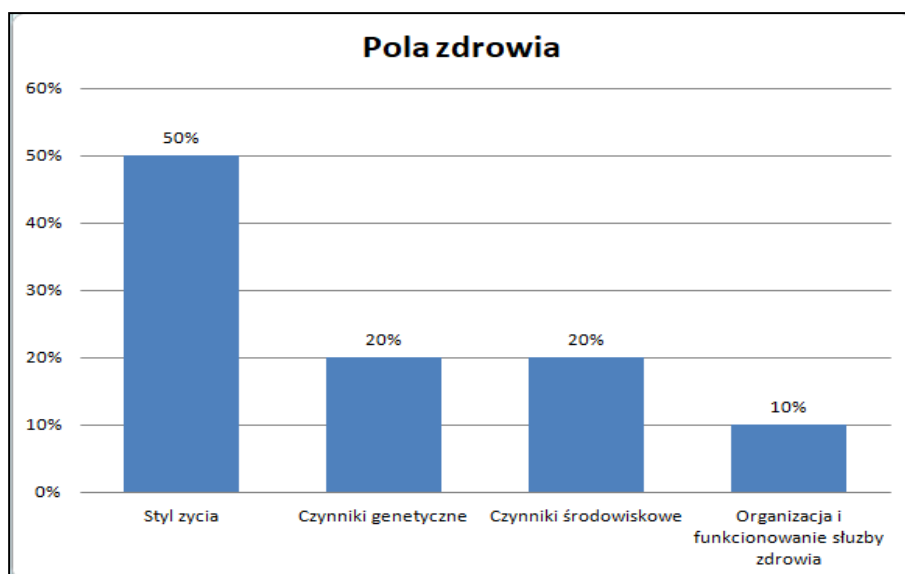
Badając i opisując kształtowanie się poglądów na temat zdrowia, na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci należy również podkreślić, że oprócz WHO, ogromne zasługi w określeniu czynników mających wpływ na zdrowie ma Marc Lalonde'a twórca tzw. „Modelu pól zdrowia Lalonde'a” opublikowanego w 1974 r. Lalonde'a wyróżnił cztery obszary, które mają wpływ, na jakość zdrowia. Jednym z najważniejszych determinantów zdrowia jest styl życia, określający zbiór decyzji, które człowiek podejmuje i mają wpływ na zdrowie a także te, jakie człowiek może w większym lub mniejszym stopniu kontrolować. Innymi determinantami zdrowia według koncepcji pól zdrowia Lalonde'a są: środowisko fizyczne, biologia człowieka (czynniki genetyczne) i organizacja opieki medycznej – (dostępność, jakość). Koncepcja ta miała bardzo duży wpływ na rozwój społeczno - ekologicznego modelu zdrowia, a także na zmianę polityki zdrowotnej na całym świecie, jak również stworzyła podwaliny do rozwoju promocji zdrowia.<sup>40</sup>

---

<sup>38</sup> Tamże, ...16.

<sup>39</sup> M. Ananth, *In defense of the evolutionary concept of health. Nature, norms and human biology.* Ashgate Publishing, London, 2008, 234-246.

<sup>40</sup> B. Stawarz, M. Sulima, M. Lewicka, I. Brukwicka, H. Wiktor, *Health and determinants of health – a review of literature. p.I.* Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue, 2014, (2), 4-10.



Wykres 1. Pola Lalonde'a

**Źródło:** opracowanie własne na podstawie - Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians [.http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspecteng.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspecteng.pdf)

W strategii Światowej Organizacji Zdrowia „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000” podkreślono, że zdrowie jest wartością, dzięki której jednostka lub grupa może realizować swoje aspiracje i potrzebę osiągnięcia satysfakcji oraz zmieniać środowisko i radzić sobie w nim. Jest też zasobem, tzw. bogactwem dla społeczeństwa, gwarantującym jego rozwój społeczny i ekonomiczny; gdyż tylko zdrowe społeczeństwo może tworzyć dobra materialne i kulturowe, rozwijać się, osiągać odpowiednią jakość życia. Ponadto zdrowie jest środkiem do osiągnięcia lepszej jakości życia, rozumianym też jako potencjał do sprawnego funkcjonowania do późnej starości. Świadomość znaczenia zdrowia, poczucie jego zagrożenia, czy też obawa przed niepełnosprawnością bądź chorobą sprawia, że ludzie najczęściej stawiają zdrowie tak wysoko w hierarchii wartości.<sup>41</sup>

<sup>41</sup> R. Bogusz, *Spoleczno-kulturowy kontekst zdrowia i choroby*. [w:] A. Majchrowska (red.). Wybrane elementy socjologii. Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2003, 271 -291.

## 1.2. Znaczenie wartościowania zdrowia

Nadawanie zdrowiu miejsca w hierarchii wartości jest nazywane wartościowaniem zdrowia. Wartościowanie zdrowia może zależeć od wielu czynników takich, jak różnic w rozumieniu zdrowia, kultury, religii czy pozycji społecznej. Wśród tych czynników można także wymienić konstrukcję narzędzia, wykorzystywanego do badania systemu wartości.<sup>42</sup> Zdrowie jest bardzo ważnym elementem warunkującym życie jednostki. Jest wartością niezbędną dla prawidłowego funkcjonowania człowieka w każdej sferze życia.<sup>43</sup> Sprawne funkcjonowanie organizmu pozwala człowiekowi samorealizować się, opanować otaczającą go rzeczywistość, dążyć do osiągnięcia pożądaných sukcesów. Zdrowie jest utożsamiane z dobrem, siłą, szczęściem, urodą, ogólnie pojętym dobrostanem. Jest traktowane w społeczeństwie, jako czynnik pozwalający na awans społeczny oraz ekonomiczny. Wartościowanie zdrowia, podejście do tematów zdrowotnych uwarunkowane jest od wieku, płci, poziomu wykształcenia. Okres dojrzewania charakteryzują intensywne przemiany biologiczne, psychiczne i społeczne. Kształtują się systemy wartości osobistych i postawy wobec zdrowia. Uwarunkowania kulturowe mają wpływ na tworzenie się różnic pomiędzy kobietami a mężczyznami w zakresie postaw zdrowotnych. Wartości osobiste, które określają sposób myślenia jednostki, wpływają na sferę jego przeżyć, również decydują o kierunkach zachowań zdrowotnych.<sup>44</sup> Okres dojrzewania to czas kształtowania się świadomości, w tym również postrzegania zdrowia i jego lokowania w indywidualnym systemie wartości. Bezpośredni wpływ na kształtowanie się zachowań zdrowotnych młodego człowieka ma środowisko, w jakim żyje: rodzina, szkoła, bezpośrednie otoczenie, a obecnie również środki masowego przekazu. Światowa Organizacja Zdrowia hasłem „Zdrowie zaczyna się w domu” wskazuje nadrzędną rolę rodziny w kształtowaniu zdrowego stylu życia dzieci i młodzieży.<sup>45</sup>

Zdrowe odżywianie, odpowiednia higiena ciała, aktywność fizyczna, podejmowanie ryzykownych zachowań, stres i emocje to czynniki mające wpływ na

---

<sup>42</sup> B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*. Warszawa PWN, 2007.

<sup>43</sup> E. Fryźlewicz-Chrapisińska, *Komentarz do art. 33*, [w:] S. Poździoch (red.), *Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym*. Komentarz, Warszawa, 2013, (2), 290.

<sup>44</sup> A. Andruszkiewicz, M. Banaszkiwicz, *Promocja zdrowia. Teoretyczne podstawy promocji zdrowia*. Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2008, (1), 121-127.

<sup>45</sup> M. Zadworna-Cieśla, N. Ogińska-Bulik, *Zachowania zdrowotne młodzieży – uwarunkowania podmiotowe i rodzinne*. Difin, Warszawa, 2011, 133-141.

zdrowie człowieka w okresie dojrzewania. Błędy popełniane w tym okresie w zakresie zdrowia mogą skutkować problemami na dalszych etapach życia.<sup>46,47</sup>

Podejście do tematu zdrowia i jego wartość ma inne znaczenie również w zależności od wieku. Seniorzy najwyższą rangę przypisują zdrowiu rozumianemu, jako właściwości oraz stan, umniejszając wartość zdrowia w rozumieniu celu. Zdrowie interpretują, jako brak dolegliwości fizycznych, sprawność wszystkich części ciała, zdolność do samodzielnego funkcjonowania umożliwiającego wykonywanie podstawowych zadań.<sup>48</sup> Zrozumienie istoty i wartości zdrowia, podobnie jak umieszczenie go w hierarchii życiowych wartości odgrywa bardzo dużą rolę w życiu każdego człowieka. Zdrowie stanowi zwykle wartość postrzeganą inaczej przez osoby zdrowe, a inaczej przez ludzi chorych. Samo w sobie stanowi podstawę kształtowania zachowań wobec potrzeb zdrowotnych i świadczy o ludzkim wkładzie w zwiększenie lub zatrzymanie wysokiego potencjału cech psychofizycznych niezbędnych w życiu.<sup>49</sup>

Ze względu na starzejące się społeczeństwo, problematyka jakości i stylu życia oraz funkcjonowania osób starszych staje się w ostatnich latach przedmiotem dużego zainteresowania społecznego oraz wielu analiz badawczych. Wynika z nich między innymi, że podejmowanie zachowań zdrowotnych przez seniorów powiązane jest z płcią i stanem zdrowia. Kobiety oraz osoby z chorobami kardiologicznymi wykazują wyższą aktywność prozdrowotną od mężczyzn i osób zdrowych.<sup>50,51</sup> Czynnikiem istotnym, mającym również wpływ na zachowania prozdrowotne osób starszych jest optymizm. Odgrywa on największą rolę, szczególnie w przypadku zachowań zdrowotnych w wymiarze psychicznym. Optymiści częściej przestrzegają zaleceń lekarskich w przypadku choroby i jest to uwarunkowane przede wszystkim przekonaniem, że ich zachowania mają wpływ na ich stan zdrowia w przyszłości.

---

<sup>46</sup> M. Maynard, D. Gunnell, P. Emmett, S. Frankel, G. Davey Smith, *Fruit, vegetables, and antioxidants in childhood and risk of adult cancer*. The Boyd Orr cohort. *J Epidemiol Community Health*, 2003, (57), 218-225.

<sup>47</sup> *Obesity: Preventing and managing the global epidemics. Report of a WHO consultation*. World Health Organ Tech Rep Ser, 2000, (894), 1-253.

<sup>48</sup> M. Młynarska, E. Rudnicka Drożak, G. Nowicki, P. Misztal Okońska, J. Dyndut, P. Majchor, *Pojęcie zdrowia w opinii osób powyżej 65 roku życia*. *Gerontologia Polska*, 2015, (1), 11-18.

<sup>49</sup> A. Antonowsky, *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia: Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Wyd. Instytut Psychologii i Neurologii, Warszawa, 2005, 33-41.

<sup>50</sup> A. Owoc, D. Maliszewska, I. Bojar, A. Pawełczak-Barszczowska, *Ocena poziomu wiedzy młodzieży warszawskich szkół średnich na temat wybranych czynników ryzyka chorób układu krążenia*. *Medycyna Ogólna*, 2010, 16, (XIV), 4, 581-594.

<sup>51</sup> A. Walentukiewicz, A. Łysak, B. Wilk, *Uwarunkowania zdrowia gdańskich 18-latek – zachowania zdrowotne*. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2011, 92 (3), 482-485.

Ludzie optymistycznie nastawieni do życia szybciej zwalczają dolegliwości i choroby.<sup>52</sup> Osoby dla których zdrowie jest najważniejszą wartością w życiu, bądź lokują zdrowie bardzo wysoko w hierarchii wartości, wykazują większe zaangażowanie w podejmowanie zachowań prozdrowotnych.<sup>53, 54, 55, 56, 57</sup>

### **1.3. Zachowania zdrowotne, jako podstawowy element kształtujący styl życia**

Antonina Ostrowska w swojej książce „Styl życia a zdrowie” napisała: „Można powiedzieć bez przesady, że niewiele pojęć, posiadających swój rodowód w naukach społecznych zrobiło w sferze zdrowia publicznego tak zawrotną karierę jak styl życia.”<sup>58</sup> Zdrowy styl życia od wielu lat stał się nie tylko tematem prowadzonych projektów badawczych i dyskusji środowiska medycznego, ale w głównej mierze bardzo modnym trendem współczesnego świata. Medycyna prowadzi nieustanne badania, których celem jest znalezienie nowych kierunków, przyczyniających się do poprawy zdrowotności społeczeństwa, a zarazem są świadectwem jej przemian.<sup>59, 60</sup> Na podstawie przeprowadzonych badań i obserwacji sformułowano tezy, które dowodzą, iż postęp medyczny ma mniejszy wpływ na długość życia od warunków, w których żyjemy i trybu życia, jaki prowadzimy. Styl życia, czyli nawyki i zachowania, które w sposób bezpośredni lub pośredni mają wpływ na organizm i jego funkcjonowanie w 55% decyduje, o jakości zdrowia. Ogromny wpływ na zdrowie ma nie tylko to jak się odżywiamy, czy w codziennej diecie dostarczamy organizmowi wszystkich niezbędnych składników, które potrzebuje nasz organizm. Jak dowodzą liczne badania z zakresu zdrowego odżywiania, czyli żywienia zgodnego z zaleceniami

---

<sup>52</sup> M. Zadworna-Cieślak, N. Ogińska- Bulik, *Zachowania zdrowotne osób w wieku senioralnym – rola optymizmu*. Psychogeriatrya Polska, 2013, (4), 145-156.

<sup>53</sup>T. Maszczak, *Zdrowie jako wartość uniwersalna*. Roczniki Naukowe. Poznań: Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego, 2005.

<sup>54</sup> M., Zysmarska, D. Bernard, *Zachowania prozdrowotne nauczycieli w województwie wielkopolskim*. część I. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2006, 87.

<sup>55</sup> B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*. Warszawa PWN, 2007.

<sup>56</sup> N. Ogińska-Bulik N., Juczyński, Z., *Osobowość. Stres a zdrowie*. Warszawa Centrum Doradztwa i Informacji Difin, 2008.

<sup>57</sup> M. Malik, D. Zarzycka, J. Iłżecka, M. Jarosz, *Wartość zdrowia jako czynnik motywacyjny do działań prozdrowotnych*. Zdrowie Publiczne, 119 (1), 2009, 33-39.

<sup>58</sup> A. Ostrowska, *Styl życia...* 14.

<sup>59</sup> Raport z badań. *Polacy o swoim zdrowiu oraz prozdrowotnych zachowaniach i aktywnościach*. CBOS, Warszawa, 2012.

<sup>60</sup> E. Lahelma, P. Martikainen, O. Rahkonen, K. Silventpinen, *Gender Differences in ill Health in Finland: Patterns, Magnitude and Change*. Social Science and Medicine, 1999, (48), 7–19.

nauki o żywieniu, przyczynia się ono do osiągnięcia pełnego rozwoju fizycznego i psychicznego jednostki.<sup>61,62</sup> Zachowania sprzyjające zdrowiu to również aktywność fizyczna, utrzymywanie higieny ciała oraz otoczenia, odpowiednia ilość snu. Elementami wpływającymi negatywnie na zdrowie są stosowane substancje psychoaktywne. Częste spożywanie alkoholu, palenie papierosów, przyjmowanie narkotyków ma bardzo duże znaczenie dla kondycji organizmu. Zachowaniem szkodliwym dla zdrowia można również określić nieumiejętność radzenia sobie ze stresem.<sup>63</sup>

WHO styl życia określa również, jako sposób naszej egzystencji, oparty o wzajemny związek między warunkami, w jakich żyjemy, a indywidualnymi zachowaniami, wyznaczanymi przez warunki społeczno-kulturowe oraz indywidualne cechy jednostki.<sup>64</sup> Stylem życia nazywamy przyjęcie określonej wobec zdrowia postawy, która skłania się najczęściej do dwóch zachowań: prozdrowotnych lub antyzdrowotnych, a postawy zdrowotne możemy podzielić na trzy komponenty.<sup>65</sup> Wyróżniamy komponent poznawczy, który dotyczy poziomu naszej wiedzy na temat prowadzenia zdrowego stylu życia. Kolejny komponent to emocjonalny, czyli podejmowanie pewnych działań, mających na celu polepszenie zdrowia, w oparciu o zaangażowanie emocjonalne oraz motywację do pogłębiania wiedzy na temat naszego zdrowia. Dostarcza odpowiedzi na pytanie, jakie pobudki motywują ludzi, którzy regularnie dbają o swoje psychofizyczne samopoczucie oraz są zainteresowani bądź nie, wiedzą na temat własnego zdrowia. Trzeci komponent to behawioralny, obejmujący zespół określonych zachowań i podejmowanych codziennie działań przez pryzmat, których określa się styl życia jednostki, jako prozdrowotny lub antyzdrowotny.<sup>66</sup>

Komponenty postawy wobec zdrowia stanowią codzienne zachowania zdrowotne. Określają styl życia, który może być kształtowany pod wpływem czynników środowiskowych lub indywidualnej samodzielności. Ich cechą

---

<sup>61</sup> B. Woynarowska, *Zdrowe odżywianie i aktywność fizyczna*. [w:] B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa, 2007, 17-321.

<sup>62</sup> G. Kosiba, M. Gacek, A. Bogacz-Walancik, Wojtowicz, A., *Wartości witalne w hierarchii wartości a styl życia studentów kierunków nauczycielskich*. Przegląd Badań Edukacyjnych, 2017, 24(1), 21–40.

<sup>63</sup> A. Ostrowska, *Styl życia...* 15.

<sup>64</sup> E. Kasperek, *Zachowania prozdrowotne nauczycieli*. Wydawnictwo Gościański & Prętnicki, Poznań, 1999.

<sup>65</sup> I. Kickbusch, *Styl życia a zdrowie*. Promocja zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna, 1994.

<sup>66</sup> Tamże,

charakterystyczną jest negatywny bądź pozytywny wpływ na zdrowie i można podzielić je na kilka grup:

- zachowania prozdrowotne w odniesieniu do zdrowia fizycznego - aktywność fizyczna, zdrowe odżywianie, zachowywanie higieny, badania profilaktyczne, niestosowanie substancji psychoaktywnych;
- zachowania prozdrowotne w odniesieniu do zdrowia psychicznego- umiejętne radzenie sobie ze stresującymi i trudnymi sytuacjami, samoakceptacja, zdolność do rozwiązywania konfliktów;
- zachowania prozdrowotne w odniesieniu społecznym – utrzymywanie dobrych relacji z innymi członkami społeczeństwa, asertywność.<sup>67</sup>

Zachowania zdrowotne bardzo często w trakcie naszego życia ulegają zmianom. Największy wpływ na kształtowanie się prawidłowych zachowań zdrowotnych mają rodzice, ale również nauczyciele przyjmują na siebie zobowiązanie w kwestii związanej z edukacją zdrowotną dzieci i młodzieży.<sup>68,69</sup>

B. Wojtyczek w swoich badaniach oceniając zachowania prozdrowotne warszawskich studentów zauważa, że choć studenci często korzystają z Internetu, to jednak media nie mają największego wpływu na kształtowanie zachowań zdrowotnych młodych osób.<sup>70</sup> Zarówno w Polsce jak i na świecie istnieje wiele badań nad zachowaniami zdrowotnymi dzieci i młodzieży. Przykładem są badania HBSC (Health Behaviour in School-aged Children). W Polsce WHO przeprowadza co 4 lata - Collaborative Cross-National Study.<sup>71</sup> Zgodnie z wynikami badań naukowych świadomość oraz praktykowanie zachowań prozdrowotnych wzrasta wraz z wiekiem. Jednocześnie kobiety zdecydowanie częściej poddają się badaniom kontrolnym.<sup>72</sup>

---

<sup>67</sup> K. Puchalski, *Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot nauk socjologicznych. Uwagi wokół pojęcia*. [w:] A. Gniazdowski (red.) *Zachowania zdrowotne*. Instytut Medycyny Pracy, Łódź, 1990, 23-57.

<sup>68</sup> M. Jasińska, *Nawyki żywieniowe młodzieży gimnazjalnej ze środowiska miejskiego i wiejskiego*. *Lubelski Rocznik Pedagogiczny*, 2013, (32), 28–34.

<sup>69</sup> M. Woynarowska-Sołdan, *Dbłość o zdrowie w młodości i wczesnej dorosłości*. [w:] B. Woynarowska (red.) *Edukacja zdrowotna. Poradnik dla nauczycieli wychowania fizycznego w gimnazjum i szkołach ponadgimnazjalnych*. Wydawnictwo Związku Nauczycielstwa Polskiego, Kielce, 2012, 152-158.

<sup>70</sup> B. Wojtyczek, *Ocena zachowań prozdrowotnych i wybranych wskaźników stanu zdrowia studentów I roku Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie*. *Roczniki Naukowe Akademii Wychowania Fizycznego*, Warszawa, 2006, (44), 161-175.

<sup>71</sup> J. Mazur, A. Małkowska-Szcutnik (red.) *Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny Instytutu Matki i Dziecka*, Warszawa, 2010.

<sup>72</sup> M. Zielińska, *Spoleczne uwarunkowania zachowań zdrowotnych łódzkich kobiet w wieku prokreacyjnym*. *Problemy Higieny Epidemiologii*, 2008, 89,(3), 367-372.

Różne wydarzenia, doświadczenia mają wpływ na kształtowanie się stylu życia oraz postaw prozdrowotnych. Niewątpliwie najważniejszym okresem, który kształtuje naszą postawę zdrowotną, jest wczesne dzieciństwo oraz okres dojrzewania.<sup>73</sup> Bardzo duży wpływ na ukształtowanie młodego człowieka mają rodzice, szkoła, jak również grupy rówieśnicze, a w obecnych czasach też środki masowego przekazu, a zwłaszcza media społecznościowe. Do elementów stylu życia możemy zaliczyć wymieniane już zachowania zdrowotne, jak aktywność fizyczną, nawyki żywieniowe, palenie tytoniu, spożywanie alkoholu oraz sen.<sup>74</sup>

Aktywność fizyczna ma znaczący wpływ na prawidłowe funkcjonowanie organizmu. Organizm ludzki jest genetycznie zaprogramowany by prowadzić aktywny styl życia, każda z funkcji życiowych sprowadza się do ruchu. Oddychanie, krążenie krwi, procesy związane z przemianą materii to nieustanny ruch. Kształtuje jego wydajność i odporność, pomaga w profilaktyce i opóźnia rozwój wielu chorób tj. nadwagę, otyłość, choroby układu krążenia, cukrzycę, osteoporozę oraz niektóre typy nowotworów.<sup>75, 76</sup> Aktywność fizyczna pomaga zredukować stres i zmniejszyć napięcie. Endorfiny zwane inaczej hormonami szczęścia wytwarzają się w organizmie podczas aktywności fizycznej, poprawiają nastrój i wpływają na pozytywne nastawienie do życia. Siedzący tryb życia, powszechne wykorzystywanie do przemieszczania się różnego rodzaju środków transportu, wykonywanie pracy zawodowej wspomaganie jest nowoczesnymi technologiami zmniejszającymi konieczność wysiłku fizycznego. Wszystko to sprawia, że podejmowanie aktywności fizycznej w wolnym czasie ma niezwykle ważne znaczenie dla naszego organizmu.<sup>77</sup> Aktywność fizyczna poprawia ogólną motorykę organizmu, zwiększa siłę, szybkość i wytrzymałość. Ma pozytywny wpływ na układ podporowy: prowadzi do wzrostu masy kostnej, powoduje hipertrofię włókien kolagenowych kręgosłupa, poprawia ukrwienie kości i więzadeł, prowadzi do

---

<sup>73</sup> D. Chlebna-Sokół, E. Zbęk, M. Sobczak, *Zachowania zdrowotne dzieci, młodzieży i wybranych grup młodych dorosłych w Polsce – przegląd piśmiennictwa*. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, 2007, 117 (1), 63–67.

<sup>74</sup> S. Królikowska, *Nierówności w stanie zdrowia między kobietami a mężczyznami w kontekście płci biologicznej oraz społeczno-kulturowej*. Ann University Lodz Sociol, 2011, (39), 33-52.

<sup>75</sup> M. Inoue, H. Iso, S. Yamamoto, et al. *Daily total physical activity level and premature death in men and women: results from a large-scale population-based cohort study in Japan (JPHC study)*. Ann Epidemiol, 2008, 18,(7), 522-530.

<sup>76</sup> R. Chen, H. Tunstall-Pedoe, C. Bolton-Smith, MK. Hannah, C. Morrison, *Association of dietary antioxidants and waist circumference with pulmonary function and airway obstruction*. American Journal of Epidemiology, 2001,(153), 157-63.

<sup>77</sup> A. Jegier, D. Stasiołek, *Skuteczna dawka aktywności ruchowej w prewencji pierwotnej chorób układu krążenia i promocji zdrowia*. Medycyna Sportowa, 2001, 5 (supl. 2), 5 (supl. 2), 109–118.



wzrostu syntezy włókien kolagenowych. Należy zaznaczyć, że jednorazowy wysiłek fizyczny nie powoduje wymienionych wyżej zmian w metabolizmie tkanek kostnych. Zmiany takie powoduje długotrwały trening nawet o niewielkiej intensywności, czy amatorskie ćwiczenia relaksacyjne. Ruch ma również ważne znaczenie dla układu mięśniowego, powoduje wzrost liczby miofibryli, mitochondriów, białek kurczliwych oraz jąder komórkowych. Prowadzi do zwiększenia masy mięśniowej, poprawia aktywność enzymów i zwiększa skuteczność wykorzystywania energii. Regularne ćwiczenia skutkują zwiększeniem siły mięśniowej na jednostkę przekroju poprzecznego mięśnia. Powoduje też wzrost stężenia glikogenu, mioglobiny, fosfolipidów, ATP oraz fosforokreatyny.<sup>78</sup> Aktywność fizyczna ma także dobry wpływ na układ oddechowy, w trakcie ćwiczeń zwiększa się zapotrzebowanie organizmu na tlen. Regularne ćwiczenia zwiększają pojemność dyfuzyjną i kapilaryzację płuc, prowadzą do spadku oporu oddechowego, zmniejszenia częstotliwości oddechów i ogólnej poprawy sprawności układu oddechowego.<sup>79</sup> Systematyczne ćwiczenia i ruch poprawiają również sprawność i wydolność układu krążenia, wpływają na ekonomizację jego pracy. Częstotliwość skurczów serca u człowieka trenującego regularnie, zarówno w spoczynku jak i podczas wysiłku jest mniejsza w porównaniu do człowieka, który ma ograniczoną aktywność fizyczną do minimum. U osób, które prowadzą aktywny tryb życia zwiększa się pojemność minutowa serca, wzrasta jego ukrwienie oraz maksymalne nasycenie tlenem. Podnosi się ilość mitochondriów, mioglobiny, glukozy w mięśniu sercowym oraz zwiększają się właściwości buforowe krwi. Spada HR (Heart Rate) w spoczynku oraz krzepliwość krwi. Aktywność fizyczna ma pozytywne oddziaływanie także na funkcjonowanie układu pokarmowego, usprawnia trawienie oraz perystaltykę jelit, zwiększa aktywność metabolizmu w wątrobie, podnosi stężenie glikogenu. Zapobiega zaparciom oraz problemom jelitowym, poprawia wydolność i wzmacnia czynności jelit, żołądka i nerek.<sup>80</sup> Ruch oraz regularne ćwiczenia i ogólna aktywność fizyczna jest bardzo ważna na każdym etapie życia. Szczególnie dla osób starszych, ponieważ starzenie się połączone ze stresem oksydacyjnym oraz stanami zapalnymi prowadzi do negatywnych zmian w strukturze mózgu i jego funkcjonowaniu. Dzięki aktywności poprawiają się zdolności poznawcze osób starszych i zmniejsza się

---

<sup>78</sup> A. Leszczyńska, *Sport to zdrowie. Refleksje o aktywności fizycznej Polaków*. Folia Socjologia, 2013, 45.

<sup>79</sup> M. Zatoń, Z. Jethon, *Aktywność ruchowa w świetle badań fizjologicznych i promocji zdrowia*. AWF, Wrocław, 2000.

<sup>80</sup> A. Ostrowska, *Styl życia...*14.

ryzyko wystąpienia choroby Alzheimera.<sup>81</sup> U osób powyżej 65 roku życia aktywność fizyczna pozwala zapobiegać upadkom i związanymi z nimi urazom. Ma także znaczący wpływ na osłabiony z wiekiem układ kostny, którego osłabienie prowadzi do ograniczenia sprawności.<sup>82</sup> Osoby starsze powinny ograniczać spędzanie czasu w pozycji siedzącej i przynajmniej 3 razy w tygodniu wykonywać ćwiczenia poprawiające równowagę oraz wzmacniające mięśnie. Regularne spacery oraz popularny dziś Nordic walking, inaczej chodzenie z kijami, to ogólnodostępna aktywność prozdrowotna. Aktywność ta angażuje do 90% mięśni całego ciała i poprawia wydolność organizmu nie tylko u osób starszych. WHO rekomenduje by osoby starsze, jeśli nie ma przeciwwskazań zdrowotnych, podejmowały, co najmniej 150 do 300 minut tygodniowo, aerobowej aktywności fizycznej o umiarkowanej intensywności lub minimum 75-150 minut aerobowej aktywności o dużej intensywności. Osoby starsze z chorobami przewlekłymi powinny zacząć od podejmowania niewielkich aktywności i stopniowo ją zwiększać. Optymistyczny jest fakt, że w dzisiejszych czasach seniorzy stają się coraz bardziej aktywni, a pojęcie starość i starzenie się zyskały nowe oblicze.<sup>83,84</sup> Duże korzyści zdrowotne wynikające z ruchu obserwuje się również u dzieci i młodzieży. Zaleca się by osoby z tej grupy społecznej wykonywały w ciągu tygodnia ćwiczenia o dużej lub umiarkowanej intensywności aerobowej przez średnio 60 minut dziennie. Aktywność fizyczna ma bardzo dobry wpływ na rozwój młodego organizmu, zapobiega powszechnemu obecnie zjawisku otyłości, zmniejsza ryzyko kardiometaboliczne, zwiększa sprawność, ma wpływ na zachowania behawioralne. Ważne by wszystkie działania związane z ruchem dzieci w wieku szkolnym i przedszkolnym nie były ukierunkowane wyłącznie na rozwój sprawności fizycznej, ale także na kształtowanie prawidłowej postawy ciała.<sup>85</sup> Aktywność fizyczna, zarówno ta spontaniczna jak i zorganizowana w znacznym stopniu poprawia kondycję psychiczną młodego człowieka, wpływa na dobre samopoczucie, ułatwia radzenie sobie ze stresem, wspomaga leczenie objawów depresji. Dla uczniów

---

<sup>81</sup> T. Parnowski, *Choroba Alzheimera*. [w:] A. Ostrowska (red.), Raport Polki 2013. Zdrowie i jego zagrożenia, Fundacja MSD dla Zdrowia Kobiet, Warszawa, 2013.

<sup>82</sup> B. Tobiasz-Adamczyk, *Wybrane elementy jakości życia kobiet starszych wiekiem*. Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna, 1999, (16), 68–83.

<sup>83</sup> M. Braun-Gałkowska, *Nowe role społeczne ludzi starszych*. [w:] S. Steuden, M. Marczuk (red.). Starzenie się a satysfakcja z życia. Katolicki Uniwersytet Lubelski, Lublin, 2006, 183–195.

<sup>84</sup> C. Kryszykiewicz, *Aktywne życie seniorów warunkiem pomyślnego starzenia się*. [w:] S. Steuden, M. Marczuk (red.). Starzenie się a satysfakcja z życia. Katolicki Uniwersytet Lubelski, Lublin, 2006, 281–288.

<sup>85</sup> A. Ćwirlej, K. Walicka-Cupryś, H. Gregorowicz-Cieslik, *Aktywność ruchowa dzieci 10-letnich w czasie wolnym*. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego, 2005, (3), 262-266.

i studentów aktywność fizyczna jest bardzo ważna, ponieważ poprawia pamięć zarówno, krótko i długotrwałą, skupienie i podzielność uwagi. Zwiększa skuteczność uczenia się oraz poprawia, jakość snu i zmniejsza poczucie niepokoju.<sup>86</sup> Według H. Grabowskiego i J. Drabika wraz z zachodzącymi zmianami w stylu życia populacji, koniecznością stało się określenie optymalnej dawki aktywności w celu zachowania zdrowia. Aby oszacować aktywność fizyczną, jako pozytywny miernik zdrowia, konieczna była też ocena ogólnego poziomu tej aktywności. W literaturze przedmiotu używane jest określenie minimalna dawka aktywności fizycznej. Jest to taka dawka aktywności fizycznej, która jest niezbędna dla utrzymania dobrostanu fizycznego i psychicznego. Jest to optymalna dawka aktywności fizycznej, która pozwala osiągnąć zamierzony efekt.<sup>87, 88</sup>

Reasumując rozważania na temat aktywności fizycznej należy podkreślić, iż według raportu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 2018 r. brak aktywności fizycznej dotyczy aż 80% niektórych dorosłych populacji, a częstość bezczynności wzrasta wraz z rozwojem gospodarczym. Przyczynia się do tego wpływ zmieniających się wzorców transportu, korzystania z technologii, urbanizacji i wartości kulturowych. Brak aktywności fizycznej stanowi wiodącą przyczynę przedwczesnych zgonów, natomiast regularna aktywność fizyczna zmniejsza ryzyko chorób serca, udaru mózgu, cukrzycy, raka piersi, raka jelita grubego, poprawia sprawność umysłową oraz jakość życia.<sup>89</sup> Najnowsze wytyczne American College of Cardiology (ACC) oraz American Heart Association (AHA) z 2019 r. podkreślają, że wysiłek fizyczny stanowi podstawę dla zachowania i poprawy zdrowia.<sup>90</sup> Aktywność fizyczna przynosi spotęgowane korzyści zdrowotne, społeczne i ekonomiczne. Inwestowanie w działania dotyczące: chodzenia pieszo, jazdy na rowerze, aktywnego wypoczynku, sportu i zabawy może

---

<sup>86</sup> Światowa Organizacja Zdrowia. *Globalny plan działania dotyczącego aktywności fizycznej na lata 2018-2030: więcej aktywnych ludzi dla zdrowego świata*. Genewa: Światowa Organizacja Zdrowia, 2018.

<sup>87</sup> H. Grabowski, *Teoria fizycznej edukacji*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa, 1999.

<sup>88</sup> J. Drabik, *Aktywność fizyczna w treningu zdrowotnym osób dorosłych*. Wydawnictwo Uczelniane Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu, Gdańsk, 1996.

<sup>89</sup> World Health Organisation. *Physical activity for health. More active people for a healthier world: draft global action plan on physical activity 2018–2030*. Seventy-first World Health Assembly, 2018, (71),18.

<sup>90</sup> D.K. Arnett, R.S. Blumenthal, M.A. Albert, A.B. Buroker, Z.D. Goldberger, E.J. Hahn, C.D. Himmelfar, A. Khera D. Lloyd-Jones, J.W. McEvoy, E.D. Michos, M.D. Miedema, D. Muñoz, S.C. Smith, S.S. Jr. Virani, K.A. Williams, J. Sr. Yeboah, B. Ziaeian, *2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology /American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines*. J Am Coll Cardiol, 2019,X, 74,(10),1376-1414.

bezpośrednio przyczynić się do osiągnięcia wielu Celów Zrównoważonego Rozwoju zdefiniowanych przez Światową Organizację Zdrowia na lata 2018–2030.<sup>91</sup>

Kolejny istotny element stylu życia, to sposób odżywiania, nawyki żywieniowe oraz ogólny stosunek do jedzenia. Niewłaściwe odżywianie stanowi bezpośrednią przyczynę lub czynnik ryzyka wielu chorób. Istnieje od 30 do 50 jednostek chorobowych, których przyczyną jest zła jakość żywności i niewłaściwy sposób odżywiania. Najpoważniejsze z nich to choroby układu pokarmowego, nowotwory jelita grubego, żołądka, choroby układu krążenia, cukrzyca, otyłość, osteoporoza.<sup>92</sup> Schorzenia te powstają zarówno w wyniku dostarczania nadmiernej ilości energii pobranej z pożywienia jak i niedoborów żywieniowych lub w wyniku zanieczyszczenia chemicznego żywności, w trakcie jej produkcji. Stosowane związki chemiczne mają na celu poprawę smaku oraz wydłużenie terminu spożycia. Sposób odżywiania uwarunkowany jest również od regionów. Specyficzne potrawy, przyprawy podlegają zróżnicowaniu nie tylko regionalnemu, ale również narodowemu. Utożsamiana ze zdrowym odżywianiem jest kuchnia śródziemnomorska, zaliczana do tzw. kuchni lekkiej.<sup>93</sup> Produktami podstawowymi są warzywa, głównie pomidory, owoce morza ( ryby), sery i oliwa z oliwek, a także – w zależności od regionu – niektóre gatunki mięsa, które odgrywają rolę drugoplanową. Kuchnie wywodzące się z innych części świata oparte na tłustych potrawach uznawane są za ciężkie niekorzystnie wpływające na organizm.<sup>94, 95</sup>

Palenie tytoniu jest jednym z najbardziej rozpowszechnionych antyzdrowotnych elementów stylu życia człowieka. Palenie tytoniu – jest według Światowej Organizacji Zdrowia czynnikiem najpoważniejszego ryzyka zdrowotnego i główną przyczyną przedwczesnej umieralności. Jest przyczyną większej liczby zgonów niż AIDS, wypadki samochodowe, pożary, alkoholizm i narkotyki razem wzięte. Palenie tytoniu

---

<sup>91</sup> World Health Organisation. *Physical activity for health. More active people...*op.cit.

<sup>93</sup> J. O’Dea, *Why do kids eat healthful food? Perceived benefits of and barriers to healthful eating and physical activity among children and adolescents.* Journal of the American Dietetic Association, 2003, (103), 497-501.

<sup>94</sup> K. Kardjalik, M. Bryła, I. Maniecka-Bryła, *Zachowania zdrowotne związane z odżywianiem oraz występowanie nadwagi i otyłości w grupie studentów.* Problemy Higieny i Epidemiologii, 2012, 93, (1),71–79.

<sup>95</sup> A. Ferretti, P. Giampiccolo, A. Cavalli, J. MilicEmili, C. Tantucci, *Expiratory flow limitation and orthopnea in massively obese subjects.* Chest, 2001, 119, (140), 1-8.

jest przyczyną prawie 4 mln. zgonów rocznie na całym świecie.<sup>96</sup> Pomimo licznych kampanii edukacyjnych, palenie papierosów wciąż stanowi jedną z głównych przyczyn przedwczesnych zgonów tysięcy Polaków. W ciągu ostatniej dekady nie udało się zmniejszyć negatywnych skutków zdrowotnych spowodowanych paleniem papierosów. Prawie 8 mln Polaków deklaruje, że regularnie pali papierosy, co plasuje nasz kraj w czołówce krajów Unii Europejskiej z wysokim odsetkiem palaczy. Szczególnie niepokojące są dane dotyczące palaczy wśród osób młodych.<sup>97</sup> Podczas palenia tytoniu do organizmu dostają się szkodliwe związki chemiczne tj. benzopiren, uznany za najsilniejszy ze znanych obecnie kancerogenów. W dymie tytoniowym pod postacią gazu występuje ponad 4000 związków chemicznych m.in. tlenek węgla, tlenek azotu, cyjanowodór. Wdychany dym tytoniowy ma negatywny wpływ prawie na wszystkie narządy. Podrażnia błonę śluzową układu pokarmowego, ma właściwości alergiczne, negatywnie wpływa na pracę układu sercowo-naczyniowego i trzustkę, zatrzuwa układ oddechowy oraz prowadzi do rakotwórczych zmian komórkowych. Palenie papierosów to proces codziennego stałego niszczenia zdrowia, prowadzący do 14 lokalizacji nowotworów. Palenie tytoniu, w największym stopniu wpływa na występowanie nowotworów złośliwych płuc, krtani, gardła, przełyku, jamy ustnej, miedniczek nerkowych pęcherza moczowego i trzustki.<sup>98</sup>

Alkohol według WHO znajduje się na trzecim miejscu wśród czynników ryzyka negatywnego wpływu na organizm człowieka, zaraz po paleniu tytoniu i nadciśnieniu. Alkohol (etanol) zaczyna się wchłaniać natychmiast po spożyciu, na początku w jamie ustnej, następnie w kolejnych odcinkach układu pokarmowego (najbardziej na poziomie jelita cienkiego). Przenika do większości płynów ustrojowych tj. krwi, moczu, śliny, płynu mózgowo-rdzeniowego. Spożycie alkoholu kojarzone jest zazwyczaj z przyjemnymi efektami, trzeba jednak mieć świadomość jego szkodliwego działania na organizm. Alkohol etylowy to czynnik, który bezpośrednio uszkadza komórki. Najgroźniejszą dla organizmu substancją jest aldehyd octowy, który jest pierwszym metabolitem etanolu i po spożyciu przez długi czas krąży w organizmie. Wywołuje on

---

<sup>96</sup> M. Tobias, G. Jackson, LC. Yeh, K. Huang, *Do healthy and unhealthy behaviours cluster in New Zealand?* Aust. N. Z. J. Public Health, 2007, 31,(2), 155–163.

<sup>97</sup> *Raport z ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu.* Kantar dla Głównego Inspektoratu Sanitarnego [https://gis.gov.pl/wp-content/uploads/2018/04/Postawy-Polak%C3%B3w-do-palenia-tytoniu\\_Raport-Kantar-Public-dla-GIS\\_2019.pdf](https://gis.gov.pl/wp-content/uploads/2018/04/Postawy-Polak%C3%B3w-do-palenia-tytoniu_Raport-Kantar-Public-dla-GIS_2019.pdf).

<sup>98</sup> W. Zatoński, współ. *Wspólne stanowisko dotyczące rozpoznawania i leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu u pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego.* Kardiologia Polska, 2011, 69, (1), 96–100.

negatywne skutki m.in. zwiększa nasilenie ogólnej reakcji zapalnej w tkankach, jak również ma wpływ na bezpośrednie uszkodzenie materiału DNA i zwiększenie ilości błędów przy jego replikacji. Częste spożywanie alkoholu może prowadzić do powstawania wielu jednostek chorobowych. Spożywanie alkoholu połączone jest bardzo często z innymi niezdrowymi zachowaniami, paleniem tytoniu, spożywaniem niezdrowych produktów oraz brakiem aktywności fizycznej. Wszystko to prowadzi często do rozwoju wielu chorób, a do najgroźniejszych z nich należą nowotwory. Częste spożywanie alkoholu zwiększa ryzyko powstawania niektórych nowotworów: jamy ustnej, krtani, a także przewodu pokarmowego. Spożywanie alkoholu połączone z nałogowym paleniem zwiększa to ryzyko trzykrotnie, a u kobiet sięgających często po alkohol, ryzyko raka piersi zwiększa się o 10%.<sup>99</sup> Spożywanie alkoholu ma również negatywny wpływ na układ oddechowy, zwiększa podatność na przeziębienia i infekcję górnych dróg oddechowych, ma zły wpływ na układ krążenia. Nadużywanie alkoholu prowadzi do nadciśnienia tętniczego, zwiększa ryzyko udaru mózgu i zawału serca. Obciąża pracę mięśnia sercowego i osłabia jego kurczliwość, czego konsekwencją może być niewydolność krążeniowa.<sup>100</sup> Nadmierne spożycie alkoholu ma również negatywny wpływ na układ pokarmowy, działa na niego drażniąco, wywołuje stany zapalne błon śluzowych jamy ustnej, przełyku, żołądka, dwunastnicy, prowadzi do powstawania wrzodów żołądka, uszkodzenia trzustki. Kolejnym narządem, który w wyniku picia alkoholu bardzo często ulega uszkodzeniu jest wątroba. Aż 90% osób z problemami alkoholowymi ma stłuszczenie wątroby w wyniku upośledzenia transportu tłuszczu oraz jego zalegania w komórkach wątrobowych. Alkohol wpływa również negatywnie na układ moczowy, nerwowy i zakłóca pracę układu hormonalnego.<sup>101</sup>

Następnym czynnikiem niezbędnym do zachowania prawidłowego funkcjonowania organizmu człowieka jest sen. Sen jest definiowany, jako fizjologiczny, okresowy stan czynnościowy w trakcie, którego zahamowany zostaje świadomy odbiór sygnałów zewnętrznych oraz zdolność do aktywnego działania. Jest to czas odpoczynku i regeneracji organizmu zarówno pod względem fizycznym, jak i psychicznym. Badania naukowe dowodzą, że jest równie konieczny do przeżycia, jak oddychanie

---

<sup>99</sup> J. Moskalewicz, *Problemy zdrowia prokreacyjnego związane z konsumpcją alkoholu*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2007, 55-63.

<sup>100</sup> B. Kropornicka, B. Baczewska, W. Dragan, E. Krzyżanowska, C. Olszak, E. Szymczuk, *Zachowania zdrowotne studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie*. Rozprawy Społeczne, 2015, 9,(2), 58–64.

<sup>101</sup> A. Wolska-Adamczyk, *Współczesne kierunki działań prozdrowotnych*. Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania, Warszawa, 2015.

czy odżywianie.<sup>102</sup> Hormonem odpowiedzialnym za sen jest melatonina, wytwarzana przez znajdującą się w mózgu szyszynkę. Jej stężenie w ludzkim organizmie wzrasta po zapadnięciu zmroku. U osób dorosłych maksymalny poziom tego hormonu można zaobserwować między północą a godziną 3 nad ranem. Wraz z wiekiem zmienia się ilość wydzielanej melatoniny, a jej spadek jest spowodowany przede wszystkim wapnieniem struktur szyszynki.<sup>103</sup> Sen dorosłego człowieka składa się z 2 do 6 cykli. Każdy z tych cykli podzielony jest na dwie fazy: REM (rapid eye movement) faza tzw. szybkich ruchów gałek ocznych w trakcie, której występują marzenia senne. Stanowi to około 25% naszego snu. Druga faza to NREM (no rapid eye movement) wolniejszych niż w fazie REM ruchów gałek ocznych, która stanowi około 80% całego procesu snu. Faza NREM dzieli się na 4 stadia: N1, N2, N3, N4. W stadium N4 następuje największe spowolnienie funkcjonowania organizmu, obniża się ciśnienie, tkanki zmniejszają zapotrzebowanie na glukozę, zmniejsza się przepływ krwi przez mózg oraz jego metabolizm. Praca serca zostaje spowolniona oraz spada częstotliwość oddechu. Stadium 3 i 4 to głęboki sen, najlepszy dla naszego organizmu. Wtedy to organizm się regeneruje, układy odpoczywają oraz następuje odnowa zarówno fizyczna jak i psychiczna.<sup>104</sup> Optymalna dobowo ilość snu dla dorosłego człowieka to 8 godzin, a brak snu niesie za sobą poważne konsekwencje dla organizmu tj: trudności w skupieniu uwagi, spowolnienie reakcji, zwiększenie liczby popełnianych błędów. Mała ilość snu prowadzi do rozdrażnienia. Jeśli niedobór snu jest przewlekły, ma niekorzystny wpływ na zdrowie i prowadzi do podniesienia ciśnienia tętniczego, zmniejszenia tolerancji glukozy, spadku poziomu leptyny, wzrostu liczby markerów zapalnych, podniesienia stężenia kortyzolu w godzinach wieczornych, jak również osłabienia mechanizmów odpornościowych. Brak snu zwiększa też ryzyko otyłości, cukrzycy, a także chorób związanych z układem krążenia.<sup>105</sup> Ważnym czynnikiem, który pozwala zachować optymalną dla organizmu pod względem, zarówno ilości jak i jakości snu jest higiena snu. To zbiór zasad i czynności, których należy przestrzegać w życiu codziennym. Ważne by starać się wstawać zawsze o tej samej porze, jeść kolację minimum 2 godziny przed snem unikać przy tym potraw ciężkostrawnych. Unikać w ciągu dnia dłuższych drzemek, nie spożywać kawy w godzinach

---

<sup>102</sup> M. Walker, *Dlaczego śpimy. Odkrywanie potęgi snu i marzeń sennych*. Marginesy, Warszawa, 2019.

<sup>103</sup> PB. Szewczyk, AM. Dziuba, E. Poniewierka, *Melatonina – metabolizm i rola hormonu szyszynki*. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 2018, 8, (2), 135–139.

<sup>104</sup> SL.Halson, *Nutritional interventions to enhance sleep*. Sports Science Exchange, 2013, 26, (116), 1-5.

<sup>105</sup> A. Frydrych-Szymonik, G. Augustyn, Z. Szyguła, *Znaczenie snu i sposoby poprawy jego jakości u sportowców*. Journal of Education, Health and Sport, 2016,(6),5.

wieczornych. Ważnym elementem mającym bardzo dobry wpływ na sen jest aktywność fizyczna. Przestrzeganie tych zasad poprawia jakość snu, co korzystnie wpływa na regenerację i prawidłowe funkcjonowanie organizmu.<sup>106</sup>

Istnieje wiele klasyfikacji czynników wpływających na sytuację zdrowotną ludności. Według pól Lalonde'a największy, bo 53% wpływ na zdrowie człowieka ma styl życia, składają się na niego takie elementy jak: aktywność fizyczna, sposób odżywiania się, umiejętności radzenia sobie ze stresem, stosowanie substancji psychoaktywnych oraz zachowania seksualne. Środowisko fizyczne warunkuje stan zdrowia człowieka w około 21%.<sup>107</sup>

Niewątpliwie bardzo ważnym czynnikiem wpływającym na nasze zdrowie jest środowisko, w którym żyjemy, zarówno w rozumieniu społecznym jak i fizycznym. Wpływ na prawidłowe funkcjonowanie organizmu mają:

- Zanieczyszczenie wód, przede wszystkim ujęć wody pitnej - sprawcami tych zanieczyszczeń najczęściej jest przemysł i intensywna gospodarka rolna, oparta na pestycydach oraz innych szkodliwych środkach ochrony roślin.
- Zanieczyszczenie powietrza - zwłaszcza w dużych aglomeracjach miejskich spowodowane przez pojazdy silnikowe oraz spalanie paliw kopalnych w elektrowniach i zakładach przemysłowych.
- Życie w bezpośrednim sąsiedztwie miejsc, gdzie składowane są odpady stałe, niebezpieczne dla środowiska.
- Degradacja środowiska naturalnego - wylesianie, degradacja gleb, niszczenie środowiska przez prowadzenie ekspansywnej polityki wydobywczej surowców tj. węgla, ropy, gazu oraz inne działania, których efektem jest degradacja środowiska naturalnego, zarówno na szczeblu lokalnym jak i regionalnym.
- Zmieniający się klimat - nieprzewidywalne anomalie pogodowe, nadmierne i utrzymujące się przez dłuższy okres susze, powodzie, huragany, zwiększone promieniowanie UV w wyniku zubożenia warstwy ozonowej.<sup>108</sup>

Zagrożenia środowiskowe wpływające na zdrowie to również aspekty społeczne, często związane z rozwojem cywilizacyjnym lub dysproporcją społeczną, jaką nadal

---

<sup>106</sup> A. Kawalec, K. Pawlas, *Czynniki środowiskowe wpływające na sen oraz zachowywanie higieny snu*. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2013.

<sup>107</sup> J. Drabik, W. Pańczyk, M. M. Resiak, et al. *Promocja zdrowia i zachowań zdrowotnych*. [w:] J. Drabik, M. Resiak red. Styl życia w promocji zdrowia. Gdańsk, AWFIS, 2010, 29-196.

<sup>108</sup> MJ. Wysocki, M. Miller, *Paradygmat Lalonde'a, Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne*. Przegląd Epidemiologiczny, 2003, 57, (3), 505-512.



obserwuje się w krajach rozwijających się. Do nich zaliczamy warunki mieszkaniowe, zagrożenia związane z pracą, wysoką przestępczością, biedą, działaniami wojennymi.<sup>109</sup> Zanieczyszczenie powietrza wewnątrz budynków - tzw. zespół złego budownictwa, którego głównymi przyczynami są niewłaściwe parametry mikroklimatyczne, obecność alergenów, ograniczona wymiana powietrza, zanieczyszczenia pyłowe, biologiczne oraz chemiczne mogą wywołać dolegliwości, mające negatywne skutki dla organizmu, pogorszenie komfortu życia, wystąpienie dolegliwości tj. podrażnienie oczu, nosa lub gardła. Zwiększają także częstotliwość nieżyty górnych dróg oddechowych, wywołują problemy dermatologiczne (zaczerwienienie, plamy skórne), objawy neurotyczne (obniżenie koncentracji, problemy z zapamiętywaniem i ogólne obniżenie zdolności umysłowej), bóle, zawroty głowy oraz ciągłe uczucie zmęczenia. Dochodzi również do schorzeń związanych z częstym przebywaniem w pomieszczeniach klimatyzowanych. Zagrożenia spowodowane przez grzyby obecne wewnątrz pomieszczeń można podzielić na dwa typy skażeń: chemiczne – w wyniku unoszenia się szkodliwych substancji lotnych wydzielanych przez grzyby w trakcie procesów rozwojowych oraz powstałych w wyniku procesu rozkładu, a także biologiczne – przebywając w pomieszczeniu, w którym występują grzyby, wdychanie mikroskopijnej wielkości zarodników, może prowadzić do groźnych chorób tj. mykotoksykozy (ostre lub przewlekłe zatrucie organizmu, spowodowane przez mikotoksyny - toksyczne metabolity niektórych gatunków pleśni), nowotworów, zmian w szpiku kostnym prowadzących do niedokrwistości, zmniejszenie odporności skóry oraz błon śluzowych. Grzyby pleśniowe powodują astmę oskrzelową, alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych, spojówek oraz katar alergiczny.<sup>110</sup> Do czynników środowiskowych wpływających na zdrowie, rozumianych w aspekcie społeczno-kulturowym zalicza się: wzory osobowe – usytuowanie zdrowia w hierarchii wartości, dostęp do odpowiedniej jakości informacji dotyczących tematyki zdrowia; warunki społeczno-ekonomiczne rodziny - ogólna atmosfera w rodzinie, relacje między jej członkami, sytuacja mieszkaniowa, sytuacja finansowa rodziny; warunki społeczno-ekonomiczne w miejscu pracy lub nauki - relacje między osobami w zakładzie pracy, w szkole, wysoka stopa bezrobocia, ograniczenia w dostępie do edukacji. Przeprowadzone badania wykazały, że

---

<sup>109</sup> M. Siemiński, *Środowiskowe zagrożenia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2001.

<sup>110</sup> W. Żukiewicz- Sobczak, P. Sobczak, K. Imbor, E. Krasowska, J. Zwoliński, A. Horch, A. Wojtyła, J. Piątek, *Zagrożenia grzybowe w budynkach i w mieszkaniach – wpływ na organizm człowieka*. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2012, 18, (2), 141-146.

ludzie biedni i słabiej wykształceni częściej prowadzą niezdrowy styl życia.<sup>111</sup> Zjawisko przemocy społecznej – jest ważnym czynnikiem wpływającym na zdrowie, zwłaszcza, kiedy dotyczy to najmłodszych. Powoduje to bardzo dużo negatywnych konsekwencji dla zdrowia. Badania pokazują, że co trzeci uczeń spotkał się z przemocą w swoim otoczeniu.<sup>112</sup>

Dobrze funkcjonujący system ochrony zdrowia zapewnia bezpieczeństwo zdrowotne społeczeństwa, poprzez zaspokojenie indywidualnych potrzeb medycznych, wynikających z chorób i urazów. Służba zdrowia, to określenie powszechnie funkcjonujące w czasach, kiedy Lalonde’ sformułował koncepcję obszarów zdrowia. W 1999 roku w Polsce zostało zastąpione przez sformułowanie ochrona zdrowia, a obecnie uznaje się za poprawne określenia ochrona zdrowia, system ochrony zdrowia oraz system opieki zdrowotnej.<sup>113</sup> Aktywne działania personelu medycznego w zakresie zdrowia mogą skutecznie ukierunkować pacjentów do zachowań prozdrowotnych. We współczesnym społeczeństwie zauważyć można dynamiczny wzrost roli usług we wszystkich dziedzinach życia. Jest to szczególnie istotne w ochronie zdrowia, ponieważ, od jakości świadczeń zależy nie tylko satysfakcja pacjenta, ale przede wszystkim jego zdrowie i życie. Światowa Organizacja Zdrowia, jakość opieki zdrowotnej definiuje, jako „stopień do jakiego usługi zdrowotne obejmujące jednostki i populacje zwiększają prawdopodobieństwo osiągnięcia oczekiwań w zakresie efektów leczenia oraz wykazują zgodność z aktualną i profesjonalną wiedzą.”<sup>114</sup>

Avedis Donabedian uznawany za twórcę nowoczesnego systemu, jakości w medycynie wyróżnił 3 wymiary jakości opieki.<sup>115</sup>

1. Struktura - wszystkie zasoby, które pozostają w dyspozycji praktyki: personel, baza lokalowa, wyposażenie oraz zasoby finansowe.

---

<sup>111</sup> M. Wojciechowski, *Dręczenie wzajemne uczniów elementem wychowawczego klimatu szkoły*. Lider, 1998, (11), 9.

<sup>112</sup> K. Makaruk, J. Włodarczyk, D. Sethi, P. Michalski, R. Szredzińska, P. Karwowska, *Negatywne doświadczenia w dzieciństwie i związane z nimi zachowania szkodliwe dla zdrowia wśród polskich studentów*. Dziecko Krzywdzone. Teoria, Badania, Praktyka, 2018, 17, (2), 58–97.

<sup>113</sup> <https://izba-lekarska.pl/prasa/sluzba-ochrona-czy-opieka/> data dostępu: 10.07.2022.

<sup>114</sup> K. Opolski, G. Dykawska, M. Możdżonek, *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych*. Wydawnictwo Ce De Wu, Warszawa, 2009.

<sup>115</sup> R. Lewandowski, I. Kowalski, *W poszukiwaniu obiektywnych metod pomiaru, jakości usług medycznych*. [w:] R. Lewandowski, red. Współczesne wyzwania strukturalne i menedżerskie w ochronie zdrowia, 2008, 253-266.

2. Proces - działania podejmowane przez personel medyczny i pacjenta tj. profilaktyka, leczenie, koordynowanie opieki, współpraca z innymi podmiotami.
3. Wynik - mierzalna poprawa stanu zdrowia pacjenta.

Nie można mówić o wysokiej jakości opieki medycznej, jeśli chociaż w jednym z tych wspomnianych wyżej wymiarów spotyka się błędy lub uchybienia.<sup>116</sup> R. Maxwell w swojej publikacji dotyczącej oceny jakości w ochronie zdrowia wyróżnia 6 zasad budowania jakości opieki zdrowotnej.<sup>117</sup>

- skuteczność – osiągnięcie zamierzonego efektu terapeutycznego przy udzieleniu świadczeń w oparciu o aktualną wiedzę medyczną,
- efektywność – działania, których głównym celem jest przynoszenie korzyści dla pacjenta przy ponoszeniu możliwie najniższych nakładów,
- adekwatność – dopasowanie świadczeń do oczekiwań pacjentów oraz potrzeb populacji,
- dostępność – bezzwłoczne udzielanie pomocy bez względu na status finansowy pacjenta,
- wydajność – jak najlepsze wykorzystanie dostępnych zasobów ludzkich, finansowych i materialnych,
- równość – jednakowy dostęp do opieki medycznej dla wszystkich pacjentów.

Warunkiem efektywności ochrony zdrowia jest dostosowanie do potrzeb społeczeństwa oraz zapewnienie wysokiej jakości świadczeń. Wymaga to działań w wielu sektorach, ukierunkowanych między innymi na promocję zdrowia, edukację zdrowotną oraz zapobieganie chorobom. Stanowi wartość populacyjną umożliwiającą rozwój kulturalny, gospodarczy oraz materialny społeczeństwa.<sup>118</sup> Podnoszenie bezpieczeństwa zdrowotnego powinno być priorytetowym działaniem każdego państwa. Nieodzowna jest tutaj rola współczesnej epidemiologii oraz promocji zdrowia, które umożliwiają wdrożenie programów profilaktycznych oraz trafną ocenę czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych.<sup>119</sup>

---

<sup>116</sup> M. Bembnowska, J. Joško-Ochojska, *Zarządzanie jakością w ochronie zdrowia*. Hygeia Public Health, 2015.

<sup>117</sup> R.J. Maxwell, *Quality assessment in health*. British Medical Journal, 1984.

<sup>118</sup> M. Kautsch, *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*. Nowe Wyzwania. Wolters Kluwer, Warszawa, 2010.

<sup>119</sup> A. Rabięga, *Ochrona życia i zdrowia ludzkiego w działaniach podmiotów administrujących w sferze opieki zdrowotnej*. Warszawa, 2009, 5 -11.

Z badań przeprowadzonych przez WHO wynika, że można zapobiec jednej trzeciej chorób warunkowanych czynnikami modyfikowalnymi, jedną trzecią schorzeń wyleczyć oraz w jednej trzeciej polepszyć jakość życia. Wczesna profilaktyka, diagnostyka oraz koordynacja wraz z kompleksowym leczeniem stanowią kluczowe elementy poprawy efektów zdrowotnych. Wymierną korzyścią programów profilaktycznych, mających na celu wydłużenie życia i poprawę jego jakości jest doprowadzenie do obniżenia kosztów leczenia, hospitalizacji i rehabilitacji. Promowanie zdrowego stylu życia, edukacja oraz profilaktyka chorób cywilizacyjnych, to kluczowe determinanty zdrowia społeczeństwa.<sup>120</sup> Człowiek może dzięki profilaktyce kontrolować stan zdrowia. Uwarunkowania genetyczne stanowią 20% ogółu czynników mających wpływ na zdrowie człowieka. Choroby genetyczne bardzo często prowadzą do zmniejszenia komfortu życia. W wielu przypadkach ograniczają samodzielne funkcjonowanie człowieka, uzależniają go od permanentnej pomocy osób trzecich. Geny mają wpływ na podatność w kierunku zachorowań na nowotwory, na zakażenia wirusami oraz różny przebieg chorób wirusowych.<sup>121</sup> Choroby genetyczne związane są nieprawidłowościami w obrębie materiału genetycznego człowieka. Powstają w wyniku dziedziczenia po rodzicach lub na skutek przypadkowych mutacji oraz w wyniku błędów w materiale genetycznym. Zmiany te mogą dotyczyć jednego genu lub całych chromosomów, posiadają różnorodny obraz kliniczny, część z nich ma przebieg łagodny, jednak wiele z nich znacząco wpływa na codzienne funkcjonowanie człowieka. Do najczęstszych chorób genetycznych zaliczamy: achondroplazję (prowadzi do zaburzeń procesu kostnienia powodując wady postawy, skrócenie kończyn, niski wzrost), wielotorbielowatość nerek, nerwiakowłóknikowatość - zwana również chorobą von Recklinghausena, mukowiscydoza, fenyloketonuria, rdzeniowy zanik mięśni, hemofilia, daltonizm, dystrofia mięśniowa, zespół Retta.<sup>122</sup> Nie ma możliwości uniknięcia lub zmniejszenia ryzyka wystąpienia choroby genetycznej spowodowanej mutacjami genów. Profilaktyka prowadzi do wczesnego wykrywania tych schorzeń, badania nosicielstwa wadliwych genów oraz oceny ryzyka wystąpienia chorób genetycznych u potomstwa. Czynniki dziedziczne wynikające z genetycznych uwarunkowań są przyczyną rozwoju od 10 do

---

<sup>120</sup> K. Walshe, J. Smith, *Zarządzanie w opiece zdrowotnej – doskonalenie jakości w opiece zdrowotnej*. Wolters Kluwer, Warszawa, 2011.

<sup>121</sup> DA. Karnofsky, JH. Burchenal, *Evaluation of Chemotherapeutic Agents*. Macleod CM (Ed), Columbia University Press, New York.1949.

<sup>122</sup> E. Tobias, M. Connor, M. Ferguson Smith, *Genetyka medyczna*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa, 2013.

30% nowotworów.<sup>123</sup> Przykładami nowotworów silnie dziedziczonych są: nowotwór piersi, jelita grubego, jajników, guzy mózgu, białaczka, guz nadnercza, rak nerki. Najczęściej diagnozowanym nowotworem dziedzicznym jest rak piersi stanowiący od 5 do 10 % wszystkich nowotworów tej lokalizacji. Z tego powodu bardzo ważną jest regularna profilaktyka. Nowoczesne badania genetyczne pozwalają lokalizować zmiany występujące w DNA, dzięki czemu możliwe jest prowadzenie działań profilaktycznych, które ograniczają ryzyko wystąpienia choroby. Większa świadomość osób będących w grupie ryzyka przekłada się na zachowania prozdrowotne, regularne kontrole, rezygnację z niezdrowych nawyków.<sup>124, 125</sup>

Zachowania zdrowotne określane są, jako postępowanie, działanie (lub ich zaniechanie) bezpośrednio lub pośrednio wpływające na zdrowie i samopoczucie człowieka. Istotnym czynnikiem podmiotowym w zachowaniach zdrowotnych jest poczucie własnej skuteczności. U osób z wysokim poczuciem własnej skuteczności dochodzi do wzmożenia własnych działań w celu realizacji podjętego zamierzenia. Jednostki, którym brakuje poczucia samoskuteczności działają nieefektywnie, często rezygnują z działań, które według ich opinii wymagają zbyt wielu umiejętności, jakich nie posiadają. Poczucie własnej skuteczności ma potwierdzone zastosowanie w ochronie zdrowia, ponieważ jak się okazuje osoby z wyższym poczuciem własnej skuteczności częściej podejmują działania profilaktyczne.<sup>126,127</sup> Zdaniem B. Woynarowskiej zachowania zdrowotne są cechą, symbolem „dobrego życia”, które należy stale kontrolować i pielęgnować. Te jednostki, które są odpowiedzialne za własne zdrowie oceniane są z perspektywy efektywności działań podejmowanych przez nie w tym względzie. Rozumienie pojęcia zdrowie zależy również, od wielu różnych czynników, w tym od wieku, poziomu wykształcenia,

---

<sup>123</sup> A. DeMichele, B.L. Weber, *Inherited genetic factors*. W: J.R. Harris, M.E. Lippman, M. Morrow, C.K. Osborne. *Diseases of the Breast*. 2nd ed. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins, 2000.

<sup>124</sup> S. Karp, *Clinical management of BRCA1- and BRCA2- associated breast cancer*. Sem Surg Oncol, 2000.

<sup>125</sup> M. Krzakowski, *Najważniejsze nowotwory złośliwe u kobiet w Polsce*. [w:] A. Ostrowska (red.), Raport Polki 2013. Zdrowie i jego zagrożenia, Fundacja MSD dla Zdrowia Kobiet, Warszawa, 2013.

<sup>126</sup> G. Dolińska-Zygmunt, *Behawioralne wyznaczniki zdrowia - zachowania zdrowotne*. [w:] G. Dolińska-Zygmunt red. *Podstawy psychologii zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław, 2001, 33-70.

<sup>127</sup> B. Moskalewicz, P. Goryński, B. Wojtyniak, *Podstawowe zagrożenia dla zdrowia kobiet w świetle statystyk*. [w:] A. Ostrowska (red.), Raport Polki 2013. Zdrowie i jego zagrożenia, Fundacja MSD dla Zdrowia Kobiet, Warszawa, 2013.

statusu ekonomiczno-społecznego oraz doświadczeń życiowych. Każdy człowiek prezentuje indywidualny stosunek do własnego zdrowia.<sup>128</sup>

#### **1.4. Rola promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej w dokonywaniu odpowiednich wyborów dotyczących zdrowia i kształtowania zdrowego stylu życia**

Człowiek od zawsze troszczy się o własne zdrowie, a kierowany instynktem samozachowawczym walczy z pojawiającą się chorobą, jak również usiłuje skutecznie opóźnić jej postępowanie. Dzięki przełomowi, jaki dokonał się w XVII wieku w naukach przyrodniczych, zaczęto coraz lepiej rozumieć, że człowiek może mieć rzeczywisty wpływ na stan swojego zdrowia. Z kolei dzięki rozwojowi wiedzy na temat zdrowia, stało się oczywiste, że sposób życia człowieka, jego styl życia ma istotny wpływ na poziom zdrowotności zarówno jednostki, jak i całej populacji. Jednak zdecydowanie szybciej dokonał się rozwój wiedzy medycznej, niż wzrost świadomości społeczeństwa.<sup>129</sup> Warunkiem koniecznym, aby utrwalić w społeczeństwie przekonania, że zachowania prozdrowotne warunkują nasze zdrowie, było nadanie im charakteru powinności, „quasi – moralnych, ”bo tylko wówczas dobre zdrowie mogło być uznane za wartość samą w sobie.<sup>130</sup> Już Jan Amos Komeński (1592-1670) w swych rozważaniach dotyczących zdrowia, dużo uwagi poświęcał właściwemu procesowi wychowawczemu. Uważał, że kształcenie umysłu i zdobywanie wiedzy to proces długotrwały, a skoro troska o zdrowie własne jest powinnością moralną człowieka, to również władze państwa powinny mieć obowiązek stwarzania odpowiednich warunków dla realizacji przez daną jednostkę tej powinności. Również propozycje Leibniza – założyciela ( Elektorskiego Brandenburskiego Towarzystwa Naukowego) dotyczące opieki zdrowotnej wiążą się z przekonaniem, że dobro wspólne

---

<sup>128</sup> B. Woynarowska, M. Sokołowska, *Koncepcja i zasady tworzenia Szkoły Promującej Zdrowie. Edukacja Zdrowotna i Promocja Zdrowia w Szkole*. Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa, 2006, 10–11.

<sup>129</sup> J. Bejnarowicz, *Zmiany stanu zdrowia Polaków i jego uwarunkowania. Wyzwania dla promocji zdrowia*. Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna, 1994, 1- 36.

<sup>130</sup> T.B. Kulik, *Koncepcja zdrowia w medycynie*. [w:] T.B. Kulik, M. Latański (red Zdrowie publiczne.). Czelej, Lublin 2002, 15-34.

danej społeczności jest nadrzędnym celem działań politycznych, a kształtowanie wiedzy na temat zdrowia należy rozpocząć jak najwcześniej.<sup>131</sup>

Chociaż początki koncepcji promocji zdrowia sięgają starożytności, a pojęcie promocji zdrowia zostało wprowadzone do literatury po raz pierwszy w 1945 roku przez z Henry'ego Siegerista, to zaczęła się ona kształtować i nabierać nowego znaczenia na przełomie lat 70. i 80. XX wieku. Zaczęto korygować indywidualne zachowania związane ze zdrowiem i eliminować te, które wpływają na nie destrukcyjnie. Przegląd licznych badań i publikacji naukowych pozwolił wysnuć tezę, że promocja zdrowia dotyczy kilku dyscyplin naukowych, a dziedzina ta bazuje na solidnych podstawach teoretycznych.<sup>132</sup> Promocja zdrowia, jako dyscyplina nauki i praktyki jest wciąż przedmiotem dyskusji i poszukiwań skutecznych rozwiązań. Za kamień milowy w rozwoju promocji zdrowia uznaje się między innymi dokument uchwalony w Ottawie w 1986 roku. „Karta Ottawska” definiuje promocję zdrowia, jako „proces umożliwiający ludziom kontrolę nad własnym zdrowiem oraz jego poprawę przez podejmowanie wyborów i decyzji sprzyjających zdrowiu, kształtowanie potrzeb i kompetencji do rozwiązywania problemów zdrowotnych oraz zwiększanie potencjału zdrowia.” Mimo podejmowania wielu prób do dnia dzisiejszego nie udało się stworzyć jednej, powszechnie zaakceptowanej definicji promocji zdrowia.<sup>133</sup>

W dostępnej literaturze zajmującą się dziedziną nauki, jaką jest promocja zdrowia powszechna jest metafora rozwojowa promocji zdrowia, że została poczęta w latach siedemdziesiątych, narodziła w osiemdziesiątych i stopniowo dojrzewała w latach dziewięćdziesiątych. W najwcześniejszych latach swojego rozwoju była silnie nacechowana elementami ruchu społecznego. Główne prace koncentrowały się nie tylko na zdrowiu w aspekcie medycznym, ale też różnych aspektach społecznych. Wszelkie decyzje na temat prac koncepcyjnych, dyskusyjnych i programowych dotyczących ludzi na całym świecie, odbywały się na światowych konferencjach. Rezultaty zgromadzeń były przekazywane innym krajom, natomiast patronowała im

---

<sup>131</sup> M. Nowacka, *Rozwój medycyny a poziom świadomości zdrowotnej w XVII wieku*. Roczniki Filozoficzne, LXII 2014, (4), 103–120.

<sup>132</sup> D. Lizak, *Medical Knowledge Necessary Element Modern Education of Teacher*. [w:] M. Charzyńska-Gula, H. Kachaniuk, A. Bednarek, red. *Diagnosis and Conditions Determining the Health of Carees and Carers – Selected Issues* Lublin, 2011.

<sup>133</sup> M. Woynarowska-Sołdan, *Metoda Action Research i jej zastosowanie w promocji Zdrowia*. Hygeia Public Health, 2014, 49, (4), 672-678.

Światowa Organizacja Zdrowia. Rezultatem zgromadzenia w 1977 roku w Alma-Ata jest uchwalona rezolucja pod hasłem „Zdrowie dla Wszystkich w 2000 roku”.<sup>134</sup>

W Polsce działania z zakresu promocji zdrowia zainicjował w latach 90. J.B. Karski, który upowszechnił wiele dokumentów międzynarodowych oraz własnych dotyczących promocji zdrowia. Był on też współautorem pierwszego w Polsce podręcznika promocji zdrowia.<sup>135</sup> Jednym z komponentów promocji zdrowia jest edukacja zdrowotna, definiowana jako proces, którego zadaniem jest zdobywanie umiejętności w celu zachowania, ale także polepszania zdrowia własnego i innych ludzi. Edukacja w zakresie zarówno zachowania, utrzymania czy też poprawy zdrowia w rozumieniu holistycznym, jest narzędziem promocji zdrowia. Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna to dziedziny komplementarne względem siebie, a problematyka zagadnień naukowych poruszana w ich obrębie może mieć związek z medycyną, socjologią, pedagogiką czy innymi dziedzinami.<sup>136</sup>

W procesie wychowawczym ważnym elementem działań, jest edukacja zdrowotna. Światowa Organizacja Zdrowia definiuje ją, jako „składającą się z rozsądnie skonstruowanych możliwości edukacyjnych obejmujących różne formy komunikacji stworzone w celu poprawy umiejętności rozumienia i korzystania z wiedzy o zdrowiu jednostki i społeczeństwa.”<sup>137</sup>

Rolą edukacji zdrowotnej jest pobudzenie świadomości, a także kształtowanie prozdrowotnych postaw w celu zmiany określonych zachowań. Edukacja prozdrowotna odnosi się głównie do działań: podejmowania odpowiednich decyzji i wyborów, które wspierają harmonijny rozwój oraz zdrowie własne i innych jednostek; a także kształtowania prozdrowotnych zachowań, zdrowego stylu życia, identyfikacji własnych problemów i umiejętności radzenia sobie z nimi.<sup>138, 139</sup> To proces, który nie tylko przekazuje informację, ale także sprzyja podwyższeniu motywacji, zwiększeniu pewności siebie oraz ma kluczowe znaczenie w tzw. medycynie naprawczej. Właściwie wyedukowany pacjent świadomie poddaje się procesowi leczenia, co zmniejsza jego

---

<sup>134</sup> H. Sęk, L. Ścigała, T. Pasikowski, M. Beisert, A. Bleja, *Subjective health concepts, personal and societal determinants*. In: H. Schröder, K. Reschke, M. Johnston, S. Maes, eds.: *Health psychology. Potential in diversity*. Regensburg, Roderer, 1993, 108-124.

<sup>135</sup> M. Woynarowska-Sołdan, *Metoda Action...*39.

<sup>136</sup> D. Lizak, *Medical Knowledge ...*,39.

<sup>137</sup> World Health Organization Office for Europe (1986) Ottawa Charter for Health Promotion (dokument dostępny na: <http://www.euro.who.int>)

<sup>138</sup> B. Woynarowska, *Podstawy teoretyczne i strategia edukacji zdrowotnej w szkole*. Lider, 1999, (1), 15.

<sup>139</sup> A. Wojtczak, *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa, 2009.



obawy przed każdą wykonywaną czynnością medyczną, a tym samym skuteczniej uczestniczy w procesie leczenia, co wpływa pozytywnie podczas całego procesu jego rekonwalescencji.<sup>140</sup>

Niewątpliwie promocja zdrowia i edukacja zdrowotna stanowią elementarną formę działań profilaktycznych. Przyszli promotorzy zdrowia mają obowiązek edukować do zdrowia w ramach swoich kompetencji, a ideę edukacji zdrowotnej należy popularyzować i realizować na każdym poziomie kształcenia.<sup>141</sup>

Przemiany społeczne i postęp cywilizacyjny, mają ogromny wpływ na egzystencję człowieka, a edukacja zdrowotna spełnia ważną rolę w jej kreowaniu. Wcześnie rozpoczęta, a tym samym prawidłowo prowadzona edukacja zdrowotna jest gwarantem uzyskania dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego oraz twórczego pod względem aktywności i uduchowienia życia człowieka. Jak podkreślił wielki polski lekarz XIX/XX wieku Władysław Biegański – „Polski Hipokrates” z Częstochowy „Pacjent może stracić życie, ale nigdy nadziei,” dlatego zarówno promocja zdrowia, jak i edukacja zdrowotna są tak ważne w procesie kształtowania prozdrowotnego stylu życia.<sup>142</sup>

Okres studiów to czas, w którym jeszcze możliwe wydaje się, być kształtowanie odpowiedzialności za zdrowie. To ostatni etap, w którym na szeroką skalę rozpowszechnia się, edukuje i krzewi rozwój oraz chęć do utrzymania i monitorowania aktywności fizycznej. Studenci fizjoterapii, jako przyszli promotorzy zdrowia, w niedługim czasie dla wielu osób, staną się autorytetem w kwestii zdrowia i wzorem do naśladowania ich zachowań zdrowotnych. Dlatego przyszli fizjoterapeuci powinni mieć świadomość wpływu konkretnych zachowań na zdrowie i dążyć do prowadzenia przez nich samych zdrowego stylu życia.<sup>143</sup>

---

<sup>140</sup> A. Rezner, W. Rezner, J. Kosecka, *Edukator zdrowia w podstawowej opiece zdrowotnej jako szansa na podniesienie poziomu promocji zdrowia i profilaktyki w Polsce*. Probl Hig Epidemiol., 2013, 94(3), 407-412.

<sup>141</sup> D. Lizak, *Medical Knowledge* ....39.

<sup>142</sup> A. Raniszewska-Wyrwa, *Mysł etyczno-medyczna Władysława Biegańskiego (1857–1917)*. Studia Philosophiae Christianae Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, 2013, (49), 3.

<sup>143</sup> L. Sochocka, A. Wojtyłko, *Aktywność fizyczna studentów studiów stacjonarnych kierunków medycznych i niemedycznych*. Medycyna Środowiskowa - Environmental Medicine, 2013, 16, (2), 53-58.

## **2. METODOLOGICZNE ZAŁOŻENIA BADAŃ**

Założeniem przeprowadzonych badań była ocena związku między wartościowaniem zdrowia, a zdobytą wiedzą w trakcie trwających studiów oraz określenie czy ma to wpływ na realizowane elementy stylu życia i zachowania zdrowotne przez studentów fizjoterapii.

Poznanie wiedzy przyszłych promotorów zdrowia na temat zachowań zdrowotnych, będących składową stylu życia, będzie pomocne do ewentualnego wdrożenia optymalnych programów edukacyjnych i działań prewencyjnych z zakresu promocji zdrowia. Wspieranie długoterminowych zmian zachowań zdrowotnych przyszłych promotorów zdrowia, może mieć duży wpływ na poprawę kondycji zdrowotnej społeczeństwa.

### **2.1. Cel badań, pytania badawcze**

Celem pracy było porównanie i ocena wybranych zachowań zdrowotnych, a także poziomu wiedzy studentów kierunku fizjoterapii w świetle wartościowania przez nich zdrowia. Oceniano również związek płci oraz roku studiów na zachowania zdrowotne, wartości osobiste, kryteria zdrowia i poziom wiedzy. Sformułowano następujące pytania badawcze:

1. Jakie jest miejsce zdrowia w hierarchii wartości u studentów fizjoterapii w zależności od ich płci i roku studiów?
2. Jak studenci kierunku fizjoterapii w zależności od ich płci i roku studiów wartościują zdrowie oraz jaki to ma wpływ na podejmowane przez nich zachowania zdrowotne ?
3. Czy studenci fizjoterapii dzięki ukształtowanej w okresie studiów wiedzy o zdrowiu w większym stopniu realizują pozytywne zachowania zdrowotne ?
4. Czy jest różnica między deklarowaną przez studentów samooceną wiedzy, a osiągniętym wynikiem rzeczywistym z testu wiedzy o zdrowiu w zależności od ich płci i roku studiów?
5. Czy poziom samooceny zdrowia przez studentów fizjoterapii koreluje z przejawianymi przez nich zachowaniami zdrowotnymi?

6. Jaki jest u badanych stopień nasilenia kategorii zachowań zdrowotnych (prawidłowych nawyków żywieniowych, aktywności fizycznej, stosunku do substancji psychoaktywnych, zachowań profilaktycznych, praktyk zdrowotnych oraz pozytywnego nastawienia psychicznego) w zależności od ich płci oraz roku studiów?
7. Jaki jest poziom zadowolenia studentów fizjoterapii z wybranego kierunku studiów i czy to ma związek z przejawianymi zachowaniami zdrowotnymi?
8. Czy jest związek między zadowoleniem studentów z wyboru kierunku studiów, a ich wiedzą oraz skalą IZZ, LKZ i IPAQ ?
9. Czy studenci kierunku fizjoterapii, jako przyszli fizjoterapeuci są odpowiednio przygotowani, aby być wzorem do promowania zachowań prozdrowotnych w środowisku życia i pracy?

## **2.2. Metody, techniki i narzędzia badawcze**

Badania pilotażowe zostały przeprowadzone wśród 30 osobowej, losowo wybranej grupy studentów fizjoterapii z krakowskich uczelni, celem stwierdzenia poprawności skonstruowania narzędzi badawczych własnego autorstwa tj. kwestionariusza ankiety i testu wiedzy o zdrowiu ( Załączono w Aneksie).

Badania właściwe o charakterze dobrowolnym i anonimowym były przeprowadzone osobiście przez autorkę niniejszej pracy wśród studentów studiujących stacjonarnie i niestacjonarnie. Badania odbywały się wyłącznie w obecności autorki pracy, która uprzednio zapoznała studentów z podstawowymi informacjami dotyczącymi poruszanego zagadnienia oraz sposobu przedłożonych kwestionariuszy. Badania te zostały zrealizowane w 2021 i 2022 r. w losowo dobranej grupie 461 studentów fizjoterapii, z tego 262 pierwszego roku (197 kobiety, 65 mężczyzn) i 199 piątego roku (151 kobiety, 48 mężczyzn) z małopolskich i świętokrzyskich uczelni. Uzyskano zgodę na przeprowadzenie testów (IZZ, LKZ) z Pracowni Testów Psychologicznych w Warszawie. Otrzymano od Komisji Bioetycznej zgodę na prowadzenie badań.

Podstawową metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, oparty na kwestionariuszu ankiety własnego autorstwa. W celu rozeznania poziomu wiedzy na temat zdrowego stylu życia i promocji zdrowia zastosowano test wiedzy również własnego autorstwa.

Zastosowane zostały także standaryzowane narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia w formie testów, opracowane przez Z. Juczyńskiego w Pracowni

Testów Psychologicznych w Warszawie takie jak: Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) oraz Lista Kryteriów Zdrowia (LKZ).<sup>144</sup> W badaniach wykorzystano również Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej – IPAQ ( International Physical Activity Questionnaire –IPAQ, wersja polska- forma długa autorstwa E Biernata ).<sup>145</sup>

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych- IZZ<sup>146</sup> zawiera 24 stwierdzenia opisujące różnego rodzaju zachowania związane ze zdrowiem. Przeznaczony jest do badania osób dorosłych, zdrowych i chorych. Stosowany wraz z innymi narzędziami może służyć pomocą w programowaniu działań profilaktycznych, ustalaniu kierunków modyfikacji zachowań i monitorowaniu zmian w praktykach zdrowotnych. W doborze wyjściowej puli twierdzeń uwzględniono trzy główne typy zachowań, a mianowicie: zachowania, których wiadomo, że obniżają lub podwyższają ryzyko zachorowania, zachowania podejmowane w przekonaniu, że przyczyniają się do utrzymania zdrowia lub zredukowania zagrożenia chorobą oraz zachowania związane z przestrzeganiem zaleceń lekarskich. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych mierzy ogólny wynik zachowań zdrowotnych, a także zachowania w czterech kategoriach: 1) prawidłowe nawyki żywieniowe (PNŻ); 2) zachowania profilaktyczne (ZP); 3) pozytywne nastawienie psychiczne (PNP); 4) praktyki zdrowotne (PZ).

Dotychczasowe badania przeprowadzone przy użyciu IZZ wskazują na zasadność różnicowania kategorii zachowań, zwłaszcza zaś zachowań wspomagających zdrowie (zdrowe nawyki żywieniowe, aktywność fizyczna ) oraz zachowań zagrażających zdrowiu (palenie tytoniu, spożywanie alkoholu, narażanie się na zagrożenia zdrowia). Przewidywanie zachowań zdrowotnych wymaga uwzględnienia różnych wyznaczników zdrowia. Przyjmuje się założenie, że głównym motywem skłaniającym do podejmowania zachowań zdrowotnych, zwłaszcza zaś działań profilaktycznych, jest motywacja zdrowotna.

Lista Kryteriów Zdrowia-LKZ <sup>147</sup> zawiera 24 stwierdzenia, opisujące pozytywne elementy różnych wymiarów zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego. LKZ może mieć zastosowanie do badania osób dorosłych, również młodzieży, zdrowych i chorych. W działaniach promujących zdrowie ważne staje się poznanie tego, co ludzie

---

<sup>144</sup> Z. Juczyński, *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Pracownia Testów Psychologicznych. Wydanie II, Warszawa, 2009.

<sup>145</sup> E. Biernat, *Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej (IPAQ) – wersja polska*. Wychowanie Fizyczne i Sport, 2007, 51, (1), 47 – 54.

<sup>146</sup> Z. Juczyński, *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa, 2009, 116-122.

<sup>147</sup> Tamże,

rozumieją pod pojęciem zdrowia, co dla danej jednostki oznacza „być zdrowym”, w jakim stopniu zdrowie utożsamiane jest ze stanem, właściwością lub procesem. Określenie być zdrowym posiada dla ludzi różne znaczenie. Wynika to, na co zwrócono już uwagę z różnych uwarunkowań zdrowia i zależy m.in. od wieku, płci, sytuacji społecznej, zwłaszcza zaś od systemu wartości wyznaczającego cele życiowe. Na ogół dla większości zdrowie sprowadza się do braku choroby, zaś nowego znaczenia nabiera w kontekście choroby lub pojawienia się problemów zdrowotnych. Badany zaznacza swoje preferencje wskazując, które z podanych stwierdzeń są ważne w ocenie zdrowia, a spośród wybranych te, które są najważniejsze. Po przeczytaniu i zaznaczeniu tych kryteriów, które w ocenie badanego mają znaczenie dla zdrowia, w kolejnym kroku dokonuje on wyboru pięciu najważniejszych kryteriów, aby w ostatnim kroku uszeregować wybrane kryteria od najbardziej ważnego, któremu przypisuje 5 punktów, do najmniej ważnego, ocenianego 1 punktem. W interpretacji warto wziąć pod uwagę nie tylko wagę kryteriów, lecz również ich właściwości definicyjne, które opisują zdrowie, jako stan, wynik, właściwość lub proces. Lista Kryteriów Zdrowia może być użyteczna w działaniach modyfikujących zachowania zdrowotne, w terapii i rehabilitacji, w sytuacjach, gdy warto ustalić cele, którymi kieruje się dana osoba podejmując decyzje dotyczące jej zdrowia.<sup>148</sup>

Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej – IPAQ<sup>149</sup> został opracowany do badań osób w dużym zakresie wiekowym od 15 – 69 lat. Uwzględnia poziom wysiłku w różnych domenach życia codziennego (przemieszczania się, pracy zawodowej, pracach domowych, sportu, rekreacji itp.). Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej IPAQ składa się z 5 części, w każdej z nich jest brany pod uwagę inny typ wysiłku fizycznego. W przypadku pracy zawodowej w opracowaniu traktowano ją jak naukę w uczelni. Długa wersja Międzynarodowego Kwestionariusza Aktywności Fizycznej IPAQ pozwala na ocenę całkowitego, tygodniowego wydatku energetycznego. Wyniki aktywności fizycznej wyrażane są w jednostkach MET min./tydzień, co pozwala na łatwe klasyfikowanie badanych do jednej z trzech kategorii aktywności: niewystarczającej (poniżej 600), dostatecznej (600 – 1500 lub 600 – 3000) lub wysokiej (powyżej 1500 lub 3000 MET-min/tydzień) oraz łatwiej uniknąć subiektywnego podejścia do oceny wysiłku badanego.

---

<sup>148</sup> Tamże,

<sup>149</sup> E. Biernat, *Międzynarodowy Kwestionariusz...*44.

Należy również zaznaczyć, iż bezpośredni kontakt autorki z respondentami umożliwił zaobserwowanie małego zaangażowania studentów fizjoterapii podczas wypełniania kwestionariuszy. Wiele pytań pozostało bez odpowiedzi lub ankietowani nie nadali im żadnej rangi. Pomimo tego udało się zebrać interesujący materiał w dość dużej grupie badanych, który upoważnia do uogólnienia uzyskanych wyników wśród studentów kierunku fizjoterapii. Ze względu na znaczenie omawianej problematyki dotyczącej wartościowania zdrowia w świetle komponentów stylu życia, badania takie powinny być dalej prowadzone, co może przyczynić się do poznania różnych jej aspektów i być może wyniki będą służyć do podjęcia skuteczniejszych oddziaływań w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej w środowisku przyszłych fizjoterapeutów.

### **2.3. Analiza statystyczna**

Analizy statystyczne przeprowadzono za pomocą pakietu statystycznego PQStat wersja 1.8.2.238.<sup>150</sup> Rozkład wyników skal kwestionariuszy wiedzy, IZZ, LKZ i IPAQ między grupami pod względem płci i roku studiów porównywano testem Kruskala-Wallisa oraz post-hoc testem Dunna z poprawką Bonferroniego. Analizowano również zależnie od siebie wpływ płci i wpływ roku studiów stosując test U Manna-Whitneya.

Analizowano związki dotyczące samooceny zdrowia i zadowolenia studentów z wyboru kierunku studiów z wynikami kwestionariuszy wiedzy, IZZ, LKZ i IPAQ szacując współczynniki korelacji monotonicznej tau-Kendalla.<sup>151</sup> Za istotne uznano prawdopodobieństwo testowe na poziomie  $p < 0,05$ , a za wysoce istotne przyjęto prawdopodobieństwo testowe na poziomie  $p < 0,01$ .

### **2.4. Organizacja i procedura badań**

W wyniku zastosowania kluczy do narzędzi badawczych powstały następujące skale:

Wiedza [% prawidłowych odpowiedzi]

IZZ - Pozytywne nastawienie psychiczne

---

<sup>150</sup> <https://pqstat.pl/down.php>. (dostęp: 15.06.2022)

<sup>151</sup> <https://www.statystyka.az.pl/centrum-statystyki.php>. (dostęp: 15.06.2022)

IZZ - Zachowania profilaktyczne

IZZ - Prawidłowe nawyki żywieniowe

IZZ - Praktyki zdrowotne

IZZ - Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych

LKZ - Cel

LKZ - Stan

LKZ - Proces

LKZ - Właściwość

LKZ - Wynik

IPAQ – Aktywność fizyczna związana z przemieszczaniem się [MET]

IPAQ – Prace domowe, ogólne prace porządkowe i opieka nad rodziną [MET]

IPAQ – Aktywność fizyczna związana z pracą zawodową [MET]

IPAQ – Rekreacja, sport i aktywność fizyczna w czasie wolnym [MET]

IPAQ – Czas spędzony siedząc [godzin w tygodniu]

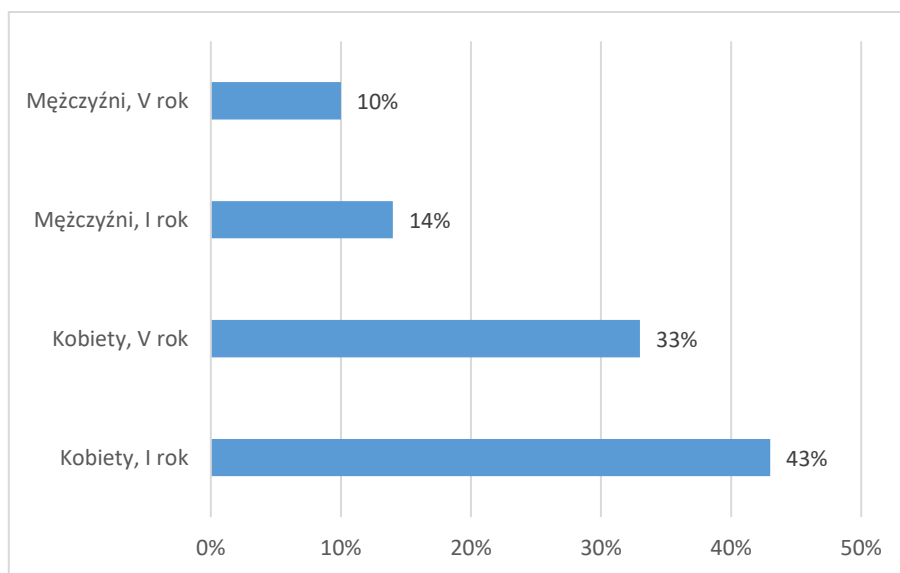
Do czynników grupujących zaliczono płeć i rok studiów i badano, jak te czynniki wpływają na wiedzę, IZZ, LKZ i IPAQ. Do analizy związku samooceny zdrowia przez studentów a ich wiedzy, IZZ, LKZ i IPAQ zastosowano pytanie „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?”, natomiast do analizy związku zadowolenia, a wiedzy, IZZ, LKZ i IPAQ pytanie „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?”

### 3. WYNIKI BADAŃ

W poniższych tabelach oraz na wykresach przedstawiono wyniki narzędzi pomiarowych kwestionariuszy, aby uzyskać odpowiedzi na postawione pytania badawcze. Sprawdzono, czy występują istotne statystycznie różnice w badanej grupie osób pomiędzy poszczególnymi okresami roku nauki, płcią oraz jakie są wyniki dla korelacji między odpowiedziami na poszczególne pytania, a kwestionariuszami wiedzy, IZZ, LKZ i IPAQ z uwzględnieniem płci oraz roku studiów w zakresie analizowanych zmiennych.

#### 3.1. Charakterystyka badanych osób

Badania przeprowadzono wśród ogólnej liczby 461, w tym 57% studentów I roku (197 kobiet i 65 mężczyzn) oraz 43% studentów V roku (151 kobiet i 48 mężczyzn) na kierunku fizjoterapii z uczelni w województwie małopolskim (58%) oraz (42%) w województwie świętokrzyskim. (Wykres 2)



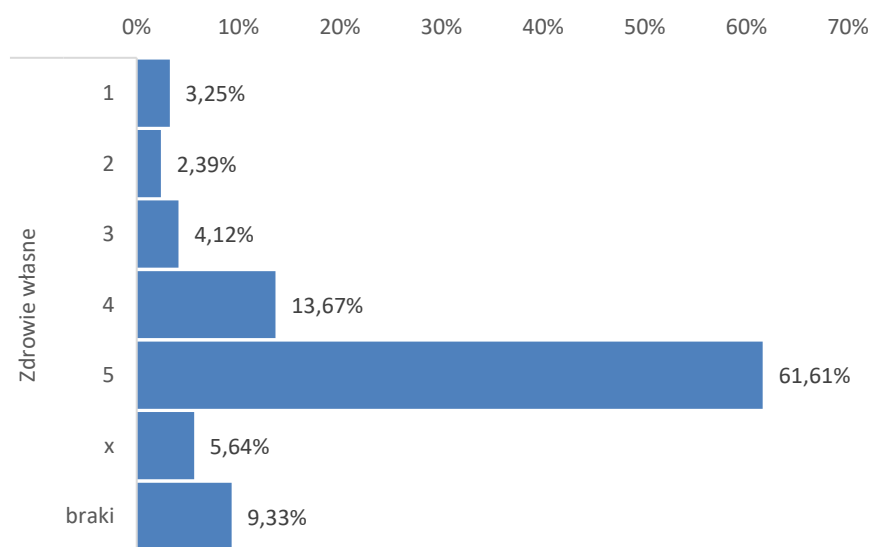
Wykres 2. Płeć i rok studiów badanych



### 3.2. Zdrowie własne badanych w świetle hierarchii innych wartości

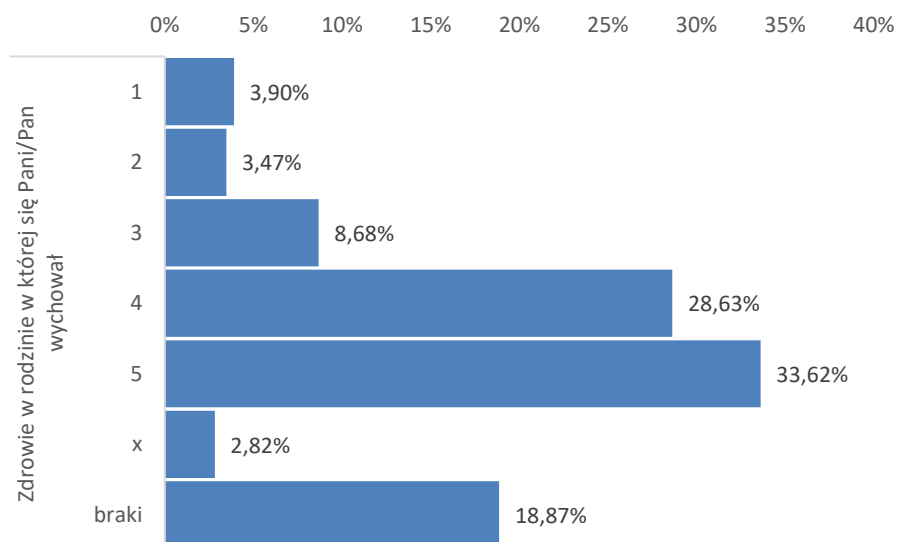
Dla pełniejszego zobrazowania zdrowia w systemie wartości młodzieży studenckiej podjęto próbę oceny różnych wartości, które były dla nich najważniejsze w chwili badania. Analizowano jedenaście następujących wartości: zdrowie własne, zdrowie w rodzinie, bogactwo, pracę, rodzinę, wykształcenie, wiedzę, mądrość, pomoc innym, Boga i wiarę oraz miłość.

Najwięcej ankietowanych (62%), uznało *zdrowie własne* za zdecydowanie bardzo ważne, 14% za raczej ważne, w sporadycznych odpowiedziach (3%) za raczej nieważne i (2%) zdecydowanie nieważne. Niewielki odsetek ankietowanych (4%) nie potrafił określić miejsca *zdrowia własnego* w hierarchii wartości oraz nie nadał żadnej rangi (6%). Dane przedstawiono na (Wykresie 3)



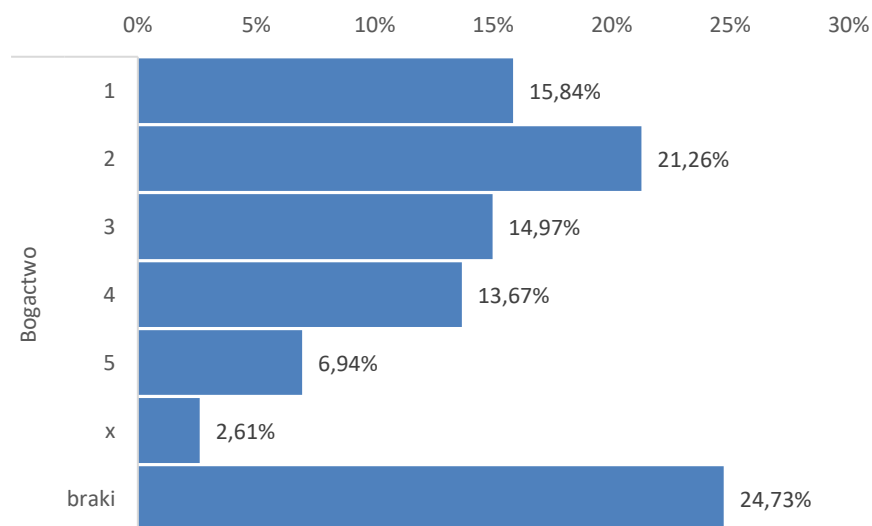
**Wykres 3.** Ocena *zdrowia własnego* studentów w hierarchii wartości. (gdzie 5-zdecydowanie bardzo ważny, 4-raczej ważny, 3-trudno określić, 2-zdecydowanie nieważny, 1-raczej nieważny)

Ponad co trzeci ankietowany (34%) uznał *zdrowie w rodzinie*, w której się wychował za zdecydowanie bardzo ważne, a niespełna co trzeci (29%) za raczej ważne. Sporadycznie określano zdrowie w rodzinie, jako zdecydowanie nieważne (4%) i za raczej nieważne (3%). Prawie co dziesiąty badany (9%) nie potrafił określić w hierarchii wartości miejsca *zdrowia w rodzinie*, w której się wychował. Natomiast nieliczni ankietowani nie nadali żadnej rangi. (Wykres 4)



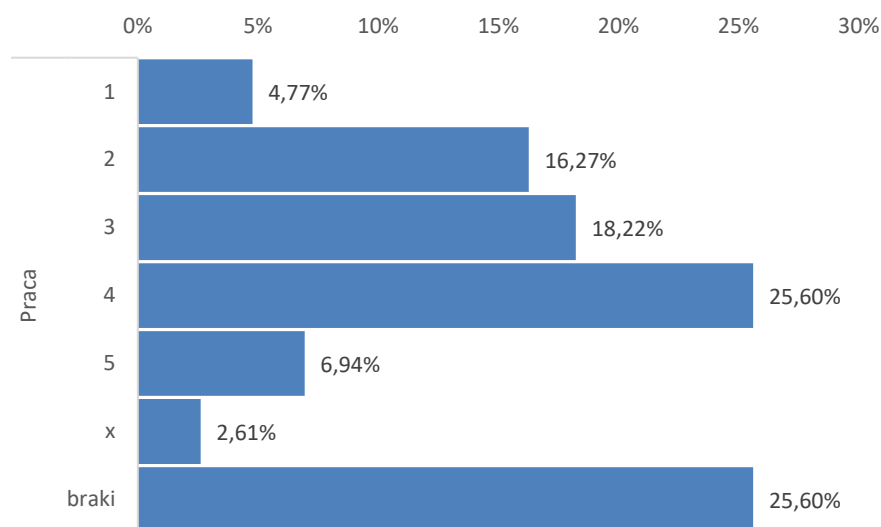
**Wykres 4.** Ocena *zdrowia w rodzinie* przez studentów w której się wychowali w hierarchii wartości. (gdzie 5-zdecydowanie bardzo ważny, 4-raczej ważny, 3-trudno określić, 2-zdecydowanie nieważny, 1-raczej nieważny)

*Bogactwo* za raczej ważne uznało 14% badanych, a tylko nieliczni (7%) określali go za zdecydowanie bardzo ważne w hierarchii wartości. Ponad co piąty student (21%) uznał *bogactwo* w hierarchii wartości, za zdecydowanie nieważne oraz co szósty za raczej nieważne. Natomiast 15% badanych trudno było określić, a 3% nie nadało żadnej rangi. (Wykres 5)



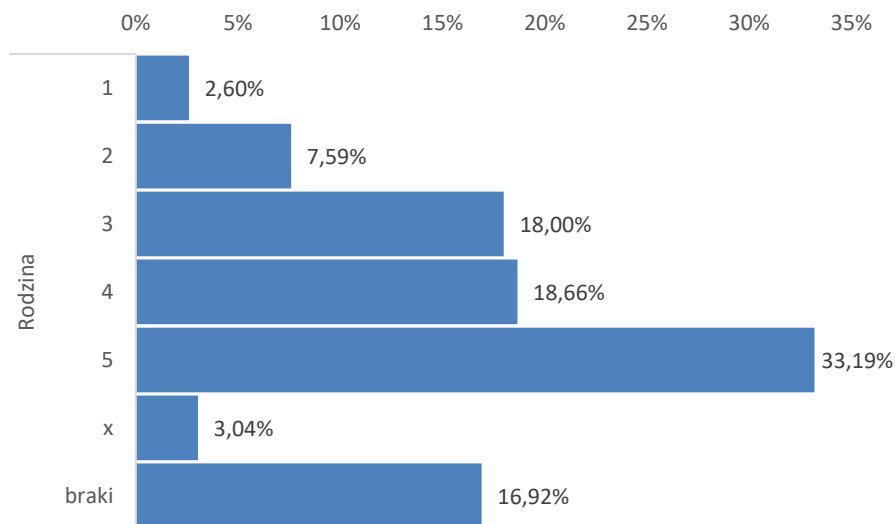
**Wykres 5.** Ocena przez studentów *bogactwa* w hierarchii wartości (gdzie 5-zdecydowanie bardzo ważny, 4-raczej ważny, 3-trudno określić, 2-zdecydowanie nieważny, 1-raczej nieważny)

Ponad co czwarty ankietowany (26%) uważał *pracę* za raczej ważną, a tylko 7% za zdecydowanie bardzo ważną w hierarchii wartości. Dość duży odsetek badanych (17%) określał *pracę* za zdecydowanie nieważną i nie potrafił określić znaczenia pracy w hierarchii wartości (18%). W sporadycznych przypadkach badani przypisywali *pracy* (5% ) znaczenie raczej nieważnej i nie nadali żadnej rangi ( 3%). (Wykres 6)



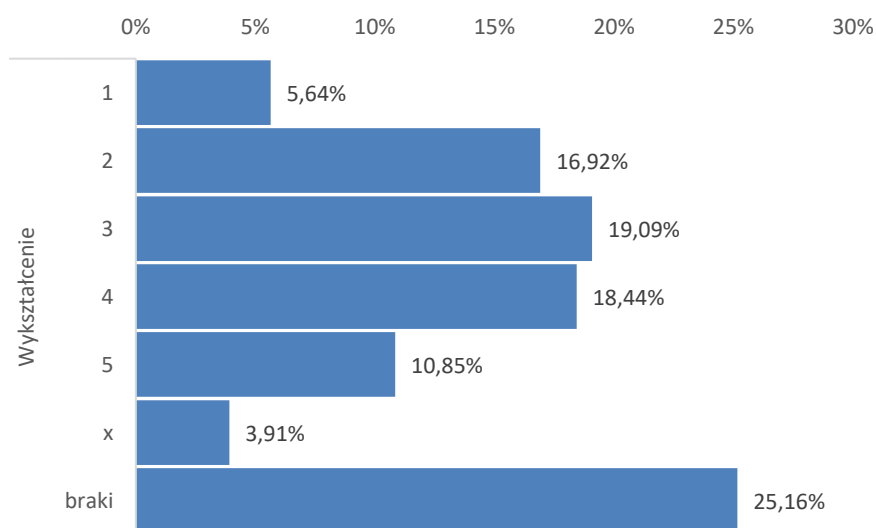
**Wykres 6.** Ocena przez studentów *pracy* w hierarchii ważności (gdzie 5-zdecydowanie bardzo ważny, 4-raczej ważny, 3-trudno określić, 2-zdecydowanie nieważny, 1-raczej nieważny)

Co trzeci student (33,19%) uznawał *rodzinę* za zdecydowanie bardzo ważną w hierarchii wartości, a prawie co piąty uważał, że *rodzina* jest raczej ważna. Według 8% badanych *rodzina* jest zdecydowanie nieważna, a według 3% raczej nieważna w hierarchii wartości. Aż 18% ankietowanych nie potrafiło określić jej miejsca w hierarchii wartości, a 3% nie nadało żadnej rangi. (Wykres 7)



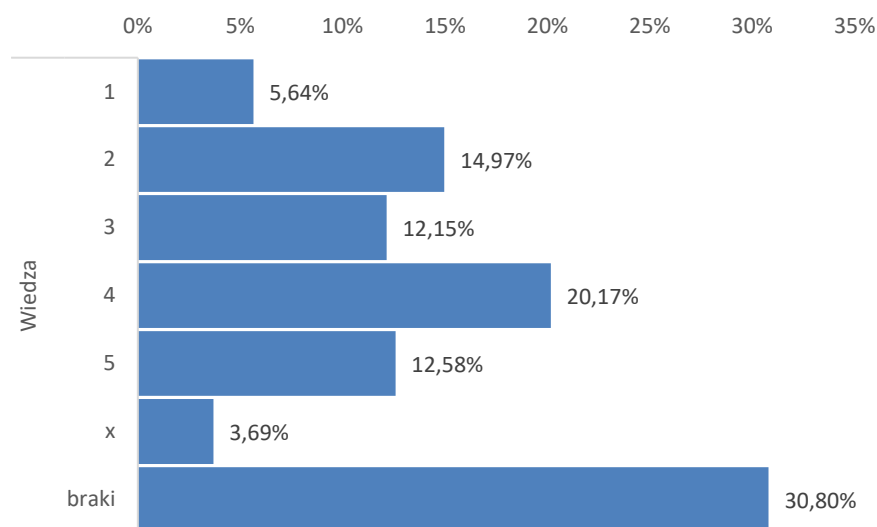
**Wykres 7.** Ocena *rodziny* przez studentów w hierarchii wartości (gdzie 5-zdecydowanie bardzo ważny, 4-raczej ważny, 3-trudno określić, 2-zdecydowanie nieważny, 1-raczej nieważny)

Najwięcej ankietowanych (18%) uważało *wykształcenie* za raczej ważne, a ponad co dziesiąty za zdecydowanie bardzo ważne w hierarchii wartości. Dla 17% badanych *wykształcenie* było zdecydowanie nieważne, a dla 6% raczej nieważne. Prawie co piąty nie potrafił określić miejsca *wykształcenia* w hierarchii wartości, a 4% nie nadało żadnej rangi. (Wykres 8)



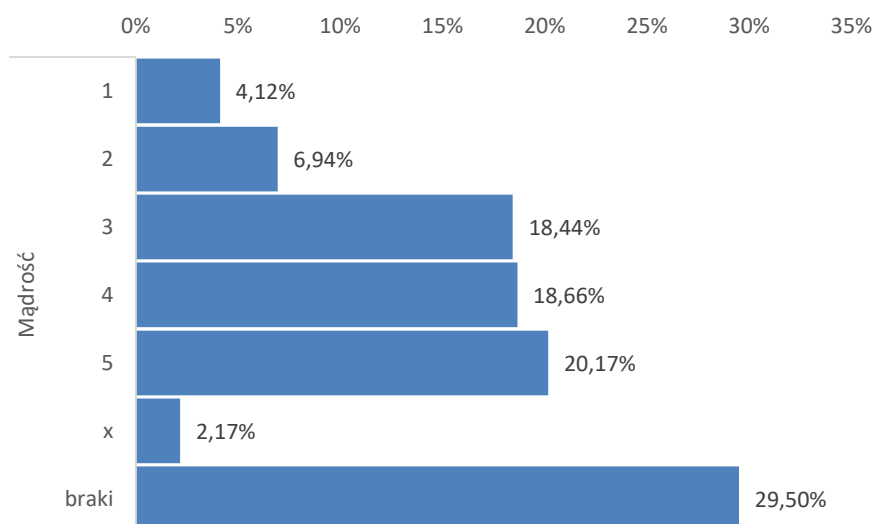
**Wykres 8.** Ocena *wykształcenia* przez studentów w hierarchii wartości (gdzie 5-zdecydowanie bardzo ważny, 4-raczej ważny, 3-trudno określić, 2-zdecydowanie nieważny, 1-raczej nieważny)

Co piąty student (20%) uznawał *wiedzę* za raczej ważną, a 13% za zdecydowanie bardzo ważną w hierarchii wartości. Niezadawalające jest, iż dla 15% studentów *wiedza* jest zdecydowanie nieważna, a dla 6% raczej nieważna. Nie potrafiło określić jej miejsca w hierarchii wartości 12% badanych, a 4% nie nadało żadnej rangi. (Wykres 9)



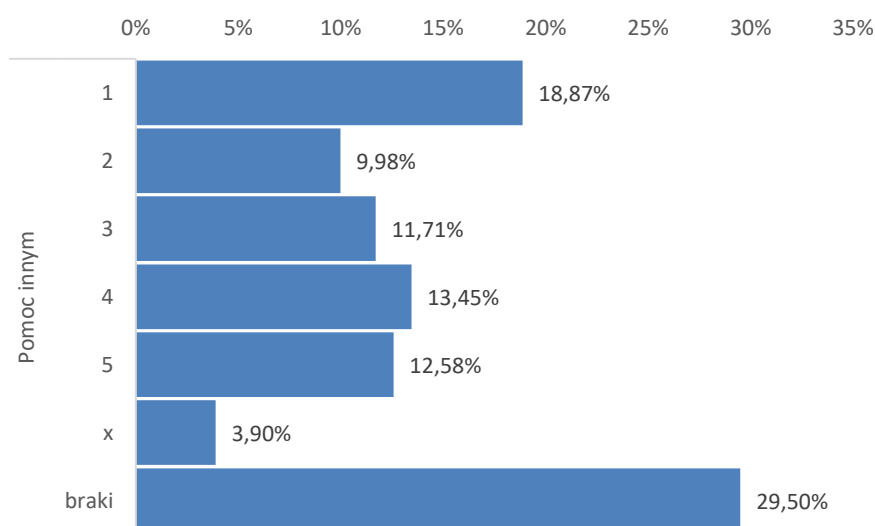
**Wykres 9.** Ocena przez studentów *wiedzy* w hierarchii wartości (gdzie 5-zdecydowanie bardzo ważny, 4-raczej ważny. 3-trudno określić, 2-zdecydowanie nieważny, 1-raczej nieważny)

Również co piąty ankietowany uznawał *mądrość* za zdecydowanie bardzo ważną i raczej ważną w hierarchii wartości. Dla 7% ankietowanych *mądrość* jest zdecydowanie nieważna, a dla 4% raczej nieważna. Nie potrafiło określić miejsca *mądrości* w hierarchii wartości 18% ankietowanych a 2% nie nadało żadnej rangi. (Wykres 10)



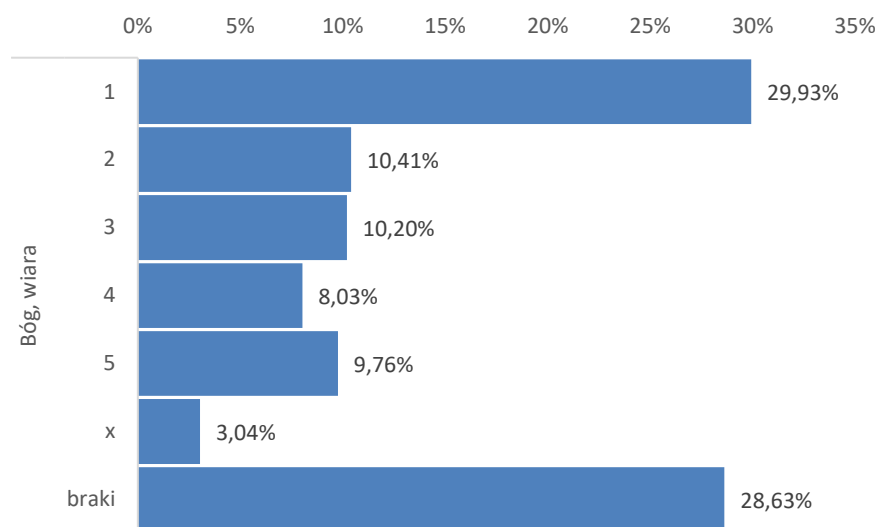
**Wykres 10.** Ocena *mądrości* przez studentów w hierarchii wartości (gdzie 5-zdecydowanie bardzo ważny, 4-raczej ważny, 3-trudno określić, 2-zdecydowanie nieważny, 1-raczej nieważny)

Dla ponad 13% badanych wartość *pomocy innym* była raczej ważna i również dla około 13% zdecydowanie bardzo ważna. Około co piąty ankietowany (19%) uznawał *pomoc innym* za raczej nieważną a co dziesiąty zdecydowanie nieważną w hierarchii wartości. Natomiast 12% badanych nie potrafiło określić miejsca *pomocy innym*, a 4% nie nadało żadnej rangi w hierarchii wartości. (Wykres 11)



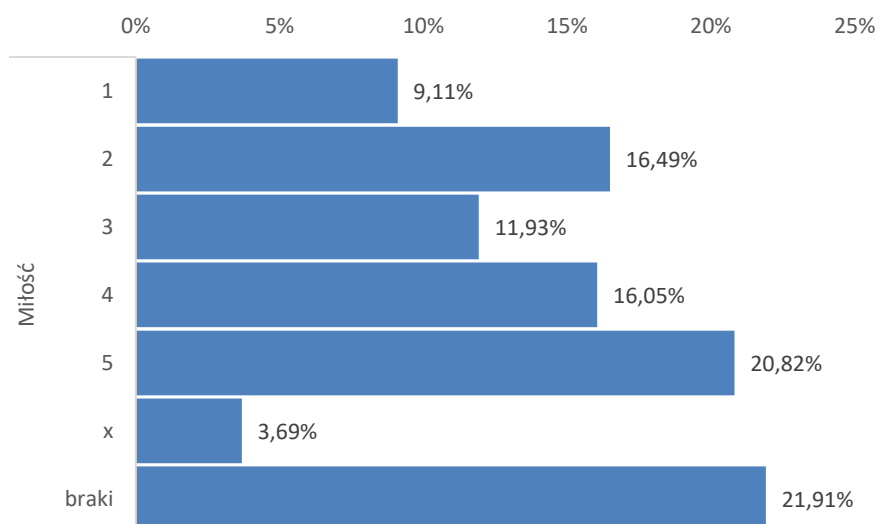
**Wykres 11.** Ocena przez studentów *pomocy innym* w hierarchii wartości (gdzie 5-zdecydowanie bardzo ważny, 4-raczej ważny, 3-trudno określić, 2-zdecydowanie nieważny, 1-raczej nieważny)

Dla co dziesiątego ankietowanego wartość *Bóg, wiara*, jest bardzo ważna i dla 8% raczej ważna w hierarchii wartości. Najwięcej ankietowanych (30%) uważało, że *Bóg, wiara* jest raczej nieważna, a dla co dziesiątego zdecydowanie nieważna w hierarchii wartości. Nie potrafił określić miejsca *Boga, wiary* w hierarchii wartości co dziesiąty student, a 3% nie nadało żadnej rangi. (Wykres 12)



**Wykres 12.** Ocena przez studentów *Boga, wiary* w hierarchii wartości (gdzie 5-zdecydowanie bardzo ważny, 4-raczej ważny, 3-trudno określić, 2-zdecydowanie nieważny, 1-raczej nieważny)

Ponad co piąty ankietowany (21%) uważał, że *miłość* jest zdecydowanie bardzo ważna, a dla ponad co szóstego raczej ważna w hierarchii wartości. Również, dla ponad co szóstego studenta *miłość* jest zdecydowanie nieważna, a dla co jedenastego raczej nieważna. Nie potrafiło określić miejsca *miłości* w hierarchii wartości 12% studentów, a 4% nie nadało żadnej rangi. (Wykres 13)

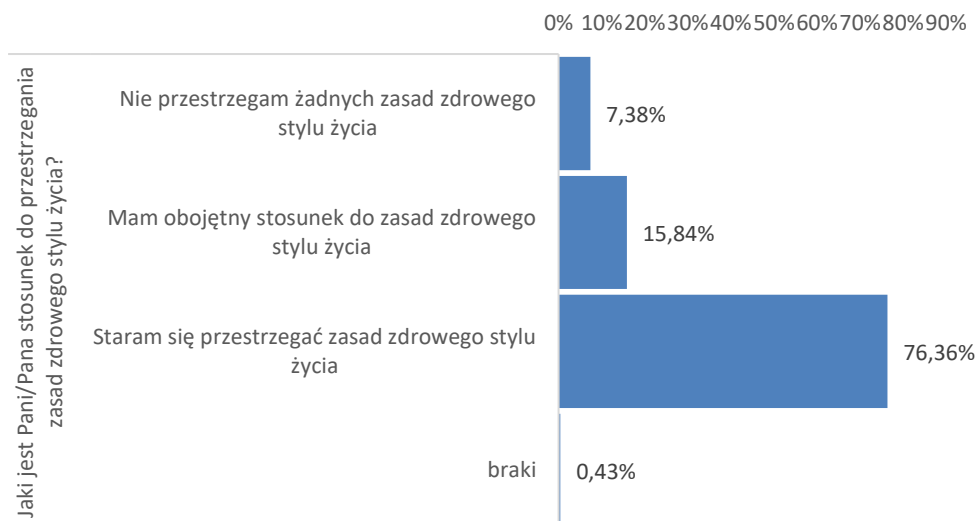


**Wykres 13.** Ocena *miłości* w hierarchii wartości (gdzie 5-zdecydowanie bardzo ważny, 4-raczej ważny, 3-trudno określić, 2-zdecydowanie nieważny, 1-raczej nieważny)

### **3.3. Zachowania prozdrowotne prowadzące do utrzymania zdrowia w ocenie studentów**

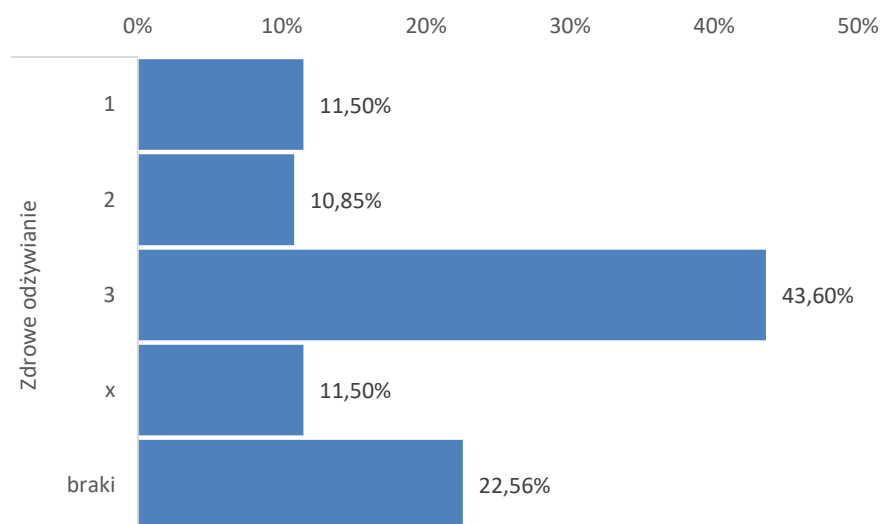
Zdecydowana większość ankietowanych (77%) stara się przestrzegać zasad zdrowego stylu życia. Obojętny stosunek do przestrzegania zasad zdrowego stylu życia przejawia niemal co szósty badany. Nie przestrzega zasad zdrowego stylu życia ponad 7% respondentów. Nieliczna grupa badanych nie udzieliła odpowiedzi w omawianej kwestii. (Wykres 14)





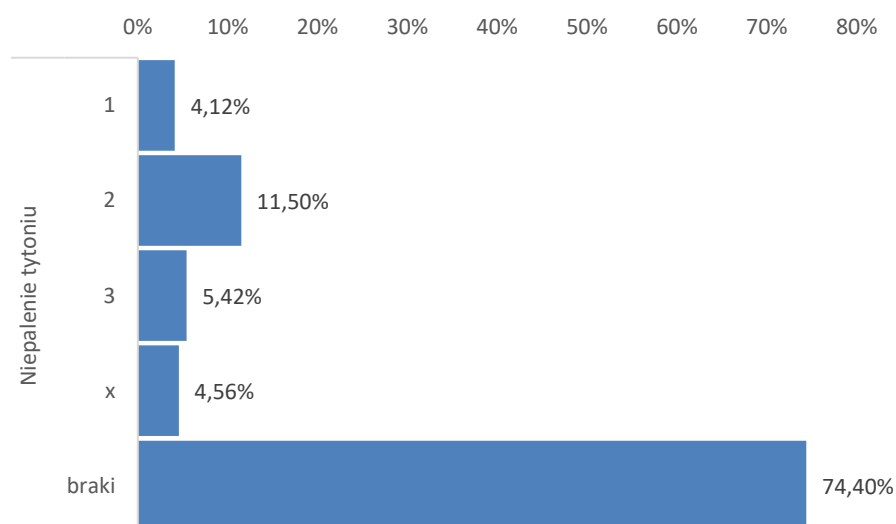
**Wykres 14.** Stosunek studentów do przestrzegania zasad zdrowego stylu życia

Próbowano rozeznąć opinie studentów na temat zachowań prozdrowotnych prowadzących w najwyższym, pośrednim i najniższym stopniu do utrzymania zdrowia. Analizowano następujące zachowania prozdrowotne: zdrowe odżywianie, niepalenie tytoniu, niepicie alkoholu, regularne wizyty u lekarza, prowadzenie badań profilaktycznych, regularną aktywność fizyczną, odpowiednio długi sen, unikanie sytuacji stresogennych oraz aktywny wypoczynek. Według niespełna połowy ankietowanych (44%), zdrowe odżywianie w największym stopniu prowadzi do utrzymania zdrowia. Ponad co dziesiąty badany uważa, iż zdrowe odżywianie prowadzi do utrzymania zdrowia w najniższym oraz w pośrednim stopniu i tyle samo badanych nie nadało temu rangi. (Wykres 15)



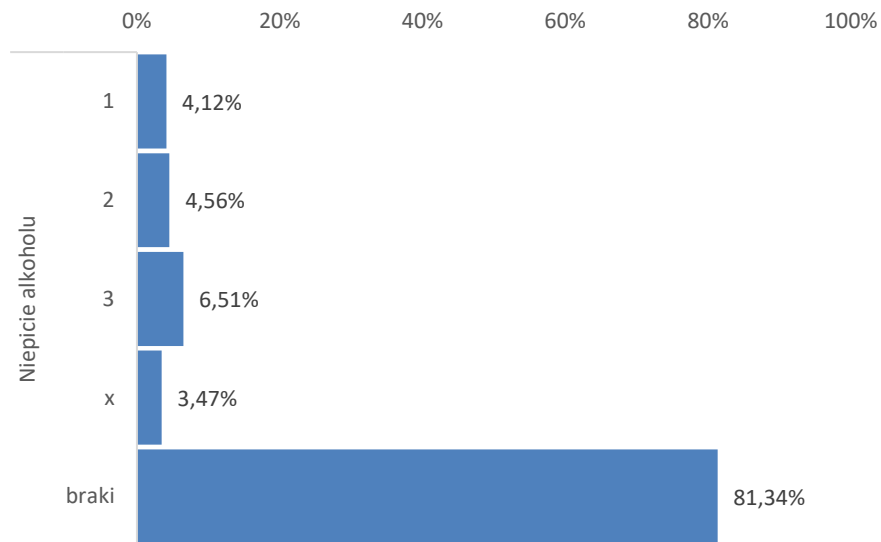
**Wykres 15.** Ocena przez studentów zdrowego odżywiania, jako zachowania prozdrowotnego, które w największym stopniu prowadzi do utrzymania zdrowia (gdzie 3-najwyższy stopień, 2-pośredni stopień, 1-najniższy stopień)

Ponad co dziesiąty ankietowany uważa, że niepalenie tytoniu w pośredni sposób prowadzi do utrzymania zdrowia. Co dwudziesty badany sądzi, iż w najwyższym stopniu i tyle samo nie nadało rangi. Natomiast co dwudziesty piąty ankietowany uznaje, iż niepalenie tytoniu w najniższym stopniu jest czynnikiem prowadzącym do utrzymania zdrowia. (Wykres 16)



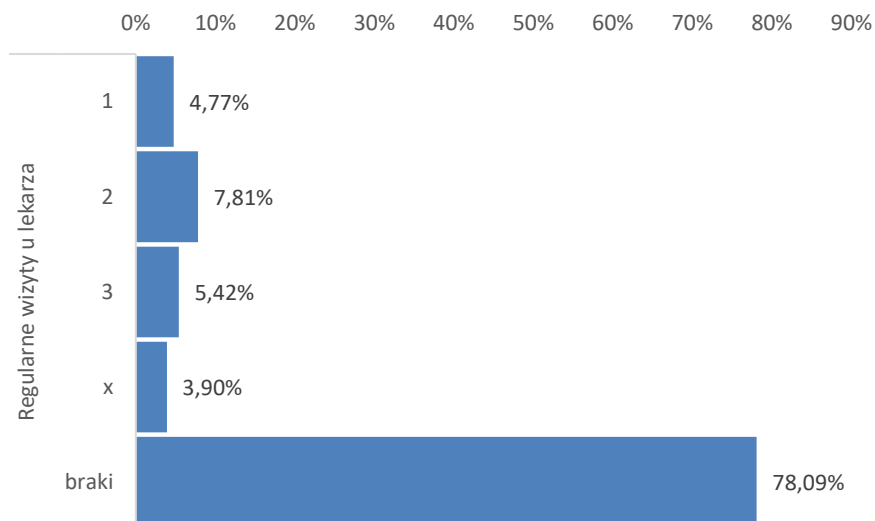
**Wykres 16.** Ocena przez studentów niepalenia tytoniu, jako zachowania prozdrowotnego, które w największym stopniu prowadzi do utrzymania zdrowia (gdzie 3-najwyższy stopień, 2 – pośredni stopień, 1-najniższy stopień)

Tylko niewielki odsetek ankietowanych (7%) uważa, że niepicie alkoholu w największym stopniu prowadzi do utrzymania zdrowia. Co dwudziesty badany sądzi, iż niepicie alkoholu w pośrednim stopniu, a co dwudziesty piąty w najniższym stopniu jest czynnikiem prowadzącym do zachowania zdrowia. Nieliczni badani (3%) nie nadali temu rangi. (Wykres 17)



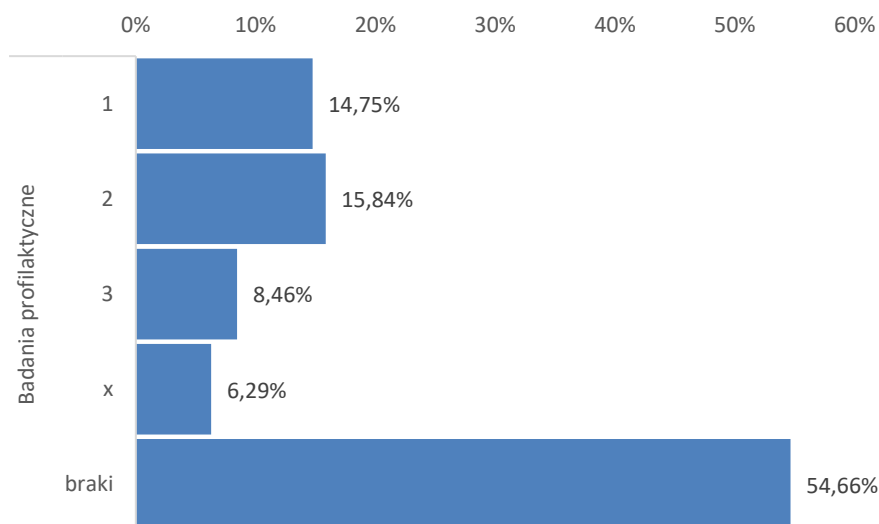
**Wykres 17.** Ocena niepicia alkoholu, jako zachowania prozdrowotnego, które w największym stopniu prowadzi do utrzymania zdrowia (gdzie 3-najwyższy stopień, 2 – pośredni stopień, 1-najniższy stopień)

Co dwudziesty student uważa, iż regularne wizyty u lekarza prowadzą do zachowania zdrowia w najwyższym oraz w najniższym stopniu. Również niewielki odsetek ankietowanych (8%) sądzi, iż korzystanie z regularnych wizyt u lekarza w pośrednim stopniu warunkuje utrzymanie zdrowia. Natomiast nie nadał rangi co dwudziesty piąty badany. (Wykres 18)



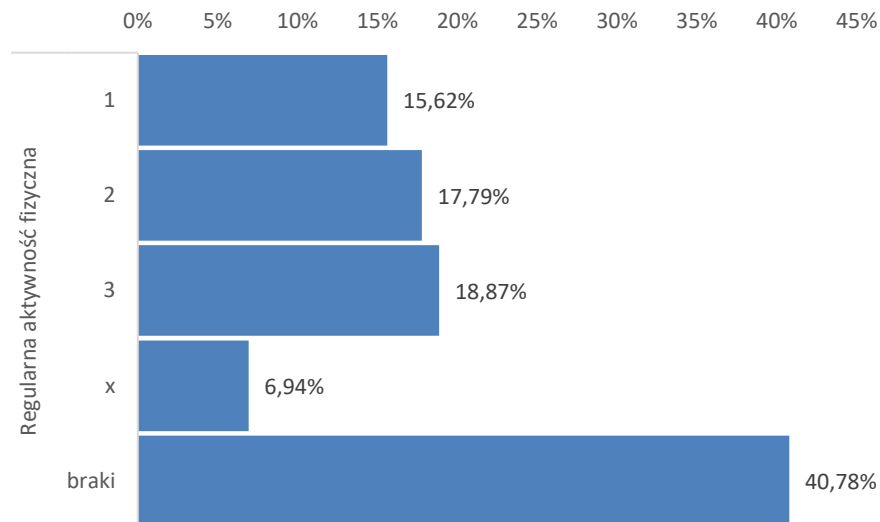
**Wykres 18.** Ocena przez studentów regularnych wizyt u lekarza, jako zachowania prozdrowotnego, które w największym stopniu prowadzi do utrzymania zdrowia (gdzie 3-najwyższy stopień, 2-pośredni stopień, 1-najniższy stopień)

Nieliczni badani (8%) uważają, że badania profilaktyczne w najwyższym stopniu prowadzą do utrzymania zdrowia. Co szósty ankietowany (16%) uważa, że prowadzenie badań profilaktycznych w pośrednim stopniu prowadzi do utrzymania zdrowia. Według 15% studentów badania profilaktyczne w najniższym stopniu są czynnikami prowadzącymi do utrzymania zdrowia. Sporadycznie badani nie nadali rangi temu zachowaniu prewencyjnemu. (Wykres 19)



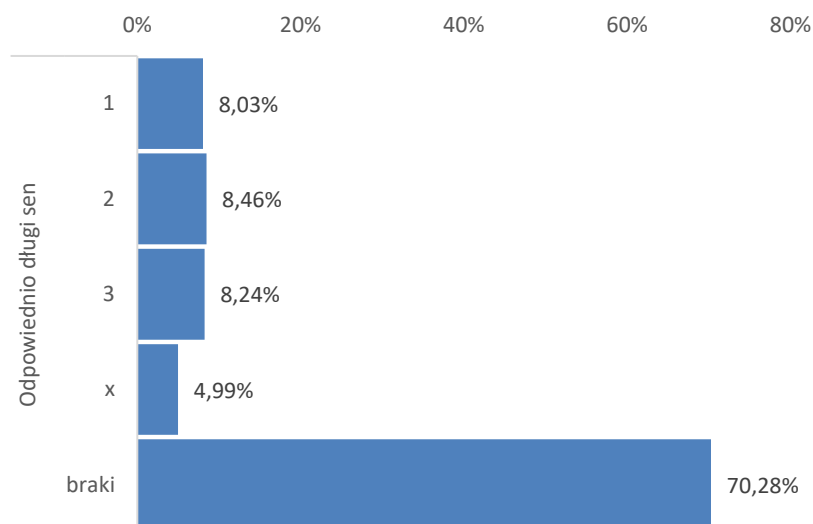
**Wykres 19.** Ocena przez studentów badań profilaktycznych, jako zachowania prozdrowotnego, które w największym stopniu prowadzi do utrzymania zdrowia (gdzie 3-najwyższy stopień, 2-pośredni stopień, 1-najniższy stopień)

Okolo co dwudziesty ankietowany (19%) przypisuje w ocenie regularnej aktywności fizycznej najwyższy stopień prowadzący do utrzymania zdrowia. Wśród ogółu 18% w pośrednim stopniu i 16% badanych w najniższym stopniu nadaje znaczenie regularnej aktywności fizycznej prowadzącej do zachowania zdrowia. Nieliczni badani nie nadali rangi. (Wykres 20)



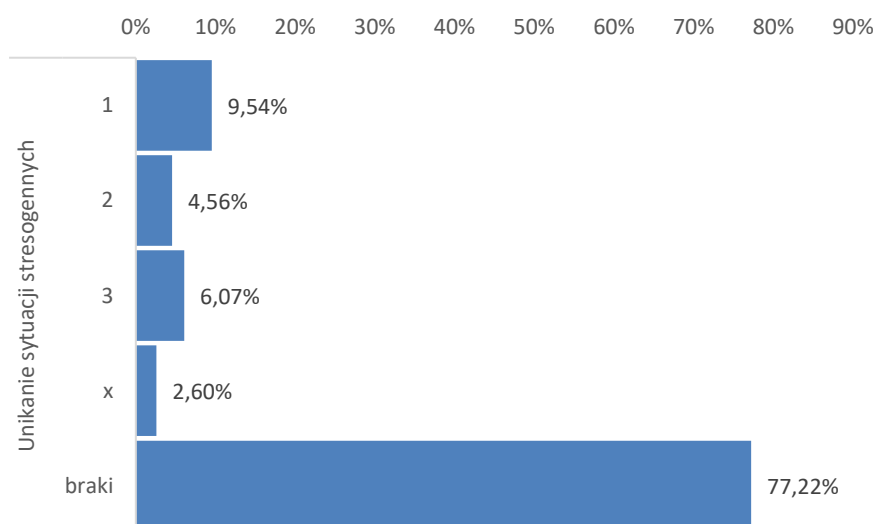
**Wykres 20.** Ocena przez studentów regularnej aktywności fizycznej, jako zachowania prozdrowotnego, które w największym stopniu prowadzi do utrzymania zdrowia (gdzie 3-najwyższy stopień, 2-pośredni stopień, 1-najniższy stopień)

Niewielki odsetek ankietowanych (8%) uważa, że odpowiednio długi sen w pośrednim, najwyższym i najniższym stopniu, prowadzi do utrzymania zdrowia. Natomiast co dwudziesty badany nie określił rangi. (Wykres 21)



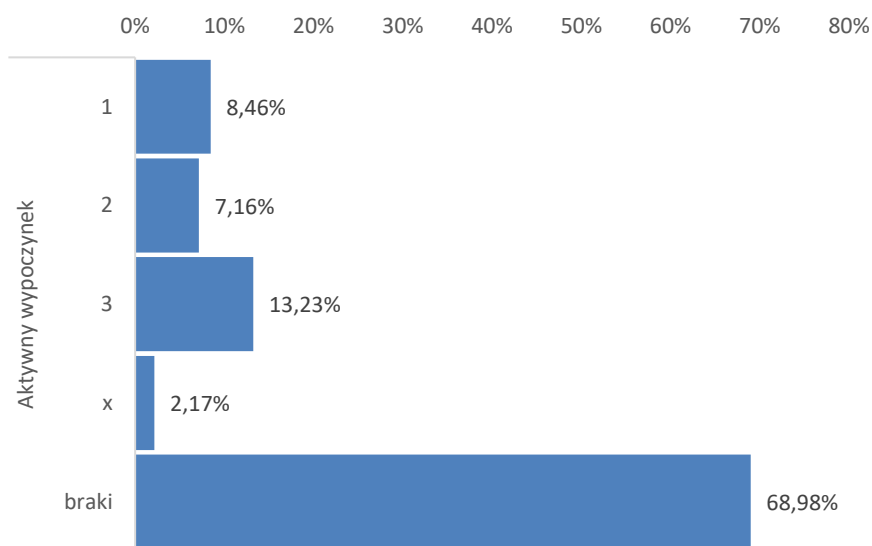
**Wykres 21.** Ocena przez studentów odpowiednio długiego snu, jako zachowania prozdrowotnego, które w największym stopniu prowadzi do utrzymania zdrowia (gdzie 3-najwyższy stopień, 2-pośredni stopień, 1-najniższy stopień)

Nieliczni respondenci uważają, iż w najwyższym (6%) i w pośrednim stopniu (5%) unikanie sytuacji stresogennych jest czynnikiem prowadzącym do utrzymania zdrowia. Co dziesiąty ankietowany sądzi, iż unikanie sytuacji stresogennych w najniższym stopniu prowadzi do utrzymania zdrowia. Nie nadało rangi omawianemu zagadnieniu 3% badanych. (Wykres 22)



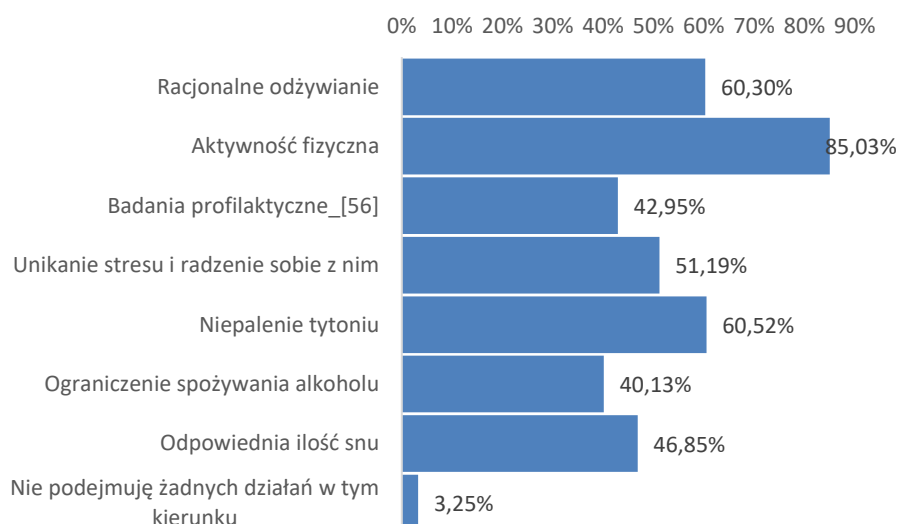
**Wykres 22.** Ocena przez studentów unikania sytuacji stresogennych, jako zachowania prozdrowotnego, które w największym stopniu prowadzi do utrzymania zdrowia (gdzie 3-najwyższy stopień, 2-pośredni stopień, 1-najniższy stopień)

Aktywny wypoczynek, jako czynnik prowadzący w najwyższym stopniu do utrzymania zdrowia został wyszczególniony przez 13% badanych. Nieliczni studenci w najniższym stopniu i pośrednim stopniu przypisują znaczenie aktywnemu wypoczynkowi w zachowaniu zdrowia. Sporadycznie nie nadano rangi aktywnemu wypoczynkowi w utrzymaniu zdrowia. (Wykres 23)



**Wykres 23.** Ocena przez studentów aktywnego wypoczynku, jako zachowania prozdrowotnego, które w największym stopniu prowadzi do utrzymania zdrowia (gdzie 3-najwyższy stopień, 2-pośredni stopień, 1-najniższy stopień)

Próbowano też rozeznąć podejmowane przez studentów zachowania zdrowotne w celu prowadzenia przez nich zdrowego stylu życia. Zdecydowana większość ankietowanych (85%) świadomie podejmuje aktywność fizyczną w celu realizacji zdrowego stylu życia. Kolejne korzystne zachowania zdrowotne podejmowane przez studentów w kierunku kreowania zdrowego stylu życia to niepalenie tytoniu (61%), racjonalne odżywianie (60%), unikanie stresu i radzenie sobie z nim (51%), odpowiednia ilość snu (47%) prowadzenie badań profilaktycznych (43%) i ograniczenie spożycia alkoholu (40%). Tylko nieliczni badani (3%) podawali, iż nie podejmują żadnych działań w tym kierunku. (Wykres 24)

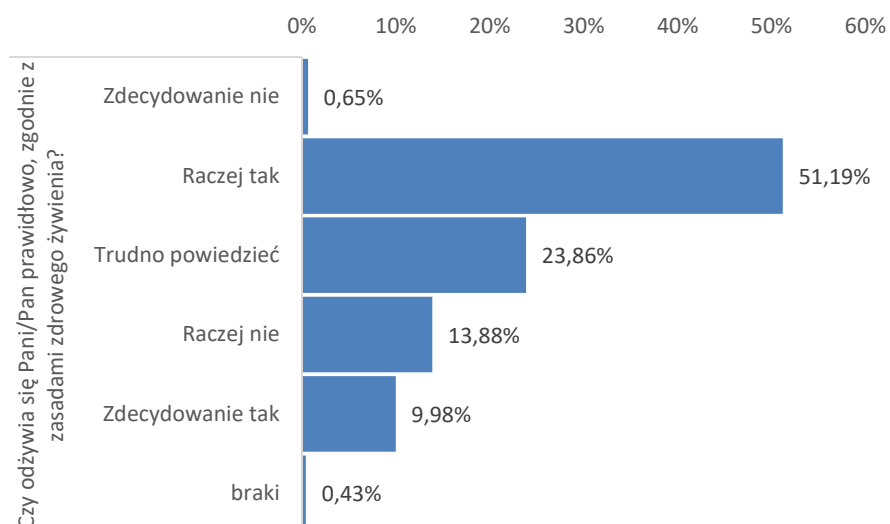


**Wykres 24.** Ocena przez studentów świadomie podejmowanych zachowań w celu prowadzenia zdrowego stylu życia.

### **3.4. Stopień nasilenia podejmowanych przez studentów wybranych zachowań zdrowotnych**

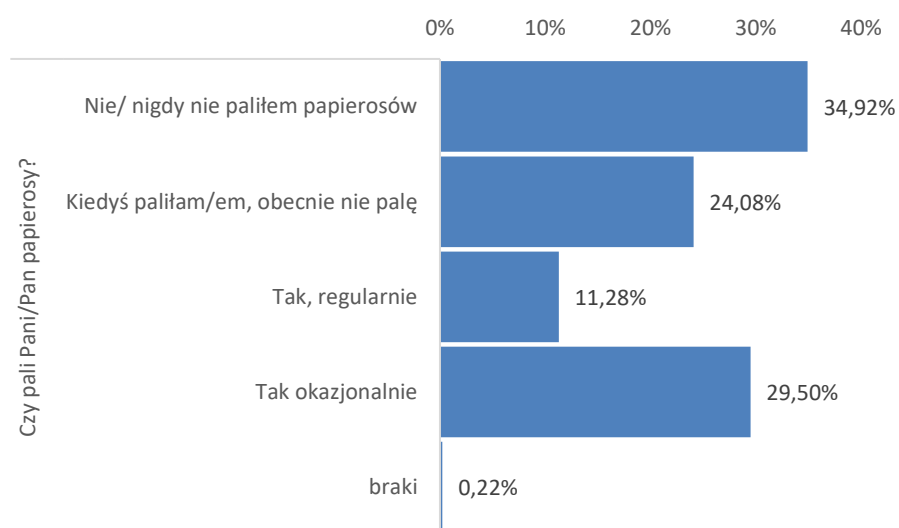
Ponad połowa ankietowanych (51%) deklarowała, iż raczej odżywia się zgodnie z zasadami zdrowego żywienia. Zdecydowanie odżywia się zgodnie z zasadami zdrowego żywienia co dziesiąty badany. Co czwartemu badanemu trudno było ocenić własne odżywianie zgodnie z zasadami zdrowego żywienia. Raczej nie odżywia się prawidłowo aż 14% studentów. Niewielki odsetek studentów podawał, iż zdecydowanie nie odżywia się prawidłowo. (Wykres 25)





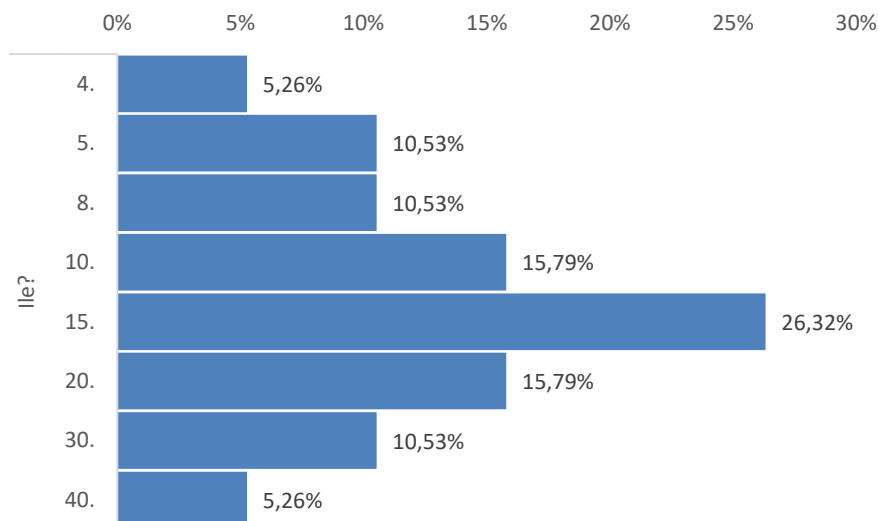
**Wykres 25.** Prawidłowe odżywianie studentów zgodnie z zasadami zdrowego żywienia

Ponad co trzeci student nigdy nie palił papierosów. Co czwarty (24%) ankietowany kiedyś palił, ale obecnie nie pali. Regularnie pali papierosy ponad co dziesiąty, a okazjonalnie niemal co trzeci badany. (Wykres 26)



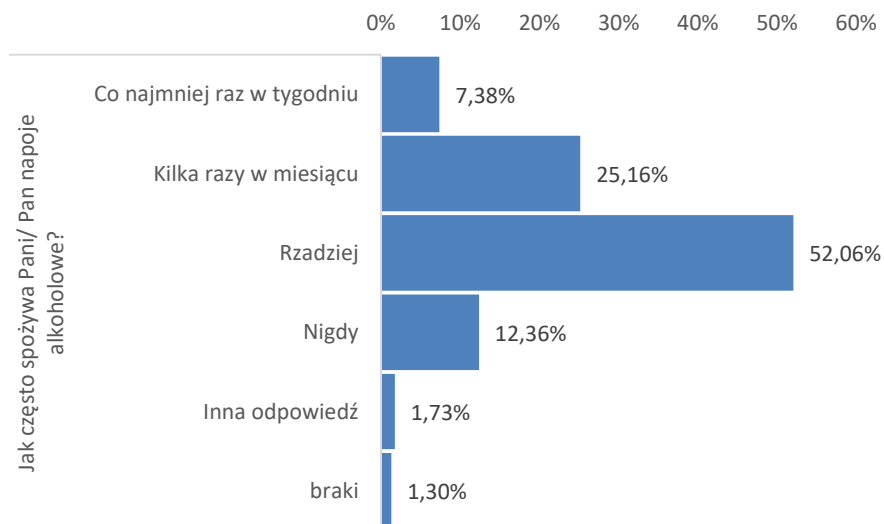
**Wykres 26.** Palenie papierosów przez studentów

Ponad co czwarty spośród palących studentów wypala 15 papierosów dziennie. Co szósty student przyznaje się do wypalenia 10 lub 20 papierosów. Ponad co dziesiąty ankietowany podał liczbę 5 lub 8 papierosów dziennie. Natomiast 40 papierosów dziennie pali, co dwudziesty student. (Wykres 27)



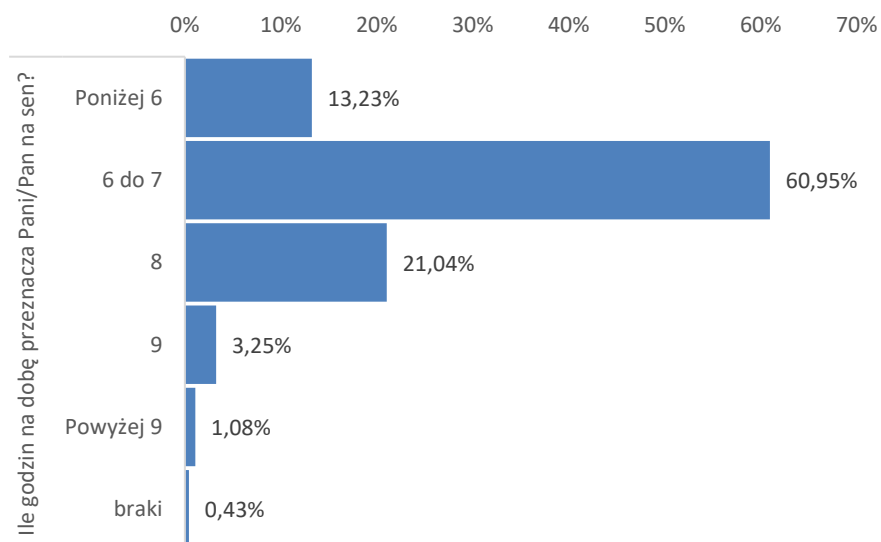
**Wykres 27.** Liczba wypalanych papierosów przez studentów

Ponad połowa ankietowanych (52%) spożywa napoje alkoholowe rzadziej niż raz w tygodniu. Co czwarty student pije alkohol kilka razy w miesiącu. Nigdy nie spożywa alkoholu, ponad co dziesiąty ankietowany. Co najmniej raz w tygodniu konsumuje napoje alkoholowe 7% badanych. (Wykres 28)



**Wykres 28.** Spożywanie napojów alkoholowych przez studentów

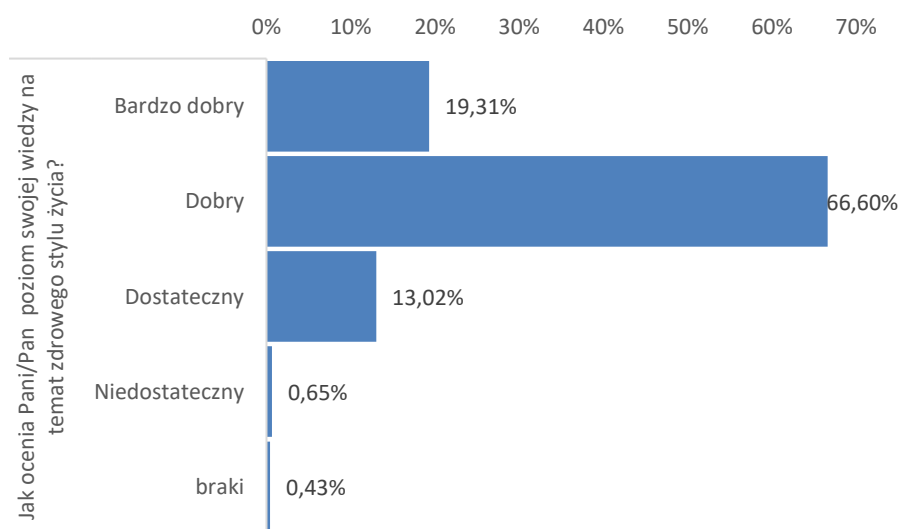
Najwięcej ankietowanych (61%) przeznaczają na sen od 6 do 7 godzin na dobę. Co piąty badany śpi 8 godzin na dobę, niemal co ósmy poniżej 6 godzin na dobę, natomiast sporadycznie 9 godzin na dobę. (Wykres 29)



**Wykres 29.** Liczba godzin przeznaczona na sen przez studentów

### 3.5. Ocena poziomu wiedzy studentów z zakresu promocji zdrowia

Dość duża grupa studentów ocenia swój poziom wiedzy z zakresu zdrowego stylu życia, jako dobry (67%), co piąty bardzo dobry, natomiast 13% badanych na poziomie dostatecznym. Niewielki odsetek ankietowanych uważa, że ich poziom wiedzy jest niedostateczny. (Wykres 30)



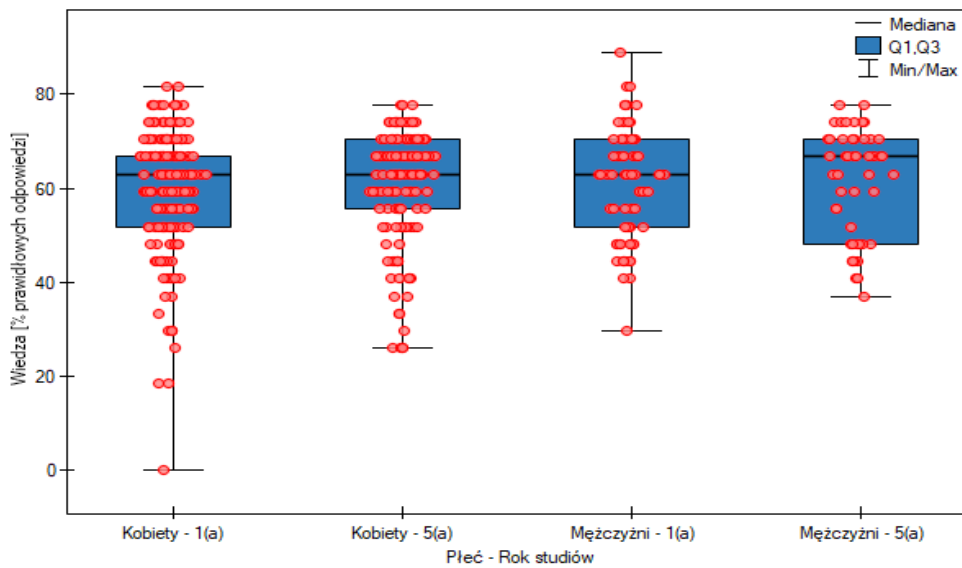
**Wykres 30.** Samoocena przez badanych wiedzy na temat zdrowego stylu życia

W tabeli 2 oraz na wykresie 31 przedstawiono wyniki dla poziomu wiedzy osób badanych w zależności od płci oraz roku studiów

**Tabela 2.** Poziom wiedzy badanych w zależności od płci i roku studiów

Skala	Płeć - Rok studiów	Średnia arytmetyczna	Mediana	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Dolny kwartył	Górny kwartył	Test Kruskala-Wallisa	Jednorodność grupy	POST-HOC (Dunn Bonferroni)			
											Kobiety - 1	Kobiety - 5	Mężczyźni - 1	Mężczyźni - 5
Wiedza [% prawidłowych odpowiedzi]	Kobiety - 1	59,64	62,96	12,71	0,00	81,48	51,85	66,67	H=2,3996 p=0,4937	a		0,9596	1	1
	Kobiety - 5	61,22	62,96	11,65	25,93	77,78	55,56	70,37		a	0,9596		1	1
	Mężczyźni - 1	60,65	62,96	11,99	29,63	88,89	51,85	70,37		a	1	1		1
	Mężczyźni - 5	61,27	66,67	11,51	37,04	77,78	48,15	70,37		a	1	1	1	

Na podstawie przeprowadzonych badań, nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic poziomu wiedzy w zależności od grupy ankietowanych uwzględniającej płeć i rok studiów. Nie stwierdzono również zagregowanej różnicy między płciami oraz rokiem studiów. Poziom wiedzy wszystkich badanych podgrup kształtował się na zbliżonym poziomie i wynosił średnio ok. 60-61% (Wykres 31)



**Wykres 31.** Poziom wiedzy studentów w zależności od płci i roku studiów

### 3.6. Charakterystyka poszczególnych domen skali IZZ

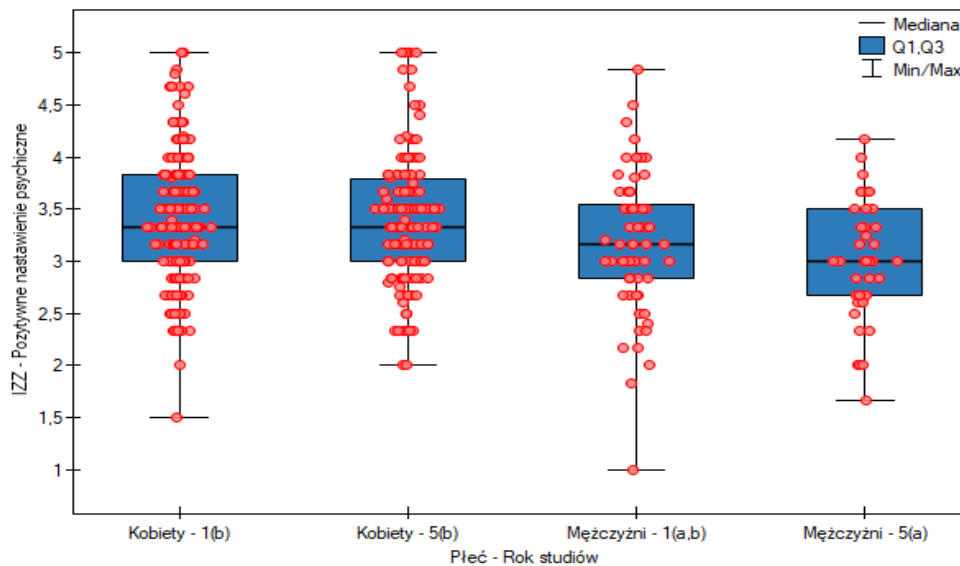
W tabeli 3 oraz na wykresach 32 - 36 przedstawiono wyniki dla poszczególnych domen skali IZZ z uwzględnieniem płci oraz roku studiów.

**Tabela 3.** Wyniki kwestionariusza IZZ w zależności od płci i roku studiów badanych

Skala	Płeć - Rok studiów	Średnia arytmetyczna	Mediana	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Dolny kwartyl	Górny kwartyl	Test Kruskala-Wallisa	Jednorodne grupy	POST-HOC (Dunn Bonferroni)			
											Kobiety - 1	Kobiety - 5	Mężczyźni - 1	Mężczyźni - 5
IZZ - Pozytywne nastawienie psychiczne	Kobiety - 1	3,36	3,33	0,63	1,50	5,00	3,00	3,83	H=12,05 p=0,0072	b		1	0,9303	0,0153
	Kobiety - 5	3,39	3,33	0,64	2,00	5,00	3,00	3,79		b	1		0,634	0,01
	Mężczyźni - 1	3,19	3,17	0,67	1,00	4,83	2,83	3,54		ab	0,9303	0,634		0,6949
	Mężczyźni - 5	3,01	3,00	0,58	1,67	4,17	2,67	3,50		a	0,0153	0,01	0,6949	
IZZ - Zachowania profilaktyczne	Kobiety - 1	3,41	3,33	0,74	1,67	5,00	3,00	4,00	H=32,97 p<0,0001	b		0,5993	0,001	0,0139
	Kobiety - 5	3,57	3,67	0,79	1,20	5,00	3,00	4,17		b	0,5993		<0,0001	0,0004
	Mężczyźni - 1	2,93	2,83	0,88	1,17	4,67	2,33	3,67		a	0,001	<0,0001		1
	Mężczyźni - 5	2,97	3,00	0,92	1,50	4,67	2,33	3,58		a	0,0139	0,0004	1	

Skala	Płeć - Rok studiów	Średnia arytmetyczna	Mediana	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Dolny kwartył	Górny kwartył	Test Kruskala-Wallisa	Jednorodne grupy	POST-HOC (Dunn Bonferroni)			
											Kobiety - 1	Kobiety - 5	Mężczyźni - 1	Mężczyźni - 5
IZZ - Prawidłowe nawyki żywieniowe	Kobiety - 1	3,52	3,50	0,72	1,00	5,00	3,00	4,00	H=39,63 p<0,0001	b		1	0,0006	0,0001
	Kobiety - 5	3,64	3,50	0,69	2,00	5,00	3,17	4,17		b	1		<0,0001	<0,0001
	Mężczyźni - 1	3,14	3,17	0,66	1,67	4,67	2,67	3,50		a	0,0006	<0,0001		1
	Mężczyźni - 5	3,06	3,00	0,48	2,17	4,33	2,67	3,33		a	0,0001	<0,0001	1	
IZZ - Praktyki zdrowotne	Kobiety - 1	3,41	3,50	0,73	1,33	5,00	2,92	4,00	H=8,33 p=0,0397	a		0,8974	1	0,169
	Kobiety - 5	3,34	3,33	0,65	1,83	5,00	2,83	3,79		a	0,8974		0,3661	1
	Mężczyźni - 1	3,49	3,50	0,60	2,17	5,00	3,00	4,00		a	1	0,3661		0,0746
	Mężczyźni - 5	3,20	3,17	0,47	2,17	5,00	3,00	3,33		a	0,169	1	0,0746	
IZZ - Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych	Kobiety - 1	3,43	3,42	0,57	1,79	5,00	3,00	3,83	H=28,26 p<0,0001	b		1	0,0272	0,0003
	Kobiety - 5	3,49	3,46	0,56	1,92	5,00	3,17	3,72		b	1		0,0041	<0,0001
	Mężczyźni - 1	3,20	3,17	0,52	2,04	4,63	2,91	3,50		a	0,0272	0,0041		1
	Mężczyźni - 5	3,05	3,00	0,47	2,00	3,96	2,70	3,44		a	0,0003	<0,0001	1	

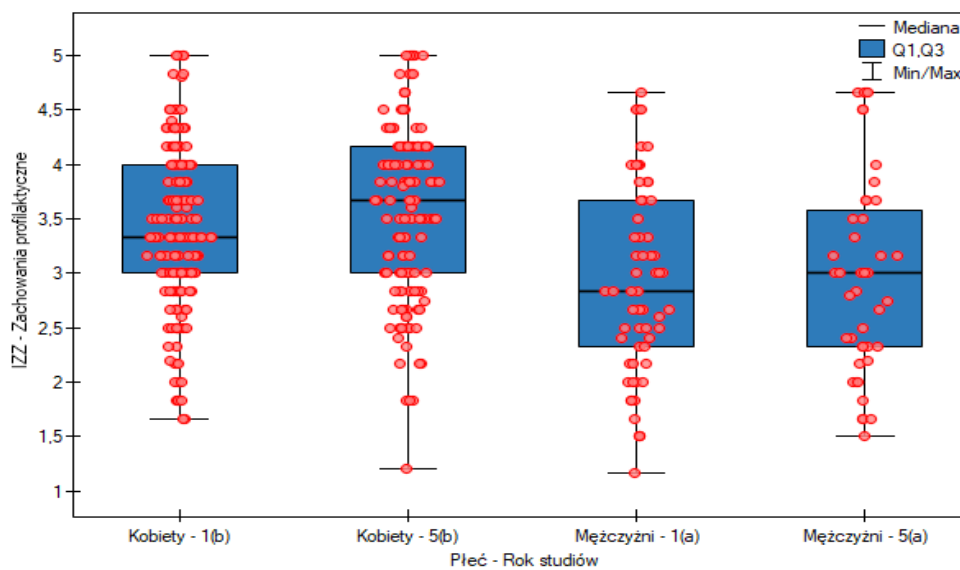
Na podstawie przeprowadzonych badań, w zakresie wyników skali IZZ - *Pozytywne nastawienie psychiczne* wykazano istotne statystycznie różnice pomiędzy grupą kobiet a grupą mężczyzn, z wyższymi wynikami u kobiet. Rok studiów nie różnicował istotnie wyników tej skali. Pozytywne nastawienie psychiczne jest konstruktem rozumianym jako unikanie zbyt silnych emocji, stresów, napięć oraz różnych sytuacji wpływających przygnębiająco. (Wykres 32)



**Wykres 32.** Wyniki skali IZZ - *Pozytywne nastawienie psychiczne*

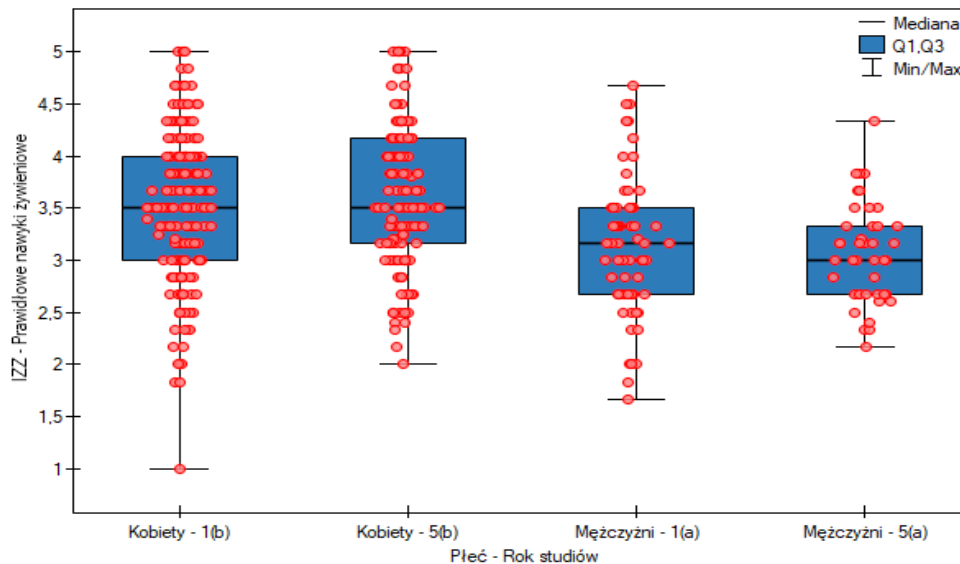
Na podstawie przeprowadzonych badań, w zakresie wyników skali IZZ - *Zachowania profilaktyczne* wykazano istotne statystycznie różnice pomiędzy grupą kobiet a grupą mężczyzn, z wyższymi wynikami u kobiet. Rok studiów nie różnicował istotnie wyników tej skali. Mówiąc o zachowaniach profilaktycznych mamy na uwadze przestrzeganie zaleceń zdrowotnych, pozyskiwanie informacji na temat zdrowia i choroby. (Wykres 33)





Wykres 33. Wyniki skali IZZ - *Zachowania profilaktyczne*

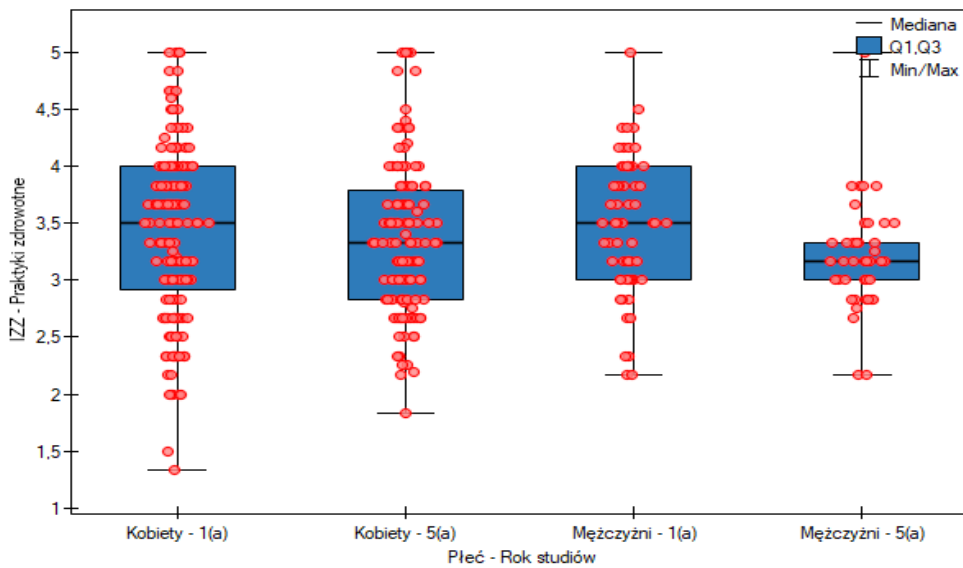
Na podstawie przeprowadzonych badań, w zakresie wyników skali IZZ - *Prawidłowe nawyki żywieniowe* wykazano istotne statystycznie różnice pomiędzy grupą kobiet, a grupą mężczyzn, z wyższymi wynikami u kobiet. Rok studiów nie różnicował istotnie wyników tej skali. Prawidłowe nawyki żywieniowe rozumiemy jako spożywanie zdrowej żywności. (Wykres 34)



Wykres 34. Wyniki skali IZZ - *Prawidłowe nawyki żywieniowe*

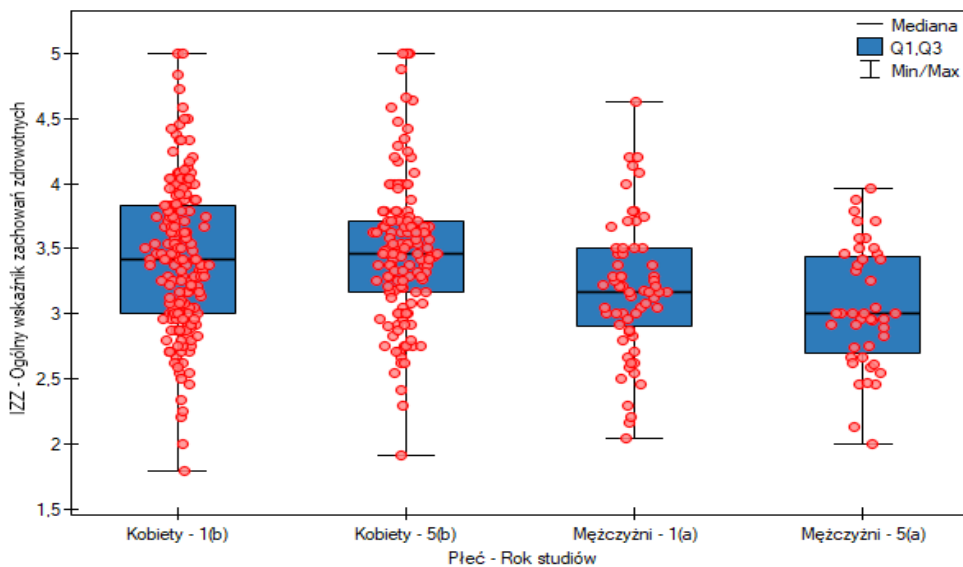
Na podstawie przeprowadzonych badań, w zakresie wyników skali IZZ – *Praktyki zdrowotne* stwierdzono istotne statystycznie różnice pomiędzy porównywanymi grupami - studenci I roku uzyskali wyższe wyniki w porównaniu do studentów V roku. Nie wykazano natomiast istotnych statystycznie różnic pomiędzy płciami. Praktyki

zdrowotne obejmują praktyki dotyczące snu, rekreacji oraz aktywności fizycznej. (Wykres 35)



Wykres 35. Wyniki skali IZZ - Praktyki zdrowotne

Na podstawie przeprowadzonych badań, w zakresie wyników skali IZZ - *Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych* wykazano istotne statystycznie różnice pomiędzy grupą kobiet a grupą mężczyzn, z wyższymi wynikami u kobiet. Rok studiów nie różnicował istotnie wyników tej skali. (Wykres 36)



Wykres 36. Wyniki skali IZZ - Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych

### 3.7. Charakterystyka poszczególnych domen skali LKZ

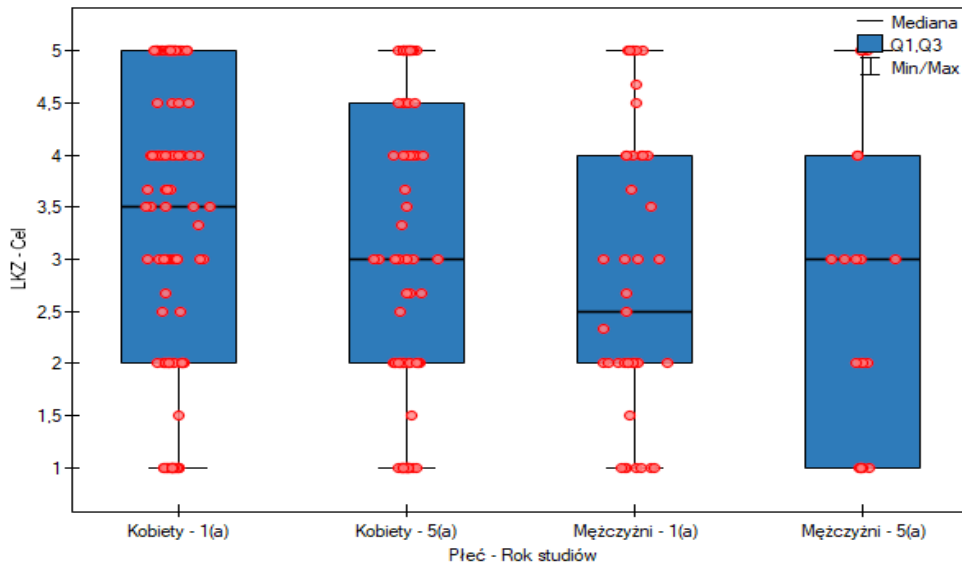
W tabeli 4 oraz na wykresach 37-41 przedstawiono wyniki dla poszczególnych domen skali LKZ z uwzględnieniem płci oraz roku studiów

**Tabela 4.** Wyniki kwestionariusza LKZ w zależności od płci i roku studiów

Skala	Płeć - Rok studiów	Średnia arytmetyczna	Mediana	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Dolny kwartyl	Górny kwartyl	Test Kruskala-Wallisa	Jednorodne grupy	POST-HOC (Dunn Bonferroni)			
											Kobiety - 1	Kobiety - 5	Mężczyźni - 1	Mężczyźni - 5
LKZ - Cel	Kobiety - 1	3,30	3,50	1,47	1,00	5,00	2,00	5,00	H=5,61 p=0,1319	a		0,54	0,5053	0,5988
	Kobiety - 5	2,94	3,00	1,49	1,00	5,00	2,00	4,50		a	0,54		1	1
	Mężczyźni - 1	2,85	2,50	1,36	1,00	5,00	2,00	4,00		a	0,5053	1		1
	Mężczyźni - 5	2,71	3,00	1,49	1,00	5,00	1,00	4,00		a	0,5988	1	1	
LKZ - Stan	Kobiety - 1	3,63	4,00	1,21	1,00	5,00	3,00	4,67	H=12,43 p=0,006	b		0,0656	0,9947	0,0128
	Kobiety - 5	3,18	3,00	1,39	1,00	5,00	2,00	4,67		ab	0,0656		1	1
	Mężczyźni - 1	3,27	3,00	1,50	1,00	5,00	2,25	5,00		ab	0,9947	1		0,5575
	Mężczyźni - 5	2,81	3,00	1,33	1,00	5,00	2,00	3,88		a	0,0128	1	0,5575	
LKZ - Proceś	Kobiety - 1	3,33	3,25	1,08	1,00	5,00	2,50	4,00	H=1,31 p=0,7276	a		1	1	1

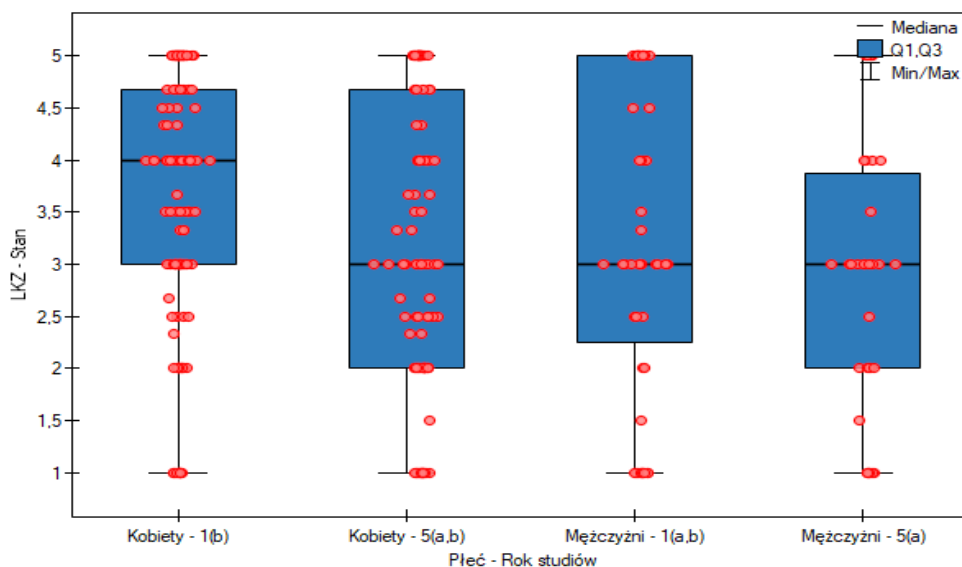
Skala	Płeć - Rok studiów	Średnia arytmetyczna	Mediana	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Dolny kwartył	Górny kwartył	Test Kruskala-Wallisa	Jednorodne grupy	POST-HOC (Dunn Bonferroni)			
											Kobiety - 1	Kobiety - 5	Mężczyźni - 1	Mężczyźni - 5
	Kobiety - 5	3,39	3,50	1,12	1,00	5,00	2,60	4,00		a	1		1	1
	Mężczyźni - 1	3,30	3,30	0,99	1,00	5,00	2,63	4,00		a	1	1		1
	Mężczyźni - 5	3,51	3,50	0,91	1,00	5,00	3,00	4,00		a	1	1	1	
LKZ - Właściwość	Kobiety - 1	3,19	3,14	1,17	1,00	5,00	2,50	4,00	H=4,57 p=0,206	a		0,2448	1	1
	Kobiety - 5	3,55	3,50	1,06	1,00	5,00	2,93	4,50		a	0,2448		1	1
	Mężczyźni - 1	3,24	3,50	1,12	1,00	5,00	2,38	4,00		a	1	1		1
	Mężczyźni - 5	3,30	3,00	1,11	1,00	5,00	2,75	4,00		a	1	1	1	
LKZ - Wynik	Kobiety - 1	2,98	3,00	1,18	1,00	5,00	2,00	4,00	H=13,48 p=0,0037	ab		0,2026	1	0,239
	Kobiety - 5	3,34	3,58	1,38	1,00	5,00	2,00	4,50		b	0,2026		0,0813	0,0101
	Mężczyźni - 1	2,78	2,58	1,04	1,00	5,00	2,00	3,75		ab	1	0,0813		1
	Mężczyźni - 5	2,40	2,00	1,06	1,00	5,00	2,00	2,71		a	0,239	0,0101	1	

Na podstawie przeprowadzonych badań, w przypadku skali LKZ – *Cel* nie stwierdzono istotnej różnicy wyników skali w zależności od grupy ankietowanych uwzględniającej płeć i rok studiów. Nie stwierdzono również zagregowanej różnicy między płciami oraz między rokiem studiów. (Wykres 37)



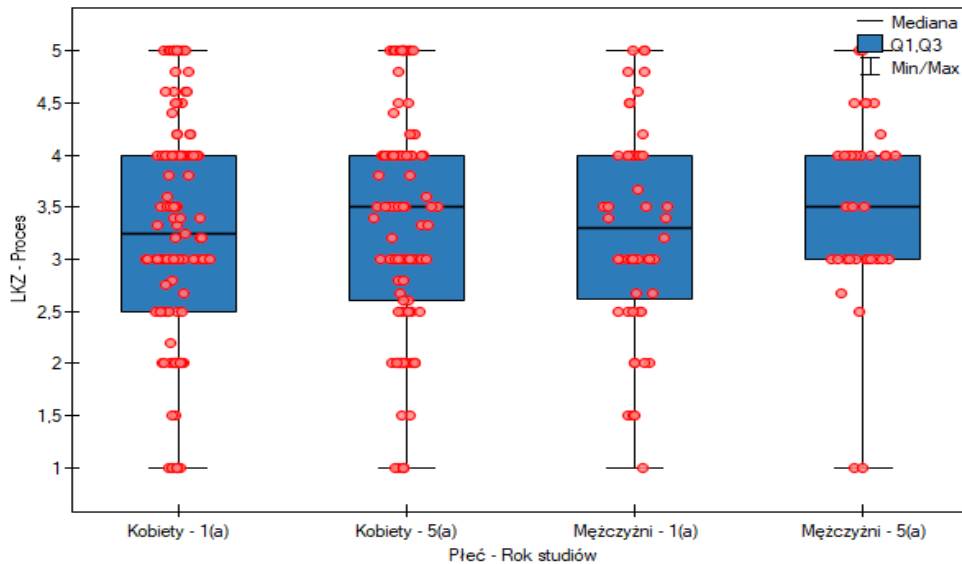
Wykres 37. Wyniki skali LKZ – *Cel*

Na podstawie przeprowadzonych badań, stwierdzono istotne statystycznie różnice wyników skali LKZ – *Stan* pomiędzy studentami I i V roku – wyższą liczbę punktów uzyskali studenci na pierwszym roku studiów. Natomiast nie stwierdzono istotnej różnicy między płciami. (Wykres 38)



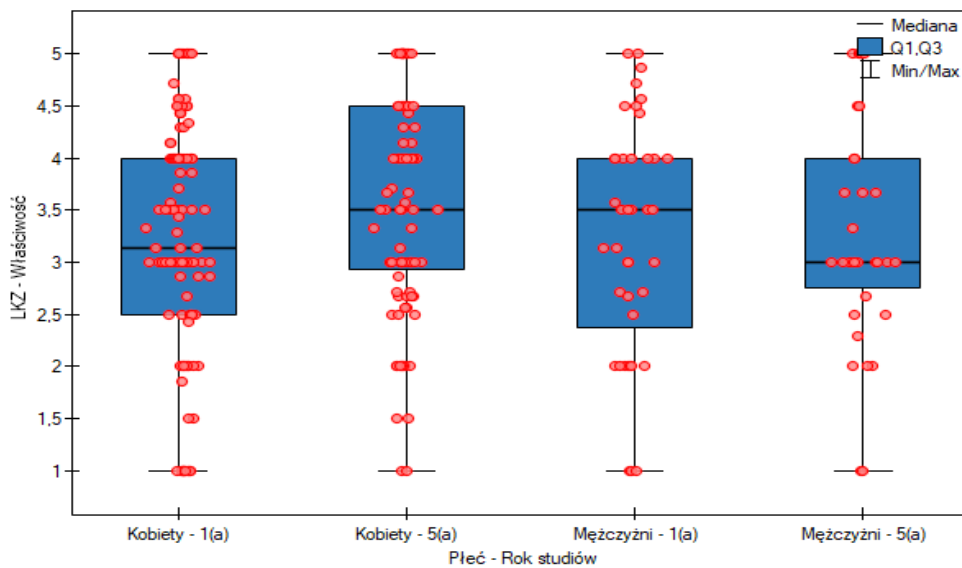
Wykres 38. Wyniki skali LKZ – *Stan*

Na podstawie przeprowadzonych badań, w przypadku skali LKZ – *Proces* nie stwierdzono istotnej różnicy wyników skali w zależności od grupy ankietowanych uwzględniającej płeć i rok studiów. Nie stwierdzono też zagregowanej różnicy między płciami oraz między rokiem studiów. (Wykres 39)



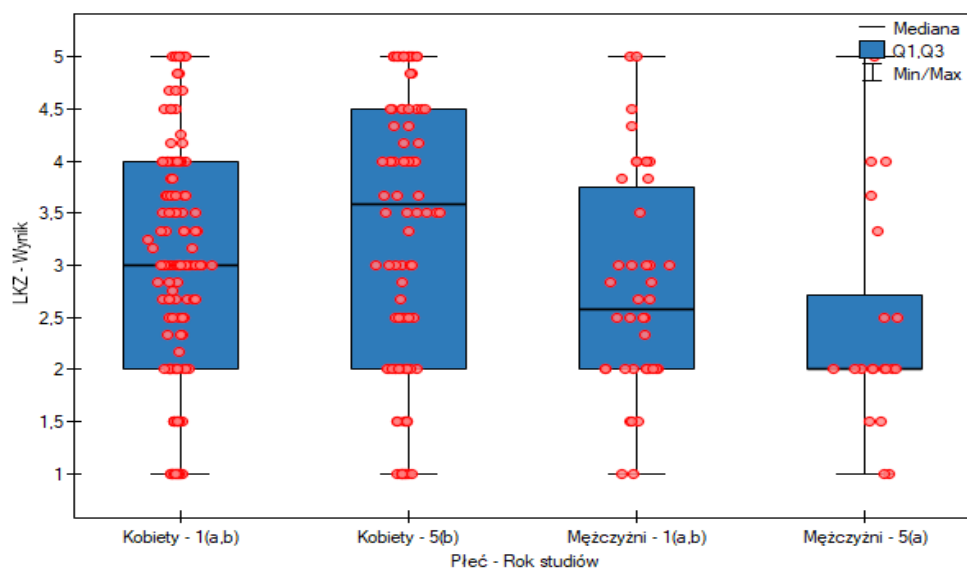
Wykres 39. Wyniki skali LKZ – *Proces*

Na podstawie przeprowadzonych badań, w przypadku skali LKZ – *Właściwość* nie stwierdzono istotnej różnicy wyników skali w zależności od grupy ankietowanych uwzględniającej płeć i rok studiów. Nie stwierdzono również zagregowanej różnicy między płciami oraz między rokiem studiów. (Wykres 40)



Wykres 40. Wyniki skali LKZ – *Właściwość*

Na podstawie przeprowadzonych badań, stwierdzono istotne statystycznie różnice wyników skali LKZ – *Wynik* między płciami, z wyższym wynikiem u kobiet, podczas gdy rok studiów nie różnicował wyników tej skali. (Wykres 41)



Wykres 41. Wyniki skali LKZ – Wynik

### 3.8. Charakterystyka poszczególnych domen skali IPAQ

W poniższej tabeli oraz na wykresach 42-46 przedstawiono wyniki dla wybranych domen skali IPAQ z uwzględnieniem płci oraz roku studiów.

**Tabela 5.** Wyniki skali IPAQ w zależności od płci i roku studiów

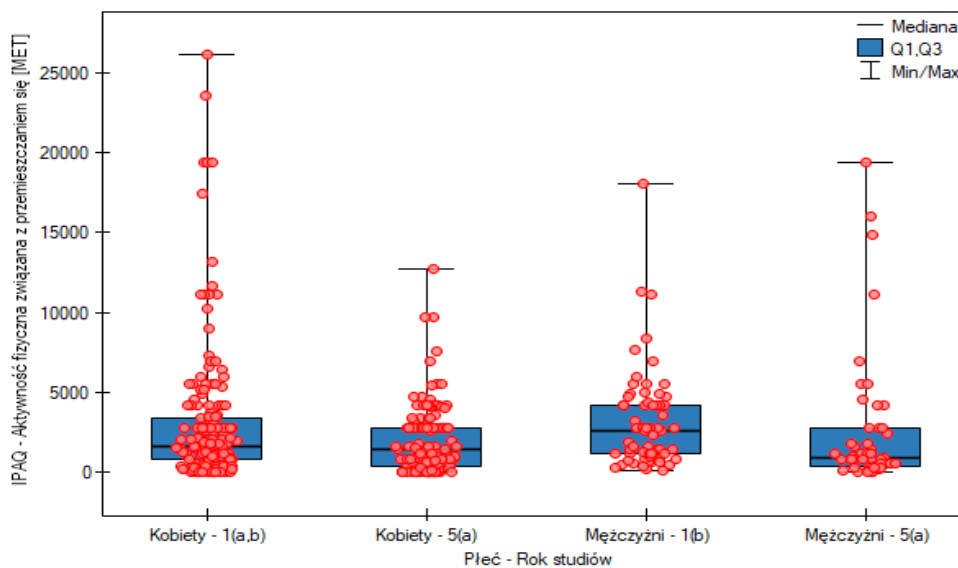
Skala	Płeć - Rok studiów	Średnia arytmetyczna	Mediana	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Dolny kwartył	Górny kwartył	Test Kruskala-Wallisa	Jednorodne grupy	POST-HOC (Dunn Bonferroni)			
											Kobiety - 1	Kobiety - 5	Mężczyźni - 1	Mężczyźni - 5
IPAQ – Akt. fiz. związana z przemieszczaniem się [MET]	Kobiety - 1	2973	1584	4193	0	26136	776	3399	H=12,84 p=0,005	ab		0,5298	0,3294	0,5199
	Kobiety - 5	2025	1386	2094	0	12672	396	2772		a	0,5298		0,01	1
	Mężczyźni - 1	3124	2574	3059	66	18018	1188	4158		b	0,3294	0,01		0,0211
	Mężczyźni - 5	2627	858	4282	0	19404	396	2772		a	0,5199	1	0,0211	
IPAQ – Prace domowe, ogólne prace porządkowe [MET]	Kobiety - 1	652	80	1523	0	11760	0	480	H=8,13 p=0,0434	ab		0,5295	0,7573	1
	Kobiety - 5	675	0	1475	0	5040	0	480		a	0,5295		0,0342	1
	Mężczyźni - 1	1084	240	1713	0	5880	0	1260		b	0,7573	0,0342		0,6761
	Mężczyźni - 5	622	0	1276	0	5040	0	480		ab	1	1	0,6761	



Skala	Płeć - Rok studiów	Średnia arytmetyczna	Mediana	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Dolny kwartył	Górny kwartył	Test Kruskala-Wallisa	Jednorodne grupy	POST-HOC (Dunn Bonferroni)			
											Kobiety - 1	Kobiety - 5	Mężczyźni - 1	Mężczyźni - 5
IPAQ – Akt. fiz. związana z pracą zawodową [MET]	Kobiety - 1	2369	1155	3561	0	27720	330	2888	H=1,39 p=0,7087	a		1	1	1
	Kobiety - 5	1834	1320	1868	0	7920	495	2310		a	1		1	1
	Mężczyźni - 1	2395	1320	3254	0	16170	660	3630		a	1	1		1
	Mężczyźni - 5	2973	660	5158	0	19800	0	2145		a	1	1	1	
IPAQ – Rekreacja, sport i akt. fiz. w czasie wolnym [MET]	Kobiety - 1	296	0	781	0	7200	0	0	H=6,88 p=0,0759	a		1	0,1773	0,3217
	Kobiety - 5	529	0	1398	0	11520	0	360		a	1		0,9825	1
	Mężczyźni - 1	1360	0	3698	0	25200	0	720		a	0,1773	0,9825		1
	Mężczyźni - 5	806	0	1805	0	7200	0	720		a	0,3217	1	1	
IPAQ – Czas spędzony siedząc [minut w tygodniu]	Kobiety - 1	3671	3360	2040	0	13860	2205	4830	H=42,62 p<0,0001	b		<0,0001	0,8095	0,0011
	Kobiety - 5	2707	2940	1530	0	8400	1680	3360		a	<0,0001		<0,0001	1
	Mężczyźni - 1	3905	3360	1723	42	8400	2940	4620		b	0,8095	<0,0001		0,0001
	Mężczyźni - 5	2481	2940	1705	0	8400	998	3360		a	0,0011	1	0,0001	

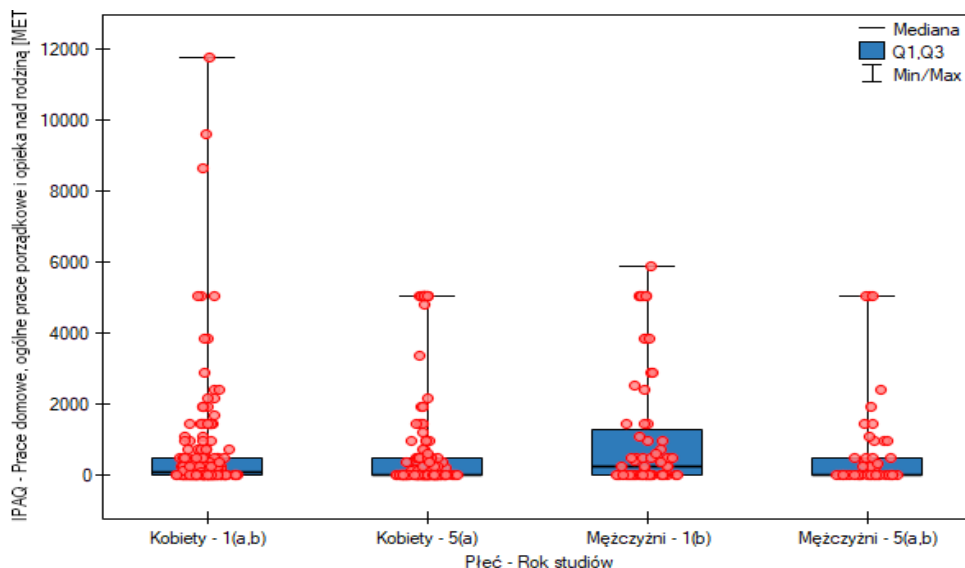
**MET** (ekwiwalent metaboliczny) jest używany do oceny intensywności wysiłku fizycznego. Jeden MET odpowiada przeciętnemu wydatkowi energetycznemu podczas pozostawania w spoczynku (w pozycji siedzącej)

Na podstawie przeprowadzonych badań wykazano, że wyniki skali IPAQ – *Aktywność fizyczna związana z przemieszczaniem się* [MET] różnią się istotnie w zależności od grupy ankietowanych uwzględniającej płeć i rok studiów. Płeć nie miała istotnie różnicującego wpływu, podczas gdy rok studiów istotnie różnicował wyniki. Studenci pierwszego roku poświęcają więcej czasu przemieszczając się minimum 10 minut dziennie. (Wykres 42)



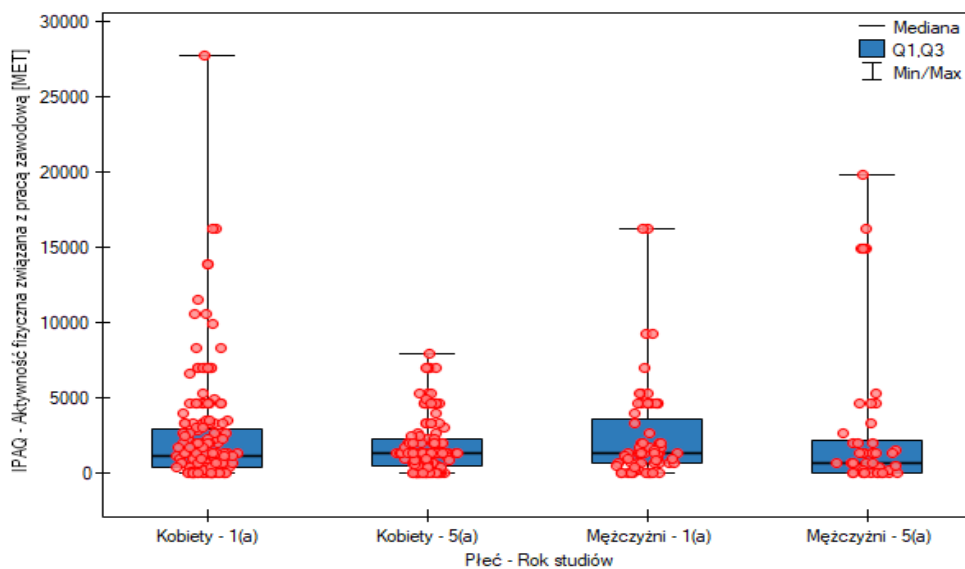
**Wykres 42.** Wyniki skali IPAQ – *Aktywność fizyczna związana z przemieszczaniem się* [MET]

Na podstawie przeprowadzonych badań wykazano, że wyniki skali IPAQ – *Prace domowe, ogólne prace porządkowe i opieka nad rodziną* [MET] różnią się istotnie w zależności od grupy ankietowanych uwzględniającej płeć i rok studiów. Płeć nie miała istotnie różnicującego wpływu, podczas gdy rok studiów istotnie różnicował wyniki. Studenci pierwszego roku poświęcali więcej czasu na prace domowe, ogólne prace porządkowe i opiekę nad rodziną. (Wykres 43)



**Wykres 43.** Wyniki skali IPAQ – *Prace domowe, ogólne prace porządkowe i opieka nad rodziną* [MET]

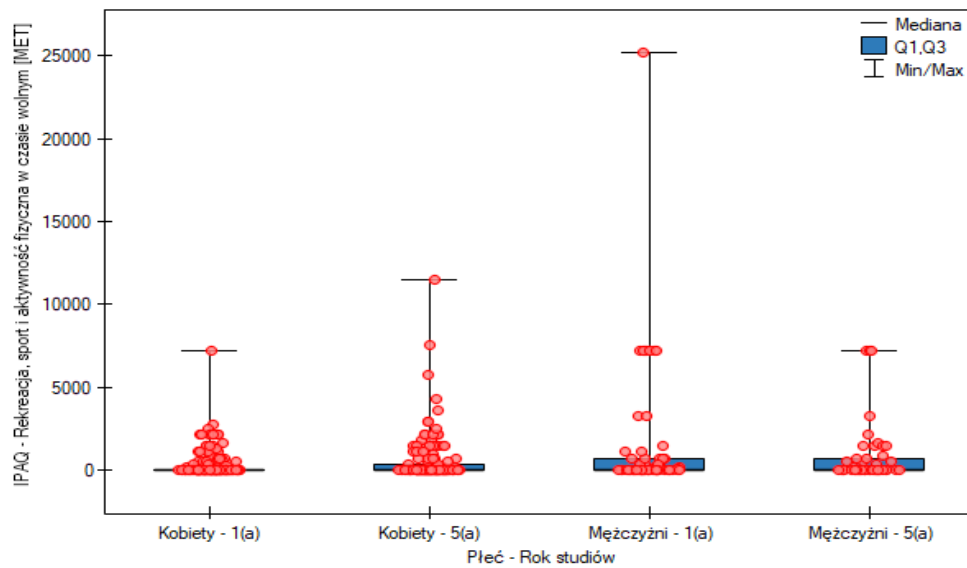
Na podstawie przeprowadzonych badań wykazano, że nie stwierdzono istotnych różnic rozkładu wyników IPAQ – *Aktywność fizyczna związana z pracą zawodową* [MET] w zależności od grupy ankietowanych uwzględniającej płeć i rok studiów. Nie stwierdzono również ogólnie różnicy między płciami oraz rokiem studiów. (Wykres 44)



**Wykres 44.** Wyniki skali IPAQ – *Aktywność fizyczna związana z pracą zawodową* [MET]

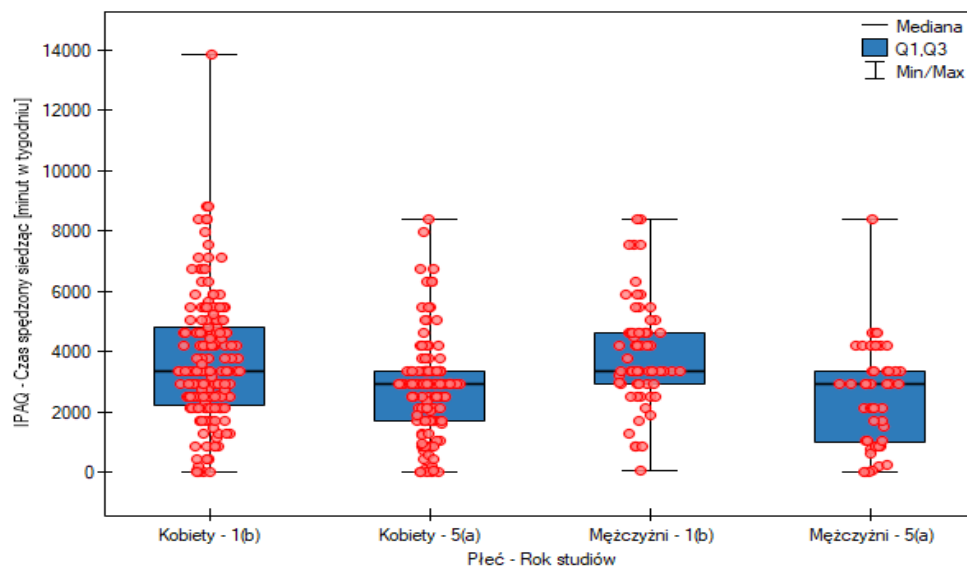
Na podstawie przeprowadzonych badań wykazano, że nie stwierdzono istotnych różnic rozkładu wyników IPAQ – *Rekreacja, sport i aktywność fizyczna w czasie wolnym* [MET] w zależności od grupy ankietowanych uwzględniającej płeć i rok studiów. Uwzględniając niezależnie od siebie wpływ płci i roku studiów stwierdzono istotne

statystycznie różnice między płciami, a rok studiów istotnie nie różnicował wyników. (Wykres 45)



**Wykres 45.** Wyniki skali IPAQ – *Rekreacja, sport i aktywność fizyczna w czasie wolnym* [MET]

Na podstawie przeprowadzonych badań wykazano, że wyniki skali IPAQ – *Czas spędzony siedząc* [minut w tygodniu] różnią się istotnie w zależności od grupy ankietowanych uwzględniającej płeć i rok studiów. Płeć nie miała istotnego wpływu, a rok studiów istotnie różnicował wyniki. Studenci pierwszego roku częściej spędzali czas biernie. (Wykres 46)



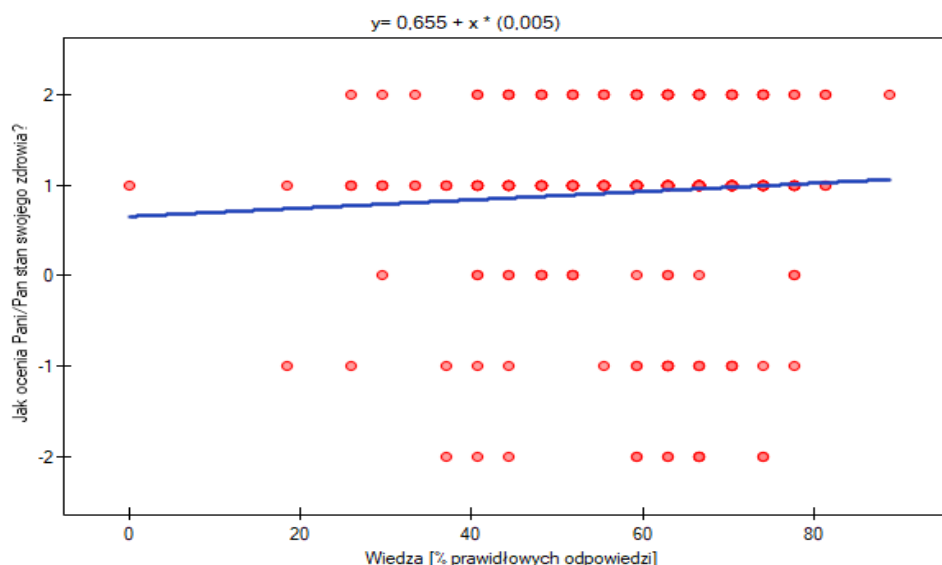
**Wykres 46** Wyniki skali IPAQ – *Czas spędzony siedząc* [minut w tygodniu]

### 3.9. Korelacje między samooceną zdrowia przez studentów a testem wiedzy z zakresu promocji zdrowia i kwestionariuszami IZZ, LKZ, IPAQ

**Tabela 6.** Korelacje między odpowiedzią na pytanie „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” a testem wiedzy z zakresu promocji zdrowia

Test wiedzy z zakresu promocji zdrowia	tau	Z	p
Wiedza [% prawidłowych odpowiedzi]	0,0568	1,82	0,0688

Nie stwierdzono istotnej korelacji między odpowiedzią na pytanie „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” a testem z zakresu promocji zdrowia [% prawidłowych odpowiedzi]. (Wykres 47)



**Wykres 47.** Rozrzut wyników skali: „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?”(gdzie jako 2 przyjęto bardzo dobry stan zdrowia, jako 1 dobry stan zdrowia, jako 0 trudno ocenić, jako -1 przyjęto zły stan zdrowia, jako -2 przyjęto bardzo zły stan zdrowia) oraz Wiedza [%] prawidłowych odpowiedzi]

W poniższej tabeli oraz na wykresach 48-62 przedstawiono wyniki dla korelacji między odpowiedzią na pytanie „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” a skalami IZZ, LKZ i IPAQ z uwzględnieniem płci oraz roku studiów.

**Tabela 7.** Korelacje między odpowiedzią na pytanie „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” a skalami IZZ, LKZ i IPAQ

Skala	tau	Z	p
IZZ - Pozytywne nastawienie psychiczne	0,1153	3,5631	0,0004
IZZ - Zachowania profilaktyczne	0,068	2,1046	0,0353
IZZ - Prawidłowe nawyki żywieniowe	0,0777	2,4153	0,0157
IZZ - Praktyki zdrowotne	0,2046	6,3381	<0,000 1
IZZ - Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych	0,1352	4,2118	<0,000 1
Cel	0,0451	1,0875	0,2768
LKZ - Stan	0,1204	3,3118	0,0009
LKZ - Proces	0,0961	2,6647	0,0077
LKZ - Właściwość	0,0222	0,5617	0,5743
LKZ - Wynik	0,0217	0,5628	0,5735
IPAQ – Aktywność fizyczna związana z przemieszczaniem się [MET]	0,0009	0,0273	0,9782
IPAQ – Prace domowe, ogólne prace porządkowe i opieka nad rodziną [MET]	0,1738	5,4964	<0,000 1
IPAQ – Aktywność fizyczna związana z pracą zawodową [MET]	0,0162	0,5128	0,6081
IPAQ – Rekreacja, sport i aktywność fizyczna w czasie wolnym [MET]	0,0519	1,6399	0,101
IPAQ – Czas spędzony siedząc [minut w tygodniu]	0,0106	0,3346	0,7379

Istotne korelacje między odpowiedzią na pytanie „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” a skalami, IZZ, LKZ i IPAQ to:

Skala LKZ - Stan (tau= 0,1204, p=0,0009)

Skala LKZ - Proces (tau= 0,0961, p=0,0077)

Skala IZZ - Zachowania profilaktyczne (tau= 0,068, p=0,0353)

Skala IZZ - Prawidłowe nawyki żywieniowe (tau= 0,0777, p=0,0157)

Skala IZZ - Praktyki zdrowotne (tau= 0,2046, p<0,0001)

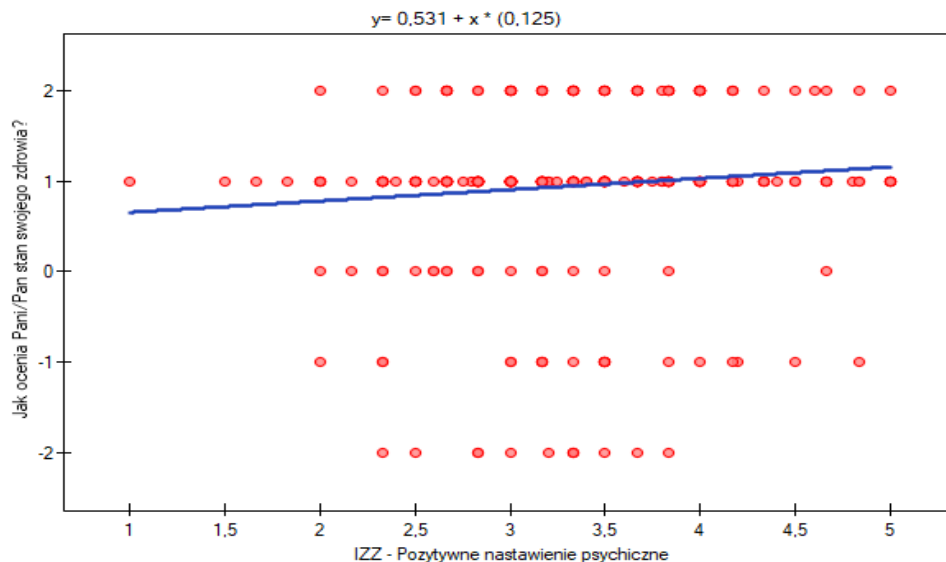
Skala IZZ - Pozytywne nastawienie psychiczne ( $\tau=0,1153$ ,  $p=0,0004$ )

Skala IZZ - Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych ( $\tau=0,1352$ ,  $p<0,0001$ )

Skala IPAQ Prace domowe, ogólne prace porządkowe i opieka nad dziećmi [MET] ( $\tau=0,1738$ ,  $p<0,0001$ )

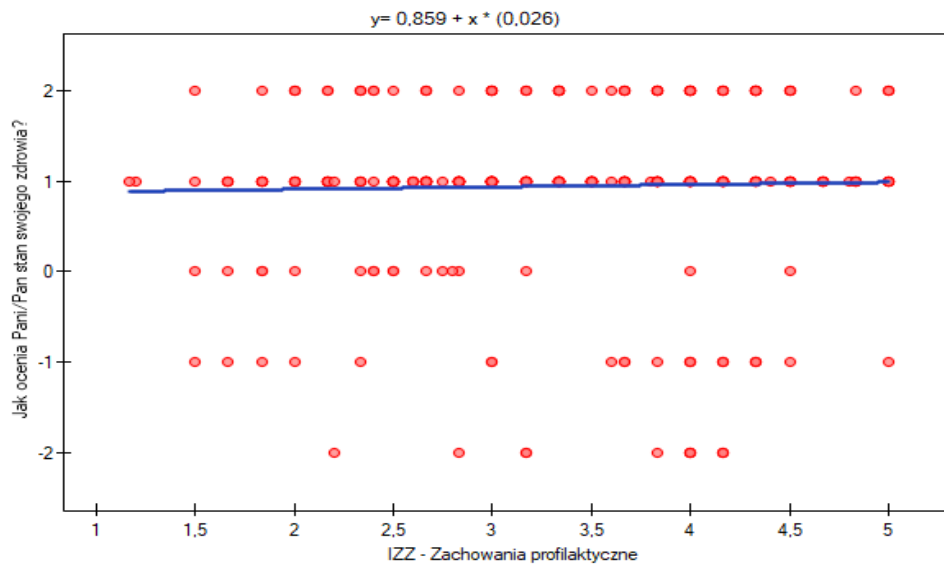
Są to korelacje bardzo niskie, a więc nie mogą być uznane za prawidłowości, a ich istotność wynika z faktu uwzględnienia wielu ankietowanych. Najwyższa z nich to korelacja ze skalą IZZ - *Praktyki zdrowotne* wynosząca  $\tau=0,2046$  czyli wraz ze wzrostem praktyk zdrowotnych u ankietowanych obserwuje się również wzrost samooceny swojego zdrowia. Pozostałe korelacje są poniżej wartości 0,2. Natomiast z nich tylko jedna jest wyższa od 0,15 i jest to korelacja ze skalą IPAQ - *Prace domowe, ogólne prace porządkowe i opieka nad dziećmi* [MET] wynosząca  $\tau=0,1738$  czyli wraz ze wzrostem takiej aktywności obserwuje się również wzrost samooceny swojego zdrowia.

Korelacja między odpowiedzią na pytanie „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” ze skalą IZZ – *Pozytywne nastawienie psychiczne* wynosząca  $\tau=0,1153$ , wraz ze wzrostem tej aktywności obserwuje się również wzrost samooceny swojego zdrowia. (Wykres 48)



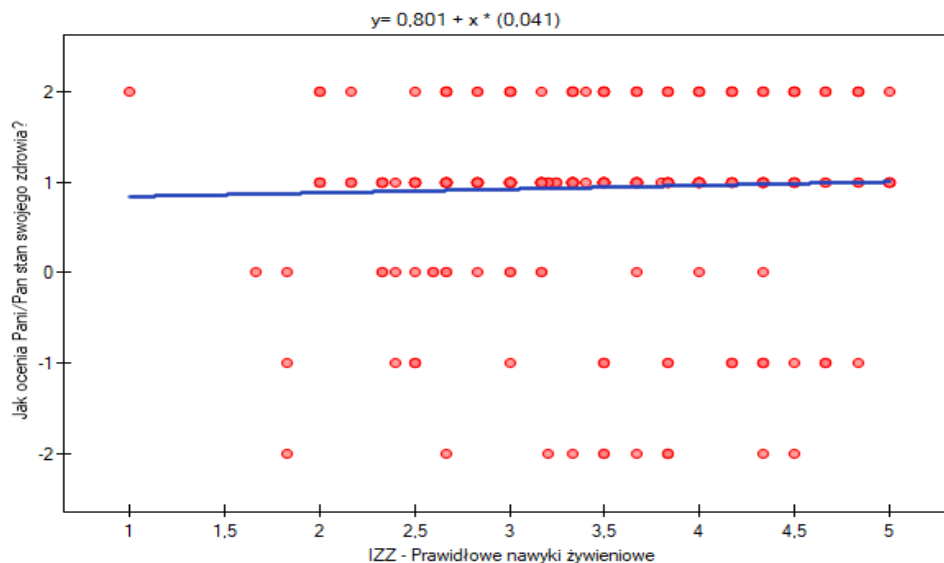
**Wykres 48.** Rozrzut wyników skali: „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” (gdzie jako 2 przyjęto bardzo dobry stan zdrowia, jako 1 dobry stan zdrowia, jako 0 trudno ocenić, jako -1 przyjęto zły stan zdrowia, jako -2 przyjęto bardzo zły stan zdrowia) oraz IZZ - Pozytywne nastawienie psychiczne

Korelacja między odpowiedzią na pytanie „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” ze skalą IZZ – *Zachowania profilaktyczne* wynosząca  $\tau=0,068$ , wraz ze wzrostem tej aktywności obserwuje się również wzrost samooceny swojego zdrowia. (Wykres 49)



**Wykres 49.** Rozrzut wyników skali: „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” oraz IZZ - Zachowania profilaktyczne

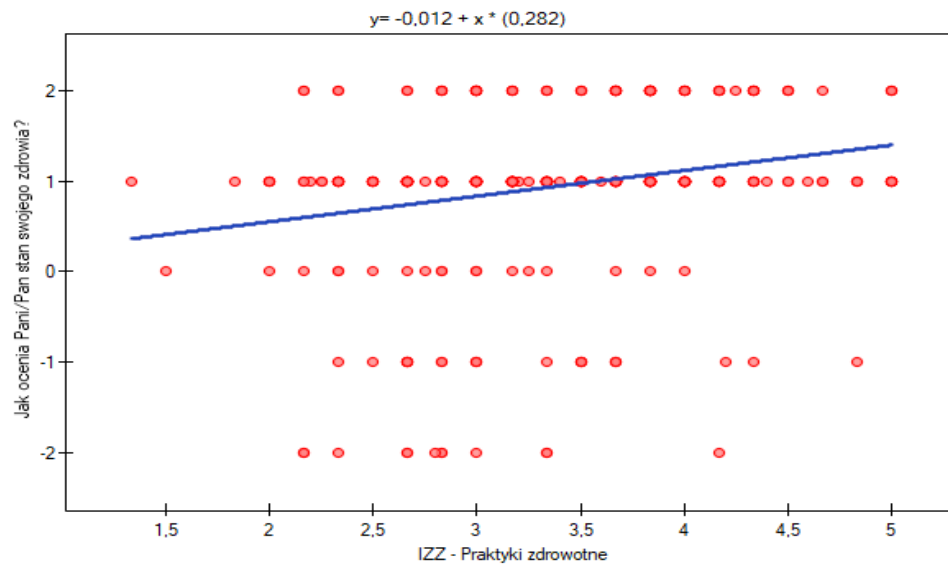
Korelacja między odpowiedzią na pytanie „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” ze skalą IZZ – *Prawidłowe nawyki żywieniowe* wynosząca  $\tau=0,0777$ , czyli wraz ze wzrostem tej aktywności obserwuje się również wzrost samooceny swojego zdrowia. (Wykres 50)



**Wykres 50.** Rozrzut wyników skali: „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” (gdzie jako 2 przyjęto bardzo dobry stan zdrowia, jako 1 dobry stan zdrowia, jako 0 trudno ocenić, jako -1 przyjęto zły stan zdrowia, jako -2 przyjęto bardzo zły stan zdrowia) oraz IZZ - Prawidłowe nawyki żywieniowe

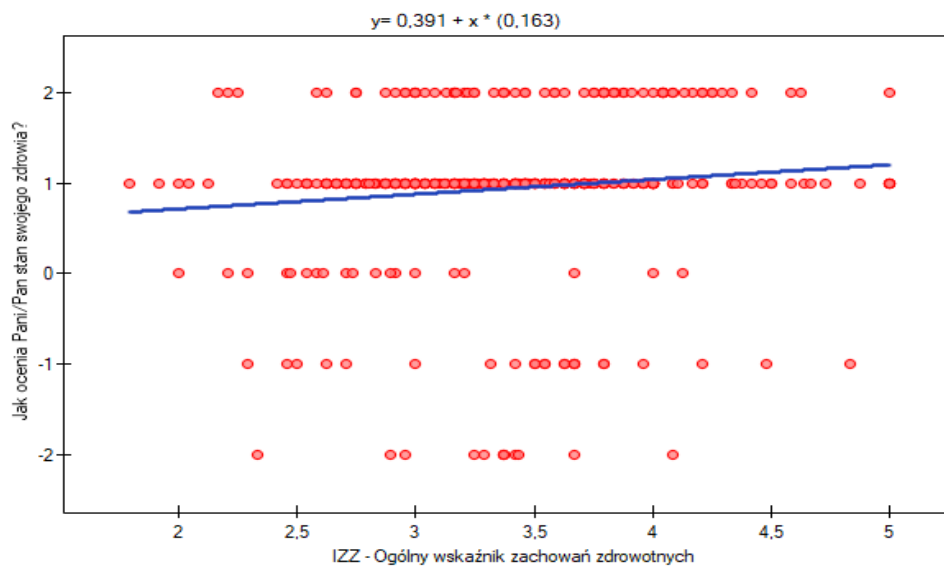


Korelacja między odpowiedzią na pytanie „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” ze skalą IZZ – *Praktyki zdrowotne* wynosząca  $\tau=0,2046$  jest to najwyższa korelacja ze skalą IZZ, czyli wraz ze wzrostem praktyk zdrowotnych u ankietowanych obserwuje się również wzrost samooceny swojego zdrowia. (Wykres 51)



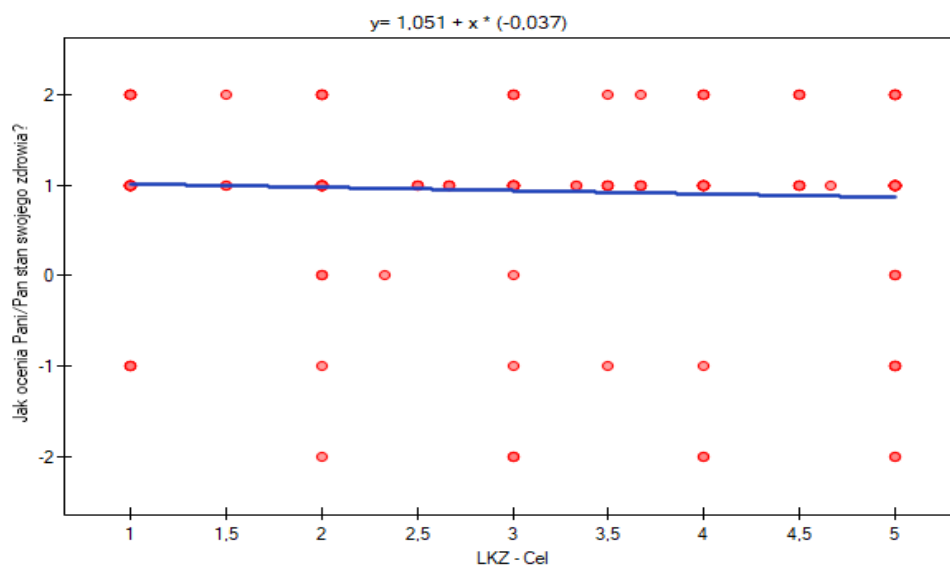
**Wykres 51.** Rozrzut wyników skali: „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” (gdzie jako 2 przyjęto bardzo dobry stan zdrowia, jako 1 dobry stan zdrowia, jako 0 trudno ocenić, jako -1 przyjęto zły stan zdrowia, jako -2 przyjęto bardzo zły stan zdrowia) oraz IZZ - Praktyki zdrowotne

Korelacja między odpowiedzią na pytanie „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” ze skalą IZZ – *Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych* wynosząca  $\tau=0,1352$ , wraz ze wzrostem tej aktywności obserwuje się również wzrost samooceny swojego zdrowia. (Wykres 52)



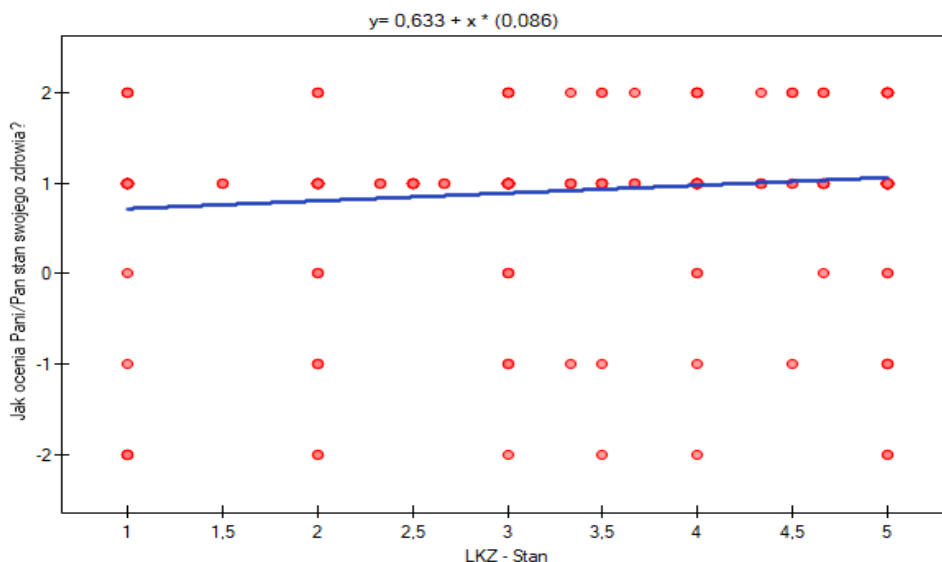
**Wykres 52.** Rozrzut wyników skali: „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” (gdzie jako 2 przyjęto bardzo dobry stan zdrowia, jako 1 dobry stan zdrowia, jako 0 trudno ocenić, jako -1 przyjęto zły stan zdrowia, jako -2 przyjęto bardzo zły stan zdrowia) oraz IZZ - Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych

Nie stwierdzono istotnej korelacji między odpowiedzią na pytanie „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” ze skalą LKZ–*Cel*. (Wykres 53)



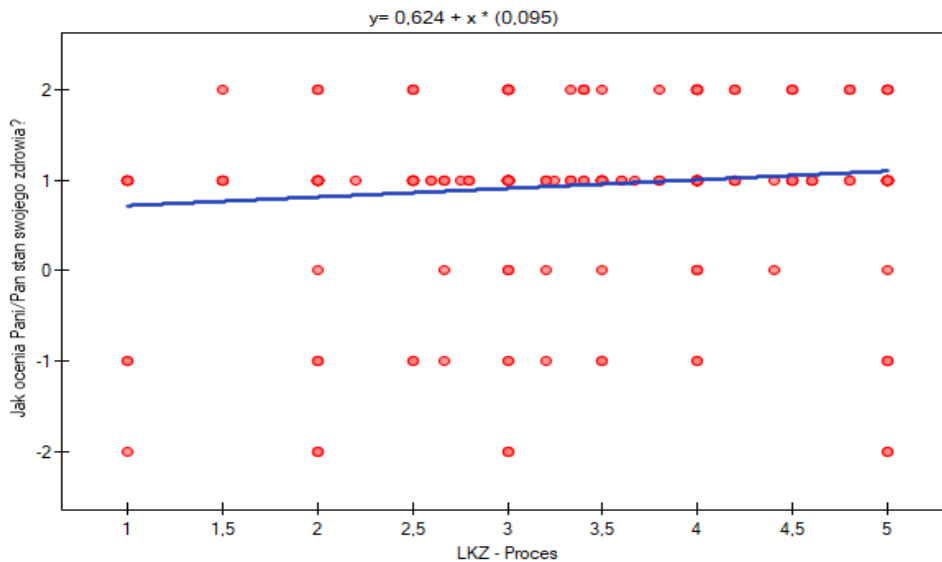
**Wykres 53.** Rozrzut wyników skali: „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” (gdzie jako 2 przyjęto bardzo dobry stan zdrowia, jako 1 dobry stan zdrowia, jako 0 trudno ocenić, jako -1 przyjęto zły stan zdrowia, jako -2 przyjęto bardzo zły stan zdrowia) oraz LKZ – *Cel*

Korelacja między odpowiedzią na pytanie „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” ze skalą LKZ–*Stan* wynosząca  $\tau = 0,1204$ , wraz ze wzrostem tej aktywności obserwuje się również wzrost samooceny swojego zdrowia. (Wykres 54)



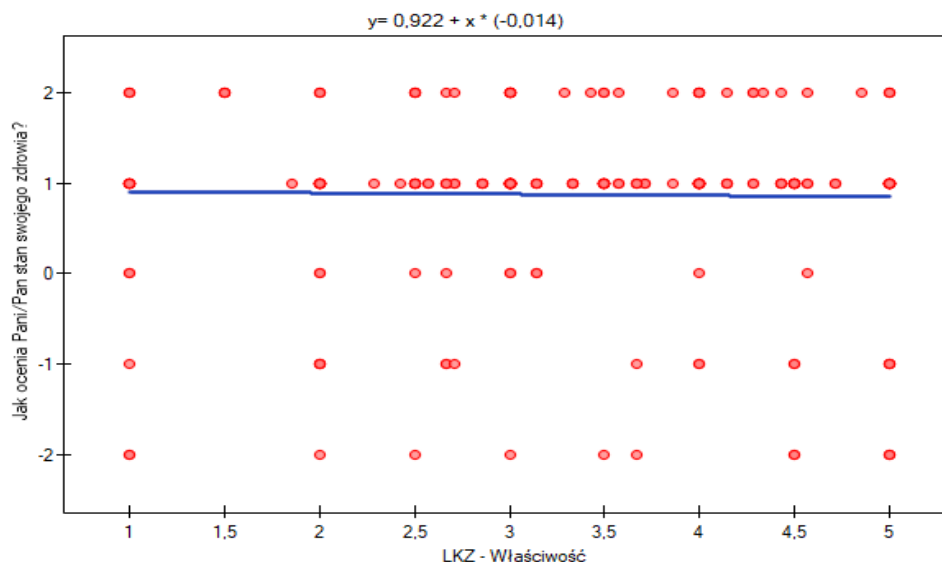
**Wykres 54.** Rozrzut wyników skali: „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” (gdzie jako 2 przyjęto bardzo dobry stan zdrowia, jako 1 dobry stan zdrowia, jako 0 trudno ocenić, jako -1 przyjęto zły stan zdrowia, jako -2 przyjęto bardzo zły stan zdrowia) oraz LKZ - Stan

Korelacja między odpowiedzią na pytanie „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” ze skalą LKZ–Proces wynosząca  $\tau=0,0961$ , wraz ze wzrostem tej aktywności obserwuje się również wzrost samooceny swojego zdrowia. (Wykres 55)



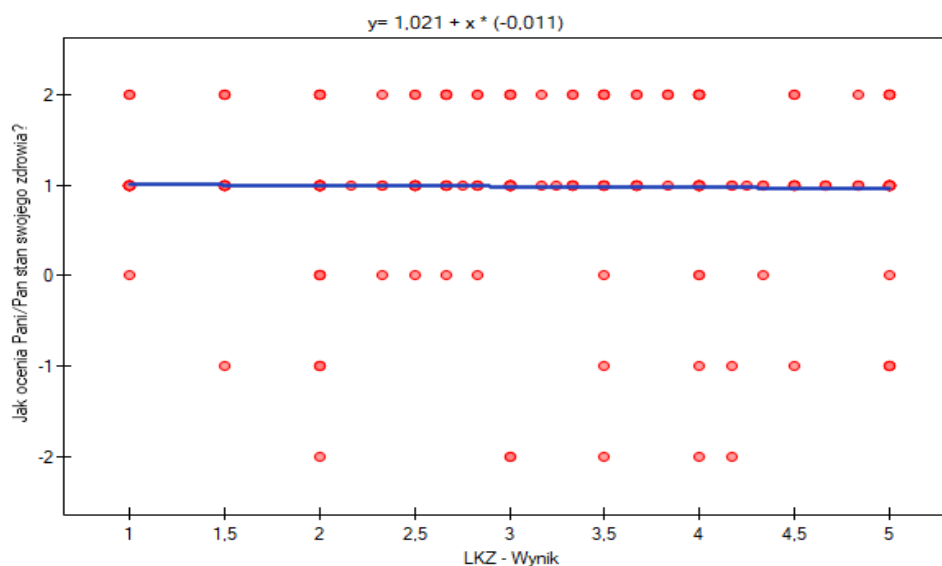
**Wykres 55.** Rozrzut wyników skali: „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” (gdzie jako 2 przyjęto bardzo dobry stan zdrowia, jako 1 dobry stan zdrowia, jako 0 trudno ocenić, jako -1 przyjęto zły stan zdrowia, jako -2 przyjęto bardzo zły stan zdrowia) oraz LKZ - Proces

Nie stwierdzono istotnej korelacji między odpowiedzią na pytanie „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” ze skalą LKZ – *Właściwość*. (Wykres 56)



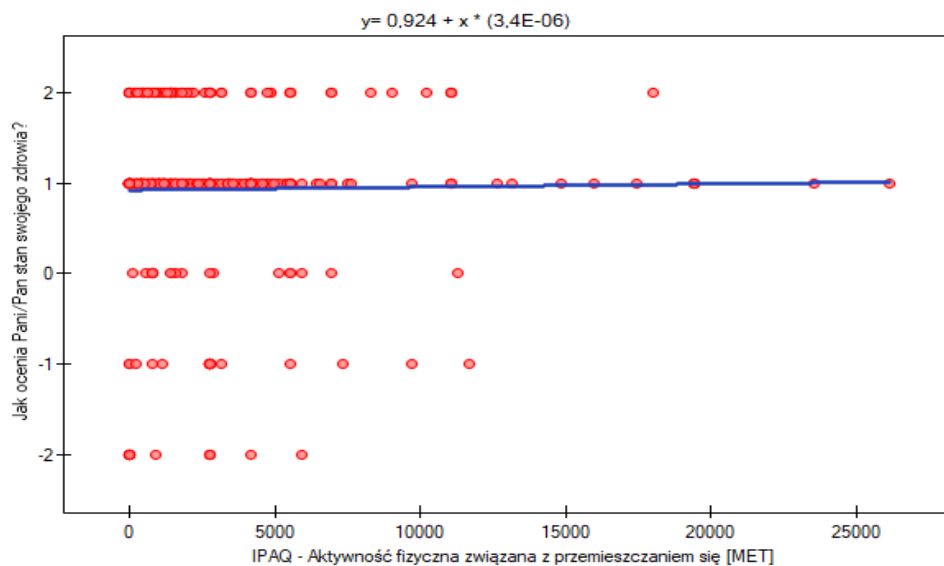
**Wykres 56.** Rozrzut wyników skali: „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” (gdzie jako 2 przyjęto bardzo dobry stan zdrowia, jako 1 dobry stan zdrowia, jako 0 trudno ocenić, jako -1 przyjęto zły stan zdrowia, jako -2 przyjęto bardzo zły stan zdrowia) oraz LKZ - Właściwość

Nie stwierdzono istotnej korelacji między odpowiedzią na pytanie „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” ze skalą LKZ – *Wynik*. (Wykres 57)



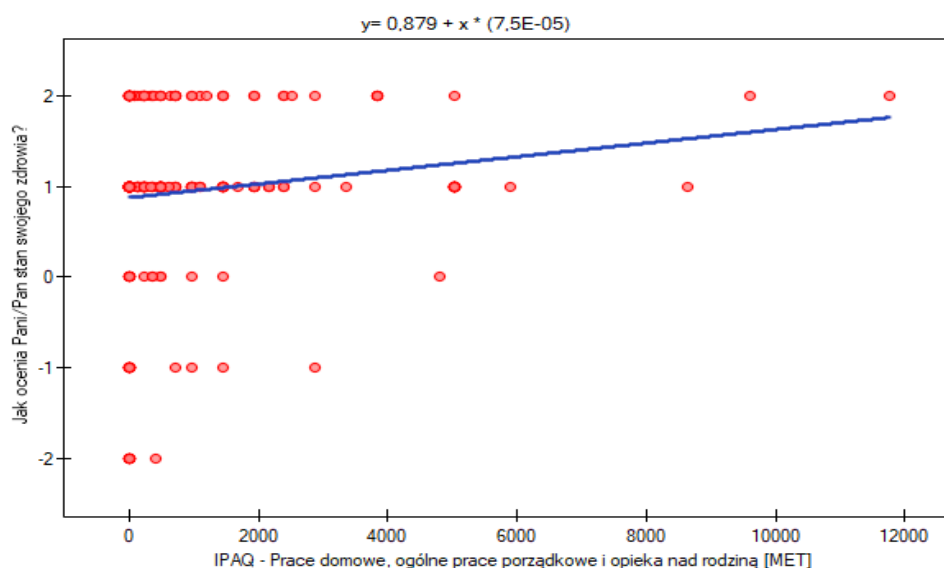
**Wykres 57.** Rozrzut wyników skali: „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” (gdzie jako 2 przyjęto bardzo dobry stan zdrowia, jako 1 dobry stan zdrowia, jako 0 trudno ocenić, jako -1 przyjęto zły stan zdrowia, jako -2 przyjęto bardzo zły stan zdrowia) oraz LKZ – *Wynik*

Nie stwierdzono istotnej korelacji między odpowiedzią na pytanie „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” ze skalą IPAQ – *Aktywność fizyczna związana z przemieszczaniem się [MET]*. (Wykres 58)



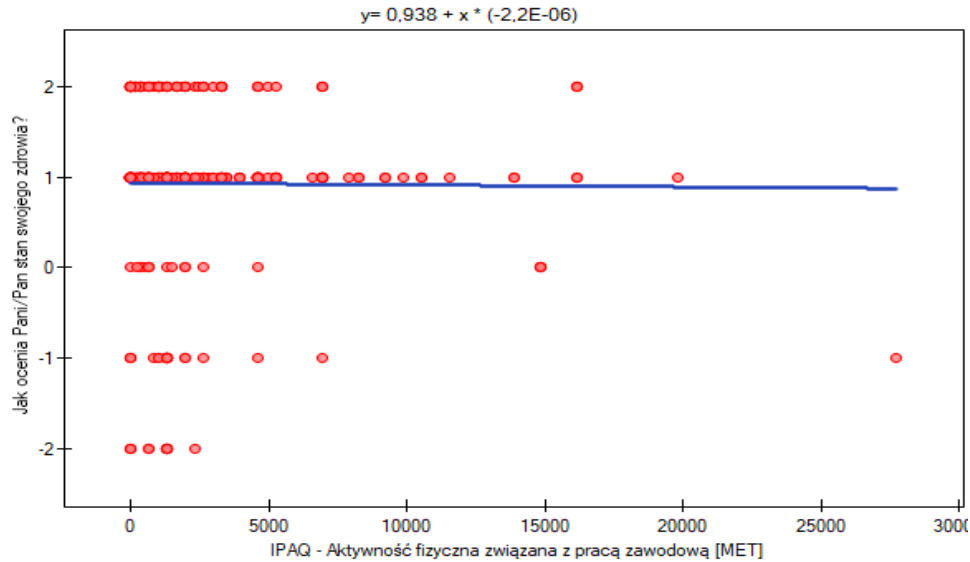
**Wykres 58.** Rozrzut wyników skali: „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” (gdzie jako 2 przyjęto bardzo dobry stan zdrowia, jako 1 dobry stan zdrowia, jako 0 trudno ocenić, jako -1 przyjęto zły stan zdrowia, jako -2 przyjęto bardzo zły stan zdrowia) oraz IPAQ – Aktywność fizyczna związana z przemieszczaniem się [MET]

Korelacja między odpowiedzią na pytanie „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” ze skalą IPAQ - *Prace domowe, ogólne prace porządkowe i opieka nad rodziną* [MET] wynosząca  $\tau=0,1738$ . Jest to najwyższa korelacja ze skalą IPAQ, czyli wraz ze wzrostem takiej aktywności obserwuje się również wzrost samooceny swojego zdrowia. (Wykres 59)



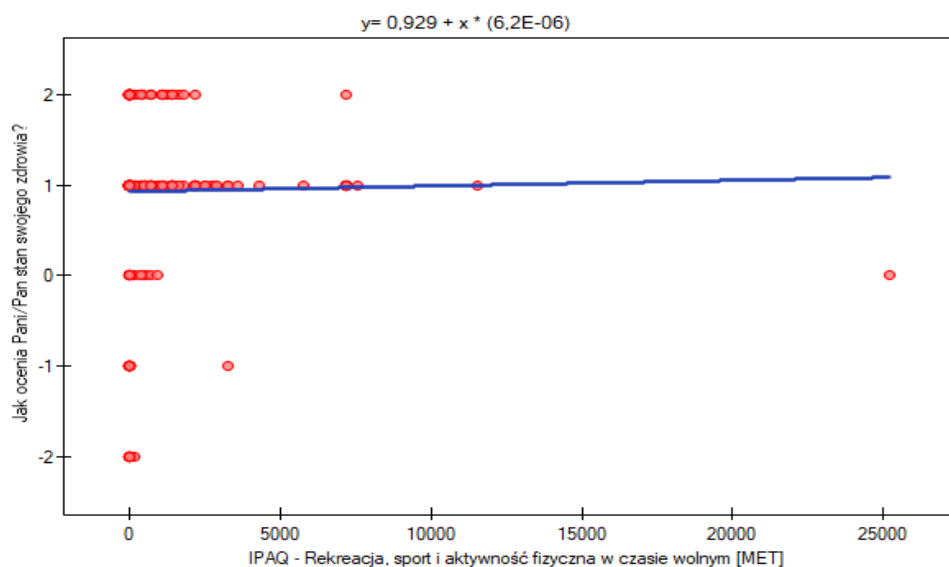
**Wykres 59.** Rozrzut wyników skali: „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” (gdzie jako 2 przyjęto bardzo dobry stan zdrowia, jako 1 dobry stan zdrowia, jako 0 trudno ocenić, jako -1 przyjęto zły stan zdrowia, jako -2 przyjęto bardzo zły stan zdrowia) oraz IPAQ – Prace domowe ogólne prace porządkowe i opieka nad rodziną [MET]

Nie stwierdzono istotnej korelacji między odpowiedzią na pytanie „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” ze skalą IPAQ – *Aktywność fizyczna związana z pracą zawodową [MET]*. (Wykres 60)



**Wykres 60.** Rozrzut wyników skali: „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” (gdzie jako 2 przyjęto bardzo dobry stan zdrowia, jako 1 dobry stan zdrowia, jako 0 trudno ocenić, jako -1 przyjęto zły stan zdrowia, jako -2 przyjęto bardzo zły stan zdrowia) oraz IPAQ – Aktywność fizyczna związana z pracą zawodową [MET]

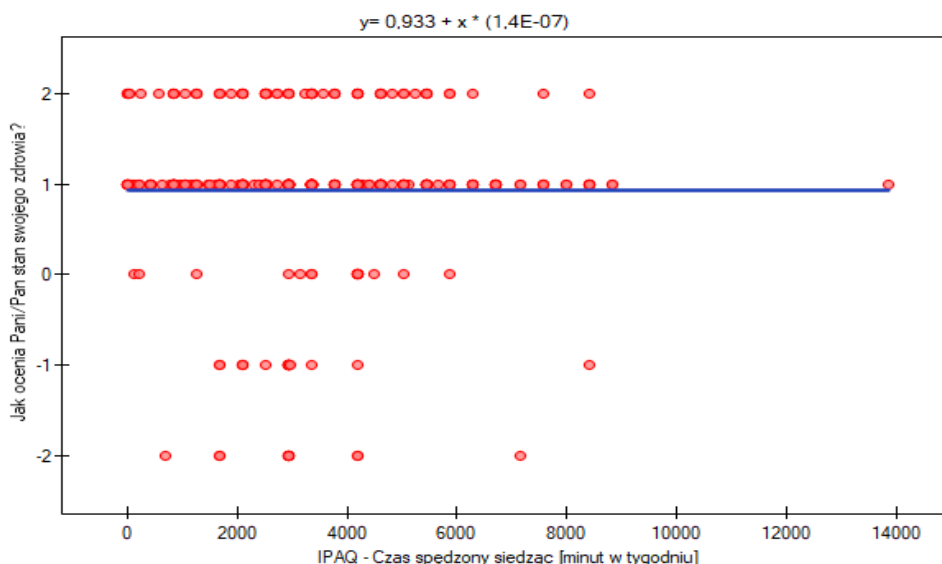
Nie stwierdzono istotnej korelacji między odpowiedzią na pytanie „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” ze skalą IPAQ – *Rekreacja, sport i aktywność fizyczna w czasie wolnym [MET]*. (Wykres 61)



**Wykres 61.** Rozrzut wyników skali: „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” (gdzie jako 2 przyjęto bardzo dobry stan zdrowia, jako 1 dobry stan zdrowia, jako 0 trudno ocenić, jako -1 przyjęto zły stan

zdrowia, jako -2 przyjęto bardzo zły stan zdrowia) oraz IPAQ – Rekreacja, sport i aktywność fizyczna w czasie wolnym [MET]

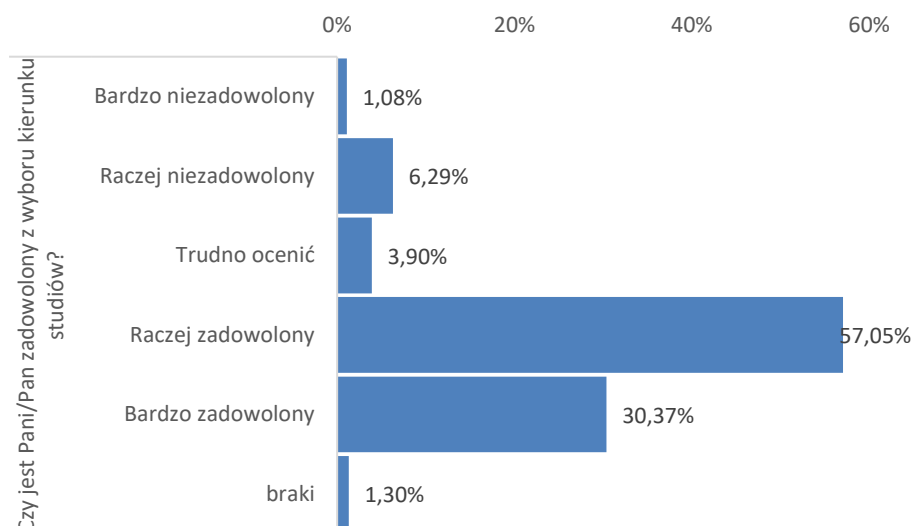
Nie stwierdzono istotnej korelacji między odpowiedzią na pytanie „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” ze skalą IPAQ – *Czas spędzony siedząc [MET]*. (Wykres 62)



**Wykres 62.** Rozrzut wyników skali: „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” (gdzie jako 2 przyjęto bardzo dobry stan zdrowia, jako 1 dobry stan zdrowia, jako 0 trudno ocenić, jako -1 przyjęto zły stan zdrowia, jako -2 przyjęto bardzo zły stan zdrowia) oraz IPAQ – Czas spędzony siedząc [minut w tygodniu]

### **3.10. Korelacje między zadowoleniem studentów z wyboru kierunku studiów a testem wiedzy z zakresu promocji zdrowia i kwestionariuszami IZZ, LKZ, IPAQ**

Ponad połowa studentów (57%) była raczej zadowolona z wyboru kierunku studiów. Około co trzeci student uważał, że jest bardzo zadowolony z wyboru podjętych studiów. W sporadycznych przypadkach byli raczej (6%) i bardzo niezadowoleni (1%) oraz nie potrafili ocenić (4%) własnego zadowolenia z wyboru kierunku studiów. (Wykres 63)



**Wykres 63.** Zadowolenie studentów z wyboru kierunku studiów

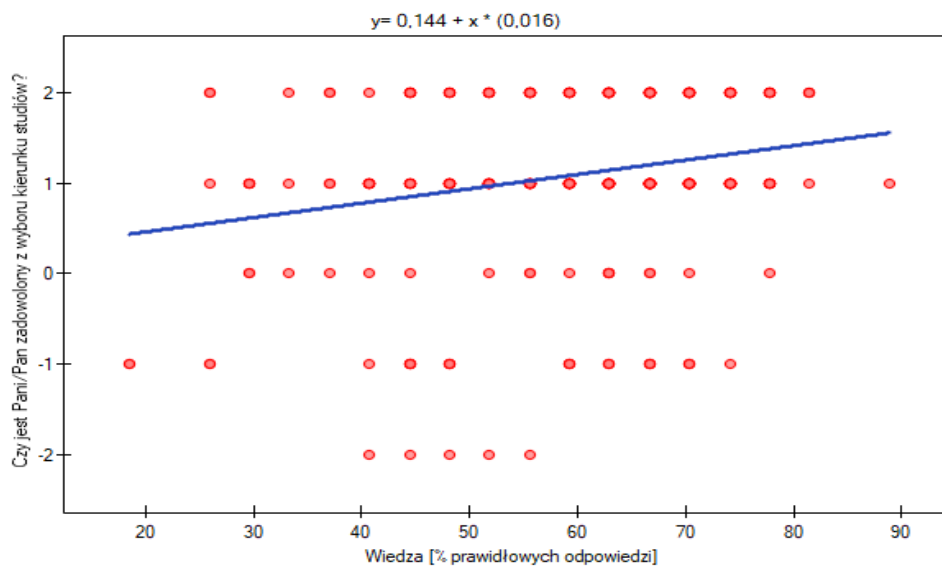
W poniższej tabeli oraz na wykresach 64 – 79 przedstawiono wyniki dla korelacji między odpowiedzią na pytanie „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?” a testem wiedzy z zakresu promocji wiedzy, kwestionariuszami IZZ, LKZ i IPAQ z uwzględnieniem płci oraz roku studiów.

**Tabela 8.** Korelacje między odpowiedzią na pytanie „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?” a testem wiedzy z zakresu promocji zdrowia

Test wiedzy z zakresu promocji zdrowia	tau	Z	p
Wiedza [% prawidłowych odpowiedzi]	0,1288	4,1045	<0,0001

Korelacja między odpowiedzią na pytanie „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?”, a *testem wiedzy z zakresu promocji zdrowia* wynosi  $\tau = 0,1288$ , czyli wraz ze wzrostem tej aktywności (liczba uzyskanych pkt z testu) wzrasta zadowolenie z wybranego kierunku studiów. (Wykres 64)





**Wykres 64.** Rozrzut wyników skali: „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?”(gdzie jako 1 przyjęto bardzo zadowolony, jako 2 raczej zadowolony, jako 0 trudno ocenić, jako -1 raczej nie zadowolony, jako -2 przyjęto bardzo niezadowolony) oraz Wiedza [% prawidłowych odpowiedzi]

**Tabela 9.** Korelacje między odpowiedzią na pytanie „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?” a skalami IZZ, LKZ, IPAQ.

Skala	tau	Z	p
IZZ - Pozytywne nastawienie psychiczne	0,0803	2,4709	0,0135
IZZ - Zachowania profilaktyczne	0,0607	1,8679	0,0618
IZZ - Prawidłowe nawyki żywieniowe	0,0916	2,8339	0,0046
IZZ - Praktyki zdrowotne	0,1546	4,7675	<0,0001
IZZ - Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych	0,108	3,3497	0,0008
LKZ - Cel	0,0481	1,1494	0,2504
LKZ - Stan	0,0707	1,9343	0,0531
LKZ - Proces	0,0611	1,6803	0,0929
LKZ - Właściwość	0,0273	0,6837	0,4942
LKZ - Wynik	0,0239	0,615	0,5385

Skala	tau	Z	p
IPAQ – Aktywność fizyczna związana z przemieszczaniem się [MET]	0,113	3,5583	0,0004
IPAQ - Prace domowe, ogólne prace porządkowe i opieka nad rodziną [MET]	0,1551	4,8828	<0,0001
IPAQ – Aktywność fizyczna związana z pracą zawodową [MET]	0,2538	7,9912	<0,0001
IPAQ – Rekreacja, sport i aktywność fizyczna w czasie wolnym [MET]	-0,2099	-6,609	<0,0001
IPAQ – Czas spędzany siedząc [minut w tygodniu]	-0,0469	-1,478	0,1394

Istotne korelacje zachodzące między odpowiedzią na pytanie „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?” a skalami, IZZ, LKZ i IPAQ to:

Skala IPAQ - *Aktywność fizyczna związana z przemieszczaniem się* [MET] (tau= 0,113, p=0,0004)

Skala IPAQ - *Aktywność fizyczna związana z pracą zawodową* [MET] (tau= 0,2538, p<0,0001)

Skala IPAQ - *Rekreacja, sport i aktywność fizyczna w czasie wolnym* [MET] (tau= -0,2099, p<0,0001)

Skala IPAQ - *Prace domowe, ogólne prace porządkowe i opieka nad rodziną* [MET] (tau= 0,1551, p<0,0001)

Skala IPAQ – *Czas spędzany siedząc* [minut w tygodniu], (tau= -0,0469, p= 0,1394)

Skala IZZ - *Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych* (tau= 0,108, p=0,0008)

Skala IZZ - *Pozytywne nastawienie psychiczne* (tau= 0,0803, p=0,0135)

Skala IZZ - *Praktyki zdrowotne* (tau= 0,1546, p<0,0001)

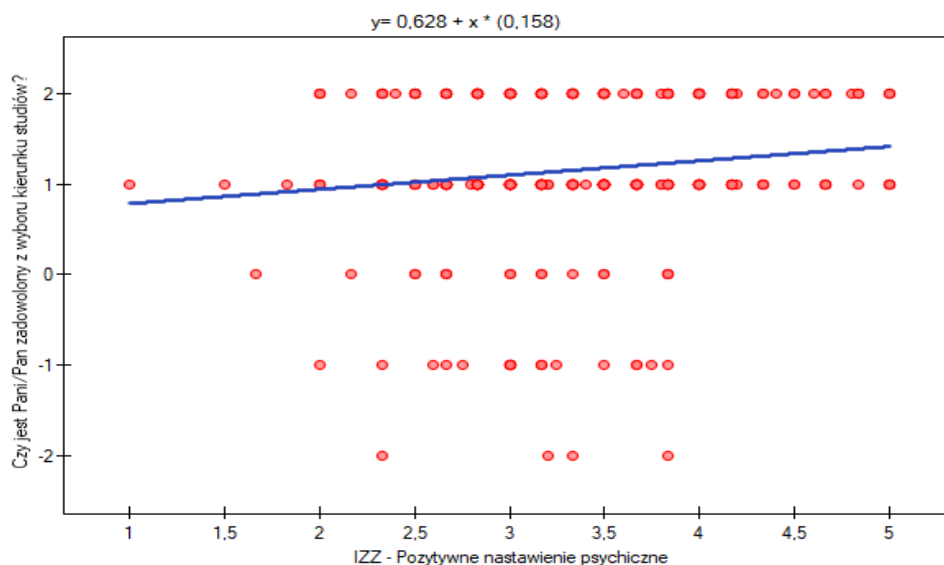
Skala IZZ - *Prawidłowe nawyki żywieniowe* (tau= 0,0916, p=0,0046)

Skala *Wiedza* [% prawidłowych odpowiedzi] (tau= 0,1288, p<0,0001)

Są to korelacje bardzo niskie, a więc nie mogą być uznane za prawidłowości, a ich istotność wynika z faktu uwzględnienia wielu ankietowanych. Najwyższa z nich to korelacja ze skalą IPAQ - *Aktywność fizyczna związana z pracą zawodową* [MET] wynosząca tau=0,2538 czyli wraz ze wzrostem takiej aktywności obserwuje się również wzrost zadowolenia z kierunku studiów. Kolejna pod względem wysokości to korelacja ze skalą IPAQ - *Rekreacja, sport i aktywność fizyczna w czasie wolnym* [MET]

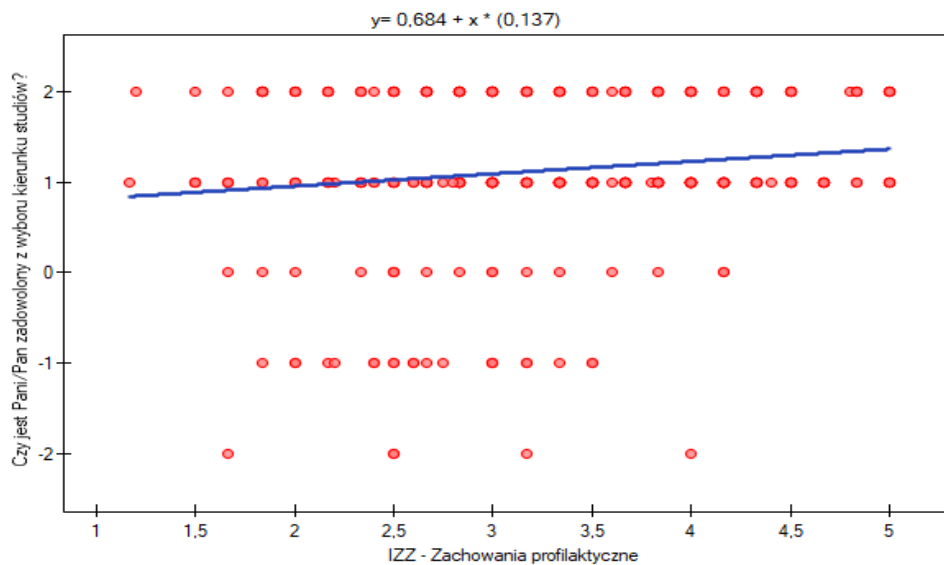
wynosząca  $\tau = -0,2099$  i jest to korelacja ujemna, czyli wraz ze wzrostem takiej aktywności u ankietowanych obserwuje się spadek zadowolenia z kierunku studiów (innymi słowy studenci tego kierunku, którzy uprawiają aktywność fizyczną w czasie wolnym nie są zadowoleni ze studiów – im więcej przeznaczają czasu na rekreację, sport tym mniejsze zadowolenie ze studiów na tym kierunku). Podobnie korelacja ze skalą IPAQ – *Czas spędzany siedząc* [minut w tygodniu] jest korelacją ujemną  $\tau = -0,0469$ . Tylko korelacje ze skalą IPAQ - *Prace domowe, ogólne prace porządkowe i opieka nad rodziną* [MET] i ze skalą IZZ - *Praktyki zdrowotne* są na poziomie 0,5 tj. kolejno  $\tau = 0,1551$  i  $\tau = 0,1546$  a wszystkie pozostałe korelacje są poniżej wysokości 0,15.

Korelacja między odpowiedzią na pytanie „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?”, a skalą IZZ - *Pozytywne nastawienie psychiczne* wynosząca  $\tau = 0,0803$ , wraz ze wzrostem tej aktywności wzrasta zadowolenie z wybranego kierunku studiów. (Wykres 65)



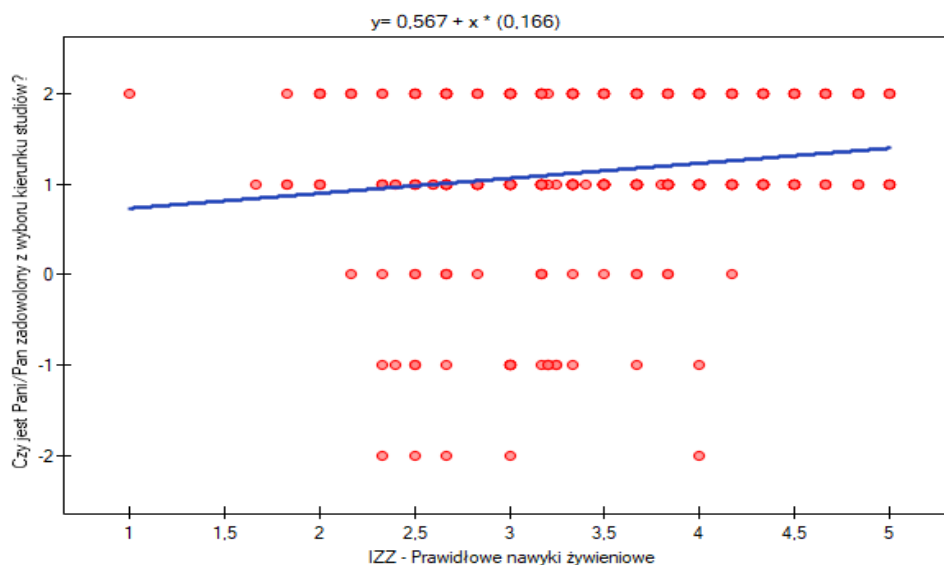
**Wykres 65.** Rozrzut wyników skali: „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?” (gdzie jako 1 przyjęto bardzo zadowolony, jako 2 raczej zadowolony, jako 0 trudno ocenić, jako -1 raczej nie zadowolony, jako -2 przyjęto bardzo niezadowolony) oraz IZZ - Pozytywne nastawienie psychiczne

Nie stwierdzono istotnej korelacji między odpowiedzią na pytanie „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?” a skalą IZZ – *Zachowania profilaktyczne*. (Wykres 66)



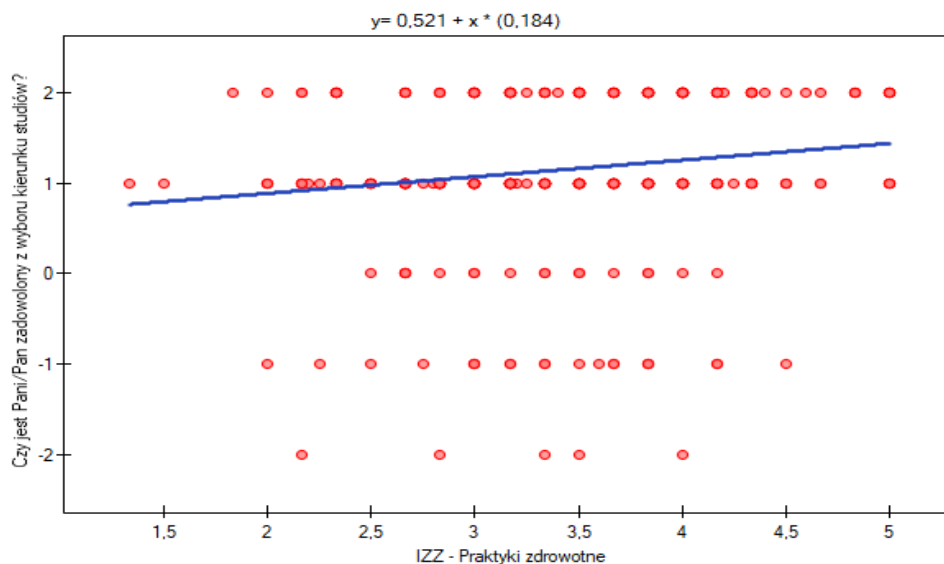
**Wykres 66.** Rozrzut wyników skali: „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?” (gdzie jako 1 przyjęto bardzo zadowolony, jako 2 raczej zadowolony, jako 0 trudno ocenić, jako -1 raczej nie zadowolony, jako -2 przyjęto bardzo niezadowolony) oraz IZZ - Zachowania profilaktyczne

Korelacja między odpowiedzią na pytanie „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?”, a skalą IZZ – *Prawidłowe nawyki żywieniowe* wynosząca  $\tau = 0,0916$ , wraz ze wzrostem tej aktywności wzrasta zadowolenie z wybranego kierunku studiów. (Wykres 67)



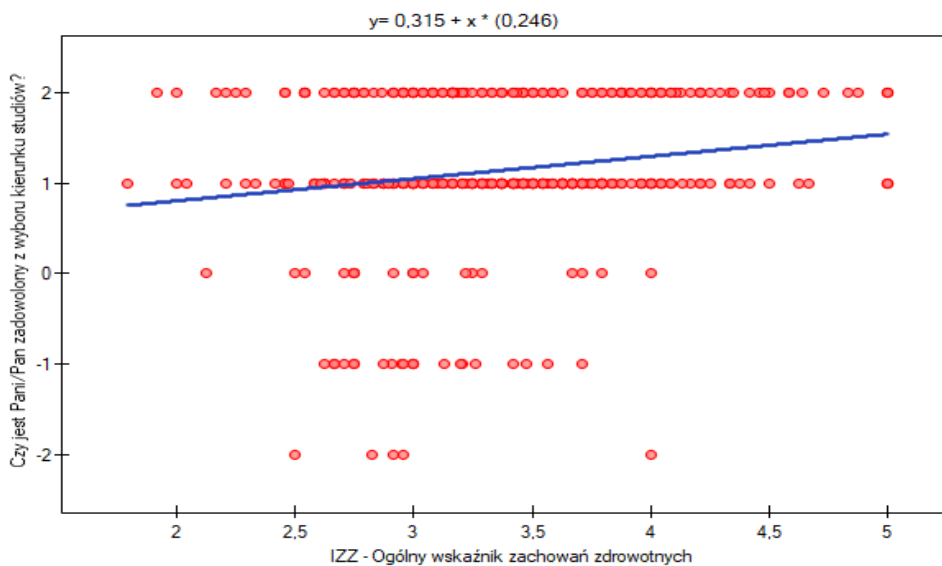
**Wykres 67.** Rozrzut wyników skali: „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?” (gdzie jako 1 przyjęto bardzo zadowolony, jako 2 raczej zadowolony, jako 0 trudno ocenić, jako -1 raczej nie zadowolony, jako -2 przyjęto bardzo niezadowolony) oraz IZZ - Prawidłowe nawyki żywieniowe

Korelacja między odpowiedzią na pytanie „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?”, a skalą IZZ – *Praktyki zdrowotne* wynosząca  $\tau = 0,1546$ . Jest to najwyższa korelacja ze skalą IZZ, ze wzrostem tej aktywności obserwuje się również wzrost zadowolenia z kierunku studiów. (Wykres 68)



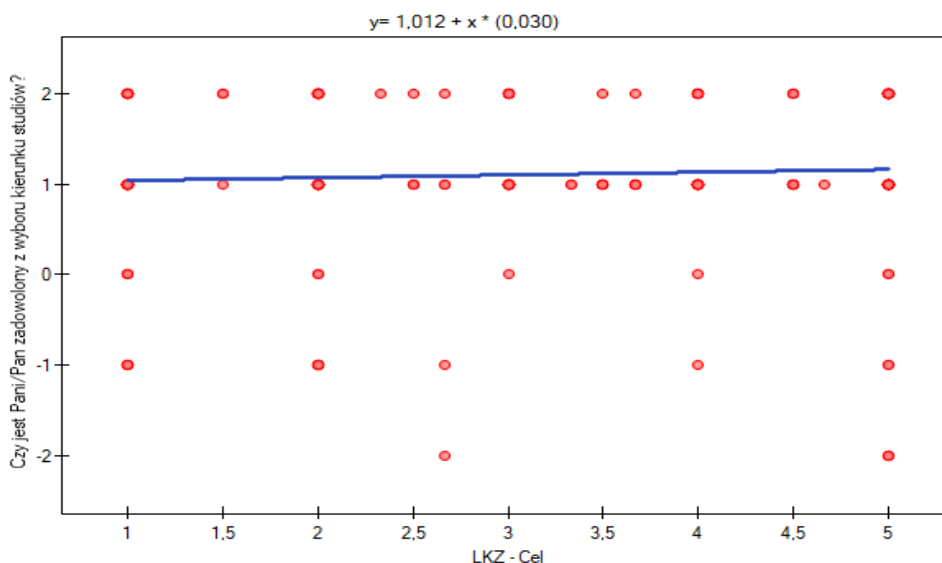
**Wykres 68.** Rozrzut wyników skali: „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?” (gdzie jako 1 przyjęto bardzo zadowolony, jako 2 raczej zadowolony, jako 0 trudno ocenić, jako -1 raczej nie zadowolony, jako -2 przyjęto bardzo niezadowolony) oraz IZZ - Praktyki zdrowotne

Korelacja między odpowiedzią na pytanie „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?”, a skalą IZZ – *Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych* wynosząca  $\tau = 0,108$ , wraz ze wzrostem tej aktywności wzrasta zadowolenie z wybranego kierunku studiów. (Wykres 69)



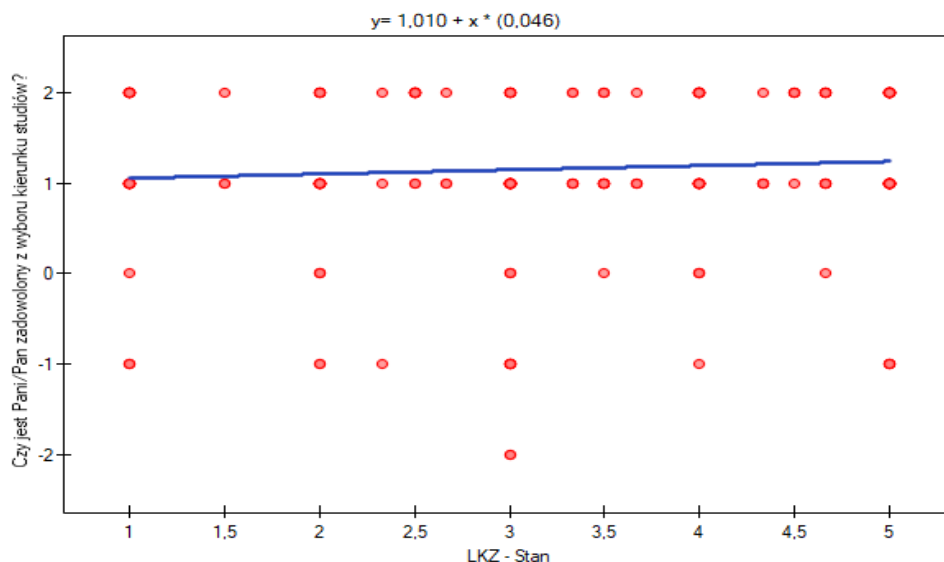
**Wykres 69.** Rozrzut wyników skali: „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?” (gdzie jako 1 przyjęto bardzo zadowolony, jako 2 raczej zadowolony, jako 0 trudno ocenić, jako -1 raczej nie zadowolony, jako -2 przyjęto bardzo niezadowolony) oraz IZZ - Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych

Nie stwierdzono istotnej korelacji między odpowiedzią na pytanie „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?”, a skalą LKZ –*Cel*. (Wykres 70)



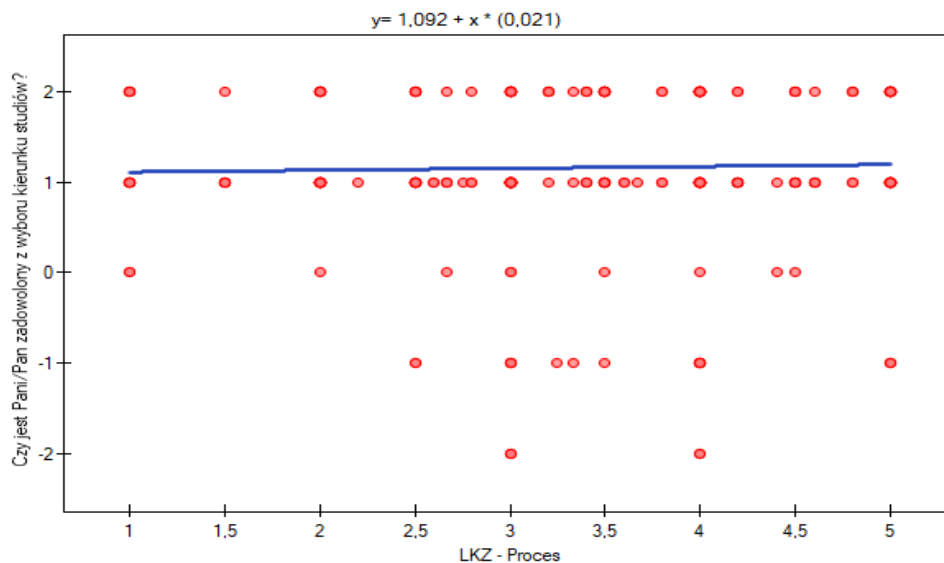
**Wykres 70.** Rozrzut wyników skali: „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?” (gdzie jako 1 przyjęto bardzo zadowolony, jako 2 raczej zadowolony, jako 0 trudno ocenić, jako -1 raczej nie zadowolony, jako -2 przyjęto bardzo niezadowolony) oraz LKZ –*Cel*

Nie stwierdzono istotnej korelacji między odpowiedzią na pytanie „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?”, a skalą LKZ –*Stan*. (Wykres 71)



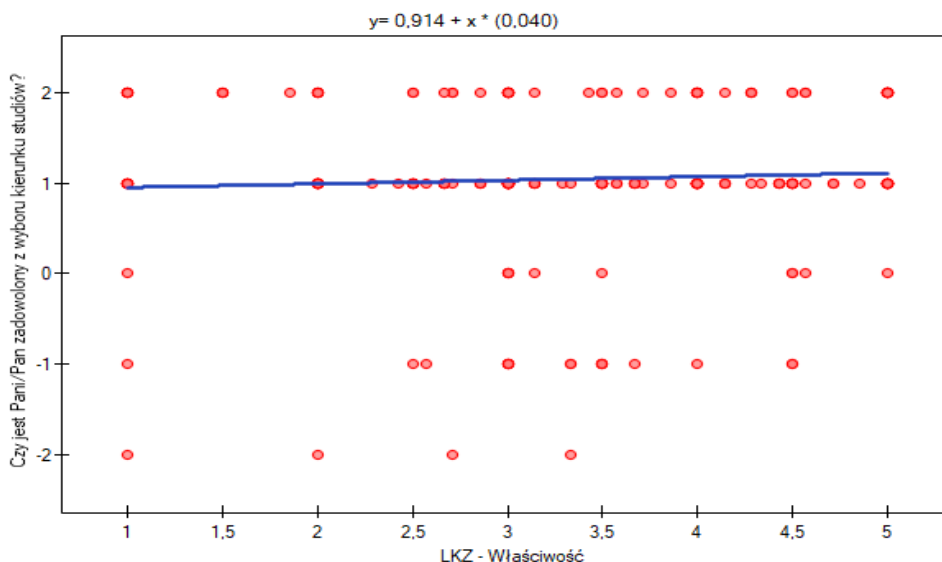
**Wykres 71.** Rozrzut wyników skali: „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?” (gdzie jako 1 przyjęto bardzo zadowolony, jako 2 raczej zadowolony, jako 0 trudno ocenić, jako -1 raczej nie zadowolony, jako -2 przyjęto bardzo niezadowolony) oraz LKZ – Stan

Nie stwierdzono istotnej korelacji między odpowiedzią na pytanie „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?”, a skalą LKZ –Proces. (Wykres 72)



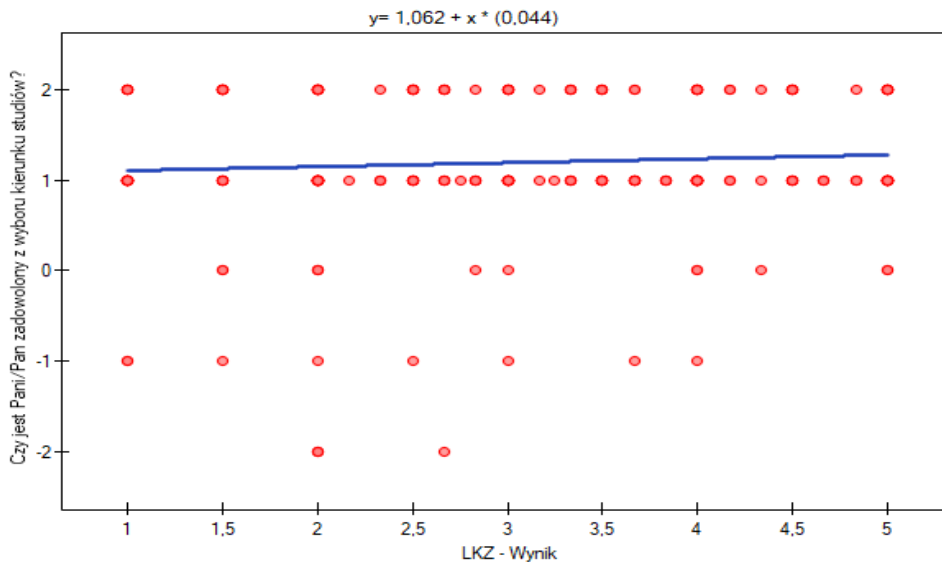
**Wykres 72.** Rozrzut wyników skali: „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?” (gdzie jako 1 przyjęto bardzo zadowolony, jako 2 raczej zadowolony, jako 0 trudno ocenić, jako -1 raczej nie zadowolony, jako -2 przyjęto bardzo niezadowolony) oraz LKZ – Proces

Nie stwierdzono istotnej korelacji między odpowiedzią na pytanie „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?”, a skalą LKZ –Właściwość. (Wykres 73)



**Wykres 73.** Rozrzut wyników skali: „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?” (gdzie jako 1 przyjęto bardzo zadowolony, jako 2 raczej zadowolony, jako 0 trudno ocenić, jako -1 raczej nie zadowolony, jako -2 przyjęto bardzo niezadowolony) oraz LKZ – Właściwość

Nie stwierdzono istotnej korelacji między odpowiedzią na pytanie „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?”, a skalą LKZ – Wynik. (Wykres 74)

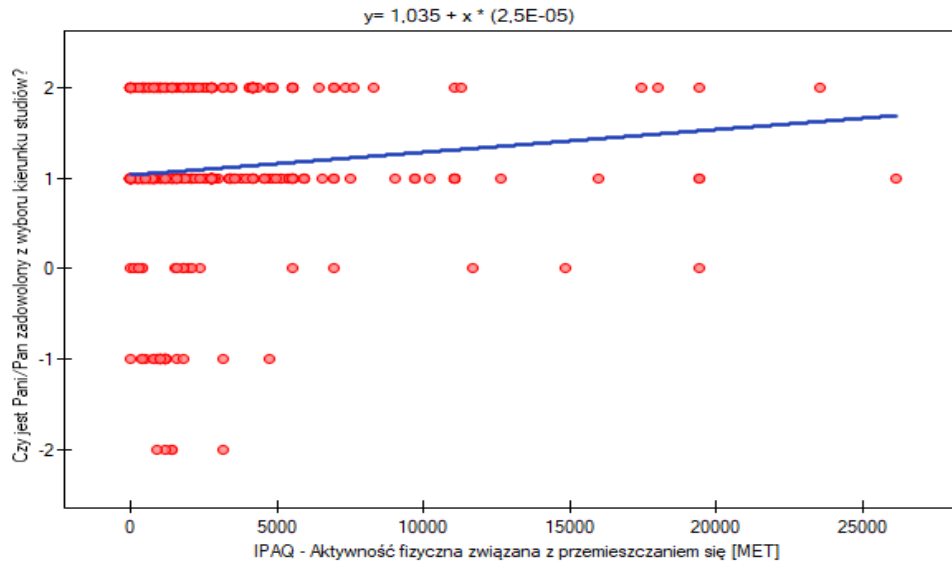


**Wykres 74.** Rozrzut wyników skali: „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?” (gdzie jako 1 przyjęto bardzo zadowolony, jako 2 raczej zadowolony, jako 0 trudno ocenić, jako -1 raczej nie zadowolony, jako -2 przyjęto bardzo niezadowolony) oraz LKZ – Wynik

Korelacja między odpowiedzią na pytanie „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?”, a skalą IPAQ – Aktywność fizyczna związana

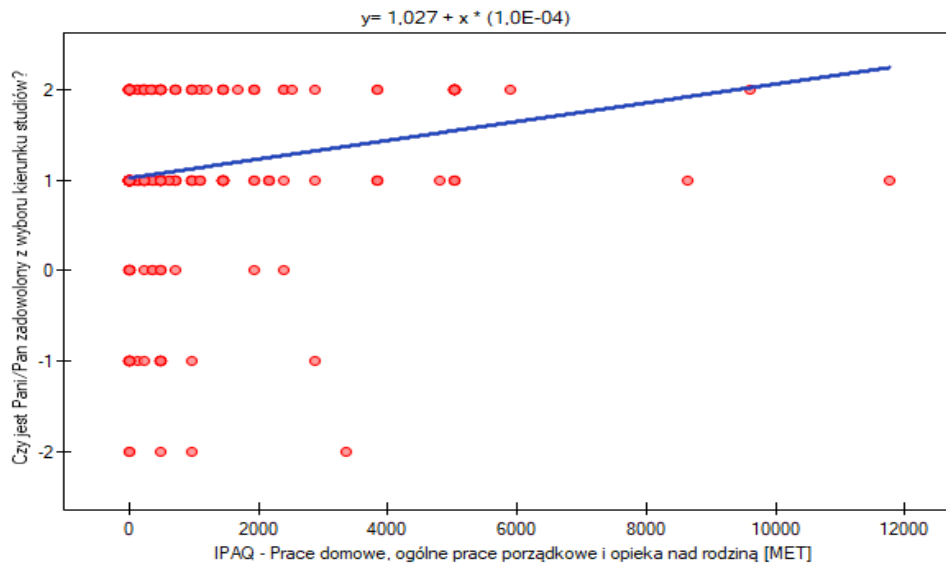


z *przemierzaniem się* [MET] wynosząca  $\tau=0,113$ , wraz ze wzrostem tej aktywności wzrasta zadowolenie z kierunku studiów. (Wykres 75)



**Wykres 75.** Rozrzut wyników skali: „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?” (gdzie jako 1 przyjęto bardzo zadowolony, jako 2 raczej zadowolony, jako 0 trudno ocenić, jako -1 raczej nie zadowolony, jako -2 przyjęto bardzo niezadowolony) oraz IPAQ – Aktywność fizyczna związana z przemieszczaniem się [MET]

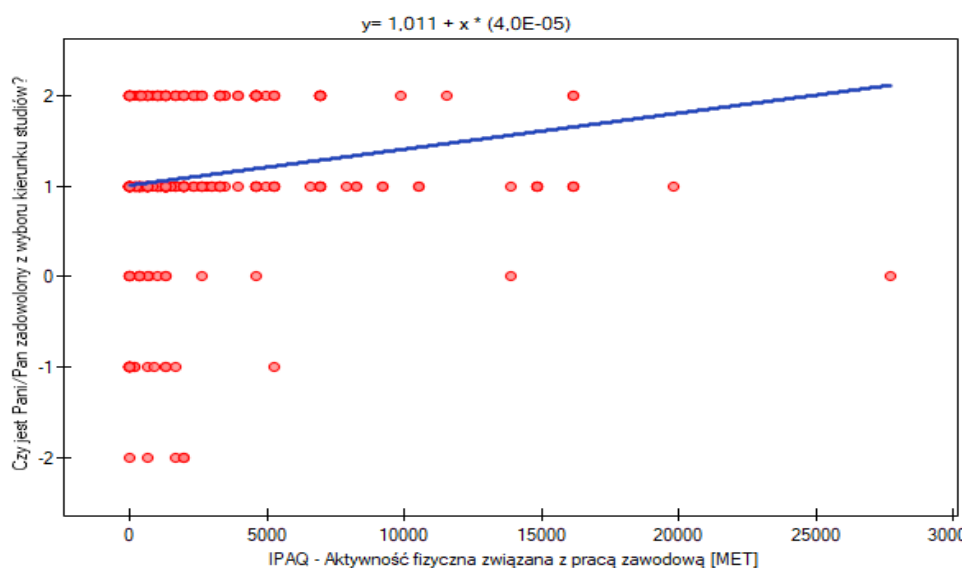
Korelacja między odpowiedzią na pytanie „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?”, a skalą IPAQ – *Prace domowe, ogólne prace porządkowe i opieka nad rodziną* [MET] wynosząca  $\tau=0,1551$ . Wraz ze wzrostem tej aktywności wzrasta zadowolenie z kierunku studiów. (Wykres 76)



**Wykres 76.** Rozrzut wyników skali: „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?” (gdzie jako 1 przyjęto bardzo zadowolony, jako 2 raczej zadowolony, jako 0 trudno ocenić, jako -1 raczej nie

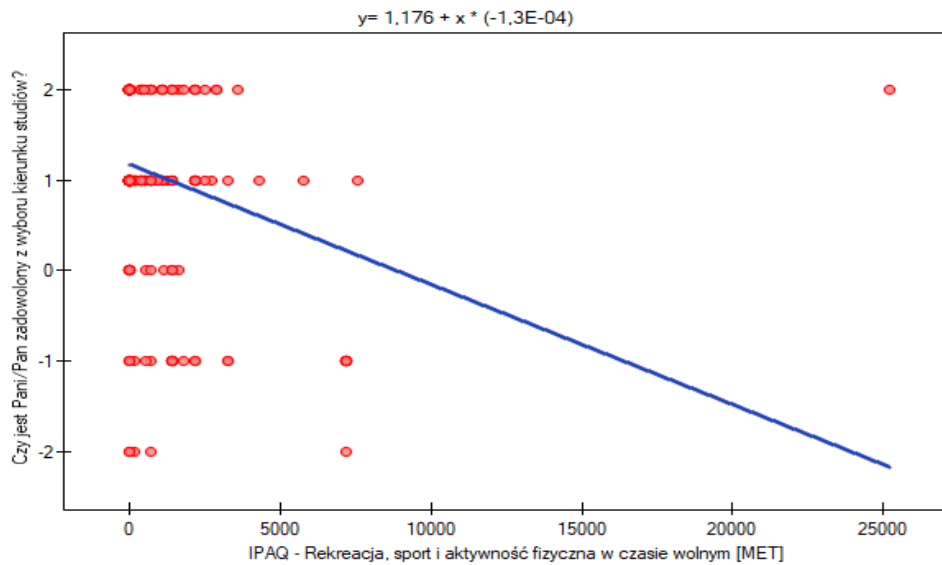
zadowolony, jako -2 przyjęto bardzo niezadowolony) oraz IPAQ – Prace domowe, ogólne prace porządkowe i opieka nad rodziną [MET]

Korelacja między odpowiedzią na pytanie „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?”, a skalą IPAQ – *Aktywność fizyczna związana z pracą zawodową* [MET] wynosząca  $\tau=0,2538$ . Jest to najwyższa korelacja ze skalą IPAQ, czyli wraz ze wzrostem takiej aktywności obserwuje się również wzrost zadowolenia z kierunku studiów. (Wykres 77)



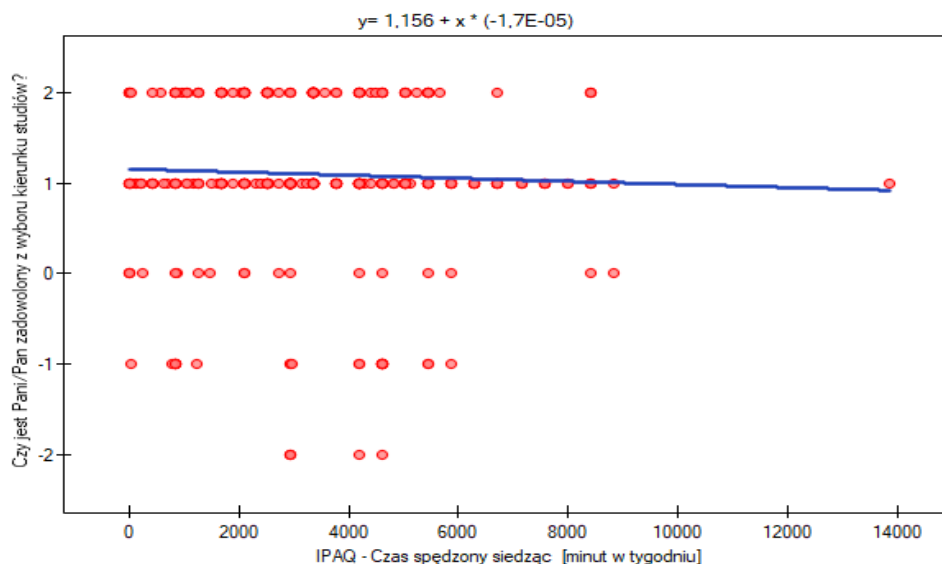
**Wykres 77.** Rozrzut wyników skali: „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?” (gdzie jako 1 przyjęto bardzo zadowolony, jako 2 raczej zadowolony, jako 0 trudno ocenić, jako -1 raczej nie zadowolony, jako -2 przyjęto bardzo niezadowolony) oraz IPAQ – Aktywność fizyczna związana z pracą zawodową [MET]

Korelacja między odpowiedzią na pytanie „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?”, a skalą IPAQ – *Rekreacja, sport i aktywność fizyczna w czasie wolnym* [MET] wynosząca  $\tau=-0,2099$ , jest to korelacja ujemna, czyli wraz ze wzrostem tej aktywności u ankietowanych obserwuje się spadek zadowolenia z kierunku studiów, im więcej czasu student przeznaczą na rekreację, sport tym mniejsze zadowolenie z wybranego kierunku studiów. (Wykres 78)



**Wykres 78.** Rozrzut wyników skali: „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?” (gdzie jako 1 przyjęto bardzo zadowolony, jako 2 raczej zadowolony, jako 0 trudno ocenić, jako -1 raczej nie zadowolony, jako -2 przyjęto bardzo niezadowolony) oraz IPAQ – Rekreacja, sport i aktywność fizyczna w czasie wolnym [MET]

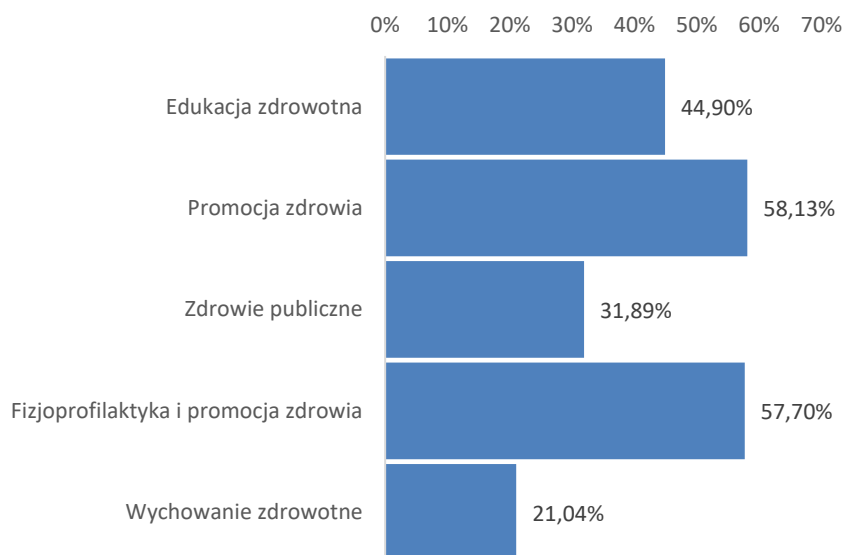
Nie stwierdzono istotnej korelacji między odpowiedzią na pytanie „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?”, a skalą IPAQ – Czas spędzony siedząc [MAT]. (Wykres 79)



**Wykres 79.** Rozrzut wyników skali: „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?” (gdzie jako 1 przyjęto bardzo zadowolony, jako 2 raczej zadowolony, jako 0 trudno ocenić, jako -1 raczej nie zadowolony, jako -2 przyjęto bardzo niezadowolony) oraz IPAQ – Czas spędzony siedząc [minut w tygodniu]

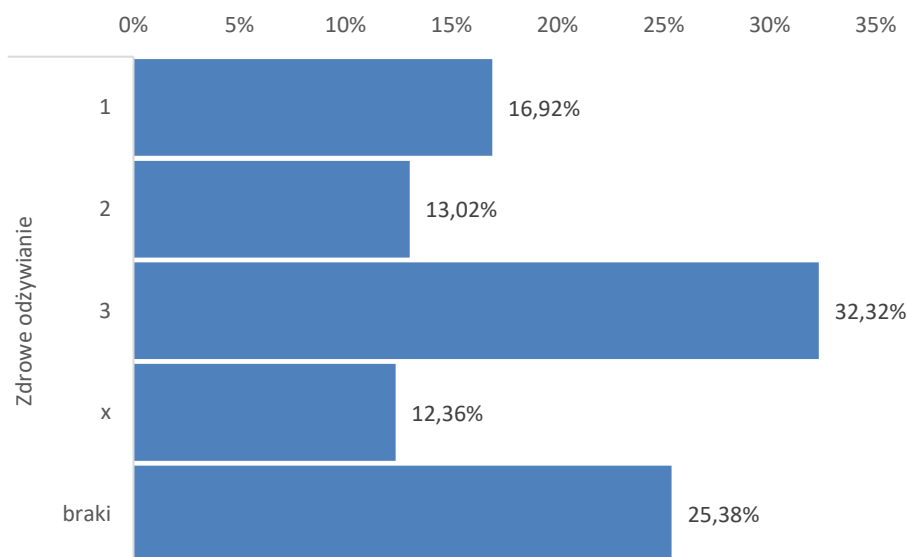
### 3.11. Przedmioty nauczania o tematyce zdrowia realizowane w trakcie studiów na kierunku fizjoterapia

Ponad połowa studentów w trakcie studiów na kierunku fizjoterapii zrealizowała lub realizuje przedmiot nauczania *Promocję zdrowia* oraz *Fizjoprofilaktykę i promocję zdrowia*, a niespełna połowa (45%) – *Edukację zdrowotną*. Około co trzeci student zapoznał się w okresie odbywania studiów z przedmiotem *Zdrowie publiczne*, natomiast co piąty z *Wychowaniem zdrowotnym*. (Wykres 80)



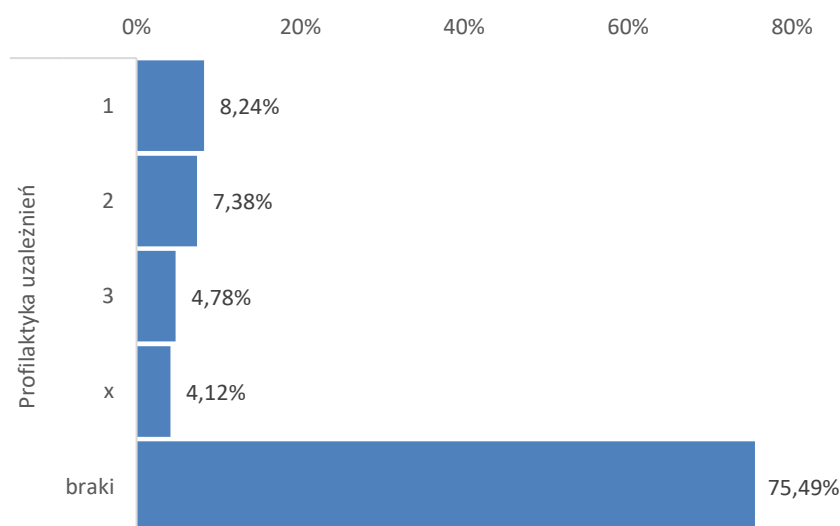
**Wykres 80.** Przedmioty realizowane lub zrealizowane przez studentów w trakcie studiów

Co trzeci ankietowany uważał, że takie przedmioty nauczania, jak *promocja zdrowia* i *edukacja zdrowotna* powinny obejmować w najwyższym stopniu tematykę *zdrowego odżywiania*, 17% ankietowanych podawało, że w najniższym stopniu, a 13% w pośrednim stopniu. Ponad co dziesiąty badany nie nadał rangi przypisanej tematyce. (Wykres 81)



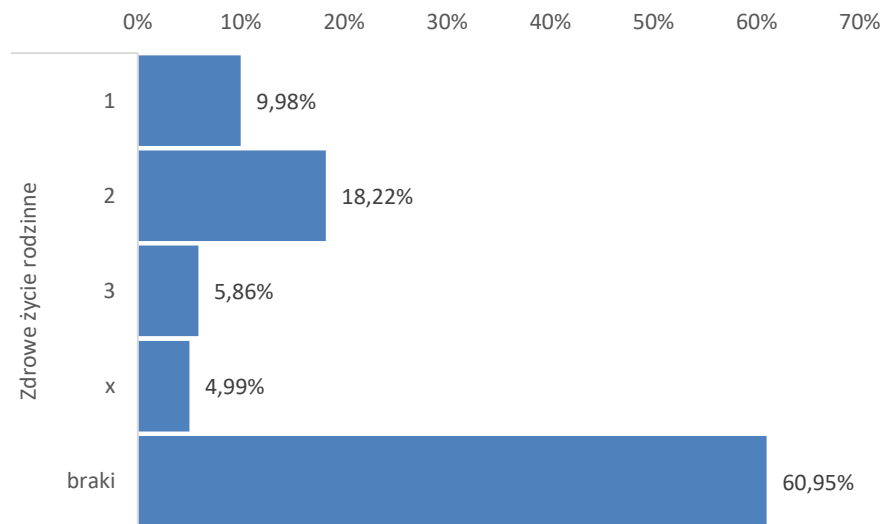
**Wykres 81.** Zdrowe odżywianie, jako główny element obejmujący tematykę promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej. (gdzie 3-najwyższy stopień, 2-pośredni stopień, 1-najniższy stopień)

Przedmioty nauczania takie, jak promocja zdrowia, edukacja zdrowotna według ponad co dwunastego badanego powinny w najwyższym stopniu obejmować tematykę dotyczącą profilaktyki uzależnień. Ponad co czternasty student uważa, iż w pośrednim stopniu, a co dwudziesty w najniższym stopniu przypisuje znaczenie problematyce profilaktyki uzależnień. Nie nadał rangi co dwudziesty piąty student. (Wykres 82)



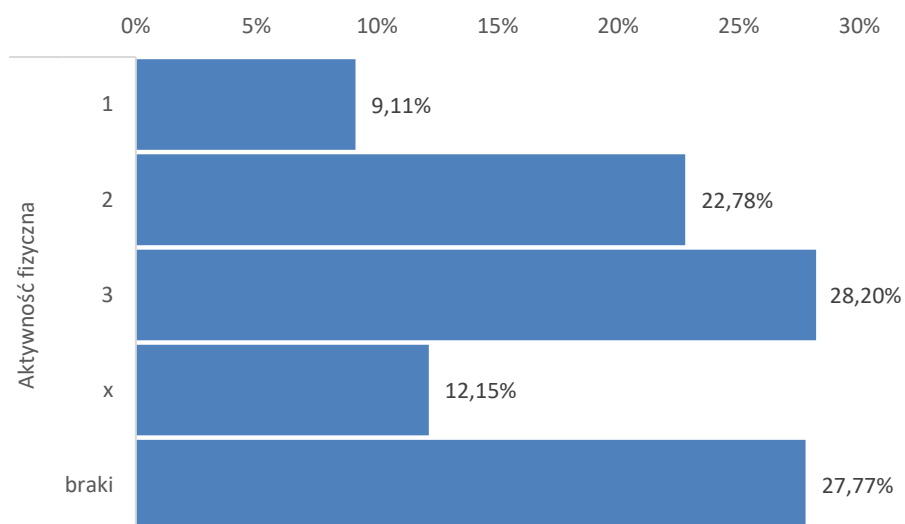
**Wykres 82.** Profilaktyka uzależnień, jako główny element obejmujący tematykę promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej (gdzie 3-najniższy stopień, 2-pośredni stopień, 1-najwyższy stopień)

Część ankietowanych (18%) jest zdania, iż przedmioty nauczania promocja zdrowia i edukacja zdrowotna powinny obejmować w pośrednim stopniu tematykę *zdrowe życie rodzinne*, 10% - najniższym stopniu, a 6% w najwyższym stopniu. Co dwudziesty badany nie nadał rangi opisywanemu zagadnieniu. (Wykres 83)



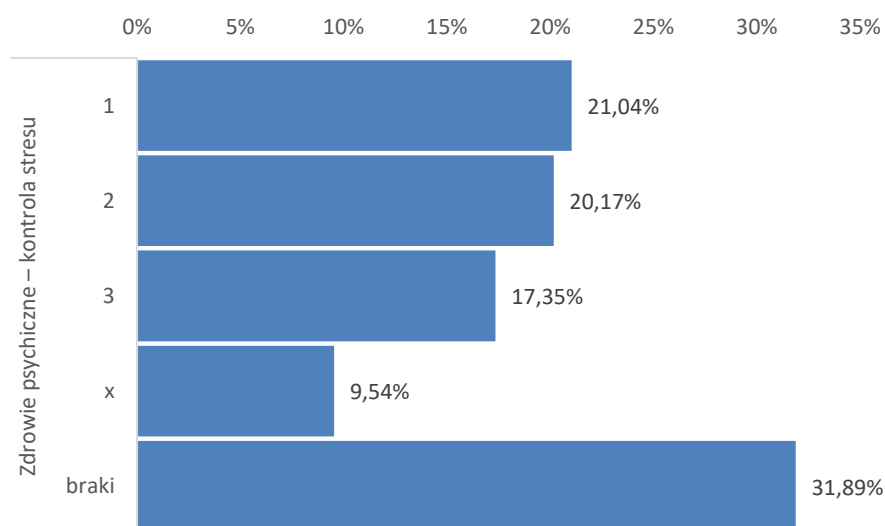
**Wykres 83.** Zdrowe życie rodzinne, jako główny element obejmujący tematykę promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej (gdzie 3-najwyższy stopień, 2-pośredni stopień, 1-najniższy stopień)

Ponad co czwarty ankietowany twierdzi, że promocja zdrowia, edukacja zdrowotna powinna obejmować w najwyższym stopniu tematykę *aktywności fizycznej*, 3% w pośrednim stopniu, a 9% w najniższym stopniu. Ponad co dziesiąty student nie nadał rangi analizowanemu zagadnieniu. (Wykres 84)



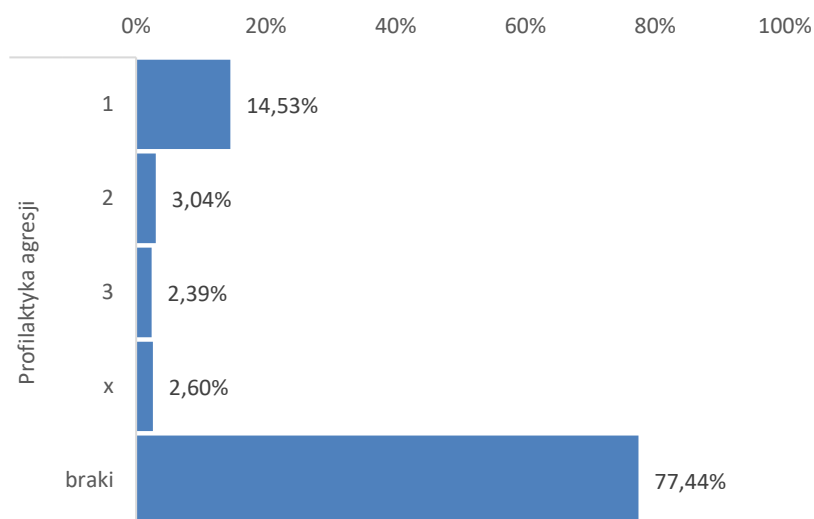
**Wykres 84.** Aktywność fizyczna, jako główny element obejmujący tematykę promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej (gdzie 3-najwyższy stopień, 2-pośredni stopień, 1-najniższy stopień)

Co piąty student uważał, że promocja zdrowia, edukacja zdrowotna powinna obejmować w najniższym oraz pośrednim stopniu tematykę *zdrowie psychiczne-kontrola stresu*. W najwyższym stopniu przypisało tę tematykę 17% badanych. Natomiast co dziesiąty nie nadał rangi. (Wykres 85)



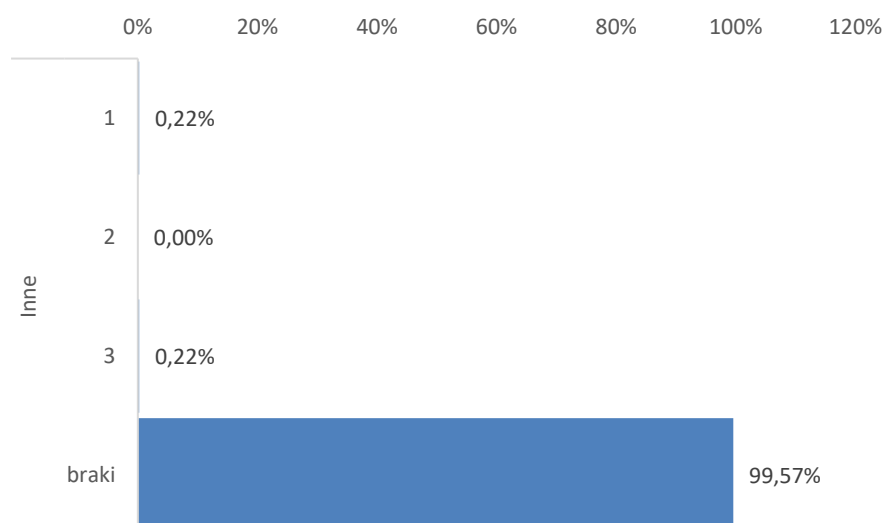
**Wykres 85.** Zdrowie psychiczne- kontrola stresu, jako główny element obejmujący tematykę promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej (gdzie 3-najwyższy stopień, 2-pośredni stopień, 1-najniższy stopień)

Ponad co szósty ankietowany uważa, że promocja zdrowia, edukacja zdrowotna powinna w najniższym stopniu obejmować tematykę związaną z profilaktyką agresji. Nieliczni badani uważali, iż w pośrednim, w najwyższym stopniu lub nie nadali rangi. (Wykres 86)



**Wykres 86.** Profilaktyka agresji, jako główny element obejmujący tematykę promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej (gdzie 3-najwyższy stopień, 2-pośredni stopień, 1-najniższy stopień)

Sporadycznie uważano, że promocja zdrowia i edukacja zdrowotna powinny obejmować w najniższym i najwyższym stopniu *inną* niż została wymieniona tematyka na kierunku fizjoterapii. (Wykres 87)



**Wykres 87.** Inne elementy obejmujące tematykę promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej (gdzie 3-największy stopień, 2-pośredni stopień, 1-najmniejszy stopień)



## 4. DYSKUSJA

Bycie zdrowym dla każdego człowieka przyjmuje inne znaczenie i często określa różne stany, w jakich się znajduje. Najczęściej jest to uwarunkowane wiekiem, płcią, wykształceniem, sytuacją finansową i społeczną, a także przyjętą hierarchią wartości wyznaczającą cele życiowe. Okres studencki to stresogenny czas w życiu młodego człowieka, w którym występuje wiele negatywnie oddziałujących na zdrowie czynników. Niewątpliwie jest to czas samodzielności i niezależności, a także okres sprzyjający różnym też próbom eksperymentowania, naśladowania, wybierania i w konsekwencji zmieniania zachowań zdrowotnych w swoim życiu.

Przedstawione wyniki niniejszych badań i analiz statystycznych wykazały, że najwięcej ankietowanych (62%) uznało *zdrowie własne* za zdecydowanie bardzo ważne, a 14% za raczej ważne. W korelacji między odpowiedzią na pytanie „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia” a poszczególnymi domenami skali odniesiono się do kwestionariuszy: IZZ, LKZ, IPAQ. Najwyższa korelacja jest ze skalą kwestionariusza IZZ - *Praktyki zdrowotne* wynosząca  $\tau=0,2046$ . Oznacza to, iż wraz ze wzrostem praktyk zdrowotnych u ankietowanych obserwuje się również wzrost samooceny swojego zdrowia. Natomiast pozostałe korelacje są poniżej wartości 0,2. Z nich tylko jedna jest wyższa od 0,15 i jest to korelacja ze skalą IPAQ - *Prace domowe, ogólne prace porządkowe i opieka nad dziećmi* [MET] wynosząca  $\tau=0,1738$ . Czyli wraz ze wzrostem takiej aktywności obserwuje się również wzrost samooceny swojego zdrowia. W badaniach E. Działkowskiej – Zaborszczyk i współ.<sup>152</sup> najwyższą ocenę stanu zdrowia – „dobry” wybrało 40%, a ocenę „dość dobry” 33% respondentów. Aż 21% badanych nie potrafiło dokonać jednoznacznej oceny stanu zdrowia wybierając kategorię odpowiedzi „ani dobry ani zły”. Ocenę stanu zdrowia „dobry” częściej wybierali mężczyźni niż kobiety. Negatywne oceny stanu zdrowia „raczej zły” i „zły” częściej wybierali mężczyźni niż kobiety. Natomiast oceny stanu zdrowia „dość dobry” oraz „ani dobry ani zły” dominowały w przypadku kobiet.

W badaniach prowadzonych wśród studentów kierunku ekonomii, mechaniki i fizjoterapii, około co trzeci badany (32%) oceniał swój stan zdrowia, jako średni,

---

<sup>152</sup> E. Działkowska-Zaborszczyk, B. Ciabiada, I. Maniecka-Bryła, *Samoocena stanu zdrowia jako predyktor umieralności przedwczesnej*. Probl Hig Epidemiol, 2014, 95, (4), 866-870.

a co dwudziesty (5%) jako bardzo dobry. Niepokojące jest, iż 30% respondentów oceniło swoje zdrowie, jako złe. Grupa studentów z kierunku fizjoterapii najczęściej oceniała swoje zdrowie na poziomie dobrym (13 osób) oraz średnim (9 osób). Najrzadziej udzielano odpowiedzi dotyczącej złego (6 osób) i bardzo dobrego (5 osób) stanu zdrowia. Żaden ze studentów fizjoterapii nie ocenił swojego stanu zdrowia jako bardzo złego.<sup>153</sup>

W badaniach zrealizowanych przez GUS w 2015 r. w populacji dorosłych mieszkańców Polski, ponad 80% respondentów zadeklarowało, że zdrowie ma w ich życiu bardzo duże znaczenie. Tylko jedna na sto osób uznała to znaczenie za średnie lub małe. W tych samych badaniach ukazano, że zdrowie ma bardzo duże znaczenie wówczas, gdy trzeba wybierać pomiędzy różnymi wartościami. Jako jedną z trzech najważniejszych wartości, (spośród 19 uwzględnionych w badaniu) zdrowie wskazało 89% respondentów. Natomiast wśród trzech wartości wybieranych jako najważniejsze, aż 66% społeczeństwa wskazywało zdrowie jako pierwsze w kolejności.<sup>154</sup> W badaniach zrealizowanych przez CBOS w dniach od 5 do 15 listopada 2020 r. na próbie liczącej 1052 osoby, zapytano respondentów, co jest dla nich w życiu najważniejsze. Wśród wartości, które badani wyszczególniali najczęściej było zdrowie, które jako najważniejsze w życiu wymieniło 47% respondentów.<sup>155</sup> W badaniu zrealizowanym w styczniu 2019 r. wybierając z listy zawierającej 16 różnych wartości (można było wskazać z niej nie więcej niż pięć wartości, które uważano za najważniejsze w swoim codziennym życiu), ankietowani najczęściej podkreślali szczęście rodzinne (80%). Zachowanie dobrego zdrowia znalazło się na drugim miejscu pod względem częstości wskazań (55%).<sup>156</sup>

W świecie zdominowanym przez nowinki technologiczne, młodzi ludzie potrzebują wartości, by ich życie nie stało się iluzją i nie straciło ludzkiego charakteru. Wartości, jakie zostaną przekazane młodemu człowiekowi, chronią go przed zagrożeniami dnia codziennego oraz chęcią łatwego życia za wszelką cenę. Na podstawie badań M. Lewickiej wynika, że młodzież kończąca integracyjną szkołę podstawową, na szczycie hierarchii wartości stawia wartości allocentryczne. Rodzina,

---

<sup>153</sup> A. Gałuszka, *Assessment of health behaviors among students of selected majors*. Journal of Education, Health and Sport, 2021;11(12):139-149.

<sup>154</sup> *Rocznik Statystyczny 2015*, GUS, 2017, 91–96.

<sup>155</sup> R. Boguszewski oprac., Komunikat z badań, *Wartości w czasach zarazy*. 2020, 160 CBOS, 1.

<sup>156</sup> B. Badora oprac., Komunikat CBOS, *Rodzina – jej znaczenie i rozumienie*. luty, 2019.

miłość, przyjaźń, życzliwość, szacunek i akceptacja ze strony innych stanowią większą wartość niż wartości materialne. Zapoznając się z literaturą na temat hierarchii wartości młodych ludzi można zauważyć wiele rozbieżności w wynikach badań. Jak sugerują autorzy taka sytuacja może wynikać z różnic pomiędzy wartościami deklarowanymi, a uobecnionymi w życiu lub świadczyć o powolnym procesie przewartościowań wśród młodych osób. Autorka podkreśla również fakt, że w porównaniu do poprzednich lat nastąpił wzrost wśród młodzieży wartości pracy i pozycji zawodowej.<sup>157</sup>

Jak już zaznaczono, określenie „być zdrowym” ma dla wielu ludzi różne znaczenie, wynika to z różnych uwarunkowań zdrowia i zależy m.in. od wieku, płci, sytuacji zdrowotnej, społecznej, ale też od systemu wartości wskazującego cele życiowe.<sup>158</sup> Wartości w życiu każdego człowieka nie występują w izolacji, lecz tworzą pewną hierarchię. Człowiek przyznaje wartościom różną rangę i stopień przydatności dla swego istnienia i rozwoju.<sup>159</sup> W badaniach własnych analizowano następujące wartości: zdrowie własne, zdrowie w rodzinie, bogactwo, pracę, rodzinę, wykształcenie, wiedzę, mądrość, pomoc innym, Boga i wiarę oraz miłość. Wybrane wartości zostały przez respondentów uszeregowane według skali: 5-zdecydowanie bardzo ważny, 4-raczej ważny, 3-trudno określić, 2-zdecydowanie nieważny, 1-raczej nieważny. Analiza wartości życiowych ukazała swoistą hierarchię, na szczycie której znalazło się zdrowie wskazywane przez 62% studentów, dla których było ono zdecydowanie bardzo ważne. Na drugim miejscu wyszczególnione przez studentów było zdrowie w rodzinie (34%) oraz rodzina (33,2%). Na trzecim miejscu plasuje się miłość (21%). Kolejne miejsce w hierarchii wartości zajmuje mądrość (20%). Na piątym miejscu wymieniana była pomoc innym (13%) oraz wiedza (13%). Niższe miejsca w hierarchii wartości zajmuje wykształcenie (11%) oraz Bóg i wiara (10%). Najniższe miejsca zostały przypisane przez studentów fizjoterapii takim wartościom, jak pracy (7%) oraz bogactwu (7%). Uwagę więc zwraca wysokie uplasowanie zdrowia. Można przypuszczać, iż taki wybór jest przejawem docenienia znaczenia zdrowia dla badanej grupy studentów fizjoterapii.

---

<sup>157</sup> M. Lewicka. *Wartości deklarowane przez uczniów kończących integracyjną szkołę podstawową. Komunikat z badań*. Uniwersytet Adama Mickiewicza w Poznaniu. Wydział Teologiczny, Poznań, 2009.

<sup>158</sup> M. Hyland, *Health and values; the values underlying health measurement and health resource*. *Psychology and Health*, 1997, (12), 389–403.

<sup>159</sup> J. Baniak, *Studenci a wartości naczelne*. „*Studia Socjologiczne*” nr 4, Warszawa, 1986, 85.

G. Nowicki i B. Ślusarska uważają, iż sposób, w jaki człowiek postrzega własne zdrowie, ma wpływ na jego samopoczucie, aktywność życiową, jak również na podejmowanie zachowań sprzyjających zdrowiu. Realizując działania promujące zdrowie, ważny jest sposób jego definiowania oraz czy zdrowie utożsamiane jest ze stanem, właściwością lub procesem.<sup>160</sup> Pojmowanie zdrowia jako procesu nawiązuje do modelu salutogenetycznego według A. Antonovsky'ego. W modelu tym zakłada się, iż stanem normalnym dla organizmu człowieka jest nieuporządkowanie oraz stan zaburzonej homeostazy. Zdrowie jako proces odnosi się do poszukiwania i utrzymywania równowagi wobec obciążeń, z którymi spotyka się organizm.<sup>161</sup> W badaniach E. Naszydłowskiej i wsp. wśród studentów kierunków medycznych Akademii Świętokrzyskiej w Kielcach ukazano, iż najwyższą wagę przypisywali zdrowiu rozumianemu jako wartość i proces. Zdrowie rozumiane jako wynik i cel znajduje się na dalszym miejscu. Dla badanych studentów „być zdrowym” oznacza: „należycie się odżywiać”, „nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych” i „mieć sprawne wszystkie części ciała”.<sup>162</sup> Z badań M. Lewickiej i wsp. wynika, że studentki najwyższą wagę przypisują zdrowiu w rozumieniu „właściwość”, dopiero później, jako „cel”, „stan”, „proces” i „wynik”.<sup>163</sup> Natomiast dokonując analizy badań własnych zauważono, iż studentki pierwszego jak i piątego roku fizjoterapii, największą wagę przypisywały zdrowiu rozumianemu, jako wynik. Natomiast grupa ankietowanych, obydwu płci pierwszego roku studiów, najwyżej oceniała zdrowie, rozumiane, jako stan. Zbliżone wyniki otrzymano w wyniku prowadzonych badań przez A. Delugę i wsp. wśród pielęgniarek, które pokazują, że rozumieją one zdrowie przede wszystkim jako: właściwość i stan. Natomiast zdrowie jako wynik, proces i cel ma dla nich niewielkie znaczenie. Być zdrowym, w opinii pielęgniarek oznacza: „nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych”, „mieć sprawne wszystkie części ciała”, „czuć się

---

<sup>160</sup> G. Nowicki, B. Ślusarska, *Determinanty społeczno-demograficzne wartościowania zdrowia wśród pracujących osób dorosłych. Socio-demographic determinants of health evaluation among working adults*. *Hygeia Public Health*, 2011, 46, (2), 280-285.

<sup>161</sup> A. Antonovsky, *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia: Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Instytut Psychologii i Neurologii, Warszawa, 2005.

<sup>162</sup> E. Naszydłowska, J. Krawczyńska, D. Kozieł, G. Czerwiak, M. Trawczyńska, *Wartościowanie zdrowia, a zachowania promujące zdrowie studentów*. *Annales UMCS*, 2005, LX, suppl. XVI, 349: 62-66.

<sup>163</sup> M. Lewicka, A. Dzierżak, M. Sulima, *Health as a value in the opinion of students of nursing and midwifery*. *Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue*, 2013, (4), 22-28.

szczęśliwym przez większość czasu, „należy się odżywiać”, a także „umieć przystosować się do zmian w życiu”.<sup>164</sup>

W prezentowanych wynikach badań stwierdzono istotną różnicę rozkładów wyników skali LKZ – Wynik. Stwierdzono wysoce istotną ( $Z=2,76$ ,  $p=0,0057$ ) różnicę między płciami z wyższym wynikiem u kobiet, podczas gdy rok studiów nie różnicował wyników w tej skali. Również stwierdzono wysoce istotną różnicę rozkładów wyników skali LKZ – Stan. Nie stwierdzono istotnej różnicy między płciami, podczas gdy rok studiów różnicował wyniki wysoce istotnie ( $Z=2,95$ ,  $p=0,0032$ ) tej skali i wyższe wyniki występowały na pierwszym roku studiów. Z kolei badania przeprowadzone przez G. Nowickiego i B. Ślusarską<sup>165</sup> wykazały, że osoby starsze (powyżej 50. roku życia) chętniej spośród poszczególnych domen skali LKZ wybierały - cel zdrowotny – „dożyć późnej starości” ( $p = 0,002$ ) oraz „mieć sprawne wszystkie części ciała” ( $p = 0,008$ ). Natomiast badana przez K. Puchalskiego grupa osób starszych częściej myśli o zdrowiu jako czymś, co nieuchronnie się zużywa.<sup>166</sup> Również w innych badaniach osób starszych uszeregowanie rangowe kryteriów zdrowia pozwoliło na ustalenie różnic/podobieństw dotyczących wyborów, jakich dokonali respondenci. Uzyskane wyniki wskazują na zbliżone rozumienie zdrowia wśród badanych bez względu na wiek, obecność choroby oraz stan cywilny. Analiza statystyczna wykazała, że dla badanych w tej grupie wiekowej „być zdrowym” w pierwszej kolejności znaczy „dożyć późnej starości”, „czuć się szczęśliwym przez większość czasu” oraz „mieć sprawne wszystkie części ciała”. Osoby starsze największą wagę przykładają do zdrowia rozumianego jako cel i stan. Kolejno badani utożsamiali zdrowie z pewnymi właściwościami, takimi jak: „mieć sprawne wszystkie części ciała”, „nie chorować”, „nie odczuwać dolegliwości fizycznych”. Tak uzyskane wyniki mogą być pomocne w planowaniu polityki ochrony zdrowia i pomocy społecznej, a także działań w zakresie polityki rodzinnej.<sup>167</sup> Istnieje społeczne przekonanie, że studenci kierunków medycznych, którzy przygotowują się do zawodów związanych z opieką zdrowotną,

---

<sup>164</sup> A. Deluga, B. Dobrowolska, B. Kosicka, A. Brzozowska, *Wartościowanie zdrowia w opinii pielęgniarek w odniesieniu do zmiennych społeczno – demograficznych*. Health evaluation with relation to socio-demographic variables – nurses’ opinions. Journal of Education, Health and Sport, 2016, 6,(4), 167-180.

<sup>165</sup> N. Nowicki, B. Ślusarska, *Determinanty społeczno-demograficzne...* op.cit.

<sup>166</sup> K. Puchalski, *Potoczne definiowanie zdrowia*. Annales UMCS., 2005, vol. LX, suppl. XVI, 430: 414–417.

<sup>167</sup> M. Janiszewska, B. Kulik, D. Żołnierczuk-Kieliszek, K. Pawlikowska-Łagód, A. Kryk, *Wartościowanie zdrowia wśród osób starszych na przykładzie studentów Uniwersytetu Trzeciego Wieku*. Pielęgniarstwo Polskie, 2016,1, (59), 49-55.

a więc takich, których program kształcenia jest zdecydowanie bardziej nasycony treściami o zdrowiu od pozostałych, prezentują wyższy poziom świadomości i motywacji w zakresie dbałości o własne zdrowie i bycia wzorem dla innych. Jednak wyniki większości badań naukowych pokazują mniej optymistyczny obraz stylu życia studentów na kierunkach medycznych.<sup>168</sup>

W przeprowadzonych badaniach własnych poziom wiedzy z zakresu promocji zdrowia określono na podstawie pytań, zawierających treści z zakresu zasad racjonalnego odżywiania się, związków między określonymi elementami stylu życia, badaniami profilaktycznymi oraz przyjmowaniem substancji psychoaktywnych. Najwięcej ankietowanych (67%) oceniło swój poziom wiedzy, jako dobry, co piąty bardzo dobry oraz 13% dostateczny. Na podstawie zrealizowanych badań, nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w poziomie wiedzy w zależności od grupy ankietowanych uwzględniającej płeć i rok studiów. Nie stwierdzono również zagregowanej różnicy między płciami oraz między rokiem studiów. Poziom wiedzy wszystkich badanych podgrup kształtował się na zbliżonym poziomie i wynosił średnio ok. 60-61%. Nie stwierdzono też istotnej korelacji między odpowiedzią na pytanie „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” a testem wiedzy z zakresu promocji zdrowia [% prawidłowych odpowiedzi]. M. Binkowska – Bury i współ. w badaniach wśród młodzieży akademickiej na temat wiedzy o zdrowiu a zachowań ryzykownych występującymi w środowisku młodzieży akademickiej, wykazała, że najwyższy poziom wiedzy o zdrowiu zaprezentowali studenci kierunków medycznych. W badaniach uczestniczyło 555 studentów, z tego 35% studentów Politechniki Rzeszowskiej, przedstawiciele kierunków ścisłych ( matematyka i fizyka) oraz 65% studentów Uniwersytetu Rzeszowskiego, przedstawiciele kierunków humanistycznych (filologia polska, filologia angielska) oraz przedstawiciele kierunków medycznych – pielęgniarstwo i położnictwo. Ogółem prawie połowa ankietowanych prezentowała niski poziom wiedzy. Wśród nich najliczniejsi byli studenci kierunków humanistycznych i ścisłych.<sup>169</sup>

---

<sup>168</sup> N. Ogińska-Bulik, *Czynniki sprzyjające rozwojowi zachowań kompulsywnych związanych z wykonywaniem czynności*. [w:] N. Ogińska-Bulik (red). *Zachowania ryzykowne i szkodliwe dla zdrowia*. Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, 2010, 23-42.

<sup>169</sup> M. Binkowska-Bury, M. Marć, P. Januszewicz, *Wiedza o zdrowiu a zachowania ryzykowne w środowisku młodzieży akademickiej*. *Medycyna Ogólna*, 2010, 16, XLV.

Profilaktyka i promocja zdrowia to jedna z najbardziej opłacalnych oraz długofalowych inwestycji w zdrowie społeczeństwa. W dobie rozwoju techniki i motoryzacji, a także nasilających się chorób cywilizacyjnych należy szczególnie zwrócić uwagę na potrzebę jego pielęgnacji. Dbanie o własne zdrowie oraz kształtowanie umiejętności dbania o nie, powinno być jednym z najważniejszych celów prawidłowo przebiegającego procesu wychowawczego. Wczesna dorosłość to najlepszy okres dla osiągnięcia długotrwałych korzyści z wyboru zdrowego stylu życia.<sup>170</sup> Na podstawie przeprowadzonych badań własnych wykazano, iż niespełna połowa ankietowanych poddaje się badaniom profilaktycznym (43%), co świadczy o dbaniu o zdrowie przez studentów fizjoterapii.

Okres studiów to przejście od późnego okresu dojrzewania do dorosłości. W tym czasie następuje wiele zmian rozwojowych oraz dość mocno występująca samodzielność psychiczna i ustalenie osobistych wartości oraz celu. Z powodu tych różnych zmian studenci doświadczają stresu, który może w znaczący sposób wpływać na ich zdrowie. W badaniach własnych tylko niewielki odsetek ankietowanych (6%) twierdził, iż unikanie sytuacji stresogennych w najwyższym stopniu prowadzi do utrzymania zdrowia. W innych badaniach celem pracy było zbadanie zachowań zdrowotnych, depresji i odporności na stres studentów, aby zrozumieć związek między tymi zmiennymi oraz zidentyfikować czynniki wpływające na odporność i stres. Badania przeprowadzono wśród 302 studentów uniwersytetu gdzie wykazano, że liczba bliskich przyjaciół była słabo skorelowana z depresją i odpornością na stres. Czynniki istotnie wpływającymi na odporność na stres u studentów były: depresja, rodzaj miejsca zamieszkania, częstotliwość ćwiczeń fizycznych oraz płeć.<sup>171</sup>

W literaturze przedmiotu liczba opracowań na temat stresu w zawodzie fizjoterapeuty jest niewielka. Praca fizjoterapeutów ma niezbędne znaczenie w procesie terapeutycznym i usprawniania pacjentów. Fizjoterapeuci odgrywają kluczową rolę w intensywnej terapii i rehabilitacji, jak również w promocji zdrowia społeczności.<sup>172</sup>

---

<sup>170</sup> A. Lipka, M. Janiszewski, M. Musiałek, M. Dłużniewski, *Studenci medycyny, a zdrowy styl życia*. Pedagogika Społeczna, 2015, (2), 56.

<sup>171</sup> Park, Keum Suk, Yoon, Hae Min. *University Students' Health Behavior*. Depression, and Ego-resilience. J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs, 2016, 25, (2), 113-122.

<sup>172</sup> J., Higgs, K., Refshauge, E. Ellis, *Portrait of the physiotherapy profession*. Journal of Interprofessional Care, 2001, 15, (1), 79–89.

Na podstawie badań F. Sabih i wsp. wyższy poziom stresu stwierdzono w grupie fizjoterapeutów z wykształceniem licencjackim.<sup>173</sup>

Szczegółowa analiza badań własnych wykazała, iż najwięcej ankietowanych (77%) stara się przestrzegać zasad zdrowego stylu życia, a 16% ma obojętny stosunek, natomiast 7% zadeklarowało, że nie przestrzega zasad zdrowego stylu życia. Z kolei badania B. Ślusarskiej i wsp.<sup>174</sup> w grupie 1593 osób studiujących w różnych uczelniach na terenie miasta Lublina wskazują na wyższy poziom zachowań zdrowotnych u kobiet. Subpopulacja młodych dorosłych kobiet prezentowała wyższy poziom zachowań zdrowotnych w porównaniu do grupy mężczyzn ( $p < 0.001$ ). Badani studenci stanowili jednorodną grupę ze względu na poziom wykształcenia, dlatego nie analizowano w badaniach zmiennej wykształcenia w kontekście prezentowanych zachowań zdrowotnych. W badaniach tych wykazano, że czynnikiem istotnie różnicującym zachowania zdrowotne w grupie studentów był rodzaj uczelni, który najsilniej wpływał na wynik IZZ (Inwentarz Zachowań Zdrowotnych). Stwierdzono, że osoby z uczelni medycznej, charakteryzowały się istotnie statystycznie ( $p < 0.000001$ ) częściej wyższym wskaźnikiem IZZ w porównaniu do osób z uczelni niemedycznych.

Na podstawie przeprowadzonych badań własnych w zakresie wyników poszczególnych domen skali IZZ wykazano istotne statystycznie różnice pomiędzy grupą kobiet, a grupą mężczyzn, z wyższymi wynikami u kobiet. Rok studiów nie różnicował istotnie wyników. Jedynie w zakresie wyników skali IZZ- *Praktyki zdrowotne* stwierdzono zaskakujące istotne statystycznie różnice pomiędzy porównywanymi grupami - studenci I roku uzyskali wyższe wyniki w porównaniu do studentów V roku. Nie wykazano natomiast istotnych statystycznie różnic pomiędzy płciami. W badaniach A. Romanowskiej-Tołłoczko, oceniając styl życia studentów w kontekście zachowań zdrowotnych stwierdzono, iż styl życia badanych studentów był zróżnicowany. W subiektywnej ocenie stanu zdrowia i kondycji psychofizycznej najwyższe wyniki osiągnęli studenci AWF. Gdyby nie fakt, że spożywają największą ilość alkoholu spośród przebadanej grupy, to studenci AWF prowadzą najbardziej prozdrowotny styl

---

<sup>173</sup> F. Sabih, FR. Siddiqui, MN. Baber, *Assessment of stress among physiotherapy students at Riphah Centre of Rehabilitation Sciences*. Journal of the Pakistan Medical Association, 2013, 63, (3), 346-349.

<sup>174</sup> B. Ślusarska, D. Zarzycka, I. Wrońska, *Zróżnicowanie behawioralnych czynników zdrowia wśród studentów zależne od wybranych wskaźników społeczno-demograficznych i środowiskowo-kulturowych*. Journal of Education, Health and Sport, 2015, 5, (2), 99-108.



życia.<sup>175</sup> Wiele wyników badań dotyczących zachowań zdrowotnych i stylu życia polskich studentów wskazuje na wzrost antyzdrowotnych zachowań. Diagnoza kultury zdrowotnej studentów krakowskich uczelni wykazała, że są oni mało odporni na stres, a w walce z nim nie stosują skutecznych metod. Niepokojące wyniki uzyskano w zakresie przyzwyczajzeń żywieniowych (zła dieta, zaniedbywanie posiłków, nieregularne ich spożywanie).<sup>176</sup>

Według analiz OECD na jednego Polaka rocznie przypada średnio 11,7 litra czystego alkoholu. Co najmniej raz w miesiącu upija się 35% dorosłych. W rozróżnieniu na płeć, mężczyźni w Polsce spożywają 18,4 litra czystego alkoholu na mieszkańca rocznie, w przypadku kobiet jest to 5,6 litra. Kobiety o 62% częściej upijają się (w miesiącu), jeśli mają wyższe wykształcenie.<sup>177</sup> Badania naukowe dowodzą również, że osoby studiuje częściej sięgają po alkohol, niż ich rówieśnicy niestudujący.<sup>178</sup> Szczegółowa analiza badań własnych w zakresie stosowania substancji psychoaktywnych wykazała, że ponad połowa ankietowanych (52%) spożywała napoje alkoholowe rzadziej niż raz w tygodniu, 1/4 kilka razy w miesiącu. W innych badaniach realizowanych przez A. M. Rogowską i wsp. uczestniczyło 908 studentów drugiego roku politechniki na południu Polski. Studenci reprezentowali między innymi kierunek wychowanie fizyczne i fizjoterapia. Płeć męska stanowi znaczący czynnik ryzyka regularnego i nadmiernego spożywania alkoholu.<sup>179</sup> Spożycie alkoholu wśród polskich studentów znacząco wzrasta w trakcie studiowania.<sup>180, 181, 182</sup> W badaniach M. Binkowskiej-Bury i wsp. wśród młodzieży studenckiej I roku studiów w zakresie

---

<sup>175</sup> A. Romanowska-Tołoczko, *Styl życia studentów oceniany w kontekście zachowań zdrowotnych*. Hygeia Public Health, 2011, 46, (1), 89-93.

<sup>176</sup> I. Kowalewski, *Kultura zdrowotna studentów. Diagnoza i perspektywy*. Kraków: Wyd. Naukowe Akademii Pedagogicznej, 2006.

<sup>177</sup> <https://www.medonet.pl/narodowy-test-zdrowia-polakow/zyj-zdrowiej,picie-alkoholu---jak-wypadaja-polacy--nowy-raport-oecd,artykul,90827573.html#spozycie-alkoholu-w-polsce-szczegoly-raportu-oecd> (pobrano 03.10.2022).

<sup>178</sup> M.P. Mundt., L.I. Zakletskaia, D.D. Brown, M. F. Fleming, *Alcohol-Induced Memory Blackouts as an Indicator of Injury Risk among College Drinkers*. Inj. Prev., 2012; 18 (1): 44-49.

<sup>179</sup> A. M. Rogowska, Z. Kardasz, B. Zmaczyńska-Witek, *Relation between current alcohol consumption and attitude towards alcohol use among students*. Alcohol Drug Addict 2020,33 (2), 99-118.

<sup>180</sup> AM, Arria, LM, Garnier-Dykstra, KM, Caldeira, KB, Vincent, ER, Winick, KE, O'Grady, *Drug use patterns and continuous enrollment in college: results from a longitudinal study*. J Stud Alcohol Drug, 2013, 74(1), 71-83.

<sup>181</sup> SA.,Brandt, EC, Taverna, RM, Hallock, *A survey of nonmedical use of tranquilizers, stimulants, and pain relievers among college students: patterns of use among users and factors related to abstinence in non-users*. Drug Alcohol Depend, 2014, 143, 272-6.

<sup>182</sup> SE, McCabe, BT, West, CJ, Teter, CJ, Boyd, *Trends in medical use, diversion, and nonmedical use of prescription medications among college students from 2003 to 2013: Connecting the dots*. Addict Behav, 2014, 39, 1176-82.

częstości spożywania alkoholu w zależności od kierunku studiów zauważono, iż na kierunku medycznym ( w tym studenci fizjoterapii) spożywali alkohol z częstością raz w miesiącu (32,4%), rzadziej niż raz w miesiącu (25,6%), raz w tygodniu (23,2%) lub częściej niż raz w tygodniu (11,3%).<sup>183</sup> Wyniki badań własnych pokazały, iż ponad co dziesiąty ankietowany należał do grupy abstynentów, gdyż nigdy nie konsumował alkoholu. Dla porównania w badaniach M. Binkowskiej-Bury i wsp. w ogóle nie spożywało alkoholu 7,5% studentów kierunków medycznych oraz 3,5% studentów kierunków ścisłych. Zaobserwowano statystycznie istotną zależność pomiędzy częstością spożywania alkoholu a kierunkiem studiów ( $p = 0,0001$ ). Studenci kierunków ścisłych znacznie częściej spożywali napoje alkoholowe niż rówieśnicy na pozostałych kierunkach studiów.<sup>184</sup> W. Wrona-Wolny łącząc kilkunastoletnie zainteresowania w zakresie problematyki alkoholowej, w wielu artykułach dotyczących picia alkoholu przez młodzież uprawiającą sport weryfikując wpływ płci, zauważa, że częściej po alkohol sięgali mężczyźni niż kobiety. Sportowcy charakteryzowali się odmiennym stylem picia alkoholu w stosunku do osób, które nie uprawiały sportu, tzn. pili mniej i rzadziej, w sporadycznych przypadkach dochodziło do upijania się. Częstsze picie w ciągu ostatnich 30 dni dotyczyło osób nie uprawiających sportu. Zdecydowanie częściej próg nietrzeźwości przekraczały także osoby z grupy kontrolnej ( grupę tę stanowili studenci różnych uczelni). Na podstawie przeprowadzonego testu CAGE, do stwierdzenia prawdopodobieństwa występowania problemów związanych z alkoholem, osoby nadużywające alkoholu w grupie sportowej stanowiły ok. 5%, natomiast w grupie kontrolnej 12%, różnica ta była istotna statystycznie ( $p=0,001$ ).<sup>185</sup> Częstość występowania picia alkoholu wśród studentów jest zbliżona w Europie, Ameryce Północnej i Południowej oraz w Australii, a nieco niższa w Afryce i Azji.<sup>186</sup> Również bardzo niebezpieczną substancją psychoaktywną w środowisku młodych ludzi jest palenie papierosów. Światowa Organizacja Zdrowia uznała, że palenie papierosów jest przyczyną przedwczesnego umierania, a palenie 20 papierosów dziennie, skraca przeciętnie długość życia o około pięć lat.<sup>187</sup> Według WHO palenie tytoniu zabija

---

<sup>183</sup> M. Binkowska-Bury, P. Więch, I. Sałacińska, P. Januszewicz, *Alcohol consumption among of first year Rzeszow's universities students*. Nursing Topics, 2014, 22 (3), 246–251.

<sup>184</sup> Tamże...132

<sup>185</sup> W. Wrona-Wolny, *Uwarunkowania i funkcje...*4.

<sup>186</sup> E. Karama, K. Kyprid, M. Salamoun, *Alcohol Use Among College Students: An International Perspective*. Curr. Opin. Psychiatry, 2007, 20 (3), 213–221.

<sup>187</sup> A. Ostrowska, *Styl życia a zdrowie: z zagadnień promocji zdrowia*. Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk, Warszawa, 1999.

rocznie ponad 7 mln ludzi na świecie.<sup>188</sup> W badaniach własnych najczęściej ankietowanych (35%) nigdy nie paliło papierosów, 29% pali okazjonalnie, 24% ankietowanych kiedyś paliło, ale obecnie nie pali. Najwięcej ankietowanych (26%) spośród palących studentów wypala 15 papierosów dziennie oraz 16% od 10 do 20 papierosów dziennie. W badaniach H. Zielińskiej-Bliźniewskiej i J. Młodzik, które były przeprowadzone wśród grupy 661 studiujących na Oddziale Fizjoterapii Wydziału Wojskowo-Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi wykazano, że 21% studentów aktualnie paliło papierosy, natomiast 79% zadeklarowało, że są osobami niepalącymi. Wśród niepalących 13% zadeklarowało, że paliło co najmniej pół roku, jednak udało im się zerwać z nałogiem. Nigdy nie zapaliło papierosa 47% studentów, a tylko jeden raz zapaliło papierosa 18% badanych.<sup>189</sup> Warto też przytoczyć do zobrazowania wyniki badań prowadzonych w latach 2010-2013 wśród 635 studentów Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu przez D. Kurpas i wsp., u których wzrastał poziom ryzykownego picia alkoholu i palenia papierosów. Wykazano korelacje między nałogowym paleniem papierosów a ryzykownym pićm alkoholu. Wśród studentów 17,75 % stanowiły osoby palące, natomiast 82,25% niepalące.<sup>190</sup> Przejawy antyzdrowotnych zachowań dostrzegła również B. Ślusarska i współ.<sup>191</sup> wśród studentów wydziałów lekarskich. Antyzdrowotne zachowania w zakresie odżywiania dotyczyły niedostatecznej ilości spożywanych warzyw i owoców, zbyt małej liczby spożywanych posiłków w ciągu dnia, nierównomiernego ich rozkładu, niskiego spożycia produktów zawierających błonnik oraz niskiego spożycia ryb i częstego dosalania posiłków. W powszechnym żywieniu spożywanie jednego z produktów, jak pieczywo razowe, kasze i strączkowe suche, potwierdza 36% studentów. W przebadanej grupie ponad co dziesiąty ankietowany deklaruje spożywanie ryb 3-4 razy w tygodniu, a aż ponad połowa (51%) badanych podaje, że spożywa ryby rzadziej niż raz w tygodniu. W zachowaniach żywieniowych na dodatkowe solenie

---

<sup>188</sup> <https://naukawpolsce.pl/aktualnosci/news%2C414402%2Cwho-palenie-tytoniu-rocznie-zabija-ponad-7-mln-ludzi-na-swiecie.html> (dostęp: 10.09.2022)

<sup>189</sup> H. Zielińska-Bliźniewska, J. Młodzik, J. Olszewski, *Ocena nałogu palenia tytoniu i biernej ekspozycji na dym tytoniowy wśród studentów medycyny*. Polski Merkurusz Lekarski, 2011, XXXI, 186, 353.

<sup>190</sup> D. Kurpas, B. Mroczek, D. Bielska, M. Wojtal, U. Grata-Borkowska, A. Hans-Wytrychowska, I. Grad, M. Kowacki, A. Szpakow, *Poziom spożycia alkoholu i palenia tytoniu wśród studentów Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu*. Probl Hig Epidemiol, 2013, 94(4), 757-761.

<sup>191</sup> B. Ślusarska, T. Kulik, BH. Piasecka, A. Pacian, *Wiedza i zachowania zdrowotne studentów medycyny w zakresie czynników ryzyka sercowo-naczyniowego*. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2012, 18, (1), 19-26.

potraw w kategorii oceny „raczej tak” wskazuje 38,%. Natomiast 23% ankietowanych dosła potrawy zawsze przed spożyciem.<sup>192</sup>

Podobne spostrzeżenia zawarto również w artykule dotyczącym czynników wpływających na postawy żywieniowe. Autorzy podkreślili, że strategie populacyjne mające na celu zmniejszenie nadmiernego spożycia sodu (soli) w diecie zostały wdrożone przez władze zdrowotne w większości krajów na całym świecie. Istnieje coraz więcej dowodów na wstępnie obiecujące wyniki w kilku krajach, w tym we Włoszech. Z drugiej strony istnieje również coraz więcej dowodów epidemiologicznych na ważną współzależność między spożyciem soli, a spożyciem innych elektrolitów, takich, jak potas i jod. W wielu krajach spożycie obu elektrolitów jest zdecydowanie poniżej poziomu adekwatności ustalonego przez międzynarodowe organy ds. zdrowia np. EFSA (Europejski Urząd ds. Bezpieczeństwa Żywności), WHO.<sup>193</sup> Prezentowane badania własne, w zakresie odżywiania wykazały, iż ponad połowa ankietowanych (51%) zadeklarowała, że *odżywia się zgodnie z zasadami zdrowego żywienia*, ponad 14% uznało, że *raczej tak*, a zdecydowanie tak odpowiedział co dziesiąty ankietowany. Natomiast we wcześniejszych badaniach prowadzonych przez B. Zawadzką i wsp. dotyczących stylu życia młodzieży studenckiej odnoszącego się do odżywiania, stwierdzono braki w przestrzeganiu podstawowych zasad dotyczących regularności spożywanych posiłków.<sup>194</sup>

Podobną analizę wyników przedstawiła M. Gacek na podstawie badań prowadzonych w grupie 260 kobiet zamieszkałych na wsi i w mieście. Autorka wysunęła wnioski, iż ocena sposobu żywienia kobiet wykazała istnienie jakościowych błędów żywieniowych o frekwencji niezależnej od środowiska zamieszkania. Wyjątek stanowiło preferowane spożycie pieczywa, ze wskazaniem na częstszy wybór jasnego wśród wiejskich i pełnoziarnistego wśród kobiet miejskich ( $P < 0,05$ ). Rozkład zachowań żywieniowych w badanej grupie wykazuje małą regularność spożywania posiłków, niedostatecznie częste spożywanie owoców i warzyw, jak również ryb i produktów

---

<sup>192</sup> Tamże, ...123.

<sup>193</sup> M. Ilić, M. Grujicic, Z. Lozanov-Crvenković, *Factors influencing food choice-attitudes of the students from medical faculties in the Western Balkans*. Nov 2021 DOI: 10.13140/RG.2.2.18735.20640

<sup>194</sup> B. Zawadzka, M. Leonardziak, A. Mojecka, *Styl życia młodzieży akademickiej miasta Kielce*. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, 2004, (1), 9–13.

mlecznych, natomiast stosunkowo częste spożycie wyrobów cukierniczych.<sup>195</sup> Również badania M. Starczeskiej i wsp. oraz B. Szponara i R. Krzyszychy wykazują rozpowszechnienie nieprawidłowych zachowań żywieniowych wśród studentów.<sup>196 197</sup> Potwierdzają taką nieprawidłowość dietetyczną badania A. Czech i ER. Greli, z których również wynika, że najczęstszymi błędami żywieniowo- dietetycznymi studentów są: nieregularne posiłki, zbyt rzadkie spożywanie świeżych owoców, warzyw, ryb oraz podjadanie między posiłkami.<sup>198</sup> Na podstawie przeglądu literatury wynika, że studenci często deklarują, iż zdarza im się podjadać między posiłkami oraz nieregularnie spożywać trzy podstawowe posiłki. Takie zachowania studentów potwierdza również w swych badaniach B. Zawadzka i wsp. Autorzy podkreślają, że jako przyczynę studenci najczęściej podają, brak czasu, który jest związany z licznymi zajęciami w ciągu dnia.<sup>199</sup> Warto też przytoczyć wyniki badań wśród studentów opracowanych przez M. Gacek. Studenci kierunku wychowanie fizyczne i fizjoterapia nie jedzą regularnie posiłków (44,7%) i częściej są to kobiety (46,3%) niż mężczyźni (22,7%), co można zauważyć w innych środowiskach studenckich. Niekorzystne zachowania żywieniowe to zbyt częste spożywanie słodczy, zbyt kaloryczne i późne kolacje, nawyk podjadania między posiłkami.<sup>200</sup> Analizując badania własne zauważono, iż studenci fizjoterapii przypisują duże znaczenie problematyce zdrowego odżywiania. Co trzeci ankietowany (32%) uważał, że takie przedmioty nauczania, jak promocja zdrowia, edukacja zdrowotna powinny obejmować w najwyższym stopniu tematykę zdrowego odżywiania.

Aktywność fizyczna ma wszechstronny wpływ na stan zdrowia człowieka zarówno psychicznego jak i fizycznego. Polega na usprawnianiu czynności narządów i układów na skutek zachodzących w nich zmian po uprawianym treningu. Aktywność

---

<sup>195</sup> M. Gacek, *Wybrane zachowania zdrowotne grupy kobiet w środowisku wiejskim i miejskim w świetle statusu socjoekonomicznego i stanu odżywiania*. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2011,92, (2), 260-266.

<sup>196</sup> M. Starczewska, I. Mikołajewska, E. Grochans, A. Jurczak, M. Szkup-Jabłońska, M. Kuczyńska, A. Grzywacz, A. Żukrowska, *Sposób odżywiania jako jeden z determinantów stylu życia studentów*. Family Medicine & Primary Care Review, 2012, 14, (1), 63–69.

<sup>197</sup> B. Szponar, R. Krzyszycha, *Ocena sposobu odżywiania studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie w roku akademickim 2007–2008*. Bromat Chem Toksykol, 2009, XLII, (2), 111–116.

<sup>198</sup> A. Czech, ER. Greli, *Zwyczaje żywieniowe i częstotliwość spożywania produktów odżywczych wśród studentów uczelni lubelskich*. Żywnienie Człowieka i Metabolizm, 2003, XXX, (1–2), 81–85.

<sup>199</sup> B. Zawadzka, M. Leonardziak, A. Mojecka, *Styl życia młodzieży akademickiej miasta Kielce*. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, 2004, (1), 9–13.

<sup>200</sup> M. Gacek, *Charakterystyka sposobu odżywiania się osób rozpoczynających studia zaoczne na kierunkach wychowanie fizyczne i fizjoterapia w AWF w Krakowie*, Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, 2007, (1), 17–19.

fizyczna to czynność automatyczna, która jest regulowana przez układ czynników wewnętrznych i zewnętrznych. Badania eksploracyjne prowadzone na całym świecie zachęcają do stosowania holistycznego podejścia, obejmującego ćwiczenia, edukację i promocję aktywności fizycznej w celu poprawy sprawności fizycznej oraz jej promowania przez fizjoterapeutów.<sup>201</sup> Na podstawie raportu CBOS 2013, wśród badanej reprezentatywnej próby losowej dorosłych mieszkańców Polski, 40% podejmowało aktywność fizyczną regularnie, natomiast 26% sporadycznie. Była to głównie domena ludzi młodych, wykształconych, mieszkających w mieście. Najczęściej stosowane były takie formy aktywności fizycznej AF (MET-min), jak jazda na rowerze, pływanie, bieganie, turystyka piesza, gry zespołowe, fitness i aerobik. Głównym motywem podejmowania przez nich aktywności fizycznej było zdrowie i osiągnięcie dobrego samopoczucia.<sup>202</sup>

Należy podkreślić, iż czas studencki jest okresem największej sprawności fizycznej, jak i również zdolności do utrzymania wysokiego poziomu możliwości siłowych i funkcji ruchowych. Poziom aktywności fizycznej młodzieży akademickiej uzależniony jest w znacznym stopniu od czynników socjalnych, pracy oraz sytuacji materialnej. W wychowaniu fizycznym młodych ludzi najważniejszy jest poziom kulturowy, który decyduje o motywacji i zaangażowaniu do wykonywania ćwiczeń ruchowych, pogłębianiu wiedzy na temat ich wpływu na zdrowie człowieka, a także daje możliwość kontrolowania własnej sprawności.<sup>203,204</sup> Na podstawie przeprowadzonych badań własnych wykazano, iż w celu prowadzenia zdrowego stylu życia, zdecydowanie duży odsetek studentów na kierunku fizjoterapii (85%) świadomie podejmuje aktywność fizyczną.

J. Kurek i E. Grymel-Kulesza mają nadzieję, że wszyscy studenci fizjoterapii studiujący w różnych szkołach wyższych, będą dawać dobry przykład i propagować aktywny styl życia. Aktywność fizyczna w bardzo dużym stopniu decyduje o zdrowiu, dlatego tak ważne jest dbanie o nią, a w przyszłości uświadamianie o tym swoich

---

<sup>201</sup> A. Lowe, Ch. Littlewood, S. McLean, K. Kilner, *Physiotherapy and physical activity: a cross-sectional survey exploring physical activity promotion, knowledge of physical activity guidelines and the physical activity habits of UK physiotherapists*. *BMJ Open Sport Exerc Med.*, 2017, 3.

<sup>202</sup> M. Omyła-Rudzka, *Aktywność fizyczna Polaków*. Warszawa, CBOS, BS,129,2013.

<sup>203</sup> R. Baka, *Problemy aktywności fizycznej studentów*. Akademia Wychowania Fizycznego, Gdańsk, 2007.

<sup>204</sup> B. Kochanowicz, R. Hansdorfer-Korzon, *Postawy studentów kierunku fizjoterapia wobec aktywności fizycznej*. *Ann. Acad. Med. Gedan.*, 2013, (43), 19–28.

pacjentów.<sup>205</sup> W badaniach prowadzonych przez M. Baumgarta i wsp. wśród studentów fizjoterapii uzyskano ogólny wynik zachowań zdrowotnych na granicy wyników średnich i wysokich. Najkorzystniejsze wyniki uzyskano w kategorii „prawidłowe nawyki żywieniowe”, natomiast najgorsze w kategorii „praktyki zdrowotne”. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w wynikach między kobietami i mężczyznami.<sup>206</sup> Styl życia, podejmowane zachowania zdrowotne i postawy wobec sprawności fizycznej młodzieży akademickiej były przedmiotem analiz wielu autorów. Badania takie podejmowali między innymi: L. Bartkowiak,<sup>207</sup> oraz R. Baka.<sup>208</sup>

Na podstawie prezentowanych badań własnych wykazano, że najwięcej ankietowanych (85%) świadomie podejmuje aktywność fizyczną w celu prowadzenia zdrowego stylu życia. Natomiast według danych Głównego Urzędu Statystycznego w okresie od 1.10.2020 r. do 30.09.2021 r. w zajęciach sportowych lub rekreacji ruchowej uczestniczyło 38,8% Polaków (36,7% kobiet oraz 41,0% mężczyzn). Mieszkańcy Polski podejmowali aktywność fizyczną głównie dla przyjemności i rozrywki. Najczęstszą formą uprawiania sportu i rekreacji była jazda na rowerze. Osoby uprawiające sport częściej zwracają uwagę na prawidłowe odżywianie, wypoczynek oraz radzenie sobie ze stresem. Częściej ich nastawienie było pozytywne i cechował je wyższy poziom optymizmu.<sup>209</sup> W badaniach wśród studentów fizjoterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego i Akademii Wychowania Fizycznego w Katowicach ukazano, że większość z nich preferuje aktywne spędzanie wolnego czasu. W badaniach brały udział osoby, które posiadały obszerną wiedzę na temat wpływu aktywności fizycznej na zdrowie i profilaktykę. Porównując te grupy, zdecydowanie lepiej przedstawiali się studenci Akademii Wychowania Fizycznego. Poziom ich aktywności ruchowej był bardzo zadowalający. Młodzież ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego również cechuje się aktywnym trybem życia.<sup>210</sup>

---

<sup>205</sup> J. Kurek, E. Grymel-Kulesza, *Wiedza studentów fizjoterapii Wyższej Szkoły Zarządzania w Gdańsku na temat wybranych elementów zdrowego stylu życia*. [w:] M. Podgórska (red.) *Choroby XX wieku-wyzwania w pracy fizjoterapeuty*. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania, Gdańsk 2017, 319-335.

<sup>206</sup> M. Baumgart, M. Weber-Rajek, A. Radziwińska, A. Goch, W. Zukow, *Zachowania zdrowotne studentów Fizjoterapii = Health behaviors of students of Physiotherapy*. *Journal of Education, Health and Sport*, 2015, 5, (6), 211-224.

<sup>207</sup> L. Bartkowiak, *Zdrowy styl życia w poglądach studentów wydziału farmaceutycznego*. *Probl. Med. Społ.*, 2001, (34), 56.

<sup>208</sup> R. Baka, *Problemy aktywności fizycznej* ...op.cit.

<sup>209</sup> *Główny Urząd Statystyczny Uczestnictwo w sporcie i rekreacji ruchowej w 2021 r.* 16.05.2022.

<sup>210</sup> M. Socha-Masztafiak, Ł. Chomicki, *Ocena aktywności fizycznej studentów kierunku fizjoterapia Akademii Wychowania Fizycznego oraz Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach*. *Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu*, Gdańsk 2014, (14), 35-41.

Inne badania przeprowadzone w 2015 roku wśród studentów kierunku fizjoterapii oraz lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego pokazały, że tylko 63% z nich była aktywna ruchowo. Studenci fizjoterapii zdecydowanie częściej podejmują aktywność ruchową niż studenci kierunku lekarskiego. Badania pokazują również, że to mężczyźni częściej uprawiają sport. Zaobserwowano także, że osoby deklarujące regularne uprawianie sportów odznaczały się lepszą wydolnością od osób, które nie ćwiczą.<sup>211</sup>

Na podstawie przeprowadzonych badań własnych wykazano, że wyniki skali IPAQ – Aktywność fizyczna związana z przemieszczaniem się [MET] różnią się istotnie w zależności od grupy ankietowanych uwzględniającej płeć i rok studiów. Płeć nie miała istotnie różnicującego wpływu, podczas gdy rok studiów istotnie różnicował wyniki. Studenci pierwszego roku poświęcają więcej czasu przemieszczając się minimum 10 minut dziennie. Podobnie IPAQ - Czas spędzony siedząc [minut w tygodniu] wyniki różnią się istotnie w zależności od grupy ankietowanych uwzględniającej płeć i rok studiów. Płeć nie miała istotnego wpływu, a rok studiów istotnie różnicował wyniki. Studenci pierwszego roku częściej spędzali czas biernie. W skali IPAQ – Aktywność fizyczna związana z pracą zawodową [MET] w zależności od grupy ankietowanych uwzględniającej płeć i rok studiów, nie stwierdzono istotnych różnic rozkładu wyników. Nie stwierdzono również ogólnie różnicy między płciami oraz między rokiem studiów. Podobnie w skali IPAQ –Rekreacja, sport i aktywność fizyczna w czasie wolnym [MET] nie stwierdzono istotnych różnic rozkładu wyników, natomiast uwzględniając niezależnie od siebie wpływ płci i roku studiów stwierdzono istotne statystycznie różnice między płciami, a rok studiów istotnie nie różnicował wyników.

W badaniach J. Kościuczuk i wsp. wśród studentów fizjoterapii i dietetyki, stwierdzono, iż zdecydowana większość (82,5%) podejmowała aktywność fizyczną, głównie w celu utrzymania dobrej formy fizycznej. Nie stwierdzono istotnych różnic statystycznych w przypadku częstości form aktywnego wypoczynku pomiędzy studentami fizjoterapii i dietetyki. Średnia całkowitej aktywności fizycznej studentów wynosiła 3014,5 MET – min/tydzień  $\pm$  1564,8. W chodzeniu, studenci dietetyki charakteryzowali się wyższą średnią wartością MET – min/tydz. 1304,37  $\pm$  1082,32

---

<sup>211</sup> A. Lipka, M. Janiszewski, M. Musiałek, M. Dłużniewski, *Studenci medycyny a zdrowy styl życia*. Warszawski Uniwersytet Medyczny, 2015, 2, (56), 189–203.



w porównaniu ze studentami fizjoterapii (MET – min/tydz. 1016, 75 ± 715,5). Większość studentów ćwiczyła 2–3 razy w tygodniu, motywując to głównie chęcią utrzymania dobrego stanu zdrowia i poprawy własnego wyglądu.<sup>212</sup>

Aktywność fizyczna jest priorytetem zdrowia publicznego, a włączenie jej w system opieki zdrowotnej stanowi ważną dźwignię tego systemu. W badaniach A. Lowe i wsp. wzięło udział 522 respondentów, z czego 514 było fizjoterapeutami w Wielkiej Brytanii. Celem pracy było wykazanie w jakim stopniu jest prowadzona aktywność fizyczna w pracy fizjoterapeutycznej oraz jaki poziom wiedzy prezentują fizjoterapeuci z zakresu wytycznych dotyczących aktywności fizycznej. W badaniach wykazano, że 68% respondentów dostarcza krótkich informacji na temat korzystnego wpływu aktywności fizycznej na zdrowie. Nasuwa się pytanie autorów – dlaczego aż 1/3 badanych nie dostarcza takich ważnych informacji.<sup>213</sup>

W ostatnim czasie edukacja medyczna stała się źródłem zainteresowania zarówno pod względem edukacji, jak i poziomem satysfakcji z edukacji, który jest ściśle związany z postawą przyszłych promotorów zdrowia.<sup>214</sup> W przeprowadzonych badaniach własnych ponad połowa ankietowanych (57%) jest raczej zadowolona z wyboru kierunku studiów, 30% ankietowanych uznało, że są bardzo zadowoleni, a 6% raczej są niezadowoleni. Korelacja między odpowiedzią na pytanie „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?” a testem wiedzy z zakresu promocji zdrowia wynosi  $\tau = 0,1288$  czyli, wraz ze wzrostem uzyskanych punktów w teście wiedzy, wzrasta zadowolenie z wybranego kierunku studiów.

Poczucie satysfakcji z wybranego kierunku to nie tylko istotny czynnik w krystalizowaniu planów zawodowych, ale poczucie wyższego w przyszłości statusu społeczno-ekonomicznego. Wybór zawodu zwykle łączy się z oczekiwaniem większej liczby dostępnych miejsc pracy i większymi możliwościami. W badaniach M. Radzińskiej i wsp. celem pracy było poznanie satysfakcji z wyboru studiów

---

<sup>212</sup>J. Kościuczuk, E. Krajewska-Kułak, B. Okurowska-Zawada, *Aktywność fizyczna studentów fizjoterapii i dietetyki*. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2016, 22, (1), 51–58.

<sup>213</sup> A. Lowe, Ch. Littlewood, S. McLean, K. Kilner, *Physiotherapy and physical activity: a cross-sectional survey exploring physical activity promotion, knowledge of physical activity guidelines and the physical activity habits of UK physiotherapists*. BMJ Open Sport & Exercise Medicine, 2017, 3.

<sup>214</sup> Yera Hur, Ji-Ha Kim. *Are Medical Students Satisfied with Their Medical Professionalism Education?* Korean Journal of Medical Education, 2010, 22,(1), 65.

i deklaracji ponownego ich wyboru w kontekście zamierzeń zawodowych studentów wychowania fizycznego. Spośród 226 studentów I – III roku studiów 188 respondentów wyraziło satysfakcję z podjętych studiów, a ponownie wybrałoby ten kierunek 144 studentów. Kobiety częściej wyrażały zadowolenie i ponowny wybór, natomiast w grupie, która była niezadowolona i nie wybrałaby ponownie tego kierunku dominowali mężczyźni.<sup>215</sup>

W badaniach własnych w wyniku korelacji ze skalą IPAQ - Aktywność fizyczna związana z pracą zawodową [MET] wynosząca  $\tau=0,2538$  zaobserwowano, że wraz ze wzrostem takiej aktywności wzrasta również zadowolenie z kierunku studiów. Kolejna pod względem wysokości to korelacja ze skalą IPAQ - Rekreacja, sport i aktywność fizyczna w czasie wolnym [MET] wynosząca  $\tau=-0,2099$  i jest to korelacja ujemna, czyli wraz ze wzrostem takiej aktywności u ankietowanych obserwuje się spadek zadowolenia z kierunku studiów (innymi słowy studenci tego kierunku, którzy uprawiają aktywność fizyczną w czasie wolnym, nie są zadowoleni ze studiów – im więcej mają czasu na rekreację, sport tym mniejsze zadowolenie ze studiów na tym kierunku). Podobnie korelacja ze skalą IPAQ – Czas spędzany siedząc [minut w tygodniu] jest korelacją ujemną  $\tau= -0,0469$ . Tylko korelacje ze skalą IPAQ - Prace domowe, ogólne prace porządkowe i opieka nad rodziną [MET] i ze skalą IZZ - Praktyki zdrowotne są na poziomie 0,5 tj. kolejno  $\tau= 0,1551$  i  $\tau=0,1546$ , a wszystkie pozostałe korelacje są poniżej wysokości 0,15.

W badaniach W. Rekowski i KW. Jankowski wykazano, że ponad połowa (56%) respondentów było zadowolonych z odbywanych studiów, nie mniej jednak około 1/5 respondentów deklarowało brak takich odczuć. Najczęściej wyrażano postawę ambiwalentną lub nie wyrażano jej w ogóle. Studenci kierunku turystyka deklarowali najniższy poziom zadowolenia. Na kierunku fizjoterapia poziom zadowolenia był nieco wyższy o 10%, a najwyższy był na kierunku wychowania fizycznego, gdzie ponad 2/3 studentów wyraziło zadowolenie z wybranego kierunku. Niewiele ponad połowa (53%) studentów fizjoterapii deklarowała zadowolenie z wyboru kierunku studiów. Może to być związane ze świadomością, jaką już studenci posiadali, że po ukończonych studiach, będą musieli

---

<sup>215</sup> M. Radzińska, L. Nowak, MA. Nowak, *Satysfakcja z wyboru studiów a zamierzenia zawodowe studentów wychowania fizycznego*. Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie Kultura Fizyczna, 2016, 15, (2), 109–124.

jeszcze podjąć dodatkowy wysiłek zarówno edukacyjny, jak i angażować środki finansowe w celu poszerzenia swojej wiedzy o różnego rodzaju kursy. Uczelnie kształcące w Polsce fizjoterapeutów w niewielkim stopniu wyposażają studentów w wiedzę i umiejętności, które znacząco podnoszą wartość fizjoterapeuty na rynku pracy z zakresu tzw. metod fizjoterapeutycznych takich, jak terapia manualna, metoda tkanek miękkich, metody neurofizjologiczne Bobath, Peto, NDT itp.<sup>216</sup> Nie znaleziono natomiast opracowań na temat zadowolenia studentów z kierunku studiów, a kształtowania się zachowań zdrowotnych.

W. Wrona-Wolny podkreśla, iż edukacja zdrowotna jest nieodłącznym elementem promocji zdrowia. Te dwie koncepcje różnią się od siebie, jednak istnieje związek między nimi i obydwie odnoszą się do działań, które mają na celu wsparcie ludzi w kontrolowaniu czynników mogących wpływać na ich zdrowie i tworzenie zdrowego środowiska. Jak wskazuje autorka dbanie o zdrowie to proces trwający całe życie, a połączenie tych dwóch koncepcji może przyczynić się do wzrostu efektywności stosowanych działań prozdrowotnych.<sup>217</sup> W badaniach własnych 59% ankietowanych zrealizowało lub realizuje przedmiot Promocję zdrowia w trakcie studiów na kierunku fizjoterapia, a niespełna połowa (45%) respondentów Edukację zdrowotną. W prezentowanych badaniach własnych 32% studentów uznało, że promocja zdrowia, edukacja zdrowotna powinna obejmować w najwyższym stopniu tematykę *zdrowego odżywiania*, 28% uznało, że powinna to być tematyka dotycząca *aktywności fizycznej*, 17% respondentów określiło, że zdrowie psychiczne- kontrola stresu są najważniejszymi tematami, które powinny się znaleźć w obszarze promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

W niniejszych badaniach dokonano również próby rozeznania opinii studentów fizjoterapii na temat zachowań prozdrowotnych prowadzących w najwyższym, pośrednim i najniższym stopniu do utrzymania zdrowia. Analizowano takie zachowania prozdrowotne, jak zdrowe odżywianie, niepalenie tytoniu, niepicie alkoholu, regularne wizyty u lekarza, prowadzenie badań profilaktycznych, regularną aktywność fizyczną, odpowiednio długi sen, unikanie sytuacji stresogennych oraz aktywny wypoczynek.

---

<sup>216</sup> W. Rekowski, KW. Jankowski, *Tło społeczne i niektóre elementy sytuacji studiowania nieatrakcyjnych kierunków, na przykładzie studentów wychowania fizycznego*. Rozprawy Naukowe Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu, 2015, (48), 137-150

<sup>217</sup> W. Wrona-Wolny, *Health education as an inseparable component of health promotion*. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, 2018, 16, (4), 215-221.

Odsetek wskazań według studentów poszczególnych zachowań prozdrowotnych, które w najwyższym stopniu prowadzą do utrzymania zdrowia przedstawia się następująco: zdrowe odżywianie (44%), regularna aktywność fizyczna (19%), aktywny wypoczynek (13%), prowadzenie badań profilaktycznych (8%), odpowiednio długi sen (8%), niepicie alkoholu (7%), unikanie sytuacji stresogennych (6%), niepalenie tytoniu ( 5%) oraz regularne wizyty u lekarza (5%).

Prawidłowe żywienie jest jednym z najważniejszych czynników wpływających na rozwój człowieka i utrzymanie przez niego dobrego stanu zdrowia. Analizując badania własne, jak również innych autorów zauważamy, iż studenci wykazują nieprawidłowe nawyki w tym zakresie. Należy jednak podkreślić, iż dość duży odsetek wskazań studentów w badaniach własnych przypisany został zdrowemu odżywianiu, jako pozytywnemu zachowaniu zdrowotnemu, prowadzącemu ich zdaniem w najwyższym stopniu do utrzymania zdrowia. Ale niepokoją deklaracje studentów fizjoterapii, gdyż 14% badanych podaje, iż raczej nie odżywia się prawidłowo i sporadycznie zdecydowanie to potwierdza. Z kolei w badaniach I. Chojnackiej i wsp. wśród młodych ludzi w wieku 17-25 lat, według co trzeciego respondenta (32,7%) najważniejsze dla zdrowia jest prawidłowe odżywianie się.<sup>218</sup>

Kolejnym ważnym czynnikiem prowadzącym w najwyższym stopniu do utrzymania zdrowia jest regularna aktywność fizyczna, którą wskazało 19% studentów fizjoterapii. Natomiast w badaniach I. Chojnackiej i wsp. co czwarty respondent (23,6%) wskazał na aktywność ruchową, jako najważniejszy czynnik dla zdrowia.<sup>219</sup> Podkreśla się, że zdrowie, aktywność fizyczna i jakość życia ściśle wiążą się ze sobą, a każdy człowiek wymaga regularnego wysiłku do optymalnego funkcjonowania i unikania chorób.<sup>220</sup> Nie ma jednak konieczności jej opisywania z uwagi na poświęcone już tej kwestii miejsce w niniejszym opracowaniu.

Aktywny wypoczynek, to również czynnik w najwyższym stopniu prowadzący do utrzymania zdrowia, który został wskazany przez 13% studentów fizjoterapii.

---

<sup>218</sup> I. Chojnacka, K. Drop, M. Grzechnik, P. Ozdoba, M. Paziewska, M. Janiszewska, A. Barańska, *Zdrowie i jego miejsce w hierarchii wartości osób młodych*. [w:] Praca zbiorowa pod redakcją dr n. o zdr. G. Bejda, dr hab. n. o zdr. J. Lewko, prof. dr hab. n. med. E. Krajewska-Kułak, *Zachowania prozdrowotne jako element aktywności życiowej człowieka*, Wydanie I, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok, 2020, 253-273.

<sup>219</sup> I. Chojnacka, K. Drop, M. Grzechnik, P. Ozdoba, M. Paziewska, M. Janiszewska, A. Barańska, *Zdrowie i jego miejsce ....op.cit.*

<sup>220</sup> A. Kosmol, N. Morgulec-Adamowicz, B. Molik, *Podstawowe pojęcia w adaptowanej aktywności fizycznej*. [w:] Kosmol A, Morgulec-Adamowicz N, Molik B. (red.), *Adaptowana aktywność fizyczna dla fizjoterapeutów*, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2015, 19.

W badaniach J. Kościuczuk i wsp. wśród studentów fizjoterapii i dietetyki, najchętniej podejmowaną formą aktywności letniego wypoczynku były spacer (51,5%), pływanie (38,5%), jazda na rowerze/rolkach (29%), jogging (26%) oraz wędrówki górskie (21%). Natomiast wśród form aktywnego zimowego wypoczynku wymieniano jazdę na łyżwach (38%), pływanie na basenie (37%), zajęcia w klubach fitness (36,5%), uczęszczanie na siłownię (33,5%) oraz jazda na sankach (12%). Studenci fizjoterapii i dietetyki, wykazywali bardzo podobne zainteresowania w zakresie wykonywanego wysiłku fizycznego. Stwierdzono, że istotnie częściej ( $p=0,049$ ) studenci fizjoterapii podawali gimnastykę, jako formę czynnego wypoczynku w porównaniu ze studentami dietetyki.<sup>221</sup>

Wykonywanie badań profilaktycznych prowadzących w najwyższym stopniu do utrzymania zdrowia wskazało zaledwie 8% studentów fizjoterapii. Regularne wykonywanie badań profilaktycznych pomaga nie tylko sprawdzić stan zdrowia, ale przede wszystkim na wczesnym etapie wykryć niepokojące objawy, które mogą w efekcie doprowadzić do występowania różnych schorzeń.

Sen należy do czynników determinujących zdrowie.<sup>222</sup> W niniejszych badaniach odpowiednio długi sen, jako czynnik w najwyższym stopniu prowadzący do zdrowia został wskazany również przez tylko 8% studentów fizjoterapii. Dla porównania tylko jedna osoba w badaniach I. Chojnackiej i wsp. podała długość snu, jako najważniejszego czynnika dla zdrowia.<sup>223</sup> Według Carla Hunta, dyrektora Narodowego Centrum Badań Zaburzeń Snu, to właśnie sen, obok ćwiczeń i diety, jest jednym z głównych czynników prowadzących do utrzymania dobrego stanu zdrowia.<sup>224</sup> Zapotrzebowanie na sen u ludzi jest w znacznym stopniu uwarunkowane biologicznie i zależy szczególnie od wieku.<sup>225</sup> Im osoba jest młodsza, tym więcej snu potrzebuje.<sup>226, 227</sup> Według Narodowej Fundacji Snu (National Sleep Foundation) dla

---

<sup>221</sup> J. Kościuczuk, E. Krajewska-Kułak, B. Okurowska-Zawada, *Aktywność fizyczna studentów fizjoterapii i dietetyki*. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2016, (22), 1, 51-58.

<sup>222</sup> Przepis autorki.

<sup>223</sup> I. Chojnacka, K. Drop, M. Grzechnik, P. Ozdoba, M. Paziewska, M. Janiszewska, A. Barańska, *Zdrowie i jego miejsce* ....op.cit.

<sup>224</sup> M. Skalski, *Zaburzenia snu w codziennej praktyce*. Warszawa, MedTrib Polska, 2012.

<sup>225</sup> K. Andrzejewska, K. Snarska, M. Chorąży, W. Broła, P. Szwedziński, K. Nadolny, J.R. Ładny, G. Kulikowski, *Występowanie zaburzeń snu wśród personelu pielęgniarskiego*. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2018, 24(2), 126–132.

<sup>226</sup> Tamże,

<sup>227</sup> K. Lau, J. Joško, *Sleep disorders as a public health problem*. Public Health, 2010; 120(2): 199-202.

poszczególnego wieku zaleca się odpowiednią ilość snu na dobę i tak młodym dorosłym (18-25 lat) rekomenduje się 7-9 h.<sup>228</sup>

Dokonując analizy badań własnych zaobserwowano, iż niepicie alkoholu, jako czynnik w najwyższym stopniu prowadzący do zdrowia, został wskazany również przez tylko 7% studentów fizjoterapii. Dla porównania we wcześniejszych badaniach co siódmy ankietowany (14%) uważał, że na poprawę zdrowia może wpływać niepicie alkoholu.<sup>229</sup> Także unikanie sytuacji stresogennych, jako czynnik w najwyższym stopniu prowadzący do zdrowia został wskazany zaledwie przez 6% studentów fizjoterapii. Natomiast we wcześniejszych badaniach unikanie sytuacji stresogennych wyszczególnione zostało, jako działanie prozdrowotne prawie przez co trzeciego respondenta.<sup>230</sup> W innych już cytowanych badaniach I. Chojnackiej i wsp. co czwarty badany (25,5%) wskazał na brak stresu, jako najważniejszego czynnika dla zdrowia.<sup>231</sup> Wyniki badań własnych pokazały, iż niepalenie tytoniu oraz regularne wizyty u lekarza, jako czynniki w najwyższym stopniu prowadzące do zdrowia zostały podkreślone przez 5% studentów. W tych samych wcześniejszych badaniach również, co trzeci respondent przedstawił niepalenie tytoniu oraz regularne wizyty u lekarza, jako działania prozdrowotne.<sup>232</sup>

Reasumując można powiedzieć, iż wartościowanie zdrowia i usytuowanie go w hierarchii wartości, odgrywa dużą rolę w życiu człowieka, albowiem jest podstawą kształtowania jego zdrowego stylu życia oraz zachowań prozdrowotnych. Pojęcie zdrowia jest złożone, dostrzegamy różnice w jego wartościowaniu, które w niniejszych badaniach uzależnione jest między innymi od płci oraz roku studiów badanych studentów. Dobre zdrowie przyszłych fizjoterapeutów jest niezbędne do wykonywania przez nich pracy zawodowej, a także działań w codziennym życiu.

---

<sup>228</sup> Jr. Everly, JM. Lating, *A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response*. Springer Link (Online service), 2019.

<sup>229</sup> CBOS. *Zdrowie i zdrowy styl życia w Polsce*. oprac. R. Boguszewski, Komunikat BS/138/2007, Warszawa, 2007.

<sup>230</sup> Tamże,

<sup>231</sup> I. Chojnacka, K. Drop, M. Grzechnik, P. Ozdoba, M. Paziewska, M. Janiszewska, A. Barańska, *Zdrowie i jego miejsce* ...op.cit.

<sup>232</sup> CBOS. *Zdrowie i zdrowy styl życia* .... Warszawa, 2007, op. cit.

## 5. WNIOSKI

1. Ponad połowa studentów fizjoterapii, obojga płci, zarówno I jak i V roku studiów plasuje zdrowie własne, jako zdecydowanie bardzo ważne w hierarchii wartości.
2. Studentki zarówno pierwszego jak i piątego roku fizjoterapii, największą wagę przypisywały zdrowiu rozumianemu, jako wynik, natomiast grupa ankietowanych, obydwu płci pierwszego roku studiów, najwyżej oceniała zdrowie, rozumiane, jako stan. W zakresie zachowań prozdrowotnych stwierdzone zostały nieprawidłowości.
3. Nie wykazano zależności istotnych statystycznie pomiędzy poziomem wiedzy o zdrowiu a poziomem zachowań ryzykownych wśród badanej młodzieży akademickiej.
4. Niemal trzy czwarte studentów obojga płci zarówno I jak i V roku fizjoterapii ocenia swój poziom wiedzy o zdrowiu, jako dobry, natomiast wynik rzeczywisty z testu wiedzy o zdrowiu wskazuje, że studenci i studentki V roku kierunku fizjoterapii uzyskali wyższe wyniki niż studenci I roku.
5. Stwierdzono istotną korelację między samooceną swojego zdrowia przez studentów, a skalą IZZ – *Praktyki zdrowotne*, czyli wraz ze wzrostem *Praktyk zdrowotnych*, u ankietowanych obserwuje się również wzrost poziomu samooceny swojego zdrowia.
6. Wykazano istotne statystycznie różnice pomiędzy grupą kobiet a grupą mężczyzn, pod względem zachowań zdrowotnych. W większości wyższe wyniki przejawianych zachowań zdrowotnych uzyskały studentki. Jedynie w domenie skali IZZ -*Praktyki zdrowotne* wykazano istotne statystycznie różnice pomiędzy porównywanymi grupami – wyższe wyniki uzyskali studenci I roku.
7. Stwierdzono zależność między poziomem zadowolenia studentów z wyboru kierunku studiów, a aktywnością fizyczną związaną z pracą zawodową. Wraz ze wzrostem takiej aktywności obserwuje się wzrost zadowolenia z wyboru kierunku studiów. Natomiast studenci fizjoterapii, którzy uprawiają aktywność fizyczną w czasie wolnym nie są zadowoleni z wyboru studiów.
8. Wraz ze wzrostem uzyskanego wyniku testu z zakresu promocji zdrowia, wzrasta u ankietowanych zadowolenie z wyboru kierunku studiów, a najwyższa korelacja zachodzi ze skalą IPAQ – Aktywność fizyczna związana z przemieszczaniem się.
9. Przedstawione wyniki badań wskazują, na niski poziom zaangażowania studentów w podejmowanie prozdrowotnego stylu życia, co wymaga przez nich jeszcze

dopracowania, aby mogli stanowić wzór do naśladowania zachowań zdrowotnych w środowisku życia i pracy. Dlatego istnieje też potrzeba popularyzacji wiedzy z zakresu zdrowego stylu życia wśród studentów kierunku fizjoterapii.



## BIBLIOGRAFIA

1. Ananth M., *In defense of the evolutionary concept of health*. Nature, norms and human biology. Ashgate Publishing, London, 2008, 234-246.
2. Andruszkiewicz A., Banaszekiewicz M., *Promocja zdrowia. Teoretyczne podstawy promocji zdrowia*. Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2008, (1), 121-127.
3. Andrzejewska K., Snarska K., Chorąży M., Broła W., Szwedziński P., Nadolny K., Ładny J.R., Kulikowski G., *Występowanie zaburzeń snu wśród personelu pielęgniarstwa*. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2018, 24,(2), 126–132.
4. Antonowsky A., *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia: Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Wyd. Instytut Psychologii i Neurologii, Warszawa, 2005.
5. Arria AM., Garnier-Dykstra LM., Caldeira KM., Vincent KB., Winick ER., O’Grady KE., *Drug use patterns and continuous enrollment in college: results from a longitudinal study*. J Stud Alcohol Drug, 2013, 74,(1), 71-83.
6. Arnett DK., Blumenthal RS., Albert MA., Buroker AB., Goldberger ZD Hahn EJ., Himmelfarb CD., Khera A., Lloyd-Jones D., McEvoy JW., Michos ED., Miedema MD., Muñoz D., Smith SC Jr., Virani SS., Williams KA Sr., Yeboah J., Ziaeian B., 2019 ACC/AHA *Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology /American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines*. J Am Coll Cardiol, 2019, X, 74,(10), 1376-1414.
7. Badora B., oprac. Komunikat CBOS, *Rodzina – jej znaczenie i rozumienie*, luty 2019.
8. Boguszewski R., oprac. Komunikat z badań, *Wartości w czasach zarazy*. 2020, 160. CBOS.
9. Baka R., *Problemy aktywności fizycznej studentów*. Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu, Gdańsk, 2007.
10. Baniak J., *Studenci a wartości naczelne*. Studia Socjologiczne, 1986, 4.
11. Bartkowiak L., *Zdrowy styl życia w poglądach studentów wydziału farmaceutycznego*. Probl. Med. Społ., 2001, 34, 56.
12. Baumgart M., Weber-Rajek M., Radziwińska A., Goch A, Zukow W. *Zachowania zdrowotne studentów Fizjoterapii - Health behaviors of students of Physiotherapy*. Journal of Education, Health and Sport, 2015,5, (6), 211-224.

13. Bejnarowicz J., *Zmiany stanu zdrowia Polaków i jego uwarunkowania, Wyzwania dla promocji zdrowia, Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 1994, 1–2, 9–36.
14. Bembnowska M., Joško-Ochojska J. *Zarządzanie jakością w ochronie zdrowia*. Hygeia Public Health, 2015.
15. Biernat E., *Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej (IPAQ) – wersja polska*. Wychowanie Fizyczne i Sport, 2007, 51 (1), 47 – 54.
16. Binkowska-Bury M., Marć M., Januszewicz P., *Wiedza o zdrowiu a zachowania ryzykowne w środowisku młodzieży akademickiej*. Medycyna Ogólna, 2010, 16, (XLV).
17. Binkowska-Bury M., Więch P., Sałacińska I., Januszewicz P., *Alcohol consumption among of first year Rzeszow's universities students*. Nursing Topics, 2014, 22, (3), 246–251.
18. Błada E., Bielski J., *Dzieje myśli o zdrowiu i kulturze fizycznej*. Piotrków Trybunalski, 2005, 91.
19. Bogusz R., *Społeczno-kulturowy kontekst zdrowia i choroby* [w:] A. Majchrowska A. (red.). Wybrane elementy socjologii, Lublin, Wydawnictwo Czelej, 2003, 271 -291.
20. Borzucka-Sitkiewicz K., *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna*. Przewodnik dla edukatorów zdrowia Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, 2006.
21. Brandt SA., Taverna EC., Hallock RM., *A survey of nonmedical use of tranquilizers, stimulants, and pain relievers among college students: patterns of use among users and factors related to abstinence in non-users*. Drug Alcohol Depend, 2014, 143, 272-6.
22. Braun-Gałkowska M., *Nowe role społeczne ludzi starszych*. [w:] Steuden S, Marczuk M. (red.). Starzenie się a satysfakcja z życia. Lublin KUL, 2006, 183–195.
23. Brzeziński T., *Historia medycyny*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa, 1995, 466-470.
24. Chlebna-Sokół D., Zbęk E., Sobczak M. *Zachowania zdrowotne dzieci, młodzieży i wybranych grup młodych dorosłych w Polsce – przegląd piśmiennictwa*. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, 2007 117 (1), 63–67.
25. Chojnacka I., Drop K., Grzechnik M., Ozdoba P., Paziewska M., Janiszewska M., Barańska A. *Zdrowie i jego miejsce w hierarchii wartości osób młodych*. [w:] Praca

- zbiorowa pod redakcją dr n. o zdr. G. Bejda, dr hab. n. o zdr. J. Lewko, prof. dr hab. n. med. E. Krajewska-Kułak *Zachowania prozdrowotne jako element aktywności życiowej człowieka*, Wydanie I, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok, 2020, 253-273.
26. Ćwirlej A., Walicka-Cupryś K., Gregorowicz-Cieslik H., *Aktywność ruchowa dzieci 10-letnich w czasie wolnym*. Prz Med Uniw Rzeszowskiego, 2005, 3, 262-266.
  27. Cywińska – Wasilewska G., *Podstawowe problemy rehabilitacji i etyka*. AWF Poznań, 2004, 110- 116.
  28. Dębska U., Bielawska I., *Ku prozdrowotnemu stylowi życia w kontekście zagrożeń cywilizacyjnych*. AdvClinExp Med., 2002, 11, (1), 87-90.
  29. DeMichele A., Weber B.L. *Inherited genetic factors*. W:J.R. Harris, M.E. Lippman, M. Morrow, C.K., Osborne. *Diseases of the Breast*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000
  30. *Department of Health. Choosing Health: Making Healthy Choices Easier*. HMSO, London, 2004.
  31. Dolińska-Zygmunt G., *Behawioralne wyznaczniki zdrowia - zachowania zdrowotne*. [w:] G. Dolińska-Zygmunt, red. *Podstawy psychologii zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław, 2001, 33-70.
  32. Drabik J., *Aktywność fizyczna w treningu zdrowotnym osób dorosłych*. Wydawcy. Wydawnictwo Uczelniane AWF Gdańsk, 1996.
  33. Dziańska-Zaborszczyk E., Ciabiada B., Maniecka-Bryła I., *Samoocena stanu zdrowia jako predyktor umieralności przedwczesnej*. Probl Hig Epidemiol, 2014, 95(4), 866-870.
  34. Everly Jr., Lating JM., *A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response*, SpringerLink (Online service), 2019.
  35. Ferretti A, Giampiccolo P, Cavalli A, MilicEmili J, Tantucci C., *Expiratory flow limitation and orthopnea in massively obese subjects*. Chest, 2001,(119),1401-8.
  36. Frydrych-Szymonik A., Augustyn G., Szyguła Z., *Znaczenie snu i sposoby poprawy jego jakości u sportowców*. Journal of Education, Health and Sport, 2016.
  37. Fryźlewicz-Chrapisińska E., *Komentarz do art. 33*, [w:] S. Poździejch (red.), *Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Komentarz*, Warszawa, 2013, (2), 290.

38. Gacek M., *Wybrane zachowania zdrowotne grupy kobiet w środowisku wiejskim i miejskim w świetle statusu socjoekonomicznego i stanu odżywienia*. Probl Hig Epidemiol., 2011,92,(2), 260-266.
39. Gałuszka A., *Assessment of health behaviors among students of selected majors*. Journal of Education, Health and Sport. 2021, 11,(12), 139-149.
40. Główny Urząd Statystyczny, *Uczestnictwo w sporcie i rekreacji ruchowej w 2021 r.* 16.05.2022.
41. Grabiński T., Grabiński R., Serbiak R., Wrocławski R. *Między zdrowiem i chorobą, jednostką i zbiorowością : droga edukacji zdrowotnej do współczesności : część I Od zarania cywilizacji po epokę nowożytną*. Nauczyciel i Szkoła, 2004, 1-2, 22-23.
42. Grabowski H., *Teoria fizycznej edukacji*. Warszawa, WSiP, 1999.
43. Grad FP. *The Preamble of the Constitution of the World Health Organization*. Bulletin of the WHO, 2002, 981 – 984.
44. Halson S.L., *Nutritional interventions to enhance sleep*. Sports Sci. Exch., 2013.
45. Higgs J, Refshauge K, Ellis E., *Portrait of the physiotherapy profession*. Journal of Interprofessional Care., 2001, 15(1), 79–89.
46. Holman D., Borgstrom E., *Applying social theory to understand health-related behaviours*. Medical Humanities, 2016, 42,(2), 143–145.
47. Hummel Ch., Kupisiewicz Cz., *Myśliciele o wychowaniu*. Warszawa, 2000, 111-119.
48. Hyland M., *Health and values; the values underlying health measurement and health resource*. Psychology and Health., 1997, (12), 389–403.
49. Ilić M., Grujčić M., Lozanov-Crvenković Z., *Factors influencing food choice-attitudes of the students from medical faculties in the Western Balkans*. Nov 2021DOI 10.13140/RG.2.2.18735.20640
50. Inoue M., Iso H, Yamamoto S., et al., *Daily total physical activity level and premature death in men and women: results from a large-scale population-based cohort study in Japan (JPHC study)*. Ann Epidemiol, 2008, 18(7), 522-530.
51. J. Drabik, W. Pańczyk., Resiak M, et al., *Promocja zdrowia i zachowań zdrowotnych*. [w:] Drabik J, Resiak M.red. Styl życia w promocji zdrowia. Gdańsk AWFIS, 2010, 29-196.
52. Janaszczyk A., Wengler L., Popowski P., *Filozoficzne, społeczne i prawne aspekty nauk o zdrowiu. Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych*. Gdańsk, 2012.

53. Janssen E., van Osch L., de Vries H., Lechner L., *Examining direct and indirect pathways to health behaviour: the influence of cognitive and affective probability beliefs*. *Health Psychol*, 2013, 28,(5), 546-560.
54. Jasińska M., *Nawyki żywieniowe młodzieży gimnazjalnej ze środowiska miejskiego i wiejskiego*. *Lubelski Rocznik Pedagogiczny*, 2013, (32), 28–34.
55. Jegier A., Stasiołek D., *Skuteczna dawka aktywności ruchowej w prewencji pierwotnej chorób układu krążenia i promocji zdrowia*. *Medycyna Sportowa*, 2001, 5, (2), 109–118.
56. Juczyński Z., *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Pracownia Testów Psychologicznych. Wyd. II, Warszawa, 2009.
57. Juczyński Z., *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa, 2001, 116-122.
58. Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. *Zdrowie najważniejszym zasobem człowieka*. [w:] Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. (red), *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. UŁ, Łódź, 2003, 11-15.
59. Karama E., Kyprid K., Salamounc M., *Alcohol Use Among College Students: An International Perspective*. *Curr. Opin. Psychiatry*, 2007, 20, (3), 213–221.
60. Kardjalik, K., Bryła M., Maniecka-Bryła I., *Zachowania zdrowotne związane z odżywianiem oraz występowanie nadwagi i otyłości w grupie studentów*. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2012, 93,(1),71–79.
61. Karnofsky, D., Burchenal A., J. H. (1949). *Evaluation of Chemotherapeutic Agents*, Macleod CM (Ed), Columbia University Press, New York.
62. Karp S., *Clinical management of BRCA1- and BRCA2- associated breast cancer*. *Sem Surg Oncol*, 2000
63. Karski J.B., Słońska Z., Wasilewski BW., *Promocja zdrowia*. Sanmedia, Warszawa, 1994.
64. Kasperek E., *Zachowania prozdrowotne nauczycieli*. Poznań G&P, 1999.
65. Kautsch M., *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*. Nowe Wyzwania. Wolters Kluwer, Warszawa, 2010.
66. Kawalec A., Pawlas K., *Czynniki środowiskowe wpływające na sen oraz zachowywanie higieny snu*. *Probl Hig Epidemiol*, 2013.

67. Kickbusch I., *Styl życia a zdrowie. Promocja zdrowia*. Nauki Społeczne i Medycyna, 1994.
68. Kochanowicz B., Hansdorfer-Korzon R. *Postawy studentów kierunku fizjoterapia wobec aktywności fizycznej*. Ann. Acad. Med. Gedan., 2013, 43, 19–28.
69. Kosiba, G., Gacek, M., Bogacz-Walancik, A., Wojtowicz, A., *Wartości witalne w hierarchii wartości a styl życia studentów kierunków nauczycielskich*. Przegląd Badań Edukacyjnych, 2017, 24,(1), 21–40.
70. Kosmol A, Morgulec-Adamowicz N, Molik B., *Podstawowe pojęcia w adaptowanej aktywności fizycznej* [w:] Kosmol A., Morgulec-Adamowicz N., Molik B. (red.), *Adaptowana aktywność fizyczna dla fizjoterapeutów*, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2015; 19.
71. Kościuczuk J., Krajewska-Kułak E., Okurowska-Zawada B., *Aktywność fizyczna studentów fizjoterapii i dietetyki*. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2016, (22), 1, 51–58.
72. Kowalewski I., *Kultura zdrowotna studentów. Diagnoza i perspektywy*. Kraków Wyd. Naukowe Akademii Pedagogicznej, 2006.
73. Królikowska S., *Nierówności w stanie zdrowia między kobietami a mężczyznami w kontekście płci biologicznej oraz społeczno-kulturowej*. Ann Univ Lodz Sociol, 2011, 39, 33-52.
74. Kropornicka B., Baczewska B., Dragan W., Krzyżanowska E., Olszak C., Szymczuk E., *Zachowania zdrowotne studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie*. Rozprawy Społeczne, 2015, 9,(2),58–64.
75. Kryszkiewicz C., *Aktywne życie seniorów warunkiem pomyślnego starzenia się*. [w:] Steuden S, Marczuk M (red.). *Starzenie się a satysfakcja z życia*. Lublin KUL, 2006, 281–288.
76. Krzakowski M., *Najważniejsze nowotwory złośliwe u kobiet w Polsce*. [w:] Ostrowska A. (red.), *Raport Polki 2013. Zdrowie i jego zagrożenia*, Fundacja MSD dla Zdrowia Kobiet, Warszawa, 2013.
77. Kulik TB., *Koncepcja zdrowia w medycynie*. [w:] Kulik T.B., Latański M. (red.) *Zdrowie publiczne*. Czelej, Lublin 2002, 15-34.
78. Kurek J, Ewa Grymel-Kulesza E., *Wiedza studentów fizjoterapii Wyższej Szkoły Zarządzania w Gdańsku na temat wybranych elementów zdrowego stylu życia*. [w:] M.

- Podgórska (red.) Choroby XX wieku- wyzwania w pracy fizjoterapeuty. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania, Gdańsk, 2017, 319-335.
79. Kurpas D., Mroczek B., Bielska D., Wojtal M., Grata-Borkowska U., Hans-Wytrychowska A., Grad I., Kowacki M., Szpakow A., *Poziom spożycia alkoholu i palenia tytoniu wśród studentów Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu*. *Probl Hig Epidemiol*, 94,(4), 2013, 757-761.
80. Lahelma E., Martikainen P., Rahkonen O., Silventpinen K., *Gender Differences in ill Health in Finland: Patterns, Magnitude and Change*. *Social Science and Medicine*, 1999, 48, 7–19.
81. Lau K., Joško J., *Sleep disorders as a public health problem*. *Public Health*, 2010, 120,(2), 199-202.
82. Lau, R.R., Hartman, K.A., Ware, J.E., *Health as a value: methodological and theoretical considerations*. *Health Psychology*, 5 (1), 1986, 25-43.
83. Leszczyńska A., *Sport to zdrowie Refleksje o aktywności fizycznej Polaków*. *Folia Socjologia*, 2013, 45
84. Lewandowski R., Kowalski I., *W poszukiwaniu obiektywnych metod pomiaru jakości usług medycznych*. [w:] R. Lewandowski, red. *Współczesne wyzwania strukturalne i menedżerskie w ochronie zdrowia*, 2008, 253-266.
85. Lewicka M., Dzierżak A., Sulima M., *Health as a value in the opinion of students of nursing and midwifery*. *JPHNMR*, 2013, 4, 22–28.
86. Lewicka M., *Wartości deklarowane przez uczniów kończących integracyjną szkołę podstawową. Komunikat z badań*. Uniwersytet Adama Mickiewicza w Poznaniu. Wydział Teologiczny, Poznań, 2009.
87. Lipka A., Janiszewski M., Musiałek M., Dłużniewski M., *Studenci medycyny, a zdrowy styl życia*. *Warszawski Uniwersytet Medyczny*, 2015, 2,(56),189–203.
88. Lizak D., *Medical Knowledge Necessary Element Modern Education of Teacher*, [w:] M. Charzyńska-Gula, H. Kachaniuk, A. Bednarek, red. *Diagnosis and Conditions Determining the Health of Carees and Carers – Selected Issues*, , Lublin, 2011.
89. Lizak D., Seń M., Kochman M., *Healthism – afirmacja promocji zdrowia czy współczesne zagrożenie behawioralne?* [w:] R. Żarów (red.), *Człowiek w zdrowiu i chorobie, promocja zdrowia, leczenie i rehabilitacja*. Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie, 2014, 147–157.

90. Lowe A., Littlewood Ch, McLean S., Kilner K., *Physiotherapy and physical activity: a cross-sectional survey exploring physical activity promotion, knowledge of physical activity guidelines and the physical activity habits of UK physiotherapists*. *BMJ Open Sport Exerc Med.*, 2017, 3.
91. Janiszewska M., Kulik.T. B., Żołnierczuk-Kieliszek D., Pawlikowska-Łagód K., Kryk A., *Wartościowanie zdrowia wśród osób starszych na przykładzie studentów Uniwersytetu Trzeciego Wieku*. *Pielęgniarstwo Polskie*, nr 1 (59), 2016, 49-55.
92. Makaruk K., Włodarczyk J., Sethi D., Michalski P., Szredzińska R., Karwowska P., *Negatywne doświadczenia w dzieciństwie i związane z nimi zachowania szkodliwe dla zdrowia wśród polskich studentów*. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, Badania, Praktyka*, 2018, 17(2), 58–97.
93. Malik, M., Zarzycka, D., Iżicka, J., Jarosz, M., *Wartość zdrowia jako czynnik motywacyjny do działań prozdrowotnych*. *Zdrowie Publiczne*, 119 (1), 2009, 33-39.
94. Maszczak, T., *Zdrowie jako wartość uniwersalna*. *Roczniki naukowe*. Poznań Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego, 2005, 74-80.
95. Maxwell R.J., *Quality assessment in health*. *British Medical Journal*, 1984.
96. Maynard M, Gunnell D, Emmett P, Frankel S., Davey Smith G. *Fruit, vegetables, and antioxidants in childhood and risk of adult cancer*. The Boyd Orr cohort. *J Epidemiol Community Health*, 2003, 57, 218-225
97. Mazur J, Małkowska-Szcutnik A., (red). *Wyniki badań HBSC 2010*. Raport techniczny IMiD, Warszawa, 2010.
98. McCabe SE, West BT, Teter CJ, Boyd CJ., *Trends in medical use, diversion, and nonmedical use of prescription medications among college students from 2003 to 2013: Connecting the dots*. *Addict Behav*, 2014, 39, 1176-82.
99. Mędreła-Kuder E., *Ocena stylu życia studentów fizjoterapii i edukacji techniczno-informatycznej na podstawie żywienia i aktywności fizycznej*. *Roczn. PZH*, 62, 3, 2011, 315-318.
100. Młynarska M., Rudnicka Drożak E., Nowicki G., Misztal Okońska P., Dyndut J., Majchor P. *Pojęcie zdrowia w opinii osób powyżej 65 roku życia*. *Gerontologia Polska* 2015, 1; 11-18.
101. Moskalewicz B., Goryński P., Wojtyniak B., *Podstawowe zagrożenia dla zdrowia kobiet w świetle statystyk*. [w:] Ostrowska A. (red.), *Raport Polki 2013. Zdrowie i jego zagrożenia*, Fundacja MSD dla Zdrowia Kobiet, Warszawa, 2013.



102. Moskalewicz J., *Problemy zdrowia prokreacyjnego związane z konsumpcją alkoholu*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2007.
103. Mundt M.P., Zakletskaia L.I., Brown D.D., Fleming M.F., *Alcohol-Induced Memory Blackouts as an Indicator of Injury Risk among College Drinkers*. *Inj. Prev.*, 2012, 18 (1), 44–49.
104. Naszydłowska E., Krawczyńska J., Kozieł D., Czerwiak G., Trawczyńska M., *Wartościowanie zdrowia, a zachowania promujące zdrowie studentów*. *Annales UMCS*, 2005, LX, suppl. XVI, 349: 62–66.
105. Nowacka M., *Rozwój medycyny a poziom świadomości zdrowotnej w XVII wieku*, *Roczniki Filozoficzne LXII*, 2014,4, 103–120.
106. Nowicki G., Ślusarska B., *Determinanty społeczno-demograficzne wartościowania zdrowia wśród pracujących osób dorosłych*. *Hygeia Public Health*, 2011, 46(2), 280–285.
107. O’Dea J., *Why do kids eat healthful food? Perceived benefits of and barriers to healthful eating and physical activity among children and adolescents*. *J Am Diet Ass*, 2003, 103, 497-501.
108. *Obesity: Preventing and managing the global epidemics. Report of a WHO consultation*. *World Health Organ Tech Rep Ser*, 2000, 894, 1-253.
109. Ogińska-Bulik N., *Czynniki sprzyjające rozwojowi zachowań kompulsywnych związanych z wykonywaniem czynności*. [w:] N. Ogińska-Bulik (red). *Zachowania ryzykowne i szkodliwe dla zdrowia*. AH-E, Łódź, 2010, 23-42.
110. Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z., *Osobowość. Stres a zdrowie*. Warszawa: Centrum Doradztwa i Informacji Diffin, 2008.
111. Omyła-Rudzka M., *Aktywność fizyczna Polaków, CBOS, BS/129/2013*, Warszawa, 2013.
112. Opolski K., Dykawska G., Możdżonek M., *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych*. Warszawa; Wydawnictwo Ce De Wu, 2009.
113. Ostrowska A., *Styl życia a zdrowie, z zagadnień promocji zdrowia*. Wyd. IFiS PAN Warszawa, 1999, 163-192.
114. Ostrzyżek A., Marcinkowski J., *Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka kliniczna*. *Probl Hig Epidemiol*, 2012, 93(4), 682-686.

115. Owoc A., Maliszewska D., Bojar I., Pawełczak-Barszczowska A., *Ocena poziomu wiedzy młodzieży warszawskich szkół średnich na temat wybranych czynników ryzyka chorób układu krążenia*. *Medycyna Ogólna*, 2010, 16 (XIV), 4, 581–594.
116. Park, Keum Suk, Yoon, Hae Min., *University Students' Health Behavior, Depression, and Ego-resilience*. *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs*, 2016, 25. (2), 113-122.
117. Parnowski T., *Choroba Alzheimera*, [w:] A. Ostrowska (red.), *Raport Polki 2013. Zdrowie i jego zagrożenia*, Fundacja MSD dla Zdrowia Kobiet, Warszawa, 2013.
118. Piątkowski W., *Choroba, jako zjawisko socjologiczne. Wprowadzenie do wybranych koncepcji badawczych*. [w:] J. Barański, W. Pitkowski (red.), *Wybrane problemy socjologii medycyny*. Atut. Wrocław, 2002, 58-63.
119. Puchalski K., *Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot nauk socjologicznych. Uwagi wokół pojęcia*. [w:] A. Gniazdowski (red.) *Zachowania zdrowotne*, Instytut Medycyny Pracy Łódź, 1990, 23-57.
120. Puchalski K., *Potoczne definiowanie zdrowia*. *Annales UMCS.*, 2005, LX, suppl. XVI, 430, 414–417.
121. Rabiega A., *Ochrona życia i zdrowia ludzkiego w działaniach podmiotów administrujących w sferze opieki zdrowotnej*. Warszawa, 2009, 5 - 11.
122. Radmacher S., Sheridan Ch., *Psychologia zdrowia – Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Instytut Psychologii Zdrowia, 1998, 434-459.
123. Radziejewicz-Winnicki A., *Zainteresowanie nauk społecznych poglądami i zachowaniami w dziedzinie zdrowia i choroby a lansowanie określonych wzorów socjalizacji zdrowotnej*. *Chowanna*, 2002, 1.
124. Radzińska M., Nowak L., Nowak M.A., *Satysfakcja z wyboru studiów a zamierzenia zawodowe studentów wychowania fizycznego*. *Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie Kultura Fizyczna*, 2016, XV, (2), 109–124.
125. Raniszewska-Wyrwa A., *Myśl etyczno-medyczna Władysława Biegańskiego (1857–1917)*. *Studia Philosophiae Christianae UKSW*, 2013,49,3.
126. *Raport z badań. Polacy o swoim zdrowiu oraz prozdrowotnych zachowaniach i aktywnościach*. CBOS, Warszawa, 2012.
127. *Raport z ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu*. Kantar dla Głównego Inspektoratu Sanitarnego [https://gis.gov.pl/wp-content/uploads/2018/04/Postawy-Polak%C3%B3w-do-palenia-tytoniu\\_Raport-Kantar-Public-dla-GIS\\_2019.pdf](https://gis.gov.pl/wp-content/uploads/2018/04/Postawy-Polak%C3%B3w-do-palenia-tytoniu_Raport-Kantar-Public-dla-GIS_2019.pdf).

128. Rekowski W, Jankowski K.W., *Tło społeczne i niektóre elementy sytuacji studiowania nieatrakcyjnych kierunków, na przykładzie studentów wychowania fizycznego*. Rozprawy Naukowe Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu, 2015, 48, 137–150
129. Reznier A., Reznier W., Kosecka J., *Edukator zdrowia w podstawowej opiece zdrowotnej jako szansa na podniesienie poziomu promocji zdrowia i profilaktyki w Polsce*. Probl Hig Epidemiol., 2013, 94(3), 407–412.
130. *Rocznik Statystyczny 2015*, GUS, 2017
131. Rogowska A.M., Kardasz Z., Zmaczyńska-Witek B., *Relation between current alcohol consumption and attitude towards alcohol use among students*. Alcohol Drug Addict, 2020, 33 (2), 99-118.
132. Romanowska-Tołoczko A., *Styl życia studentów oceniany w kontekście zachowań zdrowotnych*. Hygeia Public Health, 2011, 46(1), 89-93.
133. Sabih F, Siddiqui FR, Baber MN., *Assessment of stress among physiotherapy students at Riphah Centre of Rehabilitation Sciences*. Journal of the Pakistan Medical Association, 2013, 63(3), 346-349.
134. Sęk H., Ścigała L., Pasikowski T., Beisert M., Bleja A., *Subjective health concepts, personal and societal determinants*. In: H. Schröder, K. Reschke, M. Johnston, S. Maes, eds.: Health psychology. Potential in diversity. Regensburg, Roderer, 1993, 108-124.
135. Sheeran P., Gollwitzer PM., Bargh JA., *Nonconscious processes and health*. Health Psychol, 2013, 32(5): 460-473.
136. Siemiński M., *Środowiskowe zagrożenia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2001.
137. Skalski M., *Zaburzenia snu w codziennej praktyce*. Warszawa, MedTrib Polska, 2012.
138. Ślusarska B., Kulik T., Piasecka B.H., Pacian A. *Wiedza i zachowania zdrowotne studentów medycyny w zakresie czynników ryzyka sercowo-naczyniowego*. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2012, 18(1), 19-26.
139. Ślusarska B., Zarzycka D., Wrońska I. *Zróżnicowanie behawioralnych czynników zdrowia wśród studentów zależne od wybranych wskaźników społeczno-demograficznych i środowiskowo-kulturowych*. Journal of Education, Health and Sport, 2015, 5(2), 99-108.

140. Socha-Masztafiak M., Chomiccki Ł. *Ocena aktywności fizycznej studentów kierunku fizjoterapia Akademii Wychowania Fizycznego oraz Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach*. AWF, Gdańsk, 2014, 14, 35.
141. Sochocka L., Wojtyłko A., *Aktywność fizyczna studentów studiów stacjonarnych kierunków medycznych i niemedyycznych*. *Medycyna Środowiskowa - Environmental Medicine*, 2013, 16, (2), 53-58.
142. Starczewska M, Mikołajewska I, Grochans E, Jurczak A, Szkup-Jabłońska M, Kuczyńska M, Grzywacz A, Żukrowska A., *Sposób odżywiania, jako jeden z determinantów stylu życia studentów*. *Family Medicine & Primary Care Review* 2012, 14, 1, 63–69.
143. Stawarz B., Sulima M., Lewicka M., Brukwicka I., Wiktor H., *Health and determinants of health – a review of literature, p.I*. *JPHNMR*, 2014, (2) , 4-10.
144. Światowa Organizacja Zdrowia. *Globalny plan działania dotyczącego aktywności fizycznej na lata 2018-2030: więcej aktywnych ludzi dla zdrowego świata*. Genewa: Światowa Organizacja Zdrowia, 2018.
145. Syrek E., *Promocja zdrowia poprzez edukację zdrowotną w systemie kształcenia ogólnego dzieci i młodzieży – współczesna potrzeba i konieczność*. *Zdrowie – Kultura Zdrowotna – Edukacja*, AWF i S w Gdańsku, 2009, III.
146. Szewczyk P.B., Dziuba A.M., Poniewierka E., *Melatonina – metabolizm i rola hormonu szyszynki*. *Piel Zdr Publ.*, 2018.
147. Szponar B, Krzyszycha R., *Ocena sposobu odżywiania studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie w roku akademickim 2007–2008*. *Bromat Chem Toksykol*, 2009, XLII, 2, 111–116.
148. Tiszchenko E., Surmach M., Pieciewicz-Szczęśna H., *Zachowania zdrowotne jako kluczowy czynnik zdrowia* . *Zdr Publ*, 2009, 119(1), 86-89.
149. Tobias E., Connor M., Ferguson Smith M., *Genetyka medyczna*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie Warszawa, 2013.
150. Tobias M., Jackson G., Yeh L.C., Huang K., *Do heal thy and unhealthy behaviours cluster in New Zealand?* *Aust. N. Z. J. Public Health*, 2007, 31(2), 155–163.
151. Tobiasz-Adamczyk B., *Wybrane elementy jakości życia kobiet starszych wiekiem*, *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 1999, 16, 68–83.
152. Walentukiewicz A., Łysak A., Wilk B., *Uwarunkowania zdrowia gdańskich 18-latek – zachowania zdrowotne*. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2011, 92 (3), 482–485.

153. Walker M., *Dlaczego śpimy. Odkrywanie potęgi snu i marzeń sennych*. Wyd. Marginesy. Warszawa, 2019.
154. Walshe K., Smith J., *Zarządzanie w opiece zdrowotnej – doskonalenie jakości w opiece zdrowotnej*. Wolters Kluwer, Warszawa, 2011.
155. Wojciechowski M., *Dręczenie wzajemne uczniów elementem wychowawczego klimatu szkoły*. Lider, 1998, 11, 9.
156. Wojtczak A., *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*. PZWL, Warszawa, 2009.
157. Wojtyczek B., *Ocena zachowań prozdrowotnych i wybranych wskaźników stanu zdrowia studentów I roku Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie*. Roczniki Naukowe Akademii Wychowania Fizycznego, Warszawa, 2006, (44), 161-175
158. Wojtyła A., Kapka-Skrzypczak L., Paprzycki P., Diatczyk J., Bylina J., *Zachowania zdrowotne młodzieży*. Raport. Instytut Medycyny Wsi, Lublin, 2011.
159. Wolska-Adamczyk A., *Współczesne kierunki działań prozdrowotnych*. WSiLiZ, Warszawa, 2015.
160. World Health Organisation., *Physical activity for health. More active people for a healthier world: draft global action plan on physical activity 2018–2030*. Seventy-first World Health Assembly, 2018, (71), 18.
161. *World Health Organization Office for Europe (1986) Ottawa Charter for Health Promotion* (dokument dostępny na: <http://www.euro.who.int>).
162. Woynarowska B., *Zdrowe odżywianie i aktywność fizyczna*. [w:] B. Woynarowska (red). Edukacja zdrowotna. PWN, Warszawa, 2007.
163. Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna*. Warszawa PWN, 2017.
164. Woynarowska B., *Podstawy teoretyczne i strategia edukacji zdrowotnej w szkole*. Lider, 1999 (1), 15.
165. Woynarowska B., Sokołowska M. *Koncepcja i zasady tworzenia Szkoły Promującej Zdrowie*. Edukacja Zdrowotna i Promocja Zdrowia w Szkole, Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, 2006, 10–11.
166. Woynarowska-Sołdan M., *Dbłość o zdrowie w młodości i wczesnej dorosłości*. [w:] B. Woynarowska (red). Edukacja zdrowotna. Poradnik dla nauczycieli wychowania fizycznego w gimnazjum i szkołach ponadgimnazjalnych. ZNP, Kielce, 2012, 152-158.

167. Woynarowska-Sołdan M., *Metoda Action Research i jej zastosowanie w promocji Zdrowia*. Hygeia Public Health, 2014, 49 (4), 672-678.
168. Wrona- Wolny W., *Uwarunkowania i funkcje spożywania alkoholu przez sportowców*. AWF. Kraków, 2007.
169. Wrona-Wolny W., *Health education as an inseparable component of health promotion*. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, 2018, (16), 4, 215-221.
170. Wysocki M. J., Miller M. *Paradygmat Lalonde'a, Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne*. Przegląd Epidemiologiczny, 2003 (3) ,506–512.
171. Yera Hur. Ji-Ha Kim., *Are Medical Students Satisfied with Their Medical Professionalism Education?* Korean Journal of Medical Education, 2010, 22,(1),65.
172. Zadworna- Cieślak M., Ogińska- Bulik N. *Zachowania zdrowotne osób w wieku senioralnym – rola optymizmu*. Psychogeriatrya Polska, 2013 (4),145-156.
173. Zadworna-Cieślak M., Ogińska-Bulik N. *Zachowania zdrowotne młodzieży – uwarunkowania podmiotowe i rodzinne*. Difin, Warszawa, 2011, 133-141
174. Zatoń M., Jethon Z., *Aktywność ruchowa w świetle badań fizjologicznych i promocji zdrowia*. AWF, Wrocław, 2000.
175. Zatoński W. i wsp. *Leczenie zespołu uzależnienia od tytoniu*. Warszawa 2000.
176. Zawadzka B., Leonardziak M., Mojecka A., *Styl życia młodzieży akademickiej miasta Kielce*. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, 2004, 1, 9–13.
177. Zielińska M., *Spoleczne uwarunkowania zachowań zdrowotnych łódzkich kobiet w wieku prokreacyjnym*. Probl Hig Epidemiol, 2008, 89(3), 367-372.
178. Zielińska-Bliźniewska H., Młódzik J., Olszewski J., *Ocena nałogu palenia tytoniu i biernej ekspozycji na dym tytoniowy wśród studentów medycyny*. Pol. Merk. Lek., 2011, XXXI, 186, 353.
179. Zysmarska, M., Bernard, D., *Zachowania prozdrowotne nauczycieli w województwie Wielkopolskim część I*. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2006, 87.
180. Żukiewicz- Sobczak W., Sobczak P., Imbor K., Krasowska E., Zwoliński J., Horch A., Wojtyła A., Piątek J., *Zagrożenia grzybowe w budynkach i w mieszkaniach – wpływ na organizm człowieka*. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2012, 18(2), 141-146.

### **Źródła internetowe:**

- <https://izba-lekarska.pl/prasa/sluzba-ochrona-czy-opieka-nauka-wpolsce.pl/aktualnosci/news%2C414402%2Who-palenie-tytoniu-rocznie-zabija-ponad-7-mln-ludzi-na-swiecie.html> (dostęp: 10.09.2022)
- <https://www.medonet.pl/narodowy-test-zdrowia-polakow/zyj-zdrowiej.picie-alkoholu-jak-wypadaj-Polacy-nowy-raport-oecd,artykul,90827573.html#spozycie-alkoholu-w-polsce-szczegoly-raportu-oecd> (dostęp: 03.10.2022).
- <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspecteng.pdf.Lalonde-M.A-New-Perspective-on-the-Health-of-Canadians> (dostęp: 12.09.2022).

## ANEKS

Załącznik nr. 1.

### KWESTIONARIUSZ ANKIETY DLA STUDENTÓW FIZJOTERAPII

Proszę o udzielenie szczerych odpowiedzi na wszystkie postawione pytania. Dane zebrane przy pomocy tego kwestionariusza zostaną wykorzystane do celów naukowych. Kwestionariusz jest anonimowy.

1. Metryczka

Płeć:

- Kobieta
- Mężczyzna

Rok studiów: .....

2. Jaki jest Pani/Pana stosunek do przestrzegania zasad zdrowego stylu życia ?

- Staram się przestrzegać zasad zdrowego stylu życia
- Mam obojętny stosunek do zasad zdrowego stylu życia
- Nie przestrzegam żadnych zasad zdrowego stylu życia

3. Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia ?

- Bardzo dobry
- Dobry
- Zły
- Bardzo zły
- Trudno mi ocenić

4. Czy odżywia się Pani/Pan prawidłowo, zgodnie z zasadami zdrowego żywienia?

- Zdecydowanie tak
- Raczej tak
- Trudno powiedzieć
- Raczej nie
- Zdecydowanie nie

5. Czy pali Pani/Pan papierosy ?

- Tak, regularnie ( ile papierosów dziennie?).....
- Tak, okazjonalnie
- Kiedyś paliłam/em, obecnie nie palę
- Nie/ nigdy nie paliłem papierosów

6. Jak często spożywa Pani/ Pan napoje alkoholowe?

- Co najmniej raz w tygodniu
- Kilka razy w miesiącu



- Rzadziej
- Nigdy
- Inna odpowiedź (jaka?).....

7. Ile godzin na dobę przeznaczają Pani/Pan na sen?

- Poniżej 6
- 6-7
- 8
- 9
- Powyżej 9

8. Jak ocenia Pani/Pan poziom swojej wiedzy na temat zdrowego stylu życia ?

- Bardzo dobry
- Dobry
- Dostateczny
- Niedostateczny

9. Jaką według Pani/Pana tematykę powinna obejmować promocja zdrowia, edukacja zdrowotna na kierunku fizjoterapii ( zaznacz 3 odpowiedzi, oznaczając 3 – największym stopniu, 2- w pośrednim stopniu, 1 – najmniejszym stopniu)

- Zdrowe odżywianie
- Profilaktyka uzależnień
- Zdrowe życie rodzinne
- Aktywność fizyczna
- Zdrowie psychiczne –kontrola stresu
- Profilaktyka agresji
- Inne ( jakie?).....

10. Proszę wskazać trzy zachowania prozdrowotne, które Pani/Pana zdaniem w największym stopniu prowadzą do utrzymania zdrowia ( oznaczając 3 – największym stopniu, 2 - w pośrednim stopniu, 1 – najmniejszym stopniu)

- Zdrowe odżywianie
- Niepalenie tytoniu
- Niepicie alkoholu
- Regularne wizyty u lekarza
- Badania profilaktyczne
- Regularna aktywność fizyczna
- Odpowiednio długi sen
- Unikanie sytuacji stresogennych
- Aktywny wypoczynek

11. Jaka jest według Pani/Pana hierarchia poniższych wartości. Proszę o odpowiedź ( odpowiedni nr w kwadracie) w każdym wierszu według skali: 1. Zdecydowanie bardzo ważny; 2. Raczej ważny; 3. Trudno określić; 4. Zdecydowanie nieważny; 5. Raczej nieważny

- Zdrowie własne
- Zdrowie w rodzinie w której się Pani/Pan wychował
- Bogactwo
- Praca
- Rodzina
- Wykształcenie
- Wiedza
- Mądrość
- Pomoc innym
- Bóg, wiara
- Miłość

12. Które z podanych przedmiotów są lub były realizowane w trakcie studiów na kierunku fizjoterapia?

- Edukacja zdrowotna
- Promocja zdrowia
- Zdrowie publiczne
- Fizjoprofilaktyka i promocja zdrowia
- Wychowanie zdrowotne
- Inne (jakie?) związane z promocją zdrowia.....

13. Proszę zaznaczyć te czynniki, które Pani/Pan podejmuje świadomie w celu prowadzenia zdrowego stylu życia? ( proszę o zaznaczenie wszystkich odpowiedzi, które Pani/Pana dotyczą)

- Racjonalne odżywianie
- Aktywność fizyczna
- Badania profilaktyczne
- Unikanie stresu i radzenie sobie z nim
- Niepalenie tytoniu
- Ograniczenie spożywania alkoholu
- Odpowiednia ilość snu
- Nie podejmuję żadnych działań w tym kierunku

14. Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?

- Bardzo zadowolony
- Raczej zadowolony
- Raczej niezadowolony
- Bardzo niezadowolony
- Trudno ocenić

## Załącznik nr. 2.

### TEST WIEDZY Z ZAKRESU PROMOCJI ZDROWIA

1. Największy wpływ na zdrowie jednostki ma: (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

- Środowisko
- Styl życia i zachowania zdrowotne
- Uwarunkowania genetyczne
- Opieka zdrowotna

2. Zespół codziennych zachowań, swoistych dla danej zbiorowości lub jednostki, charakterystyczny „sposób bycia” odróżniający daną zbiorowość lub jednostkę od innych, lub inaczej, bardziej lub mniej świadomie przyjmowana strategia życiowa to: (proszę x zakreślić jedną odpowiedź)

- Styl życia
- Zachowania prozdrowotne
- Zachowania antyzdrowotne
- Świadomość zdrowotna

3. Wartości, postawy oraz zespół zachowań związanych ze zdrowiem, które ludzie podejmują świadomie dla zwiększenia potencjału swego zdrowia to : (proszę x zakreślić jedną odpowiedź)

- Zachowania problemowe
- Prozdrowotny styl życia
- Zachowania szkodliwe dla zdrowia
- Zachowania ryzykowne

4. Proszę zakreślić x te komponenty, które Pani/Pana zdaniem składają się na zdrowy styl życia:

- Zbilansowana dieta
- Ograniczona aktywność fizyczna
- Wielogodzinne siedzenie przed TV
- Dobre samopoczucie
- Sen 7-8 godz.
- Unikanie nadmiaru stresu i skuteczny sposób radzenia sobie z nim
- Niepalenie tytoniu
- Dieta cud i codzienny jogging
- Samobadanie (piersi u kobiet, jąder u mężczyzn)
- Badanie stomatologiczne
- Badania cytologiczne

5. Proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad własnym zdrowiem prowadzący do jego poprawy, to:

- Edukacja zdrowotna

- Zdrowie publiczne
- Ochrona zdrowia
- Promocja zdrowia

6. Według ekspertów zalecany poziom aktywności fizycznej to?:

Według Światowej Organizacji Zdrowia nowe wytyczne ( z danych opublikowanych w 2020 r. dotyczące zalecanej aktywności fizycznej dla osób dorosłych (18–64 lat) to:

- Co najmniej 60 minut dziennie umiarkowanej lub intensywnej aktywności fizycznej, przez cały tydzień
- Tygodniowo 150–300 minut aktywności fizycznej o umiarkowanej intensywności lub 75–150 minut aktywności o dużej intensywności.
- Wykonywane raz w tygodniu przez 30 minut różnorodne wysiłki fizyczne o co najmniej umiarkowanej intensywności

7. Dieta zbilansowana oznacza sposób żywienia pokrywający pełne zapotrzebowanie organizmu na energię i wszystkie składniki odżywcze oraz właściwe proporcje między nimi?:

- Tak
- Nie

8. Proszę zaznaczyć X dwa określenia, które są błędne:

- Profilaktyka chorób
- Profilaktyka zdrowotna
- Profilaktyka zdrowia
- Profilaktyka urazów

9. Głównym celem promocji zdrowia jest?

- Zwiększanie potencjału zdrowia
- Zapobieganie chorobom
- Zapobieganie zaburzeniom i niepełnosprawności
- Dostarczanie wiedzy o zdrowiu

10. Międzynarodowe Organizacje Zdrowia powstają po to, aby pomagać ludziom na całym świecie bez względu na ich rasę, pochodzenie, religię. Najbardziej znanymi Pani/Pana zdaniem organizacjami międzynarodowymi ds. zdrowia są: (proszę wybrać 2)

- WHO
- Krzyż Odrodzenia
- Czerwony Krzyż
- NFZ

11. Jakie są Pani/Pana zdaniem wytyczne dotyczące aktywności fizycznej w profilaktyce chorób układu krążenia?

- Aktywność fizyczna jest niewskazana

- 1h aktywności fizycznej w tygodniu
  - 2,5- 5h aktywności fizycznej w tygodniu
  - 20 h aktywności fizycznej w tygodniu
12. Proszę wskazać ( zaznaczyć x), co rozumie Pani/Pan przez edukację zdrowotną:
- Proces, w którym ludzie uczą się dbać o zdrowie własne i innych ludzi.
  - Proces umożliwiający kontrolę nad własnym zdrowiem i jego poprawę.
13. Proszę zaznaczyć x to zdanie, które zdaniem Pani/Pana jest prawidłowe:
- Picie alkoholu jest rakotwórcze wyłącznie w połączeniu z paleniem tytoniu.
  - Spożywanie alkoholu zwiększa ryzyko zachorowania na nowotwory jamy ustnej, gardła, krtani, przełyku, wątroby i piersi.
  - Spożywanie alkoholu nie zwiększa ryzyka zachorowania na raka.
14. Proszę zaznaczyć X te czynniki, które Pani/Pana zdaniem mają udowodniony wpływ na wzrost ryzyka występowania nowotworów złośliwych:
- Karmienie piersią
  - Żywność zawierająca aflatoksyny
  - Palenie tytoniu
  - Żywność o wysokim indeksie glikemicznym
  - Żywność zawierająca włókna roślinne
  - Brak aktywności fizycznej
15. Kluczowym narzędziem w promocji zdrowia jest:
- poradnictwo
  - edukacja zdrowotna
  - opieka zdrowotna
  - profilaktyka

Załącznik nr. 3.

## **INWENTARZ ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH (IZZ)** **Z. JUCZYŃSKI (2009)**

Poniżej podano przykłady różnych zachowań związanych ze zdrowiem. Jak często w ciągu roku przestrzega Pan/Pani wymienionych poniżej zachowań? Proszę odpowiedzieć szczerze wpisując do każdej kratki liczbę wyrażającą właściwą dla siebie odpowiedź:

- 1 - prawie nigdy; 2 - rzadko;  
3 - od czasu do czasu; 4 - często;  
5 - prawie zawsze

- Jem dużo warzyw, owoców

- Unikam przeziębien
- Poważnie traktuję wskazówki osób wyrażających zaniepokojenie moim zdrowiem
- Wystarczająco dużo odpoczywam
- Ograniczam spożywanie takich produktów, jak tłuszcze zwierzęce, cukier
- Mam zanotowane numery telefonów służb pogotowia
- Unikam sytuacji, które wpływają na mnie przygnębiająco
- Unikam przepracowania
- Dbam o prawidłowe odżywianie
- Przestrzegam zaleceń lekarskich
- Staram się unikać zbyt silnych emocji, stresów i napięć
- Kontroluję swoją masę ciała
- Unikam spożywania żywności z konserwantami
- Regularnie zgłaszam się na badania lekarskie
- Mam przyjaciół
- Mam uregulowane życie rodzinne
- Wystarczająco dużo śpię
- Unikam soli i silnie solonej żywności
- Staram się dowiedzieć, jak inni unikają chorób

Jak często w ciągu roku przestrzega Pan/Pani wymienionych poniżej zachowań?

1 - prawie nigdy;

2 - rzadko;

3 - od czasu do czasu

4 - często;

5 - prawie zawsze

- Unikam takich uczuć, jak gniew, lęk i depresja
- Ograniczam palenie tytoniu

- Jem pieczywo pełnoziarniste
- Staram się uzyskać informacje medyczne i zrozumieć przyczyny zdrowia i choroby
- Myślę pozytywnie
- Unikam nadmiernego wysiłku fizycznego
- Inne, jakie?

Załącznik nr. 4.

### **LISTA KRYTERIÓW ZDROWIA (LKZ) Z. JUCZYŃSKI (2009)**

Co dla Ciebie oznacza "być zdrowym"? Poniżej podano stwierdzenia, które opisują różne znaczenia "bycia zdrowym".

Instrukcja:

I. Najpierw należy uważnie przeczytać wszystkie podane stwierdzenia.

Być zdrowym oznacza dla mnie:

A	B	C
---	---	---

1. dożyć późnej starości
2. czuć się szczęśliwym przez większość czasu
3. potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi
4. umieć rozwiązywać swoje problemy
5. należycie się odżywiać
6. dbać o wypoczynek, sen
7. pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale
8. nie palić tytoniu
9. mieć odpowiednią masę ciała
10. jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa

11. mieć dobry nastrój
12. nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych
13. potrafić pracować bez napięcia i stresu
14. nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność
15. mieć zdrowe oczy, włosy, cerę
16. umieć przystosowywać się do zmian w życiu
17. umieć się cieszyć z życia
18. być odpowiedzialnym
19. potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami
20. mieć sprawne wszystkie części ciała
21. akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki
22. mieć pracę, różnorodne zainteresowania
23. czuć się dobrze
24. prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza
25. inne - jakie?

II. Następnie należy jeszcze raz od początku czytać kolejne stwierdzenia i zaznaczać, wstawiając znak X w odpowiedniej kratce w kolumnie oznaczonej literą A te, które Twoim zdaniem są bardzo ważne w ocenie zdrowia. Proszę dokonać wyboru, a potem wrócić do punktu 3.

III. Spośród zaznaczonych w kolumnie A stwierdzeń należy wybrać 5 najważniejszych i zaznaczyć je X w kolumnie B. Jeżeli w kolumnie A zaznaczono mniej niż 5, to należy je uzupełnić. Proszę dokonać wyboru, a potem wrócić do punktu 4.

IV. Wybrane 5 kryteriów zdrowia należy uszeregować wpisując w kolumnie C dla kryterium najważniejszego 5 punktów dla następnych 4, 3, 2, a dla najmniej ważnego 1 punkt.

Copyright © 2007 by "Pracownia Testów Psychologicznych" Sp. z o.o.

ul. Dzielna 5, 00-162 Warszawa [www.practesl.com.pl](http://www.practesl.com.pl)



Załącznik nr.5.

## **MIĘDZYNARODOWY KWESTIONARIUSZ AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ**

Kwestionariusz dotyczy czasu poświęconego na aktywność fizyczną w ciągu ostatnich 7 dni. Proszę wziąć pod uwagę tylko taki wysiłek, który jednorazowo trwał co najmniej 10 minut.

W pytaniach użyto niżej wymienionych określeń:

**Intensywna** aktywność fizyczna oznacza ciężki wysiłek, zmuszający do silnie wzmożonego oddychania (i przyspieszonej akcji serca);

**Umiarkowana** aktywność fizyczna oznacza wysiłek przeciętny z nieco wzmożonym oddychaniem (i nieco przyspieszoną akcją serca).

### **CZĘŚĆ 1: AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA ZWIĄZANA Z PRACĄ ZAWODOWĄ**

Pytania w część I dotyczą wysiłku fizycznego w Państwa pracy zawodowej, w rolnictwie, nauce, pracy społecznej i każdej innej aktywności społecznej (w tym niepłatnej), którą wykonują Państwo poza domem. *Proszę nie brać pod uwagę czynności, które wykonują Państwo wokół domu, np. prac domowych, pracy w ogródku, ogólnych prac porządkowych oraz opieki nad rodziną. Tematykę tę obejmuje część 3.*

1. Proszę podać czy aktualnie pracuje Pan/i zawodowo, uczy się lub wykonuje pracę bez wynagrodzenia poza domem.

A. Tak

B. Nie  przejść do części 2

Następne pytania dotyczą wszelkiego wysiłku fizycznego wykonywanego w ciągu ostatnich 7 dni w ramach pracy bez wynagrodzenia lub zawodowej oraz nauki. Proszę wziąć pod uwagę tylko taki wysiłek, który jednorazowo trwał co najmniej 10 minut. Tematyka tych pytań nie dotyczy chodzenia do pracy i z powrotem.

2. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których wykonywał Pan/i w ramach pracy zawodowej lub nauki intensywny wysiłek fizyczny, np. : podnoszenie ciężkich rzeczy, kopanie, prace budowlane, chodzenie po schodach.

A. Dni w tygodniu .....

B. Nie wykonywałam/em takiej czynności  przejść do pytania 4

3. Proszę podać ile czasu w jednym z takich (przeciętnych) dni poświęca Pan/i zwykle na intensywny wysiłek fizyczny w ramach pracy.

A. Godzin dziennie .....

B. Minut dziennie .....

4. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których wykonywał Pan/i w ramach pracy zawodowej umiarkowany wysiłek fizyczny, porównywalny z przenoszeniem lekkich rzeczy, jazdą na rowerze w normalnym tempie. Proszę nie brać pod uwagę chodzenia.

A. Dni w tygodniu .....

B. Nie wykonywałam/em takiej czynności  przejść do pytania 6

5. Proszę podać ile czasu w jednym z takich (przeciętnych) dni poświęca Pan/i zwykle na umiarkowany wysiłek fizyczny wykonywany w ramach pracy zawodowej.

A. Godzin dziennie .....

B. Minut dziennie .....

6. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których chodził Pan/i co najmniej 10 minut (jednorazowo) w czasie pracy zawodowej. Proszę nie wliczać do tego czasu dojścia do pracy i z powrotem.

A. Dni w tygodniu .....

B. Nie wykonywałam/em takiej czynności  przejść do części 2

7. Proszę podać ile czasu poświęca Pan/i na chodzenie w jednym z takich (przeciętnych) dni w ramach pracy zawodowej.

A. Godzin dziennie .....

B. Minut dziennie .....

## **CZĘŚĆ 2: AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA ZWIĄZANA Z PRZEMIESZCZANIEM SIĘ**

Pytania w kolejnej części dotyczą sposobu przemieszczania się z miejsca na miejsce, włączając w to przemieszczanie się do pracy, na zakupy, w miejsca rozrywki itp.

(dotyczy czynności nie wykonywanych w czasie wolnym). *Proszę wziąć pod uwagę tylko taką aktywność, która jednorazowo trwała co najmniej 10 minut.*

8. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których jeździł Pan/i pojazdem takim jak samochód, autobus, pociąg, tramwaj lub inny pojazd (proszę nie brać pod uwagę jazdy na rowerze).

A. Dni w tygodniu .....

B. Nie wykonywałam/em takiej czynności  przejść do pytania 10

9. Proszę podać ile czasu spędza Pan/i podczas jednego z takich (przeciętnych) dni, jeżdżąc samochodem, autobusem, pociągiem, tramwajem lub innym pojazdem (proszę nie brać pod uwagę jazdy na rowerze).

A. Godzin dziennie .....

B. Minut dziennie .....

10. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których jechał Pan/i rowerem przez co najmniej 10 minut.

*Proszę wziąć pod uwagę jedynie jazdę na rowerze: do pracy i z powrotem, lub w innych celach.*

A. Dni w tygodniu .....

B. Nie wykonywałam/em takiej czynności.  przejść do pytania 12

11. Proszę podać ile czasu jeździ Pan/i rowerem podczas jednego z takich (przeciętnych) dni.

A. Godzin dziennie .....

B. Minut dziennie .....

12. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których chodził Pan/i co najmniej 10 minut jednorazowo.

*Proszę wziąć pod uwagę jedynie chodzenie: do pracy i z powrotem, lub w innych celach.*

A. Dni w tygodniu .....

B. Nie wykonywałam/em takiej czynności  przejść do części 3

13. Proszę podać ile czasu chodzi Pan/i w jednym z takich (przeciętnych) dni.

A. Godzin dziennie .....

B. Minut dziennie .....

### **CZĘŚĆ 3: PRACE DOMOWE, OGÓLNE PRACE PORZĄDKOWE I OPIEKA NAD RODZINĄ**

Pytania w kolejnej części dotyczą wysiłku fizycznego w ciągu ostatnich 7 dni, który wykonywał Pan/Pani w domu i wokół domu, np.: prace domowe, opieka nad rodziną, ogólne prace porządkowe, uprawa ogródka.

*Proszę wziąć pod uwagę tylko taki wysiłek fizyczny, który zajmuje jednorazowo, co najmniej 10 minut.*

14. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których wykonywał Pan/i w ogródku lub wokół domu intensywny wysiłek fizyczny, np. przenoszenie ciężkich rzeczy, rąbanie drewna, odśnieżanie lub kopanie.

A. Dni w tygodniu .....

B. Nie wykonywałam/em takiej czynności.  przejść do pytania 18

15. Proszę podać ile czasu poświęca Pan/i zwykle w jednym z takich (przeciętnych) dni na intensywny wysiłek fizyczny w ogródku lub wokół domu.

A. Godzin dziennie .....

B. Minut dziennie .....

16. Proszę podać liczbę dni, w ciągu ostatnich 7, w których wykonywał Pan/i umiarkowany wysiłek fizyczny w ogródku lub wokół domu, np. przenoszenie lekkich rzeczy, zamiatanie, mycie okien, grabienie i sprzątanie wokół domu.

A. Dni w tygodniu .....

B. Nie wykonywałam/em takiej czynności.  przejść do pytania 18

17. Proszę podać ile czasu poświęca Pan/i zwykle w jednym z takich (przeciętnych) dni na umiarkowany wysiłek fizyczny w przydomowym ogródku lub wokół domu.

A. Godzin dziennie .....

B. Minut dziennie .....

18. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których wykonywał Pan/i w domu umiarkowany wysiłek fizyczny, np. przenoszenie lekkich rzeczy, mycie okien, mycie podłóg, oraz sprzątanie

A. Dni w tygodniu .....

B. Nie wykonywałam/em takiej czynności.  przejść do części 4

19. Proszę podać ile czasu poświęca Pan/i w jednym z takich (przeciętnych) dni na umiarkowany wysiłek fizyczny w domu.

A. Godzin dziennie .....

B. Minut dziennie .....

#### **CZĘŚĆ 4: REKREACJA, SPORT I AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA W CZASIE WOLNYM**

Pytania w następnym części dotyczą aktywności fizycznej w czasie wolnym w ciągu ostatnich 7 dni poświęconej na sport, rekreację, ćwiczenia lub rozrywkę i wypoczynek. Odpowiadając na pytania, proszę nie brać pod uwagę tych rodzajów aktywności fizycznej, o której Państwo już wspomnieli.

*Proszę wziąć pod uwagę tylko aktywność fizyczną, która trwała jednorazowo, co najmniej 10 minut.*

20. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których chodził Pan/i jednorazowo, co najmniej 10 minut w czasie wolnym.

*Nie należy brać pod uwagę żadnego chodzenia, o którym była mowa dotychczas.*

A. Dni w tygodniu .....

B. Nie wykonywałam/em takiej czynności.  przejść do pytania 22

21. Proszę podać ile czasu przeznaczył Pan/i w jednym z takich (przeciętnych) dni na chodzenie w czasie wolnym.

A. Godzin dziennie .....

B. Minut dziennie .....

22. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których uprawiał Pan/i intensywną aktywność fizyczną, np. aerobik, biegi, szybka jazda rowerem, szybkie pływanie w czasie wolnym.

A. Dni w tygodniu .....

B. Nie wykonywałam/em takiej czynności.  przejść do pytania 24

23. Proszę podać ile czasu zwykle poświęca Pan/i w jednym z takich (przeciętnych) dni na intensywną aktywność fizyczną w czasie wolnym.

A. Godzin dziennie .....

B. Minut dziennie .....

24. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatnich 7, w których wykonywał Pan/i umiarkowaną aktywność fizyczną w czasie wolnym, np. jazda rowerem w regularnym tempie, pływanie w regularnym tempie, gra w siatkówkę.

A. Dni w tygodniu .....

B. Nie wykonywałam/em takiej czynności.  przejść do części 5

25. Proszę podać ile czasu zwykle spędza Pan/i w jednym z takich (przeciętnych) dni na umiarkowaną aktywność fizyczną w czasie wolnym.

A. Godzin dziennie .....

B. Minut dziennie .....

### **CZĘŚĆ 5: CZAS SPĘDZONY SIEDZĄC**

Pytania w tej części dotyczą czasu, który spędza Pan/i siedząc zarówno w pracy, w domu, podczas nauki i w czasie wolnym. Może to obejmować czas spędzony siedząc przy biurku, z wizytą u przyjaciół, podczas czytania, oglądania telewizji leżąc lub siedząc (nie wliczając w to czasu poświęconego na sen).

*Proszę nie brać pod uwagę czasu spędzonego siedząc w pojeździe mechanicznym, bo o tym już była mowa.*

26. Biorąc pod uwagę ostatnie 7 dni proszę podać ile przeciętnie czasu spędził Pan/i siedząc w dniu powszednim.

A. Godzin dziennie .....

B. Minut dziennie .....

27. Biorąc pod uwagę ostatnie 7 dni proszę podać ile przeciętnie czasu spędził Pan/i siedząc w dniu wolnym od pracy.

A. Godzin dziennie .....

B. Minut dziennie .....

## WYKAZ TABEL

Tabela 1. Różnice pomiędzy modelem biomedycznym a holistycznym - Ostrzyżek, 2012. ....	16
Tabela 2. Poziom wiedzy badanych w zależności od płci i roku studiów .....	68
Tabela 3. Wyniki kwestionariusza IZZ w zależności od płci i roku studiów badanych	70
Tabela 4. Wyniki kwestionariusza LKZ w zależności od płci i roku studiów .....	75
Tabela 5. Wyniki skali IPAQ w zależności od płci i roku studiów .....	80
Tabela 6. Korelacje między odpowiedzią na pytanie „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” a Testem wiedzy z zakresu promocji zdrowia .....	85
Tabela 7. Korelacje między odpowiedzią na pytanie „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” a skalami IZZ, LKZ i IPAQ.....	86
Tabela 8. Korelacje między odpowiedzią na pytanie „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?” a Testem wiedzy z zakresu promocji zdrowia.....	96
Tabela 9. Korelacje między odpowiedzią na pytanie „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?” a skalami IZZ, LKZ, IPAQ.....	97

## WYKAZ WYKRESÓW

Wykres 1. Pola Lalonde'a.....	18
Wykres 2. Płeć i rok studiów badanych.....	48
Wykres 3. Ocena zdrowia własnego studentów w hierarchii wartości. (gdzie 5-zdecydowanie bardzo ważny, 4-raczej ważny, 3-trudno określić, 2-zdecydowanie nieważny, 1-raczej nieważny).....	49
Wykres 4. Ocena zdrowia w rodzinie przez studentów w której się wychowali w hierarchii wartości. (gdzie 5-zdecydowanie bardzo ważny, 4-raczej ważny, 3-trudno określić, 2-zdecydowanie nieważny, 1-raczej nieważny).....	50
Wykres 5. Ocena przez studentów bogactwa w hierarchii wartości (gdzie 5-zdecydowanie bardzo ważny, 4-raczej ważny, 3-trudno określić, 2-zdecydowanie nieważny, 1-raczej nieważny).....	50
Wykres 6. Ocena przez studentów pracy w hierarchii ważności (gdzie 5-zdecydowanie bardzo ważny, 4-raczej ważny, 3-trudno określić, 2-zdecydowanie nieważny, 1-raczej nieważny).....	51
Wykres 7. Ocena rodziny przez studentów w hierarchii wartości (gdzie 5-zdecydowanie bardzo ważny, 4-raczej ważny, 3-trudno określić, 2-zdecydowanie nieważny, 1-raczej nieważny).....	52
Wykres 8. Ocena wykształcenia przez studentów w hierarchii wartości (gdzie 5-zdecydowanie bardzo ważny, 4-raczej ważny, 3-trudno określić, 2-zdecydowanie nieważny, 1-raczej nieważny).....	52
Wykres 9. Ocena przez studentów <i>wiedzy</i> w hierarchii wartości (gdzie 5-zdecydowanie bardzo ważny, 4-raczej ważny, 3-trudno określić, 2-zdecydowanie nieważny, 1-raczej nieważny).....	53
Wykres 10. Ocena <i>mądrości</i> przez studentów w hierarchii wartości (gdzie 5-zdecydowanie bardzo ważny, 4-raczej ważny, 3-trudno określić, 2-zdecydowanie nieważny, 1-raczej nieważny).....	54
Wykres 11. Ocena przez studentów <i>pomocy innym</i> w hierarchii wartości (gdzie 5-zdecydowanie bardzo ważny, 4-raczej ważny, 3-trudno określić, 2-zdecydowanie nieważny, 1-raczej nieważny).....	54
Wykres 12. Ocena przez studentów <i>Boga, wiary</i> w hierarchii wartości (gdzie 5-zdecydowanie bardzo ważny, 4-raczej ważny, 3-trudno określić, 2-zdecydowanie nieważny, 1-raczej nieważny).....	55



Wykres 13. Ocena <i>miłości</i> w hierarchii wartości (gdzie 5-zdecydowanie bardzo ważny, 4-raczej ważny, 3-trudno określić, 2-zdecydowanie nieważny, 1-raczej nieważny) .....	56
Wykres 14. Stosunek studentów do przestrzegania zasad zdrowego stylu życia .....	57
Wykres 15. Ocena przez studentów zdrowego odżywiania, jako zachowania prozdrowotnego, które w największym stopniu prowadzi do utrzymania zdrowia. (gdzie 3-najwyższy stopień, 2-pośredni stopień, 1-najniższy stopień).....	58
Wykres 16. Ocena przez studentów niepalenia tytoniu, jako zachowania prozdrowotnego, które w największym stopniu prowadzi do utrzymania zdrowia (gdzie 3-najwyższy stopień, 2 – pośredni stopień, 1-najniższy stopień).....	58
Wykres 17. Ocena niepicia alkoholu, jako zachowania prozdrowotnego, które w największym stopniu prowadzi do utrzymania zdrowia (gdzie 3-najwyższy stopień, 2 – pośredni stopień, 1-najniższy stopień).....	59
Wykres 18. Ocena przez studentów regularnych wizyt u lekarza, jako zachowania prozdrowotnego, które w największym stopniu prowadzi do utrzymania zdrowia (gdzie 3-najwyższy stopień, 2-pośredni stopień, 1-najniższy stopień).....	60
Wykres 19. Ocena przez studentów badań profilaktycznych, jako zachowania prozdrowotnego, które w największym stopniu prowadzi do utrzymania zdrowia (gdzie 3-najwyższy stopień, 2-pośredni stopień, 1-najniższy stopień).....	60
Wykres 20. Ocena przez studentów regularnej aktywności fizycznej, jako zachowania prozdrowotnego, które w największym stopniu prowadzi do utrzymania zdrowia (gdzie 3-najwyższy stopień, 2-pośredni stopień, 1-najniższy stopień).....	61
Wykres 21. Ocena przez studentów odpowiednio długiego snu, jako zachowania prozdrowotnego, które w największym stopniu prowadzi do utrzymania zdrowia (gdzie 3-najwyższy stopień, 2-pośredni stopień, 1-najniższy stopień).....	62
Wykres 22. Ocena przez studentów unikania sytuacji stresogennych, jako zachowania prozdrowotnego, które w największym stopniu prowadzi do utrzymania zdrowia (gdzie 3-najwyższy stopień, 2-pośredni stopień, 1-najniższy stopień).....	62
Wykres 23. Ocena przez studentów aktywnego wypoczynku, jako zachowania prozdrowotnego, które w największym stopniu prowadzi do utrzymania zdrowia (gdzie 3-najwyższy stopień, 2-pośredni stopień, 1-najniższy stopień).....	63
Wykres 24. Ocena przez studentów świadomie podejmowanych zachowań w celu prowadzenia zdrowego stylu życia. ....	64

Wykres 25. Prawidłowe odżywianie studentów zgodnie z zasadami zdrowego żywienia .....	65
Wykres 26. Palenie papierosów przez studentów .....	65
Wykres 27. Liczba wypalanych papierosów przez studentów .....	66
Wykres 28. Spożywanie napojów alkoholowych przez studentów .....	66
Wykres 29. Liczba godzin przeznaczona na sen przez studentów .....	67
Wykres 30. Samoocena przez badanych wiedzy na temat zdrowego stylu życia.....	67
Wykres 31. Poziom wiedzy studentów w zależności od płci i roku studiów .....	69
Wykres 32. Wyniki skali IZZ - <i>Pozytywne nastawienie psychiczne</i> .....	72
Wykres 33. Wyniki skali IZZ - <i>Zachowania profilaktyczne</i> .....	73
Wykres 34. Wyniki skali IZZ - <i>Prawidłowe nawyki żywieniowe</i> .....	73
Wykres 35. Wyniki skali IZZ - <i>Praktyki zdrowotne</i> .....	74
Wykres 36. Wyniki skali IZZ - <i>Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych</i> .....	74
Wykres 37. Wyniki skali LKZ – <i>Cel</i> .....	77
Wykres 38. Wyniki skali LKZ – <i>Stan</i> .....	77
Wykres 39. Wyniki skali LKZ – <i>Proce</i> .....	78
Wykres 40. Wyniki skali LKZ – <i>Właściwość</i> .....	78
Wykres 41. Wyniki skali LKZ – <i>Wynik</i> .....	79
Wykres 42. Wyniki skali IPAQ – <i>Aktywność fizyczna związana z przemieszczaniem się [MET]</i> .....	82
Wykres 43. Wyniki skali IPAQ – <i>Prace domowe, ogólne prace porządkowe i opieka nad rodziną [MET]</i> .....	83
Wykres 44. Wyniki skali IPAQ – <i>Aktywność fizyczna związana z pracą zawodową [MET]</i> .....	83
Wykres 45. Wyniki skali IPAQ – <i>Rekreacja, sport i aktywność fizyczna w czasie wolnym [MET]</i> .....	84
Wykres 46 Wyniki skali IPAQ – <i>Czas spędzony siedząc [minut w tygodniu]</i> .....	84
Wykres 47. Rozrzut wyników skali: „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?”(gdzie jako 2 przyjęto bardzo dobry stan zdrowia, jako 1 dobry stan zdrowia, jako 0 trudno ocenić, jako -1 przyjęto zły stan zdrowia, jako -2 przyjęto bardzo zły stan zdrowia) oraz Wiedza [%] prawidłowych odpowiedzi].....	85
Wykres 48. Rozrzut wyników skali: „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” (gdzie jako 2 przyjęto bardzo dobry stan zdrowia, jako 1 dobry stan zdrowia, jako 0	

trudno ocenić, jako -1 przyjęto zły stan zdrowia, jako -2 przyjęto bardzo zły stan zdrowia) oraz IZZ - Pozytywne nastawienie psychiczne .....	87
Wykres 49. Rozrzut wyników skali: „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” oraz IZZ - Zachowania profilaktyczne .....	88
Wykres 50. Rozrzut wyników skali: „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” (gdzie jako 2 przyjęto bardzo dobry stan zdrowia, jako 1 dobry stan zdrowia, jako 0 trudno ocenić, jako -1 przyjęto zły stan zdrowia, jako -2 przyjęto bardzo zły stan zdrowia) oraz IZZ - Prawidłowe nawyki żywieniowe.....	88
Wykres 51. Rozrzut wyników skali: „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” (gdzie jako 2 przyjęto bardzo dobry stan zdrowia, jako 1 dobry stan zdrowia, jako 0 trudno ocenić, jako -1 przyjęto zły stan zdrowia, jako -2 przyjęto bardzo zły stan zdrowia) oraz IZZ - Praktyki zdrowotne .....	89
Wykres 52. Rozrzut wyników skali: „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” (gdzie jako 2 przyjęto bardzo dobry stan zdrowia, jako 1 dobry stan zdrowia, jako 0 trudno ocenić, jako -1 przyjęto zły stan zdrowia, jako -2 przyjęto bardzo zły stan zdrowia) oraz IZZ - Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych.....	90
Wykres 53. Rozrzut wyników skali: „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?”(gdzie jako 2 przyjęto bardzo dobry stan zdrowia, jako 1 dobry stan zdrowia, jako 0 trudno ocenić, jako -1 przyjęto zły stan zdrowia, jako -2 przyjęto bardzo zły stan zdrowia) oraz LKZ – Cel .....	90
Wykres 54. Rozrzut wyników skali: „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” (gdzie jako 2 przyjęto bardzo dobry stan zdrowia, jako 1 dobry stan zdrowia, jako 0 trudno ocenić, jako -1 przyjęto zły stan zdrowia, jako -2 przyjęto bardzo zły stan zdrowia) oraz LKZ - Stan .....	91
Wykres 55. Rozrzut wyników skali: „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” (gdzie jako 2 przyjęto bardzo dobry stan zdrowia, jako 1 dobry stan zdrowia, jako 0 trudno ocenić, jako -1 przyjęto zły stan zdrowia, jako -2 przyjęto bardzo zły stan zdrowia) oraz LKZ - Proces.....	91
Wykres 56. Rozrzut wyników skali: „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” (gdzie jako 2 przyjęto bardzo dobry stan zdrowia, jako 1 dobry stan zdrowia, jako 0 trudno ocenić, jako -1 przyjęto zły stan zdrowia, jako -2 przyjęto bardzo zły stan zdrowia) oraz LKZ - Właściwość .....	92

Wykres 57. Rozrzut wyników skali: „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?”(gdzie jako 2 przyjęto bardzo dobry stan zdrowia, jako 1 dobry stan zdrowia, jako 0 trudno ocenić, jako -1 przyjęto zły stan zdrowia, jako -2 przyjęto bardzo zły stan zdrowia) oraz LKZ – Wynik.....	92
Wykres 58. Rozrzut wyników skali: „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” (gdzie jako 2 przyjęto bardzo dobry stan zdrowia, jako 1 dobry stan zdrowia, jako 0 trudno ocenić, jako -1 przyjęto zły stan zdrowia, jako -2 przyjęto bardzo zły stan zdrowia) oraz IPAQ – Aktywność fizyczna związana z przemieszczaniem się [MET] .....	92
Wykres 59. Rozrzut wyników skali: „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” (gdzie jako 2 przyjęto bardzo dobry stan zdrowia, jako 1 dobry stan zdrowia, jako 0 trudno ocenić, jako -1 przyjęto zły stan zdrowia, jako -2 przyjęto bardzo zły stan zdrowia) oraz IPAQ – Prace domowe ogólne prace porządkowe i opieka nad rodziną [MET] .....	93
Wykres 60. Rozrzut wyników skali: „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” (gdzie jako 2 przyjęto bardzo dobry stan zdrowia, jako 1 dobry stan zdrowia, jako 0 trudno ocenić, jako -1 przyjęto zły stan zdrowia, jako -2 przyjęto bardzo zły stan zdrowia) oraz IPAQ – Aktywność fizyczna związana z pracą zawodową [MET] .....	94
Wykres 61. Rozrzut wyników skali: „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” (gdzie jako 2 przyjęto bardzo dobry stan zdrowia, jako 1 dobry stan zdrowia, jako 0 trudno ocenić, jako -1 przyjęto zły stan zdrowia, jako -2 przyjęto bardzo zły stan zdrowia) oraz IPAQ – Rekreacja, sport i aktywność fizyczna w czasie wolnym [MET] .....	94
Wykres 62. Rozrzut wyników skali: „Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?” (gdzie jako 2 przyjęto bardzo dobry stan zdrowia, jako 1 dobry stan zdrowia, jako 0 trudno ocenić, jako -1 przyjęto zły stan zdrowia, jako -2 przyjęto bardzo zły stan zdrowia) oraz IPAQ – Czas spędzony siedząc [minut w tygodniu].....	95
Wykres 63. Zadowolenie studentów z wyboru kierunku studiów .....	96
Wykres 64. Rozrzut wyników skali: „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?”(gdzie jako 1 przyjęto bardzo zadowolony, jako 2 raczej zadowolony, jako 0 trudno ocenić, jako -1 raczej nie zadowolony, jako -2 przyjęto bardzo niezadowolony) oraz Wiedza [% prawidłowych odpowiedzi] .....	97

Wykres 65. Rozrzut wyników skali: „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?” (gdzie jako 1 przyjęto bardzo zadowolony, jako 2 raczej zadowolony, jako 0 trudno ocenić, jako -1 raczej nie zadowolony, jako -2 przyjęto bardzo niezadowolony) oraz IZZ - Pozytywne nastawienie psychiczne.....	99
Wykres 66. Rozrzut wyników skali: „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?” (gdzie jako 1 przyjęto bardzo zadowolony, jako 2 raczej zadowolony, jako 0 trudno ocenić, jako -1 raczej nie zadowolony, jako -2 przyjęto bardzo niezadowolony) oraz IZZ - Zachowania profilaktyczne .....	100
Wykres 67. Rozrzut wyników skali: „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?”( gdzie jako 1 przyjęto bardzo zadowolony, jako 2 raczej zadowolony, jako 0 trudno ocenić, jako -1 raczej nie zadowolony, jako -2 przyjęto bardzo niezadowolony) oraz IZZ - Prawidłowe nawyki żywieniowe.....	100
Wykres 68. Rozrzut wyników skali: „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?”( gdzie jako 1 przyjęto bardzo zadowolony, jako 2 raczej zadowolony, jako 0 trudno ocenić, jako -1 raczej nie zadowolony, jako -2 przyjęto bardzo niezadowolony) oraz IZZ - Praktyki zdrowotne.....	101
Wykres 69. Rozrzut wyników skali: „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?”( gdzie jako 1 przyjęto bardzo zadowolony, jako 2 raczej zadowolony, jako 0 trudno ocenić, jako -1 raczej nie zadowolony, jako -2 przyjęto bardzo niezadowolony) oraz IZZ - Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych.....	102
Wykres 70. Rozrzut wyników skali: „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?” (gdzie jako 1 przyjęto bardzo zadowolony, jako 2 raczej zadowolony, jako 0 trudno ocenić, jako -1 raczej nie zadowolony, jako -2 przyjęto bardzo niezadowolony) oraz LKZ – Cel .....	102
Wykres 71. Rozrzut wyników skali: „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?”( gdzie jako 1 przyjęto bardzo zadowolony, jako 2 raczej zadowolony, jako 0 trudno ocenić, jako -1 raczej nie zadowolony, jako -2 przyjęto bardzo niezadowolony) oraz LKZ – <i>Stan</i> .....	103
Wykres 72. Rozrzut wyników skali: „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?” (gdzie jako 1 przyjęto bardzo zadowolony, jako 2 raczej zadowolony, jako 0 trudno ocenić, jako -1 raczej nie zadowolony, jako -2 przyjęto bardzo niezadowolony) oraz LKZ – <i>Proces</i> .....	103

Wykres 73. Rozrzut wyników skali: „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?” (gdzie jako 1 przyjęto bardzo zadowolony, jako 2 raczej zadowolony, jako 0 trudno ocenić, jako -1 raczej nie zadowolony, jako -2 przyjęto bardzo niezadowolony) oraz LKZ – Właściwość.....	104
Wykres 74. Rozrzut wyników skali: „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?” (gdzie jako 1 przyjęto bardzo zadowolony, jako 2 raczej zadowolony, jako 0 trudno ocenić, jako -1 raczej nie zadowolony, jako -2 przyjęto bardzo niezadowolony) oraz LKZ – Wynik .....	104
Wykres 75. Rozrzut wyników skali: „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?” (gdzie jako 1 przyjęto bardzo zadowolony, jako 2 raczej zadowolony, jako 0 trudno ocenić, jako -1 raczej nie zadowolony, jako -2 przyjęto bardzo niezadowolony) oraz IPAQ – Aktywność fizyczna związana z przemieszczaniem się [MET] .....	105
Wykres 76. Rozrzut wyników skali: „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?”( gdzie jako 1 przyjęto bardzo zadowolony, jako 2 raczej zadowolony, jako 0 trudno ocenić, jako -1 raczej nie zadowolony, jako -2 przyjęto bardzo niezadowolony) oraz IPAQ – Prace domowe, ogólne prace porządkowe i opieka nad rodziną [MET] .....	105
Wykres 77. Rozrzut wyników skali: „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?” (gdzie jako 1 przyjęto bardzo zadowolony, jako 2 raczej zadowolony, jako 0 trudno ocenić, jako -1 raczej nie zadowolony, jako -2 przyjęto bardzo niezadowolony) oraz IPAQ – Aktywność fizyczna związana z pracą zawodową [MET].....	106
Wykres 78. Rozrzut wyników skali: „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?”( gdzie jako 1 przyjęto bardzo zadowolony, jako 2 raczej zadowolony, jako 0 trudno ocenić, jako -1 raczej nie zadowolony, jako -2 przyjęto bardzo niezadowolony) oraz IPAQ – Rekreacja, sport i aktywność fizyczna w czasie wolnym [MET] .....	107
Wykres 79. Rozrzut wyników skali: „Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyboru kierunku studiów?” (gdzie jako 1 przyjęto bardzo zadowolony, jako 2 raczej zadowolony, jako 0 trudno ocenić, jako -1 raczej nie zadowolony, jako -2 przyjęto bardzo niezadowolony) oraz IPAQ – Czas spędzony siedząc [minut w tygodniu].....	107
Wykres 80. Przedmioty realizowane lub zrealizowane przez studentów w trakcie studiów.....	108

Wykres 81. Zdrowe odżywianie, jako główny element obejmujący tematykę promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej. (gdzie 3-najwyższy stopień, 2-pośredni stopień, 1-najniższy stopień) .....	109
Wykres 82. Profilaktyka uzależnień, jako główny element obejmujący tematykę promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej (gdzie 3-najniższy stopień, 2-pośredni stopień, 1-najwyższy stopień) .....	109
Wykres 83. Zdrowe życie rodzinne, jako główny element obejmujący tematykę promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej (gdzie 3-najwyższy stopień, 2-pośredni stopień, 1-najniższy stopień) .....	110
Wykres 84. Aktywność fizyczna, jako główny element obejmujący tematykę promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej (gdzie 3-najwyższy stopień, 2-pośredni stopień, 1-najniższy stopień) .....	111
Wykres 85. Zdrowie psychiczne- kontrola stresu, jako główny element obejmujący tematykę promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej (gdzie 3-najwyższy stopień, 2-pośredni stopień, 1-najniższy stopień).....	111
Wykres 86. Profilaktyka agresji, jako główny element obejmujący tematykę promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej (gdzie 3-najwyższy stopień, 2-pośredni stopień, 1-najniższy stopień) .....	112
Wykres 87. Inne elementy obejmujące tematykę promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej (gdzie 3-największy stopień, 2-pośredni stopień, 1-najmniejszy stopień) .....	112

## STRESZCZENIE

Studenci kierunku fizjoterapii, a więc przyszli fizjoterapeuci należą do grupy promotorów zdrowia, ważną więc kwestią jest, jakie znaczenie przypisują zdrowiu oraz jaki prowadzą styl życia. Celem pracy było porównanie i ocena wybranych zachowań zdrowotnych, a także poziomu wiedzy studentów kierunku fizjoterapii w świetle wartościowania przez nich zdrowia. Oceniano również związek płci oraz roku studiów na zachowania zdrowotne, wartości osobiste, kryteria zdrowia i poziom wiedzy z zakresu problematyki zdrowotnej. Badania były przeprowadzone w 2021 - 2022 r. w losowo dobranej grupie 461 studentów fizjoterapii, z tego 262 pierwszego roku (197 kobiety, 65 mężczyzn) i 199 piątego roku (151 kobiety, 48 mężczyzn) z małopolskich i świętokrzyskich uczelni.

Podstawową metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, oparty na kwestionariuszu ankiety własnego autorstwa. W celu rozeznania poziomu wiedzy na temat zdrowego stylu życia i promocji zdrowia zastosowano test wiedzy również własnego autorstwa. Zastosowane zostały także standaryzowane narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia w formie testów, opracowane przez Pracownię Testów Psychologicznych w Warszawie. Analizy statystyczne przeprowadzono za pomocą pakietu statystycznego PQStat wykorzystano również test Kruskala-Wallisa oraz post-hoc test Dunna z poprawką Bonferroniego. Do analiz wykorzystano również test U Manna-Whitneya i tau-Kendalla.

Ponad połowa studentów fizjoterapii, obojga płci, zarówno I jak i V. roku studiów, plasuje zdrowie własne za zdecydowanie bardzo ważne w hierarchii wartości. Studentki zarówno pierwszego jak i piątego roku fizjoterapii, największą wagę przypisywały zdrowiu rozumianemu, jako wynik, natomiast grupa ankietowanych, obydwu płci pierwszego roku studiów, najwyżej oceniała zdrowie, rozumiane, jako stan. Badania wykazały wiele nieprawidłowości zachowań zdrowotnych przejawianych przez studentów na kierunku fizjoterapii. O ile poziom wiedzy studentów fizjoterapii plasował się na poziomie 60-61%, to wykazywane zaangażowanie w przejawiane zachowania prozdrowotne jest na niższym poziomie, co wymaga przez nich jeszcze dopracowania, aby mogli stanowić wzór do naśladowania zachowań zdrowotnych w środowisku życia i pracy. Dlatego istnieje potrzeba popularyzacji wiedzy z zakresu zdrowego stylu życia wśród studentów kierunku fizjoterapii.



Przedstawione wyniki badań wskazują, na niski poziom zaangażowania studentów w podejmowanie prozdrowotnego stylu życia, Dlatego istnieje też potrzeba popularyzacji wiedzy z zakresu zdrowego stylu życia wśród studentów kierunku fizjoterapii.

## SUMMARY

Students of physiotherapy, i.e. future physiotherapists, belong to the group of health promoters, which is why it is so important what importance they attach to health and what lifestyle they lead. The aim of the study was to compare and evaluate selected health behaviors, as well as the level of knowledge of students of physiotherapy in the light of their health evaluation. The relationship between sex and year of study was also assessed on health behavior, personal values, health criteria and the level of knowledge in the field of health issues. The research was carried out in 2021-2022 in a randomly selected group of 461 students of physiotherapy, including 262 of the first year (197 women, 65 men) and the fifth year (151 women, 48 men) from the universities in malopolska and swietokrzyskie province. The basic research method was a diagnostic survey based on a self-authored questionnaire. In order to discern the level of knowledge on the topic of a healthy lifestyle and health promotion, the knowledge test was also used by the author.

Standardized measurement tools in health promotion and psychology in the form of tests, developed by the Psychological Test Laboratory in Warsaw, were also used. Statistical analyzes were performed using the PQStat statistical package, the Kruskal-Wallis test and the post-hoc Dunn test with Bonferroni correction were also used. The Mann-Whitney and Tau-Kendall U tests were also used for the analyzes. More than half of physiotherapy students of both sexes, both in the 1st and 5th year of studies, rank their own health as definitely very important in the hierarchy of values. Students of both the first and fifth year of physiotherapy assigned the greatest importance to health understood as a result, while the group of respondents, of both sexes in the first year of studies, rated health the highest as a condition. Research has shown many abnormalities in health behaviors manifested by students in the field of physiotherapy. While the level of knowledge of physiotherapy students was at the level of 60-61%, the

demonstrated commitment to the health behaviors manifested is at a lower level, which requires further refinement by them so that they can be a model for imitating health behaviors in the living and working environment. Therefore, there is a need to popularize knowledge of a healthy lifestyle among students of physiotherapy.