

Preferowane modele zdrowia a zachowania zdrowotne studentów

Barbara Pietryga-Szkarłat¹ 



Abstrakt

Podniesienie rangi behawioralnych wyznaczników zdrowia nastąpiło pod koniec XX wieku w następstwie dokonujących się przemian w dziedzinie szeroko pojmowanego zdrowia, które wiązały się z rozwojem biomedycznego i holistyczno-funkcjonalnego paradygmatu zdrowia. W każdym z tych modeli odmiennie definiuje się zdrowie i chorobę, wskazując tym samym na ich inne uwarunkowania. We współczesnej edukacji zdrowotnej odchodzi się od biomedycznego paradygmatu zdrowia na rzecz holistyczno-funkcjonalnego, który podkreśla znaczenie świadomej aktywności jednostki jako istotnego czynnika służącego utrzymaniu zdrowia. Uwzględniając powyższe stanowisko, celem podjętych badań było wykazanie zależności pomiędzy preferencją holistyczno-funkcjonalnego modelu zdrowia a zachowaniami zdrowotnymi młodzieży studiującej. W badaniu wzięło udział 245 studentów reprezentujących kierunki humanistyczne oraz kierunki ścisłe. Do badania sposobu rozumienia zdrowia i jego uwarunkowań wykorzystano Skalę Przekonań Zdrowotnych (Sęk i in., 1992), natomiast do badania zachowań zdrowotnych zastosowano Kwestionariusz Zachowań Zdrowotnych Ziarko (2006). Z podjętych badań wynika, że istnieje związek pomiędzy preferencją założeń modelu holistyczno-funkcjonalnego a zachowaniami zdrowotnymi studentów. Otrzymane rezultaty badań mogą stanowić podstawę konstruowania nowoczesnych programów promocji zdrowia poprzez tworzenie na terenie uczelni wyższych środowiska wspierającego zdrowie oraz kształtującego prozdrowotny styl życia studentów.

Słowa kluczowe

biomedyczny model zdrowia, holistyczno-funkcjonalny model zdrowia, zachowania zdrowotne, edukacja zdrowotna

¹ Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie,
Instytut Pedagogiki Specjalnej, barbara.pietryga-szkarlat@up.krakow.pl,
<https://orcid.org/0000-0002-7341-0815>

Preferred Health Models and Health Behaviors of Students

Abstract

The importance of behavioral determinants of health increased at the end of the 20th century as a result of ongoing changes in the field of broadly understood health, which were associated with the development of the biomedical and holistic-functional health paradigm. Each of these models defines health and disease differently, thus pointing to their different determinants. Modern health education is moving away from the biomedical health paradigm in favor of a holistic-functional one, which emphasizes the importance of the conscious activity of the individual as an important factor in maintaining health. Taking into account the above position, the aim of the research was to demonstrate the relationship between the preference for a holistic-functional model of health and the health behaviors of young students. Two hundred forty-five students representing humanities and science majors took part in the study. The Health Beliefs Scale (Sęk i in., 1992) was used to examine the understanding of health and its determinants, and the Ziarko Health Behavior Questionnaire (2006) was used to examine health behaviors. The research shows that there is a relationship between the preference for the statements assumptions of the holistic-functional model and the health behaviors of students. The obtained research results can constitute the basis for constructing modern health promotion programs by creating an environment, at universities, that supports health and shapes a healthy lifestyle for students.

Keywords

biomedical model of health, holistic-functional model of health, health behaviors, health education

Wstęp

Problematyka zdrowia posiada wielowiekową tradycję udokumentowaną nie tylko bogatą literaturą, ale i licznymi badaniami w tym zakresie. Jej właściwy rozwój przypada na drugą połowę XX wieku i wiąże się z powstaniem psychologii zdrowia (Wrona-Polańska, 2003). W ostatnich dekadach wzrosło zainteresowanie problematyką zdrowia a radykalne zmiany w jej rozumieniu wiązały się z jednej strony z intensywnymi przemianami społeczno-ekonomicznymi, określanymi mianem rewolucji zdrowotnych, z drugiej zaś stopniowym rozwojem holistyczno-funkcjonalnego paradygmatu zdrowia (Gaweł, 2014).

Rewolucje zdrowotne, jakie dokonały się w krajach wysoko rozwiniętych na przestrzeni XIX i XX wieku, przyczyniły się do gruntownych zmian w systemie

ochrony zdrowia. Przełom w dziedzinie ochrony i profilaktyki doprowadził także do wzrostu przekonania, że dla poprawy zdrowia społeczeństwa nie wystarczy tylko opieka medyczna i zapewnienie odpowiednich funduszy w zakresie świadczonych przez nią usług, ale kluczowe są działania profilaktyczne zapobiegające występowaniu chorób (Dolińska-Zygmunt, 2001; Smith i Dick, 2011). Wobec powyższego podjęto oddziaływania pozamedyczne prowadzące do polepszenia stanu zdrowia ludności. Były one skierowane na środowisko fizyczne w celu poprawy higieny osobistej i najbliższego otoczenia, środowisko społeczne zmierzające do zmiany stylu życia i wreszcie odwołujące się do świadomości człowieka w zakresie indywidualnej i społecznej odpowiedzialności za zdrowie (Świętochowski i Wawrzków, 2020; Wrona-Polańska, 2013; Zadworna-Cieślak i Ogińska-Bulik, 2011).

Powiązania zdrowia z zachowaniami zdrowotnymi należy dopatrywać się także w zachodzących na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat przemianach w sposobie naukowego postrzegania człowieka zagrożonego chorobą, chorego i zdrowego (Gunia, 2010). Współcześnie wskazuje się na dwa podstawowe oraz zgoła odmienne w swych założeniach paradygmaty interpretacji zjawisk związanych ze zdrowiem, określane jako biomedyczny (patogenetyczny) oraz holistyczny (holistyczno-funkcjonalny) (Gaweł, 2014; Gwozdecka-Wolniaszek, 2023).

Początkowo zdrowie definiowane było w sposób negatywny i wiązano je głównie ze sferą somatyczną. Takie podejście wynikało z obowiązującego w medycynie modelu biomedycznego opartego na teorii dualizmu kartezjańskiego oraz mechanistycznej wizji świata i człowieka, zaś choroba była weryfikowalnym odchyleniem od normy (Heszen i Sęk, 2007; Wrona-Polańska, 2003). Wśród najczęstszych źródeł problemów zdrowotnych wskazywano na uwarunkowania genetyczne oraz czynniki zewnętrzne, takie jak: wirusy, bakterie, grzyby czy niedobory witamin (Kowalski i Gaweł, 2007; Wrona-Polańska, 2003). W ujęciu bardziej radykalnym model ten zakładał, że choroba przebiega poza wszelką kontrolą podmiotu, a leczenie zależy wyłącznie od skuteczności oddziaływań podejmowanych przez służbę zdrowia (Dolińska-Zygmunt, 2001). Konsekwencją takiego podejścia do zdrowia było przedmiotowe traktowanie człowieka chorego, nieuwzględniające jego potrzeb psychicznych, społecznych i duchowych oraz świadomej aktywności zdrowotnej ukierunkowanej na ochronę zdrowia i rozwijanie jego potencjałów (Gunia, 2010; Wrona-Polańska, 2003).

Ograniczenia biomedycznego modelu zdrowia stały się szczególnie widoczne w obliczu gwałtownego wzrostu umieralności ludności z powodu chorób cywilizacyj-

jnych. Równoczesny postęp w dziedzinie nauk humanistycznych, społecznych oraz ekologii wyznaczał konieczność szerokiego spojrzenia na problematykę zdrowia, szczególnie w kontekście jego uwarunkowań. Osiągnięcia w dziedzinie nauk społecznych i humanistycznych oraz przenikanie ich założeń do nauk medycznych przyczyniły się do ukształtowania holistycznego paradygmatu zdrowia (Gunia, 2010). Podstawę teoretyczną nowego sposobu definiowania zdrowia stanowi Ogólna Teoria Systemów, zgodnie z którą każdy organizm ludzki jest żywym systemem stanowiącym niepodzielną całość wzajemnie powiązanych ze sobą wymiarów: fizycznego, psychicznego, społecznego oraz duchowego (Dolińska-Zygmunt, 2001). Całościowo pojmowany człowiek stanowi jednocześnie część większego systemu, pozostając pod wpływem fizycznego, społecznego oraz kulturowego środowiska, w którym żyje (Łuszczynska, 2004). Tym, co stanowi o istocie człowieka, jest jego podmiotowość będąca wyrazem zdolności do kierowania oraz kreowania własnego zdrowia, życia i siebie samego w relacji z wymogami otoczenia (Wrona-Polańska, 2011).

Systemowe myślenie o zdrowiu ujmuje je w kategoriach dynamicznego procesu. Oznacza to, że nie jest ono stanem statycznym, lecz „żywoznym procesem, w którym człowiek dąży do wyrównywania zakłóconej homeostazy organizmu” (Gunia, 2010, s. 12). W modelu tym zdrowie i choroba nie stanowią definicji o przeciwstawnym znaczeniu, lecz są opisywane w jednym wymiarze (Gaweł, 2014). Pozycja człowieka na kontinuum zdrowie-choroba uwarunkowana jest dostępnością posiadanych przez niego zasobów bądź ich deficytem (Antonovsky, 1995; Heszen i Sęk, 2007). Na potencjał zdrowotny składają się zasoby biologiczne (np. odporność immunologiczna), zasoby psychiczne (np. wiedza, samoocena, optymizm, radzenie sobie ze stresem), zasoby społeczne (np. relacje międzyludzkie), zasoby przyrodnicze, zasoby duchowe oraz systemy wartości o charakterze prozdrowotnym zawarte w przekonaniach i stylu życia jednostki (Maszorek-Szymala, 2022; Wrona-Polańska, 2003).

W modelu tym szczególne znaczenie przypisuje się dojrzałej postawie samego człowieka, który wyposażony w świadomość kreuje własne zdrowie, a w sytuacji choroby – zachwiania dynamicznej równowagi – może aktywnie uczestniczyć w działaniach mających na celu powrót do zdrowia (Heszen i Sęk, 2007; Puchalski, 1997). Podmiotowy wymiar zdrowia wyraża się zatem w aktywnym, świadomym i twórczym udziale człowieka w osiąganiu zdrowia, a środkiem, który temu służy jest prozdrowotny styl życia (Dolińska-Zygmunt, 2000). To, kluczowe dla holistycznego modelu zdrowia, założenie ma swój początek w koncepcji „pól zdrowia”, zgodnie z którą specyfika codziennych zachowań zdrowotnych sprzyja prawidłowemu funkcjonowaniu biopsy-

chospołecznemu jednostki oraz dobremu samopoczuciu we wszystkich aspektach wielowymiarowo ujmowanego zdrowia (Kowalewski, 2006; Kowalski i Gawęł, 2007).

Całościowe i funkcjonalne podejście do zdrowia ukazuje Funkcjonalny Model Zdrowia Heleny Wrony-Polańskiej (2003), zgodnie z którym zdrowie jest funkcją twórczego radzenia sobie ze stresem oraz funkcją zasobów podmiotowych poznawczych i behawioralnych oraz zasobów sytuacyjnych, które tworzą mechanizm psychologiczny wiodący do zdrowia. Wrona-Polańska (2003) traktuje zdrowie holistycznie i funkcjonalnie, jako proces równoważenia wymagań życiowych z możliwościami (zasobami) człowieka, ze szczególnym uwzględnieniem świadomej aktywności prozdrowotnej podmiotu jako twórcy własnego zdrowia. W ujęciu tym autorka podkreśla, jak istotne dla ludzkiego funkcjonowania ma subiektywne poczucie zdrowia o charakterze funkcjonalnym, którego specyfika przejawia się w umiejętności radzenia sobie z wymaganiami w celu utrzymania dynamicznej równowagi. Skuteczne i efektywne radzenie ma charakter twórczy, ponieważ każdorazowo, w sposób elastyczny, dostosowywane jest do charakteru napotykanego trudności w celu jej przezwyciężenia, czemu towarzyszą pozytywne emocje wynikające z faktu posiadania przez podmiot przekonania o dostępności zasobów umożliwiających poradzenie sobie z problemem (Wrona-Polańska, 2003, 2011).

Zgodnie z Funkcjonalnym Modelem Zdrowia, można wskazać na poznawcze i behawioralne wskaźniki zdrowia. Do tej pierwszej grupy autorka modelu zalicza zasoby składające się na tzw. „osobowość prozdrowotną”, a więc: poczucie koherencji, samoocenę oraz poczucie kontroli, natomiast wśród behawioralnych wyznaczników zdrowia wskazuje na: zachowania promujące zdrowie, zdrowie w hierarchii wartości oraz subiektywne koncepcje zdrowia (Wrona-Polańska, 2003). Behawioralne wyznaczniki zdrowia, definiowane jako „indywidualne zachowania, sprzyjające utrzymaniu i umacnianiu zdrowia oraz pomnażaniu jego potencjałów”, zajmują ważne miejsce wśród zasobów podmiotowych wiążących się istotnie ze zdrowiem człowieka (Wrona-Polańska, 2003, s. 64).

Znaczenie i aktualność problematyki świadomości z punktu widzenia uwarunkowań zachowań zdrowotnych wynika z rozpowszechnionej w psychologii tezy, że istnieje związek pomiędzy zachowaniem a świadomością człowieka, a więc sposobem postrzegania, interpretacji oraz przeżywania otaczającej go rzeczywistości (Dolińska-Zygmunt, 2001; Puchalski, 1990). Wypracowane na podstawie danych empirycznych modele teoretyczne wskazują na to, że istotnym predyktorem motywacji do podejmowania celowej aktywności behawioralnej jest m.in. zasób w postaci posia-

danej przez człowieka wiedzy (Gawęł, 2014). Uznanie tej tezy pozwala przyjąć, że świadomość stanowi kategorię edukacyjną, co z kolei oznacza potrzebę podjęcia działań ukierunkowanych na kształtowanie takich treści świadomości, które będą zwiększać gotowość jednostki do podejmowania prozdrowotnych wyborów dotyczących własnego zdrowia (Gawęł, 2014).

Doniosłość problematyki świadomości jest widoczna także w założeniach leżących u podstaw nowych strategii promocji zdrowia, do których zalicza się „budowanie kapitału intelektualnego, niezbędnego wobec stałego zapotrzebowania na wiedzę dotyczącą nowych zagrożeń, sposobów ochrony i doskonalenia zdrowia” (Syrek i Borzucka-Sitkiewicz, 2009, s. 106). Świadome poszerzanie i aktualizowanie wiedzy na temat czynników ryzyka oraz czynników chroniących zdrowie stanowi zatem niezbędny warunek prowadzenia prozdrowotnego stylu życia.

Analizując pojęcie świadomości zdrowotnej warto dokonać rozróżnienia pomiędzy wiedzą profesjonalną a wiedzą potoczną. Wiedza profesjonalna jest domeną przedstawicieli zajmujących się określoną dziedziną nauki. Stanowi ona wynik oddziaływań o charakterze intencjonalnym, a jej zakres wiąże się z wymogami pełnionego zawodu (np. lekarza, nauczyciela). Jest ona ustrukturyzowana i opiera się na obiektywnych wskaźnikach, którymi mogą być wyniki badań epidemiologicznych lub opinie ekspertów z zakresu danego obszaru wiedzy (Puchalski, 1997).

Wiedzę potoczną rozumiemy jako zasób informacji nabywanych w następstwie spontanicznego procesu socjalizacji. Każdy człowiek powiązany systemowo ze środowiskiem społeczno-kulturowym, konstruuje na bazie własnych, indywidualnych doświadczeń i obserwacji względnie spójny obraz zdrowia oraz jego koncepcję (Gawęł, 2014). Treści wchodzące w skład wiedzy potocznej mają swoje źródło m.in. w intuicji, subiektywnym przeżywaniu, opinii ogółu. W jej zakres wpisuje się wszystko to, co „człowiek wie na zasadzie wewnętrznego przekonania, że tak właśnie jest, bez konieczności poszukiwania dodatkowych uzasadnień” (Puchalski, 1997, s. 48). Potoczna świadomość jest „rodzajem wewnętrznej reprezentacji rzeczywistości, jej wewnętrznym obrazem, modelem, odbiciem” (Tomaszewski, 1976, za: Puchalski 1997, s. 42). Model ten podlega zmianom pod wpływem obiektywnych cech poznawanych przedmiotów i zjawisk, organizując zachowanie jednostki oraz umożliwiając jej rozumienie otaczającej rzeczywistości (Niemirowski, 2012).

W tym kontekście „świadomość zdrowotna może być traktowana jako złożona struktura poznawcza, która ukierunkowuje aktywność behawioralną człowieka związaną z jego zdrowiem” (Gawęł, 2014, s. 41). Rozpoznanie treści wchodzących

w skład tak pojmowanej potocznej świadomości zdrowotnej może stać się podstawą rozumienia, wyjaśniania oraz kształtowania zachowań związanych ze zdrowiem w pożądanym, prozdrowotnym kierunku (Dolińska-Zygmunt, 2001). Z perspektywy pedagogicznej istotne znaczenie ma kwestia kształtowania się potocznych koncepcji zdrowia wśród młodego pokolenia. Zidentyfikowanie funkcjonującego w ich świadomości modelu zdrowia stanowi ważną wskazówkę umożliwiającą projektowanie skutecznych działań edukacyjnych, których rezultaty będą miały wpływ na kształtowanie się określonej postawy wobec zdrowia nie tylko w młodości, ale także na późniejszych etapach życia (Gaweł, 2014, s. 42).

W badaniach polskich, pomimo rosnącego zainteresowania tą problematyką, wciąż brakuje jednoznacznych doniesień dotyczących uwarunkowań podmiotowych zachowań zdrowotnych w środowisku społeczności studiującej, szczególnie w aspekcie związków pomiędzy potoczną wiedzą o zdrowiu a zachowaniami zdrowotnymi. Rozpoczynając badania poświęcone tej problematyce sugerowano się oczekiwaniem, że uzyskane wyniki pozwolą poszerzyć dorobek naukowy z zakresu uwarunkowań zdrowia młodego pokolenia. Ponadto założono, że skoncentrowanie się na tej problematyce, w kontekście studentów, ma fundamentalne znaczenie dla całego społeczeństwa, bowiem grupa ta stanowi główny segment populacji osób młodych, które w przyszłości będą współdecydować o tym, jakie zachowania związane ze zdrowiem będą podejmowane przez kolejne pokolenia.

Materiał i metody

Cel badań

Celem podjętych badań była próba znalezienia odpowiedzi na pytanie, czy istnieje związek pomiędzy preferencją założeń modelu holistyczno-funkcjonalnego a zachowaniami zdrowotnymi studentów?

Osoby badane

Badaniem objęto 208 studentów reprezentujących kierunki humanistyczne (53,1%) – filologię polską, filologię angielską i pedagogikę oraz 115 studentów będących przedstawicielami kierunków ścisłych (46,9%) – matematyki, fizyki i inżynierii biomedycznej. Łącznie przebadano 245 respondentów. Dobór grupy ograniczono do studentów kierunków stacjonarnych drugiego (39%) i trzeciego roku (61%), co pozwoliło ujednoczyć badaną grupę pod kątem stażu studenckiego. Ponadto osoby te posiadały już pewne przeżycia i doświadczenia akademickie, a także zdążyły przys-

tosować się do nowych okoliczności oraz reprezentowały cechy kultury akademickiej w zakresie praktykowanego stylu życia.

Narzędzia badawcze

Pomiaru zachowań zdrowotnych dokonano za pomocą Kwestionariusza Zachowań Zdrowotnych Ziarko (2006). Kwestionariusz składa się z 49 pytań. Zadaniem badanych było określenie, na sześciopunktowej skali, na ile dane twierdzenie odnosi się do ich zachowania. Na podstawie kwestionariusza określono wynik ogólny zachowań zdrowotnych oraz wyniki w czterech podskalach zachowań zdrowotnych powiązanych z:

- somatycznym wymiarem zdrowia (ZZSO) – poszczególne twierdzenia dotyczyły kwestii nawyków żywieniowych, aktywności fizycznej, stosowanych używek, podejmowania zachowań ryzykownych, badań profilaktycznych i higieny;
- psychicznym wymiarem zdrowia (ZZPS) – twierdzenia odnosiły się do umiejętności radzenia sobie z emocjami, sposobów spędzania czasu wolnego oraz warunków pracy;
- społecznym wymiarem zdrowia (ZZSP) – itemy narzędzia związane były z jakością relacji międzyludzkich oraz otrzymywanym wsparciem społecznym;
- dbałością o środowisko (ZZEK) – pytano o kwestię segregowania odpadów i zagrożenia środowiska w miejscu zamieszkania.

Do oceny sposobu rozumienia zdrowia i jego uwarunkowań wykorzystano Skalę Przekonań Zdrowotnych (Sęk i in., 1992), która została opracowana na podstawie wiedzy teoretycznej o modelach zdrowia. Pozwala ona ocenić, czy badany pojmuje zdrowie zgodnie z założeniami modelu biomedycznego, jako brak choroby, czy też zgodnie z ujęciem holistyczno-funkcjonalnym, jako proces dynamicznej równowagi pomiędzy człowiekiem i jego otoczeniem, którego skuteczność uwarunkowana jest dostępnością zasobów. Metoda ta składa się z 10 twierdzeń odnoszących się do wymiaru holistyczno-funkcjonalnego i 10 twierdzeń odnoszących się do wymiaru biomedycznego. Zadaniem osób badanych było określenie na skali sześciopunktowej, na ile zgadzają się z podanymi twierdzeniami.

Procedura

Badanie, które miało charakter wstępny, zostało osadzone w strategii ilościowej. Posłużyła do tego metoda sondażu diagnostycznego, w formie bezpośredniego gromadzenia danych. Analizę statystyczną oraz interpretację uzyskanych danych przeprowadzono dzieląc grupę badawczą według przedstawicieli poszczególnych grup

kierunków studiów. Uzyskane w drodze badań kwestionariuszowych wyniki opracowane zostały za pomocą statystyk opisowych (średnia, odchylenie standardowe). Do ustalenia istotności różnic pomiędzy średnimi wykorzystano test t-Studenta, a do oceny powiązania analizowanych zmiennych zastosowano analizę korelacji (r-Pearsona). Wartości skośności i kurtozy dla analizowanych zmiennych świadczą o rozkładach zbliżonych do normalnego i uprawniają do stosowania testów parametrycznych.

Wyniki badań

Tabela 1. Statystyki opisowe oraz testy istotności różnic pomiędzy kierunkiem studiów a zachowaniami zdrowotnymi.

Zmienna	Kierunki humanistyczne (N = 130)		Kierunki ścisłe (N = 115)		t	df	p	Razem (N = 245)	
	M	SD	M	SD				M	SD
ZZWO	M	4,32	M	4,14	3,028	243	= 0,024	M	4,23
	SD	0,58	SD	0,60				SD	0,59
	K	-0,398	K	-0,573				K	-0,360
	SKE	0,002	SKE	-0,148				SKE	-0,165
ZZSO	M	4,31	M	4,20	1,322	243	= 0,188	M	4,26
	SD	0,63	SD	0,62				SD	0,63
	K	-0,217	K	0,542				K	0,122
	SKE	-0,044	SKE	-0,209				SKE	-0,112
ZZPS	M	4,38	M	4,22	1,772	243	= 0,078	M	4,30
	SD	0,68	SD	0,70				SD	0,69
	K	-0,472	K	0,587				K	0,132
	SKE	-0,033	SKE	-0,422				SKE	-0,233
ZZSP	M	4,74	M	4,16	5,190	243	= 0,001	M	4,47
	SD	0,77	SD	0,97				SD	0,92
	K	-0,313	K	0,743				K	0,777
	SKE	-0,387	SKE	-0,644				SKE	-0,672
ZZEK	M	3,53	M	3,41	0,966	243	= 0,335	M	3,47
	SD	0,82	SD	0,97				SD	0,89
	K	0,089	K	-0,381				K	-0,181
	SKE	-0,248	SKE	0,035				SKE	-0,111

* $p < 0,05$; ZZWO – zachowania zdrowotne wynik ogólny, ZZSO – zachowania zdrowotne powiązane z somatycznym wymiarem zdrowia, ZZPS – zachowania zdrowotne powiązane z psychicznym wymiarem zdrowia, ZZSP – zachowania zdrowotne powiązane ze społecznym wymiarem zdrowia, ZZEK – zachowania zdrowotne powiązane ze stanem środowiska naturalnego.

Otrzymane wyniki badań pochodzące z Kwestionariusza Zachowań Zdrowotnych przedstawia tabela 1. Średnia wartość ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych w badanej grupie wyniosła $M = 4,23$ ($SD = 0,59$). Studenci najwyższy średni wyniki osiągnęli w podskali zachowań zdrowotnych odnoszących się do społecznego wymiaru zdrowia ($M = 4,47$; $SD = 0,92$). Zachowania te dotyczą głównie interakcji międzyludzkich w kontekście nawiązywania i podtrzymywania trwałych relacji z ważnymi dla nich osobami, które jednocześnie stanowiły dla nich wsparcie emocjonalne. Natomiast najniższy średni wynik uzyskali w obszarze zachowań zdrowotnych odnoszących się do aktywności mogącej wpłynąć na stan środowiska naturalnego ($M = 3,47$; $SD = 0,89$).

Z przeprowadzonej analizy wynika, że kierunek studiów jest czynnikiem różnicującym zachowania zdrowotne w badanej grupie w zakresie wyniku ogólnego zachowań zdrowotnych ($p < 0,024$) oraz zachowań związanych ze społecznym wymiarem zdrowia ($p < 0,001$). Młodzież studiująca na kierunkach humanistycznych prezentuje wyższy poziom ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych ($M = 4,32$; $SD = 0,58$), a także częściej praktykuje zachowania zdrowotne związane ze społecznym wymiarem zdrowia ($M = 4,74$; $SD = 0,77$) w porównaniu ze studentami kierunków ścisłych (kolejno: $M = 4,14$; $SD = 0,60$; $M = 4,16$; $SD = 0,97$). Nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic pomiędzy kierunkiem studiów a zachowaniami zdrowotnymi związanymi z somatycznym i psychicznym wymiarem zdrowia oraz ze stanem środowiska naturalnego ($p > 0,05$).

Dalsza analiza materiału empirycznego zmierzała do charakterystyki przekonań zdrowotnych młodzieży studiującej (tabela 2). Uzyskane wyniki wskazują, że w potocznej świadomości zdrowotnej studentów zawarte są zarówno przekonania charakterystyczne dla modelu holistyczno-funkcjonalnego, jak i modelu biomedycznego. U badanych studentów przeważała preferencja założeń modelu holistyczno-funkcjonalnego (model holistyczno-funkcjonalny $M = 42,16$; $SD = 7,15$; model biomedyczny $M = 34,36$; $SD = 5,99$), co może wskazywać na to, że traktują oni zdrowie jako proces utrzymywania dynamicznej równowagi, przypisując istotne znaczenie dojrzałej postawie samej jednostki, która wykorzystuje w tym celu dostępne jej potencjały (zasoby) zdrowia.

Z uzyskanych danych wynika, że kierunek studiów nie jest czynnikiem różnicującym badane grupy w zakresie akceptacji twierdzeń wchodzących w skład poszczególnych modeli naukowych na poziomie istotności statystycznej ($p > 0,05$).

Tabela 2. Statystyki opisowe i testy istotności różnic pomiędzy kierunkiem studiów a preferencją modelu zdrowia.

Zmienna	Kierunki humanistyczne (N = 130)		Kierunki ścisłe (N = 115)		t	df	p	Razem (N = 245)	
Model holistyczno-funkcjonalny	M	41,72	M	42,66	-1,034	243	= 0,302	M	42,16
	SD	6,97	SD	7,34				SD	7,15
	K	-0,389	K	-0,170				K	-0,008
	SKE	-0,277	SKE	0,425				SKE	0,217
Model biomedyczny	M	33,95	M	42,66	-0,138	243	= 0,256	M	34,36
	SD	5,32	SD	34,82				SD	5,99
	K	0,024	K	-0,291				K	-0,127
	SKE	-0,369	SKE	-0,137				SKE	-0,238

* $p < 0,05$

Najistotniejszym etapem podjętych badań było ustalenie związków pomiędzy preferencją modelu zdrowia a zachowaniami zdrowotnymi studentów (tabela 3 i 4). Uzyskane rezultaty badań wskazują, że istnieje związek pomiędzy przekonaniem na temat zdrowia wywodzącymi się z modelu holistyczno-funkcjonalnego a wynikiem ogólnym zachowań zdrowotnych studentów kierunków humanistycznych i ścisłych (kierunki humanistyczne $r = 0,34$, $p < 0,01$, kierunki ścisłe $r = 0,42$, $p < 0,01$). Oznacza to, że im wyższe subiektywne przekonanie młodzieży studiującej o tym, że zdrowie determinowane jest wieloma czynnikami, a przede wszystkim aktywnością samego człowieka, tym wyższy poziom zaangażowania się w zachowania ukierunkowane na promowanie zdrowia.

Biorąc pod uwagę poszczególne podgrupy zachowań zdrowotnych, w najsilniejszym związku z preferencją twierdzeń modelu holistyczno-funkcjonalnego pozostaje psychiczny (kierunki humanistyczne $r = 0,37$, $p < 0,01$, kierunki ścisłe $r = 0,35$, $p < 0,01$) i somatyczny wymiar zdrowia (kierunki humanistyczne $r = 0,30$, $p < 0,01$, kierunki ścisłe $r = 0,39$, $p < 0,01$). Wyniki te wskazują, że wraz ze wzrostem akceptacji przekonań wywodzących się z modelu holistyczno-funkcjonalnego zwiększa się poziom deklarowanych zachowań zdrowotnych w zakresie konstruktywnego radzenia sobie ze stresem, racjonalnej organizacji warunków pracy, aktywności fizycznej, odżywiania się, podejmowania badań profilaktycznych, a także unikania używek oraz zachowań ryzykownych.

Nie znaleziono natomiast istotnego statystycznie związku pomiędzy preferencją twierdzeń modelu biomedycznego a zachowaniami zdrowotnymi, zarówno w przypadku studentów kierunków humanistycznych, jak i kierunków ścisłych.

Tabela 3. Korelacja r-Pearsona pomiędzy preferencją modelu zdrowia a zachowaniami zdrowotnymi młodzieży studiującej na kierunkach humanistycznych.

Zmienne	Somatyczny wymiar zdrowia	Psychiczny wymiar zdrowia	Społeczny wymiar zdrowia	Zachowania związane ze stanem środowiska	Zachowania zdrowotne (WO)
Model holistyczno-funkcjonalny	0,30**	0,37**	0,18*	0,15	0,34**
Model biomedyczny	0,06	0,14	0,16	0,20	0,15

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Tabela 4. Korelacja r-Pearsona pomiędzy preferencją modelu zdrowia a zachowaniami zdrowotnymi młodzieży studiującej na kierunkach ścisłych.

Zmienne	Somatyczny wymiar zdrowia	Psychiczny wymiar zdrowia	Społeczny wymiar zdrowia	Zachowania związane ze stanem środowiska	Zachowania zdrowotne (WO)
Model holistyczno-funkcjonalny	0,39**	0,35**	0,30**	0,31**	0,42**
Model biomedyczny	-0,07	0,02	0,04	0,13	-0,02

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Dyskusja i podsumowanie

Z przeprowadzonych badań wynika, że zarówno w przypadku młodzieży studiującej na kierunkach humanistycznych, jak i na kierunkach ścisłych istnieje związek pomiędzy preferencją założeń modelu holistyczno-funkcjonalnego a zachowaniami zdrowotnymi. Wyniki badań wskazują, że wraz ze wzrostem akceptacji założeń wywodzących się z modelu holistyczno-funkcjonalnego zwiększa się poziom zachowań prozdrowotnych wśród badanych studentów. Prawidłowość ta, w przypadku obu badanych grup, jest najsilniejsza w odniesieniu do ogólnego wskaźnika zachowań

zdrowotnych oraz zachowań związanych z somatycznym i psychicznym wymiarem zdrowia. Uzyskany wynik jest ważny z perspektywy pedagogicznej, bowiem wskazuje on na istotny udział edukacji zdrowotnej w promowaniu wiedzy na temat zdrowia rozumianego w sposób holistyczny i funkcjonalny, stanowiąc jednocześnie podstawę kształtowania prozdrowotnego stylu życia młodego pokolenia.

Przedstawione wyniki badań są zbieżne z doniesieniami innych autorów zajmujących problematyką uwarunkowań zachowań zdrowotnych. Przykład mogą stanowić obszerne analizy dotyczące psychologicznych uwarunkowań zachowań zdrowotnych wśród młodych ludzi u progu dorosłości prowadzone przez Michała Ziarko (2006). Wynika z nich jednoznacznie, że istnieje zależność pomiędzy akceptacją przekonań modelu holistyczno-funkcjonalnego a wzrostem różnych zachowań powiązanych ze zdrowiem. Podobne wyniki badań prezentuje Beata Rogo (2016) – wskazują one na istnienie ścisłego związku pomiędzy prozdrowotnym stylem życia studentek a akceptacją twierdzeń wywodzących się z modelu holistyczno-funkcjonalnego. Interesujących danych dostarczyły także badania prowadzone przez Martę Czarnecką i Lidię Cierpiałkowską (2007), które zmierzały do oceny dominującego w świadomości studentów modelu zdrowia. Podstawowym kryterium podziału badanych było uczestnictwo w kursach z zakresu edukacji zdrowotnej. Uzyskane rezultaty ujawniły, że zdecydowana większość studentów preferuje założenia modelu holistyczno-funkcjonalnego. Ponadto w badaniu dostrzeżono, że uczestnictwo w szkoleniach poświęconych problematyce zdrowia powiązane jest istotnie statystycznie z wyższym poziomem akceptacji twierdzeń modelu holistyczno-funkcjonalnego.

W oparciu o przeprowadzone badania oraz na podstawie dostępnej literatury można wnioskować, że ważnym kierunkiem praktycznym, powiązanim ściśle z obszarem promocji zdrowia, jest kształtowanie świadomości zdrowotnej młodzieży studiującej na temat uwarunkowań zdrowia zgodnie z założeniami modelu holistyczno-funkcjonalnego. Istotne jest zwiększanie przekonania społeczności studenckiej, że posiadanie zasobu w postaci wiedzy o zdrowiu wiąże się z podejmowanymi przez nią wyborami w zakresie zdrowia, warunkując jego poziom. Narzędziem służącym kształtowaniu właściwych postaw prozdrowotnych powinna być edukacja zdrowotna oparta na interdyscyplinarnej wiedzy dotyczącej mechanizmów promowania zdrowia rozumianego w sposób holistyczny i funkcjonalny (Binkowska-Bury, 2009; Wrona-Polańska, 2011). W tym celu niezbędne jest:

- promowanie zdrowia w wymiarze somatycznym poprzez rozwijanie prozdrowotnego stylu życia w zakresie snu, diety, wysiłku fizycznego i aktywnego wypoczynku;

- promowanie zdrowia w wymiarze psychicznym poprzez wzmacnianie kompetencji sprzyjających zdrowiu z wykorzystaniem treningu asertywności, rozwoju osobistego, komunikacji społecznej, rozpoznawania i radzenia sobie z emocjami i stresem;
- promowanie zdrowia w wymiarze społecznym poprzez kształtowanie umiejętności budowania prawidłowych relacji z innymi oraz zwiększanie gotowości do korzystania ze wsparcia społecznego.

Zadania te stanowią także wyzwanie dla środowiska akademickiego XXI wieku i zobowiązują szkolnictwo wyższe do zwiększania świadomości jednostkowej i społecznej w zakresie zdrowia. W tym celu należy zadbać o to, aby programy i plany studiów nasycone były treściami z zakresu promocji i edukacji zdrowotnej. Niezbędne jest także projektowanie i konsekwentne realizowanie programów profilaktycznych, dostosowanych do stanu wiedzy młodzieży studiującej oraz osiągnięć w dziedzinie zdrowia. Istotne jest także zachęcanie studentów do podejmowania inicjatyw mających na celu promowanie zdrowego stylu życia i wiedzy dotyczącej zdrowia w społeczności studenckiej oraz stopniowe przygotowywanie młodego pokolenia do pełnienia w przyszłości odpowiedzialnej funkcji edukatora zdrowia, promującego zdrowy styl życia w środowisku rodzinnym i miejscu pracy.

Działania te są konieczne, aby holistyczno-funkcjonalne podejście do zdrowia mogło stopniowo przenikać do potocznej świadomości młodych ludzi, a co za tym idzie doprowadzić do podejmowania przez nich świadomej kontroli i regulacji własnego zdrowia. Zwiększanie świadomości młodzieży studiującej w dziedzinie zdrowia poprzez edukację zdrowotną może być ważnym krokiem w kierunku stopniowego odchodzenia od ujęcia biomedycznego i prowadzenia młodego pokolenia ku zdrowiu rozumianemu w ujęciu holistyczno-funkcjonalnym (Wrona-Polańska, 2003).

Bibliografia

- Antonovsky, A. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Binkowska-Bury, M. (2009). *Zachowania zdrowotne młodzieży akademickiej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Czarnecka, M., Cierpiałkowska, L. (2007). Naukowe a subiektywne koncepcje zdrowia i choroby wśród studentów i ich determinanty. *Nowiny Lekarskie*, 76(2), 161-165.
- Syrek, E., Borzucka-Sitkiewicz, K. (2009). *Edukacja zdrowotna*. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.

- Dolińska-Zygmunt, G. (2000). *Podmiotowe uwarunkowania zachowań promujących zdrowie*. Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- Dolińska-Zygmunt, G. (2001). *Podstawy psychologii zdrowia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Gawel, A. (2014). *Zasoby zdrowotne młodzieży gimnazjalnej w kontekście ekosystemu szkoły*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Gunia, G. (2010). *Subiektywny obraz zdrowia oraz zachowań zdrowotnych uczniów z wadą słuchu*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Gwozdecka-Wolniaszek, E. (2023). Subiektywne koncepcje zdrowia w badaniach empirycznych. *Zeszyty Naukowe Akademii Górnośląskiej*, (2), 29-37. <https://doi.org/10.53259/2023.2.03>
- Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kowalewski, I. (2006). *Kultura zdrowotna studentów. Diagnoza i perspektywy*. Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.
- Kowalski, M., Gawel, A. (2007). *Zdrowie. Wartość. Edukacja*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer.
- Łuszczynska, A. (2004). *Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają?*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Maszorek-Szymala, A. (2022). Zachowania zdrowotne młodzieży akademickiej w czasie pandemii COVID-19. W: A.J. Kowalska, A. Makarczuk, A. Maszorek-Szymala, A. Kaźmierczak (red.), *Współczesne problemy kultury fizycznej i zdrowotnej* (s. 165-173). Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego. <https://doi.org/10.18778/8220-945-7.12>
- Niemirowski, T. (2012). *Rozwój świadomości religijnej u młodzieży. Badania empiryczne osób w wieku od 12 do 24 lat*. Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne - Oficyna Wydawnicza AFM.
- Nęcka, E. (1994). *TRoP... Twórcze rozwiązywanie problemów*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Puchalski, K. (1990). Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot nauk socjologicznych. Uwagi wokół pojęcia. W: A. Gniazdowski (red.), *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego* (s. 23-57). Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy im. prof. dra med. J. Nofera.
- Puchalski, K. (1997). *Zdrowie w świadomości społecznej*. Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra med. J. Nofera.
- Rogo, B. (2016). Styl życia studentek a ich przekonania zdrowotne i preferowane wartości. W: A. Kaźmierczak, J.E. Kowalska, A. Maszorek-Szymala, A. Makarczuk (red.), *Pedagogiczny wymiar kultury fizycznej i zdrowotnej w życiu współczesnego człowieka* (s. 220-246). Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Sęk, H., Ściagała, I., Pasikowski, T., Beisert, M., Bleja, A. (1992). Subiektywne koncepcje zdrowia. Wybrane uwarunkowania. *Przegląd Psychologiczny*, 35(3), 351-363.
- Smith, C., Dick, F. (2011). Promoting and Improving Health at a Population Level. W: J. Cleland, P. Cotton (red.), *Health, Behaviour and Society: Clinical Medicine in Context* (s. 99-118). Learning Matters.

- Sokołowska, E. (2015). Zadanie rozwojowe młodych dorosłych. W: E. Sokołowska, L. Zabłocka-Żytka, S. Kluczyńska, J. Wojda-Kornacka (red.), *Zdrowie psychiczne młodych dorosłych. Wybrane zagadnienia* (s. 15-24). Difin.
- Świętochowski, W., Wawrzków, M. (2020). Motywacja osób dorosłych do realizowania zachowań zdrowotnych. *Psychologia Wychowawcza*, (17), 81-95. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0014.2651>
- Wrona-Polańska, H. (2003). *Zdrowie jako funkcja twórczego radzenia sobie ze stresem*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie.
- Wrona-Polańska, H. (2011). *Twórcze zmaganie się ze stresem szansą na zdrowie. Funkcjonalny Model Zdrowia osób po przeszczepie szpiku kostnego*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Wrona-Polańska, H. (2013). Zdrowie jako wartość. W: I. Adamek, Z. Szarota, E. Żmijewska (red.), *Wartości w teorii i praktyce edukacyjnej* (s. 140-149). Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Zadworna-Cieślak, M., Ogińska-Bulik, N. (2011). *Zachowania zdrowotne młodzieży – uwarunkowania podmiotowe i rodzinne*. Difin.
- Ziarko, M. (2006). *Zachowania zdrowotne młodych dorosłych - uwarunkowania psychologiczne*. Bogucki Wydawnictwo Naukowe.