

**Ireneusz
Kowalewski**

**Klimat społeczny
wybranych szkół wyższych
w Unii Europejskiej
a stan zdrowia
i zachowania zdrowotne
w percepcji studentów**

**Klimat społeczny
wybranych szkół wyższych
w Unii Europejskiej
a stan zdrowia
i zachowania zdrowotne
w percepcji studentów**

Uniwersytet Pedagogiczny
im. Komisji Edukacji Narodowej
w Krakowie

Prace Monograficzne 867

**Ireneusz
Kowalewski**

**Klimat społeczny
wybranych szkół wyższych
w Unii Europejskiej
a stan zdrowia
i zachowania zdrowotne
w percepcji studentów**

Recenzenci
prof. dr hab. n. med. Jan Błaszczyk
dr hab. Monika Ostrowska, prof. KA

Redakcja
Adam Ruta

Projekt okładki
Janusz Schneider

Łamanie
Jadwiga Czyżowska-Maślak

© Copyright by Wydawnictwo Naukowe UP, Kraków 2018

ISSN 0239-6025
ISBN 978-83-8084-206-9
e-ISBN 978-83-8084-207-6
DOI 10.24917/9788380842069

Wydawnictwo Naukowe UP
30-084 Kraków, ul. Podchorążych 2
tel./faks: 12-662-63-83, tel.: 12-662-67-56
e-mail: wydawnictwo@up.krakow.pl

Zapraszamy na stronę internetową:
<http://www.wydawnictwoup.pl>

Druk i oprawa
Zespół Poligraficzny WN UP

Wstęp

Istnieje grupa osób, która interpretuje zdrowie jako brak dolegliwości fizycznych czy psychicznych. Jednak w całościowym ujęciu, zdrowie to nie tylko brak choroby. Holistyczny aspekt zdrowia obejmuje szereg czynników, jakie oddziałują na kondycję zdrowotną. Pomimo że na pozór elementy te nie wpływają bezpośrednio na stan zdrowia, to w praktyce okazują się być z nim silnie powiązane.

Niniejsza praca badawcza traktuje o całościowym obrazie zdrowia człowieka na przykładzie środowiska akademickiego w wybranych krajach Unii Europejskiej. Stanowi próbę diagnozy stanu zdrowia młodzieży akademickiej w ujęciu holistycznym (ujęcie społeczno-ekologiczne).

Poniższa analiza jest próbą poznania stanu zdrowia celowo wyselekcjonowanej, wybranej grupy młodzieży akademickiej, jaką w przypadku tej pracy stanowią studenci kierunków nauczycielskich, pedagogicznych oraz psychologii. Absolwenci tych kierunków cieszą się dużym prestiżem społecznym. Wykonują pracę wychowawczą i terapeutyczną mającą szerokie oddziaływanie społeczne oraz wpływ na młode pokolenie. Prezentowany przez nich wzór osobowy może mieć duży wpływ na kształtowanie kultury zdrowotnej. Autor jest przekonany, że te grupy zawodowe powinny stać się mocnymi ogniwami promocji zdrowia oraz edukacji zdrowotnej w środowiskach lokalnych. Przygotowaniu do realizacji tego rodzaju oczekiwań powinien służyć okres studiów.

W celu zebrania odpowiedniego materiały empirycznego, autor posłużył się metodą sondażu diagnostycznego przy wykorzystaniu opracowanych w tym celu kwestionariuszy anonimowych ankiet: Zdrowie subiektywne studentów w wybranych krajach Unii Europejskiej, Klimat społeczny w opiniach studentów w wybranych krajach Unii Europejskiej. Dzięki wcześniejszemu przygotowaniu kwestionariuszy, autor nie pominął żadnej z interesujących go kwestii. Piszący te słowa od wielu lat próbuje skonstruować narzędzie badawcze o charakterze przesiewowym, które można wykorzystać naukowo, szczególnie w pedagogice zdrowia. Stąd zmuszony jest w stawianych pytaniach do pewnych uogólnień, które mogą z punktu widzenia naukowego budzić wątpliwości. Proponowana diagnoza w zamierzeniach autora ma na celu wychycenie tych problemów zdrowotnych występujących u młodych dorosłych jakimi są studenci, które można reeduko-

wać. Dlatego autor uważa, że narzędzie tego typu nie tylko powinno diagnozować stan zdrowia w aspekcie pozytywnym, ale również negatywnym. Uzupełnienie tych informacji o diagnozę klimatu społecznego występującego w wyższych uczelniach może zobrazować w wystarczających, szerokich ramach tematykę, o którą oparte powinny być działania promocyjne. Analiza wyników diagnozy może również pomóc w ustaleniu podmiotów, które powinny wziąć udział w realizowanych działaniach profilaktycznych.

Wydawać się może, że niektóre kwestie poruszone w prezentowanej pracy badawczej pozostawiają czytelnikowi pewny niedosyt informacji. Jest to jednak celowo zastosowany zabieg. Wynika on z konieczności trzymania się obranej wcześniej koncepcji, która wyznacza sztywne ramy analizy wybranego tematu.

W niniejszej pracy postawiono sobie za cel główny: **Zbadanie subiektywnego stanu zdrowia studentów w ujęciu holistycznym oraz ocena klimatu społecznego występującego w uczelniach w wybranych krajach Unii Europejskiej.** Ponadto dokonano próby zbadania czy istnieje związek pomiędzy wybranymi elementami stanu zdrowia a poszczególnymi wymiarami klimatu społecznego w wyższych uczelniach. Do celów szczegółowych zaliczono poznanie: stanu zdrowia somatycznego, psychicznego, wybranych zachowań zdrowotnych studentów oraz klimatu społecznego uczelni w wymiarach: relacje interpersonalne, warunki rozwoju osobistego i system organizacyjny.

Praca została podzielona na dwa rozdziały główne. W pierwszym autor przedstawił analizę literatury dotyczącej zdrowia oraz klimatu społecznego. Rozdział jest trochę nietypowy. Ze względu na interdyscyplinarność tematu pracy, trudno byłoby w tym miejscu omówić wyniki badań z tego zakresu wykonanych przez innych autorów, nadmiar wyników lub ich brak. Długoletnia praca naukowo-dydaktyczna autora na Wydziale Pedagogicznym pozwoliła ujawnić zasadnicze braki wiedzy i umiejętności z zakresu nauk o zdrowiu człowieka nie tylko wśród studentów, ale również pracowników uczelni. Stąd zdecydowano, że charakter pierwszego rozdziału będzie edukacyjny. Interdyscyplinarność zagadnień poruszanych w badaniach wymaga – zdaniem autora – wyjaśnień terminologicznych dotyczących różnych dziedzin naukowych: medycznych, pedagogicznych, psychologicznych i socjologicznych. Próba omówienia tych treści może przybliżyć wagę podejmowanych zagadnień zdrowia w wymiarze indywidualnym i społecznym w całym środowisku akademickim oraz szkolnym. W rozdziale drugim zawarto krótki opis metodologii badań oraz ich wyniki. Dysertacja zakończona została podsumowaniem badań oraz wnioskami.

Okres studiów jest to szczególny czas w cyklu życiowym człowieka. Z punktu widzenia wychowawczego i edukacyjnego to najbardziej wymagający i wartościowy okres dla osób studiujących, ponieważ dochodzi wtedy do optymalizacji rozwoju inicjującej dorosłość, która w przyszłości zadecyduje o możliwościach realizacji drogi życiowej dojrzałej z punktu widzenia społecznego, rodzinnego, zawodowego, obywatelskiego i zdrowotnego.

Pedagogika musi włączyć w zakres swoich zainteresowań analizy empiryczne dotyczące życia środowiska akademickiego, podejmując zadania tworzenia teorii młodzieży, stanowiącej podstawę konstruowania programów, działań ukierunkowanych na wspieranie rozwoju we wczesnej fazie dorosłości. Realizacja tego celu i zadań wymaga interdyscyplinarnego podejścia do analizy problematyki dotyczącej tej grupy młodzieży. Obszary potencjalnych analiz są szerokie, wymagają ciągłej diagnozy problemów zdrowotnych i społecznych młodzieży akademickiej oraz klimatu społecznego instytucji edukacyjnych, jakimi są uczelnie wyższe. Realizacja tego typu zadań jest konieczna w obliczu ogromnych zmian kulturowych, cywilizacyjnych, społecznych, młodzi dorośli stanowią szczególną grupę, podatną na wiele zagrożeń wynikających z kształtu współczesnego świata, w erze ponowoczesnej.

Część I

PRZEGLĄD DOTYCHCZASOWEJ WIEDZY DOTYCZĄCEJ ZDROWIA, ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH I KLIMATU SPOŁECZNEGO

1. Zdrowie i czynniki je warunkujące

1.1. Definicja i koncepcje zdrowia

Każdy z nas chce być zdrowy i widzieć wokół radosnych ludzi. Zdrowie to przecież szansa odnoszenia samych sukcesów w życiu, jednak o zdrowie należy dbać i to od najmłodszych lat. Zdrowie jest jedną z najważniejszych wartości humanistycznych, warunkuje realizację życia rodzinnego, zawodowego i społecznego. Posiadanie zdrowego i dobrze funkcjonującego organizmu jest jednym z warunków szczęścia ludzkiego. Pojęcie zdrowia jest jednak niezwykle trudne do zdefiniowania, zwłaszcza że na przestrzeni wieków przedstawiano je w rozmaity sposób.

Pierwsze naukowe rozważania na temat zdrowia prowadził „ojciec medycyny europejskiej”, grecki lekarz Hipokrates w VIII w. p.n.e. W jego rozumieniu **zdrowie** to dobre samopoczucie człowieka, przeciwieństwo choroby. Zdrowie miało zależeć od równowagi pomiędzy człowiekiem a otaczającym go światem. Równowaga zewnętrzna: świat – człowiek, według tej koncepcji, pozwala na osiągnięcie równowagi wewnętrznej, będącej gwarancją dobrego samopoczucia¹. Stworzona przez Hipokratesa koncepcja choroby jako zaburzenia czynności organizmu, z mniejszymi lub większymi modyfikacjami, przetrwała do XIX wieku².

W teorii kartezjańskiej organizm człowieka był porównywany do wielkiej maszyny, działającej z ogromną doskonałością i precyzją. Teoria ta przyczyniła się do poznania człowieka, jego funkcji, ale to spowodowało, że reakcja na chorego człowieka została zawężona do perfekcyjnego naprawiania jego zdrowia jako uszkodzonej maszyny biologicznej, bez widzenia całości. Doprowadziło to do szybkiego rozwoju nauk ścisłych, a w medycynie do ogromnego postępu technicznego, który pozwolił na wykorzystanie metod analitycznych w badaniu ciała człowieka i **biomedycznego ujęcia zdrowia**³. W podejściu biomedycznym

¹ J. Aleksandrowicz, R. Duda, *U progu medycyny jutra*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1989, s. 34.

² B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 18.

³ T.B. Kulik, *Koncepcja zdrowia w medycynie*, [w:] *Zdrowie publiczne*, red. T.B. Kulik, M. Latalski, Wydawnictwo CZELEJ, Lublin 2002, s. 16.

zdrowie definiowane jest jako brak choroby, czyli zaburzeń w funkcjonowaniu fizjologicznym organizmu człowieka, które są możliwe do zdiagnozowania i oceny. W takim ujęciu uwaga skupiona jest na sferze somatycznej, która podlega prawom opisywanym przez nauki matematyczno-przyrodnicze, w tym chemię, biologię i fizykę⁴.

Przy takim podejściu zdrowie określane jest jako homeostaza, statyczna równowaga organizmu, w którym funkcjonuje on na optymalnym poziomie. Zdrowie warunkowane jest fizjologiczną odpornością organizmu oraz jego potencjałem genetycznym. Choroba pojawia się w przypadku zachwiania tej równowagi, pod wpływem jakiegoś czynnika chorobowego.

Stan zdrowia określają przyjęte normy medyczne, a stan choroby określają wyniki odbiegające od tych norm. W biomedycznej koncepcji zdrowia głównym przedmiotem zainteresowania jest stan choroby i zasady regulacji działania organizmu, odporność biologiczna, wyposażenie genetyczne, warunki życia, opieka lekarska, diagnostyka i procedury leczenia⁵.

W koncepcji dominują trzy założenia: dualizm – podział na sferę ducha (nauki humanistyczne) oraz sferę materii (nauki przyrodnicze), świat materialny jest maszyną, fauna i flora to też maszyny, przyrodą rządzą prawa mechaniki, w zdrowiu lekarz przywraca funkcjonowanie uszkodzonej maszyny.

Scjentyistyczne podstawy nauk biologicznych w naturalny sposób ukształtowały profil nauk medycznych. Rozumienie i ujmowanie zdrowia jedynie w wymiarze morfologicznym i fizjologicznym spowodowało wyeliminowanie wpływu zjawisk niebiologicznych na przebieg procesów biologicznych. Z redukcjonistycznego modelu organizmu wynika koncentracja na coraz mniejszych częściach ciała, która wzmacnia rozwój wąskich specjalizacji medycznych. Lekarz staje się jedynym autorytetem w sprawach zdrowia. Skupia on swoje działanie na chorej części organizmu, a nie na osobie chorej. Dochodzi do depersonalizacji i uprzedmiotowienia pacjenta⁶. Traci na znaczeniu więź pomiędzy pacjentem a lekarzem. Zasada prymatu części nad całością, zasada determinizmu i fizykalizmu powoduje trudności w spojrzeniu i potraktowaniu człowieka jako całości. Nie ma tu miejsca na diagnozę zaburzeń ogólnoustrojowych i często, gdy nie można ustalić zaburzeń morfologicznych, biochemicznych czy obrazowych, w sytuacji złego samopoczucia pacjenta lekarz jest bezradny.

⁴ W. Wróblewska, *Zdrowie i nierówności społeczne w zdrowiu*, [w:] *Statystyka społeczna*, red. T. Panek, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2014, s. 285.

⁵ Ibidem.

⁶ G. Dolińska-Zygmunt, *Teoretyczne podstawy refleksji o zdrowiu*, [w:] *Podstawy psychologii zdrowia*, red. G. Dolińska-Zygmunt, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001, s. 12–13.

„W podejściu biomedycznym, które dominowało przez długie lata – pojęcie zdrowia w znaczeniu jednostkowym pojmowane było w kategoriach negatywnych: jako brak choroby, czy jako stan przeciwny chorobie”⁷.

G.D. Bishop przedstawił błędne założenia, na których oparte jest ujęcie biomedyczne:

- Nieprawidłowości na poziomie biochemicznym funkcjonowania organizmu stanowią kryterium rozpoznawania chorób, schorzenia nie manifestują się wyłącznie zmianami biochemicznymi. Udokumentowane odchylenia od norm biochemicznych są niezbędnym, lecz niewystarczającym warunkiem rozwoju choroby.
- Diagnozowanie objawów fizycznych opiera się na informacjach zebranych od pacjenta, badanie lekarskie i testy laboratoryjne są ważne w ustalaniu choroby, ale sama diagnoza w dużej mierze zależy od tego czy pacjent jest w stanie nawiązać właściwy kontakt z lekarzem. Lekarz badając podmiotowo pacjenta powinien umieć dokonywać analizy czynników psychologicznych, społecznych i kulturowych oraz współistniejących lub modyfikujących czynników natury biologicznej.
- Biomedyczne podejście do chorób koncentruje się na fizjologii, pomijając zupełnie wpływ sytuacji życiowej chorego na stan jego zdrowia. Psychologiczne i społeczne czynniki decydują o tym, czy i kiedy, w obliczu określonych objawów fizycznych podlegających diagnozie, pacjent uzna się za dotkniętego chorobą.
- Model biomedyczny nie wyjaśnia mechanizmu rekonwalescencji. Osobę uznaje się za wyleconą po usunięciu biologicznych nieprawidłowości. Jednak rzeczywistość związana np. z występowaniem niektórych objawów podmiotowych odczuwanych przez pacjenta po przebytej chorobie nie zawsze przystaje do tej definicji.
- Podejście medyczne koncentruje się na terapiach farmakologicznych i technologiach mających na celu usunięcie nieprawidłowości biologicznych, nie pamiętając o tym, że często interakcja między lekarzem a pacjentem może mieć decydujące znaczenia dla efektów leczenia⁸.

Podobnego zdania jest B. Woynarowska stawiając następujące zarzuty biomedycznemu paradygmatowi zdrowia: techniczne traktowanie zdrowia spowodowało nadmierne wykorzystanie technologii medycznych w leczeniu, uważanych za jedyną drogę do lepszego zdrowia, wyodrębnienie ciała i duszy spowodowało zainteresowanie nauk medycznych ciałem, nie biorąc pod uwagę innych warunkowań zdrowia (sfery psychicznej, społecznej, środowiskowej, duchowej), człowiek nie jest traktowany jako integralna całość, ciało w tej koncepcji jest maszyną, złożoną z wielu części, które w razie potrzeby są naprawiane (powstanie

⁷ *Zdrowie publiczne*, red. A. Czupryna, S. Paździoch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2001, s. 14.

⁸ G.D. Bishop, *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2000, s. 44–45.

w medycynie wąskich specjalności), koncentracja na chorobie traktowanej jako brak zdrowia, człowiek jest traktowany przedmiotowo, zachowania w chorobie są bierne, nie uwzględnia się wpływu sytuacji życiowej i czynników środowiskowych na zdrowie⁹.

Podsumowując można stwierdzić, że zdrowie w ujęciu biomedycznym to sprawność biologiczno-funkcjonalna organizmu człowieka mierzona wyłącznie obiektywnymi kryteriami medycznymi. Nie uwzględnia się tu innych kryteriów zdrowia, np. subiektywnych odczuć człowieka. Z kolei choroba to obiektywnie stwierdzone odchylenia od stanu prawidłowego w narządach lub tkankach – zmiany patomorfologiczne lub objawy obiektywne stwierdzane klinicznie oraz nieprawidłowości w badaniach dodatkowych. W koncepcji tej uwzględnia się przyczyny oraz umiejscowienie zmian narządowych i podaje nazwę choroby zgodnie z klasyfikacją chorób¹⁰.

Ograniczenia biomedycznego paradygmatu stały się przyczyną poszukiwania innej płaszczyzny odniesienia, która w szerszym zakresie przedstawi zjawiska mieszczące się w obszarze zdrowia.

W latach pięćdziesiątych XX w. biomedyczne koncepcje zdrowia zostały wzbogacone o społeczny punkt widzenia. Zaczęto mówić o tym, że zdrowie jest nie tylko domeną medycyny, ale także innych nauk. Zasadniczego przełomu w naukach o zdrowiu dokonał socjolog T. Parsons, twórca socjologiczno-funkcjonalnej koncepcji zdrowia. Określił zdrowie jako stan, w którym jednostka wykazuje optymalną umiejętność efektywnego pełnienia ról i zadań wyznaczonych jej przez proces socjalizacji¹¹.

Doprowadziło to w efekcie do powstania **socjomedycznej koncepcji zdrowia**¹², opartej na myśli filozofii neopozytywistycznej. Według tej koncepcji, człowiek jest zespołem elementów powiązanych względnie prostymi relacjami, wiedza o każdym elemencie i każdej relacji to wiedza o człowieku jako całości¹³.

Podstawę teoretyczną nowego pojmowania istoty zdrowia i choroby można znaleźć w pracach na temat ogólnej teorii systemów, której twórcą jest L. von Bertalanffy (1984)¹⁴. Teoria polega na zobrazowaniu zjawisk naturalnych jako hierarchii systemów, z których każdy jest jednocześnie częścią większego systemu i zbiorem systemów podrzędnych.

G.L. Engel przedstawia hierarchiczny model podejścia systemowego w sposób następujący:

⁹ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...*, s. 26–27.

¹⁰ Z. Kostrzanowska, *Pojęcie zdrowia i choroby w wymiarze biopsychospołecznym*, [w:] *Problemy wielokulturowości w medycynie*, red. E. Krajewska-Kułak, I. Wrońska, K. Kędziora-Kornatowska, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, s. 115.

¹¹ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...*, s. 19.

¹² J. Aleksandrowicz, R. Duda, *U progu medycyny...*, s. 34.

¹³ T.B. Kulik, *Zdrowie – kategoria uniwersalna*, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne” 1996, nr 3.

¹⁴ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...*, s. 27.

cząstka składowa atomu ↔ atom ↔ cząsteczka ↔ organella ↔ komórka ↔ tkanka
↔ organ ↔ system nerwowy ↔ OSOBA (DOŚWIADCZENIA I ZACHOWANIE)
↔ małżeństwo ↔ rodzina ↔ społeczność lokalna ↔ kultura – subkultura ↔ społeczeństwo – naród ↔ biosfera¹⁵.

Analizując system od początku, czyli od struktur subatomowych, można zauważyć, że każdy system wyższego rzędu obejmuje wszystkie poziomy znajdujące się niżej. Na przykład ciało człowieka składa się z kilku powiązanych ze sobą układów: pokarmowego, hormonalnego, nerwowego. Każdy z nich zbudowany jest z rozmaitych tkanek i komórek. Osoba i jej forma cielesna jest tylko jednym z aspektów, ponieważ człowiek stanowi element składowy struktur wyższego rzędu, np. rodziny, społeczności lokalnej czy biosfery. Wszystkie te systemy mogą być zilustrowane w postaci hierarchii poziomów i kontinuum wzajemnie na siebie oddziałujących jednostek. Każdy system stanowi jednocześnie całość i część. Na przykład układ krążenia stanowi odrębną całość i jednocześnie jest częścią ciała ludzkiego¹⁶.

Podejście systemowe stwierdza, że stan zdrowia jest wypadkową różnorodnych wpływów, począwszy od zjawisk na poziomie komórkowym i biochemicznym, aż po sferę społeczną i kulturową.

Rozpatrywanie zdrowia i choroby z perspektywy systemowej nie jest tylko zmianą dotychczasowej filozofii, ale ma szersze implikacje w zmianie podejścia lekarza do pacjenta oraz w realizacji badań nad chorobami i zdrowiem. Podstawę teoretyczną holistycznego pojmowania istoty zdrowia i choroby stanowi ogólna teoria systemów.

G.L. Engel nazywa to ujęcie **modelem biopsychospołecznym**¹⁷. W podejściu biopsychospołecznym zakłada się prawidłowe funkcjonowanie człowieka nie tylko w sferze somatycznej, ale także psychicznej i społecznej. W ujęciu tym zdrowie charakteryzowane jest jako pewnego rodzaju potencjał sił i możliwości fizycznych, psychicznych i społecznych pozwalających na harmonijny rozwój i dobre funkcjonowanie we wszystkich wymiarach, w tym także podejmowanie określonych ról społecznych¹⁸.

Dalszy rozwój koncepcji zdrowia zmierza w kierunku poszerzania społecznego kontekstu zdrowia, który obejmuje nie tylko uczestnictwo człowieka w życiu rodzinnym, społecznym czy zawodowym, ale także normy zdrowotne i aspiracje, warunki życia i pracy, stan środowiska naturalnego, poziom infrastruktury oraz inne elementy środowiskowe i strukturalne, m.in. uwarunkowania prawne, do-

¹⁵ G.L. Engel, *The clinical application of the biopsychosocial model*, „American Journal of Psychiatry” 1980, 137, s. 537.

¹⁶ G.D. Bishop, *Psychologia...*, s. 46.

¹⁷ Ibidem.

¹⁸ W. Wróblewska, *Zdrowie i nierówności...*, s. 285.

stęp do służby zdrowia i inne. Takie ujęcie zdrowia określane jest jako **społeczno-ekologiczne lub holistyczne**¹⁹.

W ujęciu społeczno-ekologicznym, biopsychospołecznym oraz w ujęciu psychologicznym przyjmuje się holistyczny paradygmat zdrowia człowieka. Zdrowie w ujęciu holistycznym jest pojęciem wielowymiarowym. Holistyczny stosunek do zdrowia jest uwarunkowany powstaniem nowej fizyki i systemowego obrazu życia. Medycyna holistyczna definiuje zdrowie człowieka jako jedność somatopsychiczną, statyczny stan idealnie dobrego samopoczucia, zależnego od stopnia dojrzałości emocjonalnej, czyli poczucia względnej autonomii w stosunku do otoczenia, braku kompleksu niższości i umiejętności uchwycenia realnej rzeczywistości. Holistyczna koncepcja zdrowia podkreśla głównie, że ciało i psychika człowieka wpływają na siebie nawzajem²⁰.

Nowe spojrzenie na sposób definiowania zdrowia wniosła powszechnie znana definicja Światowej Organizacji Zdrowia, przyjęta w jej konstytucji z 1946 roku. W tym ujęciu „zdrowie jest stanem zupełnej pomyślności fizycznej, psychicznej i społecznej, a nie jedynie brakiem choroby lub ułomności”²¹.

Definicja WHO wymienia trzy płaszczyzny zdrowia:

1. Zdrowie fizyczne, czyli somatyczne, a zatem to, które odnosi się do organizmu. Stanowi ono tło dla licznych i tak dobrze nam znanych chorób ciała, ale nie tylko bierne tło, bo umiemy też świadomie potęgować pewne jego elementy poprzez ćwiczenie i hartowanie. Dzięki temu zawdzięczamy zdrowie fizycznie nie tylko naturze, lecz również – co dla nas ważne – pracy nad własnym ciałem²².

2. Zdrowie psychiczne wiąże się z rozważną odwagą, poczuciem własnej godności połączonej z szacunkiem dla godności innych, a więc z egalitaryzmem, z poczuciem szacunku dla życia w każdej postaci²³. Wyróżniamy dwa wymiary zdrowia psychicznego: pozytywny i negatywny. Do pozytywnego zaliczamy zespół właściwości emocjonalnych i osobowościowych (wysoka samoocena, umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych, poczucie własnej skuteczności, koherencji), pozwalających na życie z minimalną dawką stresu, radzeniem sobie z różnorodnością życia, zapobieganie załamaniom psychicznym w obliczu trudności życiowych. Do wskaźników negatywnych zaliczamy opis zaburzeń psychicznych, które znane są z różnych klasyfikacji²⁴.

¹⁹ Ibidem, s. 286.

²⁰ Z. Chromiński, *Podstawowy miernik zachowań zdrowotnych dzieci młodzieży*, Zakład Promocji Zdrowia, IGNIS Jan Pruszyński, Warszawa 2000, s. 16.

²¹ *Zdrowie publiczne...*, s. 15.

²² M. Demel, *Pedagogika zdrowia*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1980, s. 101.

²³ J. Aleksandrowicz, *Sumienie ekologiczne*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1979, s. 41.

²⁴ I. Kowalewski, *Kultura zdrowotna studentów*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 2006, s. 46.

3. Zdrowie społeczne dotyczy relacji między jednostką i społecznością, a jego miarą jest stopień syntonii, czyli społecznego współbrzmienia²⁵.

Powyższa definicja jest obrazem współczesnego podejścia do zdrowia, szeroko wykorzystywanego i obowiązującego w różnych dziedzinach nauki. Definicja uwzględnia holistyczną, czyli całościową koncepcję, która traktuje człowieka jako „całość” i „część całości”. Człowiek, jednostka z sześcioma wymiarami zdrowia: zdrowiem fizycznym, psychicznym, emocjonalnym, seksualnym i duchowym stanowi „mniejszą część całości”. Zdrowie społeczeństwa i zdrowie środowiskowe stanowi większą część całości i otacza człowieka znajdującego się w pozycji centralnej²⁶.

Zdrowie społeczeństwa (socjetal health) to całokształt uznanych i praktykowanych wartości oraz norm występujących w danej kulturze, które mogą być zdrowe lub niezdrowe.

Zdrowie środowiskowe (environmental health) zawiera w sobie całe szeroko pojęte środowisko życia oraz pracy człowieka, na które mają wpływ czynniki: fizyczne, chemiczne, biologiczne, psychiczne, społeczne i kulturowe²⁷.

Najbardziej znany i najczęściej prezentowany symbol modelu holistycznego stanowi **mandala zdrowia**. Graficznie stanowi koło, w którym człowiek (jego ciało, dusza, intelekt) zajmuje miejsce centralne, otaczają go kręgi. W najbliższym znajduje się rodzina. Rodzina ma największy wpływ na zdrowie poszczególnych jej członków. Kształtuje wartości, postawy wobec zdrowia, zachowania oraz pośredniczy między jednostką a instytucjami społecznymi. W następnych kręgach znajdują się różnorodne grupy czynników mających wpływ na zdrowie człowieka. Najszerszy krąg stanowi biosfera i kultura²⁸. Na tę całość składa się pięć wymiarów (aspektów) zdrowia, wzajemnie ze sobą powiązanych, które w uproszczeniu można opisać w następujący sposób:

- **zdrowie fizyczne**, prawidłowe funkcjonowanie organizmu, wszystkich jego układów i narządów;
- **zdrowie psychiczne**, a w jego obrębie zdrowie:
 - umysłowe – zdolność do jasnego, logicznego myślenia,
 - emocjonalne – zdolność do rozpoznawania uczuć i wyrażania ich w odpowiedni sposób, umiejętność radzenia sobie ze stresem, napięciami, depresją, lękiem;
- **zdrowie społeczne** – zdolność do utrzymywania prawidłowych relacji z innymi ludźmi oraz pełnienia ról społecznych;

²⁵ Ibidem, s. 47.

²⁶ Jensen B.B., Simovska V. (eds.) 2002, *Models of health promoting schools in Europe*, WHO, Copenhagen, s. 48.

²⁷ Z. Kostrzanowska, *Pojęcie zdrowia i choroby w wymiarze biopsychosocjalnym*, [w:] *Problemy wielokulturowości w medycynie*, red. E. Krajewska-Kułak, I. Wrońska, K. Kędziora-Kornatowska, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, s. 119.

²⁸ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...*, s. 28–29.

- **zdrowie duchowe** – u niektórych ludzi jest związane z wierzeniami i praktykami religijnymi, u innych dotyczy ich osobistego „credo”, zasad, zachowań i sposobów utrzymywania wewnętrznego spokoju²⁹;
- **zdrowie seksualne** – według WHO to zespół biologicznych, emocjonalnych, intelektualnych i społecznych aspektów życia seksualnego, ważnych dla pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości³⁰.

Pełne zdrowie według T. Kielanowskiego wymaga poczucia siły, zdolności do pokonywania przeszkód, a nawet chęci podejmowania trudów fizycznych i umysłowych³¹.

I. Kickbush zdrowie rozumie jako proces nieustannego odtwarzania dobrego samopoczucia (dobrostanu) w wymiarze społecznym, psychicznym i fizycznym³².

Analizując różne definicje zdrowia (doliczono się ich już ponad 300) można dostrzec, że pojęcie zdrowia jest bardzo trudne do zdefiniowania i wydawać się może abstrakcyjne.

B. Woynarowska, opierając swoje spostrzeżenia na najczęściej cytowanej definicji zdrowia według WHO, charakteryzującej się pozytywnym podejściem do zdrowia, dokonała podziału definicji ujmowanych przez przedstawicieli różnych nauk na następujące grupy: zdrowie jako funkcja lub zdolność, zdrowie jako zdolność do wszechstronnego rozwoju, zdrowie jako potencjał fizyczny i psychiczny, zdrowie jako równowaga (homeostaza) i harmonia, zdrowie jako dobra jakość życia. Autorka wymienione grupy nazwała pozytywnymi definicjami zdrowia. W związku z tym, że ujmują one zdrowie w różnorodny sposób oraz mogą być punktem wyjścia do formułowania wskaźników zdrowia subiektywnego pozwalającego ocenić stan zdrowia warto zacytować znaczenie wymienionych grup:

- „zdrowie jako funkcja lub zdolność człowieka do: normalnego funkcjonowania (wykonywania zadań i pełnienia ról społecznych); adaptacji do zmieniającego się środowiska; zaspokajania własnych potrzeb, redukcji napięć,
- zdrowie jako zdolność do wszechstronnego rozwoju: osiągnięcia „optimum” własnych możliwości fizycznych, psychicznych, społecznych,
- zdrowie jako potencjał fizyczny i psychiczny – możliwość podejmowania różnych aktywności (samorealizacji, twórczego życia),
- zdrowie jako równowaga (homeostaza) i harmonia możliwości fizycznych, psychicznych i społecznych człowieka; dyspozycja do utrzymania równowagi między organizmem człowieka a wymaganiami środowiska; proces równoważenia zasobów i obciążeń,

²⁹ B. Woynarowska, M. Sokołowska, *Koncepcja i zasady tworzenia szkoły promującej zdrowie*, [w:] *Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia w szkole*, red. B. Woynarowska, zeszyt nr 10, CMPPP, Warszawa 2006, s. 10.

³⁰ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...*, s. 31.

³¹ T. Kielanowski, *Propedeutyka medycyny*, PZWL, Warszawa 1967, s. 69.

³² I. Kickbush, *Health Promotion – the move towards a new public health, health promotion – A Resources Book*, WHO – Reg. Off. for Europe, 1990, s. 384 [w:] *Zdrowie Publiczne...*, s. 213.

- zdrowie jako dobra jakość życia: dobre samopoczucie, szczęście, zadowolenie z życia, samorealizacja³³.

Według I. Heszen i H. Sęk we współcześnie rozwijanych sposobach definiowania zdrowia uwidacznia się kilka wyraźnych i ważnych tendencji. Po pierwsze, pojęcie zdrowia ujmowane jest obecnie znacznie szerzej niż we wczesnych konceptualizacjach. Jest więc zdrowie rozumiane nie tylko somatycznie i psychicznie, ale też wskazuje się na jego wymiar społeczny, duchowy, jak również na inne, bardziej szczegółowe aspekty. Po drugie, zdrowie traktowane jest procesualnie, często jako równoważenie wewnętrznych i zewnętrznych wymagań i/ lub równoważenie wymagań otoczenia dzięki posiadanym zasobom. Owa zmienność charakterystyczna dla procesu znajduje swój wyraz także w uwzględnianiu rozwojowego aspektu zdrowia. Po trzecie, ważnym kontekstem zdrowia staje się tendencja do ujmowania go w kategoriach pozytywnych jako potencjału, zasobu. W takim kontekście podkreśla się istnienie potencjału zdrowia również w wydarzeniach trudnych czy niekorzystnych z punktu widzenia jednowymiarowego podejścia do zdrowia. Kolejna kwestia uwzględniana aktualnie w definicjach zdrowia to rozróżnienie obiektywnego i subiektywnego zdrowia, które mogą, ale nie muszą współwystępować. „I na koniec to, co jest charakterystyczne dla nowych ujęć zdrowia, a mianowicie uwzględnianie odpowiedzialności podmiotu w kreowaniu własnego zdrowia”³⁴.

W literaturze przedmiotu zdrowie najczęściej ujmowane jest jako:

- **stan** (coś co jest; coś co można określić i sprecyzować);
- **proces** (przemieszczanie się na kontinuum między zdrowiem a chorobą, poszukiwanie równowagi w obliczu zagrożeń i obciążeń);
- **potencjał** (dyspozycja, zasoby, atrybut, kapitał, jakość egzystencjalna);
- **wartość** (jako coś istotnego, wartościowego, osobistego)³⁵.

To wielowymiarowe spojrzenie na zdrowie wymaga zastosowania różnych metod i działań, które będą niwelowały zagrożenia zdrowia. Należy położyć akcent na eksponowaniu tych argumentów, które świadczą o korzyściach płynących ze zdrowia.

Poznanie, jak ludzie definiują (opisują) zdrowie, pozwala lepiej zrozumieć ich zachowania, gotowość do troski o swoje zdrowie, w tym kształtowania zachowań mu sprzyjających. Uważa się, że większość ludzi dorosłych rozumie zdrowie jako przeciwieństwo choroby, czyli niewystępowanie jej objawów lub dolegliwości,

³³ B. Woynarowska, *Zdrowie i czynniki je warunkujące*, [w:] *Biomedyczne podstawy kształcenia i wychowania*, red. B. Woynarowska, A. Kowalska, Z. Izdebski, K. Komosińska, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010, s. 234–235.

³⁴ I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, [w:] *Zdrowie i choroba. Problemy teorii, diagnozy i praktyki*, red. J.M. Brzeziński, L. Cierpiałkowska, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2008, s. 64–65.

³⁵ L. Suchocka, *Poczucie odpowiedzialności w zdrowiu i w chorobie. Perspektywa noo-teoretyczna*, Wydawnictwo DIFIN, Warszawa 2011, s. 50–51.

dobrze samopoczucie, stan niewymagający interwencji medycznej. Obok fizycznego (somatycznego) wymiaru zdrowia, w wypowiedziach ludzi pojawia się dobrostan psychiczny oraz dobre funkcjonowanie w codziennym życiu. Wielu badaczy sądzi, że dzieci postrzegają zdrowie i chorobę odmiennie niż ludzie dorośli. Jedni uważają, że związane jest to z teorią rozwoju J. Piageta, inni znacznie większą rolę przypisują wpływom społecznym, zwłaszcza doświadczeniu rodzinnemu, wpływom kulturowym i edukacji zdrowotnej. Podobnie jak u dorosłych pojęcie zdrowia jest wielowymiarowe i obejmuje trzy podstawowe wymiary:

- **bycie sprawnym** (zdolnym) do wykonywania różnych czynności (związanych z aktywnością fizyczną, przebywaniem poza domem, nauką w szkole),
- **zachowania sprzyjające zdrowiu** (odpowiednie żywienie, aktywność fizyczna, sen),
- **zdrowie psychiczne**, które dotyczy ogólnego samopoczucia i relacji z innymi³⁶.

Zdrowie fizyczne pod względem definicyjnym i badawczym jest dość jednoznacznie i wyraźnie określone. Nauki medyczne potrafią przy pomocy badania podmiotowego, przedmiotowego oraz badań dodatkowych konkretnie określić stan zdrowia fizycznego człowieka. Dzięki metodom badania epidemiologicznego można ocenić stan zdrowia fizycznego różnych populacji. Trudniej to wykonać w odniesieniu do zdrowia psychicznego, w przypadku którego granice pomiędzy normą a patologią często są mało wyraźne.

Pojęcia zdrowia i choroby w aspekcie psychologicznym początkowo wiązały się z orientacją patogenetyczną. Badania wpływu czynników psychospołecznych oddziaływających negatywnie na zdrowie i przyczyniających się do powstawania chorób umożliwiły rozwój psychosomatyki. Przedmiotem badań stało się przede wszystkim rozpoznawanie, identyfikowanie czynników ryzyka choroby. Działania praktyczne polegają na prowadzeniu leczenia, walki o przedłużenie i utrzymanie życia, zwłaszcza tych pacjentów, którzy wywodzą się z grup ryzyka. Działania praktyczne mają wymiar profilaktyki negatywnej – leczenie chorób psychicznych i zabezpieczenie przed zagrożeniami zdrowotnymi. Podejście to nie uwzględniało psychospołecznych uwarunkowań zdrowia i uważane było za jednostronne.

W latach 70. XX wieku zostało opracowane przez A. Antonowsky'ego ujęcie nazwane **modelem salutogenezy**. Model ten przedstawia uwarunkowania i mechanizmy osiągania zdrowia i stał się przełomem w naukach o zdrowiu³⁷. Autor zaprezentował koncepcję, w której znacznie ważniejsze staje się odnalezienie wyznaczników zdrowia i czynników sprzyjających zachorowaniu.

To nowe podejście nazwane salutogenetycznym opiera się na założeniu, że normalnym stanem organizmu nie jest stan równowagi, lecz przeciwnie: nieporządek, entropia, zakłócenie homeostazy. Człowiek nieustannie podlega przemianom, gdyż właśnie ruch, zmienność jest immanentnym atrybutem życia. Dlatego

³⁶ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...*, s. 21–24.

³⁷ H. Sęk, *Orientacja patogenetyczna i salutogenetyczna w psychologii klinicznej*, [w:] *Psychologia kliniczna*, red. H. Sęk, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006, s. 54–55.

zdrowie idealne nie istnieje, a człowiek w każdym momencie swojego życia znajduje się w jakimś miejscu na continuum (linii) między biegunami: z jednej strony idealnego zdrowia, z drugiej choroby³⁸.

Badacz zastanawiał się nad tym, dlaczego człowiek znajdujący się na kontinuum (linii) życia, będąc pomiędzy biegunami zdrowia i choroby, niezależnie od zajętego miejsca stara się przesunąć w kierunku zdrowia. Przez cały okres trwania życia organizm człowieka atakowany jest różnorodnymi czynnikami chorobowymi, czynnikami endogennymi, egzogennymi na poziomie komórkowym, psychicznym, społecznym, ekonomicznym, środowiskowym. A. Antonowsky trafnie zauważył, że tych czynników nie da się całkowicie wyeliminować, stąd istotniejsze jest wyjaśnienie, co ułatwia człowiekowi bycie bardziej zdrowym. Jakie zasoby, potencjały zdrowia czyli podmiotowe i środowiskowe cechy (właściwości), które w interakcji zdrowotnej pełnią funkcję pozytywną³⁹.

Poszukując odpowiedzi na te pytania A. Antonowsky stwierdził, iż w procesie osiągnięcia zdrowia współdecydujące znaczenie mają:

- rodzaje i poziom stresów, patogenów pochodzących ze środowiska, struktury biologicznej i psychologicznej podmiotu, z natury interakcji osoba – otoczenie,
- uogólnione zasoby odpornościowe, w szczególności poczucie koherencji⁴⁰.

Najważniejszym zasobem indywidualnym sprzyjającym zdrowieniu jest zdaniem autora koncepcji poczucie koherencji. Wbrew nazwie nie ma ono charakteru czysto poznawczego, obejmuje również wymiar motywacyjny i działaniaowy.

„Poczucie koherencji jest to globalna orientacja człowieka, wyrażająca stopień, w jakim człowiek ten ma dominujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że (1) bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturyzowany, przewidywalny i wytłumaczalny; (2) dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce; (3) wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania”⁴¹.

Trzy wyodrębnione przez autora składniki poczucia koherencji zostały przez niego określone jako: poczucie zrozumiałości – o najbardziej poznawczym charakterze, poczucie zaradności – w którym dominuje aspekt działania, związany przede wszystkim ze świadomością, możliwości poradzenia sobie z trudnościami oraz poczuciem sensowności – związane z nadawaniem sensu doświadczeniom i podejmowaniem wyzwań⁴².

„Wyniki wielu badań wskazują, że im silniejsze jest poczucie koherencji, tym większą mają ludzie szansę na przesuwanie się na kontinuum w kierunku bieguna zdrowia, gdyż:

³⁸ G. Dolinska-Zygmunt, *Teoretyczne podstawy refleksji...*, s. 22.

³⁹ Ibidem.

⁴⁰ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...*, s. 34.

⁴¹ A. Antonowsky, *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, Fundacja IPN, Warszawa 1995, s. 21.

⁴² W. Łosiak, *Indywidualny kontekst poczucia koherencji*, [w:] *Zdrowie i choroba...*, s. 215.

- łatwiej im unikać zagrożeń i niebezpieczeństw, częściej podejmują zachowania prozdrowotne i unikają zachowań ryzykownych, lepiej dbają o własne zdrowie,
- oceniają bodźce, których nie da się uniknąć, nie jako zagrożenia i niebezpieczeństwa, które paraliżują, lecz jako wyzwania warte zainwestowania energii i sytuacji, którymi można kierować,
- traktują zasoby odpornościowe jako potencjały, są gotowi i chętni do ich wykorzystania, wytrwale szukają sposobów poradzenia sobie⁴³.

Koncepcja salutogenetyczna ma na celu skoncentrowanie uwagi na procesie zdrowienia i zaakcentowanie czynników sprzyjających zdrowiu. Uważana jest za szczególnie przydatną w edukacji zdrowotnej oraz w idei promocji zdrowia.

Przyjęcie podstawowej współzależności wieloaspektowej: somatyki, psychiki i interakcji społecznych w każdym poziomie zdrowia i choroby powoduje odrzucenie biomedycznej klasyfikacji zaburzeń. Uznanie, że zdrowie jest zjawiskiem wielowymiarowym, wzajemnie przenikających się i oddziaływających czynników, poziomów, aspektów współtworzących życie implikuje przyjęcie doktryny polietiologii wszelkich patologii, w tym również chorób psychicznych⁴⁴.

Zdrowie psychiczne trudno zdefiniować. Wieloznaczność pojęcia zdrowia psychicznego zmusza do przedstawienia najczęściej używanych ujęć. Definicje psychiatryczne oparte są na tradycyjnym podejściu do zdrowia psychicznego, według którego zdrowie psychiczne uzależnione jest od stanu zdrowia somatycznego organizmu oraz występowania symptomów i syndromów psychopatologicznych.

Powyższa definicja jest wynikiem obserwacji występowania zaburzeń psychicznych towarzyszących ciężkim zachorowaniom somatycznym oraz przekonania lekarzy psychiatrów, że brak objawów psychopatologicznych świadczy o zdrowiu psychicznym pacjenta. Jest to koncepcja wyrażająca myśl, że morfologia i fizjologia człowieka jest wartością podstawową a psychika pochodną. Jest to wyraz postawy somatopsychicznej, a nie psychosomatycznej⁴⁵.

Definicja ta wynika z obserwacji klinicznych pacjentów, którzy wykazują zaburzenia psychiczne o różnym nasileniu, współwystępujące w przebiegu ciężkich przewlekłych chorób somatycznych.

„A.E. Kazdin przyjmuje, że zdrowie psychiczne młodzieży to jest brak zakłóceń w sferach: psychologicznej, emocjonalnej, behawioralnej i społecznej, [...] po drugie [...] oznacza także optymalne funkcjonowanie lub dobre samopoczucie w sferach społecznej i psychologicznej”⁴⁶.

Zdrowie psychiczne można ujmować w trzech aspektach:

- Negatywnym – oznaczającym brak zaburzeń psychicznych.

⁴³ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...*, s. 35.

⁴⁴ Ibidem, s. 82.

⁴⁵ K. Dąbrowski, *Wprowadzenie do higieny psychicznej*, PZWL, Warszawa 1979, s. 12.

⁴⁶ *Zdrowie dzieci i młodzieży w aspekcie fizycznym, psychicznym, społecznym i duchowym*, red. A. Jopkiewicz, J. Schejbal, Kieleckie Towarzystwo Naukowe, Kielce 1998, s. 131.

- Funkcjonalnym – określanym jako zdolność do spełniania określonych oczekiwań.
- Pozytywnym – rozumianym jako rozwój osobowości wraz z umiejętnością radzenia sobie w życiu.

„Kondycja psychiczna to ogólna sprawność psychiczna, która pozwala na zachowanie równowagi w sytuacji trudnej”⁴⁷.

Według E. Fromma osoba zdrowa psychicznie to taka, która jest zdolna do akceptacji samego siebie, przyjmowania miłości i obdarzania nią innych, ale jednocześnie zdolna poznawać i rozumieć świat oraz być twórczą i efektywną w pracy⁴⁸.

Światowa Organizacja Zdrowia określa zdrowie psychiczne jako pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie tylko brak objawów psychopatologicznych, czy kalectwa⁴⁹. Definicja ta próbuje uzupełnić definicje psychiatryczne, uwzględniając zdrowie pozytywne.

Dobrostan psychiczny można zdefiniować jako poznawczą i emocjonalną ocenę własnego życia. W skład tej oceny wchodzi emocjonalna reakcja na zdarzenia oraz sądy dotyczące zadowolenia i spełnienia. W dobrostanie psychicznym wyróżniamy dwa wymiary. Wymiar emocjonalny, który uwidacznia sumę doświadczeń zgromadzonych w określonym czasie, a dominującą rolę odgrywają emocje doświadczane w danej chwili, czyli obecnie. Wymiar poznawczy odnosi się do oceny i postrzegania własnego życia nie tylko w przeszłości i teraźniejszości, ale także w przyszłości, gdzie większą rolę odgrywają minione doświadczenia. Dobrostan można utożsamiać z czterema znaczeniami, które są zależne od specyficznych potrzeb lub predyspozycji człowieka. „Szczęście – otwartość na innych, szerokie kontakty, pozytywny stres – ciągłe zajęcie, pasja, wymagająca nauka, praca, intelektualna stymulacja – poznawanie, odkrywanie, nowe środowisko oraz beztraska – bezpieczeństwo, brak wyzwań, zrelaksowanie”⁵⁰.

Dobrostan może łączyć się z konkretnym wydarzeniem szkolnym, spotkaniem życzliwej osoby, otrzymaniem dobrej wiadomości czy dobrej oceny.

Według J. Czapińskiego dobrostan psychiczny można podzielić na dwie sfery. Pierwsza z nich prezentuje perspektywę „dół-góra”, która jest wynikiem cząstkowych, pozytywnych doświadczeń oraz przeżyć, na które znaczący wpływ ma: rodzina, szkoła, zainteresowania i pasje, sukcesy kraju, zdrowie i samopoczucie, przyjaciele, status materialny i inne. Im więcej przeżywamy pozytywnych doświadczeń, tym większe powinno być nasze szczęście. Perspektywa „góra-dół” z kolei uznaje, że za dobrostan bardziej odpowiedzialne jest nasze życzliwe podejście i postawa. One powodują bowiem, że cząstkowe doświadczenia i przeżycia postrzegamy optymistycznie. Nawet jeśli coś nie jest do końca tak optymistyczne i kolorowe, to i tak potrafimy znaleźć w nim pozytywne strony.

⁴⁷ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...*, s. 391.

⁴⁸ Ibidem, s. 393.

⁴⁹ *Treść definicji według oficjalnego tłumaczenia konstytucji...*, poz. 477.

⁵⁰ W. Imielski, *Zaburzenia...*, s. 396.

Wynika z tego, że w tej sytuacji dobrostan bierze się z naszych cech osobowościowych, a nie przeżytych doświadczeń. Człowiek, który jest dobrze przystosowany dobrze czuje się w relacjach społecznych. Ma poczucie własnej wartości, a także czuje się pożądanym, akceptowanym i docenianym. Potrafi odnaleźć się w większości sytuacji społecznych, a także nigdy nie czuje się gorszy od osób, które w rzeczywistości są wysoko postawione społecznie, zamożne czy urodziwe. W kontaktach interpersonalnych nawiązuje bliskość, która daje mu poczucie bezpieczeństwa.

Behawioryści są zdania, że człowiek zdrowy psychicznie to jednostka twórcza i przystosowana. Psychologia behawioralna uważa, że „człowiek przystosowany jest człowiekiem produktywnym, czyli działającym spontanicznie w pracy i stosunkach międzyludzkich, przejawiającym chęć do życia, która wyraża się tym, że nie musi nakłaniać siebie do wykonywania obowiązków, ale samoczynnie dąży do użytecznej działalności”⁵¹.

Według M. Jahody „zdrowy psychicznie jest człowiek aktywnie przystosowany do otoczenia, usiłujący spełniać wymagania otoczenia bez utraty indywidualności oraz charakteryzujący się spójną, zintegrowaną osobowością i postrzegający siebie i świat adekwatnie do sytuacji i własnych możliwości, czasami niezależnie od własnych potrzeb”⁵².

Psychologia humanistyczna przedstawia człowieka zdrowego psychicznie, u którego znajdujemy cechy dojrzałej osobowości. Większość badaczy do cech dojrzałej osobowości człowieka zalicza:

- spójny system wartości, którym kierujemy się w życiu,
- umiejętność samokontroli,
- sztukę inicjowania i realizowania perspektywicznych zadań,
- obronę i umiejętność walki ze stresem i frustracją,
- pełne wykorzystanie własnego biopotencjału i umiejętność jego ochrony, wzmacniania i rozwoju,
- umiejętność asertywnego życia,
- umiejętność podejmowania świadomych decyzji i działań,
- ciągłą aktywność w poznawaniu i poszerzaniu wiedzy o sobie i świecie,
- poczucie odpowiedzialności połączone z umiejętnością wykonywania ról: rodzinnych, zawodowych, siedliskowych, społecznych, narodowościowych, wspólnotowych.

W psychologii osobowości, osobowość dobrze przystosowaną i zdrową psychologicznie nazywa się mianem osobowości dojrzałej. „W zakresie dojrzałości osobowości niezmiernie ważna jest jej elastyczność. Osoba dojrzała może prawidłowo i satysfakcjonująco działać w rozmaitych warunkach życiowych, nawet bardzo zmiennych i nieprzewidywalnych, potrafi bez większego wysiłku akceptować różne poglądy, punkty widzenia i sposoby interpretacji rzeczywistości.

⁵¹ *Zdrowie dzieci i młodzieży...*, s. 133.

⁵² B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...*, s. 393.

Cechuje ją daleko posunięte zrozumienie dla innych niż jej własne, zwyczajów, przekonań i sposobów życia⁵³. Tradycyjne zdrowie psychiczne kojarzy się ze spokojem, opanowaniem, brakiem wybuchowych i agresywnych zachowań oraz odpornością na nacisk i krytykę.

W psychologii poznawczej za człowieka zdrowego psychicznie uważa się takiego, który potrafi podejmować decyzje ważne dla jego życia i najbliższego otoczenia. Posiada umiejętności rozwiązywania problemów i konfliktów w otaczającym go świecie. Radzi sobie z docierającymi do niego informacjami, potrafi podejmować decyzje, nie odczuwa dysonansu, gdyż jego struktury poznawcze są w równowadze⁵⁴. Diagnostycznie ważna jest ocena równowagi struktur poznawczych człowieka.

Psychoanalitycy uważają, że należy utrzymywać równowagę id i superego dzięki dobrze wykształconemu ego, co pozwala człowiekowi na życie, które powinno być pozbawione lęku oraz konfliktów wewnętrznych i zewnętrznych⁵⁵.

Według B. Woynarowskiej w definicjach zdrowia najczęściej wyróżnia się dwa komponenty: afektywny czyli zdrowie emocjonalne oraz poznawczy czyli zdrowie umysłowe.

Zdrowie emocjonalne oznacza zdolności rozpoznawania, kontrolowania i wyrażania własnych emocji, adekwatnie do sytuacji, które są akceptowane społecznie, zapewniające komfort i stan dobrego samopoczucia. Uważa się, że podstawowymi elementami kształtującym zdrowie emocjonalne są umiejętności radzenia sobie z własnymi emocjami, trudnościami, stresem, napięciem, depresją i lękiem. „Osoba zdrowa psychicznie przeżywa na ogół więcej emocji pozytywnych niż negatywnych. Jest skłonna do dawania miłości i przyjaźni, życie ją cieszy i sprawia wiele radości. Potrafi czerpać przyjemność z wykonywania codziennych obowiązków i załatwiania drobnych spraw. Jest zwykle szczęśliwa i zadowolona⁵⁶”.

Osoba, która jest dobrze przystosowana psychicznie rzadko doświadcza negatywnych emocji, gdyż całą swoją uwagę poświęca przede wszystkim radosnym stronom jej życia. Nie znaczy to wcale, że człowiek zdrowy emocjonalnie nie martwi się w ogóle. Owszem, gdy zaistnieją ku temu powody zmartwienie i smutek są czymś naturalnym i prawidłowym, dopóki nie przerodzą się w myśli odwetu, destrukcji lub całkowitej bagatelizacji sprawy.

Osoba psychologicznie zdrowa potrafi okazywać i przyjmować uczucia. Potrafi przyjmować krytykę oraz wyciągać z niej korzystne dla siebie wnioski. Bezinteresownie udziela pomocy i prosi o nią w razie potrzeby. Stara się swoje problemy rozwiązywać sama, w zakresie swoich umiejętności, gdyż własna skuteczność i rozwiązanie sprawia jej satysfakcję i przyjemność. Osoba taka, rzadko

⁵³ W.J. Imielski, *Zaburzenia...*, s. 306.

⁵⁴ *Zdrowie dzieci i młodzieży...*, s. 133.

⁵⁵ I. Kowalewski, *Kultura i edukacja zdrowotna*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 2004, s. 81.

⁵⁶ *Ibidem*.

reaguje agresją czy złością. Trudno wyprowadzić ją z równowagi i nakłonić do zachowań wrogich. Potrafi w sposób dojrzały i kulturalny bronić swoich wierzeń i przekonań. Jest osobą lubianą, a jej wysoka kultura osobista gwarantuje jej szacunek drugiej osoby i duże szanse na powodzenie takiej znajomości. Jest osobą niezależną, odporną na przebywanie w samotności. W stosownym czasie oddaje się rozrywkom i zabawie, lecz nie zaniedbuje swoich obowiązków⁵⁷.

Zdrowie umysłowe (mentalne) określane jest jako umiejętność jasnego, spójnego myślenia, uczenia się, realizacji swego potencjału intelektualnego⁵⁸.

Zdrowie psychiczne należy do interdyscyplinarnych obszarów naukowego poznania, stąd definicje muszą stawać się coraz bardziej szczegółowe i ponadczasowe. Otóż możemy przyjąć, że zdrowie psychiczne jest wieloczynnikowym dynamicznym systemem, które zapewnia sprawne funkcjonowanie struktur poznawczych, emocjonalnych oraz działaniowych, co w konsekwencji daje zdolność do zaspokajania potrzeb, realizację celów i dążeń do nich, prawidłowych relacji z innymi, rozpoznawanie, wybór oraz wykorzystywanie informacji, które pozwolą na rozwój człowieka.

Wydaje się, że spośród wielu autorów prezentujących różne spojrzenia na zdrowie psychiczne człowieka najbardziej wszechstronnie zostało ono przedstawione przez J. Sowę, który wyróżnił dziewięć sposobów rozumienia tego terminu:

- zdrowy jest każdy, u którego nie występują objawy chorób psychicznych,
- zdrowy jest każdy, kto jest taki, jak większość ludzi w danej zbiorowości,
- zdrowy jest każdy, kto jest przystosowany do kultury, w której żyje, tzn. spełnia przepisy nałożone na niego w danej kulturze,
- zdrowy jest ten, kto jest przystosowany w sensie ogólnobiologicznym do utrzymania pomysłnej egzystencji indywidualnej przez umiejętność zaspokojenia potrzeb swego organizmu,
- zdrowy jest ten, kto rozwija w pełni możliwości swojej osoby i aktualizuje je,
- zdrowy jest ten, kto postrzega rzeczywistość i myśli o niej w sposób realistyczny,
- zdrowy jest ten, kto potrafi realizować swoje własne, zależne od niego cele życiowe,
- zdrowy jest ten, kto nie ma defektów w strukturze i funkcjach psychicznych,
- zdrowy jest ten, u którego elementarne procesy psychiczne i fizjologiczne mieszczą się w granicach odpowiedniej ich siły i wzajemnego ustosunkowania⁵⁹.

Człowiek będący zdrowy psychicznie postrzega świat racjonalnie, logicznie, zrozumiale, jako możliwy do opanowania. Ma poczucie własnego wpływu na swój los i żyje w przeświadczeniu, że sam kreuje otaczającą go rzeczywistość. Potrafi świadomie odbierać zagrożenia, stąd świat jest na ogół dla niego bezpieczny i przyjazny, który daje mu wiele szans i możliwości. Rzadko doświadcza fantazji i marzeń, gdyż racjonalnie ocenia pewne kwestie i dąży do ich realizacji w rzeczy-

⁵⁷ W.J. Imielski, *Zaburzenia...*, s. 308.

⁵⁸ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...*, s. 30.

⁵⁹ B. Tobiasz-Adamczyk, *Wybrane elementy socjologii...*, s. 14.

wistości. Eksperti Biura Promocji w Anglii wskazują praktyczny zestaw kryteriów cech człowieka zdrowego psychicznie: „rozwija się emocjonalnie, twórczo i duchowo; inicjuje, rozwija i utrzymuje wzajemne satysfakcjonujące relacje interpersonalne; stawia czoła problemom, rozwiązuje je i uczy się na nich, staje się pewny siebie i asertywny; zwraca uwagę na innych i potrafi wejść w ich położenie; potrafi pozostawać w samotności i ją akceptować; potrafi się radować i bawić; śmieje się z siebie i ma dystans do świata”⁶⁰.

Współczesne definicje zdrowia psychicznego wykraczają daleko poza stany patologiczne, uwydatniając rolę wskaźników pozytywnych, pozwalając na identyfikowanie grup społecznych i warunków podwyższonego ryzyka zaburzeń⁶¹.

Ze względu na istnienie wielu definicji zdrowia psychicznego w badaniach własnych wykorzystano definicję stworzoną na potrzeby edukacji, uznającą fundamentalne, holistyczne ujęcie zdrowia człowieka.

„Zdrowie psychiczne jest częścią ogólnego zdrowia i oznacza nie tylko stan niewystępowania zaburzeń, czy chorób psychicznych, lecz także posiadanie potencjału psychicznego (umiejętności oraz postaw osobistych i społecznych), które:

- umożliwiają człowiekowi zaspokajanie swoich potrzeb, osiągnięcie sukcesów, czerpanie radości i satysfakcji z życia,
- zwiększają jego zdolność do rozwoju i uczenia się, radzenia sobie ze zmianami i pokonywania trudności,
- sprzyjają nawiązywaniu i utrzymywaniu dobrych relacji z innymi ludźmi oraz aktywnemu udziałowi w życiu społecznym”⁶².

W ciągu ostatnich lat została wypracowana jeszcze jedna koncepcja zdrowia. Jej autor, K. Popielski, poszerza płaszczyznę definiowania zdrowia o wymiar egzystencjalny. Zaproponowana wielowymiarowość znaczenia zdrowia i choroby stwarza możliwości spojrzenia na człowieka poprzez wiele płaszczyzn, w jakich funkcjonuje i żyje⁶³.

Zdrowie stanowi jakość i wartość egzystencjalną podmiotu osobowego. Wyraża fakt dobrostanu jednostki, wielowymiarowo będącej i wielokierunkowo stającej się, tzn. fizycznie (F/B), psychicznie (P) i neotycznie (N). Staje się w kontekście relacji społecznych, kulturowych, przyrodniczo-środowiskowych, ekologicznych, politycznych, ekonomicznych. Tym samym fakt zdrowia należy do rzędu jakości życia o najpełniejszej złożoności i egzystencyjnej przydatności. Jest faktem przyrodniczo-egzystencjalnym, jakością zindywidualizowaną, temporalną, doznaniem jednostkowo doświadczanym i głęboko przeżywanym. Jest wartością osobistą⁶⁴.

⁶⁰ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...*, s. 395.

⁶¹ I. Kowalewski, *Kultura i edukacja...*, s. 83.

⁶² Ibidem, s. 15.

⁶³ T.B. Kulik, *Koncepcja zdrowia...*, s. 18.

⁶⁴ *Zdrowie i choroba w kontekście psychospołecznym*, red. K. Popielski, M. Skrzypek, E. Albińska, Wydawnictwo KUL, Lublin 2010, s. 38.

O ile zdrowie fizyczne, psychiczne i społeczne jest w literaturze doprecyzowane i szeroko opisane, o tyle **zdrowie neotypyczne** (duchowe) nadal jest mało uwzględniane.

Duchowość jest unikalna dla każdego. Nasz „duch” dotyczy najgłębszej części nas samych. Części, która pozwala odnaleźć sens w otaczającym nas świecie. Zapewnia poczucie tego kim jesteśmy, dlaczego tu jesteśmy i jaki jest sens, cel naszego życia. To ta wewnętrzna część nas samych, dzięki której budujemy „wewnętrzną siłę” i nadzieję. Podstawą duchowości jest odkrywanie sensu w swoim życiu i poszukiwanie celu do spełnienia. Dla niektórych duchowość może być utożsamiana z tradycyjnymi religiami, takimi jak chrześcijaństwo, hinduizm czy buddyzm. Dla innych może oznaczać osiągnięcie określonego poziomu osobistych relacji z innymi, życie w zgodzie z naturą lub zrozumienie własnego miejsca we wszechświecie. To stawianie sobie coraz to nowych pytań i ciągłe szukanie odpowiedzi. To próba poznania granicy między dobrem a złem, bytem i niebytem, światłem i ciemnością, wraz z szukaniem sposobu by żyć w zgodzie z własnymi wyborami. Unikanie własnej sfery duchowej tworzy w naszym wnętrzu pustkę, która nieustannie będzie nas dręczyć i negatywnie wpływać na nasze zdrowie⁶⁵.

Zdrowie neotypyczne to nie tylko „relacja z Bogiem” czy „odniesienia transcendentne”, na które wskazują niektórzy autorzy, lecz jest pojęciem zdecydowanie szerszym, na gruncie psychologicznym doprecyzowanym, zoperacjonalizowanym i mierzalnym. Łączy w sobie także dojrzały aspekt religijny. Wymiar neotypyczny scala wszystko, co można określić jako „specyficznie ludzkie” i tym samym wyraża właściwą strukturę „ludzkiej osobowej egzystencji”. Ujawnia się poprzez realizację takich wartości, jak: wolności, godności, odpowiedzialności, nadziei, miłości. Przejawia się poprzez: „bycie i stawanie się”, odniesienia „ku”, aktywność i zaangażowanie się w kreowanie własnego życia, zdolność bycia podmiotem swojego życia, wolitywnych decyzji, dążeń i zdolności autotranscendencyjnych (przekraczania ograniczeń sytuacyjnych i własnych braków)⁶⁶.

I. Heszen przedstawiając systematyczny przegląd ujęć duchowości w pracach psychologów przedstawia dwa nurty wyróżniające się ze względu na sposób rozstrzygnięcia relacji między duchowością a religijnością. Pierwszy z nich łączy ściśle duchowość z religią, zaś drugi nurt – bardziej psychologizujący – uznaje religię i duchowość za konstrukty możliwe do rozróżnienia, przy czym duchowość odnoszona jest do indywidualnego i osobistego doświadczenia, podczas gdy religię traktuje się raczej jako fenomen społeczny i zinstytucjonalizowany. W tym nurcie centralnym pojęciem jest transcendencja, niekiedy rozumiana relacyjnie jako związek lub dążenie do związku z czymś przerastającym Ja. Wspólnym wątkiem obu orientacji jest uznanie duchowości za konstrukt złożony, wielowymiarowy. Takie ujęcie duchowości, którego istotę stanowi transcendencja rozumiana jako

⁶⁵ http://dez2011.wsez.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=211&Itemid=201 (dostęp: 10.06.2012).

⁶⁶ L. Suchocka, *Poczucie odpowiedzialności w zdrowiu...*, s. 59–60.

wykraczanie poza czy ponad Ja realne, zakorzenione jest w psychologii poznawczej. W koncepcji tej duchowości przypisuje się funkcję regulacyjną w stosunku do określonego zakresu aktywności człowieka⁶⁷.

Warto jeszcze wspomnieć o innym poważnym nurcie badań nad duchowością, rozwijanym w ramach psychologii egzystencjalnej, w którym wyróżnia się trzy wymiary egzystencji człowieka: fizyczny (biologiczny), psychiczny i neotyczny czyli duchowy. Wymiarowi duchowemu przypisywane jest miejsce centralne gwarantujące „całościowość funkcjonowania egzystencji”. Jest to wymiar doświadczany jako najbardziej osobisty. Swoistą syntezę obu nurtów, poznawczego i egzystencjalnego, przedstawia w swoich pracach Socha, który traktuje duchowość jako proces radzenia sobie z problemami egzystencjalnymi⁶⁸.

Duchowość jako dyspozycja stanowi potencjał, który może się rozwijać, posiada możliwości rozwoju w ciągu całego życia. Rozwój wymiaru duchowego nie polega jednak na systematycznym wzroście, bez względu na okoliczności zewnętrzne. W określonych warunkach obserwuje się wyrazisty przyrost duchowości, np. w chwilach kryzysu, szczególnie w obszarze zdrowia. Można sformułować przypuszczenie, że duchowość sprzyja rozwojowi bardziej efektywnego stylu radzenia sobie w obliczu choroby. Styl ten charakteryzuje się wyższymi wartościami wymiarów: zorientowanego na zadanie i na poszukiwanie kontaktów społecznych. Tendencja do radzenia sobie zorientowanego na zadanie kształtowana jest zarówno przez duchowość w rozumieniu dyspozycji, jak i przez aktualny stan duchowy. Poszukiwanie kontaktów społecznych okazało się mediatorem w relacji duchowość – zdrowie, wykazując bezpośredni pozytywny związek ze wskaźnikami zdrowia duchowego i psychicznego. Powiązania te stają się oczywiste, jeśli weźmie się pod uwagę, że radzenie sobie przez poszukiwanie kontaktów społecznych umożliwia uzyskiwanie wsparcia społecznego⁶⁹.

Szeroki obszar działań dotyczących niemal wszystkich aspektów zdrowia społeczeństwa obejmuje **zdrowie publiczne**. Wpływa na kształt polityki społecznej i zdrowotnej państwa, współdziała ze wszystkimi sektorami społeczno-gospodarczymi, organizacyjnymi, społecznymi oraz samymi ludźmi⁷⁰.

Uważany za prekursora koncepcji **zdrowia publicznego** w Europie J.P. Frank już w 1779 r. określił je jako „sztukę ochrony zdrowia [...] przed konsekwencjami zagęszczenia na ziemi [...], a w szczególności jako sztukę umacniania większych odporności, żeby móc bez chorób z powodu złych fizycznych mocy, odsuwając je jak najdalej od siebie, możliwie najpóźniej ulegać ich działaniu”⁷¹.

W piśmiennictwie, także tym najnowszym, często powoływana jest klasyczna definicja sformułowana już w 1935 roku przez C. Winslowa. W jego ujęciu ter-

⁶⁷ *Zdrowie i choroba...*, s. 98.

⁶⁸ *Ibidem*, s. 99.

⁶⁹ *Ibidem*, s. 114.

⁷⁰ T.B. Kulik, *Koncepcja zdrowia...*, s. 37.

⁷¹ *Ibidem*, s. 37.

min **zdrowie publiczne** oznacza: „wiedzę i sztukę służącą zapobieganiu chorobom, poprawie i przedłużaniu życia, zdrowia i witalności fizycznej i psychicznej jednostek, poprzez działania zbiorowe ukierunkowane na:

- poprawę stanu zdrowotnego środowiska;
- walkę z chorobami, które przedstawiają największe zagrożenie;
- edukację jednostek w zakresie reguł higieny osobistej;
- organizowanie świadczeń i usług medycznych i pielęgniarских, mając na uwadze wczesną diagnostykę i leczenie ukierunkowane zapobiegawczo;
- wdrażanie środków i rozwiązań socjalnych, które zabezpiecząby każdej jednostce danej zbiorowości poziom życia umożliwiający podtrzymanie zdrowia⁷².

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego określa zdrowie publiczne jako dyscyplinę naukową obejmującą zagadnienia zdrowia społeczeństwa, współzależność stanu zdrowia od warunków życia (więc czynników środowiskowych i społecznych) oraz form troski o zdrowie, w odniesieniu zarówno do jednostki, rodziny, jak i większych społeczności⁷³.

W 1973 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) poszerzyła znaczenie pojęcia **zdrowia publicznego**, przyjmując następujące określenie: „Podczas gdy tradycyjnie termin ten odnosi się do higieny środowiska i walki z chorobami zakaźnymi, obecnie jest stale poszerzany. W szerokim znaczeniu zdrowie publiczne obejmuje:

- problemy dotyczące zdrowia populacji,
- stan zdrowotny zbiorowości,
- ogólne usługi zdrowotne,
- administracyjną opiekę zdrowotną⁷⁴.

Zdrowie publiczne ma charakter wielodyscyplinarny, gdyż obejmuje szerokie spektrum działań na rzecz zdrowia społeczeństwa, jest dziedziną dostępną dla wszystkich pracowników służby zdrowia, jest połączeniem działalności praktycznej instytucji społecznych i dyscyplin naukowych na rzecz zdrowia⁷⁵.

Umiejscowienie zdrowia wysoko w hierarchii wartości człowieka oraz przypisywanie mu wartości społecznej powoduje, iż staje się ono obiektem zainteresowania nie tylko stron bezpośrednio uczestniczących, ale i państwa.

Sami w bardzo dużym stopniu decydujemy o swoim zdrowiu, co odzwierciedla znane od dawna hasło *Twoje zdrowie w twoich rękach*. Od polityków, administracji rządowej i samorządowej oraz organizacji pozarządowych będzie zależeć rozwijanie polityki zdrowotnej sprzyjającej dokonywaniu przez ludzi wyborów korzystnych dla zdrowia.

⁷² *Zdrowie publiczne...*, s. 20.

⁷³ T.B. Kulik, *Koncepcja zdrowia...*, s. 36.

⁷⁴ *Ibidem*, s. 38.

⁷⁵ *Ibidem*, s. 39.

Istotnym elementem nowoczesnego spojrzenia na zdrowie jest uznanie go za jeden z zasobów gospodarki narodowej, dlatego też został stworzony w Polsce Narodowy Program Zdrowia (NPZ) na lata 2016–2020, który „uwzględnia główne kierunki polityki zdrowotnej i stwarza szanse na bardziej skuteczną realizację zadań związanych ze zdrowiem społeczeństwa. Cele to przede wszystkim: wydłużenie życia Polaków, poprawa jakości ich życia związanej ze zdrowiem, ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu. Podstawowym warunkiem osiągnięcia celów NPZ jest włączenie się do ich realizacji organów administracji rządowej, organizacji pozarządowych, a przede wszystkim samorządów, społeczności lokalnych i samych obywateli. Rolą rządu jest natomiast tworzenie warunków sprzyjających realizacji działań podejmowanych przez wszystkie wyżej wymienione podmioty. Tylko przy wspólnym wysiłku i ścisłym współdziałaniu obywateli możemy poprawić stan zdrowia Polaków, a tym samym jakość ich życia”⁷⁶.

1.2. Zdrowie subiektywne i jego mierniki

Instytucje ochrony zdrowia pod nadzorem Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) od momentu powstania aktywnie zajmują się zbieraniem oraz wykorzystaniem różnorodnych informacji zdrowotnych wspierających politykę i edukację zdrowotną.

Każdy system opieki zdrowotnej, niezależnie od poziomu: lokalny czy krajowy, potrzebuje danych statystycznych, które w zależności od wyników mają na celu wspieranie świadczenia usług zdrowotnych czy monitorowania skuteczności narodowych programów zdrowia.

Racjonalna ocena polityki prowadzonej w celu poprawy stanu zdrowia wymaga czterech podstawowych typów informacji: szczegółowej i wiarygodnej oceny sytuacji epidemiologicznej oraz obciążenia chorobowego, opisu dostępnych środków na opiekę zdrowotną i sposobu ich wykorzystania (narodowe rachunki zdrowia – national health accounts), oceny otoczenia instytucjonalnego i strategicznego, informacji na temat efektywności kosztowej dostępnych technologii programów zdrowotnych⁷⁷.

Żyjemy w czasach, w których powiększa się luka pomiędzy oczekiwaniami związanymi ze zdrowiem a środkami na nie przeznaczanymi, coraz istotniejsze staje się określenie priorytetów w zakresie działań podejmowanych w dziedzinie zdrowia. Ogromny wpływ na formułowanie priorytetów zdrowotnych może mieć informacja dotycząca ujawnionych, aktualnie występujących problemów zdrowotnych oraz rozumienie efektywności wdrażanych wariantów interwencji.

⁷⁶ <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zdrowia> (dostęp: 20.12.2016).

⁷⁷ D.T. Jamison, *Przedmowa do Global Burden of Disease and Injury Series*, [w:] *Globalne Obciążenie Chorobami*, red. C.J.L. Murray, A.D. Lopez, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Warszawa–Kraków 2000.

Informacja dotycząca stanu zdrowia jest konieczna nie tylko dla prowadzenia skutecznej polityki zdrowotnej na wszystkich poziomach systemów zdrowotnych, ale również może stanowić fundament realizacji efektywnych programów prozdrowotnych w społecznościach lokalnych na poziomach różnych instytucji społecznych, nie wchodzących w skład placówek ochrony zdrowia, np. instytucji edukacyjnych.

Istnieje obecnie potrzeba coraz pełniejszej diagnozy stanu zdrowia w ujęciu jednostkowym, grupowym, państwa, regionu, globalnym. Pomiar stanu zdrowia zbiorowości nie jest w praktyce łatwy do przeprowadzenia. Chociaż potocznie zdrowie rozumiane jest jako brak choroby, ale nie oznacza to automatycznie zdrowia.

Istnieje wiele definicji zdrowia oraz dyscyplin zajmujących się zdrowiem. Główną dyscypliną jest medycyna i jej dynamiczny rozwój jest osiowym czynnikiem generującym ewolucję zmian pojęcia zdrowia i jego pomiaru. Ciągłe zmiany definiowania zdrowia i to że pojęcie jest otwarte, spowodowane jest zainteresowaniem nie tylko epidemiologii, ochrony zdrowia czy zdrowia publicznego, ale również filozofii, psychologii, pedagogiki, socjologii, demografii oraz ekonomii. Widoczne zmiany społeczne, ekonomiczne, demograficzne oraz dynamiczny rozwój nauki i techniki oraz cywilizacji powoduje, że pojęcie zdrowia staje się ważne w odniesieniu do poznania życia człowieka i świata oraz jego funkcjonowania w różnych jego sferach. Różnorodność dyscyplin wspierających badania zdrowia rozwija nauki medyczne poszerzając obszar badawczy i opierając go na próbach zastosowania nowych mierników zdrowia. Mierniki ukierunkowane na problem zdrowotny, co zawsze będzie domeną nauk medycznych, zastępowane są narzędziami skierowanymi na osobę i stanowią podejście uznające człowieka w różnych jego okresach rozwojowych za podmiot oceny. Narzędzia skierowane na osobę to mierniki oparte na bezpośrednich opiniach badanych, stanowią one obecnie główną metodę diagnozy samopoczucia, emocji, relacji społecznych.

H. Kirschner twierdzi, że kryteria (wskaźniki) zdrowia wynikają z jego definicji. Autor podzielił kryteria na: subiektywne, obiektywne oraz społeczne.

Kryteria subiektywne opierają się na samoocenie jednostki. Ludzie są w stanie przedstawić odczucia dotyczące swego organizmu. Opis doświadczenia swego organizmu pozwala z dużym prawdopodobieństwem ocenić, czy występują zakłócenia działania organizmu lub domniemywać, że mamy do czynienia z osobami o aktualnie dobrej kondycji zdrowotnej. W definicji zdrowia WHO stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego stanowi zasadniczą cechę. Stąd większość współczesnych badaczy w sanologii wskazuje, że subiektywne odczucia powinny być traktowane jako istotny wskaźnik stanu zdrowia. Kirschner uważa, że jest to zrozumiałe, ponieważ samopoczucie często ma większy wpływ na społeczne funkcjonowanie i jakość życia jednostki niż obecność wykrytych u niej schorzeń. W języku angielskim istnieją dwa różne słowa określające rozdzielenie obiektywnych i subiektywnych przejawów zaburzeń zdrowia. „Disease”

oznacza chorobę stwierdzoną obiektywnie. Słowo „illness” nie ma odpowiednika w języku polskim, odnosi się do stanu subiektywnego, odczucia dolegliwości, niedomagania, ewentualnie cierpienia⁷⁸.

Kryteria obiektywne. Podstawą oceny są tu zjawiska fizjologiczne lub patofizjologiczne występujące w organizmie człowieka począwszy od poziomu subkomórkowego aż do zintegrowanego działania tkanek, narządów, układów itp. Naruszenie struktury i czynności poszczególnych układów czy narządów stanowi biologiczną podstawę rozwoju choroby. Kryteria obiektywne dają podstawę do diagnozy patologii występującej u człowieka, sankcjonują chorobę i przyczyniają się do przyjmowania roli chorego. Niekiedy mogą być również dyskusyjne w kwestii kwalifikowania, oceny stanu zdrowia. Dokładne badania lekarskie wykazują, że wysoki odsetek osób badanej populacji ma zmiany, które mogą być uznane za nieprawidłowe. O ostatecznym rozpoznaniu choroby decydują subiektywne odczuwanie objawów chorobowych i rokowanie. W diagnozie lekarz zobowiązany jest również do oceny obecności ograniczeń w społecznym funkcjonowaniu pacjentów. Należy zwrócić uwagę, że ujawnienie zakłóconej czynności lub toku metabolicznego, czy też nieprawidłowości morfologicznej nie musi powodować żadnych dolegliwości, niemniej stanowią one potencjalne zagrożenie, np. nadciśnienie graniczne. Postęp medycyny naprawczej, rehabilitacji, prowadzący do kompensacji funkcji w niektórych chorobach, spowodował utworzenie pojęcia zdrowia uwarunkowanego. Przykładem mogą być inwalidzi po leczeniu rehabilitacyjnym i przystosowaniu do warunków życia codziennego, pacjenci z ustabilizowaną cukrzycą, nadczynnością tarczycy, którzy spełniając wymogi przewlekłego leczenia nie mają żadnych objawów klinicznych, a pod względem samopoczucia i funkcjonowania społecznego nie muszą ustępować ludziom w pełni zdrowym⁷⁹.

Kryteria społeczne związane są z różnorodnymi rolami społecznymi, które realizowane są w życiu każdego człowieka. Role wynikają z przynależności każdego z nas do określonej rodziny, środowiska znajomych, grupy zawodowej, organizacji społecznych czy politycznych. Pojawienie się choroby często powoduje ograniczenie zdolności pełnienia przyjętych ról. Zasadnicze znaczenie ma przy tym zdolność do wykonywania pracy.

W. Wróblewska uważa, że zdrowie może być badane na różnych poziomach analizy, nie tylko jednostkowym, ale również społecznym – np. zdrowie osób starszych, zdrowie dzieci w wieku przedszkolnym, zdrowie mieszkańców miast czy zdrowie Polaków. Autorka różnicuje badania i wyróżnia dwa rodzaje ze względu na sposób agregacji: poziom mikroekonomiczny, czyli stan zdrowia osób w wymiarze indywidualnym oraz poziom makroekonomiczny, czyli stan zdrowia społecznego. Zdaniem autorki, każdy z poziomów wymaga zastosowania odpowiednich narzędzi pomiaru i wskaźników. Wielowymiarowe oraz wielo-

⁷⁸ H. Kirschner, *Pojęcie zdrowia i jego ocena*, [w:] *Medycyna zapobiegawcza i środowiskowa*, red. Z. Jethon, A. Grzybowski, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000, s. 24–25.

⁷⁹ *Ibidem*, s. 26.

sektorowe, także w odniesieniu do gospodarki i ekonomii, rozumienie zdrowia w modelu biomedycznym, biopsychospołecznym czy społeczno-ekologicznym wymaga opercjonalizacji metod pomiaru, które pozwoliłyby objąć możliwie szeroko występujące uwarunkowania, powiązania i zależności, włączając etiologię występowania chorób, czynniki ryzyka, politykę zdrowotną, politykę społeczną, edukację, jakość życia i opieki medycznej, a także wszystkie aspekty zdrowotne środowiska człowieka. Brak jednego uniwersalnego narzędzia powoduje, że pomiar stanu zdrowia zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i społecznym napotyka wiele trudności⁸⁰.

J. Szymborski i K. Jakóbiak uważają, że ocena stanu zdrowia dzieci i młodzieży na podstawie danych obiektywnych, takich jak: umieralność, informacje uzyskane z rejestrów zachorowań i procedur profilaktycznych (szczepienia) podlegających obowiązkowemu zgłaszaniu, nie jest oceną najpełniejszą i najbardziej przydatną w praktyce do skutecznego działania na rzecz poprawy sytuacji zdrowotnej młodego pokolenia. Autorzy są zdania, że takie mierniki, jak: zachorowalność, chorobowość, śmiertelność, umieralność, są najczęściej stosowane do oceny stanu zdrowia, efektów oceny postępowania terapeutycznego, określania i hierarchizacji potrzeb zdrowotnych, mają w odniesieniu do populacji wieku rozwojowego ograniczoną wartość. Uważają, iż nie nadają się do oceny skuteczności działań z zakresu promocji zdrowia oraz diagnozy sfery odczuć, emocji i komunikacji społecznej. Autorzy są zwolennikami mierników opartych na bezpośrednich opiniach badanych dzieci, młodzieży i młodych dorosłych⁸¹.

B. Woynarowska podobnie jak inni autorzy uważa, że trudności dotyczące pomiaru, oceny stanu zdrowia wynikają z różnorodności definiowania pojęcia zdrowia. Autorka przedstawia tradycyjny podział mierników zdrowia ze względu na dwa kryteria: mierniki zdrowia w zależności od tego, kto dokonuje oceny stanu zdrowia oraz mierniki zdrowia w zależności od „znaku”: pozytywne, negatywne.

W pierwszej grupie wyróżniono: mierniki obiektywne i subiektywne.

Mierniki obiektywne można zmierzyć i wyrazić liczbowo, w jednostkach. Zaliczyć do nich można np. wskaźniki medyczne (występowanie objawów chorób i pomiaru różnych funkcji organizmu, a także wskaźniki antropologiczne).

Mierniki subiektywne to takie, które są samooceną różnych aspektów zdrowia dokonaną przez ludzi, a nie przez profesjonalistów. Wprowadzenie tych wskaźników wynika z definicji zdrowia WHO, gdzie występuje określenie „samopoczucie”. Pozwalają one na opisanie zdrowia przez samych zainteresowanych, można je uzyskać dla dużych grup populacji na podstawie badań ankietowych. Pomimo tego, że nie zawsze występuje zgodność pomiędzy subiektywnymi odczuciami a dającymi się obiektywnie ustalić objawami chorób i zaburzeń, zgodnie

⁸⁰ W. Wróblewska, *Wielowymiarowość koncepcji i różne ujęcia zdrowia*, [w:] *Statystyka społeczna*, red. T. Panek, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2014, s. 284–285.

⁸¹ *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce*, red. J. Szymborski, K. Jakóbiak, Agencja Reklamowo-Wydawnicza Arkadiusz Grzegorzczak, Warszawa 2008, s. 15.

z zaleceniami WHO, często wykonuje się tego typu badania. Zdaniem autorki, wykorzystanie w badaniach subiektywnych wskaźników zdrowia jest szczególnie przydatne dla edukacji zdrowotnej.

Mierniki zdrowia w zależności od znaku podzielono na pozytywne i negatywne. Pozytywne przedstawiają prawidłowość i sprawność funkcjonowania organizmu oraz poszczególnych układów, negatywne mierzą natężenie zgonów, chorób, urazów, niepełnosprawności, inwalidztwa oraz czynników ich ryzyka.

Wymienione mierniki mogą być wykorzystywane w zależności od przyjętego celu badań w ocenie jednostkowej lub zbiorowości⁸².

Coraz częściej w badaniach nad stanem zdrowia szczególne znaczenie przypisuje się subiektywnym wskaźnikom zdrowia⁸³. Są one często wykorzystywane w przypadku badań młodzieży oraz młodych dorosłych. Ogólny stan zdrowia w tym okresie rozwojowym badany wskaźnikami obiektywnymi w przeważającej części jest dobry, a nawet bardzo dobry. Z punktu widzenia biologii człowiek młody powinien być zdrowy, stąd powszechnie stosowane w medycynie wskaźniki obiektywne, takie jak umieralność, zachorowalność, niepełnosprawność i inne, nie obrazują w odpowiednio szerokich perspektywach problemów zdrowotnych. Badania stanu zdrowia wykonane tego typu narzędziami nie dostarczają prawie żadnych informacji, gdyż większość młodych ludzi nie wykazuje klinicznych (obiektywnych) objawów chorób. Rzeczywistość może być inna. Z pewnością można przypuszczać, że i w tym okresie stan zdrowia jest zróżnicowany. Występowanie objawów prodromalnych, mogących zwrócić uwagę na początkowe fazy chorób przewlekłych, zachowania zdrowotne, styl życia, zdrowie fizyczne, psychiczne i społeczne, brak praktycznej wiedzy dotyczącej działania swojego organizmu, postawy wobec higieny wymagają systematycznego monitorowania⁸⁴.

Subiektywne wskaźniki zdrowia pozwalają na opisanie zdrowia i samopoczucia z perspektywy samej młodzieży, identyfikację grup ryzyka występowania różnych problemów zdrowotnych i społecznych⁸⁵. Informacje wynikające z badania zdrowia subiektywnego mogą dać realny obraz sytuacji zdrowotnej i społecznej młodzieży, na podstawie których planowane działania promocyjne i profilaktyczne oraz interwencyjne będą zgodne z potrzebami i rzeczywistością.

Podsumowując można stwierdzić, że pomimo trudności w definiowaniu zdrowia w praktyce stosuje się dwa rodzaje mierników zdrowia: mierniki negatywne i pozytywne oraz mierniki obiektywne i subiektywne.

⁸² B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...*, s. 36–37.

⁸³ WHO, Regional Office for Europe, *Health Interview Survey. Towards international harmonization of methods and instruments*, Copenhagen 1996, WHO Regional Publications European Series No 58.

⁸⁴ A. Bowling, *Measuring health: a review of quality of life measurement scales*, Open University Press, Buckingham 1991.

⁸⁵ B. Woynarowska, J. Mazur, *Wyniki badań HBSC 2010. Tendencje zmian zachowań zdrowotnych i wybranych wskaźników zdrowia młodzieży szkolnej w latach 1990–2010*, Wydawnictwo Sowa, Warszawa 2012, s. 142.

Mierniki negatywne dokonują pomiaru braku zdrowia. Dane dotyczące wyników tego pomiaru obecne są w systemie ochrony zdrowia. Należą do nich: umieralność, zachorowalność, niepełnosprawność itd.

Pozytywne mierniki zdrowia dokonują pomiaru zdrowia uznanego za kategorię pozytywną. Należą do nich np. przeciętna długość życia i długość życia w zdrowiu. Cały czas trwają poszukiwania zbioru wskaźników tego typu, które będą lepiej i szerzej opisywać stan zdrowia populacji. W odniesieniu do młodzieży i młodych dorosłych za najwartościowsze uważa się wskaźniki różnych czynników warunkujących zdrowie, np. zachowań zdrowotnych⁸⁶.

Mierniki obiektywne diagnozują zmiany w funkcjonowaniu układów i narządów. Stanowią domenę medycyny i psychologii klinicznej, fundament badania lekarskiego oraz psychologicznego (badania podmiotowego, przedmiotowego i badań dodatkowych – laboratoryjnych, obrazowych, testów psychologicznych itd.).

Mierniki subiektywne są używane w samoocenie zdrowia oraz samopoczucia. Badani dokonują samooceny stanu swojego zdrowia, tzw. zdrowia subiektywnego ze swojej perspektywy, na podstawie własnych odczuć. W ramach oceny stanu zdrowia subiektywnego zgodnie z zaleceniami WHO⁸⁷ wskaźniki samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego powinny być uwzględniane obok tradycyjnych negatywnych mierników zdrowia.

Omówienie wszystkich znanych mierników zdrowia subiektywnego przekracza ramy tej książki⁸⁸. Część z nich została wykorzystana i opisana w części badawczej monografii.

1.3. Czynniki warunkujące zdrowie

Identyfikacja czynników warunkujących zdrowie jest w oczywisty sposób powiązana ze zmianami dotyczącymi definiowania zdrowia oraz koncepcji (ujęć) zdrowia. W modelu biomedycznym reguła: jedna przyczyna – jedna choroba była traktowana jako podstawa naukowego podejścia do problemu. Podejście takie pozwalało na zastosowanie prostej interwencji polegającej na usunięciu czynnika sprawczego, dzięki której możliwe było pozytywne wpływanie na stan zdrowia. We współcześnie obowiązujących modelach zakładających wieloprzyczynowy łańcuch wydarzeń prowadzących do zachorowania sprawia trudności ustalenie

⁸⁶ B. Woynarowska, *Zdrowie i wybrane problemy zdrowotne dzieci i młodzieży*, [w:] *Biomedyczne podstawy kształcenia...*, s. 241–242.

⁸⁷ WHO, Regional Office for Europe, *Health Interview Survey, Towards international harmonization of methods and instruments*, WHO Regional Publications European Series No 58, Copenhagen 1996.

⁸⁸ Szczegółowe informacje zawierają m.in. następujące pozycje: C.J.L. Murray, A.D. Lopez (2000) *Globalne obciążenie chorobami*, Z.J. Brzeziński, K. Szamotulska (1997) *Epidemiologia kliniczna*, M.J. Wysocki, I. Sakowska, J. Car (2005), *Miary obciążeń zdrowotno-społecznych*, [w:] *Horyzonty metodyczne w epidemiologii*, red. Z.J. Brzeziński, Komisja Epidemiologii i Zdrowia Publicznego. Wydział Nauk Medycznych PAN, Warszawa 2005.

rzeczywistych przyczyn, stąd zastosowanie skutecznych działań mających prowadzić do poprawy stanu zdrowia staje się skomplikowane.

Ze względu na to, że warunki środowiska w jakim żyje człowiek podlegają ciągłym zmianom, stałe są też zmiany układu równowagi między ustrojem człowieka a otaczającym go środowiskiem. Zachwianie tej równowagi, powodujące przekraczanie określonych granic, prowadzi do powstania choroby, zaburzenia funkcjonowania organizmu, dolegliwości itp., a jej umocnienie – do polepszenia zdrowia.

Podstawowe czynniki decydujące o zdrowiu człowieka tworzą cztery grupy:

- **czynniki genetyczne** (sposób działania genotypu) i paragenetyczne (wpływ właściwości konstytucjonalnych matki na płód);
- **czynniki środowiskowe** (sposób działania środowiska pozaustrojowego);
- **tryb życia** (praca, nauka, wypoczynek, sposób odżywiania);
- **kultura zdrowotna** (poziom wiedzy o zdrowiu i praktyczne jej wykorzystanie)⁸⁹.

Uważa się, że momentem przełomowym dla zmiany postrzegania czynników warunkujących zdrowie ludzi, przeniesieniem akcentów z działań medycznych na szerszy kontekst społeczny, był raport ministra zdrowia Kanady M. Lalonde (1974), który stanowił podstawę polityki zdrowotnej państwa. Lalonde zaproponował w nim koncepcję „pól zdrowia”, w której wyróżnił cztery grupy czynników warunkujących zdrowie:

- **styl życia** – zbiór decyzji (działań) jednostki, które wpływają na jego zdrowie i które jednostka może w mniejszym lub większym stopniu kontrolować (ok. 50–52% ogółu wpływów);
- **środowisko** – wszystkie jego elementy, zewnętrzne w stosunku do ciała ludzkiego, na które jednostka nie ma wpływu lub jest on bardzo ograniczony (ok. 20%);
- **biologia człowieka** – wszystkie cechy związane z biologią organizmu ludzkiego, w tym czynniki genetyczne, wiek, płeć, procesy dojrzewania i starzenia się, ogół wewnętrznych systemów, które można wyróżnić w organizmie człowieka (ok. 20%);
- **organizacja opieki medycznej** – dostępność, jakość, organizacja, rodzaj, zasoby opieki medycznej (ok. 10–15%)⁹⁰.

Autor traktował koncepcję pól zdrowia przede wszystkim jako wiarygodne narzędzie służące identyfikacji problemów zdrowotnych, określaniu potrzeb zdrowotnych i wyborom najlepszych sposobów zaspokajania tych potrzeb⁹¹.

⁸⁹ N. Wolański, *Biomedyczne podstawy rozwoju i wychowania*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1983, s. 10.

⁹⁰ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...*, s. 44–45.

⁹¹ M. Lalonde, *A New Perspective on the Health of Canadians, a working document*, Ministry of Supply and Services of Canada, Ottawa 1978, s. 32.

Koncepcja w dalszym ciągu pomimo upływu lat jest użyteczna. Miała ogromny wpływ na rozwój społeczno-ekologicznego modelu zdrowia oraz konstruowanie Narodowych Programów Zdrowia na całym świecie. Po 20 latach od wydania raportu została uzupełniona o następujące czynniki mające wpływ na zdrowie społeczeństwa: zarobki i pozycję społeczną, sieci wsparcia społecznego, edukację, zatrudnienie i warunki pracy, środowisko fizyczne, biologię i wyposażenie genetyczne, zachowania zdrowotne i umiejętności radzenia sobie, prawidłowy rozwój w dzieciństwie, służbę zdrowia, szczególnie działania ukierunkowane na utrzymanie i doskonalenie zdrowia⁹².

W zdrowiu publicznym najczęściej stosowany jest przyjęty w literaturze światowej podział Bauera, w którym wyróżnia się dwie grupy czynników kształtujących stan zdrowia: wewnątrzpochodne (endogenne) i zewnątrzpochodne (egzogenne, środowiskowe).

Do czynników endogennych zalicza się: czynniki genetyczne (determinujące występowanie wielu wad wrodzonych), czynniki niegenetyczne (czyli układy: nerwowy, hormonalny, narządy i tkanki), czynniki paragenetyczne (wpływ cech matki, wiek i pokrewieństwo rodziców, kolejność ciąży).

Wśród czynników zewnątrzpochodnych wymienia się następujące: czynniki wrodzone – działające w życiu płodowym: choroby matki, tryb życia i sposób żywienia, zatrucia związkami chemicznymi, szkodliwe rodzaje promieniowania, wady, choroby płodu i urazy okołoporodowe, czynniki nabyte – działające w życiu pozapłodowym: środowisko biogeograficzne, modyfikatory naturalne – (cały otaczający nas świat roślinny, zwierzęcy, powietrze, woda, gleba, klimat), środowisko społeczno-ekonomiczne, modyfikatory kulturowe – standard życiowy, poziom wykształcenia i kultury, wielkość i rodzaj środowiska społecznego (wieś, miasto), tradycje, obyczaje uwarunkowane czynnikami światopoglądowymi i kulturowymi⁹³.

George D. Bishop wyróżnia następujące czynniki determinujące zdrowie:

- **determinanty społeczne i demograficzne** (badacze problematyki zdrowia zwrócili uwagę na różnice w zachowaniach zdrowotnych w poszczególnych grupach społecznych: na wykształcenie oraz status socjoekonomiczny osób badanych [...]. Szczególnie ważnym czynnikiem społecznym jest dostęp do jednostek służby zdrowia);
- **determinanty sytuacyjne** (członkowie rodziny i kręgu towarzyskiego mogą w poważnym stopniu wpływać na charakter nawyków zdrowotnych u danej osoby. Presja otoczenia i wpływ osób starszych, „bardziej dojrzałych” wzorów zachowania stanowią kluczowe determinanty inicjacji różnych nałogów);
- **percepcja objawów** – zachowania zdrowotne są bardzo często zależne od obserwowanych objawów. Mimo iż symptomy chorobowe mogą być przydatne

⁹² B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...*, s. 45–46.

⁹³ E. Rudnicka-Drożak, *Czynniki kształtujące stan zdrowia*, [w:] *Zdrowie publiczne*, red. T.B. Kulik, A. Pocian, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014, s. 51.

w motywowaniu decyzji o zmianie szkodliwych nawyków, ich wpływ ma charakter nietrwały;

- **determinanty psychologiczne** – zarówno emocjonalne, jak i poznawcze. (Potrzeby i stany emocjonalne mogą w istotny sposób modyfikować zachowania zdrowotne)⁹⁴.

Zupełnie inne czynniki warunkujące zdrowie człowieka przedstawia B. Bik, która wyróżnia:

- **czynniki biologiczne**: informacja genetyczna, predyspozycje wrodzone, cechy systemu immunologicznego, charakterystyki biochemiczne, fizjologiczne i anatomiczne człowieka oraz członków rodziny;
- **zachowania indywidualne**: zwyczaje dietetyczne, palenie tytoniu, picie alkoholu, sposób prowadzenia pojazdów – w tym stosunek do używania pasów bezpieczeństwa, ogólna skłonność do ryzyka, podejmowanie działań zapobiegawczych;
- **środowisko fizyczne**: warunki mieszkaniowe, cechy środowiska pracy, cechy bliższego i dalszego otoczenia człowieka;
- **środowisko psycho-socjo-ekonomiczne**: status społeczny, status ekonomiczny, podatność na siły konformizujące, podatność na informację zewnętrzną – w tym reklamę, rodzaj grup wsparcia społecznego oraz zakres udzielanego wsparcia (dojrzałość grup wsparcia)⁹⁵.

Istnieją też pewne grupy czynników obiektywnych o charakterze ogólnym, decydujących o zdrowiu, do których autor zalicza:

- **styl życia** – rozumiany jako wzory szeroko rozumianej konsumpcji czy życia w ogóle, wybrane ze względu na ich pozytywny wpływ na zdrowie bądź też negatywnie oceniane ze względu na szkodliwość dla zdrowia;
- **system opieki zdrowotnej** – jest to tylko jeden z czynników kształtujących zdrowie, odnoszący się do sfery biologicznej i zachowań indywidualnych;
- **praca (lub jej brak)** – jest znanym determinantem zdrowia fizycznego i psychicznego, składają się na niego funkcje pełnione w pracy;
- **społeczność** – oddziałuje na zdrowie poprzez systemy wartości, standardy, system wsparcia, współpracę;
- **środowisko przekształcone przez człowieka** – jest to głównie narastający proces urbanizacji i uprzemysłowienia⁹⁶.

W medycynie zapobiegawczej i środowiskowej czynniki wpływające na zdrowie analizuje się w dwóch wymiarach przestrzeni bytowania człowieka: makrośrodowisku i środowisku indywidualnym. Podział ten jest umowny i wyróżnia się

⁹⁴ G.D. Bishop, *Psychologia zdrowia...*, s. 116–119.

⁹⁵ B. Bik, *Koncepcja promocji zdrowia*, [w:] *Zdrowie publiczne*, tom 2, red. A. Czupryna, S. Paździuch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2001, s. 215–216.

⁹⁶ I. Kowalewski *Promocja zdrowia i bezpieczeństwo w szkole wyższej*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków 2010, s. 37–38.

w nim czynniki oddziałujące na całość populacji oraz mające charakter indywidualny, poddający się kontroli jednostki. Czynniki makrośrodowiska podzielono na czynniki fizyczne (materialne) oraz natury społecznej. Czynniki wpływające na zdrowie występujące w środowisku indywidualnym wynikają z umiejscowienia jednostki we wspólnym środowisku oraz z własnego zaangażowania, motywacji i dokonywanych wyborów.

H. Kirschner uważa, że czynniki makrośrodowiska tworzą ekologiczne i społeczne ramy bytowania człowieka i bezpośrednio oddziałują na stan zdrowia. Czynniki makrośrodowiska autor podzielił na materialne i społeczne.

Do czynników materialnych zaliczył: warunki klimatyczne (nasłonecznienie, czynniki termiczno-wilgotnościowe, zmienność ciśnienia atmosferycznego, zjawiska inwersji termicznej), naturalne i spowodowane działalnością człowieka czynniki fizyczne (różne rodzaje promieniowania, hałas i wibracje), spowodowane działalnością człowieka zanieczyszczenia (chemiczne powietrza, gleby, żywności i wody), czynniki biologiczne (bakterie, wirusy, grzyby, pierwotniaki, robaki i inne pasożyty człowieka, alergen).

Wśród czynników środowiska społecznego wymienił: cechy ustroju społeczno-politycznego, wielkość dochodu narodowego przypadającego na 1 mieszkańca, system edukacyjny, system opieki zdrowotnej, dostępność pracy, polityka społeczna państwa, procesy urbanizacyjne, ochrona środowiska, wzorce kulturowe i styl życia, stosunki międzyludzkie, obecność ogólnie jednoczących wartości.

Do czynników środowiska indywidualnego zdaniem Kirschnera można zaliczyć: czynniki związane z pozycją społeczno-zawodową (wykształcenie, rodzaj i warunki pracy, dochody, warunki mieszkaniowe i ogólnobytowe), zachowania o znaczeniu zdrowotnym (sposób odżywiania się, palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, narko- i lekomania, umiejętność wypoczywania i radzenia sobie ze stresem, aktywność fizyczna, higiena osobista, zachowania w sferze seksualnej, zachowania wpływające na higienę i bezpieczeństwo pracy, przestrzeganie przepisów drogowych), czynniki wpływające na zachowania o znaczeniu zdrowotnym: wiek, płeć, aktualny stan zdrowia, wykształcenie, poziom kultury zdrowotnej, istniejące więzi społeczne; podtrzymujące lub destrukcyjne, stabilizacja rodzinna, system wyznawanych wartości, posiadanie wyraźnych celów życiowych, indywidualne cechy osobowościowe i charakterologiczne⁹⁷.

Wpływ środowiska na kształtowanie stanu zdrowia jest bezdyskusyjny. Ma ogromne znaczenie dla potencjału zdrowia indywidualnego i grupowego, chociaż wobec wielu występujących czynników ujawnienie istniejących korelacji jest utrudnione.

Istotnym elementem określającym warunki zdrowotne całej ludności, w których dana ludność żyje są tzw. determinanty zdrowia. Wśród nich najczęściej wymieniane jest pole czynników behawioralnych. To od nas samych zależy ja-

⁹⁷ H. Kirschner, *Środowiskowe uwarunkowania...*, s. 17–20.

kie podejmujemy działania mające na celu wzmocnienie, zachowanie i ochronę zdrowia. Zachowania zdrowotne każdego człowieka z biegiem lat stają się świadomymi wyborami lub nawykami trudnym do wyeliminowania. Wzrost poczucia odpowiedzialności za zdrowie jednostki i całego społeczeństwa stało się domeną nie tylko nauk medycznych, ale i innych nauk humanistycznych, w tym pedagogiki.

W koncepcjach dotyczących idei promocji zdrowia kategorią centralną dla określenia zachowań związanych ze zdrowiem stało się pojęcie stylu życia.

Według WHO styl życia jest to sposób życia oparty na oddziaływaniu wzajemnym warunków życia i indywidualnych wzorców zachowania, które zostały określone przez czynniki społeczno-kulturowe i osobiste cechy charakteru⁹⁸.

A. Siciński stylem życia nazywa określoną grupę codziennych zachowań, specyficznych dla danej jednostki lub populacji, a inaczej mówiąc, charakterystyczny sposób postępowania w życiu odróżniający daną zbiorowość lub jednostkę od innych⁹⁹.

Zdrowy styl życia to nie tylko gotowe wzory postępowania związane ze zdrowiem, ale także wartości, postawy reprezentowane przez ludzi w odpowiedzi na warunki ich środowiska społecznego, kulturowego i ekonomicznego. Ludzie propagujący zdrowy styl życia podejmują świadome działania mające na celu poprawę swego zdrowia oraz eliminują wszelkie działania zagrażające mu.

Standardowe wzory zachowań przekazywane są w procesie socjalizacji, podczas interakcji zachodzących z rodzicami, rodzeństwem, rówieśnikami. Wpływ na nasze życie ma szkoła, środki masowego przekazu.

Pojęcie styl życia funkcjonuje również na gruncie psychologii, gdzie oznacza zespół jawnych, manifestowanych zachowań, typowych reakcji i pewnych elementów osobowości, czy zdolności przewidywania trudności i mobilizowania się do ich pokonania oraz aktywnego radzenia sobie z nimi¹⁰⁰.

Według M. Webera – klasyka socjologii, zróżnicowanie społeczne przejawiające się w odmiennych stylach życia nie jest w znacznym stopniu uzależnione od stosunku do produkcji, bardziej od konsumpcji, ważnymi pojęciami są sposób życia i szanse życiowe.

K. Puchalski trafnie zauważa, że kategoria styl życia jest bardzo niejasna. Oznacza ona bądź wzory szeroko rozumianej konsumpcji czy życia w ogóle, wybrane ze względu na ich pozytywny wpływ na zdrowie, bądź negatywnie oceniane z tego względu zachowania czy zwyczaje jednostki, które ona sama podejmuje z własnej woli, także wybrane spośród różnorodnych możliwości wzory zachowań, które są możliwe do osiągnięcia przez ludzi w ramach ich społeczno-ekonomicznej sytuacji¹⁰¹.

⁹⁸ *Podstawy higieny*, red. J.T. Marcinkowski, VOLUMED, Wrocław 1997, s. 22.

⁹⁹ *Ibidem*.

¹⁰⁰ K. Wrześniewski, *Styl życia a zdrowie. Wzór zachowania*, PZWL, Warszawa 1993, s. 39.

¹⁰¹ G. Dolińska-Zygmunt, *Podstawy psychologii...*, s. 37–38.

Zachowania zdrowotne definiowane są w słowniku podstawowych terminów dotyczących promocji zdrowia jako każde świadomie podjęte przez jednostkę działanie, niezależnie od jej faktycznego i postrzeganego stanu zdrowia, w celu promowania, ochrony i zachowania zdrowia, bez względu na to czy ono jest skuteczne, czy też nie. Nie w każdym przypadku zachowanie związane ze zdrowiem jest zachowaniem zdrowotnym. Aby działanie mogło być tak określone, musi występować element świadomego podejmowania decyzji co do jego orientacji na zdrowie.

Według K. Puchalskiego zachowania zdrowotne są to wybrane przez obserwatora lub (i) podmiot działania zachowania (czy typy zachowań), które na gruncie pewnego systemu wiedzy (np. przekonania potocznych, danej koncepcji naukowej, ideologii społecznej) pozostają w istotnym, określonym w przyjętej opcji związku ze zdrowiem ujmowanym w znaczeniu ustalonym w tym systemie wiedzy¹⁰².

E. Mazurkiewicz definiuje zachowania zdrowotne jako wszelkie zachowania w zakresie zdrowia, do których można zaliczyć nawyki, zwyczaje, postawy, uznane wartości itp. Zachowania zdrowotne mają odzwierciedlać faktyczny stan zdrowotny człowieka: jak rozumie on zdrowie, w jaki sposób nim dysponuje, jak reaguje na zdrowie innych¹⁰³.

Zachowania zdrowotne według L. Jabłońskiego dzielimy na trzy grupy:

1. Prozdrowotne, czyli prawidłowe, podtrzymujące i utrwalające nasze zdrowie, a w rezultacie utrwalające zdrowie populacji.
2. Antyzdrowotne, czyli nieprawidłowe, nie związane z potrzebami naszego organizmu i wprost szkodzące zdrowiu bezpośrednio, po upływie pewnego czasu lub po kilkunastu latach życia.
3. Mieszane, czyli wynikające z różnych stopni wiedzy zdrowotnej, z różnym zakresem zachowań prozdrowotnych i antyzdrowotnych, np. sportowcy przestrzegający szeregu wskazań zdrowotnych i równocześnie palący tytoń.

L. Jabłoński uważa, że zachowania prozdrowotne zależą od wiedzy każdej jednostki o uwarunkowaniach jej zdrowia i zdrowia populacji, materialnych możliwości realizacji (warunki ekonomiczne i prawne) ochrony własnego zdrowia, woli zainteresowanego, czyli chęci zachowań prozdrowotnych i ścisłej realizacji tych zachowań oraz od umiejętności i możliwości organizacji działań promocyjnych przez służbę zdrowia i jej kadry¹⁰⁴.

B. Woynarowska analizuje zachowania zdrowotne jako jeden z elementów edukacji do zdrowia. Charakterystyka edukacji do zdrowia polega na:

¹⁰² K. Puchalski, *Zachowania zdrowotne. Kontrowersje związane z użyciem pojęcia „zdrowie publiczne”*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1989, s. 34–48.

¹⁰³ E. Mazurkiewicz, *Podstawy wychowania zdrowotnego*, [w:] *Higiena i ochrona zdrowia*, red. Z.J. Brzeziński, C.W. Korczak, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1978, s. 48.

¹⁰⁴ L. Jabłoński, *Sanologia. Nauka o zdrowiu społeczeństwa*, Wyższa Szkoła Rozwoju Lokalnego w Żyrardowie, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998, s. 30.

- ekspozycji na zdrowie pozytywnego (ukazanie korzyści ze zdrowia a nie ryzyka chorób),
 - zwróceniu uwagi na zachowania zdrowotne:
 1. Prozdrowotne – sprzyjające zdrowiu, np. odpowiednia dieta, sport, odpowiednie relacje międzyludzkie, radzenie sobie ze stresem, zachowanie bezpieczeństwa.
 2. Antyzdrowotne – zwiększające ryzyko chorób, np. palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, środków odurzających, nieodpowiednia dieta, brak aktywności fizycznej.
 - uznaniu edukacji do zdrowia za proces ciągły, a nie kończący się w dzieciństwie,
 - przeniesieniu akcentów zdrowia somatycznego na zdrowie psychospołeczne i środowisko człowieka,
 - wspieraniu edukacji do zdrowia przez środowisko dziecka,
 - włączeniu zainteresowanych do planowania, realizacji i organizacji¹⁰⁵.

Zachowania zdrowotne można rozpatrywać w trzech aspektach, tj. jako:

- działania osoby zdrowej w celu niedopuszczenia do wystąpienia choroby,
- działania osoby uznającej się za chorą w celu zdiagnozowania choroby,
- działania osoby chorej w celu wyleczenia się.

Szczegółowe analizy zachowań zdrowotnych dokonane w literaturze anglosaskiej pozwoliły na bardzo szczegółowe skategoryzowanie tego typu działań. Zalicza się do nich:

- każdą aktywność osoby uważającej się za zdrową podejmowaną w celu osiągnięcia wyższego poziomu zdrowia,
- każdą aktywność osoby uważającej się za zdrową podejmowaną w celu zapobieżenia chorobie lub jej wykrycia w organizmie,
- każdą aktywność osoby uważającej się za zdrową, ale znajdującą się w stanie zwiększonego ryzyka dla określonych elementów stanu zdrowia, podejmowaną w celu zapobiegania skutkom tych zagrożeń,
- każdą aktywność osoby dostrzegającej u siebie chorobę podejmowaną w celu określenia swojego stanu zdrowia i uzyskania odpowiednich środków zaradczych,
- każdą aktywność osoby uważającej się za chorą podejmowaną w celu poprawy swego stanu zdrowia, obejmującą minimalny udział terapeuty i powodującą niewielkie uzależnienie od otoczenia,
- każdą aktywność osoby uważającej się za chorą podejmowaną w celu poprawy swojego stanu zdrowia, obejmującą leczenie przez odpowiednie osoby, co powoduje pełne uzależnienie od otoczenia i prowadzi do ograniczenia pełnionych ról społecznych,

¹⁰⁵ B. Woynarowska, *Zdrowie i szkoła*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000, s. 29.

- każdą aktywność kobiety mającą na celu zajście w ciążę i prawidłowy jej przebieg,
- każde wymienione wcześniej działanie podejmowane przez kobietę w celu zabezpieczenia, utrzymania lub poprawy zdrowia płodu lub dziecka, za które dana osoba jest odpowiedzialna,
- każde działanie podejmowane przez jednostkę lub wspólnie z innymi za pomocą środków instytucjonalnych, prawnych czy ekonomicznych, zmierzające do wpływania na zasoby służb medycznych, skutki oddziaływania środowiska, różnych produktów i regulacji społecznych, wpływających na zdrowie populacji¹⁰⁶.

W terminologii zachowań związanych ze zdrowiem wyraźnie zaznacza się różnorodność nazw i podziałów. Do najczęściej spotykanych zaliczamy: pozytywne i negatywne zachowania zdrowotne, zachowania antyzdrowotne, zachowania w zdrowiu, zachowania w chorobie, zachowania medyczne, praktyki zdrowotne, działania profilaktyczne.

G. Dolińska-Zygmunt analizując różne definicje i klasyfikacje zachowań w obszarze zdrowia dokonała próby usystematyzowania znaczenia podstawowych kategorii w ramach struktur teoretycznych i wyodrębniła trzy zasadnicze typy:

- definicje odwołujące się do świadomości podmiotu, formułowanego przez niego celu podejmowanych działań, jako kryterium wyróżniające zachowania związane ze zdrowiem spośród innych rodzajów aktywności człowieka,
- związek prezentowanego zachowania ze zdrowiem, działania zdrowotne obejmują te klasy zachowań, których skutki są korzystne lub niekorzystne dla zdrowia, przy czym stan zdrowia oceniany jest z punktu widzenia naukowej wiedzy medycznej, skutkowe definicje zachowań inaczej nazywane funkcjonalnymi poszukują empirycznej, przyczynowej relacji między zachowaniem a wybranymi elementami zdrowia,
- trzeci rodzaj definicji ma charakter mieszany, uwzględnia zarówno subiektywne (świadomościowe), jak i funkcjonalno-objektywne wymiary, określające relację: zachowanie – zdrowie¹⁰⁷.

¹⁰⁶ I. Kowalewski, *Promocja zdrowia i bezpieczeństwo w szkole...*, s. 47.

¹⁰⁷ G. Dolińska-Zygmunt, *Podstawy psychologii...*, s. 38.

2. Rozwój, zdrowie i zachowania zdrowotne studentów

2.1. Charakterystyka rozwoju we wczesnej dorosłości

Podstawą zdrowia człowieka jest prawidłowy rozwój i wzrastanie. Termin wzrastanie dotyczy zmian wielkości ciała oraz poszczególnych jego części: komórek, tkanek, narządów, układu narządów, organizmu jako systemu. Natomiast rozwój obejmuje różnicowanie budowy oraz funkcji organizmu. Może on ulegać wpływom czynników środowiskowych, które mogą powodować zmiany anatomiczne, emocjonalne lub społeczne. Rozwój osobniczy, czyli ontogeneza, określaną jest jako proces obejmujący całe życie człowieka od poczęcia czyli zapłodnienia komórki jajowej przez plemnik aż do śmierci organizmu¹⁰⁸. Podstawową cechą rozwoju jest nieodwracalność zmian oraz to, że ma charakter progresywny. Nieodwracalność zmian dotyczy nie tylko cech anatomicznych, ale również fizjologicznych. Naczelnym celem tych zmian jest ciągle przystosowywanie się organizmu do zmieniającego się środowiska, co w efekcie pozwala na kontynuację życia czyli przedłużenie istnienia gatunku. Nie można mówić o rozwoju, jeżeli nie stwierdza się przemian i różnicowania organizmu w kierunku powstania nowej wyższej jakości. Ten proces to progresja. Dyscyplina nauki obejmująca obserwacje rozwijającego się organizmu w zależności od przebiegu czasu, potencjału genetycznego oraz wpływów środowiskowych to auksologia. W jej kręgu zainteresowań naukowych jest poznanie nie tylko rozwoju biologicznego, psychicznego, ale również rozwoju narządu ruchu czyli motoryki organizmu. Embriologia jest jedną z części auksologii zajmującą się rozwojem wewnątrzmacicznym.

Wzrastanie poprzez rozwój fizyczny obejmuje wszystkie procesy przemian od poziomu molekularnego, prenatalnego, do złożonych zmian fizjologicznych i anatomicznych, makroskopowych i mikroskopowych, również w okresie pokwitania i dorastania.

Rozwój czynności motorycznych, nerwowych zależy od prawidłowego rozwoju i wzrastania struktur nerwowych, który może być modyfikowany przez wpływ czynników środowiskowych.

¹⁰⁸ A. Jopkiewicz, E. Suliga, *Biologiczne podstawy rozwoju człowieka*, Wydawnictwo Jedność, Kielce 2000, s. 11.

Rozwój czynności poznawczych zależy w głównej mierze od czynników genetycznych i środowiskowych, dojrzewania neurologicznego i behawioralnego.

Rozwój psychospołeczny stanowi dopełnienie, integrujące wyżej wymienione aspekty¹⁰⁹.

Wartości ostateczne cech morfologicznych, fizjologicznych oraz psychospołecznych indywidualnie są różne. Wynika to ze zróżnicowania osobniczego rozwoju cech jakościowych i ilościowych.

Cechy jakościowe są genetycznie zdeterminowane i niezmiennie. W momencie narodzin mamy np. dwie kończyny górne, dwoje oczu, nos, stopę, taką a nie inną strukturę skóry, tęczówkę, cechy charakterystyczne dla naszego gatunku. Zależy to od podstawowej determinanty naszego rozwoju jaką stanowi nasz genom. Wysokość człowieka, stan emocjonalny, sprawność umysłowa, ciężar ciała, tętno, to wybrane cechy, które w większym lub mniejszym stopniu ulegają zmianom poprzez wpływy genetyczne, środowiskowe i paragenetyczne. Nazywa się te cechy ilościowymi.

Każde dziecko rozwija się w sposób odmienny i indywidualny. Zróżnicowanie międzyosobnicze między innymi wywołane przez wolniejsze lub szybsze tempo rozwoju cech osobniczych powoduje, że zakres prawidłowości jest bardzo szeroki. Istnieje wiele torów wzrastania i rozwoju dziecka, które zależą od wpływu różnorodnych czynników modulujących.

Uważa się, że czynniki wpływające na rozwój można podzielić na następujące grupy: czynniki genetyczne, paragenetyczne i środowiskowe.

Czynniki genetyczne i paragenetyczne to geny zawarte w genomie człowieka, które realizują fenotyp w procesie nazywanym epigenezą. Czynniki środowiskowe mogą wchodzić w interakcję z genotypem i w zależności od rezystencji organizmu dokonywać zmian w szlaku lub szlakach rozwojowych wywołując zjawisko fenokopii. Powodować to może występowanie wad wrodzonych dotyczących np. nosogardzieli, układu krążenia czy narządów zmysłów. Dzieci dziedziczą po rodzicach geny. To jak będzie przebiegał rozwój i jakie powstaną u dziecka cechy, zależy nie od samych genów, lecz od interakcji pomiędzy odziedziczonymi genami a czynnikami i warunkami środowiskowymi.

Czynniki paragenetyczne wpływają na rozwój zarodka i płodu. Do tych czynników zaliczamy: stan zdrowia matki, konstytuowany przez jej biopotencjał genetyczny i wiek, wpływ genów heterologicznych oraz dziedziczenie cytoplazmatyczne, matka przekazuje pewną ilość cytoplazmy z komórki jajowej, tryb życia matki, higienę przebiegu ciąży. Styl i tryb życia przyszłej matki to jedna z najważniejszych kategorii wchodzących w zakres tego czynnika. Do kategorii tej można zaliczyć: żywienie ciężarnej, aktywność fizyczną, wypoczynek, palenie

¹⁰⁹ I. Kowalewski, *Prenatalny rozwój dziecka w świetle teratogennego działania alkoholu na rozwijający się płód*, [w:] *Alkoholizm wśród młodzieży. Compendium wiedzy dla pedagogów i pracowników socjalnych*, red. M. Banach, I. Kowalewski, Wydawnictwo Scriptum, Kraków 2014, s. 29–30.

czynne i bierne tytoniu, nadużywanie alkoholu, przyjmowanie leków, choroby zakaźne, liczbę przebytych naturalnych poronień.

Czynniki pochodzenia środowiskowego to różnorodne wpływy otoczenia dziecka w okresie prenatalnym i późniejszym, od których zależeć będzie realizacja jego potencjału genetycznego. Do tych czynników można zaliczyć: żywienie dziecka, poziom życia, warunki socjalne, społeczne, kulturowe, stres, aktywność motoryczną, warunki klimatyczne, geograficzne oraz inne¹¹⁰.

Rozwój jest procesem złożonym. Można w nim wyróżnić kilka elementów: rozwój biologiczny, psychiczny, społeczny i seksualny. Nie można ich od siebie oddzielić, ponieważ są ze sobą mocno powiązane i w trakcie trwania procesu rozwojowego uzupełniają się wzajemnie i mają na siebie bezpośrednie oddziaływanie kształtujące różnorodne cechy organizmu człowieka.

Wymienione elementy rozwoju od okresu prenatalnego zmierzają do dojrzałości i dorosłości.

Ontogenezę można podzielić na trzy etapy: okres progresywny, okres równowagi oraz okres regresywny. Rozwój progresywny to etap obejmujący wzrost i rozrost organizmu, uwidacznia się w nim przewaga procesów syntezy (anabolicznych) nad procesami rozpadu (katabolicznych). Etap ten obejmuje kilka okresów: prenatalny, wczesnego dzieciństwa, szkolny. W okresie szkolnym można wyróżnić: fazy: wczesnoszkolną, dojrzewania płciowego i młodzieńczy. Okres równowagi nazywany również okresem transwolucji, obejmuje wczesną dorosłość i dojrzałą dorosłość. W etapie regresywnym, inwolucyjnym obserwuje się w rozwoju cechy zanikowe o różnej dynamice przebiegu, które świadczą o zaistnieniu przewagi procesów katabolicznych nad anabolicznymi. W tym etapie można wyróżnić następujące trzy okresy: wczesna, późna starość oraz okres długowieczności.

Proces ontogenezy jest skomplikowany. Zmienność osobnicza powoduje nie tylko różnice w przebiegu rozwoju każdego człowieka, ale również różny czas osiągnięcia cech dojrzałości, dorosłości czy nawet starości. Stąd trudności w ustaleniu ram czasowych etapów. Podawane przez różnych autorów granice czasowe etapów mają charakter umowny. W zależności od dyscypliny naukowej (biolog, lekarz, psycholog, socjolog, pedagog) zajmującej się rozwojem, nazwy etapów są często różnie nazywane w zależności od potrzeb i ustalonych kryteriów.

Rozumienie przebiegu i poznanie cech charakteryzujących kolejne okresy rozwojowe w cyklu życia człowieka to fundament wszelkich działań pedagogicznych, psychologicznych i medycznych wspomagających rozwój.

Różnice osobnicze w przebiegu rozwoju dzieci i młodzieży oraz we wczesnej dorosłości mogą stwarzać problemy wychowawcze oraz edukacyjne, każdy pedagog powinien mieć świadomość występowania tego typu trudności. Warto również pamiętać, że okresy rozwojowe i cechy towarzyszące pod względem czasu są nieostre, niekiedy mogą występować długie okresy przejściowe, możemy mieć

¹¹⁰ Ibidem, s. 30–31.

do czynienia z niepunktualnością zdarzeń rozwojowych, co stwarza dodatkowe trudności diagnostyczne, terapeutyczne i prognostyczne.

Ważnym czynnikiem wpływającym na rozwój są uwarunkowania społeczne. Poznawanie świata w każdym jego zakresie i sferze zależy od naszej podejmowanej aktywności bycia z innymi ludźmi, rozwijamy się wśród innych ludzi i dzięki nim. Biorąc pod uwagę tego rodzaju wpływy należy rozróżnić dwa procesy: socjalizacji i edukacji. Te dwa typy oddziaływania są obecne w każdej instytucji wychowawczej, również w uczelni wyższej. Przy czym socjalizacja jest to ogół wpływów aktywowany poprzez drugiego człowieka, rodzinę, grupę rówieśniczą, społeczność lokalną mającą na celu wprowadzenie nas w realia kulturowe i reguły funkcjonowania społecznego, które są obecne wokół nas. Edukacja to oddziaływania intencjonalne, zaplanowane, skierowane do nas, mające na celu zdobycie wiedzy o świecie oraz umiejętności pozwalających nam samodzielnie poznawać świat¹¹¹.

Poniżej w tabeli autor przedstawi propozycję podziału rozwoju człowieka, który może być przydatny i wykorzystany w naukach pedagogicznych.

Tabela 1. Rozwój człowieka w biegu życia

Etapy w rozwoju życia	Hipotetyczny czas trwania
Etap progresywny	Od zapłodnienia komórki jajowej do ukończenia 22. roku życia
Okres prenatalny (wewnątrzmaciczny)	Od powstania zygoty* do porodu, około 9 miesięcy
Faza zarodkowa	Od zygoty do ukończenia 8. tygodnia rozwoju
Faza płodowa	Od 9. tygodnia do porodu
Okres dzieciństwa	Od urodzenia dziecka do 3. roku życia
Faza noworodkowa	Od urodzenia dziecka do 28. dnia życia
Faza niemowlęctwa	Od 29. dnia do ukończenia 1. roku życia
Faza wczesnego dzieciństwa	2.–3. rok życia
Okres szkolny	Od 4. roku życia do 22. roku życia
Faza przedszkolna	Od 4.–6. roku życia
Faza wczesnoszkolna	Od 7. roku życia do 10./12. roku życia
Faza dojrzewania	Dziewczęta 10.–15. rok życia Chłopcy 12.–17. rok życia
Faza młodzieńcza	16./18. rok życia do 22. roku życia
Etap dorosłości (transwolucji)	Od 23. roku życia do 59 lat
Okres wczesnej dorosłości	Od 23. roku życia do 30 lat
Okres dojrzałej dorosłości	Od 31. roku życia do 59 lat

¹¹¹ *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*, red. A.I. Brzezińska, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2015, s. 6–7.

Etap regresywny (inwolucji)	Od 60 lat do śmierci
Okres wczesnej starości	Od 60. roku życia do 74 lat
Okres późnej starości	Od 75. roku życia do 89. roku życia
Okres długowieczności	Od 90. roku życia do śmierci

*Zygota to zapłodniona komórka jajowa.

Źródło: Opracowanie własne

W literaturze naukowej można spotkać różne podziały życia człowieka na etapy, okresy, sfery, a nawet ery. Uogólniając można stwierdzić, że wszystkie z nich przedstawiają chronologię zdarzeń rozwojowych dotyczących podstawowych sfer życia człowieka:

- Soma – potencjał biologiczny człowieka czyli prawidłowa budowa morfologiczna, optymalne działanie fizjologiczne, jakość funkcjonowania ciała,
- Psyche – potencjał psychiczny (umysłowy) człowieka czyli zachowana sprawność psychiczna obejmująca odpowiednie kompetencje poznawcze i emocjonalno-motywacyjne,
- Polis – potencjał społeczny człowieka czyli kompetencje społeczne.

Wymienione obszary funkcjonowania, nazywane triadą Arystotelesa, w każdym etapie rozwojowym są ściśle ze sobą powiązane, co oznacza, że zmiana w jednym obszarze pociąga za sobą zmiany w pozostałych¹¹².

W życiu człowieka okres dorosłości wyodrębnia się jako najistotniejszy i najważniejszy z punktu widzenia społecznego. Poprzedzony jest okresem młodzieńczym (dorastania).

Większość studentów podejmujących kształcenie w wyższych uczelniach to osoby pomiędzy 19. a 25. rokiem życia. Analizując etapy rozwojowe można zauważyć, że ten wiek sytuuje się w dwóch okresach: końcowej części okresu młodzieńczego oraz okresie wczesnej dorosłości. Wyższa uczelnia staje się prawie na pięć lat głównym środowiskiem społecznym osób młodych. Można się zastanowić, czy uczelnie wyższe są w stanie stworzyć warunki do kształtowania dorosłości? Studenci zaczynający życie akademickie mają 19 lat, są w okresie przejściowym pomiędzy dorastaniem a dorosłością.

Najważniejszym zadaniem rozwojowym charakteryzującym okres młodzieńczy jest proces formowania tożsamości. Rozpoczyna się w okresie dorastania, a kończy się nawet po 30. roku życia w dorosłości. Wiele osób młodych odwleka w czasie podjęcie ważnych decyzji życiowych, zawodowych czy pełnienia odpowiedzialnych ról społecznych. Uważa się, że bez określenia siebie, kim się jest, co potrafimy, a czego nie, skonfrontowania własnej wizji siebie z tym jak widzą nas inni, szanse uzyskania dojrzałej tożsamości są nikłe. Psycholodzy wyróżniają dwa etapy procesu formowania się tożsamości. Pierwszy to etap poszukiwań, eksperymentowania, sprawdzania, testowania siebie, swoich możliwości oraz relacji z innymi ludźmi. Drugi etap to dokonywanie wyboru, podejmowanie swia-

¹¹² Ibidem, s. 7–10.

domiej, odpowiedzialnej decyzji łącznie z wszystkimi możliwymi konsekwencjami. Zdaniem E. Eriksona, żeby to zadanie mogło być wykonane potrzebny jest czas i przyzwolenie na ich samodzielną realizację. Ten czas określany jest mianem moratorium. Zdarza się, że niektórzy z nas tego czasu potrzebują więcej, aby połączyć w całość często sprzeczne aspekty otaczającego nas świata społecznego i przeciwstawnych doświadczeń. Celem jest samodzielne podjęcie decyzji wyboru drogi życiowej. Tożsamość dojrzała to kompetencja trwała i stabilna, człowiek ma umiejętności dokonywania wyborów, wybiera drogę życiową i konsekwentnie ją realizuje, jest zdolny do odpowiedzialności za siebie i innych, jest również gotowy do podejmowania konsekwencji własnych działań¹¹³. Końcowym, ostatecznym efektem formowania tożsamości jest jej konsolidacja, której wyrazem jest tożsamość osiągnięta. W wymiarze indywidualnym dotyczy ona ukonstytuowania spójnej i stabilnej struktury Ja, jednostka ujawnia otwartość wobec tego, co ją otacza, nawiązuje relacje z innymi ludźmi podtrzymując swoją autonomię, indywidualność i odrębność, osiąga tożsamość społeczną, związaną ze strukturą My¹¹⁴.

Trudno ustalić jaką część młodzieży akademickiej poszukuje tożsamości i jest jeszcze w okresie moratorium. Istnieją doniesienia badawcze potwierdzające, że wiele osób młodych żyje w pewnym zawieszeniu pomiędzy okresem dorastania a dorosłości, czyli moratorium w podjęciu zobowiązań życiowych¹¹⁵.

Niewątpliwie szkoła wyższa powinna stać się instytucją dojrzałą, godną zaufania, która w sposób świadomy i zorganizowany jest w stanie pomóc w poszukiwaniu tożsamości.

Wszystkie procesy rozwojowe etapu progresywnego zmierzają do osiągnięcia dorosłości.

D.J. Levinson podzielił dorosłość na trzy części: wczesną czyli debiutancką, środkową oraz fazę końcową. Dorosłość wczesna charakteryzuje się uczeniem ról typowych dla dorosłych kobiet i mężczyzn w danej kulturze. Środkowa dorosłość traktowana jest przez wymienionego autora jako pełnia życia. Natomiast ostatni etap uznawany jest za wycofywanie energii życiowej z jednych obszarów i przesuwanie jej na obszary nowe¹¹⁶.

W każdym okresie człowieka występują różnorodne zadania do wykonania. Umiejętności pokonywania wymagań (zadań) stawianych człowiekowi w jego biegu życia to fundamentalna cecha prawidłowego rozwoju. R. Havighurst jako pierwszy stawiane człowiekowi wymagania, którym powinien on sprostać w róż-

¹¹³ M. Bardziejewska, *Okres dorastania. Jak rozpoznać potencjał nastolatków?*, [w:] *Psychologiczne portrety...*, s. 367–370.

¹¹⁴ A. Brzezińska, *Psychologia wychowania*, [w:] *Psychologia wychowania. Podręcznik akademicki. Tom 3*, red. J. Strelau, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000, s. 239–240.

¹¹⁵ A. Batory, *Wspieranie rozwoju pomiędzy dorastaniem a dorosłością*, [w:] *Psychologia rozwoju i kształcenia*, red. E. Sokołowska, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2013, s. 167–182.

¹¹⁶ *Ibidem*, s. 11.

nych okresach życia, nazwał zadaniami rozwojowymi. Ustalenie tych zadań i obserwacja ich wykonania w różnych okresach rozwojowych pozwala nam na ocenę prawidłowości bądź nieprawidłowości przebiegu. Jest to dość trudne, ponieważ autorzy przedstawiają niekiedy różne treści zadań rozwojowych dla poszczególnych okresów. Ponadto dynamiczny rozwój cywilizacyjny oraz zmiany kulturowe powodują, że wyznaczone zadania rozwojowe z czasem wydają się anachroniczne i wymagają zmian. Ewolucja formułowania zadań rozwojowych jest obecna, stąd analizując treści zadań charakterystycznych dla wczesnej dorosłości można je podzielić na klasyczne i współczesne.

R. Havighurst, D. Levinson i E. Erikson to trzech badaczy, którym zawdzięczamy klasyczne podejście do rozumienia zadań rozwojowych we wczesnej dorosłości.

R. Havighurst do ważnych zadań w życiu człowieka dorosłego zalicza:

- wybór małżonka,
- uczenie się współżycia z nim,
- założenie własnej rodziny,
- wychowywanie dzieci,
- prowadzenie domu,
- rozpoczynanie pracy zawodowej,
- podjęcie obowiązków obywatelskich,
- znalezienie pokrewnej grupy społecznej¹¹⁷.

D. Levinson prezentuje podobne zadania:

- podjęcie roli zawodowej,
- założenie rodziny,
- sformułowanie wyraźnych marzeń i oczekiwań odnośnie do przyszłości (wizja celów życiowych),
- uczestniczenie w relacji mistrz–uczeń¹¹⁸.

Obszerniejsze sformułowanie zadań rozwojowych przedstawił E. Erikson:

- wybór dróg samorealizacji w określonym środowisku społecznym,
- wybór partnera życiowego,
- integracja doświadczeń z różnych obszarów aktywności¹¹⁹.

Podsumowując zadania rozwojowe we wczesnej dorosłości w ujęciu klasycznym można wyróżnić następujące cechy: wybór partnera/ki, założenie rodziny, wychowywanie dzieci, samodzielność materialna związana z podjęciem pracy zawodowej poprzedzonej zdobyciem wykształcenia, uniezależnienie emocjonalne od rodziców, wytworzenie silnej więzi emocjonalnej we własnej rodzinie, uczestniczenie w lokalnym życiu społecznym.

¹¹⁷ M. Gurba, *Wczesna dorosłość*, [w:] *Psychologia rozwoju człowieka*, red. J. Trempała, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011, s. 289–290.

¹¹⁸ A. Birch, *Psychologia rozwojowa w zarysie. Od niemowlęstwa do dorosłości*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005, s. 226–227.

¹¹⁹ M. Gurba, *Wczesna dorosłość...*, s. 205–206.

Współczesne koncepcje dotyczące cech, którymi powinien charakteryzować się człowiek we wczesnej dorosłości przybierają formę dokładnych i szczegółowych list przygotowywanych przez specjalistów z różnych dziedzin. Rozróżnienie trzech sfer rozwojowych: biologicznej, psychicznej i społecznej wymaga analizy interdyscyplinarnej, stąd widoczne jest uszczegółowienie list, co może prowadzić do trudności diagnostycznych oceniających rozwój.

Zmiany rozwojowe przebiegające w okresie progresywnym powinny mieć swój koniec, co w dorosłości oznaczać będzie dojrzałość biologiczną. Oczekiwane jest zakończenia wzrostu fizycznego. Organizm winien dojść do poziomu stabilizacji, chwiejnej w pewnym zakresie, równowagi anaboliczno-katabolicznej. Wszystkie cechy fizyczne oraz fizjologiczne obrazujące ciało człowieka powinny przyjmować wartości optymalne zgodne z cechami osobniczymi. Dorosłość to okres optymalnej wydolności i sprawności fizycznej oraz seksualnej, prawidłowy stan zdrowia fizycznego.

Rozwój psychiczny obejmuje aspekt poznawczy, emocjonalny, motywacyjny, osobowościowy i moralny życia człowieka. A. Oleszkiewicz i A. Senejko analizując powyższe aspekty uważają, że rozwój psychiczny w dorosłości powinien charakteryzować się większym zróżnicowaniem i uporządkowaniem oraz zdolnością do samoregulacji. Zdolność do samoregulacji według tych autorów związana jest z występowaniem następujących kompetencji, umiejętności: samokontroli, samodyscypliny, refleksyjności poznawczej, brania odpowiedzialności za swój rozwój i proces uczenia się¹²⁰.

Autorzy są przekonani, że w sytuacji globalizacji i dynamicznie zmieniającego się świata dorosłość powinna manifestować się budowaniem coraz większej samodzielności i kontroli nad swoim życiem w oparciu o rozwój o charakterze permanentnym.

Dojrzałość społeczna powinna towarzyszyć dorosłości na zasadzie równowagi dla wyżej wymienionych sfer. Oczekuje się, że człowiek dorosły będzie posiadać odpowiednie umiejętności społeczne pozwalające nie tylko „być dla osób bliskich, rodziny, przyjaciół czy osób obcych”. Te kompetencje powinny również pozwolić na zajęcie pozycji wspólnego bycia z innymi w szerokiej perspektywie, czyli współdziałania, współdecydowania, współodpowiedzialności i akceptacji wzajemnego wpływu na siebie¹²¹.

Według B. Woynarowskiej zdefiniowanie dorosłości nie jest łatwe. Najłatwiej omówić można cechy świadczące o dorosłości w odniesieniu do sfer rozwoju. Dojrzałość morfologiczna, funkcjonalno-fizjologiczna, motoryczna i płciowa

¹²⁰ A. Oleszkiewicz, A. Senejko, *Oczekiwane kierunki zmian rozwojowych w adolescencji i wczesnej dorosłości. Ku dojrzałej podmiotowości*, [w:] *Psychologia dorastania. Zmiany rozwojowe w dobie globalizacji*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013, s. 114–115.

¹²¹ E. Sokołowska, *Zadania rozwojowe młodych dorosłych*, [w:] *Zdrowie psychiczne młodych dorosłych. Wybrane zagadnienia*, red. E. Sokołowska, L. Zabłocka-Żytka, S. Kluczyńska, J. Wojda-Kornacka, Difin, Warszawa 2015, s. 20–21.

świadczyć może o dojrzałości biologicznej. Dojrzałość psychiczna dotyczy prawidłowego rozwoju sfery emocjonalnej, intelektualnej i moralnej. Autorka bierze w tym wypadku pod uwagę różne kryteria: odpowiedzialność za swoje czyny – według prawa dorosły jest człowiek, który ukończył 18 lat, zdolność do kontrolowania zachowań i emocji, umiejętność podejmowania decyzji w ważnych sprawach, dokonywania alternatywnych wyborów, autonomia. Dojrzałość społeczną wiąże z umiejętnościami odpowiedniej komunikacji interpersonalnej, podjęcia pracy i utrzymania siebie i rodziny, ale przede wszystkim zdolności do pełnienia ról społecznych w środowisku życia i w rodzinie. Dojrzałość seksualną określa przy pomocy dwóch cech biologicznych: pojawienia się napięcia płciowego i zdolności do przeżywania orgazmu¹²².

Zdaniem B. Ziółkowskiej istota bycia dorosłym oparta jest nie na osiągnięciu określonego wieku metrykalnego, a na podjęciu zobowiązań w pewnych obszarach aktywności i trwaniu w ich realizacji pomimo fizycznych, społecznych czy psychologicznych przeszkód. Zobowiązania dotyczą dwóch sfer funkcjonowania: rodzinnej i zawodowej. Tym dwóm sferom powinny towarzyszyć dwie cechy: miłość i praca. Miłość zdaniem autorki powinna dotyczyć nie tylko związku partnerskiego, ale również wykonywania obowiązków zawodowych, identyfikowania i przywiązania do pracy, czy podtrzymywania relacji z przyjaciółmi. Praca to nie tylko aktywność zawodowa, ale również działania na rzecz bliskich osób, społeczeństwa, czy też akt seksualny, stanowiący integralny element relacji intymnej¹²³.

W ujęciu R.W. White'a dorosłość powinna manifestować się następującymi kompetencjami społecznymi: stabilizacja własnej tożsamości, nawiązywanie głębszych związków interpersonalnych, co wiąże się z uwolnieniem siebie a wyczuleniem na potrzeby innych, pogłębienie dziedzin aktywności: praca, nauka, zainteresowania, wyraźniejsze dostrzeganie problemów moralnych i etycznych, wzrost znaczenia troski nie tylko o najbliższych, ale również o wszystkich potrzebujących i cierpiących¹²⁴.

Widoczne jest, że dorosłość jest niejednorodnym etapem rozwoju człowieka, który podzielony został na trzy okresy. Okres interesujący autora to nowicjat, okres wczesnej dorosłości. Okres, który wydaje się najtrudniejszy i najbardziej złożony; trudny, ponieważ jest okresem przejściowym. Stanowi koniec okresu progresywnego a początek transwolucji. Analizując dostępną literaturę dotyczącą wczesnej dorosłości można stwierdzić, że okres ten wyróżnia się olbrzymim potencjałem rozwojowym pod względem fizycznym, społecznym i poznawczym. Należy zwrócić uwagę, że pomimo ogromnej sprawności fizycznej, psychicznej i społecznej, przypisywanej wczesnej dorosłości, część ludzi młodych nie jest

¹²² B. Woynarowska, *Rozwój biologiczny człowieka*, [w:] *Biomedyczne podstawy kształcenia...*, s. 23–26.

¹²³ B. Ziółkowska, *Okres wczesnej dorosłości. Jak rozpoznać potencjał młodych dorosłych?*, [w:] *Psychologiczne portrety...*, s. 423–424.

¹²⁴ *Ibidem*, s. 427.

jeszcze w pełni zdolna przyjąć i zrealizować wyznaczonych zadań rozwojowych. Szczególną trudność stanowi rozwiązanie kryzysu tożsamości. Brak konsolidacji formowania tożsamości nie pozwala na uzyskanie kompetencji tożsamości osiągniętej oraz tożsamości społecznej, co powoduje niezakończenie ostatniego etapu adolescencyjnego i wywołuje kryzys wprowadzający odroczenie występowania cech decydujących o dorosłości. To odroczenie powoduje, że część młodych dorosłych w dalszym ciągu żyje jeszcze w okresie poszukiwań, eksperymentów, rozproszenia dotyczącego wyboru swojej drogi życiowej. Może to wywoływać zaniepokojenie z punktu widzenia społecznego, obywatelskiego i biologicznego.

Stanowi też ogromne wyzwanie dla wychowania i edukacji, szczególnie dla uczelni wyższych.

2.2. Problemy zdrowotne studentów

W rozumieniu Konwencji o Prawach Dziecka, przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych, którą Polska ratyfikowała w 1991 roku, dziecko oznacza każdą istotę ludzką w wieku poniżej 18 lat, chyba że zgodnie z prawem odnoszącym się do dziecka uzyska ono wcześniej pełnoletność. Definicja młodzieży nie znajduje się w żadnej konwencji międzynarodowej, której Polska jest stroną. Pojęciem tym obejmuje się osoby w okresie przejściowym, pomiędzy zakończeniem dzieciństwa a uzyskaniem pełnej dojrzałości biologicznej i społecznej. Obie te granice są nieprecyzyjne, jednakże powszechnie za młodzież uważa się osoby w wieku 15–24 lat. Objęcie szczególną troską szerszej grupy wiekowej powyżej 18 roku życia jest o tyle uzasadnione, że są to osoby uczące się, próbujące uzyskać niezależność ekonomiczną¹²⁵.

W życiu człowieka okres dojrzałości wyodrębnia się jako ostatni w rozwoju i zarazem najważniejszy. Formalnie, osiągnięcie 18. bądź 21. roku życia wyznacza początek dorosłości. Jest to jednak granica umowna, człowiek nie staje się automatycznie osobą dorosłą. Potrzebny jest czas na uzyskanie kompetencji uprawniających do bycia dojrzałym dorosłym, wśród których podstawowym wymogiem jest wzięcie pełnej odpowiedzialności za swoje życie. Stąd okres życia studenckiego (pomiędzy 19. a 24. rokiem) jest tak ważny z punktu rozwojowego.

Najszerze dane dotyczące zdrowia młodych dorosłych można znaleźć w opracowaniach Głównego Urzędu Statystycznego, który na przełomie listopada i grudnia 2004 roku przeprowadził ogólnopolskie, reprezentacyjne badania stanu zdrowia ludności Polski. Przeprowadzona analiza dotyczyła dzieci do 14. roku życia, w imieniu których odpowiadali rodzice lub opiekunowie oraz młodzieży w wieku 15–29 lat, która sama udzielała odpowiedzi. Zostaną przyto-

¹²⁵ *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce*, zeszyt nr 62, red. J. Szymborski, K. Jakóbiak, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2008, s. 16.

czony wybrane wyniki badań grupy wiekowej 20–29 lat, które są najbliższe okresowi studiowania młodzieży¹²⁶.

Analizując samoocenę zdrowia blisko 85,3% młodzieży oceniło stan zdrowia jako dobry i bardzo dobry, co 8 osoba stwierdziła, że był taki sobie – ani dobry ani zły, natomiast 1,6% jako zły. W porównaniu z grupą młodzieży w wieku 15–19 lat widać tendencję zniżkową oceny własnego zdrowia w odczuciach młodzieży starszej. Analizując samoocenę zdrowia według płci zdrowie kobiet zostało ocenione nieznacznie gorzej niż mężczyzn, odpowiednio 84,3% i 85,8%.

Przedstawiając masę ciała posłużono się wskaźnikiem BMI (Body Mass Index, Indeks Masy Ciała). BMI oblicza się dzieląc kilogramy przez wzrost do kwadratu (kg/m^2). Zgodnie z raportem Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), masę ciała ocenia się jako prawidłową, gdy wartość BMI mieści się w zakresie od 18,5 do 25, poniżej 18,5 występuje niedowaga, powyżej 25 mamy nadwagę, natomiast po przekroczeniu 30 mówimy o otyłości. BMI nie ma zastosowania u osób o rozbudowanej tkance mięśniowej oraz u dzieci szybko rosnących. Analizując wyniki badań młodzieży w wieku 20–29 lat prawidłowa masa ciała występuje w przypadku 70,3% badanych, niedowagę stwierdzono u 7,2%, nadwagę i otyłość odpowiednio u 18,9% i 3,6%. Niepokojąca jest widoczna tendencja wzrostu liczby osób z nadwagą i otyłością występującą w grupie młodych dorosłych, w porównaniu z młodzieżą młodszą (15–19 lat), odpowiednio nadwaga 6,3%, otyłość 1,1%. Analizując BMI według płci można odnotować, że kobiety miały lepsze wskaźniki niż mężczyźni, prawie trzy razy więcej mężczyzn niż kobiet miało nadwagę i otyłość.

Ciekawe wyniki badań dotyczą stylu życia młodzieży. Aż 99,4% osób spędza wolny czas na takich formach aktywności, które można nazwać biernymi (czytanie, oglądanie telewizji, komputer, internet,) niewymagającymi ruchu i aktywności fizycznej. Na taką formę wypoczynku młodzież przeznaczyła średnio 17 godzin tygodniowo. Średnio około 9 godzin tygodniowo młodzież spędzała na spacerach, gimnastyce, jeździe na rowerze, deskorolce lub innym niezbyt intensywnym ruchu (77,9% młodzieży w wieku 20–29 lat). Intensywny trening uprawiało zaledwie 12% osób w wieku 20–29 lat. Około 30% osób w tej grupie ćwiczyło intensywnie 2–3 godziny tygodniowo. Mężczyźni średnio więcej czasu przeznaczyli na trening niż kobiety, odpowiednio 19% i 5%.

Odpowiednia jakość snu człowieka jest niezbędna dla zdrowia. Analizując wyniki dotyczące samooceny snu przez młodzież widoczne jest zmniejszenie liczby godzin poświęconych na sen z wiekiem badanych oraz pogorszenie jakości snu. Około 80% młodzieży w wieku 15–19 lat śpi 8 i więcej godzin, tylko 65% starszej młodzieży śpi podobnie. Co dziesiąta osoba w wieku 20–29 lat nie jest zadowolona z jakości swego snu, wskazując że śpi nie najlepiej i nie najgorzej. Wśród tej młodzieży, która spała niezbyt dobrze, najwięcej osób wskazało, że często budziło się w nocy (38%), ponad 26% stwierdziło, że ma kłopoty z zasypianiem, natomiast

¹²⁶ Ibidem, s. 63–162.

około 10% budziło się zbyt wcześnie i nie mogło ponownie zasnąć. Spośród kobiet 12% określiło swój sen gorzej niż mężczyźni (7,2%) – poniżej oceny dobrej. Zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn, którzy mieli problemy ze snem najważniejszą przyczyną wpływającą na jakość snu było częste budzenie się w nocy.

Palenie tytoniu oraz nadużywanie alkoholu to zachowania ryzykowne dla zdrowia udowodnione naukowo. Aż 45,5% młodzieży w wieku 20–29 lat paliło papierosy, prawie co czwarty respondent palił codziennie, a 6,4% paliło okazjonalnie. W tej grupie palących co trzecia osoba sięgała po 20–29 papierosów dziennie. Ponad 20% osób w wieku 20–29 lat rozpoczęła palenie papierosów 10 i więcej lat wcześniej. Ponad 80% osób w wieku 20–29 lat piło alkohol w okresie 12 miesięcy poprzedzających badanie, odsetek ten wśród mężczyzn wyniósł prawie 89%, natomiast pośród kobiet blisko 79%. Co czwarty spośród badanych spożywa alkohol minimum raz w tygodniu, natomiast aż co drugi spośród osób pijących alkohol używa go raz w miesiącu. Preferowanym rodzajem alkoholu wśród młodzieży jest wino i piwo (odpowiednio 24,7% i 20,3%).

Długotrwałe problemy zdrowotne występujące wśród młodzieży mogły być nie tylko wynikiem choroby przewlekłej, ale i następstwem złego samopoczucia, niesprawności lub kalectwa. Niezależnie od przyczyny, najważniejszy był fakt ich pojawienia się i trwania przez określony czas, tj. co najmniej 6 miesięcy. W populacji młodzieży w wieku 20–29 lat 15,7% osób dotkniętych było długotrwałymi problemami zdrowotnymi. Częstość występowania długotrwałych problemów zdrowotnych była wyższa wśród kobiet niż mężczyzn, odpowiednio 16,6% i 14,9%.

Źródłem informacji o chorobach przewlekłych młodzieży były odpowiedzi otrzymane w wywiadzie bezpośrednim w ankiecie dla dorosłych, w trakcie którego wymieniono listę chorób lub grupy chorób przewlekłych. Ponad 23% młodzieży w wieku 15–29 lat uskarżało się na występowanie chorób przewlekłych. Najczęstsze dwie choroby przewlekłe zgłaszane przez młodzież to alergia (bez astmy alergicznej) oraz częste bóle głowy (łącznie z migreną), odpowiednio 5,4% i 5%. Zaburzenia natury psychicznej, takie jak nerwica, depresja, stany lękowe i zaburzenia nastroju wystąpiły u 3,4% osób w wieku 20–29 lat. Odnotowano zależność pomiędzy płcią a rodzajem choroby przewlekłej, 14 razy więcej kobiet w wieku 20–29 lat niż mężczyzn w tej grupie wiekowej chorowało na tarczycę i cztery razy więcej kobiet niż mężczyzn chorowało na migrenę i częste bóle głowy.

Korzystanie z usług medycznych. Ponad 8% osób w wieku 20–29 lat przebywało w ostatnich dwunastu miesiącach poprzedzających badanie w szpitalu z noclegiem. Przeważały jednorazowe pobyty w ciągu roku, dotyczyło to prawie 80% młodzieży. Najczęstsze powody pobytu kobiet to: ciąża i poród, a w przypadku mężczyzn: leczenie choroby innej niż przewlekła, urazy i wypadki. Udział młodzieży korzystającej z porad lekarskich w warunkach ambulatoryjnych w wieku 20–29 lat wynosił 55,6%. W grupie wiekowej 20–29 lat odsetek kobiet, które odwiedziły lekarza był wyższy niż mężczyzn o 19,1 pkt procentowych. Lekarzami

najczęściej odwiedzanymi przez osoby w wieku 20–29 lat byli specjaliści chorób wewnętrznych (729 na 1000 osób leczonych). Z usług lekarzy dentyistów w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie korzystało blisko 52% młodzieży. Najczęściej składano dentyście jedną wizytę w ciągu roku (około 30% osób leczących się), niewiele rzadziej dwie (około 25%). Kobiety częściej przychodziły do dentystry z powodu przeglądu, kontroli oraz leczenia, a mężczyźni z powodu bólu. U młodzieży w wieku 20–29 lat dominowały wizyty całkowicie płatne.

Zażywanie leków. W ciągu dwóch tygodni poprzedzających badanie leki przyjmowało 39% osób w wieku 20–29 lat. Leki przepisane przez lekarza przyjmowało 17,2% osób, zaś leki nieprzepisane przez lekarza stosowało 14,2% spośród badanych. Leki przyjmowane były częściej przez kobiety niż mężczyzn, w grupie wiekowej 20–29 lat przewaga wynosiła 9 punktów procentowych. Lekami najczęściej zażywanymi przez osoby w wieku 15–29 lat były witaminy i preparaty mineralne oraz środki na przeziębienie, grypę lub ból gardła, bóle głowy, leki na inne bóle, antybiotyki i leki przeciwalergiczne.

Studenci u progu dorosłości stoją przed wieloma wyzwaniami. Nauka, zdobywanie wykształcenia, zmiana miejsca zamieszkania, samodzielne zajmowanie się gospodarzeniem domowym, często dodatkowa praca, zmiana relacji z rodzicami i najbliższą rodziną, tworzenie bliskości w związku, nowe relacje w środowisku i wiele innych to zmiany i zadania, przed którymi stoją młodzi dorośli podejmując studia. Wiele z tych zadań pojawia się w tym samym czasie i wszystkie wiążą się z przeżywaniem stresu, który w niesprzyjających warunkach może stanowić poważną trudność dla życia i rozwoju oraz funkcjonowania młodego człowieka wywołując zaburzenia zdrowia psychicznego i fizycznego. Szczególnie wyzwania te zagrażają zdrowiu psychicznemu powodując kryzys psychologiczny.

L. Zabłocka-Żytka jest zdania, że zarówno w Polsce, jak i na świecie obserwuje się wzrost trudności w funkcjonowaniu emocjonalnym oraz wzrost zachorowań na zaburzenia psychiczne osób do 29. roku życia. Przedstawia dane z Raportu „Młodzi 2011”, z których wynika, że w Polsce niemalże co drugi młody człowiek doświadcza zaburzeń z obszaru depresji i nerwic, zaś 21% badanej grupy wykazuje zaburzenia psychiczne, które są konsekwencją przyjmowania środków psychoaktywnych. Młodzi dorośli coraz częściej otwarcie mówią o odczuwanym zmęczeniu (70% badanych), napięciu (50% badanych) oraz przygnębieniu (35% badanych)¹²⁷.

W ogólnopolskich badaniach dotyczących zdrowia psychicznego Polaków ponad 40% młodych dorosłych oceniło stan zdrowia psychicznego jako dobry lub bardzo dobry. Najczęściej deklarowanymi trudnościami w obszarze zdrowia psychicznego przez młodych Polaków były: napady lęku (13,9%), lęk uogólniony

¹²⁷ L. Zabłocka-Żytka, *Zdrowie psychiczne studentów*, [w:] *Zdrowie psychiczne młodych dorosłych...*, s. 40.

(21,1%) oraz obniżenie nastroju (26,4%). Warto podkreślić, iż częściej wymienione trudności zgłaszały kobiety¹²⁸.

E. Dembińska przedstawiła usystematyzowane trudności zdrowia psychicznego zgłaszane przez studentów. Analizując zaburzenia psychiczne niepsychotyczne, które powodują niepełnosprawności u studentów i tym samym potencjalne trudności w procesie studiowania wyróżnia za ICD-10: zaburzenia lękowe – m.in. agorafobia, zaburzenia lękowe uogólnione, zaburzenia lękowo-depresyjne, ataki paniki, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, zaburzenia nastroju, zaburzenia adaptacyjne, zaburzenia odżywiania się, zaburzenia osobowości¹²⁹.

2.3. Zachowania zdrowotne studentów

Zachowania zdrowotne od dawna postrzegane były jako ważny element życia człowieka kształtujący fundament dla właściwego funkcjonowania organizmu. Badania naukowe dotyczące zachowań zdrowotnych można podzielić na dwie grupy. Pierwsza obejmuje zachowania jako przyczyny chorób lub szerzej stanu zdrowia. Drugi nurt zajmuje się konkretnymi zachowaniami zdrowotnymi, które stają się obiektem analizy same w sobie, jako szczególny przypadek zachowań w ogóle¹³⁰.

Zachowania w zdrowiu są wyznaczone przez 3 rodzaje czynników: czynniki poznawcze (związane z poziomem posiadanej wiedzy dotyczącej związku pomiędzy określonym zachowaniem a zdrowiem, uważane są za warunek wstępny, ale nie są wystarczające do podejmowania działań na rzecz poprawy stanu zdrowia lub unikania działań szkodliwych), czynniki emocjonalno-motywacyjne (subiektywne odczucie gotowości do podjęcia zachowania na rzecz zdrowia lub powstrzymania się od działań szkodliwych), czynniki behawioralne (obejmują zalecane i przeciwwskazane zachowania z punktu widzenia zdrowia)¹³¹.

Zachowania zmierzające do utrzymania zdrowia i jego polepszenia wiążą się z prozdrowotnym stylem życia. Styl życia to zespół zwyczajów, nawyków, postaw, zachowań zdrowotnych składających się na sposób życia człowieka.

W celu ochrony i doskonalenia zdrowia zalecany jest prozdrowotny styl życia. Według B. Woynarowskiej można wyróżnić następujące typy zachowań o charakterze prozdrowotnym: zachowania związane ze zdrowiem fizycznym (przestrzeganie zasad higieny osobistej oraz otoczenia, aktywność fizyczna, racjonalne

¹²⁸ Ibidem, s. 41.

¹²⁹ E. Dembińska, *Niepełnosprawność psychiczna, jej wpływ na proces studiowania i możliwość wsparcia adaptacyjnego – uwagi praktyczne*, „Biuletyn Biura ds. Osób Niepełnosprawnych Uniwersytetu Jagiellońskiego” 2011, 3, s. 62–72.

¹³⁰ W.C. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Łódź–Kraków–Warszawa 1996, s. 164–169.

¹³¹ B. Tobiasz-Adamczyk, *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000, s. 43.

żywienie, hartowanie, sen), zachowania związane głównie ze zdrowiem psychicznym i społecznym (obustronne wsparcie społeczne, unikanie dystresu i radzenie sobie), zachowania prewencyjne (samokontrola zdrowia i samobadanie, wykonywanie badań profilaktycznych oraz zalecanych i obowiązkowych szczepień ochronnych, bezpieczne zachowania w życiu codziennym i życiu seksualnym), niepodjęcie zachowań ryzykownych (nieużywanie tytoniu, nienadużywanie alkoholu i leków niezaleconych przez lekarza, nieużywanie środków psychoaktywnych)¹³².

J. Wardle i A. Steptoe wymieniają 5 klas zachowań prozdrowotnych:

- unikanie używek (palenia papierosów, picia alkoholu),
- pozytywne praktyki zdrowotne (ćwiczenia fizyczne, odpowiednia liczba godzin snu, używanie filtrów przeciwsłonecznych, częste mycie zębów),
- zwyczaje żywieniowe (ilość spożywanego mięsa, owoców, soli, kawy, tłuszczów zawierających cholesterol, liczba posiłków w ciągu dnia, podjadanie pomiędzy posiłkami, regularne jedzenie śniadania, utrzymywanie określonej diety),
- bezpieczne prowadzenie samochodu (używanie pasów bezpieczeństwa, prowadzenie z bezpieczną prędkością, nieużywanie alkoholu),
- zachowania związane z działalnością prewencyjną (regularne wizyty u lekarza i dentystry, regularna kontrola ciśnienia krwi, samokontrola piersi i jąder, wykonywanie badań cytologicznych)¹³³.

American Medical Association¹³⁴ zaleca 6 podstawowych zachowań prozdrowotnych:

1. Jeśli palisz, to wyjdź z tego nałogu.
2. Jeśli pijesz alkohol, to pij go w sposób umiarkowany, nie pij jeśli jesteś w ciąży albo kierujesz samochodem lub obsługujesz maszyny.
3. Znajdź sobie ćwiczenia, które sprawiają tobie radość i wykonuj je przynajmniej 5 razy w tygodniu przez 30 minut każdego dnia (te 30-minutowe ćwiczenia powinny być podzielone na 10–15-minutowe odcinki, jeśli to ułatwi ich wykonanie).
4. Jedz produkty naturalne (owoce, warzywa, ziarna), spożywaj niewielkie ilości tłuszczu.
5. Bądź szczupły, nie dopuszczaj do nadwagi, jeśli masz nadwagę, to z uporem stosuj dietę odchudzającą i wykonuj ćwiczenia fizyczne.
6. Poddawaj się regularnym badaniom profilaktycznym¹³⁵.

¹³² B. Woynarowska, *Zdrowie i wybrane problemy zdrowotne dzieci i młodzieży*, [w:] *Biomedyczne podstawy kształcenia...*, s. 234–235.

¹³³ B. Tobiasz-Adamczyk, *Wybrane elementy socjologii zdrowia...*, s. 43.

¹³⁴ The American Medical Association, *Family Medical Guide*, Random House, New York 1994.

¹³⁵ J.T. Marcinkowski, Z. Muszyński, A. Kaniewski, *Środowiskowe uwarunkowania zdrowia*, [w:] *Podstawy higieny...*, s. 36–37.

Autor analizując różne listy zachowań prozdrowotnych wyróżnione według kryterium funkcjonalnego, skutkowego, dokonał wyboru najczęściej wskazywanych, do których zaliczył:

- prawidłowe odżywianie,
- racjonalna aktywność fizyczna,
- prawidłowe życie seksualne i planowanie rodziny,
- nieużywanie tytoniu,
- nienadużywanie alkoholu,
- nieużywanie substancji toksycznych (m.in. substancji psychoaktywnych oraz nadużywania leków),
- prawidłowy wypoczynek,
- unikanie sytuacji dystresowych i umiejętności radzenia sobie z problemami i stresem,
- zachowania bezpieczne dla życia i zdrowia w biegu życia człowieka i otoczenia,
- zachowania prewencyjne.

Poniżej opisane zostaną wybrane zachowania prozdrowotne, które według autora mogą być uważane za najistotniejsze w oddziaływaniu na zdrowie w okresie wczesnej dorosłości. Poznanie tych typów zachowań zdrowotnych wśród młodzieży akademickiej stanowi jeden z celów szczegółowych w przedstawionej przez autora pracy badawczej.

2.3.1. Aktywność ruchowa

Aktywność ruchowa jest jedną z podstawowych cech charakteryzujących człowieka. Organizm ludzki jest genetycznie zaprogramowany na aktywny styl życia. Wszelkie funkcje życiowe sprowadzają się do ruchu, nawet wtedy, gdy niewidoczne są jego zewnętrzne przejawy. Podstawowe czynności, które stanowią o trwaniu życia również mają charakter dynamiczny. Oddychanie, krążenie krwi, procesy przemiany materii polegają na ruchu milionów komórek. Ruch jest niezbędny dla wszelkiej działalności i normalnego funkcjonowania organizmu, a jego brak – hipokineza, prowadzi do powstawania wielu schorzeń¹³⁶.

J. Drabik uważa, że „aktywność fizyczna stanowi kluczowy i integralny składnik zdrowego stylu życia. Bez niej niemożliwa jest jakakolwiek strategia zdrowia, jego utrzymania i pomnażania, a u dzieci – prawidłowy rozwój. Jej brak jest głównym i niezależnym czynnikiem ryzyka chorób układu krążenia”¹³⁷.

Według I. Kielbasiewicz-Drozdowskiej aktywność ruchowa jest niezbędna człowiekowi na każdym etapie jego życia i w każdej grupie wiekowej. Znaczenie

¹³⁶ W. Starosta, *Znaczenie aktywności ruchowej w zachowaniu i polepszeniu zdrowia człowieka*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1995, nr 5–6, s. 14.

¹³⁷ J. Drabik, *Aktywność fizyczna w treningu zdrowotnym osób dorosłych*, cz. II, AWF Gdańsk, Gdańsk 1996, s. 215.

ruchu zmienia się i ewoluuje wraz z wiekiem człowieka, zawsze jednak pozostaje jednym z głównych czynników warunkujących pole zdrowia¹³⁸.

A. Krawański definiuje aktywność ruchową jako proces edukacyjny, którego najważniejszym elementem na gruncie kultury fizycznej nie jest usprawnianie, lecz uzyskanie nawyku ruchu.

Z punktu widzenia pedagogiki kultury fizycznej według Z. Żukowskiej ważne jest „uwypuklenie w koncepcjach edukacyjnych problemów wychowania do aktywnego stylu życia, z odwołaniem się do wartości kultury fizycznej. Za najlepszą inwestycję edukacyjną, społeczną i ekonomiczną w walce z zagrożeniami cywilizacyjnymi należy uznać samorealizacyjny styl życia na miarę XXI wieku [...] z wpisaną weń wartością, jaką jest zdrowie i aktywność fizyczna [...]. Chodzi o to, aby człowiek umiał zróżnicować pojęcie pracy i aktywnych form wypoczynku i traktować czas poświęcony na te dwie różne dziedziny aktywności jako swój problem i swój osobisty wybór. Zdrowie moje i innych, troska o jego zachowanie to również mój problem i mój wybór. Szkoła i rodzina powinny uczyć tego wyboru zachowań w trosce o własne zdrowie. Od tego, na ile jestem zdrowy i od tego, czy umiem aktywnie wypoczywać, zależy efektywność mojej pracy, a nawet mój sukces zawodowy oraz ułożenie sobie życia osobistego, te wartości mogą mieć na to wpływ”¹³⁹.

Promocja zdrowia i zachowania zdrowotne można uznać za składniki kultury fizycznej, która jest terminem niejednoznacznym, trudnym do zdefiniowania. Pierwotny sens terminu „kultura” pochodzącego od łacińskiego słowa „cultura” oznacza „uprawę metodyczną, troskę okazywaną żywym roślinnym organizmom dla wzmożenia ich rozwoju”¹⁴⁰. Z biegiem czasu kulturę utożsamiano z cywilizacją i przedstawiano ją jako opozycję do prymitywizmu i barbarzyństwa. Z. Krawczyk przedstawia ją z jednej strony jako „całokształt materialnego środowiska kształtowanego przez człowieka zgodnie z jego potrzebami, możliwościami i wartościami”¹⁴¹, będący produktem działalności człowieka. Z drugiej strony autor ukazuje kulturę fizyczną jako „system wartości, działań oraz ich efektów w dziedzinie cielesnej aktywności człowieka określonych zewnętrznymi warunkami i stymulowanych społecznymi potrzebami”¹⁴². Na kulturę fizyczną składa się całokształt postaw, nawyków, zachowań, norm i wartości, pozwalających na utrzymywanie i krzewienie zdrowia człowieka i populacji. Jednym z podstawowych czynników warunkujących skuteczność naszych działań kulturalizacyjnych

¹³⁸ *Teoria i metodyka rekreacji (zagadnienia podstawowe)*, red. I. Kielbasiewicz-Drozdowska, W. Siwiński, AWF, Poznań 2001, s. 53.

¹³⁹ *Ibidem*.

¹⁴⁰ M. Czerwieński, *Kultura i jej badanie*, Ossolineum, Wrocław 1985, s. 19–20.

¹⁴¹ Z. Krawczyk, *Kultura fizyczna*, [w:] *Encyklopedia kultury polskiej XX wieku*, red. Z. Krawczyk, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997, s. 11–12.

¹⁴² *Ibidem*, s. 12.

jest edukacja zdrowotna i wychowanie¹⁴³. Z. Krawczyk zwrócił uwagę na fakt, iż kultura fizyczna może być pojmowana również jako „zespół form aktywności ruchowej człowieka, podejmowany świadomie i celowo dla pomnażania zdrowia, rozwoju sprawności fizycznej, podporządkowanych wzorowi osobowości wszechstronnej, harmonijnej i dynamicznej”¹⁴⁴. W powyższym świetle kultura fizyczna, wyrażana przez różnorodne formy aktywności: gry, zabawy czy turystykę, pełni funkcję uzupełniającą procesy socjalizacyjne i wychowawcze w stosunku do dzieci i młodzieży¹⁴⁵.

Autor zaznacza również, iż w stosunku do kultury fizycznej można zastosować pewne uogólnienie i tłumaczyć ją jako synonim sportu¹⁴⁶. W.S. Erdmann i M. Szulc wśród zajęć z kultury fizycznej wymieniają m.in. „lekcje wychowania fizycznego, sport szkolny i pozaszkolny, zajęcia z rekreacji ruchowej, ćwiczenia śródlekcyjne, rozruch poranny”¹⁴⁷. Za istotę zajęć z kultury fizycznej uznają aspekt zdrowotny, profilaktykę zdrowotną, kształcenie właściwych zachowań i praktycznych działań związanych z kulturą fizyczną, gdyż w opinii autorów „zajęcia z kultury fizycznej, które w swojej naturze wymagają od uczestników dużego cielesnego, psychicznego i mentalnego zaangażowania, powinny tak ukierunkowywać to zaangażowanie, by zminimalizować, a najlepiej uniknąć, wszelkich incydentów, scysji, wypadków”¹⁴⁸.

Mięśnie są głównym ośrodkiem metabolizmu. W nich produkowana jest energia, powstające w nich bodźce przenoszone są przez układ nerwowy na narządy wewnętrzne i przyczyniają się do prawidłowego funkcjonowania całego organizmu. Brak ruchu powoduje spadek masy mięśniowej, co obniża sprawność fizyczną, owocując przedwczesnym starzeniem się organizmu. Brak aktywności ruchowej źle wpływa na wentylację płuc, przemianę materii, zdecydowanie zmniejsza odporność na zmęczenie i choroby.

Aktywność ruchowa w każdym okresie rozwojowym jest niezbędna do prawidłowego wszechstronnego rozwoju organizmu. Przyczynia się ona do wyrabiania podstawowych cech motorycznych, kształtuje prawidłową postawę ciała, umożliwia uczenie się wielu umiejętności ruchowych, które są niezbędne w naszym życiu. Efektem optymalnego oddziaływania ruchu na organizm jest zadowalający poziom zdrowia i zachowanie prawidłowości w procesach rozwojowych¹⁴⁹.

¹⁴³ I. Kowalewski, *Promocja zdrowia...*, s. 24.

¹⁴⁴ Z. Krawczyk, *Kultura fizyczna...*, s. 11–12.

¹⁴⁵ Ibidem, s. 11–12.

¹⁴⁶ Ibidem.

¹⁴⁷ W.S. Erdmann, M. Szulc, *Podstawowe zagadnienia bezpieczeństwa na zajęciach z kultury fizycznej młodzieży*, [w:] *Wychowanie fizyczne. Sport dzieci i młodzieży*, red. A. Michalski, M. Napierała, M. Zasada, Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej, Bydgoszcz 2005, s. 124.

¹⁴⁸ Ibidem.

¹⁴⁹ J. Błaszczak, *Aktywność człowieka a zdrowie człowieka*, [w:] *Zagrożenia zdrowia publicznego. Wybrane zagadnienia*, red. A. Denys, Wolters Kluwer, Warszawa 2014, s. 259–260.

Aktywność ruchowa poprawia stan zdrowia na różne sposoby. Jest najtańszym i najprostszym sposobem zapobiegania wielu schorzeniom. Lekarze alarmują, iż obecny tryb życia: „nałogowe” spędzanie wolnego czasu przed telewizorem czy monitorem komputera lub smartfona, a co za tym idzie ogólny brak nawyku ruchu, w sposób zdecydowanie negatywny wpływa nie tylko na samopoczucie, ale przede wszystkim na zdrowie człowieka. Najistotniejsze zmiany w wyniku uprawiania jakichkolwiek form ruchowych zachodzą w czynnościach układu oddechowego, krążenia, mechanizmach kontroli metabolizmu oraz mięśniach szkieletowych. Ćwiczenia fizyczne powodują zwiększenie się pojemności życiowej płuc, wzrasta ich maksymalna wentylacja, przez co dochodzi do zwiększenia ogólnej wytrzymałości organizmu. Regularnie ćwicząc, zwiększamy objętość krwi krążącej w ustroju, co powoduje szybsze usuwanie szkodliwych substancji i produktów przemiany materii z organizmu, powodując szybszą odnowę biologiczną.

Brak ruchu powoduje zaburzenia procesów metabolicznych oraz ma niekorzystny wpływ na psychikę. Przyczyną nieodpowiedniej aktywności ruchowej jest na pewno wychowanie, brak wypracowania nawyku uprawiania sportów, przeciążenia, brak czasu, czasem ograniczenia materialne¹⁵⁰.

Wiele definicji wskazuje na fakt, że aktywność fizyczna to element oddziałujący w sposób istotny na zdrowie, rozumiane nie tylko jako brak choroby, ale z uwzględnieniem aspektów psychofizycznych, społecznych oraz duchowych. W opinii J. Nowotnego, O. Nowotny-Czupryny, K. Czupryny i R. Plinty „niektóre formy ruchowe kształtują bowiem niezbędną w życiu sprawność, inne natomiast wytrzymałość i wydolność potrzebną w różnych sytuacjach życiowych. Radzenie sobie w życiu jest natomiast podstawowym warunkiem wyzbycia się stresów”¹⁵¹.

Aktywność fizyczna w każdym okresie życia jest podstawowym komponentem dla:

- Zdrowego stylu życia – wpływa na poprawę samopoczucia w każdym okresie cyklu życiowego człowieka, szczególnie w dzieciństwie, młodości wpływa na pobudzenie rozwoju fizycznego, intelektualnego, emocjonalnego i społecznego. Pozwala na utrzymanie właściwego pułapu sprawności i wydolności ruchowej w wieku dorosłym. Spowalnia procesy starzenia się i zniedołężnienia starczego, a zarazem prowadzi do poprawy jakości stylu życia. Aktywność fizyczna jest kluczowym elementem stanowiącym o kondycji stanu zdrowia szczególnie w odniesieniu do postępu cywilizacji.
- Zapobiegania chorobom – szczególnie chorobom układu krążenia i układu ruchu, takim jak osteoporoza, oraz otyłości, infekcjom górnych dróg oddechowych, którym zapobiegać można poprzez aktywność fizyczną mającą na celu hartowanie organizmu, stosowanie racjonalnych reguł ubioru, terapii wodnej i świeżego powietrza, a także stosowanie aktywnych form wypoczyn-

¹⁵⁰ Ibidem, s. 267–273.

¹⁵¹ J. Nowotny, *Kształcenie umiejętności...*, s. 34.

ku. Aktywność fizyczna zmniejsza ryzyko występowania miażdżycy i chorób od niej pochodnych.

- Radzenia sobie ze stresem, który w obecnych czasach jest elementem ściśle związanym z egzystencją człowieka. Aby skutecznie przeciwdziałać negatywnym skutkom wywoływanym przez stres należy nie tylko skupić swoją uwagę na unikaniu sytuacji stresujących, ale przede wszystkim uczyć się radzić sobie z nimi, co w dużym stopniu ułatwia aktywność fizyczna.
- Leczenia i korekcji wielu zaburzeń i chorób – przede wszystkim otyłości, zaburzeń ruchu, nadciśnienia, cukrzycy, mózgowego porażenia dziecięcego i jego skutków¹⁵².

Uważa się, że aktywność fizyczna wpływa w istotny sposób na rozwój psychofizyczny i społeczny dzieci i młodzieży poprzez tworzenie możliwości odnalezienia się w grupie, samooceny i współpracowania z rówieśnikami, czynienia starań w celu bycia lepszym przy zachowaniu reguł fair play, przezwycięzania sytuacji trudnych, pomagania innym, przeżywania sukcesów i porażek, umiejętność odpowiedniego dobierania proporcji pomiędzy wysiłkiem fizycznym a odpoczynkiem oraz branie udziału w rekreacji i turystyce¹⁵³.

W myśl powyższych słów aktywność fizyczna pozytywnie wpływa na rozwój osobowości, kontakty interpersonalne, zdrowie czy wychowanie. Przyczynia się zatem do wzrostu dobrego samopoczucia u ludzi, które jest stymulowane poprzez podejmowanie różnych form aktywności fizycznej. A. Łuszczynska podkreśla fakt, iż „w czasie uprawiania sportu zwiększa się wydzielanie endorfin, które wprawiają ćwiczącego w stan spokoju i odprężenia oraz hamują wytwarzanie hormonów stresu”¹⁵⁴.

Brak aktywności ruchowej lub jej niedostatek w naszym życiu jest przyczyną tzw. chorób cywilizacyjnych, do których należą m.in. otyłość, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze. Odpowiedni styl życia, w którym zachowane są zdrowe proporcje pomiędzy dietą, ruchem, pracą, wypoczynkiem i innymi elementami codziennego życia w dużym stopniu uniemożliwia zaistnienie wyżej wymienionych chorób w naszym życiu.

O konieczności prowadzenia rozsądnego stylu życia opartego na aktywności fizycznej informuje Komitet Ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia w dwóch raportach, w których to przedstawia negatywne konsekwencje braku odpowiedniej ilości ruchu w życiu. Zwrócono także uwagę na potrzebę wychowywania społeczeństw w celu zrozumienia wartości aktywności. Opracowano program

¹⁵² Z. Żukowska, *Aktywność fizyczna jako jeden z wyznaczników rozwoju młodzieży i jej stylu życia*, [w:] *Społeczno-edukacyjne oblicza współczesnego sportu i olimpiizmu, aktywność fizyczna dzieci, młodzieży i dorosłych na przełomie XX i XXI wieku*, red. J. Nowocień, J. Chelmecki, Estrella, Warszawa 2010, s. 39–40.

¹⁵³ J. Nowotny, *Kształcenie umiejętności...*, s. 40.

¹⁵⁴ A. Łuszczynska, *Psychologia sportu i aktywności fizycznej. Zagadnienia kliniczne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011, s. 94–98.

promujący aktywność fizyczną, w którym zostały umieszczone następujące zadania: zwiększenie przeciętnego wydatkowania energii przez populację, zaangażowanie większej liczby dzieci i młodzieży do uprawiania ćwiczeń fizycznych, zwiększenie intensywności i czasu trwania ćwiczeń w chwilach wolnych od pracy, zwiększenie umiejętności uprawiania sportu, zwiększenie stopnia akceptacji ćwiczeń fizycznych jako stałego elementu codzienności¹⁵⁵.

Współcześnie opracowano pewien zbiór cech sprawności organizmu związanego ze zdrowiem, który jest pomocny w diagnozowaniu chorób cywilizacyjnych. Obejmuje on elementy morfologiczne, motoryczne, krążeniowo-oddechowe i metaboliczne. W tabeli poniżej przedstawiono powyższe cechy sprawności organizmu¹⁵⁶.

Tabela 2. Cechy sprawności fizycznej związane ze stanem zdrowia

Komponenty morfologiczne	Stosunek masy do wysokości ciała Beztłuszczowa masa ciała Zawartość tłuszczu w masie ciała Rozmieszczenie tkanki tłuszczowej: otyłość brzuszna (wisceralna) Gęstość tkanki kostnej
Komponenty motoryczne	Siła Wytrzymałość Gibkość Zwinność Równowaga Koordynacja Szybkość ruchów
Komponenty krążeniowo-oddechowe	Moc aerobowa Czynność serca w spoczynku Czynność serca w czasie wysiłków submaksymalnych Czynność układu oddechowego Ciśnienie tętnicze
Komponenty metaboliczne	Tolerancja glukozy Wrażliwość na insulinę Profil lipidowy krwi

Źródło: K. Nazar, H. Kaciuba-Uściłko, *Znaczenie aktywności ruchowej w zapobieganiu chorobom cywilizacyjnym*, [w:] *Fizjologiczne podstawy wysiłku fizycznego*, red. J. Górski, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001, s. 533.

Istotną rolę w profilaktyce zdrowotnej odgrywa utrzymywanie na odpowiednio wysokim poziomie wydolności i sprawności ruchowej. Osoby o małej wydolności i sile mięśniowej mogą odczuwać zmęczenie podczas wykonywania najprostszych czynności, takich jak na przykład wychodzenie po schodach czy robienie zakupów. Zwiększenie siły mięśni pozwoli zapobiec przeciążeniom układu ruchowego i pojawieniu się zmian zwyrodnieniowych tegoż układu. Istotnym

¹⁵⁵ I. Kowalewski, *Promocja zdrowia...*, s. 70–71.

¹⁵⁶ K. Nazar, H. Kaciuba-Uściłko, *Znaczenie aktywności ruchowej w zapobieganiu chorobom cywilizacyjnym*, [w:] *Fizjologiczne podstawy wysiłku fizycznego*, red. J. Górski, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001, s. 532–533.

problemem pojawiającym się w tym zakresie są bóle dolnego odcinka kręgosłupa, związane ze słabością mięśni. Pojawiają się także bóle kręgosłupa, powstające na skutek długotrwałego używania komputera, które są wymuszone przez współczesny siedzący tryb życia. Dlatego też aktywność fizyczna pozwala zapobiegać i minimalizować negatywne skutki powyższych problemów¹⁵⁷.

Aktywność fizyczna jest elementem profilaktycznym chorób układu krążenia, które w Polsce są przyczyną blisko 50% zgonów. Z badań epidemiologicznych wynika, że osoby o małej aktywności fizycznej i o siedzącym trybie życia częściej zapadają na chorobę niedokrwienną serca. Wśród czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca są przede wszystkim: nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, upośledzenie tolerancji węglowodanów, zaburzenia układu krzepnięcia krwi. Aktywność fizyczna pozwala na poprawę powyższych wyznaczników¹⁵⁸.

Wysiłek fizyczny pozwala także walczyć z otyłością. Dzięki zbilansowanej diecie i podejmowaniu systematycznej aktywności fizycznej jest możliwa utrata tkanki tłuszczowej, bez zbyt dużego wysiłku związanego z wprowadzeniem rygorystycznej diety¹⁵⁹.

A. Łuszczynska wskazuje także, iż systematyczne podejmowanie działań związanych z aktywnością fizyczną o różnym stopniu natężenia wpływa pozytywnie na procesy poznawcze. Pozwala zahamować spadek sprawności uczenia się i wzmacnia pamięć. Dzieci, które poświęcają więcej czasu na sport, są w stanie w krótszym czasie posiąść wiedzę i nie wpływa to negatywnie na poziom ich wykształcenia. Zwiększenie wymiaru zajęć sportowych w szkole powoduje wzrost koncentracji i samodyscypliny wśród dzieci i młodzieży¹⁶⁰.

Wśród wielu autorów panuje przekonanie, że nie przypadkowa, ale planowa i systematycznie podejmowana aktywność fizyczna występująca w formie treningu zdrowotnego powinna być głównym elementem prawidłowego rozwoju i algorytmem praktycznego kształtowania zdrowia pozytywnego.

Aby trening zdrowotny mógł wzmacniać zdrowie człowieka i jego samopoczucie, powinien przebiegać według określonych reguł, do których zaliczyć należy: zapewnienie zdrowia poprzez utrzymanie lub powiększenie wydolności fizycznej, zachowanie prawidłowej wagi ciała, zachowanie optymalnej siły mięśniowej stabilizującej stawy, zwiększenie liczby bodźców biologicznych za pomocą ćwiczeń fizycznych, co powoduje wzrost sprawności ciała, powysiłkowy efekt endorfinowy, wzrost lub utrzymanie nieswoistej odporności przeciwwakaźnej.

Druga determinanta odpowiedniego treningu zdrowotnego odnosi się do zapobiegania powstawaniu i rozwojowi chorób cywilizacyjnych, w tym choroby niedokrwiennej mięśnia sercowego oraz chorób metabolicznych, poprzez zwiększenie sprawności układu krążenia za pomocą: zmniejszenia częstotliwości skur-

¹⁵⁷ K. Nazar, H. Kaciuba-Uściłko, *Znaczenie aktywności ruchowej...*, s. 533–534.

¹⁵⁸ J. Błaszczak, *Aktywność człowieka a zdrowie...*, s. 267–270.

¹⁵⁹ K. Nazar, H. Kaciuba-Uściłko, *Znaczenie aktywności ruchowej...*, s. 538.

¹⁶⁰ A. Łuszczynska, *Psychologia sportu...*, s. 116–118.

czów serca w spoczynku i podczas określonego wysiłku, zwiększenia rzutu serca i maksymalnej pojemności minutowej serca, zwiększenia maksymalnej różnicy tętniczo-żylnego wysycenia krwi tlenem, zmniejszenia ciśnienia tętniczego krwi, zwiększenia kurczliwości mięśnia sercowego i udoskonalenia krążenia wieńcowego, zmniejszenia zużycia tlenu przez mięsień sercowy, poprawy i stabilizacji wydolności tlenowej, poprawy metabolizmu lipidowego, występowania u osób trenujących skłonności do higienizacji żywienia w celu ograniczenia spożywania tłuszczów i pokarmów wysokokalorycznych, tendencji do unikania nałogów, a zwłaszcza nikotynizmu, zmniejszenia nasilenia wpływu stresu na organizm.

Ostatni składnik treningu zdrowotnego obejmuje aspekt rehabilitacji i leczenia chorób układu krążenia, metabolicznych, nerwicowych i narządu ruchu¹⁶¹.

Podsumowując, zdaniem autora można stwierdzić, że aktywność fizyczna jest podstawowym i najważniejszym z czynników i zachowań prozdrowotnych. Stosowanie dobranych i umiarkowanych form aktywności fizycznej wpływa pozytywnie na wszystkie układy i narządy organizmu człowieka oraz życie psychiczne i społeczne. Jest najtańszym lekiem, który przy racjonalnym stosowaniu w formie treningu zdrowotnego korzystnie wpływa na przebieg wielu zaburzeń i schorzeń ustrojowych. Powinna być stosowana w profilaktyce: chorób układu krążenia, cukrzycy, chorób metabolicznych, chorób układu oddechowego, spowolnienia procesów regresywnych (starzenia się organizmu), poprawy odporności poprzez wspomaganie procesów obronnych przed szkodliwym wpływem wolnych rodników i hartowanie, miażdżycy, redukcji zwyrodnień i osteoporozy w całym układzie ruchu.

Stosując w codziennym życiu ruch nie tylko przeciwdziałamy chorobom cywilizacyjnym, ale przede wszystkim wzmacniamy i krzewimy potencjał swojego zdrowia.

2.3.2. Sposób odżywiania się a zdrowie

Prawidłowe żywienie i aktywność fizyczna są obecnie uznawane za najistotniejsze zachowania prozdrowotne. Żywienie jest jedną z podstawowych potrzeb i czynności życiowych człowieka.

Od zarania dziejów w życiu człowieka dominowały problemy związane z żywieniem. Człowiek pracuje przede wszystkim po to, aby zdobywać pożywienie i dopiero po zaspokojeniu tej fundamentalnej potrzeby może myśleć o innych dążeniach. Walka o zaspokojenie głodu i pragnienia stanowiła główny motor rozwoju ludzkości¹⁶².

Dziedziną zajmującą się uchwyceniem związków przyczynowo-skutkowych między stanem zdrowia a żywieniem jest higiena żywności i żywienia. Jej celem są działania profilaktyczne w zakresie żywienia. Higiena żywności obejmuje wa-

¹⁶¹ Ibidem, s. 71–72.

¹⁶² *Żywność człowieka. Podstawy nauki o żywieniu*, red. J. Gawęcki, L. Hryniewiecki, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 120.

runki higieniczne, jakie muszą być spełnione przy produkcji, przechowywaniu, transporcie, przetwarzaniu i przygotowywaniu żywności do spożycia. Upraszczając, ten typ higieny zajmuje się opracowywaniem i wdrażaniem oraz monitorowaniem zasad wytwarzania żywności od etapu producenta (rolnika) do pojawienia się produktu żywnościowego w handlu. Przed higieną żywienia stoją inne zadania, do których można zaliczyć: warunki niezbędne dla realizacji prawidłowego żywienia w wymiarze indywidualnym i grupowym, ocenę stanu higienicznego produktów, zasady doboru produktów spożywczych i ich rozdziału na poszczególne posiłki, warunki przyrządzania i spożywania posiłków¹⁶³.

Składniki odżywcze pożywienia współtworzą organizm zgodnie z uwarunkowaniami genetycznymi, wpływają na rozwój biologiczny, budowę i rozmiary ciała, stan zdrowia, przyspieszanie lub opóźnianie chorób przewlekłych i długość sprawnego życia.

Odpowiednia dieta powinna dostarczać odpowiednią ilość energii oraz składników odżywczych. Sprawą kluczową jest urozmaicenie spożywanych pokarmów. Prawidłowa dieta powinna zapewniać w odpowiednich ilościach makroelementy – białka, węglowodany i tłuszcze oraz mikroelementy, czyli witaminy i minerały.

Rozróżnia się trzy podstawowe funkcje jedzenia¹⁶⁴:

1. Funkcja biologiczna – odżywianie w tym kontekście stanowi podstawową potrzebę każdego człowieka. Jedzenie pozwala na podtrzymywanie życia. Każdy posiłek ma dostarczać sił i energii do podejmowania różnego rodzaju aktywności. Jedzenie w sensie biologicznym jest dla istot żyjących paliwem. Przyjmowany pokarm zostaje przetworzony w organizmie, dzięki czemu pozyskuje on niezbędne składniki odżywcze.
2. Funkcja psychospołeczna – spożywanie pokarmów często stanowi formę nieświadomej kompensacji potrzeb psychicznych i zachowań, których człowiek nie jest w stanie zaspokoić.

M. Jablow wyróżnia następujące funkcje psychologiczne jedzenia:

- jedzenie jako forma okazywania i dozowania uczuć,
- jedzenie jako „pocieszacz”,
- jedzenia jako reduktor napięcia,
- jedzenie jako forma wyrażania emocji,
- jedzenie jako wyraz lęku przed rozwojem i odpowiedzialnością,
- jedzenie jako nagroda lub kara,
- jedzenie (lub niejedzenie) jako sposób zdobycia kontroli,
- jedzenie jako element sztuki uwodzenia,
- jedzenie jako sposób na zatrzymanie partnera przy sobie,
- jedzenie jako substytut więzi,

¹⁶³ J.T. Marcinkowski, *Higiena żywności i żywienia*, [w:] *Podstawy higieny...*, s. 161.

¹⁶⁴ I. Niewiadomska, A. Kulik, A. Hajduk, *Uzależnienia. Fakty i mity. Jedzenie*, KUL, Lublin 2005, s. 34–35.

- jedzenie jako sposób na zaspokajanie potrzeb seksualnych,
 - jedzenie jako sposób na uniknięcie kontaktów seksualnych¹⁶⁵.
3. Funkcja kulturowa – odżywanie wiąże się nie tylko z zaspokajaniem potrzeb fizjologicznych organizmu, ale również z tradycją, religią i sztuką¹⁶⁶.

Konieczność pozyskania i przyswojenia jedzenia uzmysławia z jednej strony przynależność człowieka do świata przyrody, a z drugiej jego zdolność do przekraczania tego świata przez nadawanie odżywianiu się wymiaru wspólnotowego i symbolicznego.

Retrospektywna analiza ewolucji żywienia się człowieka i stanu zdrowia na przestrzeni tysiącleci staje się podstawą przesłanek do opracowywania zasad racjonalnego żywienia człowieka współczesnego.

Racjonalne żywienie to regularne spożywanie takich pokarmów, które dostarczają organizmowi optymalnych ilości energii i zalecanych składników odżywczych, we właściwych proporcjach i z odpowiednią częstotliwością. Zapewnia ono pokrycie potrzeb żywieniowych, warunkuje utrzymanie zdrowia, należytej masy ciała oraz funkcjonowanie całego organizmu. Stanowi ochronę przed niedoborami pokarmowymi, a także zmniejsza ryzyko przedwczesnego rozwoju miażdżycy i innych chorób powstających na tle wadliwego żywienia¹⁶⁷.

Według B. Woynarowskiej racjonalny sposób żywienia to „żywienie zgodne z zaleceniami nauki o żywieniu i uwzględniające uwarunkowania genetyczne, społeczne i kulturowe”¹⁶⁸. Innymi słowy, właściwym sposobem odżywiania nazywać można racjonalne stosowanie odpowiedniej diety, dopasowanej do wieku, zdrowia i stopnia aktywności fizycznej.

Składniki odżywcze to składniki pokarmowe niezbędne do odżywiania organizmu człowieka, zwłaszcza białko, węglowodany, tłuszcze, witaminy, składniki mineralne. Za niezbędne składniki odżywcze uznaje się te, których nie ma w organizmie człowieka lub są syntetyzowane w zbyt małych ilościach, a których obecność jest niezbędna do jego prawidłowego funkcjonowania – muszą więc być dostarczone w odpowiedniej ilości z pożywieniem¹⁶⁹.

W zależności od swych podstawowych funkcji, składniki odżywcze dzielą się na:

- energetyczne: głównie węglowodany, tłuszcze;
- budulcowe: białko, składniki mineralne, kwasy tłuszczowe;
- regulujące: witaminy, składniki mineralne¹⁷⁰.

¹⁶⁵ M. Jabłow, *Anoreksja, bulimia, otyłość. Przewodnik dla rodziców*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000, s. 18.

¹⁶⁶ C. Żechowski, *Pod rządami żołądka*, „Charaktery” 2001, nr 4, s. 12–17.

¹⁶⁷ *Żywienie człowieka...*, s. 121.

¹⁶⁸ *Ibidem*, s. 295.

¹⁶⁹ P. Holford, *Smak...*, s. 249.

¹⁷⁰ A. Tyszka, *Uczestnictwo w kulturze. O różnorodności stylów życia*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1971, s. 54.

Nie istnieje produkt spożywczy, który zawierałby wszystkie niezbędne składniki odżywcze w odpowiednich, potrzebnych dla organizmu ilościach. Tylko wykorzystanie wielu różnych produktów pozwala na właściwe zbilansowanie diety¹⁷¹.

Zalecane proporcje spożycia poszczególnych grup produktów ilustruje tzw. „piramida prawidłowego żywienia”, która zgodnie z rozwojem wiedzy jest co pewien czas aktualizowana. Na początku 2016 roku Instytut Żywności i Żywienia przedstawił nową „Piramidę zdrowego żywienia i aktywności fizycznej”. Występują w niej następujące prerogatywy:

Bądź aktywny fizycznie. Zalecana jest systematyczna aktywność fizyczna – co najmniej 30–45 minut dziennie.

Spożywaj warzywa i owoce jak najczęściej i w jak największej ilości, co najmniej połowę tego co jesz, pamiętaj o proporcjach: $\frac{3}{4}$ – warzywa i $\frac{1}{4}$ owoce.

Z produktów zbożowych wybieraj jak najczęściej pełnoziarniste. Produkty zbożowe znajdują się nad warzywami i owocami, powinny być składnikiem większości naszych posiłków (zalecane produkty zbożowe z grubego przemiału: razowy makaron, brązowy ryż, gruboziarniste kasze).

Spożywaj codziennie co najmniej 2 duże szklanki mleka. Możesz je zastąpić jogurtem, kefirem i częściowo serem (w diecie osób dorosłych zalecane są produkty mleczne o zawartości tłuszczu do 2%, dla osób nie tolerujących laktozy zalecane są fermentowane napoje mleczne).

Ograniczaj pożycie mięsa, zwłaszcza czerwonego i przetworzonych produktów mięsnych, do 1/2 kg tygodniowo. Jedz ryby, nasiona roślin strączkowych oraz jaja.

Unikaj spożycia cukru i słodyczy (zastępuj je owocami i orzechami).

Nie dosalaj potraw i kupuj produkty z niską zawartością soli. Używaj ziół – mają cenne składniki i poprawiają smak.

Pamiętaj o picciu wody, co najmniej 1,5 l dziennie¹⁷².

Pożądany model żywienia, spełniający warunki profilaktyki chorób żywieniowo-zależnych zalecany przez Światową Organizację Zdrowia wygląda następująco:

Tabela 3. Model żywienia zalecany przez WHO

Energia całkowita^{a)}	Granica średniego spożycia dla populacji
Węglowodany całkowite (% ogółu energii) w tym: – węglowodany złożone ^{b)} (% ogółu energii) – wolne cukry ^{c)} (% ogółu energii)	55–75 50–70 0–10
Białko (% ogółu energii)	10–15
Tłuszcz całkowity (% ogółu energii) W tym 2/3 powinny stanowić tłuszcze nienasycone	15–30 ^{d)}

¹⁷¹ V. Edgson, I. Marker, *Leczenie przez żywienie*, Wydawnictwo Bertelsmann Media, Warszawa 2001, s. 76.

¹⁷² www.zyjzdrowo.info/zdrowa-dieta/nowa-piramida-zdrowego-zywienia-i-aktywnosci-fizycznej (dostęp: 20.12.2016).

Cholesterol pokarmowy (mg/dzień)	0–300
Błonnik pokarmowy (g/dzień)	27–40
Sól kuchenna (NaCl – g/dzień)	e) – 6

a) Podaż energii powinna być dostosowana do płci i wieku i wystarczająca do zaspokojenia potrzeb organizmu, np. dla zapewnienia prawidłowego wzrostu i rozwoju dzieci, aktywności fizycznej i odpowiednich rezerw energetycznych u dzieci i młodzieży;

b) W tym składniku diety należy uwzględnić również spożycie przynajmniej 400 g warzyw i owoców dziennie;

c) Do tzw. wolnych cukrów zaliczono tu jednocukry (np. glukoza) i dwucukry (sacharoza);

d) W żywieniu kobiet w wieku rozrodczym tłuszcze powinny dostarczyć nie mniej niż 20% energii;

e) Nie określono dolnej granicy spożycia soli kuchennej.

Źródło: A. Oblacińska, H. Wezer, *Profilaktyka otyłości u dzieci i młodzieży od urodzenia do dorosłości*, Help-Med. s.c., Kraków 2008.

Do innych ważnych zasad prawidłowego żywienia można ponadto zaliczyć: umiarkowanie (posiłki należy kończyć z uczuciem lekkiego niedosytu, pokarmy powinny dostarczyć tyle energii, ile organizm może zużytkować), uregulowanie (spożywanie posiłków powinno odbywać się regularnie, najkorzystniej rozłożyć dzienną rację pokarmową na 4–5 posiłków), umiejętność przyrządzania potraw (przyrządzanie potraw i przechowywanie posiłków nie może powodować utraty zawartych w nich składników lub powstawania związków szkodliwych dla zdrowia). Nie należy zapominać o aktywności fizycznej, która wyzwała przyspieszenie przemiany materii; powoduje to szybsze wykorzystanie energii przyjętej z pożywieniem, co pozwala na zachowanie prawidłowej masy ciała¹⁷³.

Dla celów praktycznych tego typu zalecenia żywieniowe opracował S. Berger – tzw. 6+1 „U”: urozmaicenie, umiarkowanie, uregulowanie, umiejętność przyrządzania potraw, uprawianie aktywności fizycznej, unikanie, uśmiech¹⁷⁴.

Człowiek rozpoznaje żywność za pomocą własnych zmysłów (wygląd, zapach, smak) oraz wiedzy najczęściej tradycyjnej, kulturowej, którą posiada na ten temat. W ten sposób wybieramy pożywienie, zaspakajając swoje potrzeby fizjologiczne. W procesie uczenia przez całe życie gromadzimy wiedzę i doświadczenia, które prowokują nasze zachowania żywieniowe. Warunkowe potrzeby i zachowania pokarmowe wyzwalają dobieranie pożywienia zgodnie lub rozbieżnie z genetycznym zapotrzebowaniem na składniki pokarmowe: odżywcze i energetyczne. Obecnie uważa się, że człowiek zatracił zdolność rozpoznawania zmysłowego. Rozwój cywilizacji rolniczej i przemysłowej, oparty głównie na ideach ilościowych, zmienił produkcję i przetwórstwo żywności do form nie zawsze zdrowych dla organizmu. Dochodzi do produkcji żywności w formach nienaturalnych, które mogą prowadzić do częściowego uniemożliwienia prawidłowego rozpoznania zmysłowego. Doprowadza to do podejmowania złych decyzji i zachowań żywieniowych, co

¹⁷³ A. Kowalewska, *Żywność*, [w:] *Biomedyczne podstawy kształcenia...*, s. 191–199.

¹⁷⁴ B. Woynarowska, *Zdrowe żywienie i aktywność fizyczna*, [w:] *Edukacja zdrowotna*, red. B. Woynarowska, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 294–324.

powoduje rozbieżności w przyjmowaniu pokarmów między zapotrzebowaniem genetycznym a jego zaspokojeniem żywnościowo-żywnościowym¹⁷⁵.

Dla prawidłowego funkcjonowania organizmu dieta powinna być zbilansowana (zrównoważona). Zrównoważona dieta to taka, która zawiera wszystkie niezbędne wartości odżywcze w odpowiednich proporcjach. Powinna zawierać białko (do 15% całodobowego zapotrzebowania energetycznego), które jest podstawowym budulcem organizmu. Następnie dieta powinna zawierać tłuszcze (do 30%) oraz węglowodany (około 60%)¹⁷⁶.

Zdaniem A. Kowalewskiej nieprawidłowości w żywieniu mogą być spowodowane: niewłaściwym trybem żywienia (nieprawidłowe zestawienie posiłków, nieodpowiednia liczba posiłków, zbyt długie przerwy między przyjmowaniem posiłków), niedożywieniem ilościowym (niewystarczająca w stosunku do zapotrzebowania ilość energii), nadmiernym żywieniem (nadmiar energii lub niektórych składników odżywczych: cukrów prostych, kwasów tłuszczowych nasyconych, soli kuchennej), niedożywieniem jakościowym (brak lub nieprawidłowa ilość jednego lub kilku składników odżywczych: witamin, minerałów, aminokwasów, białek, kwasów tłuszczowych)¹⁷⁷.

Obecnie uważa się, że przyczyną więcej niż połowy chorób metabolicznych i degeneracyjnych oraz przedwczesnych zgonów jest nieprawidłowe żywienie. Może wywoływać około 80 różnego rodzaju chorób. Jedna trzecia Polaków choruje i zgłasza różne dolegliwości związane ze złym sposobem odżywiania. Tylko u niewielkiego odsetka ludzi nieprawidłowy stan odżywienia ma jedynie podłoże genetyczne¹⁷⁸.

Odżywianie stanowi główne źródło problemów związanych ze zdrowiem. Szczegółowe badania lekarskie wykazały, że niewłaściwe odżywianie może być przyczyną choroby wieńcowej, choroby naczyń mózgu, nadciśnienia, otyłości, cukrzycy, marskości wątroby, raka, schorzeń kości, chorób jamy ustnej, anemii i nadczynności tarczycy. Bezsprzecznie sposób odżywiania może być przyczyną schorzeń układu krążenia i udaru mózgu. Niewłaściwe odżywianie powoduje wzrost cholesterolu we krwi, co zasadniczo zwiększa ryzyko zachorowań. Dzieje się to głównie za sprawą tłuszczów nasyconych, których szkodliwe działanie dla organizmu zostało podkreślone już w 1916 r., jednak dopiero badania prowadzone w latach 1958–1964 potwierdziły naukowo tę tezę. W latach 80. ubiegłego wieku w niektórych państwach europejskich realizowano programy interwencyjne, zmierzające do zmiany diety. Uzyskane wyniki (np. Szwecja, Finlandia) potwierdziły bezsprzecznie, że zmiana

¹⁷⁵ H. Rafalski, *Żywność, żywienie, odżywianie* [w:] *Medycyna zapobiegawcza i środowiskowa...*, s. 165.

¹⁷⁶ K. Szymański, *Bezpieczna turystyka i rekreacja*, Akademia Wychowania Fizycznego, Poznań 2008, s. 125.

¹⁷⁷ A. Kowalewska, *Żywienie...*, s. 199–200.

¹⁷⁸ *Ibidem*, s. 199.

sposobu odżywiania spowodowała znaczny spadek poziomu cholesterolu i zmniejszyła ryzyko zachorowań.

Drugim istotnym elementem związanym z odżywianiem jest poziom sodu w organizmie. Przekroczenie dopuszczalnego poziomu powoduje wzrost ciśnienia tętniczego i realne zagrożenie udarem mózgu¹⁷⁹. Głównym źródłem dostarczającym sód do organizmu jest sól kuchenna. Ograniczenie jej spożycia obniża ciśnienie tętnicze, co zostało naukowo wykazane.

Badania naukowe potwierdziły z kolei pozytywny wpływ spożycia wapnia i potasu na układ krążenia. Z nadciśnieniem tętniczym wiąże się także nadwaga i otyłość, stanowiące poważne zagrożenie chorobą wieńcową. Wraz ze wzrostem otyłości rośnie poziom cholesterolu i ciśnienie tętnicze. Otyłość jest także jedną z głównych przyczyn zachorowania na cukrzycę. Otyłość spowodowana jest głównie nadmiernym spożyciem tłuszczów i cukru. Badania nad otyłością doprowadziły do niezwykle ciekawych ustaleń. Okazało się, że spożycie energii na 1 kg masy ciała jest mniejsze u ludzi otyłych niż u ludzi z wagą w normie. Jest to jednym z głównych symptomów ograniczenia aktywności fizycznej i redukuje zapotrzebowanie energetyczne. Wynika stąd wniosek, że zmniejszenie nadwagi powinno nastąpić poprzez zwiększenie ruchu, a nie ograniczenie spożycia.

Nierozpoznany jest do końca problem wpływu żywienia na powstanie chorób nowotworowych. Istnieją poważne trudności metodologiczne identyfikacji czynników ryzyka różnych jego typów oraz pomiaru ich wpływu na możliwości zachorowań. Z badań prowadzonych na Zachodzie Europy wynika, że w niektórych przypadkach dieta w 35% ma wpływ na zachorowania na raka. Prowadzone w Polsce badania wykazały, że 50% nowotworów u kobiet i 33% nowotworów u mężczyzn wywołanych jest sposobem odżywiania. Generalnie stwierdzono korelację pomiędzy ilością spożywanych tłuszczów a zachorowaniem na raka jelita grubego, odbytnicy, trzustki, pęcherzyka żółciowego, sutka, jajników i macicy. Okazało się ostatnio, że silniejsze działanie rakotwórcze mają oleje roślinne, zawierające więcej wielonasyconych kwasów tłuszczowych, niż tłuszcze zwierzęce. Stwierdzono, że zalecany ze względu na układ krążenia olej sojowy wykazuje największe działania rakotwórcze ze wszystkich tłuszczów (badania prowadzono na zwierzętach).

Badania pozwoliły ustalić także listę produktów, które mają pozytywny wpływ na zdrowie. Dobroczynne oddziaływanie na leczenie raka okrężnicy ma włókno (błonnik). Bardzo korzystne znaczenie ma spożycie witamin z grupy A, C, E oraz niektóre witaminy z grupy B. Podkreśla się szczególne znaczenie witaminy A, a jeszcze bardziej prowitaminy A. Wymienione witaminy wywierają pozytywny wpływ przy leczeniu raka płuc, pęcherza, przełyku, gardła, macicy. Ich głównym źródłem są zielone warzywa¹⁸⁰.

¹⁷⁹ J. Sznajda, D. Golicka, *Nadciśnienie jako problem lekarski i społeczny*, „Przegląd Lekarski” 1989, nr 6, s. 12.

¹⁸⁰ I. Kowalewski, *Kultura i edukacja...*, s. 53–54.

Na tempo i zaawansowanie procesów rozwojowych, w tym kształtowania dorosłości wpływa sposób żywienia oraz jakość spożywanej żywności.

Przekazanie wiedzy i umiejętności z tego zakresu to jedno z wyzwań i celów nie tylko dla edukacji na wszystkich poziomach kształcenia, ale również dla wychowania np. w rodzinie oraz praktyki medycznej.

2.3.3. Problematyka toksykomanii

Słowo toksykomania jest połączeniem słów „toxicum” (trucizna) oraz „mania” (obłąd, szal). Oznacza przyjmowanie substancji chemicznych, mających szkodliwy wpływ na organizm i psychikę człowieka oraz wskazuje na patologiczny charakter przyzwyczajania do przyjmowania szkodliwej substancji¹⁸¹.

Pojęcie toksykomanii wiąże się ściśle z dwoma zjawiskami: nawykiem i nałogiem. Nawykowe nadużywanie substancji jest wtedy, gdy występuje chęć zażycia jej dla osiągnięcia stanu odurzenia (uzależnienie psychiczne). Z nawykiem nie wiąże się konieczność przyjęcia narkotyku, nie ma również rozwoju tolerancji. Objawy po odstawieniu substancji są znikome.

Nałóg z kolei to „nieodparty przymus, nieprzewyciężony popęd nadużywania środka odurzającego (uzależnienie fizyczne), który zmienia procesy metaboliczne”¹⁸². Po odstawieniu substancji pojawia się zespół abstynencyjny w związku z tym, że substancja stała się niezbędna dla zachowania równowagi organizmu.

C. Cekiera określa toksykomanie zarówno jako „nadmierne używanie jak i nałogowe nadużywanie bądź środków leczniczych, lecz nie w celu leczniczym, bądź innych środków naturalnych lub syntetycznych odurzających i nie odurzających. Mogą one działać pobudzająco lub relaksująco, zawsze jednak szkodliwie dla zdrowia i organizmu ludzkiego”¹⁸³. Z definicji tej wynika, iż toksykomania to wszelkie nałogowe zażywanie szkodliwych środków, nie tylko wtedy, gdy mamy już do czynienia z uzależnieniem.

Pojęcie „toksykomanii” można rozumieć dwojako. W szerszym znaczeniu oznacza ona wszelkie zażywanie szkodliwych środków, również wtedy gdy nie przyjmuje ono charakteru nałogu. Natomiast w znaczeniu węższym toksykomania sprowadza się wyłącznie do nałogu. Przykładem takiego rozumienia jest definicja stworzona przez Komisję Ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia, według której „toksykomania” to stan okresowej lub przewlekłej intoksykacji, przynoszący jednostce i społeczeństwu szkodę, wywołany powtarzającym się zażywaniem środka odurzającego lub pobudzającego (naturalnego lub syntetycznego). Stan ten charakteryzuje się następującymi objawami: nieodpartą koniecznością (przy-

¹⁸¹ D. Pstrąg, *Wybrane zagadnienia z problematyki uzależnień*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Rzeszów 2000, s. 13.

¹⁸² B. Janicki, M. Rzepecki, *Substancje uzależniające i dopingujące oraz podstawy ich działania*, Wydawnictwa Uczelniane Uniwersytetu Technologiczno-Przyrodniczego, Bydgoszcz 2009, s. 10.

¹⁸³ C. Cekiera, *Toksykomania, narkomania, lekomania, alkoholizm, nikotynizm*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1985, s. 49.

musem) przyjmowania danego środka, zdobywaniem go wszelkimi możliwymi sposobami, tendencją do zwiększania dawki, psychicznym, a niekiedy fizycznym uzależnieniem od działania tego środka¹⁸⁴.

W definicji tej ukazany jest chroniczny stan toksykomanii, czyli uzależnienie się, przymusowe zażywanie i tendencja do zwiększania dawki.

Toksykomania w Polsce najczęściej dotyczy młodzieży używającej środków toksycznych, odurzających po to, by sprawdzić ich działanie. Z kolei ludzi dorosłych częściej dotyka problem lekomanii, czyli nawykowego używania i nadużywania środków nasennych i uspokajających.

Mówiąc o środkach toksycznych, odurzających, leczniczych można się spotkać z dwoma pojęciami: używanie i nadużywanie.

Używanie środków to przyjmowanie ich zgodnie z zasadami obowiązującymi jednostkę i społeczeństwo. Jest to normalne zachowanie nie budzące ryzyka w związku ze zdrowiem i funkcjonowaniem w społeczeństwie.

Nadużywanie natomiast to nadmierne przyjmowanie środka toksycznego. Przyjmuje się go za dużo, za często, w niewłaściwym czasie i miejscu. Powoduje ono zaburzenie funkcji psychofizycznych (sposrzedzania, oceny). Wyróżnia się nadużywanie nienawykowe lub nawykowe, a także jednorazowe lub nałogowe. Nadużywanie środków może prowadzić do uzależnienia.

Uzależnienie z kolei oznacza „zespół zjawisk psychicznych lub somatycznych wynikających z działania środków odurzających lub substancji psychotropowych na organizm ludzki, charakteryzujący się zmianą zachowania lub innymi reakcjami psychofizycznymi i koniecznością używania stale lub okresowo tych środków lub substancji w celu doznania ich wpływu na psychikę lub dla uniknięcia następstw wywołanych ich brakiem”¹⁸⁵.

M. Jędrzejko i A. Kowalewska uważają, że uzależnienie to „stan przewlekłej choroby, charakteryzujący się okresowymi stanami abstynencji i nawrotów”¹⁸⁶.

Jeśli chodzi o uzależnienia to wyróżnia się trzy typy¹⁸⁷.

Uzależnienie fizyczne polega na tym, że człowiek odczuwa potrzebę brania środka, nabytą poprzez uczenie się. Środek zostaje wbudowany do metabolizmu organizmu i staje się niezbędny do zachowania homeostazy. Nagłe odstawienie środka powoduje zaburzenia u organizmów uzależnionych. Pojawia się wtedy zespół abstynencyjny, charakteryzujący się objawami somatycznymi, takimi jak: zaburzenia układu krążenia, oddechowego i trawienia, pojawia się głód danego środka, drgawki, poty, dreszcze, brak apetytu, bezsenność, wymioty, biegunki. Nasilenie zespołu abstynencyjnego zależy od rodzaju środka narkotycznego, ilo-

¹⁸⁴ C. Cekiera, *Toksykomania...*, s. 49.

¹⁸⁵ B. Janicki, M. Rzepecki, *Substancje uzależniające...*, s. 11.

¹⁸⁶ M. Jędrzejko, A. Kowalewska, *Substancje psychoaktywne a zdrowie – problemy definicyjne i przedmiotowe*, [w:] *Narkomania – zjawisko, zagrożenia*, red. M. Jędrzejko, Akademia Humanistyczna im. Aleksandra Gieysztora, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa–Pułtusk 2008, s. 75.

¹⁸⁷ C. Cekiera, *Toksykomania...*, s. 53.

ści przyjmowanej substancji psychoaktywnej, a także od predyspozycji osobowościowych danego człowieka¹⁸⁸. Z uzależnieniem fizycznym związane jest zjawisko tolerancji, polegające na coraz to większej odporności organizmu na działanie środków uzależniających w miarę czasu ich używania.

Uzależnienie psychiczne charakteryzuje się różnym stopniem pragnienia przyjmowania danego środka. Stopień ten może oznaczać zwykle pragnienie, które można łatwo opanować, lecz może to być również pożądanie, a nawet żądza i przymus brania. Uzależnienie psychiczne związane jest z trzema okolicznościami. Pierwszą jest czas, czyli przyjmowanie środka o konkretnej porze dnia. Kolejna to grupa, w której zażywa się środki. Ostatnia – zwyczaj, czyli rytuał brania czy sposób zażywania. W tym rodzaju uzależnienia po odstawieniu nie ma objawów abstynencyjnych, występuje tylko złe samopoczucie i ogólne podniecenie.

Uzależnienie społeczne związane jest z przyjmowaniem środków toksycznych w grupie ludzi. Istotą jest tutaj bardzo silne uzależnienie od grupy. Z przynależnością do grupy wiąże się przyjmowanie zasad w niej panujących. Jeżeli więc grupa bierze środki, to jednostka również.

Środek odurzający to kolejne określenie spotykane w lekturze literatury dotyczącej toksykomanii. A. Latka i W. Gąsiorowski określają środek odurzający jako: „każdą substancję, która obniżając lub podwyższając pobudliwość ośrodkowego układu nerwowego, wywołuje przymus stałego jej przyjmowania, zależność fizyczną i psychiczną od działania środka oraz powoduje szkodliwe następstwa dla zdrowia fizycznego i psychicznego”¹⁸⁹.

Z toksykomanią wiąże się również termin środek psychotropowy. Jest nim „każda substancja pochodzenia naturalnego, bądź syntetycznego, działająca na ośrodkowy układ nerwowy, umieszczona w wykazie środków odurzających, a także w wykazie środków psychotropowych, ustalonych przez Ministra Zdrowia”¹⁹⁰.

Substancje psychotropowe z kolei to termin, który został wprowadzony do Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób w 1992 roku. Zgodnie z definicją substancja psychotropowa to „substancja, która po przyjęciu wpływa na procesy umysłowe, np. procesy poznawcze lub nastroj”¹⁹¹.

Substancje psychoaktywne to „substancje zmieniające świadomość. Oddziałują one na ośrodkowy układ nerwowy człowieka, wpływając na myślenie, emocje, sen, apetyt, sferę seksualną, stosunki społeczne, a także inne aspekty ludzkiego funkcjonowania. Powodują przytłumienie przeżywanych emocji, zmiany nastro-

¹⁸⁸ O. Mejer-Zahorowski, *Narkomani*, Centrum Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa 1996, s. 7.

¹⁸⁹ A. Latka, W. Gąsiorowski, *Narkotyki – podstawowe rodzaje i opis*, Biuro ds. Narkomanii, Warszawa 1997, s. 63.

¹⁹⁰ O. Mejer-Zahorowski, *Narkomani...*, s. 7.

¹⁹¹ M. Jędrzejko, K. Piórkowska, *Leksykon narkomanii*, Wyższa Szkoła Humanistyczna, Pułtusk 2004, s. 155.

ju, zniekształcenie odbioru otaczającej rzeczywistości i samego siebie”¹⁹². Pod wpływem tych substancji człowiek może poczuć się inaczej, tj. przeżywać przyjemne i intensywne emocje, pozbyć się trosk i kłopotów, przełamać opór i zahamowanie, podnieść swoją samoocenę itp.

Typy współczesnej toksykomanii

W związku z dużą różnorodnością przyjmowanych substancji odurzających wyróżnia się różne formy toksykomanii. Najbardziej znane to: nikotynizm, alkoholizm, lekomania, narkomania.

Nikotynizm to uzależnienie wykazujące największy stopień akceptacji społecznej.

Uzależnienie od nikotyny określa się jako zespół objawów zachowania, fizjologicznych, a także zmian w procesach poznawczych, jakie pojawiają się w wyniku wielokrotnego zażywania środka. Człowiek uzależniony odczuwa silną potrzebę przyjmowania środka, ma trudności w kontrolowaniu tego zachowania. Przyjmuje substancję, mimo iż ma ona szkodliwe działanie. Przyjmowanie środka jest ważniejsze niż zobowiązania i inne zajęcia oraz związane jest ze zwiększoną tolerancją i możliwością wystąpienia objawów zespołu abstynencyjnego¹⁹³. Nikotyna jest bardzo silną trucizną. Kropla czystej nikotyny jest dawką śmiertelną. Jest to substancja, której szkodliwy wpływ może ujawnić się dopiero po kilku lub nawet kilkunastu latach czynnego palenia. Nikotyna używana doraźnie działa na człowieka pobudzająco.

Alkohol należy do najstarszych i najbardziej rozpowszechnionych nałogów niemal na całym świecie. Alkoholizm w podejściu klinicznym i psychologicznym traktuje się jako szczególny przypadek narkomanii tolerowanej, zaliczanej przez tradycję do używek.

Alkoholizm to termin, którym oznacza się „chorobę, która jest jedną z konsekwencji nadużywania alkoholu, czyli spożywania tej substancji w sposób powodujący negatywne, a w dalszych fazach dramatycznie bolesne konsekwencje zarówno dla pijącego alkohol, jak i dla jego najbliższego środowiska”¹⁹⁴.

Alkohol wywołuje uzależnienie fizyczne, psychiczne, społeczne i zjawisko tolerancji. W przypadku nagłego odstawienia alkoholu pojawia się zespół abstynencyjny (drżenie, pocenie się, wymioty, wzrost temperatury). Uzależnienie od alkoholu prowadzi początkowo do degradacji życia psychicznego, moralnego, duchowego, a na końcu do degradacji fizycznej. Alkoholizm jest chorobą chroniczną, nieuleczalną i nieodwracalną. Nie da się jej całkowicie wyleczyć. Natomiast nieleczony alkoholizm prowadzi do śmierci.

¹⁹² K. Zajączkowski, *Uzależnienia od substancji psychoaktywnych*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2003, s. 7.

¹⁹³ Ibidem, s. 25.

¹⁹⁴ M. Dziewiecki, *Nowoczesna profilaktyka uzależnień*, Jedność, Kielce 2009, s. 42.

Kolejną formą toksykomanii jest lekomania. Lekomania (farmakomania) to zjawisko nadużywania leku lub leków polegające na stosowaniu danej substancji chemicznej (lub kilku) przez dłuższy czas. Leki stosuje się dla korzyści płynących z ich właściwego działania lub dla działań nieadekwatnych do potrzeby¹⁹⁵.

Z lekomanią wiąże się termin zależność lekowa, psychiczna i fizyczna. Zależność lekowa jest stanem organizmu, który wynika z dłuższego stosowania leku, powodującego zmianę procesów psychicznych oraz (lub) somatycznych. Zależność lekowa może występować w dwóch postaciach: lżejszej, zwanej przyzwyczajeniem oraz cięższej, która jest nałogiem.

Zależność psychiczna przejawia się nieodpartą potrzebą odczuwania efektów działania danej substancji (np. uspokojenia, poprawy samopoczucia). Wraz ze wzrostem tolerancji substancji dochodzi do zwiększania jej dawki oraz potrzeby jej zdobywania bez względu na ponoszone straty (finansowe, moralne).

Zależność fizyczna jest wynikiem uczestnictwa substancji w procesach ustrojowych, przez co staje się ona niezbędna dla prawidłowego przebiegu danych przemian. Często objawy uzależnienia psychicznego i fizycznego są ze sobą silnie powiązane. Sumę tych zmian związanych również z odstawieniem środków psychoaktywnych, właściwych dla danego środka, określa się mianem zespołu abstynencyjnego, a jego wystąpienie jest dowodem potwierdzającym uzależnienie.

Zgodnie z zaleceniami Komitetu Ekspertów ds. zależności lekowej, istniejącego przy Światowej Organizacji Zdrowia, należy używać trzech terminów, które jednocześnie określają etapy prowadzące do lekomanii:

- „używanie leków – przyjmowanie preparatów medycznych niezgodnie z ich przeznaczeniem lub przyjmowanie bez zaleceń lekarza,
- nadużywanie leków – gdzie pojawia się już zależność psychiczna od używanego środka,
- lekozależność – gdzie obok zależności psychicznej pojawia się zależność fizyczna”¹⁹⁶.

Następną powszechną formą toksykomanii jest narkomania. Narkomania to „patologiczne zjawisko społeczne, uzależnienie spowodowane krótszym lub dłuższym zażywaniem leków (głównie przeciwbólowych środków narkotycznych) albo innych środków uzależniających (narkotyki, leki uzależniające i psychotropowe)”¹⁹⁷.

Cechą charakterystyczną narkomanii jest konieczność przyjmowania środka odurzającego, tendencja do ciągłego zwiększania dawki oraz uzależnienie fizyczne i psychiczne. Po przestaniu zażywania występują objawy abstynencyjne, które mogą doprowadzić nawet do śmierci.

¹⁹⁵ M. Jędrzejko, *Człowiek i uzależnienia*, Akademia Humanistyczna im. Aleksandra Gieysztorra, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Pułtusk–Warszawa 2010.

¹⁹⁶ *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku. Tom III (M–O)*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2004, s. 487.

¹⁹⁷ <http://portalwiedzy.onet.pl/45620,,,narkomania,haslo.html> (dostęp: 10.10.2011).

Narkomania rozwija się zazwyczaj w wyniku wielokrotnego zażywania środka uzależniającego, chociaż w niektórych przypadkach może się rozwinąć po jednorazowej dawce (zażycie kokainy, heroiny). W krótkim okresie przyczynia się do poważnych zmian psychicznych objawiających się pod postacią obniżenia uczuciowości wyższej, degradacji społecznej, zaburzeń krytycyzmu, osłabienia woli. Często prowadzi do działań przestępczych.

2.3.4. Przyczyny sięgania po środki toksyczne

Poszukiwaniem przyczyn zjawiska toksykomanii zajmowali się przedstawiciele różnych dyscyplin naukowych, a przede wszystkim: medycyny, psychologii, pedagogiki.

Zróznicowane czynniki etiologiczne zdecydowały o interdyscyplinarnym charakterze tej problematyki. Przez etiologię toksykomanii rozumie się „wszystkie uwarunkowania zewnętrzne, przyczyny środowiskowe oraz wewnętrzne racje psychologiczne, które mogły wyzwać skłonność do toksykomanii, pobudzić do niej”¹⁹⁸. Reprezentanci wymienionych wyżej dyscyplin naukowych próbują wyjaśnić przyczyny, symptomy oraz mechanizmy, które skłaniają do sięgania po środki toksyczne.

Medycyna, jako pierwsza z dyscyplin, w swoich koncepcjach każdego toksykomana traktuje jak osobę chorą. Przyczyny uzależnienia znajduje we właściwościach zarówno przyjmowanego środka, jak i organizmu osoby uzależnionej.

A.T. Ramsey jest zdania, że analizując przyczyny toksykomanii trzeba zwracać przede wszystkim uwagę na:

- „efekty farmakologiczne działania środka i jego zdolność do wywoływania stanów euforii oraz przykre objawy zespołu odstawienia, prowadzące do ciągłego stosowania środka,
- czynniki genetyczne,
- czynniki wzmacniające, związane z warunkowaniem i agresją,
- czynniki fizjologiczne”¹⁹⁹.

Najważniejszą rolę, wśród właściwości uzależniających znajdujących się w leku, odgrywają: skład chemiczny, działanie fizjologiczne i terapeutyczne, wpływ na metabolizm, stopień toksyczności, poziom tolerancji, wielkość stosowanej dawki, a także sposób i częstotliwość zażywania. Jeżeli chodzi o początek choroby, to dużą rolę odgrywają tutaj przyczyny osobnicze. W ich skład wchodzi uwarunkowania i zadatki genetyczne, fizjologiczne oraz czynniki tkwiące w osobowości²⁰⁰.

¹⁹⁸ D. Pstrąg, *Wybrane zagadnienia...*, s. 22.

¹⁹⁹ A.T. Ramsey, *Zależność od opiatów*, [w:] *Biologiczne podstawy zaburzeń psychicznych*, red. A. Frazer, A. Winokur, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1982, s. 210–211.

²⁰⁰ *Ibidem*, s. 211.

Lekarze przypisują coraz większą rolę czynnikom genetycznym w procesie powstawania uzależnień. Stwierdzono również, że znaczącą rolę w powstawaniu uzależnienia odgrywają uwarunkowania psychologiczne i społeczne (osobowość jednostki, jej środowisko społeczne).

Psychologia to kolejna z dyscyplin poszukująca przyczyn toksykomanii. Jak zakłada model psychologiczny, uzależnienia są przejawem psychopatologii jednostki, natomiast przyjmowanie środków odurzających to przejaw adaptacyjnych i obronnych mechanizmów osobowości.

Twórcy teorii uzależnień uważają, że „uzależnienie jest wynikiem interakcji pomiędzy stłumionymi lub nieświadomymi procesami umysłowymi a wydarzeniami zewnętrznymi”²⁰¹. Próbuje wyjaśnić przyczynę sięgania po narkotyki, interpretując fakt brania na dwa sposoby. Pierwszym jest powrót do niespełnionych okresów rozwoju psychoseksualnego, drugim połączenie brania narkotyków z defektami w strukturze osobowości.

Jeżeli chodzi o koncepcje psychologiczne mówiące o etiologii toksykomanii, to do najpowszechniejszych zalicza się teorię behawioralną i psychoanalityczną²⁰².

Teoria behawioralna traktuje toksykomanie jako zachowanie wyuczone. Uczenie się przebiega na zasadzie warunkowania klasycznego i instrumentalnego, wspomaganego wzmocnieniami pozytywnymi (nagrodami) lub negatywnymi (karami). Nagrody w przypadku toksykomanii wiążą się najczęściej z czynnikami społecznymi lub psychofarmakologicznymi.

Czynnikiem społecznym jest przede wszystkim grupa ludzi, do której toksykoman należy, a wzmocnieniem jest tutaj zaspokojenie potrzeby przynależności. Czynniki farmakologiczne redukują napięcie bądź usuwają nieprzyjemne objawy natury fizjologicznej lub psychicznej.

Teoria psychoanalityczna źródeł toksykomanii poszukuje w okresie wczesnego dzieciństwa. Obserwacji poddano patologiczne stosunki pomiędzy matką a dzieckiem przy biernej postawie ojca. Stwierdzono, że gdy stosunek matki do dziecka jest odrzucający i jednocześnie akceptujący, wtedy jej miłość ma charakter werbalny a nie czynnościowy, cechuje ją nadtroskliwość, spełnia zachcianki dziecka i pozwala mu na dużą swobodę. U takich dzieci zahamowaniu ulega funkcja „ego”, a nadmiernie rozwija się „superego”. Pojawia się zależność oralna przejawiająca się między innymi odreagowywaniem napięć psychicznych za pomocą używek: narkotyków, alkoholu, nikotyny. W życiu dorosłym, gdy dochodzi do starcia się z rzeczywistością, dziecko, którego wszystkie zachcianki były spełniane doznaje rozczarowania oraz unika aktywności, gdyż boi się porażki. Pojawia się poczucie bezradności, a substancje toksyczne stają się środkiem umożliwiającym powrót do szczęśliwego okresu dzieciństwa²⁰³.

²⁰¹ W. Bożejewicz, *Wybrane problemy teorii uzależnień*, [w:] *Narkomania – zjawisko, zagrożenia...*, s. 40.

²⁰² D. Pstrąg, *Wybrane zagadnienia...*, s. 27.

²⁰³ *Ibidem*, s. 29.

Z. Thille i L. Zgirski proponują inną koncepcję etiologii toksykomanii. Uważają, że główną rolę odgrywa stan psychiczny człowieka zarówno przed, jak i w czasie przyjmowania środka. Konflikty rodzinne, niepowodzenia szkolne i zawodowe, problemy erotyczne, negatywne zjawiska społeczno-kulturowe i inne powodują powstanie reakcji nerwicowej. Ta z kolei objawia się napięciem psychicznym, przygnębieniem, lękiem, frustracją, poczuciem beznadziejności powodującym rozpacz oraz utratę poczucia własnej wartości i szacunku dla samego siebie. Reakcja nerwicowa w szczególnym stopniu predysponuje do powstawania uzależnienia, w związku z czym nazywana jest „stanem przednałogowym”. Jej objawem jest tzw. „reakcja ucieczki” – ucieczka farmakologiczna polegająca na zażyciu środka odurzającego²⁰⁴.

Na jeszcze inny aspekt zwraca uwagę S. Górski. Pisze on o stanie psychiki u młodzieży w czasie dorastania. Okres dojrzewania jest czasem buntu, agresji, różnych nieporozumień z rodzicami i dorosłymi. To także czas marzeń i niedojrzałych zachowań emocjonalnych. Wszystkie te zjawiska stanowią dla młodych ludzi czynnik stresogenny, gdyż powodują przykre odczucia, niezadowolenie z siebie, poczucie winy. Stąd też okres dojrzewania stanowi podatny grunt dla rozwoju uzależnień, gdy młody człowiek zauważy, że środek odurzający łagodzi wszelkie nieprzyjemne doznania²⁰⁵.

Pedagogika również zajmuje się poszukiwaniem przyczyn toksykomanii. W jej ujęciu człowieka uzależnionego uznaje się za dewianta społecznego, natomiast przyczyn upatruje się w nieprawidłowym przebiegu procesu socjalizacji dzieci i młodzieży²⁰⁶.

W ujęciu pedagogicznym wskazuje się na nieprawidłowe funkcjonowanie rodziny jako na czynnik odgrywający podwójną rolę w etiologii uzależnień:

- może być przyczyną ukształtowania się typu osobowości podatnej na uzależnienie, poprzez identyfikację z uzależnionymi rodzicami i realizowanie norm i zasad postępowania wyznaczonych przez rodziców,
- zjawiska negatywne występujące w rodzinie mają silne działanie stresujące, co często staje się przyczyną sięgania po środek odurzający.

Pedagodzy przypuszczają również, iż rozpad rodziny jest jednym z istotniejszych czynników, jakie wpływają na proces wykołajenia społecznego dzieci i młodzieży.

Kolejną z przyczyn jest alkoholizm rodziców. Wywołuje złą atmosferę wychowawczą i wpływa na zaburzenia w rozwoju psychicznym dzieci, w kształtowaniu się ich osobowości oraz wzorów zachowania.

Wskazuje się także na brak konsekwencji i spójności w procesie wychowawczym matki i ojca, które charakteryzują się krańcowo odrębnymi postawami

²⁰⁴ Z. Thille, L. Zgirski, *Toksykomanie. Zagadnienia społeczne i kliniczne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1976, s. 36–45.

²⁰⁵ S. Górski, *Uwaga rodzice – narkomania*, IWZZ, Warszawa 1985, s. 29.

²⁰⁶ D. Pstrąg, *Wybrane zagadnienia...*, s. 31.

wychowawczymi. Może stać się to przyczyną stanów agresji, niekorzystnych nastawień emocjonalnych, powodujących więcej sytuacji frustrujących czy traumatyzujących. Niekonsekwentne wychowywanie może być powodem wielu porażek dziecka, ponieważ mimo starań nie jest w stanie spełnić zmieniających się oczekiwań rodziców. Przy braku pomocy i akceptacji ze strony rodziców, dziecko takie traci wiarę we własne siły, staje się mniej aktywne, ma niską samoocenę.

W pedagogice koncepcje dotyczące etiologii toksykomanii skupiają się głównie na wpływie środowiska rodzinnego. Szczególnie zwraca się uwagę na: „strukturę rodziny, życie rodziców, znamiona przestępczości lub innych form patologii w rodzinie, stan opieki nad dziećmi, metody wychowawcze, więzi rodzinne i atmosferę życia, poziom wykształcenia rodziców, ich pozycję społeczną, stan zdrowia i właściwości osobowościowe, warunki kulturalne i materialne rodziny, postawy rodziców wobec ogólnie przyjętych norm i systemu wartości własnych dzieci”²⁰⁷.

Poza rodziną również środowisko szkolne może wywierać zły wpływ na rozwój osobowości dzieci i młodzieży. Niedostosowanie programów szkolnych do potrzeb i zainteresowań dzieci, formalizm, stresujące metody kontroli wiadomości, ograniczanie samodzielnego myślenia itp., to zjawiska decydujące o patogenym charakterze szkoły. Dla wielu uczniów są to czynniki wysoce stresogenne, powodujące stany frustracji i prowadzące do niekorzystnych zmian osobowościowych: obniżenia samooceny i aspiracji, poczucia mniejszej wartości, ograniczenia potrzeb poznawczych, negatywnego stosunku do innych ludzi i życia społecznego. Z kolei tego typu postawy życiowe niewątpliwie sprzyjają powstawaniu uzależnień.

Kolejnym czynnikiem, który może wpływać niekorzystnie na jednostkę jest grupa. Zdaniem W. Bożejewicz „na jednostkę żyjącą w danym społeczeństwie działają liczne determinanty, a ich nośnikiem jest zawsze grupa do której ona przynależy”²⁰⁸.

Relacje oraz więzi jednostki z grupą mają znaczenie decydujące i rozstrzygają o jej moralnej postawie. Identyfikacja emocjonalna z grupą oraz dążenie do akceptacji ze strony jej członków sprawia, że grupa staje się przekąźnikiem norm i wartości wspólnych dla grupy, którym jednostka całkowicie ulega. „Często dewiacyjny charakter takiej grupy, przekłada się na dewiacyjne zachowania jednostek, które z tych czy innych względów sięgają po narkotyki, chcąc się całkowicie zintegrować z daną grupą”²⁰⁹.

Tak więc podsumowując, można wyróżnić następujące przyczyny sięgania po środki toksyczne²¹⁰:

²⁰⁷ Ibidem, s. 36.

²⁰⁸ W. Bożejewicz, *Wybrane problemy teorii...*, s. 54.

²⁰⁹ Ibidem.

²¹⁰ D. Pstrąg, *Wybrane zagadnienia...*, s. 43.

- przyczyny biopsychiczne – choroby somatyczne i dolegliwości z nimi związane (ból, zmęczenie, bezsenność), wysoka indywidualna podatność na uzależnienie od danego środka, trudności emocjonalne, słaba odporność na stres, zaburzenia osobowości, uszkodzenie mózgu,
 - przyczyny psychospołeczne – brak zaspokojenia potrzeb psychicznych (akceptacji, bezpieczeństwa, afiliacji) lub trudności w ich zaspokajaniu z powodu dysfunkcyjności rodziny, szkoły, niepowodzenia życiowe,
 - przyczyny kulturowe – dostępność środków toksycznych, moda na ich używanie, dążenie do uzyskania przyjemnych doznań, przynależność do subkultury młodzieżowej lub grupy narkomanów, brak rozrywek, perspektyw życiowych, chęć eksperymentowania, sprzeciw wobec wartości narzucanych przez innych.
- Istnieje wiele podziałów środków odurzających i substancji psychoaktywnych. Najbardziej powszechnymi podziałami są zaproponowane przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) oraz Amerykańską Agencję Antynarkotykową (DEA).

WHO substancje psychoaktywne dzieli na²¹¹:

- opiaty (morfina, heroina, polski kompot),
- kokaina, crack,
- marihuana, haszysz,
- psychostymulatory (amfetamina, ekstazy),
- barbiturany i benzodiazepiny (leki nasenne i uspakajające),
- halucynogeny (grzyby halucynogenne, LSD),
- alkohol,
- nikotyna,
- środki lotne – kleje,
- inne środki zmieniające świadomość.

Poniżej przedstawione zostaną informacje o poszczególnych środkach toksycznych, które wchodzą w zakres podjętych i wykonanych przez autora badań.

2.3.5. Picie alkoholu a zdrowie

Alkoholami nazywana jest grupa organicznych związków chemicznych, pochodnych węglowodorów, do której obok alkoholu etylowego należą metanol, propanol, butanol itd.

Alkohol jest najstarszą i najbardziej popularną substancją chemiczną zażywaną przez ludzi w celu bezpośredniego uzyskiwania pożądaných efektów psychologicznych – wzbudzenia specyficznych stanów emocjonalnych, zmiany stanu świadomości i sposobu myślenia oraz zmiany zachowania. Zażywanie tej substancji wiąże się z ryzykiem powstawania zaburzeń emocjonalnych, poznawczych i be-

²¹¹ K. Marciniak, *Etymologia i charakterystyka narkotyków*, [w:] *Narkotyki – organizacja przestępczości i systemy przeciwdziałania*, red. K. Rączkowski, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2009, s. 141.

hawioralnych oraz szkód biologicznych, które mogą poważnie zagrozić życiu oraz zdrowiu osoby pijącej, a także destrukcyjnie wpływać na jej najbliższe otoczenie²¹².

Do celów konsumpcyjnych wykorzystywany jest tylko alkohol etylowy, który spożywany jest pod różnymi postaciami (wódka, koniaków, whisky, wina i piwa), pozostałe alkohole są związkami dużo bardziej szkodliwymi dla organizmu człowieka²¹³.

Alkohol etylowy (C_2H_5OH) to bezbarwny płyn o ostrym zapachu i piekącym smaku, powstaje z fermentacji cukrów zwartych w roślinach np. owocach, ziemniakach czy burakach cukrowych. Jest substancją hydrofilną, łatwo mieszająca się z wodą. Właściwość ta sprawia, że alkohol przenika do krwi i płynów tkankowych, a szybkość wchłaniania zależy głównie od jego stężenia²¹⁴, które wynosi w: spirytusie 95%, wódce ok. 40%, winie ok. 12%, piwie ok. 5%. Stężenia alkoholu we krwi jest miarą służącą do oceny wpływu alkoholu etylowego na człowieka, używając tego wskaźnika ustala się stopień nietrzeźwości danej osoby²¹⁵. W normalnych warunkach w organizmie człowieka występuje alkohol fizjologiczny, w stężeniu nieprzekraczającym 0,15 promila²¹⁶.

Alkohol oddziałuje na przebieg różnych procesów psychicznych, im większe stężenie alkoholu we krwi człowieka, tym poważniejsze konsekwencje następują w procesach myślenia, zachowania i reagowania. Alkohol zaczyna oddziaływać na organizm człowieka po paru minutach od spożycia. Przedostaje się do krwioobiegu i za jego pośrednictwem dociera do prawie wszystkich tkanek, w tym do mózgu i kory mózgowej, przetwarzającej sygnały wpływające na zachowanie człowieka. Osoba pod wpływem alkoholu odczuwa rozluźnienie, dobry humor, beztroskę, jednocześnie przytłumieniu ulegają negatywne emocje. Wraz ze wzrostem stężenia alkoholu we krwi następuje głębsze jego wnikanie w różne obszary mózgu, co u niektórych osób wywołuje senność, a u innych powoduje wzrost agresji (konflikty, bójkę). W sytuacji, kiedy określony poziom alkoholu we krwi zostanie znacznie przekroczony, przestaje prawidłowo funkcjonować część mózgu odpowiedzialna za oddychanie i pracę serca, dochodzi do nieodwracalnego ostrego zatrucia organizmu, efektem czego może być niewydolność krążeniowo-oddechowa, a w następstwie zgon²¹⁷.

Stężenie alkoholu we krwi osiąga swój szczyt w ciągu 30–45 minut od momentu spożycia. Proces metabolizmu alkoholu jest wolniejszy niż proces wchła-

²¹² J. Mellibruda, *Ludzie z problemami alkoholowymi*, Centrum Rozwoju Służb Społecznych, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1996, s. 4.

²¹³ B.T. Woronowicz, *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Media Rodzina, Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, Poznań–Warszawa 2009, s. 51.

²¹⁴ A. Markiewicz, *Środki odurzające a młodzież. Konspekty dla nauczycieli i lektorów*, Zakład Wydawniczo-Handlowy Materiałów Szkolno-Oświatowych Wiem Wszystko, Koszalin 2002, s. 35.

²¹⁵ K. Zajączkowski, *Uzależnienia od substancji psychoaktywnych*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2003, s. 26–27.

²¹⁶ B.T. Woronowicz, *Uzależnienia...*, s. 51.

²¹⁷ K. Zajączkowski, *Uzależnienia od substancji...*, s. 27–28.

niania²¹⁸. Małe ilości alkoholu wydalane są z organizmu w postaci niezmienionej wraz z potem, moczem i wydychanym powietrzem²¹⁹. „Zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu jest w stały i dający się określić sposób uzależniona od stężenia alkoholu we krwi. Związek ten jest podstawą działania analizatorów oddechu”²²⁰. W ten sposób wydostaje się z organizmu do 5% spożytego alkoholu, reszta ulega chemicznym przemianom. Proces prowadzący do rozkładu alkoholu to metabolizm. Do niedawna uważano, że wątroba jest jedynym organem produkującym enzymy potrzebne w metabolicznych przemianach alkoholu. Najnowsze badania dowiodły, iż jeden z enzymów odpowiedzialnych za rozkład alkoholu jest wytwarzany również przez komórki, które wyściełają ściany żołądka, chociaż w mniejszej ilości. Poziom produkcji enzymu w żołądku zależny jest od płci, u kobiet jest go znacznie mniej, w związku z czym większa część alkoholu wypitego przez kobiety musi być zmetabolizowana w wątrobie. W przypadku alkoholu szybkość metabolizmu jest stała, przeciętna szybkość wydalania alkoholu wynosi około 10 gramów czystego etanolu na godzinę, co odpowiada 25 gramom wódki (mały kieliszek), stu mililitrom wina (lampka) lub 250-gramowej puszcze piwa²²¹.

Alkoholizm jest chorobą, która dotyka nie tylko osobę uzależnioną, ale także ludzi z najbliższego otoczenia, zwłaszcza członków rodziny pijącego, których niekiedy nazywa się osobami współuzależnionymi.

Jak do tej pory nie znaleziono odpowiedzi na pytanie nurtujące wiele ludzi: dlaczego ludzie piją? J. Szczepański uważa, że ludzie piją z chęci ucieczki od rzeczywistości, z przyczyn ceremonialnych, w związku z zabawą, dla dodania sobie odwagi oraz nałogowo.

Badacze wyróżniają trzy najczęściej spotykane motywy picia:

- ucieczkowe – w celu zapomnienia o kłopotach, zredukowania napięcia, poprawy nastroju i odprężenia się,
- społeczne – dla towarzystwa, z uprzejmości, z jakiejś okazji,
- w poszukiwaniu przyjemności – np. dla smaku alkoholu czy też z przekonania o jego zdrowotnych efektach działania.

Alkoholizm stanowi jeden z najpoważniejszych problemów społecznych. Alkoholizm jako choroba został opisany w Polsce już w 1882 roku przez A. Rothe, który stwierdził, że jest to choroba umysłowa, a nie przestępstwo obyczajowe, tak więc nie powinno stosować się kar wobec alkoholików, lecz należy umieszczać ich w szpitalach psychiatrycznych w celu leczenia ich.

Z. Korzeniowski nazywa alkoholizmem nadmierne, częste, w znacznych ilościach i od dłuższego czasu spożywanie napojów alkoholowych, przy czym spo-

²¹⁸ B.T. Woronowicz, *Uzależnienia...*, s. 51.

²¹⁹ J. Kinney, G. Leaton, *Zrozumieć alkohol*, Wydawnictwo PARPA, Warszawa 1996, s. 48.

²²⁰ Ibidem, s. 48.

²²¹ Ibidem, s. 48–50.

żywanie to prowadzi do uszkodzenia stanu zdrowia danej jednostki, do obniżenia jej zdolności do pracy, poczucia obowiązkowości, degradacji w społeczeństwie²²².

Alkoholizm to zaspokajanie nieodpartej potrzeby picia alkoholu i całokształt wywołanych długotrwałym systematycznym nadużywaniem alkoholu zmian psychicznych i somatycznych. Łączy się z tym zmniejszenie poczucia odpowiedzialności, krytycyzmu, zdolności planowania i przewidywania, zainteresowania bliskimi osobami i inne²²³.

W literaturze przedmiotu spotykamy różne sposoby definiowania uzależnienia. Według Światowej Organizacji Zdrowia „uzależnienie to psychiczny i fizyczny stan wynikający z interakcji między żywym organizmem, a substancją chemiczną (alkoholem, nikotyną, narkotykami, lekami) charakteryzujący się zmianami i innymi reakcjami, do których należy konieczność przyjmowania danej substancji w sposób ciągły lub okresowy, w celu doświadczenia jej wpływu na psychikę, lub by uniknąć przykrych objawów towarzyszących brakowi substancji”²²⁴.

Według M. Kellera „alkoholizm jest przewlekłą chorobą, która objawia się powtarzającym się, zwracającym uwagę piciem, prowadzącym do uszkodzenia zdrowia pijącego lub do upośledzenia jego społecznego czy ekonomicznego funkcjonowania”²²⁵.

Przyczyny alkoholizmu jako zjawiska społecznego, psychologicznego i klinicznego należy upatrywać w uwarunkowaniach socjologicznych, osobowościowych, organicznych, a nawet chemicznych i genetycznych²²⁶.

Według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, opracowanej przez Światową Organizację Zdrowia, o uzależnieniu od alkoholu można mówić wówczas, gdy stwierdzono występowanie co najmniej trzech z poniższej listy objawów, przez jakiś czas w ciągu ostatniego roku lub utrzymywanie się ich przez okres jednego miesiąca:

- silne pragnienie („głód”) lub poczucie przymusu picia alkoholu,
- subiektywne przekonanie o mniejszej możliwości kontrolowania zachowań związanych z piciem alkoholu, czyli trudności w powstrzymaniu się od picia, kontrolowaniu długości picia, kontrolowaniu ilości wypijanego alkoholu,
- obecność fizjologicznych objawów zespołu abstynencyjnego występujących po przerwaniu lub zmniejszeniu ilości wypijanego alkoholu albo picie alkoholu ze świadomością, że objawy odstawienia ulegną złagodzeniu,
- wzrost tolerancji na alkohol,

²²² M. Buksakowski, *Badania katamnesticzne nad wynikami leczenia odwykowego alkoholików*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1974, s. 11.

²²³ M. Ochmański, *Wpływ alkoholizmu rodziców na poziom inteligencji i przystosowanie ich dzieci do nauki szkolnej*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1981, s. 61.

²²⁴ K. Zajączkowski, *Uzależnienia od substancji...*, s. 39–40.

²²⁵ J. Kinney, G. Leaton, *Zrozumieć...*, s. 62–63.

²²⁶ S. Kozak, *Patologie wśród dzieci i młodzieży. Leczenie i profilaktyka*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2007, s. 81.

- postępujące zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności lub dotychczasowych zainteresowań na rzecz zdobywania alkoholu, picia oraz odwracania następstw picia alkoholu,
- picie alkoholu pomimo szkodliwych następstw (fizycznych, psychicznych, społecznych), o których wiadomo, że mają związek z piciem alkoholu.

Choroba alkoholowa nie powstaje w ciągu jednego tygodnia, to proces ciągnący się latami. W ciągu tych lat można wyodrębnić poszczególne fazy.

Bohdan T. Woronowicz w oparciu o propozycje Glatta i Jellinka przedstawił następujące fazy uzależnienia od alkoholu:

- Faza dyskomfortu – charakteryzuje ją picie okolicznościowe i towarzyskie, nieudane próby naturalnego radzenia sobie z dyskomfortem psychicznym (fizycznym), picie alkoholu z braku umiejętności życia w zgodzie z samym sobą lub/i z otoczeniem lub z nadmiernego zapotrzebowania na pobudzenie (stymulację).
- Faza ostrzegawcza – w której następuje „oślnienie” – uświadomienie sobie, że alkohol wpływa korzystnie na samopoczucie, powtarzające się próby radzenia sobie z dyskomfortem za pomocą alkoholu (pierwszy krok do zależności psychicznej), szukanie okazji do picia (uszkodzenie kontroli nad częstotliwością picia), wyprzedzanie kolejek i upijanie się (uszkodzenie kontroli nad ilością spożytego alkoholu), wzrost tolerancji na alkohol, palimpsesty alkoholowe („przerwy w życiorysie”, „urwane filmy”), unikanie rozmów na temat picia, usprawiedliwianie swojego picia, podejmowanie „cichych” prób ograniczenia picia.
- Faza krytyczna – w fazie tej alkohol staje się stopniowo głównym regulatorem samopoczucia, czyli picie w celu uzyskania ulgi, redukcji napięcia, niepokoju, lęku itp. lub dla uzyskania pobudzenia, narasta upośledzenie kontroli nad piciem (częstotliwość, ilość, sytuacje), osoba ukrywa picie (picie w samotności), dochodzi do nieporozumień i konfliktów w rodzinie, padają obietnice, przyrzeczenia i przysięgi abstynencji oraz prowadzenie auta po spożyciu alkoholu, problemy w pracy itp. (uszkodzenie kontroli sytuacji).
- Faza przewlekła – cechuje ją systematyczne korzystanie z pomocy alkoholu, odczuwanie „głodu” alkoholowego, występowanie objawów odstawiennych (zaczęła się zależność fizyczna), picie ze świadomością, że objawy abstynencyjne ustąpią, picie „ciągami”, alkohol stopniowo wypiera dotychczasowe źródła przyjemności, przystosowanie się do swojej choroby (unikanie konsekwencji, manipulowanie otoczeniem, zmiana stylu życia, zachowań, systemu wartości i przekonań, zmiana towarzystwa, rezygnacja z aktywności kolidujących z piciem), picie staje się najważniejszą rzeczą w życiu, nieregularne odżywianie się, narastanie konfliktów rodzinnych, zaniedbywanie swojego wyglądu, zaburzenia seksualne, podejrzewanie o zdrady, a później urojenie niewierności małżeńskiej, utrata zdolności racjonalnego planowania, działania i rozwiązywania problemów, narastająca dezorganizacja życia, picie przestaje przynosić

ulgę, problemy z wypełnianiem ról społecznych, osłabienie zasad moralnych (m.in. konflikty z prawem), spadek tolerancji na alkohol, narastanie problemów ze zdrowiem fizycznym, psychozy alkoholowe, padaczka alkoholowa, „wypadanie” z normalnego życia (rozpad rodziny, utrata pracy). B. Woronowicz wskazuje, iż osoba pijąca alkohol nie musi przejść przez wszystkie cztery etapy uzależnienia, ale już od fazy ostrzegawczej może w każdej chwili podjąć leczenie lub pójść na spotkanie AA²²⁷.

Kończąc rozważania na temat rozwoju uzależnienia od alkoholu, należy wspomnieć, że o szybkości postępowania uzależnienia w dużej mierze decyduje wiek, w którym człowiek zaczął pić. „Po ukończeniu 25 roku życia okres rozwijania się choroby może trwać od 12 do 15 lat, między 20 a 25 rokiem życia – 3 do 4 lat, a poniżej 20 roku życia 5 do 6 miesięcy. Zjawisko to zdeterminowane jest niedojrzałością ustroju, a w szczególności mózgu”²²⁸.

Skutki zdrowotne spożycia alkoholu nie są jednoznacznie zdefiniowane. Pewne jest natomiast, że nadmierne spożycie alkoholu wpływa negatywnie na zdrowie. Natomiast trwają badania nad skutkami picia nie stanowiącego jeszcze choroby alkoholowej i mieszczącego się w ramach przyjętego w całej społeczności picia towarzyskiego.

Pomimo istnienia powszechnego przekonania o szkodliwości nadmiernego picia, nie ma jednoznacznych przedstawień co do jego skutków zdrowotnych. Trudności w ustaleniu wpływu alkoholu na zdrowie wynikają z niemożliwości jednoznacznego określenia jego wpływu w jednostkowych chorobach, zwłaszcza o wieloczynnikowym podłożu. Z tego też powodu niektórzy lekarze próbują podważyć wydawałoby się tak oczywisty związek, jak wpływ alkoholu na marskość wątroby. Dotyczy to także innych schorzeń – choroby wrzodowej żołądka, dwunastnicy i raka żołądka²²⁹.

Badania utrudnia dodatkowo fakt, że wobec powszechności spożycia alkoholu trudno jest wybrać do badań grupę całkowitych abstynentów, jak również bardzo trudno jest ustalić faktyczny stan spożycia alkoholu przez poszczególne grupy. Naukowcy zadają sobie także pytanie, w jakim stopniu szkodliwość spożycia alkoholu wynika z samego alkoholu, a w jakim stopniu jest to wpływ substancji nagromadzonych w trakcie jego produkcji.

Pomimo tych zastrzeżeń nie ma wątpliwości, że jednak alkohol jest jednym z głównych czynników o negatywnym działaniu na organizm. Picie alkoholu w dłuższej perspektywie prowadzi do choroby alkoholowej, albo inaczej do zespołu uzależnienia od alkoholu. Jest to proces postępujący i jeżeli nie zostanie przerwany prowadzi do degradacji społecznej, biologicznej i psychicznej²³⁰. Picie prowadzi

²²⁷ B.T. Woronowicz, *Uzależnienia...*, schemat na końcu książki.

²²⁸ A. Markiewicz, *Środki odurzające...*, s. 37.

²²⁹ J. Kopczyński, *Wpływ alkoholu na zdrowie somatyczne*, [w:] *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne*, red. J. Wald, PWN, Warszawa 1986, s. 167–169.

²³⁰ T. Kulisiewicz, *Zespół uzależnień od alkoholu*, [w:] *Alkohol...*, s. 210.

do poważnych uszkodzeń somatycznych oraz nieodwracalnych zmian organicznych w mózgu, konsekwencją których są zakłócenia zdrowia psychicznego. Niekorzystne zmiany spowodowane piciem alkoholu są rozłożone w czasie i przybierają powoli na sile, co powoduje, że pijący i otoczenie nie dostrzegają wagi problemu. Z tego powodu wszelkie interwencje następują najczęściej w sytuacji, kiedy dochodzi już do stadium choroby.

Negatywny związek picia alkoholu ze zdrowiem fizycznym najwcześniej został określony w przypadku schorzeń wątroby. Choroba alkoholowa może trwale uszkodzić ten narząd, w sytuacji krytycznej doprowadzając nawet do śmierci. Szczególnie groźne są nieodwracalne zmiany w wątrobie, takie jak stłuszczenie się wątroby, alkoholowe zapalenie wątroby i najcięższy przypadek – marskość wątroby²³¹.

Nadużywaniu alkoholu przypisuje się także zwiększone ryzyko zachorowań na raka wątroby, raka gardła – zwłaszcza w połączeniu z paleniem – oraz raka jamy ustnej. Ostatnie badania medyczne potwierdziły także związek alkoholu z chorobą wieńcową serca. Dzieje się to głównie poprzez wzrost ciśnienia tętniczego oraz modyfikacji przez alkohol metabolizmu lipidowego. Wyniki badań potwierdzają, że spożycie alkoholu w dawkach większych niż 30 ml dziennie poważnie obciąża układ sercowo-naczyniowy i wiąże się jednoznacznie z jego schorzeniami. Dzielne spożycie poniżej tej dawki stanowi czynnik ochronny, zapobiegający tego typu schorzeniom.

Okazało się także, że wraz ze spożyciem alkoholu wzrasta poziom cholesterolu o dużej gęstości, a maleje poziom cholesterolu o niskiej gęstości. Jak wiadomo cholesterol o dużej gęstości stanowi czynnik ochrony dla systemu naczyniowego. Alkohol może także powstrzymać proces agregacji płytek krwi, wykazując podobne działanie jak aspiryna.

Wszystkie pozytywne aspekty alkoholu dotyczą jednak spożycia umiarkowanego (poniżej 30 ml dziennie). Umieralność osób nadużywających alkoholu jest blisko trzykrotnie większa niż pozostałej części społeczeństwa. Alkohol ma także wpływ na wzrost innych czynników ryzyka. Z raportu Światowej Organizacji Zdrowia wynika, że alkohol był czynnikiem zaangażowanym w 50% śmiertelnych wypadków drogowych, 55% zabójstw, 40% samobójstw, 18% poparzeń i 23% śmiertelnych upadków z wysokości.

Poza negatywnym wpływem na zdrowie somatyczne, alkohol jest powodem zmian psychicznych, określanych ogólnie jako degradacja alkoholowa. Dotyczy to sfery osobowości, intelektu i emocji. W początkowym okresie nie przybierają one takiego nasilenia, aby były kwalifikowane jako choroba, niemniej zakłócają normalne pełnienie ról społecznych.

Negatywny wpływ alkoholu dotyczy zmian neurologicznych zarówno układu obwodowego, jak i ośrodkowego. Najpoważniejsze są jednak zmiany o charakterze psychotycznym. Dotyczą one uszkodzeń organicznych mózgu w wyniku jego

²³¹ J. Lisiewicz, *Alkohol a zdrowie i kultura człowieka*, Ossolineum, Wrocław 1986, s. 16–18.

długotrwałego zatrucia alkoholowego. Wynikiem tego są takie objawy chorobowe, jak: majaczenie alkoholowe, halucynozja alkoholowa, paranoja alkoholowa i psychoza.

Podobnie jak w przypadku palenia tytoniu, tak i w tym przypadku niezwykle istotnym zagadnieniem jest tzw. bierne picie. Dotyczy to w pierwszej kolejności płodu w łonie matki. Badania jednoznacznie potwierdzają, że noworodki matek nadużywających alkoholu mogą mieć niedowagę, defekty wrodzone i niedorozwój umysłowy. Picie rodziców może mieć także negatywne skutki na zdrowie dzieci. Wynika to w pierwszej kolejności z obniżenia ekonomicznego standardu życia rodziny, a z drugiej związane jest z permanentnym stresem psychicznym, w którym żyją dzieci.

Podsumowując można stwierdzić, że alkohol jest substancją oddziałującą destruktywnie niemal na wszystkie tkanki i narządy²³². Systematyczna intoksykacja alkoholowa wywołuje stan uzależnienia fizycznego i psychicznego, który prowadzi do pojawienia się chorób fizycznych i psychicznych związanych z nadużywaniem alkoholu²³³.

Alkohol etylowy i jego metabolity są bezpośrednio toksyczne dla tkanek. Wchodzą w liczne reakcje z fizjologicznymi substancjami w organizmie. Działanie pośrednie etanolu polega na silnym wpływie na homeostazę ustroju poprzez oddziaływanie na układ wegetatywny, endokrynnny, odpornościowy, gospodarkę wodno-elektrolitową, wchłanianie niezbędnych składników odżywczych itp.²³⁴

Efekt osłabienia systemu odpornościowego organizmu jest między innymi zwiększone ryzyko występowania raka – zwłaszcza przełyku, wątroby, części nosowej gardła, krtani i tchawicy. Szkodliwe oddziaływanie alkoholu i jego metabolitów wywołuje w poszczególnych układach następujące zmiany chorobowe²³⁵:

- układ nerwowy – zapalenie wielonerwowe tzw. polineuropatia, zmiany zanikowe mózdzku i mózgu, zwyrodnienia w płatach czołowych, ubytek szarej substancji mózgu, encefalopatia Wernickego;
- układ pokarmowy – przewlekłe stany zapalne błon śluzowych jamy ustnej, przełyku, żołądka i dwunastnicy, ostre zapalenie trzustki, przewlekłe zapalne wątroby (stłuszczenie, zwłóknienie i marskość), cukrzyca alkoholowa;
- układ krążenia – nadciśnienie tętnicze, kardiomiopatia alkoholowa (zmiany zwyrodnieniowe włókien mięśnia sercowego, stłuszczenie i powiększenie serca), serce jest powiększone, co powoduje zaburzenia pracy serca i niewydolność krążenia;
- układ oddechowy – przewlekłe stany zapalne błon śluzowych tchawicy i oskrzeli, co prowadzi do zniszczenia tzw. rzęsek i gruczołów śluzowych.

²³² B. Harbat, *Organizm w niebezpieczeństwie*, Wydawnictwo Edukacyjne PAMPAMEDIA, Warszawa 1998, s. 10.

²³³ Cz. Cekiera, *Ryzyko uzależnień*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2001, s. 83.

²³⁴ B. Habrat, *Organizm...*, s. 10.

²³⁵ S. Kozak, *Patologie wśród dzieci i młodzieży...*, s. 82.

Konsekwencją tego jest stopniowa utrata zdolności do usuwania z dróg oddechowych pyłków i bakterii, a tym samym zwiększa się podatność na choroby układu oddechowego: rak jamy ustnej, tchawicy. Dochodzi do przemiany artkulacji głosowej;

- układ moczowy – ostra niewydolność nerek, wzrost stężenia kwasu moczowego we krwi i związane z tym objawy dny moczanowej (zapalenie stawów spowodowane gromadzeniem się złogów moczanowych);
- układ hormonalny – nieprawidłowe wydzielanie testosteronu, zmniejszenie ruchliwości plemników i zniszczenie ich struktury. Hypogonadyzm i feminizacja u mężczyzn, u kobiet zaburzenia miesiączkowania, zanik jajników i mskulinizacja²³⁶.

Nadużywanie alkoholu negatywnie wpływa nie tylko na zdrowie fizyczne, ale także zdrowie psychiczne i może powodować zaburzenia psychiczne.

Najczęstszymi powikłaniami w alkoholizmie są:

- alkoholowy zespół abstynencki – w którym oprócz objawów somatycznych występują objawy psychiczne, takie jak: lęk, zaburzenia snu, bezsenność, marzenia sennie o treści lękowej, nastrój dysforyczny lub przygnębiony;
- majaczenie alkoholowe (*derilium tremens*) – występuje zazwyczaj w drugiej lub trzeciej dobie po zaprzestaniu picia lub znacznym jego ograniczeniu. W majaczeniu oprócz objawów wegetatywnych występują: omamy i iluzje wzrokowe, słuchowe i czasami czucia cielesnego, zaburzona orientacja w czasie i miejscu, przeżywanie urojeń dziania się, w których osoba chora „aktywnie uczestniczy” najczęściej broniąc się przed „prześladowaniami”. Majaczenie alkoholowe jest stanem wymagającym hospitalizacji, gdyż jest stanem zagrożenia życia.
- ostra halucynoz (omamicy) alkoholowa – charakteryzują ją: omamy słuchowe (chory słyszy głosy, które mu grożą, oskarżają, nakazują co ma zrobić np. nakazują popełnienie samobójstwa), lęk i poczucie zagrożenia, urojenia prześladowcze i odnoszące, halucynacje czuciowe, np. chodzące po ciele robaki.
- Zespół Wernickego-Korsakowa – zajmuje pośrednie miejsce pomiędzy psychozami ostrymi i przewlekłymi. Główne objawy, to zaburzenia pamięci (luki pamięciowe), konfabulacje, dominuje nastrój euforyczny, niekiedy dysforyczny.
- przewlekłe psychozy alkoholowe – charakteryzują się wieloletnim utrzymywaniem się objawów psychotycznych. Wyróżniamy tu: przewlekłą halucynozę (stan psychotyczny utrzymujący się po ustąpieniu objawów ostrej psychozy) oraz paranoję alkoholową, „zespół Otella” (usystematyzowane urojenia niewierności małżeńskiej, występuje u mężczyzn)²³⁷.

²³⁶ Ibidem, s. 82–83.

²³⁷ B. Habrat, *Organizm...*, s. 18, B.T. Woronowicz, *Uzależnienia...*, s. 115–118, A. Bilikiewicz, *Psychiatria. Repetytorium*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998, s. 176–179.

- inne zaburzenia – zaburzenie pamięci i procesów poznawczych oraz obniżenie funkcji intelektualnych, które – jak wynika z badań – występują u ok. 50–75% alkoholików²³⁸.

2.3.6. Palenie tytoniu a zdrowie

Tytoń został sprowadzony do Europy w II połowie XVI wieku. Początkowo stosowano go jako lek. Historia uprawy i używania tytoniu w Europie liczy już około 500 lat, jednak palenie tytoniu w postaci papierosów stało się rozpowszechnione dopiero pod koniec XIX wieku²³⁹. Początkowo tytoniowi przypisywano właściwości lecznicze, a pierwszą plantację tej rośliny założył hiszpański lekarz F. Hernandez w roku 1558 na terenie obecnej Portugalii. Tytoń zalecano w leczeniu migren, kiły, chorób reumatycznych, chorób płuc i nieżyłtów dróg oddechowych. Uznawano tytoń za skuteczne lekarstwo w zakażeniu dżumą i za środek usmierzający ból zęba oraz niwelujący jad żmii.

W XIX wieku pomimo braku badań naukowych na temat szkodliwości używania tytoniu, zaczęto podejrzewać, że palenie wpływa negatywnie na organizm ludzki²⁴⁰. W *Encyklopedii powszechnej* z 1868 roku spotykamy taki opis „W tytoniu oprócz nikotyny [...] wytwarza się olej przypalany, ostry, narkotyczny i trujący. Wlejmy tylko kroplę tego oleju na język kotu, a w dwie minuty zdechnie wśród drgań całego ciała. Gdyby zaś kto odezwał się, dlaczego palący mocne tytonie jeszcze się nie potruili, odpowiadamy, że i do arszeniku [...] organizm ludzki przyzwyczaić się z wolna może”²⁴¹.

Pod koniec XIX wieku zaczęły pojawiać się pierwsze informacje na temat różnych schorzeń wywołanych używaniem tytoniu. Z tego okresu pochodzą też pierwsze informacje o podjętych badaniach nad związkiem pomiędzy paleniem papierosów a zachorowaniami na nowotwory złośliwe²⁴².

Sto lat później zaczęto podkreślać jego szkodliwy wpływ na zdrowie. Początkowo raka wargi przypisywano właśnie szkodliwości palenia tytoniu. Na początku XX wieku palenie tytoniu zaczęto utożsamiać z rakiem płuc. Pierwsza publikacja oparta na wynikach badań klinicznych ukazała się w 1939 roku. Rozwój badań w tej dziedzinie nastąpił zaraz po II wojnie światowej i trwa do dziś. Wyniki ba-

²³⁸ B.T. Woronowicz, *Uzależnienia...*, s. 119.

²³⁹ W. Zatoński, K. Przewoźniak, *Tytoń a zdrowie. Palenie tytoniu czy zdrowie – dylemat współczesnej cywilizacji*, [w:] *Promocja zdrowia. Wprowadzenie do zagadnień krzewienia zdrowia*, red. J.B. Karski, Z. Słońska, B.W. Wasilewski, Wydawnictwo Sanmedia, Warszawa 1994, s. 263.

²⁴⁰ A. Markiewicz, *Środki odurzające...*, s. 12–13.

²⁴¹ E. Grzesiak, R. Janicka-Szyszko, M. Steblecka, *Trudne tematy. Propozycje godzin*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005, s. 33.

²⁴² K. Zajączkowski, *Uzależnienia od substancji psychoaktywnych*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2003, s. 24.

dań uzyskane w poszczególnych krajach zyskały aprobatę Światowej Organizacji Zdrowia, która potwierdziła szkodliwość palenia tytoniu²⁴³.

Podczas palenia tytoniu zachodzą procesy chemiczne, których produktem jest dym, zawiera on około 5000 składników chemicznych, w tym 300 szkodliwych dla zdrowia. Najbardziej niebezpieczne składniki to: nikotyna i jej pochodne, tlenek węgla, siarkowodór, cyjanowodór, anilina, fenol, alkohol metylowy, amoniak, akroleina oraz liczne związki rakotwórcze, takie jak: benzopiren i inne policykliczne węglowodory, polon promieniotwórczy i radioaktywny węgiel o symbolu C²²⁴⁴.

Nikotyna (C₁₀H₁₄N₂) – to główny alkaloid tytoniu o bardzo trujących właściwościach²⁴⁵, jest oleistą, bezbarwną cieczą, która pod wpływem powietrza zmienia kolor na żółty²⁴⁶.

Nikotyna jest uzależniającym środkiem psychoaktywnym i tak jak każdy narkotyk oddziałuje na mózg. Jak wynika z badań, nikotyna działa przynajmniej poprzez trzy mechanizmy mózgowo:

- Pierwszy mechanizm uruchamia się z chwilą dotarcia nikotyny do mózgu, czyli parę sekund od zaciągnięcia się dymem. Narkotyk wiąże się ze specjalnego typu proteinami, uczestniczącymi w uczeniu się i zapamiętywaniu, zwanymi receptorami nikotynowymi acetylocholin. Zwykle receptory te aktywizuje acetylocholina, naturalna substancja ludzkiego organizmu, ale z jakichś nieznanых powodów mogą one by także uruchamiane przez nikotyne, truciznę pochodzenia roślinnego. To właśnie czyni z nikotyny stymulator mózgu – w ten sposób powoduje ona ożywienie i ułatwia palaczowi koncentrację,
- Drugi mechanizm polega na pobudzaniu przez nikotyne wydzielania dopaminy w jądrze półleżącym. Jest to identyczny mechanizm jak w przypadku amfetaminy, kokainy i morfiny.
- Trzeci mechanizm związany jest z substancjami zawartymi w dymie tytoniowym, które mają właściwości hamujące wydzielanie w mózgu enzymu – monoaminooksydazy B, czyli MAO-B. Osoby palące nałogowo mają o 40% niższy poziom MAO-B od reszty ludzi. Zadaniem MAO-B jest rozkładanie monoamin – dopaminy, serotoniny i noradrenaliny – które wpływają na nasze samopoczucie. Z tego powodu inhibitory monoaminooksydazy używane są jako leki przeciwdepresyjne, toteż i nikotyna może zmniejszać depresję u niektórych ludzi²⁴⁷.

Światowa Organizacja Zdrowia uzależnienie od nikotyny określa jako zespół objawów behawioralnych (zachowania), fizjologicznych i zmian proce-

²⁴³ Ibidem, s. 53.

²⁴⁴ A. Markiewicz, *Środki odurzające...*, s. 14.

²⁴⁵ Cz. Cekiera, *Ryzyko...*, s. 91.

²⁴⁶ A. Markiewicz, *Środki odurzające...*, s. 14.

²⁴⁷ D. Hamer, P. Copeland, *Geny a charakter. Jak sobie radzić z genetycznym dziedzictwem?*, Wydawnictwo CIS, Warszawa 1999, s. 158–159.

sów poznawczych, które pojawiają się w toku wielokrotnego używania środka. Zespół charakteryzuje się silną potrzebą przyjmowania środka, trudnościami w kontrolowaniu tego zachowania, uporczywym używaniem wbrew szkodliwym następstwom, przedkładaniem przyjmowania środka ponad inne zajęcia i zobowiązania, zwiększoną tolerancją i niekiedy występowaniem objawów zespołu abstynencyjnego. Aby określić stopień uzależnienia od nikotyny analizie zostają poddane takie zmienne zachowania palacza, jak: czas zapalenia pierwszego papierosa po przebudzeniu, liczba wypalanych dziennie papierosów, gotowość do powstrzymania się od zapalenia pierwszego papierosa, palenie papierosów w okresie ostrych i przewlekłych chorób układu oddechowego, gotowość do rezygnacji z palenia papierosów w miejscach publicznych, częstość zaciągania się dymem w trakcie palenia²⁴⁸.

Tlenek węgla – to następna zawarta w dymie silnie działająca trucizna, związek ten ma zdolność tworzenia nieodwracalnych połączeń z hemoglobina. Połączenie tlenu węgla z hemoglobina znacznie utrudnia lub uniemożliwia rozprowadzanie tlenu w organizmie. W dymie papierosowym zawartość tlenu węgla wynosi ok. 4,5% (przebywanie w zamkniętym pomieszczeniu, w którym stężenie tlenu węgla wynosi 4,5% przez 20 minut powoduje śmiertelne zatrucie organizmu)²⁴⁹.

Ciała smoliste – są kolejną grupą szkodliwych składników dymu tytoniowego. Posiadają właściwości rakotwórcze. W ciągu 20 lat płuca palacza przepuszczają przez siebie ok. 2 kg smoły.

Kwasy – to następna grupa składników występujących w dymie tytoniowym. Wyróżniamy wśród nich kwas octowy, pruski, mrówkowy i siarkowodorowy. Powodują one upośledzenie czynności układu pokarmowego i oddechowego. Kwas pruski (cyjanowodor) nawet w minimalnym stężeniu zakłóca oddychanie i blokuje czynności enzymów kierujących oddychaniem wewnątrzkomórkowym. W przeszłości był wykorzystywany jako trujący gaz bojowy²⁵⁰.

Istnieją dwie zasadnicze grupy przyczyn palenia papierosów:

- pierwsza obejmuje przyczyny psychosocjologiczne, gdzie palenie tytoniu postrzegane jest jako rodzaj czynności ułatwiającej nawiązywanie kontaktu z innymi osobami i pomagającej w przewyciężaniu dystansu oraz traktowane jako wspólna towarzyska rozrywka,
- druga to przyczyny farmakologiczne. Tytoń w zależności od okoliczności i predyspozycji osobniczych może oddziaływać na nasz układ nerwowy w sposób stymulujący bądź uspokajający²⁵¹.

W opinii wielu osób zapalenie papierosa pozwala np. bardziej się skoncentrować, inne osoby uważają zaś, że palenie pozwala im się zrelaksować i odprężyć²⁵².

²⁴⁸ K. Zajczkowski, *Uzależnienia od substancji...*, s. 24–25.

²⁴⁹ Ibidem, s. 25.

²⁵⁰ A. Markiewicz, *Środki odurzające...*, s. 15.

²⁵¹ palenie.esculap.pl (dostęp: 16.11.2011).

²⁵² S. Kozak, *Patologie wśród dzieci i młodzieży...*, s. 105.

Uzależnienie od papierosów następuje stopniowo. Przeważnie pierwszy raz człowiek sięga po papierosy w młodości. W Raporcie Naczelnego Chirurga USA z 1988 roku sformułowano wnioski z wieloletnich badań nad naturą i mechanizmami uzależnienia od tytoniu:

- palenie tej substancji psychoaktywnej prowadzi do uzależnienia,
- substancją farmakologicznie uzależniającą zawartą w tytoniu jest nikotyna,
- uzależnienie od tytoniu może mieć postać farmakogenną i/lub psychogenną. wymienione typy uzależnienia występują zazwyczaj łącznie,
- mechanizmy prowadzące do uzależnienia od tytoniu są podobne do tych, które występują w przypadku uzależnienia od alkoholu i narkotyków²⁵³.

Nikotyne wymienia się na jednym z pierwszych miejsc, jeśli chodzi o substancje uzależniające. Nikotyna znajduje się we wszystkich rodzajach tytoniu i stanowi od 0,5 do 1,4 procent suchej masy. Nie jest jedynym składnikiem przyczyniającym się do uzależnienia. Również wiele innych substancji, takich jak nikoteina, miozyna i pirodylina, jest coraz częściej badanych pod tym kątem²⁵⁴.

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowia (ICD-10) uzależnienie od tytoniu określa jako zespół objawów behawioralnych, fizjologicznych i psychicznych, które są skutkiem systematycznego zażywania tej substancji. Zespół ten charakteryzuje się:

- silną potrzebą używania tytoniu,
- trudnościami w kontrolowaniu tego zachowania,
- stosowaniem tytoniu pomimo niekorzystnych następstw,
- paleniem tytoniu ponad inne zajęcia i zobowiązania,
- zwiększającą się tolerancją,
- występowaniem zespołu abstynencyjnego²⁵⁵.

Na podstawie obserwacji i badań nad osobowością konsumentów wyrobów tytoniowych oraz sposobów palenia opracowane zostały różne typologie palaczy. K.C. Hutchin, brytyjski lekarz zajmujący się promocją zdrowia, wyodrębnił pięć rodzajów nikotynistów:

- palacz psychologiczny używa tytoniu ze względu na kompleks niższości. Palenie zwiększa jego pewność siebie oraz poprawia mu samopoczucie,
- palacz mimo woli sięga po papierosa automatycznie. Osoba tego typu odczuwa przyjemność z trzymania czegoś w ustach, szybko uzależnia się od nikotyiny i nie potrafi obejść się bez papierosa przez dłuższy czas,
- palacze traktujący papierosa jako środek uspokajający uważają, że palenie uspokaja ich,

²⁵³ Materiały Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie, 2001.

²⁵⁴ C. Cungi, *Stawić czoło uzależnieniom*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 2007, s. 207–208.

²⁵⁵ Klasyfikacja Zaburzeń Psychiczych i Zaburzeń Zachowania w ICD-10, Puzyński 2000, s. 73.

- osoby traktujące palenie jako środek pobudzający uważają, że papieros pobudza efektywność ich myślenia i działania,
- osoby ze skłonnościami neurotycznymi, które nie potrafią przerwać palenia ze względu na słabość woli i trudności emocjonalne²⁵⁶.

W Polsce od 1 maja 1996 roku obowiązywała Ustawa o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych²⁵⁷, koncentrująca się na tworzeniu społeczno-ekonomicznych ograniczeń dla rozrastania się grupy palaczy oraz ochronie osób niepalących. W ustawie wprowadzono między innymi:

- zakaz sprzedaży papierosów osobom do 18. roku życia,
- zakaz sprzedaży papierosów w automatach i na sztuki,
- zakaz produkcji i sprzedaży tytoniu bezdymnego,
- zakaz reklamy tytoniu w mediach adresowanych do dzieci i młodzieży.

Wprowadzono również ostrzeżenia zdrowotne na paczkach papierosów oraz zmniejszono normy na zawartość substancji szkodliwych w papierosach.

15 listopada 2010 roku weszła w życie nowa Ustawa o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych oraz Ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Najistotniejszą zmianą jest rozszerzenie katalogu miejsc, w których obowiązuje zakaz palenia. Na podstawie tych regulacji zakaz palenia ma obowiązywać m.in. w lokalach gastronomiczno-rozrywkowych, w środkach pasażerskiego transportu publicznego, na przystankach komunikacji publicznej, w miejscach przeznaczonych dla zabaw dzieci²⁵⁸.

Według Światowej Organizacji Zdrowia ponad miliard ludzi na świecie pali papierosy. Dane szacunkowe mówią, że choroby spowodowane paleniem tytoniu każdego roku pochłaniają więcej ofiar niż razem wzięte AIDS, wypadki samochodowe i lotnicze oraz wszystkie konflikty zbrojne. Specjaliści Światowej Organizacji Zdrowia prognozowali, że w 2015 roku schorzenia związane z paleniem papierosów będą przyczyną zgonu 6,4 mln osób, a w 2030 roku nikotyna spowoduje śmierć 8,3 mln ludzi na świecie. W krajach Unii Europejskiej co roku z powodu chorób odtytoniowych umiera ponad 80 tys. osób, z czego prawie 9 tysięcy w Polsce. Na choroby wynikłe z palenia tytoniu średnio co 8 minut ktoś umiera²⁵⁹.

Palenie papierosów wywołuje liczne choroby. M. Jurgowiak podaje, że Międzynarodowa Agencja Badań Nowotworów w monografii pt. *Tobacco Smoke and Involuntary Smoking* podjęła próbę oceny ryzyka zagrożenia nowotworami u człowieka spowodowane używaniem tytoniu. Jak wynika z powyższej publikacji „palenie papierosów (w Polsce to najczęstsza forma używania tytoniu) zwiększa ryzyko wszystkich typów nowotworów płuc, a rak płuc jest w naszym kraju

²⁵⁶ B. Horoszko-Szmyd, *Osobowościowe uwarunkowania uzależnień*, [w:] *Palenie tytoniu: wolność czy zniewolenie?*, red. Cz. Cekiera, W. Zatoński, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2001, s. 20–21.

²⁵⁷ Dz. U. 1996, nr 10, poz. 55, Dz. U., nr 96, poz. 1107.

²⁵⁸ www.prawo.money.pl (dostęp: 10.06.2012).

²⁵⁹ B.T. Woronowicz, *Uzależnienia...*, s. 411.

najczęstszą przyczyną zgonów nowotworowych. Z ekspozycją na dym tytoniowy wiążą się też zachorowania na nowotwory krtani, języka i warg. U palaczy częściej też, niż u osób niepalących występują nowotwory nerek, pęcherza moczowego, żołądka, wątroby i trzustki, sutka i szyjki macicy, a także białaczka. Zdaniem niektórych ekspertów ryzyko śmierci spowodowanej nowotworem złośliwym rośnie u palaczy aż siedmiokrotnie w porównaniu z osobami niepalącymi – generalnie, około 1/3 wszystkich nowotworów ma związek z paleniem tytoniu²⁶⁰.

Inną grupę schorzeń wywołanych paleniem papierosów stanowią nienowotworowe schorzenia układu oddechowego. Choroby układu oddechowego w sposób oczywisty wiążą się z wdychaniem dymu tytoniowego. Z liczbą wypalonych papierosów są ściśle związane: kaszel palacza, rozedma płuc czy przewlekły nieżyt oskrzeli. Przewlekła nieswoista choroba płuc występuje najczęściej u osób palących, ale ryzyko wystąpienia tego schorzenia jest o 20–30 razy większe u nałogowych palaczy niż u osób niepalących.

Palenie tytoniu wywołuje także choroby układu krążenia. Działanie nikotyny na system sercowo-naczyniowy przejawia się w przyspieszeniu rytmu serca i wzroście ciśnienia tętniczego. Nikotyna powoduje zachwianie pracy trombocytów, czego efektem może być zakrzepica i miażdżycza tętnic. Ryzyko zawału wzrasta wraz z liczbą wypalonych papierosów. Wśród osób palących znacznie częściej występują zgony z powodu zespołu płucno-sercowego, schorzeń mózgowych, tętniaka aorty, schorzeń degeneracyjnych mięśnia sercowego, niedokrwiennej choroby serca oraz schorzeń obwodowego układu naczyniowego. Palenie papierosów przyczynia się także do podwyższenia poziomu cholesterolu i nadciśnienia tętniczego²⁶¹.

Dym tytoniowy ma wpływ na funkcjonowanie układu pokarmowego, wyroby tytoniowe (zarówno te do palenia, jak i do żucia) doprowadzają do zmian w jamie ustnej przyczyniając się do powstania w błonie śluzowej nadżerek, owrzodzeń i zrogowaceń. U palaczy dużo częściej rozwija się próchnica oraz dochodzi do rozpułchnienia i krwawienia dziąseł. Pod wpływem nikotyny zwiększa się ilość kwasu solnego zawartego w soku żołądkowym, efektem czego są choroby zapalne błony śluzowej żołądka łącznie z chorobą wrzodową żołądka i dwunastnicy. Produkty toksyczne powstające w trakcie spalania tytoniu oddziałują na wątrobę, w której dochodzi do uszkodzenia miąższu.

Substancje zawarte w dymie tytoniowym negatywnie wpływają również na układ nerwowy. Konsekwencje zdrowotne w tej sferze to: zawroty i bóle głowy, zwolnienie procesów psychicznych, nadpobudliwość nerwowa. U nałogowych palaczy obserwuje się: trudności w skupieniu uwagi, szybkie męczenie się, zakłócenie równowagi psychicznej, opanowania i spokoju. Trucizny zawarte w dymie

²⁶⁰ M. Jurgowiak, *Z chmury dymu... chorób deszcz czyli rzecz o niektórych skutkach palenia tytoniu*, „Wiedza i Życie” 2007, nr 2, s. 30–31.

²⁶¹ W. Zatoński, K. Przewoźniak, *Tytoń a zdrowie. Palenie tytoniu czy zdrowie – dylemat współczesnej cywilizacji*, [w:] *Promocja zdrowia. Wprowadzenie do zagadnień krzewienia zdrowia*, red. J.B. Karski, Z. Słońska, B.W. Wasilewski, Wydawnictwo Sanmedia, Warszawa 1994, s. 265–266.

stanowią czynnik etiologiczny różnych schorzeń spojówek i brzegów powiek oraz zaburzają funkcjonowanie mięśni zewnętrznych oka (zez, podwójne widzenie obrazu). Ponadto palenie papierosów wpływa na osłabienie pozostałych narządów zmysłu: czucia, węchu, smaku i słuchu²⁶².

Palenie tytoniu pogarsza również wygląd skóry. Na skutek przenikania do skóry substancji zawartych w dymie papierosowym obniża się zawartość witamin A, C i E, które chronią skórę przed działaniem wolnych rodników. Dlatego właśnie skóra traci elastyczność. Dym powoduje wysuszenie skóry oraz zmniejsza liczbę włókien kolagenowych, co w rezultacie prowadzi do pojawienia się przedwczesnych zmarszczek.

Osobny problem stanowi uzależnienie kobiet od nikotyny oraz zjawisko biernego palenia. Negatywne skutki palenia w tym przypadku dotyczą nie tylko osoby palącej, ale również jej potomstwa. Noworodki palących kobiet często rodzą się przedwcześnie oraz z licznymi komplikacjami okołoporodowymi. Ponadto są mniejsze i mniej odporne. Częściej rodzą się z wrodzonymi wadami serca, rozszczepem podniebienia i warg, zaburzeniami krążenia. Szkodliwość jaką niesie ze sobą palenie papierosów dotyczy nie tylko „palaczy czynnych”, czyli osób uzależnionych. „Palenie bierne” niesie ze sobą równie duże ryzyko zdrowotne. Dzieci, które przebywają w otoczeniu osób palących częściej mają choroby infekcyjne układu oddechowego, a nawet ataki astmy. Składniki znajdujące się w dymie tytoniowym przenikają także do mleka karmiących matek i jeśli nawet one same nie palą, to poprzez przebywanie w pomieszczeniu z osobą palącą narażają na zatrucie swoje dziecko²⁶³.

Podsumowując, nikotynizm jest szkodliwym uzależnieniem nie tylko dla jednostki, ale także dla społeczeństwa. Jest zagrożeniem dla zdrowia, nałogiem mocno zakorzenionym i tolerowanym. Podobnie jak w innych formach toksykomanii, tak też w wyniku długotrwałego intensywnego palenia występuje uzależnienie fizyczne i psychiczne, a także społeczne. W wyniku nagłego zaprzestania palenia pojawiają się objawy zespołu abstynencyjnego (rozdrażnienie, lęk, drżenie rąk, bezsenność, uczucie niepokoju, bóle w klatce piersiowej). Głód nikotynowy pojawić się może nawet po wielu miesiącach i latach abstynencji²⁶⁴. Współcześnie palenie tytoniu traktuje się jako jedną z głównych przyczyn wielu poważnych chorób stanowiących o przyczynach zgonów bądź o utracie zdolności do pracy. Nikotynizm nie jest mniej szkodliwy od alkoholizmu czy też narkomanii, a jest od nich jeszcze bardziej rozpowszechniony. Toksyczność substancji zawartych w dymie tytoniowym może być wzmocniona przez ich synergiczne oddziaływanie na organizm w połączeniu z innymi substancjami obecnymi w środowisku. Co do palenia tytoniu nie ma wątpliwości o jego szkodliwym działaniu. Pomimo że wiele kwestii pozostaje tu jeszcze nieprzebadanych, wśród lekarzy istnieje po-

²⁶² A. Markiewicz, *Środki odurzające...*, s. 19–20.

²⁶³ D. Pstrąg, *Wybrane zagadnienia...*, s. 61.

²⁶⁴ C. Cekiera, *Ryzyko...*, s. 93.

wszechne odczucie o konieczności walki z tym nałogiem. Pod zwierzchnictwem Światowej Organizacji Zdrowia organizowane są w poszczególnych krajach wielkie programy promocyjne, zmierzające do usunięcia palenia z indywidualnego stylu życia²⁶⁵.

2.3.7. Lekomania a zdrowie

Zgodnie ze statystykami coraz częściej odnotowuje się przypadki zatruć śmiertelnych będących wynikiem zażywania i uzależnienia się od leków. Sięganie po nie – nie w celach leczniczych – i nadużywanie wpływa szkodliwie na zdrowie. Środki te powodują zależność psychiczną, niekiedy także i fizyczną.

Do leków najczęściej zażywanych zalicza się przede wszystkim: leki przeciwbólowe i przeciwgorączkowe – analgetyki, środki nasenne i uspokajające – barbiturany i trankwilizatory, środki pobudzające i dopingujące – amfetaminy²⁶⁶.

Wśród analgetyków najczęściej nadużywane są leki przeciwbólowe i przeciwgorączkowe. Analgetyki dzielą się na dwie grupy – narkotyczne i nienarkotyczne. Leki z grupy narkotycznych prowadzą do uzależnienia psychicznego i fizycznego. Ludzie których dotyczy toksykomania tego rodzaju wymagają leczenia odwykowego i długotrwałej psychoterapii. Leki z grupy nienarkotycznych nie powodują uzależnienia fizycznego, doprowadzają jednak do silnego uzależnienia psychicznego oraz zjawiska tolerancji. Aspiryna to jeden z najpowszechniej przyjmowanych środków przeciwbólowych. Zawiera ona fenacetynę. Chroniczne zatrucie aspiryną powoduje bóle głowy, zgaę, bóle żołądka, szum w uszach oraz zaburzenia mowy. Po zatruciu fenacetyną występują bóle głowy, oszołomienie, szare zabarwienie skóry, zapalenie nerek, a także uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego. Lekomani tego typu wykazują chwiejność emocjonalną, zaburzenia pamięci, problemy w skupieniu się, depresję. Po odstawieniu aspiryny oraz leków przeciwbólowych objawy abstynencyjne nie występują, a jeśli się pojawią, to są bardzo małe. Mimo to lekomania fenacetynowa jest niebezpieczna i może doprowadzić do śmierci²⁶⁷.

Barbiturany stosowane są w medycynie do leczenia między innymi bezsenności czy padaczki. W lecznictwie jednak sięga się po nie coraz rzadziej ze względu na ryzyko uzależnienia. Środki te mają bardzo silne działanie depresyjne – tłumią aktywność ośrodkowego układu nerwowego. Środki uspokajające w małych dawkach usuwają lęk, napięcie psychiczne, powodują relaks mięśni. Większe dawki natomiast powodują senność, spowolnienie akcji serca, przyćmienie świadomości, utratę koordynacji ruchów. Używanie ich prowadzi do powstania zależności psychicznej oraz niezwykle silnej zależności fizycznej. Barbiturany bardzo często nadużywane są w połączeniu z alkoholem. Alkohol wzmacnia ich działanie. Ze

²⁶⁵ I. Kowalewski, *Kultura i edukacja...*, s. 56.

²⁶⁶ Ibidem, s. 60.

²⁶⁷ Ibidem, s. 68.

względu na negatywny wpływ na ośrodek oddechowy oraz długi czas wydalania z organizmu stanowią one duże zagrożenie w przypadku ich przedawkowania.

Trankwilizatory dzielą się na „większe” – neuroleptyki i „mniejsze” – przeciwłękowe. Środki te, jeśli są systematycznie nadużywane, prowadzą do zależności lekowej. Przyjmowane przez wiele lat, samowolnie mogą prowadzić do uzależnienia fizycznego i objawów zespołu abstynencyjnego w razie ich nagłego odstawienia. Trankwilizatory brane w dużych dawkach powodują uszkodzenie koordynacji mięśni, omdlenia, niskie ciśnienie. Ich działanie i szkodliwość zależne są od ilości branego środka w danym czasie, od stanu aktywności osoby używającej oraz od sposobu brania. Zazywanie systematyczne trankwilizatorów powoduje wzrost tolerancji, a chroniczne nadużywanie prowadzi do uzależnienia psychicznego i fizycznego²⁶⁸.

Lekozależność amfetaminowa jest wynikiem przyjmowania stymulujących leków niezgodnie z przepisem lekarza oraz nie w celach medycznych. Amfetamina ma właściwości pobudzające i ludzie sięgają po nią, by usunąć zmęczenie, senność, złe samopoczucie, a także by zahamować łaknienie. Ostre zatrucie tą substancją wywołuje halucynacje, iluzje i urojenia paranoidalne, mogą występować niekontrolowane reakcje oraz agresja. Długotrwałe zazywanie amfetaminy prowadzi do poważnych zaburzeń psychicznych w formie psychoz polekowych. Chroniczne przyjmowanie doprowadza do psychoz amfetaminowych – zaburzenia podobnego do schizofrenii. Powoduje również nadużywanie innych leków²⁶⁹.

Każdy narkotyk, bez względu na różne jego podziały, pozostawia ślad w organizmie i psychice człowieka. Niektóre uzależniają szybciej, prowadząc do uzależnienia fizycznego, inne tylko do psychicznego. Wszystkie natomiast prowadzą do zmian w psychice i zachowaniu człowieka.

2.3.8. Stan toksykomanii w Polsce

Nikotynizm należy do bardzo starych i powszechnych nałogów o charakterze toksycznym. Do Europy tytoń przywiózł towarzysz Kolumba, R. Pane w 1496 r. Jako pierwszy podał on opis tytoniu i zwyczaj palenia go u Indian. Na całym świecie znanych jest ok. 60 gatunków tytoniu. Ponad 50 gatunków pochodzi z Ameryki. Nazwa „nikotyna” pochodzi od nazwiska J. Nicot, który zasiał tytoń w swoim ogrodzie, a liści tej rośliny używał przeciw atakom migreny²⁷⁰. Palenie rozpowszechniło się w XVI w. niemal we wszystkich krajach Europy. Początkowo tytoń stosowany był jako lek, uprawiano go także jako roślinę ozdobną i środek do odurzania się. Do Polski tytoń przywiózł w 1650 r. P. Uchański, polski poseł w Turcji. Uznano, iż tytoń jest nieszkodliwy i w XVIII w. powstała moda na zazywanie tabaki. Dopiero później pojawiały się krytyczne głosy przeciw paleniu.

²⁶⁸ C. Cekiera, *Ryzyko...*, s. 64.

²⁶⁹ Ibidem, s. 69.

²⁷⁰ C. Cekiera, *Toksykomania...*, s. 25.

W połowie XIX w. zaczęto badać właściwości chemiczne tytoniu oraz jego działanie na żywy organizm²⁷¹.

Obecnie prowadzone są liczne badania na temat tytoniu. Na uwagę zasługuje badanie BOLD, pokazujące sytuację epidemiologiczną rozpowszechnienia uzależnienia od nikotyny w Małopolsce, które odnieść można do całej Polski²⁷². Z badań wynika, że palacze lub byli palacze to 78,9% mężczyzn i 42% kobiet. Aktualnymi palaczami, w populacji osób powyżej 40 lat, było 28% badanych, natomiast aż 29,3% osób nigdy nie palących było palaczami biernymi.

W Polsce ważnym problemem z zakresu profilaktyki zdrowia jest narażenie na dym tytoniowy. Nie należy zapominać, że poza partnerem osoby palącej na dym tytoniowy narażone są także dzieci, znajdujące się w grupie ryzyka uzależnienia od nikotyny w przyszłości.

Jak wynika z badań Głównego Urzędu Statystycznego, obecnie w Polsce tytoń pali około 30% społeczeństwa. Coraz bardziej widać również niepokojący wzrost częstości palenia u młodych kobiet oraz duży odsetek osób palących. Dane epidemiologiczne pokazują także, że uzależnienie od nikotyny jest najczęstszym zaburzeniem psychicznym i zaburzeniem zachowania w polskiej populacji²⁷³.

Polska zajmuje trzecie miejsce w Europie pod względem palenia tytoniu w przeliczeniu na 1 mieszkańca po Grecji i Hiszpanii. Częstość uzależnienia od nikotyny, w całej populacji w Polsce, zmniejszyła się wśród dorosłych mężczyzn z 52% do 39% w latach 1990–2000, a u kobiet z 26% do 24%. Z kolei liczba byłych palaczy wzrosła z 14% do 20%.

Z badań przeprowadzonych wśród studentów we Wrocławiu wynika, że 23% spośród nich pali papierosy. Wykazano również, że rozpowszechnione jest palenie wśród studentów medycyny. Wyniki te są niepokojące, ponieważ lekarz który pali stanowi dla pacjenta negatywny wzorzec antyzdrowotny. Również wśród pracowników ochrony zdrowia rozpowszechnione jest używanie nikotyny. Jak wynika z badań przeprowadzonych na 100 pielęgniarkach, 56% jest palących. Zwraca się również uwagę na duży odsetek palących kobiet w Polsce. Aż 12–39% kobiet ciężarnych w Polsce pali.

Polacy wypalają rocznie 90 mld papierosów, co daje 2,3–2,7 tysiąca na jednego obywatela. Według WHO, w skali świata, 1,1 miliarda ludzi, czyli około 1/3 populacji dorosłych pali. Codziennie umiera kilka tysięcy osób z powodu powikłań spowodowanych paleniem, co w skali rocznej daje 2–4 mln zgonów²⁷⁴.

Alkohol był najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną na przestrzeni dziejów. Spożywany był w różnych celach, zaspokajał potrzeby indywidualne i społeczne.

²⁷¹ C. Cekiera, *Ryzyko uzależnień*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2001, s. 90.

²⁷² T. Pietras, A. Witusik, *Zespół uzależnienia od nikotyny – ujęcie interdyscyplinarne*, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2011, s. 34.

²⁷³ Ibidem, s. 35.

²⁷⁴ Ibidem, s. 39.

Jak wynika z badań antropologicznych alkohol spożywany był w większości kultur przedpiśmiennych, głównie w celu redukcji nieuświadomionych lęków. W kulturach pierwotnych picie alkoholu zawsze było czynnością społeczną. Istniały w związku z tym systemy norm, które regulowały używanie alkoholu i zapobiegały jego negatywnym skutkom. Również w kulturach starożytnych spożywanie alkoholu było rozpowszechnione. W Egipcie na przykład rodzaj spożywanego napoju stanowił jedną z cech określających pozycję społeczną całych grup. Kapłani i osoby wysoko urodzone pili wino, a osoby z najniższych warstw piwo²⁷⁵.

Alkohol należy do najdawniejszych oraz najbardziej popularnych środków toksycznych. W historii zmiane uległy jedynie strefy geograficzne jego zasięgu i środki produkcji. Na terenie Europy upowszechnienie napojów spirytusowych nastąpiło na przełomie XVI i XVII wieku. Piwo w Polsce znane było jeszcze przed wprowadzeniem chrześcijaństwa, a wino na przełomie XI i XII wieku. Wódkę pędzono już w XVI stuleciu, a upowszechniona została na przełomie XVI i XVII wieku²⁷⁶.

Na przełomie lat 80. i 90. XX wieku zaobserwowano w Polsce wzrost spożycia alkoholu będący konsekwencją zmian społeczno-gospodarczych. Średnie spożycie napojów alkoholowych osiągnęło w 1992 roku najwyższy poziom w historii kraju. Wynosiło ponad 10 litrów czystego alkoholu (100%) na jednego mieszkańca²⁷⁷.

Z badań prowadzonych przez ekspertów europejskich wynika, że ok. 15% dorosłych mieszkańców Europy pije alkohol problemowo, z czego około 3% pijących to osoby uzależnione. W Polsce jest około 860 tys. osób uzależnionych od alkoholu (gdzie około 707 tys. stanowią mężczyźni i około 153 tys. kobiety). Natomiast liczba osób pijących ryzykownie i szkodliwie to około 4 mln²⁷⁸.

Użytkowników alkoholu etylowego jest wielu, w Polsce stanowią oni około 92% dorosłej populacji. Natomiast liczba osób uzależnionych w sensie klinicznym wynosi około 3%. Jak pokazują jedne z badań nad alkoholizmem, osoby które stanowią zaledwie 6% populacji wypijają około 53% całego alkoholu. Sytuacja w Polsce, jeśli chodzi o spożycie alkoholu, bardzo przypomina sytuację na świecie. Spożycie alkoholu w Polsce wynosi około 9,2 litra na jednego mieszkańca, podczas gdy średnia w Unii Europejskiej to 12 litrów. Zauważa się również, iż w ostatnich latach w Polsce rośnie spożycie alkoholu (w tempie ponad 15% rocznie)²⁷⁹.

²⁷⁵ I. Niewiadomska, M. Sikorska-Głodowicz, *Alkohol*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2004, s. 27.

²⁷⁶ C. Cekiera, *Toksykomania...*, s. 24.

²⁷⁷ D. Pstrąg, *Wybrane zagadnienia...*, s. 108.

²⁷⁸ J. Fudała, *Rozpoznawanie osób pijących alkohol w sposób ryzykowny i szkodliwy*, [w:] *Uzależnienia w praktyce klinicznej*, red. B. Bętkowska-Korpała, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2009, s. 37.

²⁷⁹ K.A. Wojcieszek, M. Jędrzejko, *Zasięg i znaczenie zjawiska używania, nadużywania i uzależnienia od substancji psychoaktywnych*, [w:] *Współczesne teorie uzależnień od substancji psychoaktywnych*, red. M. Jędrzejko, Akademia Humanistyczna im. Aleksandra Gieysztor, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Pułtusk-Warszawa 2009, s. 26.

Lekomania w porównaniu z innymi uzależnieniami jest zjawiskiem niedawnym. Jej historia związana jest z bardzo szybkim rozwojem przemysłu farmaceutycznego oraz z konkurencją firm produkujących leki. Duży rozwój lekomanii widoczny był po II wojnie światowej. Najwięcej spożywano wtedy leków z grupy amfetaminowej oraz środków uspokajających i pobudzających. W latach 1960–1961 w Polsce spożyto 600 milionów tabletek fenacetyny. W latach 1960–1971 pięciokrotnie wzrosła produkcja leków, natomiast wartość leków importowanych zwiększyła się 16,5 raza.

Przyjmuje się również, iż 50% leków pacjenci zażywają bez potrzeby przyjmowania, co szkodzi ich zdrowiu²⁸⁰.

Od leków można się uzależnić podczas długiej terapii, przez brak umiejętności terapeutycznej lekarzy, a także z różnych przyczyn natury egzystencjalnej czy zaburzeń psychosomatycznych.

Jak informują M. Jędrzejko i W. Roszczyk „wychodzi na to, że jesteśmy narodem lekomanów: 35% Polaków regularnie przyjmuje medykamenty przepisane przez lekarza, średnio po pięć tabletek dziennie. Co czwarty kupuje leki bez recepty na zapas. Jeśli chodzi o spożycie środków przeciwbólowych, mamy trzecie miejsce na świecie po Amerykanach i Francuzach. 20% Polaków sięga po preparaty multiwitaminowe i wzmacniające. Przy czym świadomość, po co to wszystko kupujemy, jest raczej nikła. Łykamy na wszelki wypadek”²⁸¹.

Rynek farmaceutyczny rozwija się dynamicznie od wielu lat. Wydatki na leki obejmują około 2,4% PKB w Polsce i są jednymi z najwyższych w Europie. W 2000 roku nasz kraj zajmował pierwsze miejsce jeśli chodzi o spożycie leków na osobę, co wynika ze wzrostowej tendencji wydatków na leki. Coraz częstszy staje się problem nadużywania leków, co niewątpliwie prowadzi do uzależnień lekowych. Ponadto zwiększa się liczba porad lekarskich, stąd rośnie również spożycie leków wydawanych na receptę. Obserwuje się też wpływ działania mechanizmów marketingowych firm farmaceutycznych na przeświadczenie pacjenta o istnieniu u niego choroby. Koncerny naciskają na promowanie oraz kształcenie przedstawicieli tych firm w zawodach medycznych związanych z ordynacją i ekspedycją leku. Mamy tutaj do czynienia z pułapką farmakoeconomiki, gdzie nie liczy się człowiek i jego choroba, ale dochód możliwy do uzyskania przy okazji jej zaistnienia²⁸².

Do najczęściej sprzedawanych farmaceutyków bez recepty należą leki z grupy tonizujących – uspokajające i nasenne oraz pobudzających. Ludzie chcą, by ich organizm pracował efektywniej rano zażywają leki pobudzające, a wieczorem

²⁸⁰ C. Cekiera, *Toksykomania...*, s. 27.

²⁸¹ M. Jędrzejko, W. Roszczyk, *Lekomania – przyczyny i konsekwencje*, [w:] *Człowiek i uzależnienia*, red. M. Jędrzejko, D. Sarzała, Akademia Humanistyczna im. Aleksandra Gieysztor, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Pułtusk–Warszawa 2010, s. 96.

²⁸² *Ibidem*, s. 105.

uspokajające. W ten sposób wymuszają, by organizm dopasował się do potrzeb często niezgodnych z naturalnym rytmem fizjologii człowieka²⁸³.

Zjawisko narkomanii sięga bardzo odległych czasów. Rośliny i krzewy odurzające uprawiano w wielu krajach i strefach geograficznych. Narkotyki były używane już w czasach starożytnych i przetrwały aż do czasów współczesnych. Używano ich między innymi do odurzania się, relaksowania, mocnych przeżyć, w celach religijnych, w celu doznania przyjemności, euforii. Początkowo niektóre środki uważano za lecznicze (morfina, opium, heroina). Inne – alkohol i tytoń, zostały zalegalizowane. Rozwijająca się chemia i farmacja, w ostatnich dziesiętkach lat, dostarczyły ogromnej ilości związków chemicznych i syntetyczno-leczniczych. Nadużywanie tych środków prowadzi do toksykomanii²⁸⁴.

W Polsce problem narkotyków jest stosunkowo nowym zjawiskiem społecznym. Początki datuje się na lata 70. XX wieku. Narkomania jako problem społeczny ma charakter wielowymiarowy i zmienny. Istnieje wiele różnych obrazów i różna jest specyfika narkomanii. Problemy z przyjmowaniem nielegalnych substancji wiążą się z nielegalną podażą, trendami kulturowymi oraz zjawiskami w mikroskali (ulicy, miasta, szkoły, grupy środowiskowej). Widać również coraz wyraźniej zróżnicowanie typów narkomanii w zależności od miejsca zamieszkania, sytuacji zawodowej, pozycji społecznej²⁸⁵.

Polska zaliczana jest do krajów tranzytowych w międzynarodowej przestępczości narkotykowej, a także jest jednym z producentów amfetaminy, która przemycana jest zwłaszcza do krajów skandynawskich. W 2006 roku państwo wydało 321 mln złotych na walkę z uzależnieniami, a statystyki prognozują zwiększenie tej kwoty. Od 21 grudnia 2007 roku Polska jako kraj strefy Schengen stała się jeszcze bardziej atrakcyjna dla wszelkich grup przestępczych, gdyż stanowi ważny szlak przerzutowy heroiny pochodzącej z Afganistanu. Szacunkowo oblicza się, że w Polsce może być około 70 tys. osób, które regularnie zażywają narkotyki, skąd również rynek zbytu jest atrakcyjny²⁸⁶.

Popyt na narkotyki można sprawdzić badając jakie jest rozpowszechnienie ich konsumpcji. Jednym ze źródeł informacji na ten temat są ogólnopolskie audytoryjne badania ankietowe na temat używania narkotyków przez młodzież szkolną – ESPAD. Jak wynika z przeprowadzonych w 2005 roku badań znacznie bardziej rozpowszechnione jest używanie substancji legalnych niż nielegalnych. Do najbardziej rozpowszechnionych substancji nielegalnych należą konopie indyjskie. Przynajmniej raz w życiu używało ich 14,2% młodszych uczniów i 31,5% uczniów starszych. Drugie miejsce zajmuje amfetamina – 3,6% uczniów młodszych i 12,4%

²⁸³ Ibidem, s. 113.

²⁸⁴ C. Cekiera, *Toksykomania...*, s. 28.

²⁸⁵ P. Jabłoński, M. Jędrzejko, M. Kornaś, *Narkomania – próba diagnozy zjawiska w Polsce. Wybrane problemy przestępczości narkotykowej*, [w:] *Narkomania – zjawisko, zagrożenia...*, s. 15.

²⁸⁶ K. Raczkowski, W. Krawczyk, M. Karnaś, I. Kieres-Salamoński, *Międzynarodowa przestępczość narkotykowa i przeciwdziałanie jej*, [w:] *Narkotyki – organizacja przestępczości...*, s. 102.

starszych. Jeśli chodzi o substancje nielegalne, to ich używanie jest bardziej rozpowszechnione wśród chłopców. Jedną z cech używania narkotyków w Polsce jest obniżenie się wieku pierwszych eksperymentów z narkotykami, szczególnie u chłopców. Po narkotyki sięgają również chłopcy uczęszczający na ćwiczenia kulturystyczne. W 17 mazowieckich siłowniach przeprowadzono badania, z których wynika, iż 54% chłopców w wieku 17–25 lat zadeklarowało, że regularnie zażywa sterydy anaboliczne dla zwiększenia masy mięśniowej²⁸⁷.

Innym typem badań obrazujących zjawisko używania narkotyków są badania przeprowadzone na ogólnopolskiej losowej próbie dorosłych mieszkańców Polski. Badania takie przeprowadzone w 2006 roku potwierdzają, że nadal najpowszechniejszym narkotykiem pozostaje marihuana. Przynajmniej raz w życiu brało ją 9,1% badanych. Zanotowano również nowe zjawisko, jakim jest wzrost deklaracji znajomości osób zażywających narkotyki (18,5% w 2004 roku, 22,7% w 2005 roku, 23,9% w 2007 roku). Eksperymentowanie z nielegalnymi substancjami psychoaktywnymi jest charakterystyczne przede wszystkim wśród osób do 24. roku życia, choć występuje też w grupie wiekowej 25–44 lat oraz pojawia się między 35. a 44. rokiem życia. W ostatnich czasach zwiększyła się wiedza respondentów o narkotykach i zagrożeniach jakie wynikają z ich przyjmowania. Jednak zjawiskiem budzącym niepokój jest rozpowszechnianie się wśród dzieci i młodzieży nieprawdziwych informacji o działaniu i skutkach przyjmowania narkotyków. Nową tendencją jest wzrost przyjmowania substancji psychoaktywnych przez kierowców²⁸⁸.

W 2005 roku przeprowadzone zostały badania dotyczące chorób infekcyjnych (wirusowego zapalenia wątroby typu B i C oraz HIV) będących wynikiem używania narkotyków. Wynika z nich, że w grupie osób badanych dwukrotnie częściej występowały zakażenia wirusowym zapaleniem wątroby typu C (57,9%) niż zakażenia HIV (24,1%).

W Polsce zanotowano również, iż od 2002 roku nastąpił spadek liczby zgonów z powodu przedawkowania (2002 r. – 324 zgony, 2003 r. – 179 zgonów, 2004 r. – 149 zgonów)²⁸⁹.

2.3.9. Seksualność człowieka

Seksualność jest dla wielu z nas niezrozumiała pomimo tego, że określenie to istnieje od najdawniejszych czasów. Nieznajomość znaczenia tego pojęcia wywołuje różne zachowania i postawy, które niekiedy oceniane są jako właściwe, a innym razem postrzegane jako nieprawidłowe.

²⁸⁷ Ibidem, s. 17.

²⁸⁸ Ibidem, s. 20.

²⁸⁹ Ibidem, s. 23.

Samo pojęcie seksualności zawiera w sobie elementy takie jak: seks, erotyzm, orientacja, intymność, identyfikacja i pożądanie²⁹⁰. Jest niejako pojęciem zbiorczym dla wszystkich wymienionych. Określa te sfery człowieka i życia ludzkiego, które są bezpośrednio zależne od przytoczonych elementów. Dodatkowo według K. Imielińskiego seksualność jest wrodzoną potrzebą i funkcją organizmu ludzkiego²⁹¹. Oznacza to, że nie można oddzielić seksualności od funkcjonowania człowieka. Występuje ona jako naturalne zjawisko uczestniczące w rozwoju każdej jednostki ludzkiej, niezależnie od środowiska w jakim żyje. Dla większości ludzi seksualność kojarzy się bezpośrednio z seksem, jednakże jak możemy dostrzec każde z przytoczonych pojęć jest ze sobą powiązane. Oddziałują na siebie nawzajem tworząc całość, która właśnie jest znana pod pojęciem seksualności. Nie jest możliwe oddzielenie seksu od erotyzmu ani od intymności, gdyż każdy z tych elementów nie mógłby zaistnieć bez drugiego.

Seksuologia jako nauka o charakterze interdyscyplinarnym, dzięki coraz szerszym możliwościom wyznaczonym przez medycynę, psychologię, kulturę i obyczajowość, przyczynia się do lepszego zrozumienia i poznania człowieka i jego psychiki, ponieważ seksualność człowieka nie jest odizolowanym obszarem życia.

Seksuologia obejmuje dwa zasadnicze obszary pojęciowe:

- seksualizm wraz z jego pochodnymi,
- erotyzm.

Nie ma jednoznacznego kryterium różnicującego treść jednej i drugiej sfery pojęciowej, stąd często traktuje się je jako synonimy. Rozróżnienia pojęcia erotyzmu i seksualizmu dokonał E. Spranger²⁹² w swoim opracowaniu *Psychologie des Jugendalterb*, które ukazało się w 1925 roku, przeprowadził wartościowanie życia biorąc za podstawę klasyfikacji cele wychowawcze. Autor uznał erotyzm za piękny i pożądany, seksualizm zaś za brudny i potępiony.

Współczesne definicje różnicują te pojęcia bez wyraźnie określonych kryteriów traktując erotyzm jako: „miłość o silnym podłożu seksualnym, zmysłowym”, „nadmierną pobudliwość płciową, zmysłowość”²⁹³. Seksualizm to, zgodnie z definicją, „kwestie seksualne i zainteresowanie sprawami płci, dążenie do życia seksualnego”²⁹⁴.

Kryterium podziału wprowadza się również przyjmując jako podstawę rozdzielenie dwu aspektów:

²⁹⁰ *Podstawy seksuologii*, red. Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, s. 25.

²⁹¹ K. Imieliński, *Zarys seksuologii i seksiatrii*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1982, s. 28.

²⁹² J. Obuchowska, A. Jaczewski, *Rozwój erotyczny*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1982, s. 7.

²⁹³ *Słownik wyrazów obcych PWN*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1980, s. 199.

²⁹⁴ *Ibidem*, s. 673.

- aspekt fizjologiczny – identyfikowany jest z seksualizmem,
- aspekt psychiczny – utożsamiany jest z erotyzmem.

Z. Lew-Starowicz uważa, że erotyzm jest cechą specyficzną ludzką, nadaje seksualności ponadbiologiczne i ponadprokreacyjne wartości. Twierdzi, że obejmuje biologiczny, psychiczny, społeczny i kulturowy wymiar życia człowieka²⁹⁵.

K. Obuchowski²⁹⁶ pojęcie „seks” przypisuje technicznej stronie stosunków seksualnych, określając je jako procesy fizjologiczne, techniki powodujące rozkosz, natomiast „erotyzm” określa jako zjawisko, które łączy w sobie seksualizm z wewnętrznymi przeżyciami oraz postawami wobec seksu. Jest to więc zjawisko, którego podłożem jest komponent psychologiczny. Stąd wynika, że erotyzm jest ściśle powiązany z rozwojem specyficznych ludzkich właściwości psychicznych. Seksuologia, jako nauka stanowiąc komponent wielu dziedzin wiedzy, nie określa jednoznacznie tych pojęć, stąd sytuacja, gdy oba terminy bywają stosowane jako nadrzędne lub podrzędne wobec siebie²⁹⁷. Jeśli za punkt wyjścia przyjąć psychologię i psychiatrię, to stanowisko to będzie odmienne co do priorytetowego ujęcia pojęć. Psychoanaliza np. erotyzm traktuje jako podniecenie seksualne, natomiast seksualizm pojmuje bardzo szeroko, łącząc go z potrzebą zaspokajania „libido”. Łączy się to z teorią Z. Freuda, który w ten sposób nazwał ogólną energię, która według niego stanowi podstawową siłę napędową organizmu. Zdaniem Z. Freuda wszelkie działania człowieka są spowodowane koniecznością rozładowania „libido”, którego najprostszą formą jest popęd seksualny²⁹⁸.

Uzasadnione jest oddzielenie zjawisk fizjologicznych od zjawisk natury psychicznej i społecznej.

Erotyzm, jak wspomniano już wcześniej, jest zjawiskiem, które występuje na podłożu seksualnym, dotyczy głównie sfery psychicznych przeżyć człowieka. Zagadnieniem erotyzmu jest miłość do drugiej osoby zawierająca elementy seksualnego pożądania. W obrębie tej sfery mieści się także zainteresowanie problemami płci. W erotyzm wpisana jest również twórczość artystyczna, której przedmiotem są treści seksualne. Ujmując globalnie problem, można uznać, że wszystko to „co dotyczy ludzkich przeżyć i zachowań związanych z płcią, a nie odnosi się bezpośrednio do czynności czysto fizjologicznych”²⁹⁹ określić można mianem erotyzmu. Erotyzm obejmuje wszystkie zachowania łączące się z życiem seksualnym. Chociaż, jak podkreślają badacze, może on czasami występować bez wyraźnego związku z seksem, jako takim. Stąd często mówi się o dychotomicznym, czyli dwudzielnym podziale zjawisk na erotyczne i seksualne, chociaż

²⁹⁵ Z. Lew-Starowicz, *Encyklopedia erotyki*, Wydawnictwo MUZA, Warszawa 2004, s. 181.

²⁹⁶ K. Obuchowski, *Psychologiczne problemy seksuologii*, [w:] *Seksuologia społeczna. Zagadnienia psychospołeczne*, red. K. Imieliński, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1977, s. 247.

²⁹⁷ M. Komorowska-Pudło, *Seksualność młodzieży przelomu XX i XXI wieku*, Wydawnictwo WAM, Kraków 2013, s. 19.

²⁹⁸ J. Obuchowska, A. Jaczewski, *Rozwój...*, s. 8.

²⁹⁹ Ibidem, s. 9.

należy zauważyć, że podział ten jest prawidłowy jedynie do pewnego stopnia, ponieważ trudno mówić o erotyzmie, nie biorąc pod uwagę seksualności. Człowiek, będąc określoną jednostką charakteryzuje się integracją na poziomie kory mózgowej czynności popędowych ukształtowanych w filogenezie oraz wyuczonych w toku indywidualnego życia, z mechanizmami fizjologicznej i psychicznej regulacji funkcjonującymi na różnych poziomach, ale tworzącymi nierozłączną całość³⁰⁰.

Erotyzm jest związany z istnieniem człowieka, jest odzwierciedleniem jego natury i kultury. Jak stwierdza M. Gołaszewska „człowiek realizuje swoje naturalne tendencje osobowościowe, w obrębie kultury, gdyż została ona stworzona po to, aby służyć naturze człowieka”³⁰¹. Jest oczywistym faktem, że erotyzm bez elementów zaspokojenia seksualnego byłby najprawdopodobniej patologicznym zachowaniem, chociaż nieszkodliwym społecznie. Natomiast w przypadku, gdy obserwuje się brak erotyzmu – psychicznej nadbudowy, występuje zaś seksualizm bez głębszego psychicznego czynnika, dochodzi do całkowicie patologicznych zachowań, ponieważ pojawia się seksualizm o charakterze instrumentalnym. Współczesna nauka sprawiła, że doszło do docenienia erotyzmu, zarówno w sensie zmiany jego pozycji wśród innych wartości, jak i w sensie rozszerzającego się zasięgu na nowe grupy społeczne oraz wyższego standardu wymagań: nie tylko dotyczącego prokreacji, ale także zdrowia, przyjemności, rozwoju osobowości³⁰².

Nieograniczonej swobodzie seksualnej przeciwstawia się pogląd, że człowiek zgodnie ze swoją naturą również w dziedzinie seksu dąży do trwałych związków erotycznych³⁰³. Związek erotyzmu z szeroko rozumianą kulturą sprawia, że ma on charakter wielofunkcyjny.

Jest ujmowany jako całość: witalna, kulturowa, moralna, osobista³⁰⁴.

Jako wartość witalna wiąże się z poczuciem zdrowia, utożsamia się go ze sprawnością fizyczną i poczuciem własnej wartości. Jako wartość kulturowa, którą ukształtowała tradycja historyczna, erotyzm człowieka podlega wpływom innych systemów kulturowych: języka, etyki, estetyki, ideologii, gospodarki.

Ze swej strony jest także czynnikiem wzbogacającym różne aspekty kulturowe. Moralna wartość erotyzmu polega na włączeniu go w system ogólnej etyki. Jako wartość osobista, prywatna, erotyzm sprawia, że kreuje biografie jednostki, pozwala na zaspokajanie różnorodnych ludzkich potrzeb, nie tylko seksualnych i uczuciowych, ale również poznawczych. Staje się bardzo często źródłem

³⁰⁰ J. Obuchowska, A. Jaczewski, *Rozwój...*, s. 11.

³⁰¹ M. Gołaszewska, *Seks w świetle antropologii fizjologicznej*, [w:] *Seksuologia społeczna...*, s. 11.

³⁰² M. Trawińska, *Socjologia seksu. Społeczno-normatywne uwarunkowanie zachowań*, [w:] *Seksuologia społeczna...*, s. 323.

³⁰³ E. Gehmlicher, *Życie rodzinne: Sytuacja jest dobra, ale nie beznadziejna*, [w:] *Seksuologia społeczna...*, s. 21.

³⁰⁴ M. Trawińska, *Socjologia seksu...*, s. 324.

twórczej aktywności człowieka dostarczając mu szczęścia. Można stwierdzić, że właśnie ten fakt stanowi najważniejszą, najbardziej powszechnie uznaną wartość erotyzmu. Opierając się na opinii M. Trawińskiej wspomnieć trzeba o instrumentalnej funkcji³⁰⁵, gdy może erotyzm stanowić środek pośredniczący w uzyskiwaniu takich wartości, jak prestiż czy dobra materialne. Dzieje się tak wówczas, gdy wartościowanie własnego, czy cudzego ciała jest jednym obiektem wartościowania w dziedzinie życia seksualnego.

Erotyzm jako zjawisko specyficznie ludzkie, gdy ludzka natura znajduje swój wyraz w kulturze, powoduje znaczną różnorodność i jego złożoność. Powiązanie czynności seksualnych ze sferą psychiczną sprawia, że erotyzm jest czymś więcej niż tylko rozładowaniem napięcia seksualnego, ponieważ staje się kontaktem społecznym i interpersonalną reakcją, dającą możliwości wielu napięć, możliwości usunięcia osamotnienia, kompensowania braków, co ma wpływ na społeczne funkcjonowanie jednostki oraz jej wewnętrzne poczucie szczęścia. W życiu erotycznym człowiek wchodzi w kontakt z drugim człowiekiem, co sprawia, że możliwe staje się pełne jego uzewnętrznienie, ekspresja własnej osobowości, ekspresja emocjonalna. Erotyzm sprawia, że jednostka doznaje wewnętrznych przeżyć, które stają się inspiracją dla dalszych doświadczeń społecznych.

Analiza zagadnienia pozwala uświadomić sobie fakty, że może erotyzm przy swoich uniwersalnych właściwościach być podłożem zarówno pozytywnych, jak i negatywnych doświadczeń, ponieważ może stanowić podłoże poczucia mocy, ale też niepełnosprawności, może dać pewność siebie, ale też stać się przyczyną kompleksu możliwości. Może podnosić sprawność fizyczną lub prowadzić do apatii. Zależy to od gamy czynników, które składają się na osobowość człowieka.

Erotyzm jest więc potrzebą psychiczną włączoną w kontekst życia społecznego i indywidualne potrzeby człowieka. Ma równocześnie odmienną wartość dla różnych ludzi, a przy tym jest zmienna w przebiegu życia jednego człowieka.

Seksualność to „ogólnie: wszystkie aspekty cielesne i zachowania związane z płcią i seksem [...] funkcjonowanie seksualne, aktywność seksualna”. Seksualny zatem to „charakteryzujący lub odnoszący się do behawioralnych i afektywnych aspektów seksualności”³⁰⁶.

Według M. Beisert seksualność towarzysząca wszystkim ludziom skupia wokół siebie wiele sporów, niepokojów i kontrowersji, które zaczynają się już w momencie zdefiniowania tego pojęcia „jak wynika ze źródłosłowu (łac. *sexus* – płeć), seksualność oznacza tyle, co płciowość, przynależność do określonej płci i doświadczenie wszelkich płynących stąd następstw”³⁰⁷. Z tym, że biorąc pod uwagę wyłącznie definicję płci jako zbioru wszystkich cech, które odróżniają organizmy żeńskie od męskich seksualność sprowadzałaby się tylko do poziomu biologicz-

³⁰⁵ Ibidem, s. 325.

³⁰⁶ Ibidem, s. 663.

³⁰⁷ M. Beisert, *W poszukiwaniu modelu seksualności człowieka*, [w:] *Seksualność w cyklu życia człowieka*, red. M. Beisert, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2006, s. 8.

nego. Zdefiniowanie seksualności opierające się na biologicznej definicji płci nie mogłoby uwzględniać uczuć, wszelkich procesów poznawczych oraz otoczenia, które wpływa na seksualność. Taką możliwość mogłyby dać koncepcje, które seksualność sprowadzałyby do popędu lub też czynności fizjologicznych. Założenia te są jednak krytykowane, gdyż nic nie opisują i nie wyjaśniają. Biorąc pod uwagę podejście alternatywne, które seksualność zastępuje erotyzmem jest także niewłaściwe, gdyż erotyzm to nic innego jak związek seksualności z psychicznym rozwojem człowieka. „Nie wystarczy definiowanie seksualności w języku procesów psychicznych. Nie wystarczy również wyjaśnianie jej przez odniesienie do mechanizmów społecznych i nacisków kulturowych. Seksualność jest wrodzonym atrybutem i wrodzoną funkcją ludzkiego organizmu, podlegającą złożonym wewnętrznym i zewnętrznym uwarunkowaniom, które wymagają szerokiego spojrzenia i interdyscyplinarnego wysiłku”³⁰⁸.

Według E. Moczuka seksualność jest „podstawowym wyposażeniem człowieka”³⁰⁹.

M. Beisert wyróżnia trzy etapy rozwoju seksualnego człowieka, to jest dzieciństwo, dorastanie oraz dorosłość. Każdy okres jest inny i stanowi zbiór indywidualnych cech oraz procesów. Dodatkowo każdy z etapów „opiera się na dokonaniach etapów wcześniejszych i stanowi podstawę do kształtowania się późniejszych”³¹⁰.

Z kolei E. Moczuk twierdzi, że „młody człowiek, wchodząc do określonej kategorii wiekowej zmienia swe zachowania, wymagania, normy i wartości. Występujące w dzieciństwie normy i wartości przestają regulować już zachowania młodzieńca. Staje się on innym człowiekiem”³¹¹.

Kluczowym etapem rozwoju seksualności jest etap dorastania obejmujący niekiedy okres wczesnej dorosłości. W tym stadium znajduje się młodzież licealna oraz studencka. Zaczyna się w wieku 11 lat i trwa do około 18.–25. roku życia³¹². Choć nie trwa długo jest fazą najbardziej dynamiczną. Dorastanie wiąże się z ogromnym wpływem na młodego człowieka środowiska w jakim wzrasta: rodziny, grupy rówieśniczej, instytucji – chociażby szkoły³¹³. W tym czasie młody człowiek osiąga dojrzałość w kilku sferach: seksualnej, biologicznej, psychologicznej i społecznej. Uważa się, że młodzież w tym okresie osiąga również zdolność prokreacyjną, czyli zdolność do dawania nowego życia oraz dojrzałość psychospołeczną. Dojrzałość biologiczną oraz zdolność do prokreacji dziewczęta osiągają przeciętnie około 16.–18. roku życia, chłopcy około 18. roku życia. Przyjmuje się, że w wieku 18–19 lat u dziewcząt i 20–21 lat u chłopców osiąga się

³⁰⁸ Ibidem, s. 8.

³⁰⁹ E. Moczuk, *Młodzież końca wieku. Zachowania seksualne współczesnej młodzieży w świetle badań*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2004, s. 19.

³¹⁰ M. Beisert, *W poszukiwaniu modelu seksualności...*, s. 19.

³¹¹ E. Moczuk, *Młodzież końca wieku...*, s. 10.

³¹² M. Komorowska-Pudło, *Seksualność młodzieży...*, s. 35.

³¹³ M. Beisert, *W poszukiwaniu modelu seksualności...*, s. 22.

dojrzałość psychiczną. Dojrzałość prawną osiąga młodzież automatycznie w wieku 18 lat. Umiejętność radzenia sobie w rolach społecznych czyli dojrzałość społeczną młodzież osiąga najpóźniej, bo dopiero pomiędzy 18. a 30. rokiem życia³¹⁴.

Obecnie coraz częściej podkreśla się, że seksualność człowieka uwarunkowana jest trzema głównymi czynnikami: biologicznymi, psychicznymi i społecznymi. Uwarunkowanie biologiczne człowiek posiada od urodzenia, a morfologia i czynność w biegu rozwoju zależy w dominującym zakresie od właściwości genetycznych organizmu. W zakres aspektu fizycznego można zaliczyć: budowę ciała warunkującą prawidłowy rozwój układu nerwowego i endokrynnego oraz czynniki fizjologiczne związane z działaniem kory mózgowej, ośrodków podkorowych, gruczołów wewnątrzwydzielniczych i narządów płciowych. Aspekt biologiczny obejmuje również funkcję prokreacyjną³¹⁵.

Czynniki psychiczne mocno związane są z autonomicznym układem nerwowym za pomocą popędu płciowego (dwa komponenty: zmysłowy, potrzeba rozładowania napięcia seksualnego oraz emocjonalnego, czyli potrzeby więzi), który ukierunkowuje zachowania seksualne człowieka na osobę płci odmiennej.

Z. Lew-Starowicz uważa, że w miarę rozwoju człowieka popęd płciowy dojrzewa na trzech etapach (piętrach). Pierwszy etap, który można nazwać morfologiczno-czynnościowym swoim obszarem obejmuje rdzeń kręgowy, który odpowiada za uzyskanie gotowości seksualnej do podjęcia współżycia i prokreacji (polucja nocna, erekcja oraz ejakulacja u mężczyzny, lubricatio i orgazm u kobiety)³¹⁶. Drugie piętro popędu płciowego znajduje się w obszarze podkorowym ośrodkowego układu nerwowego w obrębie podwzgórza, układu limbicznego i siatkowatego. Zdaniem badacza na tym piętrze kształtuje się uczuciowość pierwotna oraz ośrodki popędu, odpowiedzialne za pobudzanie i hamowanie reaktywności seksualnej. Trzecie piętro obejmujące korę mózgową odpowiedzialne jest za uczuciowość wyższą oraz pełną dojrzałość psychoseksualną. Płaty kory mózgowej pozwalają w pełni reagować na bodźce wzrokowe, słuchowe, zapachowe i poznawcze oraz integrować seksualność człowieka z osobowością i kulturą, w której funkcjonuje i się rozwija³¹⁷. Pierwszy etap w rozwoju osiągnany jest w wieku 14–15 lat wśród chłopców i 18–24 lat wśród dziewcząt. Koniec etapu trzeciego to pełna dojrzałość psychoseksualna, przeciętny wiek uzyskania tej sprawności to 20–25 lat, zwykle wcześniej u kobiet niż u mężczyzn³¹⁸. Trzecie piętro odpowiedzialne jest za proces integracji seksualności człowieka z osobowością, kulturą i systemem wartości.

³¹⁴ M. Komorowska-Pudło, *Seksualność młodzieży...*, s. 35–37.

³¹⁵ I. Obuchowska, A. Jaczewski, *Rozwój...*, s. 42–43.

³¹⁶ Z. Lew-Starowicz, *Atlas psychofizjologii seksu*, Wydawnictwo PZWŁ, Warszawa 1990, s. 59–60.

³¹⁷ R.E. Franken, *Psychologia motywacji*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005, s. 119.

³¹⁸ P.K. Oleś, *Psychologia człowieka dorosłego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011, s. 16–17.

Dopiero integracja pozwala na odpowiedzialne doświadczanie miłości. Zatrzymanie rozwoju psychoseksualnego na którymkolwiek wcześniejszym poziomie nie pozwala człowiekowi na pełne przeżywanie swojej seksualności. Człowiek nie rodzi się zintegrowany seksualnie, zdaniem J. Augustyna jednoczenie sfery genitalnej, uczuciowej i duchowej w jedno doświadczanie miłości trwa nawet kilkanaście lat i nie zawsze kończy się dojrzałością psychoseksualną³¹⁹.

Analizując powyższe rozważania dotyczące seksualności można stwierdzić, że pozostaje ona pod wpływem wielu czynników: biologicznych, psychologicznych, kulturowych, aksjologicznych, prawno-historycznych, etycznych, a nawet duchowych. Jest jednym z elementów podstawowych mających znaczący wpływ na jakość życia. Dobrobyt fizyczny, psychiczny, społeczny w zakresie seksualności warunkuje zdrowie seksualne.

W 1975 roku WHO podało definicję zdrowia seksualnego jako integrację biologicznych, emocjonalnych, intelektualnych i społecznych aspektów życia seksualnego ważnych dla pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości³²⁰. Przemiany obyczajowe, wynalezienie antykoncepcji, akceptacja seksu nie służącego tylko rozrodczości, emancypacja kobiet spowodowały zmiany postaw wobec zdrowia seksualnego.

To spowodowało sformułowanie definicji zdrowia prokreacyjnego. Zdrowie prokreacyjne jest to stan dobrego samopoczucia w aspekcie fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie tylko brak choroby czy zaburzeń związanych z układem rozrodczym oraz jego funkcjami i procesami we wszystkich okresach życia³²¹.

B. Woynarowska jest zdania, że „zdrowie seksualne oznacza wolność od przymusu i przemocy, ochronę przed nimi oraz odpowiednie rozwiązywanie problemów związanych z życiem seksualnym. Natomiast zdrowie prokreacyjne oznacza, że ludzie mogą prowadzić odpowiedzialne, satysfakcjonujące i bezpieczne życie seksualne oraz że mają zdolność do prokreacji, jak również swobodę decydowania, czy, kiedy i ile chcą mieć dzieci”³²².

Zdrowie seksualne rozwija się w środowisku uznającym i stosującym prawa seksualne, do których zaliczamy prawo do: wolności seksualnej, odrębności seksualnej, integralności oraz bezpieczeństwa seksualnego ciała, prywatności seksualnej, równości seksualnej, przyjemności seksualnej, prawa do emocjonalnego wyrażania seksualności, swobodnych kontaktów seksualnych, podejmowania wolnych i odpowiedzialnych decyzji dotyczących potomstwa, informacji seksualnej opartej na badaniach naukowych, wyczerpującej edukacji seksualnej,

³¹⁹ J. Augustyn, *Wychowanie do integracji seksualnej*, Wydawnictwo M, Kraków 1994, s. 130–132.

³²⁰ Z. Lew-Starowicz, A. Długołęcka, *Edukacja seksualna*, Świat Książki, Warszawa 2006, s. 130.

³²¹ A. Długołęcka, *Seksualność – wybrane zagadnienia*, [w:] *Edukacja zdrowotna*, red. B. Woynarowska, s. 345.

³²² B. Woynarowska, *Zdrowie i wybrane problemy zdrowotne dzieci i młodzieży*, [w:] *Biomedyczne podstawy kształcenia...*, s. 237.

seksualnej opieki zdrowotnej. „Prawa seksualne należą do uniwersalnych praw człowieka, bazujących na niezbywalnej wolności, godności i równości wszystkich istot ludzkich”³²³. Powyższe prawa oraz normy medyczne zdrowia seksualnego są dyskutowane w różnych środowiskach, szczególne emocje wzbudzają wśród ludzi o innych poglądach osobistych i światopoglądowych, szczególnie religijnych. Ze względu na legitymizację i rekomendowanie tych praw przez Organizację Narodów Zjednoczonych, Światową Organizację Zdrowia: w Deklaracji Praw Seksualnych z 2002 roku oraz Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych WHO (ICD-10), specjaliści zajmujący się tą dziedziną powinni respektować obecne ustalenia³²⁴.

Istotnymi aspektami zdrowia seksualnego interesującymi autora są zagadnienia dotyczące wybranych zachowań seksualnych, takich jak: swoboda seksualna, antykoncepcja oraz zaburzeń seksualnych.

Swoboda seksualna jest terminem dotyczącym tego jaki stosunek posiada człowiek do wszelkich zachowań seksualnych. Pod tym pojęciem kryją się argumenty przemawiające za i przeciw podjęciu decyzji o współżyciu, a także powody dla których ludzie podejmują stosunki intymne. Swoboda seksualna daje możliwość wyboru, nie narzuca określonych reguł czy zasad, gdyż każdy indywidualnie może podjąć decyzje związane z seksualnością w taki sposób, by odpowiadały jemu i jego partnerowi. Zachowania te nie zawsze są w pełni akceptowane przez ogół społeczeństwa, często wręcz są wyśmiewane czy szykanowane. Swoboda seksualna daje swego rodzaju wolność, pozwalając na kontakty seksualne z dowolnie wybranym partnerem, niekoniecznie z powodu głębszych uczuć. Stąd też grono osób utrzymuje kontakty seksualne z wieloma partnerami jednocześnie preferując seks bez zobowiązań.

Zdaniem K. Imielińskiego człowiek kształtując swą seksualność kształtuje świat, który jednocześnie wpływa na niego samego. Ta zależność jest bardzo widoczna w stosunkach społecznych, które wpływają na zachowania seksualne. Badacze kultur uważali, że seksualność wywiera ogromny wpływ na rozwój społeczeństw, a nadmierna swoboda seksualna jest powodem upadku społeczności. Ta teoria nie miała podstaw w nauce. Stwierdzenie to jest dużym uproszczeniem bardzo złożonego problemu. Swobodę seksualną obecnie kształtują zakazy i nakazy moralne, prawne, zwyczajowe, obyczajowe oraz religijne, choć te ostatnie w przeszłości odgrywały większą rolę niż obecnie. Wszystkie te komponenty mają za zadanie zapewnić rozwój człowiekowi, a dokładniej rzecz ujmując zapewnić rozwój jego osobowości przy jednoczesnym zaspokojeniu jego potrzeb. Człowiek, które nie potrafi odnaleźć siebie we wszystkich tych komponentach lub też nie znajduje pomiędzy nimi miejsca dla siebie jest zagubiony. Owa dezo-

³²³ G. Stadnicka, G.J. Iwanowicz-Palus, *Kulturowe uwarunkowania zachowań seksualnych*, [w:] *Problemy wielokulturowości w medycynie*, red. E. Krajewska-Kułak, I. Wrońska, K. Kędziara-Kornatowska, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, s. 289–230.

³²⁴ Ibidem, s. 290.

rientacja powoduje wiele konfliktów w nim samym, jak i jego z innymi ludźmi. Ogólny rozwój społeczeństwa sprawia, że wzrasta liczba wykształconych osób, co powoduje o wiele większą swobodę w sprawach dotyczących seksualności. Ludzie, którzy nie są wykształceni przejawiają o wiele większe obawy przed swobodą seksualną. Osoby te wszelkie zachowania świadczące o swobodzie seksualnej nazywają grzesznymi oraz nieprzyzwoitymi. Powodem tej sytuacji może być strach przed marginalizacją w społeczeństwie. Dzięki przemianom jakie miały miejsce w ostatnich latach ludzie zaczęli oddzielać przeżycia seksualne od samego faktu prokreacji. W wyniku tej sytuacji kontakty seksualne stały się źródłem rozkoszy. Jednakże jak podaje K. Imieliński seksualność bez zachowania takich zasad, jak partnerstwo, powściągliwość czy odpowiedzialność nie daje dużego poziomu satysfakcji seksualnej³²⁵. „Seksualności nie można traktować jako celu samego w sobie. Zaspokojenia potrzeb seksualnych nie można traktować jako wartości jedynej, a tym bardziej nadrzędnej w stosunku do innych. Ludzie hołdujący zasadzie autonomicznej wartości seksualności, w sensie oderwania od innych wartości lub w sensie jej wartości nadrzędnej, doznają wielu frustracji, zawodów i rozczarowań lub też zachowują się aspołecznie”³²⁶.

Według K. Imielińskiego instytucjonalną formą swobody seksualnej jest prostytutka. W ujęciu K. Imielińskiego jest ona „oddaniem własnego ciała do dyspozycji większej liczbie osób celem osiągnięcia przez nie zadowolenia seksualnego; pobieraniem za to wynagrodzenia materialnego”³²⁷.

Do swobody seksualnej można także zaliczyć związki emocjonalno-seksualne, które w literaturze znane są jako związki wolnej miłości. Nazywanie jednak związków emocjonalno-seksualnych wolną miłością nie jest jednak do końca trafne, gdyż jak zauważa K. Imieliński podstawą tych związków nie zawsze jest miłość erotyczna. Tak więc związki oparte na współżyciu seksualnym nie są związkami opartymi na miłości erotycznej. Ilość czy nawet samo istnienie wolnych związków emocjonalno-społecznych jest zależne od danego społeczeństwa, zasad, praw, czy religii. Wolne związki nie miały nigdy regulacji prawnych, były i są to związki pozamałżeńskie. Błędnie wolną miłością nazywano związki emocjonalno-seksualne, które miały być swoistą wolnością seksualną i uwolnieniem się od wpływów społecznych czy religijnych. Wolne związki emocjonalno-seksualne tak naprawdę nie istnieją. Człowiek, który dorasta w społeczeństwie nie może do końca uwolnić się od jego wpływów, tak samo jak osoba wychowana w rodzinie religijnej nie uwolni się nagle od wpływu Kościoła. Wolne związki to nic innego jak stworzenie elastycznej granicy pomiędzy stosunkami emocjonalnymi i seksualnymi. Złagodzenie zasad dyktujących formy życia seksualnego, które zakazują

³²⁵ K. Imieliński, *Kulturowo-medyczne aspekty seksuologii*, [w:] *Seksuologia społeczna...*, s. 48–50.

³²⁶ *Ibidem*, s. 50.

³²⁷ K. Imieliński, *Kulturowe aspekty seksuologii*, [w:] *Seksuologia kulturowa*, red. K. Imieliński, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1984, s. 56.

pozamałżeńskich związków seksualnych, niesie za sobą konkretne konsekwencje. Po pierwsze zmniejszenie znaczenia prostytucji. Po drugie podnoszą wartość wolnych związków emocjonalno-seksualnych powodując, że stają się one uznana formą regulacji życia seksualnego człowieka. Z czasem formy wolnych związków są coraz bardziej akceptowane i są formami przedmałżeńskiego oraz pozamałżeńskiego życia seksualnego, które społeczeństwo w mniejszym bądź większym stopniu akceptuje³²⁸.

E. Moczuk zwrócił uwagę na zjawisko sponsorowania, które polega na otrzymywaniu stałego wynagrodzenia za świadczone usługi seksualne. Sponsoring nie jest zabroniony prawem, a zazwyczaj uprawiają go młode kobiety. Dojrzewająca kobieta może mieć wielu sponsorów. W opinii nastolatek dziewczyny, które współżyją ze swoimi chłopakami tak naprawdę nie czerpią z tego faktu żadnej korzyści. Sponsor to nikt inny jak chłopak, z tym że hojny. Sponsoring to prostytucja nieletnich, zachowania nieletnich prostytutek są sprzeczne z tym jaki obraz mężczyzny funkcjonuje w ich psychikach. Młode prostytutki zajmujące się sponsoringiem to najczęściej uczennice szkół średnich lub studentki, dla których sponsoring jest formą dorabiania³²⁹.

Kolejnym zagadnieniem ważnym w aspekcie zachowań seksualnych są zaburzenia życia seksualnego.

I. Obuchowska i A. Jaczewski stwierdzili, że jeśli chodzi o życie seksualne człowieka nie ma jednych stałych i niezmiennych norm. Reguł, które określałyby co można nazwać zachowaniem prawidłowym, a co odchyleniem od normy. Spowodowane jest to tym, że normy odnoszące się do życia seksualnego człowieka są różne w zależności od społeczeństwa, pokolenia czy nawet płci. Tak więc wszystkie te normy są dynamiczne i zależne od społecznych uwarunkowań, które zmieniając się zmieniają normy dotyczące życia seksualnego. Normą w życiu seksualnym będzie wszystko to co daje człowiekowi szczęście – przy jednoczesnym nieszkodzeniu drugiej osobie i społeczeństwu w dążeniu do tego szczęścia³³⁰.

Według I. Obuchowskiej i A. Jaczewskiego w seksuologii przyjmowane są różne kryteria podziałów odchyleń seksualnych. Jeśli chodzi o społeczne dobro, to będą to dewiacje oraz perwersje. Dewiację uznaje się za zachowanie nieszkodliwe i jest pewnego rodzaju indywidualnością. Perwersje zwane inaczej zбочzeniami uznawane są za społecznie szkodliwe. Owa szkodliwość może być bezpośrednia lub pośrednia. Bezpośrednia występuje gdy perwersja zagraża życiu ludzkiemu. Pośrednia szkodliwość perwersji wynika z tego, że jest sprzeczna z normami społecznymi, a więc powoduje rozterki moralne i prowadzi do nerwicy. Nerwica, która jest rodzajem nieprawidłowego zachowania seksualnego jest kwalifikowana do patologii. Perwersji ze względu na swój charakter nie można sklasyfikować w jeden sposób, gdyż szkodliwość poszczególnych perwersji

³²⁸ Ibidem, s. 62–63.

³²⁹ E. Moczuk, *Młodość końca wieku...*, s. 27–28.

³³⁰ I. Obuchowska, A. Jaczewski, *Rozwój...*, s. 140–142.

jest różna dla samej osoby, jak i społeczeństwa. Istnieje także możliwość, że dewiacja stanie się perwersją, dlatego też społeczności zawsze wzbraniają się przed różnymi odchyleniami seksualnymi bez względu na to czy będą to dewiacje czy perwersje. Obrona przed owymi odchyleniami jest niczym innym jak ustaleniem pewnych norm obyczajowych, moralnych oraz prawnych w społeczeństwie. Społeczności ustalając owe zasady często kierują się tym, co zostało im przykazane przez pokolenie poprzednie. W dzisiejszych społecznościach obserwuje się coraz częściej podejście tolerancyjne do inności. Tak więc odstępstwa od normy, jeśli chodzi o życie seksualne, nie są już tak negowane w dzisiejszych czasach jak było to dawniej³³¹.

Zdaniem A. Kępińskiego „zaburzenia życia seksualnego dzieli się na nerwice i zboczenia płciowe. W pierwszym przypadku (nerwice) chodzi o zaburzenia samego aktu seksualnego (impotencja, anorgazmia), w drugiej (zboczenia seksualne) zboczenie popędu. Sytuacja lub przedmiot wyzwalające aktywność popędową są odmienne niż to wynika z praw biologicznych (zachowania gatunku). Należą tu autoerotyzm, homoseksualizm, sodomia, fetyszyzm itp.”³³².

Młodzi ludzie dojrzewają coraz szybciej, a co za tym idzie wiek inicjacji seksualnej obniża się. Zbyt wczesne rozpoczęcie życia płciowego niesie za sobą liczne negatywne zjawiska. Wśród tych najbardziej aktualnych wymienić należy ryzyko zachorowalności na choroby weneryczne, w tym także na AIDS, wzrost liczby niechcianych ciąży, a co za tym idzie zwiększona liczba nielegalnych aborcji, zwiększona liczba stanów zapalnych szyjki macicy oraz zagrożenia zdrowotne związane z rozpowszechnieniem antykoncepcji³³³.

Kolejnym zagadnieniem wybranym do scharakteryzowania zachowań seksualnych studentów jest antykoncepcja. *Słownik psychologii* definiuje antykoncepcję, iż „jest terminem używanym na określenie jednej z wielu metod kontroli urodzin, które zapobiegają zapłodnieniu”³³⁴.

Antykoncepcja to metody, które pozwalają zapobiegać ciąży. Wśród kobiet, które nie stosują antykoncepcji, a współżyją regularnie, prawie 90% z nich zachodzi w ciążę w ciągu roku. Współczesna medycyna uznaje za jeden ze swych największych dorobków fakt, iż liczbę urodzeń można kontrolować. Antykoncepcja u młodych ludzi może wpływać na spontaniczność współżycia. Każda stosowana metoda zapobiegania ciąży musi być akceptowana zarówno przez kobietę, jak

³³¹ Ibidem, s. 142–144.

³³² A. Kępiński, *Z psychopatologii życia seksualnego*, Wydawnictwo PZWL, Warszawa 1988, s. 16.

³³³ B. Woynarowska, J. Mazur, *Zachowania zdrowotne...*, s. 41–42.

³³⁴ *Słownik psychologii*, red. I. Kurcz, K. Skarżyńska, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2000, s. 53.

i przez mężczyznę – brak jej akceptacji może po pewnym czasie prowadzić do nerwic, oziębłości płciowej, a czasami nawet do impotencji³³⁵.

Wszystkie metody antykoncepcyjne można podzielić na dwa rodzaje: naturalne i sztuczne.

Metody naturalne, czyli fizjologiczne, opierają się przede wszystkim na ustaleniu momentu jajczkowania i połączeniu tej wiedzy z faktem, że plemniki mogą zapłodnić komórkę jajową do dwóch dni od czasu gdy znajdują się w drogach rodnych kobiety. Metody naturalne polegają na dokładnym określeniu czasu owulacji i w tym to właśnie okresie powstrzymaniu się od współżycia. Naturalne metody antykoncepcyjne to: metoda kalendarzykowa, termiczna, obserwacja śluzu szyjkowego, metoda objawowo-termiczna. Metoda kalendarzykowa to ustalenie dokładnego czasu jajczkowania poprzez dokładną obserwację. Ten sposób postępowania ze względu na częste nieregularne cykle kobiety jest często zawodny. Metoda termiczna to codzienne mierzenie temperatury ciała przez kobietę – podczas owulacji temperatura ciała wzrasta o 0,5 stopnia i utrzymuje się, aż do miesiączki. Obserwacja śluzu szyjkowego podczas owulacji, kiedy to zmienia on swoją konsystencję i jest go więcej. Metoda objawowo-termiczna to mierzenie porannej temperatury, obserwacja śluzu szyjkowego oraz szeregu innych objawów, na podstawie których kobieta korzystając z własnego doświadczenia może określić czas jajczkowania. Spośród wszystkich naturalnych sposobów antykoncepcyjnych właśnie ta metoda jest najbardziej skuteczna. Metody naturalne nie są pewnym zabezpieczeniem przed ciążą. Powoduje to fakt, że każde obserwacje własnego ciała przez kobiety są bardzo subiektywne i mogą zmieniać się pod wpływem nawet drobnej infekcji.

Metody sztuczne to metody, których stosowanie powinno być skonsultowane z lekarzem. Wśród tych metod występują środki chemiczne wprowadzane do pochwy, np. kremy czy żele zawierające środki plemnikobójcze. Następnym rodzajem środków antykoncepcyjnych wśród metod sztucznych są środki mechaniczne czyli błony dopochwowe oraz kapturki naszyjkowe, które stanowią barierę dla plemników – często wspomagane środkami chemicznymi. Mechanicznym środkiem antykoncepcyjnym jest także prezerwatywa, używana przez mężczyzn, która dodatkowo chroni przed infekcjami przenoszonymi drogą płciową. Obecnie najbardziej skuteczną, a zarazem najbardziej rozpowszechnioną metodą zapobiegania ciąży są preparaty farmakologiczne – hormonalne, występujące w przeważającej większości w postaci doustnych tabletek. Tabletki antykoncepcyjne zatrzymują jajczkowanie i powodują, że błona śluzowa jamy macicy staje się cienka, a śluz szyjkowy robi się gęsty stanowiąc zaporę dla plemników. Stosowanie tabletek antykoncepcyjnych powinno odbywać się pod ścisłą kontrolą lekarza, a wizyty lekarskie w czasie stosowania metody hormonalnej powinny odbywać się co najmniej raz na rok. Istnieje wiele przeciwwskazań do stosowania

³³⁵ Z. Dobrowolski, *Choroby żeńskich narządów płciowych*, [w:] *Domowy poradnik medyczny*, red. K. Janicki, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004, s. 640–641.

tej metody, np. nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, częste picie alkoholu czy nałogowe palenie tytoniu. Tabletki antykoncepcyjne ze względu na swój skład mogą powodować zakrzepicę, dlatego też ważne jest, aby kobiety, które mają problemy z krzepliwością krwi lub też miały stany zawałowe nie stosowały tej metody. Tabletki hormonalne mogą powodować wiele dolegliwości ubocznych, np. nudności, nadciśnienie, depresję, a nawet oziębłość płciową³³⁶.

Antykoncepcja budzi wiele kontrowersji. Jedni uważają, że jest potrzebna, gdyż człowiek dojrzały powinien świadomie planować rodzicielstwo. Inni natomiast uważają, że zapobieganie ciąży jest niemoralne i powinno być zakazane.

Społeczeństwa różnych krajów wykazują zróżnicowane stanowiska co do antykoncepcji. Obecność tematu zapobiegania ciąży w wychowaniu jest wieloznaczna. Według M. Kozakiewicza podejście do umieszczenia tematu antykoncepcji w wychowaniu można podzielić na cztery stanowiska. Pierwsze z nich uważa antykoncepcję za coś niewłaściwego. W tym ujęciu jest tematem, którego nie należy poruszać w obecności młodzieży. Drugie stanowisko antykoncepcję traktuje jako coś niemoralnego, przy jednoczesnym przeświadczeniu, że wiedzę o niej powinna posiadać młodzież, lecz wiedza ta nie powinna być przekazywana przez szkołę. Trzecie stanowisko wyraża pogląd, że antykoncepcja musi być włączona w program szkolny. Czwarte stanowisko uznaje antykoncepcję za najbardziej pożądaną aspekt wychowania szkolnego, ponieważ wiąże się nierozdzielnie z rozwojem człowieka i jest składnikiem wiedzy o życiu. Włączanie antykoncepcji w wychowanie ma bezpośredni związek z religią, kulturą czy polityką danej społeczności³³⁷.

Kończąc rozważania dotyczące seksualności młodzieży, warto zwrócić uwagę na dwie ważne dyrektywy dotyczące tej sfery życia, których zalecenia powinny znaleźć się w strategiach działań profilaktycznych każdego cywilizowanego państwa, systemu edukacji i ochrony zdrowia.

Komisja Ludności i Rozwoju ONZ w Kairze w 1994 roku ustaliła, że w odniesieniu do zagadnień związanych ze zdrowiem reprodukcyjnym i seksualnym młodzieży państwo powinno propagować odpowiedzialne, bezpieczne dla zdrowia zachowania reprodukcyjne i seksualne, łącznie z dobrowolną wstrzeźliwością oraz zapewniać odpowiednie, dostosowane do wieku poradnictwo i usługi³³⁸. Na podstawie dokumentów Światowej Konferencji w sprawie Kobiet, która odbyła się w Pekinie w 1995 roku stwierdzono, że „należy zapewnić młodzieży odpowiednią edukację i usługi, które byłyby zgodne z ich potrzebami, przyczyniały się do kształtowania pozytywnego i odpowiedzialnego podejścia do własnej seksualności”³³⁹.

³³⁶ Ibidem, s. 640–643.

³³⁷ M. Kozakiewicz, *Kulturowe modele wychowania seksualnego*, [w:] *Seksuologia kulturowa...*, s. 358–360.

³³⁸ Z. Lew-Starowicz, *Seksuologia sądowa*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000, s. 18.

³³⁹ Ibidem.

3. Klimat społeczny

3.1. Pojęcie i wymiary klimatu społecznego

Wobec dzisiejszej młodzieży stawiamy coraz wyższe wymagania. Działania dydaktyczne oceniane są głównie poprzez pryzmat ilości opanowanego materiału nauczania zgodnego z wymaganiami programu specjalności, kierunku, szkoły. Nie można się temu dziwić, ponieważ zadaniem każdej instytucji edukacyjnej jest jak najlepsze przygotowanie młodego człowieka nie tylko do pracy zawodowej, ale również znalezienia swojego miejsca w życiu. Nauka rozwija się w oszałamiającym tempie, nowe technologie często już po roku wydają się przestarzałe, pojawiają się przed szkołą wyzwania sprostania wymaganiom niekiedy niemożliwym do spełnienia.

Uczelnia wyższa stanowi przestrzeń, w której młodzi ludzie kontynuują zdobywanie doświadczeń oraz utrwalają nabyte postawy i zachowania. Warunkuje to wiele czynników, wśród których wymienić można nie tylko system strukturalny placówki, ale także procesy komunikacyjne i liczne interakcje zachodzące w środowisku akademickim. Wszystkie właściwości, które składają się na atmosferę panującą w danym uniwersytecie można określić ogólnym terminem klimat społeczny³⁴⁰.

Klimat społeczny w uczelni wyższej, podobnie jak w szkołach poprzedzających ten szczebel edukacji, jest tym, co odróżnia jedną placówkę od innych. Stanowi charakterystyczną aurę, jaką można wyczuć nawet po krótkim czasie przebywania w danym miejscu. Nie tylko wielkość szkoły, wystrój czy liczebność sal wykładowych, normy formalne i nieformalne kształtują atmosferę panującą w danej uczelni. Czasem bardziej istotną rolę pełni społeczny nastrój, który sprawia, że nawet placówka o niższej renomie staje się tą przyciągającą uczniów czy studentów. Przyczyn tego stanu można upatrywać w zaangażowaniu całej społeczności w dbanie o dobry klimat, co w konsekwencji przekłada się również na wspólne osiągnięcia. Dlatego też uważa się, że pozytywny klimat społeczny stanowi elementarny czynnik warunkujący efektywność i skuteczność realizowanych przez

³⁴⁰ M. Kulesza, *Klimat szkoły a zachowania przemocowe uczniów w świetle wybranych badań empirycznych*, „Seminare” 2007, nr 24, s. 261–277.

daną instytucję programów profilaktycznych, dydaktycznych, czy wychowawczych³⁴¹. Dodatkowo powszechnie uznaje się, że klimat społeczny determinuje procesy nauczania i socjalizacji. Dlatego też można uznać, że warunkuje on sukcesy i klęski pedagogiczne.

Klimat społeczny szkoły jest pojęciem złożonym i niejednoznacznym. Powszechnie przyjmuje się, że klimat instytucji konstituuje się we współdziałaniu trzech głównych elementów. Są to: stosunki interpersonalne, rozwój osobisty jednostek oraz system organizacyjny instytucji. Percepcja i interpretacja tych czynników przez członków danej społeczności stanowi wyraz panującego klimatu³⁴².

Zdaniem znawców niezbędne dla adekwatnego ujęcia klimatu szkoły jest uwzględnienie jego trzech charakterystycznych aspektów:

- **elementy emocjonalne** – emocjonalny wymiar, zabarwienie atmosfery wychowawczej konkretnej instytucji edukacyjnej, np. stopień zadowolenia, irytacje;
- **elementy normatywne** – dominujące w konkretnym środowisku wychowawczym normy i wartości, np. programowe i regulaminowe ustalenia, etos nauczyciela;
- **elementy postrzegania** – subiektywnie postrzegane i doświadczane cechy środowiska nauczania i uczenia się, np. wzajemna sympatia i otwartość, strategie rozwiązywania konfliktów, współpraca³⁴³.

Dla potrzeb autoewaluacji w szkołach promujących zdrowie przyjęto, że klimat społeczny szkoły jest pojęciem:

- Subiektywnym – dotyczy tego jak członkowie społeczności szkolnej postrzegają, oceniają i reagują na to, co się dzieje w szkole, w klasie, w relacjach między członkami społeczności szkolnej. Poszczególne elementy klimatu społecznego szkoły mogą być odmiennie postrzegane przez uczniów, nauczycieli i innych pracowników oraz rodziców i z tego powodu należy zbierać opinie wszystkich tych grup.
- Posiadającym wiele wymiarów, zależnych m.in. od celu badania. Definicję klimatu społecznego szkoły można stworzyć przez wyliczenie wszystkich wymiarów.

W międzynarodowej literaturze pedagogicznej do określania całokształtu rzeczywistości szkolnej w jej aspekcie psychospołecznym są stosowane zamiennie terminy: „kultura szkoły” oraz „klimat szkoły”.

Terminem kultura szkoły, używanym głównie w literaturze niemieckiej, są obejmowane dwa wymiary: kultura uczenia się oraz klimat społeczny. Za wyznaczniki kultury uczenia się przyjmuje się tutaj: uczniowską percepcję wymagań stawianych przez szkołę oraz doboru realizowanych treści programowych pod

³⁴¹ M. Woynarowska-Sołdan, *Klimat społeczny szkoły – koncepcje i czynniki warunkujące*, „Remedium” 2007, 4, s. 32.

³⁴² J. Surzykiewicz *Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia w szkole*, zeszyt 12, CMPPP, Warszawa 2007, s. 9.

³⁴³ M. Woynarowska-Sołdan, *Klimat społeczny...*, s. 10.

kątem ich zrozumiałości i powiązania z praktyką życiową, dydaktyczno-metodologiczną ocenę jakości zajęć szkolnych oraz postrzeganie przez uczniów środowiska materialnego szkoły. Natomiast na **klimat społeczny** w tym ujęciu składa się postrzeganie przez uczniów: relacji z nauczycielami i innymi uczniami, przejawianego przez nauczycieli zainteresowania wychowankami, dyscypliny szkolnej i restrykcyjności stosowanych sankcji, możliwości uczestniczenia w podejmowaniu decyzji i planowaniu różnych szkolnych przedsięwzięć, jak również szans na odniesienie sukcesów w nauce³⁴⁴.

Instytut Psychiatrii i Neurologii różnicuje pojęcia kultury i klimatu szkoły. Kultura szkoły to wspólne przekonania i wartości, które cementują szkołę w jeden organizm. Wynikają one z określonego systemu społecznego i prawnego, wewnętrznej struktury szkoły, działań dyrektora i nauczycieli. Według ujęcia Instytutu na kulturę szkoły składają się: struktura szkoły (cechy socjo-demograficzne uczniów i nauczycieli), architektura (wyposażenie, oferta pozalekcyjna), przekonania, wartości, wzory zachowań, sposoby rozwiązywania problemów podzielane przez członków społeczności szkolnej. W jednej instytucji edukacyjnej mogą funkcjonować odrębne kultury, np. nauczycieli i uczniów³⁴⁵.

Natomiast klimat szkoły odnosi się do tego, jak nauczyciele i uczniowie postrzegają środowisko swojej działalności (pracy lub kształcenia się) i jak ta percepcja wpływa na ich zachowania (pracę lub kształcenie się). Zdaniem Instytutu Psychiatrii i Neurologii, klimat szkolny jest rzeczywistością psychologiczną i zależy od percepcji zjawisk. Na klimat szkoły najczęściej składa się percepcja relacji międzyludzkich: nauczyciel – uczeń, nauczyciel – nauczyciel, nauczyciel – rodzice, zaangażowanie nauczycieli, uczniów i rodziców w życie szkoły, poczucie więzi ze szkołą, obciążenia, stres w szkole³⁴⁶.

K. Okulicz-Kozaryn uważa, że pojęcie klimat i kultura szkoły pod względem treści wzajemnie się pokrywają i rozróżnianie ich oraz specjalne wydzielanie ma charakter czysto akademicki i tak naprawdę niepotrzebny. Kultura odnosi się w większym stopniu do cech obiektywnych, a pojęcie klimat – do postrzegania tych cech przez poszczególne osoby, w praktyce trudno jest oddzielić jedno od drugiego i często pojęcia te używane są zamiennie³⁴⁷.

Klimat społeczny szkoły jest w literaturze zdefiniowany i opisany z różnych punktów widzenia. B. Adrjan podsumowała i przeanalizowała liczne definicje podawane zarówno w polskiej, jak i obcej literaturze, i doszła do wniosku, że nie-

³⁴⁴ U. Ostrowska, J. Tatarowicz, *Agresja i przemoc w szkole*, [w:] *Zdrowie – wartość – edukacja*, red. M. Kowalski, A. Gawel, Oficyna Wydawnicza IMPULS, Kraków 2006, s. 192–193.

³⁴⁵ K. Okulicz-Kozaryn, *Klimat i kultura szkoły a zdrowie psychiczne uczniów i nauczycieli*, s. 2. Ośrodek Rozwoju Edukacji, www.ore.edu.pl, bezpiecznaszkola.men.gov.pl/wp-content/uploads/2015/09/klimat-i... (dostęp: 02.2017).

³⁴⁶ *Ibidem*.

³⁴⁷ *Ibidem*.

które z nich określają klimat szkoły bardziej kompleksowo (szerzej), inne mniej kompleksowo (wąsko).

W definicjach szerszych są wymieniane: relacje między osobami i środowiskiem, klimat społeczny jako kultura szkoły z jej wartościami, normami, poglądami, klimat jako zespół subiektywnych punktów widzenia uczestniczących jednostek, wzajemne stosunki między pracownikami szkoły itp.

W wąskich definicjach są wymieniane: klimat jako ideologia organizacyjna – cele i wartości szkoły, klimat jako nastrój, stan psychiczny, jako klimat społeczny typowy dla klasy, klimat jako wszystkie reguły życia w klasie, klimat jako pośrednik między uczniami i nauczycielami itp.

Klimat społeczny jest zatem wyrażony jako:

- Zaangażowanie nauczycieli w swoją pracę;
- Stosunki między nauczycielami i uczniami;
- Współdecydowanie;
- Relacje uczeń-uczeń;
- Wzajemne współzycie itp.³⁴⁸

Według L. Pytki klimat społeczny instytucjonalnego środowiska wychowawczego to:

zbiór subiektywnie postrzeganych przez wychowanków i wychowawców charakterystycznych cech, sytuacji, zdarzeń będących względnie trwałymi skutkami jego funkcjonowania w ramach przyjętego systemu organizacyjnego i pedagogicznego, kształtujący motywacje i zachowania jednostki i grup społecznych tej instytucji³⁴⁹.

Dokonując operacjonalizacji pojęcia klimatu społecznego poprzez dobranie jego inferencyjnych oraz empirycznych wskaźników, L. Pytka wyodrębnia (za R. Moosem, 1975) czynniki składające się na trzy podstawowe wymiary (dymensje) klimatu społecznego:

1. Stosunki interpersonalne w obrębie instytucji (zaangażowanie emocjonalne, podtrzymywanie – pomoc wzajemna, ekspresja – spontaniczność);
2. Nastawienie kadry pedagogicznej na zaspokojenie potrzeb i aspiracji wychowanków (autonomia, samodzielność, swoboda myślenia i działania, samorealizacja);
3. Porządek organizacyjny, wyrażający się w strukturalnych i funkcjonalnych aspektach działania instytucji (sposób komunikowania, jawność informacji, rodzaj kontroli, system kar i nagród)³⁵⁰.

³⁴⁸ E. Petlák, *Klimat szkoły, klimat klasy*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2007, s. 18–19.

³⁴⁹ Z. Dąbrowski, *Podstawowe wyznaczniki, założenia i elementy modelu wzorca domu dziecka*, cyt. za: E. Sierankiewicz, *Opieka, wychowanie, terapia w domach dziecka*, Wydawnictwo Naukowe WSP, Kraków 1999, s. 57.

³⁵⁰ E. Sierankiewicz, *Opieka, wychowanie, terapia...*, s. 57.

J. Przewłocka uważa, że klimat szkoły definiuje się „jako podzielaną przez różne osoby percepcję obiektywnej rzeczywistości, środowiska społecznego, warunków szkolnych, kultury szkoły, a nie jako samą obiektywną rzeczywistość, w której uczniowie i nauczyciele funkcjonują”³⁵¹.

Zagadnienia powyższe omawia również J. Průha określając miejsca o funkcji edukacyjnej przestrzenią pracy nauczyciela. W tych przestrzeniach dochodzi do specyficznej interakcji i komunikacji nauczycieli z ich społecznymi partnerami czyli uczniami. Jego zdaniem specyfika tej interakcji tkwi w zobowiązaniu do realizowania funkcji edukacyjnej. Każdy nauczyciel kształtuje tym samym specyficzny klimat edukacyjny (psychosocjalny i komunikacyjny). Klimat edukacyjny w klasie jest przede wszystkim wytworem nauczyciela. Postępowanie nauczycieli w dużym zakresie zdeterminowane jest zbiorem norm i konwencji dotyczących pracy z uczniami. Autor zwraca uwagę, że nie należy zapominać jednak o tym, iż każdy nauczyciel to inna osobowość, prezentująca niekiedy różne cechy świadczące o ich indywidualności. Jeden nauczyciel jest bardziej surowy, inny jest zawsze wesoły. Bezpośrednimi podmiotami oddziaływania pedagoga są uczniowie, stąd oceniając jakość pracy nauczyciela trzeba wziąć pod uwagę poziom wytworzonego przez nauczyciela klimatu edukacyjnego w klasie³⁵².

K. Ostrowska uważa, że **klimat społeczny** to nic innego, jak zespół zjawisk i procesów psychospołecznych, które powstają w wyniku takich właściwości środowiska społecznego, jak: system wartości danej grupy, postawy jej członków, poziom odczuwania zaspokojenia potrzeb, konkretne zachowania poszczególnych członków; ale także: materialne otoczenie, zasady organizacji zespołów ludzkich, struktura formalna, metodyka wykonywania zadań, z racji których funkcjonuje dana społeczność, dostępne środki techniczne, materialne i inne, wspomagające realizację zadań. Wzajemne oddziaływanie interpersonalne, stymulacja bodźcowa środowiska materialnego, przydatność lub nieprzydatność procedur organizacyjnych i zaplecza technicznego tworzą klimat społeczny danej instytucji, grupy społecznej, szerzej – społeczeństwa. W ten sposób tworzy się zespół procesów i zjawisk psychospołecznych, które określają treściową wartość klimatu społecznego. Biorąc za kryterium trwałe i systematycznie występujące cechy instytucji, grupy, środowiska społecznego, można wymienić następujące rodzaje klimatu społecznego:

- życzliwej otwartości,
- formalistyczno-idealistyczny,
- restrykcyjny,

³⁵¹ J. Przewłocka, *Klimat szkoły i jego znaczenie dla funkcjonowania uczniów w szkole. Raport o stanie badań*, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2015, s. 3.

³⁵² J. Průha, *Pedeutologia*, [w:] *Pedagogika, pedagogika wobec edukacji, polityki oświatowej i badań naukowych*, tom 2, red. B. Śliwerski, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006, s. 303.

- władztwa,
- konfliktowy³⁵³.

Natomiast M. Woynarowska-Soldan twierdzi, że klimat społeczny to pojęcie subiektywne (poszczególne elementy klimatu społecznego szkoły mogą być odmiennie postrzegane przez uczniów, nauczycieli, innych pracowników szkoły i rodziców) oraz posiadające wiele wymiarów zależnych od celu badania. Wyróżnia zatem dwa wymiary klimatu społecznego:

1. Pozytywne:

- satysfakcja z nauki lub pracy w szkole,
- stwarzanie członkom społeczności szkolnej możliwości uczestnictwa w życiu i pracy szkoły,
- relacje międzyludzkie,
- wsparcie społeczne,
- motywowanie do osiągnięcia sukcesów,
- możliwości efektywnej pracy na lekcjach,
- przestrzeganie praw uczniów, znajomość reguł i ich ocena.

2. Negatywne:

- przeciążenie nauką, pracą oraz częste odczuwanie stresu w szkole,
- występowanie przemocy i zachowań aspołecznych wśród uczniów³⁵⁴.

Podsumowując, zdaniem autora klimat edukacyjno-społeczny szkoły wyższej obejmuje cztery wymiary:

1. Relacje interpersonalne;
2. Warunki rozwoju osobistego;
3. System organizacyjny;
4. Otoczenie materialne.

Ad 1. Relacje interpersonalne:

Zaangażowanie – przedstawia sposób włączenia się nauczycieli akademickich i studentów w realizację ich codziennych zadań i obowiązków.

Wzmacnianie potencjału emocjonalnego – przedstawia rodzaj i jakość działań motywujących i wspierających emocjonalnie stosowanych przez nauczycieli akademickich w stosunku do studentów; pozwala określić poziom „wsparcia emocjonalnego”.

Swoboda wolności ekspresji – umożliwia określenie zakresu swobody studentów w wyrażaniu uczuć oraz stosunek emocjonalny pomiędzy stronami.

Ad 2. Warunki rozwoju osobistego:

Autonomia studentów – określa samodzielność studentów w codziennym postępowaniu.

³⁵³ K. Ostrowska, *Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia w szkole*, CMPPP, zeszyt 12, Warszawa 2007, s. 25.

³⁵⁴ M. Woynarowska-Soldan, *Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia w szkole*, CMPPP, zeszyt 12, Warszawa 2007, s. 35.

Rozwijanie umiejętności praktycznych – orientacja praktyczna ocenia działalność szkoły wyższej w zakresie rozwiązywania problemów praktycznych studentów, tj. zapewnienia warunków do nauki, przygotowania do samodzielności.

Ukierunkowanie na problemy osobiste – orientacja na problemy osobiste – mierzy umiejętności studentów w dokonywaniu oceny samego siebie, w zmierzeniu się z osobistymi trudnościami w zakresie motywowania i emocji.

Ad 3. System organizacyjny:

Porządek instytucjonalny – porządek i organizacja – ocenia skłonności nauczycieli do przestrzegania zewnętrznych przejawów ładu, porządku i dyscypliny w danej jednostce organizacyjnej.

Przejrzystość zasad normatywnych obowiązujących w szkole wyższej – jasność celów, zadań, regulaminów – określa stopień znajomości i zrozumienia przez nauczycieli akademickich i studentów formalnych wymagań szkoły wyższej.

Kontrolowanie życia w szkole – kontrola wychowawcza – mierzy skłonność nauczycieli akademickich do spełnienia funkcji kontrolnych w procesie wychowania.

Ad 4. Otoczenie materialne:

Dostępność i działalność służby zdrowia.

Dostęp do obiektów sportowych szkoły.

Organizacja żywienia.

Udogodnienia dla studentów niepełnosprawnych³⁵⁵.

Zdaniem autora dla określenia pojęcia klimatu społecznego bardziej istotny staje się subiektywny odbiór wszelkich cech środowiska akademickiego przez studentów, aniżeli obiektywna ocena tych właściwości. Osobista percepcja wpływa na odczuwalny poziom zadowolenia, relacje społeczne, sukcesy edukacyjne, a także na kształtowanie prawidłowych postaw oraz zachowań społecznych i zdrowotnych.

3.1.1. Relacje interpersonalne

Środowisko społeczne, a tym samym także środowisko szkoły wyższej opiera się na wzajemnych interakcjach, relacjach pomiędzy jednostkami i grupami wynikających ze społecznej organizacji szkoły. Klimat społeczny tworzą zachowania wszystkich tych, z których składa się dana grupa. Wśród nich są dwie najważniejsze strony uczestniczące w procesie kształcenia, dwa podmioty tego procesu – student i nauczyciel akademicki.

W. Witwicki uważa, że stosunki osobiste podzielić można na stosunki wzajemne i stosunki niewzajemne. Stosunki wzajemne zachodzą wówczas, gdy pomiędzy dwiema osobami występuje postawa uczuciowa. Z kolei stosunki niewzajemne mogą mieć charakter jednostronny lub niezgodny. Stosunki jednostronne cechuje uczucie tylko ze strony jednej osoby, druga pozostaje w tej relacji neutralna.

³⁵⁵ I. Kowalewski, *Promocja zdrowia...*, s. 100–101.

Stosunki niezgodne występują w chwili, gdy jedna osoba darzy drugą uczuciem dodatnim, podczas gdy druga żywi do pierwszej uczucie ujemne.

Z. Zaborowski uznał, że stosunki interpersonalne to „trwałe oddziaływanie na siebie ludzi, określone przez ich osobowości, oceny i uczucia wzajemne oraz przez normy i role społeczne pełnione przez nich”³⁵⁶. Jest on także autorem jednej z typologii stosunków społecznych. Podział ten powstał ze względu na partnera w relacji. Uzależniony jest od istnienia dwóch czynników życia społecznego: jednostki oraz grupy³⁵⁷.

Pierwszym typem stosunków społecznych są stosunki interpersonalne, które ze względu na swój dynamiczny charakter mogą ulegać ciągłym przemianom. Wyróżnione tutaj zostały stosunki rzeczowe, przyjacielskie i koleżeńskie. Stosunki rzeczowe powstają na skutek konieczności wykonania konkretnego zadania. W ich toku następuje ustalenie kierownictwa oraz podział obowiązków. Stosunki przyjacielskie i koleżeńskie są uznawane za te bardziej osobiste, dlatego często nazywane bywają stosunkami osobowymi. Istotną rolę pełni w nich emocjonalna więź pomiędzy parterami.

Drugim typem stosunków społecznych są stosunki grupowe. Te z kolei mogą wyrażać się w stosunkach pozytywnych, gdzie obie strony współpracują ze sobą oraz dążą do udzielania sobie wzajemnie pomocy lub też w stosunkach negatywnych, przejawiających się w konfliktach pomiędzy stronami.

Trzeci typ stosunków społecznych przybiera dwie formy: pierwszy to relacje między jednostką a grupą, a drugi to relacje między grupą a jednostką. Podobnie jak relacje międzygrupowe, mogą mieć postać stosunków pozytywnych lub negatywnych. Wówczas w przypadku stosunków pozytywnych jednostka identyfikuje się z grupą, a grupa otacza jednostkę opieką i darzy ją zaufaniem, podczas gdy stosunki negatywne przejawiają się oporem ze strony grupy względem jednostki lub też wycofaniem się jednostki z aktywności grupy³⁵⁸.

Kontakt pomiędzy ludźmi charakteryzuje się mnogością form i treści. Jedną z form jest komunikacja. Kontakty pomiędzy ludźmi dokonują się na różnych poziomach komunikacji, np. na poziomie intelektualnym (decyduje tutaj forma i treść dialogu, rozmowy, wymiana informacji i wiedzy), biopsychologicznym (rozdzielamy tutaj formę uczuciowo-emocjonalną, neurologiczną oraz zachowania procesowo-funkcjonalne), czy fizycznym (obejmującym formę zachowań i przemieszczeń przestrzenno-czasowych). W literaturze spotykamy szereg określeń dotyczących procesu komunikacji: „Komunikowanie to proces, w którym nadawca emituje bodźce, aby spowodować zmianę w zachowaniu odbior-

³⁵⁶ Z. Zaborowski, *Stosunki międzyludzkie a wychowanie*, Nasza Księgarnia, Warszawa 1972, s. 9.

³⁵⁷ Ibidem, s. 8–10.

³⁵⁸ M. Dąbrowska, *Pojęcie umiejętności interpersonalnych i ich podział*, <http://www.profesor.pl/publikacja,8547,Artykuly,Pojecie-umiejtnosci-interpersonalnych-i-ich-podzial> (dostęp: 13.06.2012).

cy, czy komunikowanie to przekaz informacji, idei, uczuć, umiejętności itp. za pośrednictwem symboli, słów, obrazów, schematów, wykresów itp. Złożoność kontaktu między ludźmi spowodowała wykorzystanie rozmaitych środków komunikowania się. Komunikacja służąca procesom intelektualnym, związanym z twórczym myśleniem człowieka, interaktywnością jego zachowań, poziomem komunikatywności i inteligencji oraz służąca procesom wymiany informacji jest przekazywana do kogoś, zawiera sentencje o czymś i jest dokonywana zgodnie z konwencją przyjętą przez komunikujące się strony lub językiem porozumiewania. Komunikujące się strony mogą używać języka naturalnego (werbalnego), języka ciała czy wybranego środka technicznego. W procesie wymiany informacji pomiędzy stronami ilość i jakość przepływających informacji, wzajemne interakcje mają wpływ na panujące stosunki pomiędzy uczestnikami komunikacji³⁵⁹.

Ludzie znajdując się w sytuacjach społecznych wzajemnie na siebie oddziałują. Interakcje między ludźmi mają charakter wybiórczy, przez co można zrozumieć dwie sprawy: 1) że w obecności pewnych ludzi zachowujemy się zawsze w określony sposób, 2) że za partnera interakcji (jeśli nie jesteśmy zależni od innych okoliczności, np. od przymusu) wybieramy określonego człowieka. Odwołując się do sytuacji szkolnych, przykładem pierwszego typu wybiórczości jest zdarzający się fakt, że nauczyciel na ogół karze określonego ucznia, albo też w pewnej klasie dany nauczyciel ma kłopoty z uczniami, którzy w jego obecności często źle się zachowują. Jeśli chodzi o wybiórczość drugiego typu, a więc dobór partnera interakcji, występuje ona wśród uczniów, jak i wśród grona pedagogicznego. Zarówno między uczniami, jak i między nauczycielami, a także między uczniami a nauczycielami można zaobserwować osoby, które się wzajemnie preferują, spędzają ze sobą wiele czasu, odwiedzają się, wzajemnie się lubią, a między pewnymi osobami występują przypadki unikania się czy wręcz konfliktów³⁶⁰.

Stosunki między nauczycielami i uczniami, stosunki między samymi uczniami oraz różnie definiowane i postrzegane właściwości procesu edukacyjno-wychowawczego są centralnymi wymiarami środowiska szkoły kształtującymi jej klimat³⁶¹.

Tradycyjne **stosunki między nauczycielami i uczniami** uznawane są za główny wymiar klimatyczny, gdyż w znacznym stopniu wydają się determinować wiele innych aspektów życia szkoły. Na tej płaszczyźnie badaniom podlegają:

- formalność, postawy i zachowania demokratyczne,
- przypadki faworyzowania i krzywdzenia,
- odbiór wsparcia nauczycieli i kontrola z ich strony,

³⁵⁹ S. Juszczyk, *Komunikacja interakcyjna człowieka z mediami*, [w:] *Media w kulturze, nauce i oświacie. Materiały Konferencji Naukowej*, red. W. Strykowski, Tarnowska Oficyna Wydawnicza, Tarnów 1996, s. 221.

³⁶⁰ S. Mika, *Psychologia społeczna dla nauczycieli*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 1998, s. 21.

³⁶¹ <http://www.seminare.pl/24/Kulesza2007.pdf> (dostęp: 26.05.2012).

- restrykcyjność działań kontrolno-dyscyplinujących,
- poziom okazywanego zaufania i akceptacji,
- zaangażowanie nauczycieli,
- anonimowość,
- tolerancje,
- zadowolenie uczniów z nauczycieli,
- autorytarny styl kierowania,
- agresja wobec nauczycieli,
- poziom opiekuńczości ze strony nauczycieli,
- sprawiedliwość,
- pejoratywne działania nauczycieli, czy ich zachowania o charakterze agresywnym,
- współdecydowanie³⁶².

Drugim ważnym wymiarem klimatu szkoły są **relacje panujące między samymi uczniami**:

- ilość i jakość więzi koleżeńskich,
- poczucie wspólnoty, zgrania,
- przypadki odrzucenia, izolacji uczniów przez grupę, dyskryminacji,
- konkurencja,
- poziom apatii, napięć,
- formowanie się grup (klik) oraz wspólnoty,
- gotowość do pomocy,
- współzawodnictwo,
- poziom agresji międzyrówieśniczej,
- zadowolenie uczniów,
- poziom integracji, więzi społecznych,
- skłonność do konfliktów,
- presja konformistyczna³⁶³.

Zdrowie psychospołeczne jest silnie uzależnione od indywidualnych cech człowieka. Cechy te kształtowane są w procesie rozwoju, podczas trwania w relacjach interpersonalnych. Dlatego tak istotne jest przebywanie w grupie rówieśniczej, która wyzwala w człowieku uczucia wyższe, kształtuje postawy prospołeczne oraz dostarcza doświadczeń przydatnych w późniejszym życiu³⁶⁴. Środowisko akademickie również przyczynia się do tworzenia więzi i stosunków społecznych pełniących funkcje socjalizacyjne i wychowawcze³⁶⁵.

³⁶² Ibidem.

³⁶³ Ibidem.

³⁶⁴ *Pedagogika*, red. W. Ciechaniewicz, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, s. 145.

³⁶⁵ J. Modrzewski, *Środowisko społeczne młodzieży studiującej*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, Poznań 1989, s. 34.

3.1.2. Warunki rozwoju osobistego

Samorealizacja człowieka jest zdaniem A. Masłowa potrzebą najwyższego rzędu. Uznaje się, że jest ona samospełnieniem się człowieka, który za jej sprawą realizuje własną naturę. Człowiek dąży do wypełnienia misji, jaką przed sobą stawia, poszerza swoje horyzonty, wykorzystuje możliwości³⁶⁶.

Rozwój człowieka jest pojęciem wielowymiarowym i odnosi się do wszystkich obszarów życia jednostki. Może objąć sferę fizyczną, emocjonalną, intelektualną, społeczną czy etyczną. Dotyczy człowieka jako jednostki, ale ma także charakter społeczny³⁶⁷.

Rozwój osobowy jest nierozzerwalnie związany z koniecznością ciągłego doskonalenia się. Człowiek decyduje się na pracę nad sobą w celu poprawy jakości swojego życia. Zwykle oddziałuje to również na sposób myślenia i działania. Z racji tego, iż człowiek jest istotą społeczną, jego rozwój osobisty bywa skierowany na działalność na rzecz innych³⁶⁸. Rozwój własny może przybrać formę motywacji, czasem staje się celem życiowym.

Rozwój osobowy zakłada chęć człowieka do pozostania jednostką indywidualną, która we właściwy dla siebie sposób adaptuje się do życia w społeczeństwie. Ta chęć człowieka o stanowieniu o sobie przyczyniła się do rozwoju nowych koncepcji edukacyjnych³⁶⁹.

Analizy klimatu szkoły uwzględniają bardzo szerokie spektrum przypisywanych mu oddziaływań. Do najczęściej podejmowanych prób ujęcia zależności panującego w szkole klimatu należą z całą pewnością analizy jego wpływu na osiągnięcia w nauce uczniów, wpływu na osobowość i postawy uczniów, wpływu na określone formy zachowań uczniów (zwłaszcza na zachowania dewiacyjne) oraz wpływu na zdrowie uczniów³⁷⁰. Klimat społeczny obecny w każdej instytucji edukacyjnej na każdym etapie kształcenia i wychowania ma również zdecydowany wpływ na rozwój osobowy ucznia, studenta.

Mówiąc o środowisku ucznia, najczęściej mamy na myśli środowisko społeczne, określane jako zespół warunków i czynników osobowych i materialnych, powstających w wyniku współdziałania ludzi odgrywających główną rolę w kształtowaniu się osobowości społecznej jednostki, w którym kształtują się więzi międzyosobnicze wynikające ze współżycia ludzi między sobą.

Środowisko to jest układem złożonym i można w nim wyodrębnić poszczególne dziedziny zależne od wielu aspektów. W środowisku społecznym wyodrębnia

³⁶⁶ A. Maslow, *Toward a psychology of being*, Van Nostrand, New York 1962, s. 31–190.

³⁶⁷ S. Karwala, *Mentoring, jako strategia wspierająca wszechstronny rozwój osobisty*, <http://mentoring.com.pl/mentoring2.pdf> (dostęp: 13.06.2012).

³⁶⁸ *Pedagogika...*, red. W. Ciechaniewicz, s. 132.

³⁶⁹ *Podmiotowość w doświadczeniach wychowawczych dzieci i młodzieży*, red. A. Gurycka, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1989, s. 46.

³⁷⁰ *Ibidem*.

się: grupę rodzinną, szkolną, studencką, grupy rówieśników, grupy zorganizowane, samorzutne lub formalne i nieformalne.

W każdej z tych grup funkcjonują określone reguły społecznego zachowania, tzn. poglądy i opinie, wzory ustosunkowań emocjonalnych, normy regulujące stosunek jednostek do otoczenia, hierarchie wartości estetycznych, etycznych, moralnych i inne. Ponadto na jednostkę oddziałują w poszczególnych grupach czynniki, przyjmujące różne formy: system kar i nagród, oczekiwania związane z pełnieniem ról społecznych, czynniki prowadzące do identyfikowania się z grupą społeczną.

Na jednostkę najbardziej oddziałuje najbliższe otoczenie społeczne za pomocą pewnych standardów systemów wychowawczych. Mają one na celu ukształtowanie mechanizmów regulujących normy poszczególnych grup. Czynnikiem wpływającym na rozwój jednostki są również: warunki ekonomiczne, sposoby wytwarzania środków potrzebnych do zaspokojenia jej potrzeb życiowych i kulturalnych.

W grupie studenckiej występują dwa ważne wymiary. Pierwszy zdaniem autora można nazwać psychiczno-psychologicznym. Odnosi się do jednostek o zróżnicowanej osobowości oraz określonych potrzebach. Można nazwać go wymiarem indywidualnym – osobowym życia grupy. Z tej perspektywy zachowanie jest rezultatem jednostkowych potrzeb, motywów i postaw niezależnych od roli instytucjonalnej. Drugi wymiar pozwala opisać, w jaki sposób może istnieć grupa studencka wewnątrz szkoły wyższej i w jaki sposób pewne role i pewne oczekiwania wykształcają się wewnątrz środowiska społecznego z zadaniem spełnienia celów zawartych w systemie edukacyjno-wychowawczym szkoły wyższej. Jest to wymiar grupowy – społeczny życia grupy. Z tej perspektywy zachowanie w grupie jest wyznaczane podzielanymi i akceptowanymi przez grupę oczekiwaniami stanowiącymi część instytucjonalnych ról. Oddziałujące na siebie czynniki grupowo-społeczne i psychiczno-psychologiczne wyznaczają zachowanie w grupie i kształtują określony klimat uczelni. Albo, upraszczając nieco, interakcje społeczne w grupie studenckiej są rezultatem reagujących na siebie indywidualnie motywowanych ludzi w środowisku społecznym. Zza interakcji osobowej – społecznej wyłania się klimat grupy studenckiej, która wpływa na określone zachowanie studentów, prowadzące do uczenia się umiejętności społecznych, wiedzy przedmiotowej oraz umiejętności zawodowych.

Korzystny klimat społeczny to taki klimat, w którym uczniowie oczekują od siebie wzajemnie, że będą wykorzystywać najlepiej jak potrafią swoje możliwości intelektualne i będą się wzajemnie wspierać; w którym możliwość wpływania na otoczenie jest znaczna i rozdzielona między wszystkich członków grupy – uczniów i nauczyciela; w którym wysoka jest atrakcyjność grupy i wzajemna atrakcyjność uczniów; w którym normy sprzyjają wykonaniu zadań dydaktycznych, a jednocześnie wykazaniu różnic indywidualnych; w którym komunikowa-

nie się ma charakter otwarty i przybiera postać dialogu; w którym wspólna praca i rozwój grupy same przez się zasługują na uwagę.

Richard i Patricia Schmuckowie uważają, że korzystny klimat klasy tworzą nauczyciele wtedy, kiedy nauczają uczniów ważnych umiejętności społecznych – interpersonalnych i grupowych i kiedy pomagają klasie rozwinąć się jako grupa. Badacze ci doszukali się sześciu procesów grupowych, które łącznie wytwarzają korzystny klimat społeczny klasy.

1. Oczekiwania. Członkowie grupy klasowej przejawiają wobec siebie nawzajem i wobec samych siebie pewne oczekiwania.
2. Przywództwo. Chodzi tu o sposób wykorzystania władzy i wpływów oraz o to, jak władza i wpływy kształtują interakcje wewnątrzgrupowe i spójność grupy.
3. Atrakcyjność. Chodzi tu o stopień wzajemnego szacunku i o to, jak układy wewnątrz klasy wpływają na klimat i na uczenie się. Autorzy zachęcają nauczycieli do kształtowania środowiska, w którym grupy rówieśnicze nie mają charakteru klik, a żaden uczeń nie znajduje się na uboczu klasy.
4. Normy. Normy to tyle, co oczekiwania, jakie uczniowie i nauczyciele przejawiają wobec zachowania się w klasie. Według Schmucków wartościowe są normy, które sprzyjają zaangażowaniu się uczniów w naukę, a jednocześnie zachęcają do utrzymania pozytywnych związków interpersonalnych i podzielenia celów.
5. Porozumienie się. Większość interakcji w klasie charakteryzuje się werbalnym lub niewerbalnym komunikowaniem się. Autorzy opowiadają się za otwartym i żywym procesem komunikacji, angażującym uczestników.
6. Spójność. Odnosi się do uczuć żywionych wobec grupy klasowej jako całości i stopnia związania z nią. Autorzy są zwolennikami spójnych grup, wskazując wszelako, że spójność grupy ma służyć nauce i dobru członków³⁷¹.

Środowiska klasowe nie są dla ucznia otoczeniem jednorodnym i w zależności od charakterystyki tego środowiska mają różny wpływ na uczniów i ich rozwój. Można je ująć w trzy podstawowe rodzaje:

1. Klasa nastawiona na osiągnięcia. Jednym z najważniejszych kryteriów atrakcyjności są osiągnięcia szkolne ucznia. Nauczyciel w takiej klasie tworzy klimat bezosobowego profesjonalizmu. Sam określa się przede wszystkim jako ekspert w określonej dziedzinie wiedzy, a nie jako wychowawca. Swoje stosunki z uczniami opiera na jawnych standardach merytorycznych. Wyróżnia się uczniów zainteresowanych przedmiotem, dobrze orientujących się w faktach czy umiejących rozwiązywać problemy. Szeroką dziedzinę spraw wychowawczych ogranicza się do dyscypliny szkolnej, którą uważa się za niezbędny warunek efektywnej pracy na lekcji. Natomiast nie wnika się w prywatne przeżycia ucznia, w sposób spędzania przez niego wolnego czasu, w jego przyjaźnie i antypatie itp.

³⁷¹ R. Arends, *Uczymy się nauczać*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1994, s. 121.

2. Klasa nastawiona na współzycie. Praca zwykle odbywa się w małych grupach elastycznie dobieranych ze względu na dotychczasowe osiągnięcia uczniów, a ocena częściej odnosi się do wytworu grupowego niż do indywidualnych wkładów poszczególnych uczniów. Struktura społeczna takiej klasy jest rozproszona, a wśród wielu równoległych kryteriów popularności osiągnięcia w nauce nie wysuwają się na czoło; przeciwnie, często mają mniejsze znaczenie niż talenty towarzyskie czy sukcesy sportowe itp. W takiej klasie panuje klimat interpersonalnej zgody. Przyswajanie wiedzy ma mniejsze znaczenie niż umysłowy i społeczny rozwój ucznia. Szczególne zagrożenie dla tego rozwoju upatruje się w nacisku i krytyce, uważa się, że autorytatywne żądanie postępów w nauce prowadzi do nieautentycznego uczenia się dla dobrych stopni, a krytyka działa zniechęcająco. Popiera się oryginalność odpowiedzi, staranność strony formalnej, zaangażowanie uczuciowe czy owocną współpracę z zespołem itp. Podkreśla się, że najważniejszym warunkiem osobistej pomyślności jest wzajemne zrozumienie, gotowość do pomagania, tolerancja. Nie toleruje się zachowań określonych mianem aspołecznych, popiera się akty solidarności.
3. Klasa nastawiona na porządek. Organizacyjnie jest heterogeniczna. Jej struktura społeczna ma charakter klikowy, przy czym małe grupy, na które rozpada się zbiorowość, często pozostają ze sobą w stosunkach antagonistycznych. Atrakcyjność interpersonalna opiera się na kryteriach pozaszkolnych lub antyszkolnych – w tym ostatnim wypadku uczniowie w małych grupach jednoczą się przeciw prymusom i aktywistom klasowym. Nauczyciel występuje wobec uczniów jako funkcjonariusz instytucji, a regulamin szkoły, program nauczania, wytyczne administracji nabierają szczególnego znaczenia, co przekłada się na odchodzenie od publicznych dyskusji nad sensem tych czy innych wymagań i w ogóle ingerowaniu w sprawy szkoły. Osobiste życie uczniów, a także ich rozwój umysłowy i społeczny nie mają znaczenia, chyba że zagrażają porządkowi szkolnemu. Od młodzieży żąda się podporządkowania. Główną troską jest, aby klasa dobrze się prezentowała³⁷².

Spoglądając na te środowiska z pozycji ucznia, daje się zauważyć, iż doświadcza ich w odmienny sposób. W środowisku zorientowanym na porządek poczucie osobistego sprawstwa (kontroli) jest znacznie zredukowane, natomiast w dwóch pozostałych opiera się na odmiennych podstawach. Klasy nastawione na osiągnięcia wiążą poczucie kontroli z osobistą kompetencją, zaś klasy nastawione na współzycie ze społeczną akceptacją³⁷³.

W tym wymiarze klimatu społecznego znaczenia nabiera nastawienie kadry pedagogicznej na zaspokojenie potrzeb i aspiracji uczniów w codziennym postępowaniu (ich autonomia, samodzielność, swoboda myślenia i działania, samorealizacja). Ważne by działalność szkoły nastawiona była na rozwiązywanie

³⁷² E. Petlák, *Klimat szkoły, klimat klasy...*, s. 36–37.

³⁷³ K. Konarzewski, *Uczeń*, [w:] idem, *Sztuka nauczania*, t. 2, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1995, s. 138–141.

problemów praktycznych uczniów, by prowadzone zajęcia uczyły umiejętności przydatnych w przyszłym życiu. Ponadto proces wychowawczy powinien być także ukierunkowany na problemy osobiste uczniów, by mieli oni poczucie bezpieczeństwa i wsparcia społecznego.

Powyzsza analiza wskazuje na wybrane problemy dotyczące klimatu społecznego występującego w szkołach podstawowych i średnich. W pewnym zakresie zdaniem autora można je odnieść do kształcenia akademickiego, chociaż warto zwrócić uwagę na specyfikę i różnice pomiędzy wymienionymi placówkami edukacyjnymi.

Szkoła wyższa to zazwyczaj ostatni etap nauki przygotowujący do podjęcia określonego zawodu, do wykonywania którego niezbędne jest uzyskania tytułu licencjata lub magistra w określonych dziedzinach. Najważniejszymi podmiotami w procesie kształcenia w szkole wyższej są nauczyciele akademicki i ich uczniowie czyli studenci. Uczelnia skupia wokół siebie ludzi chcących się rozwijać, ciekawych świata, chcących rozwijać się intelektualnie. Stąd można ją uważać za instytucję edukacyjną mającą charakter ośrodka naukowego, dbającego o rozwój zdolności i umiejętności studentów oraz doskonalenie umiejętności swoich pracowników naukowych.

Nauczyciele akademicki i studenci tworzą wspólne środowisko i od ich współistnienia oraz współdziałania w głównej mierze zależą efekty kształcenia i charakter klimatu społecznego w uczelni.

Uczelnia wyższa spełnia szereg funkcji. A. Roguska zalicza do nich: rozwijanie intelektu, uzyskanie wyższego wykształcenia, kształcenie przyszłej kadry kierowniczej, podniesienie prestiżu osoby studiującej, podniesienie poziomu intelektualnego społeczeństwa³⁷⁴.

G. Dryden i J. Vos uważają, że najważniejszym zadaniem, przed którym stoi szkoła wyższa jest kształcenie ludzi twórczych, samodzielnie podejmujących decyzje i ponoszących za nie odpowiedzialność³⁷⁵. Poza uzyskaniem kompetencji zawodowych i naukowych „równie ważne jest nabycie umiejętności radzenia sobie w różnych sytuacjach życiowych, gdyż bez tego część uczniów po prostu nie ukończyłaby szkoły. Innymi słowy, potrzebny jest program nauczania, który położy nacisk na: szacunek dla siebie i rozwój osobisty, doskonalenie umiejętności życiowych, nauczanie, jak się uczyć i jak myśleć, rozwijanie konkretnych zdolności naukowych, fizycznych i artystycznych”³⁷⁶.

Jednym z celów szkolnictwa wyższego jest utworzenie przestrzeni dla młodego człowieka do pracy nad rozwojem osobistym. Uczelnia ma za zadanie stwo-

³⁷⁴ A. Roguska, *Współdziałanie nauczycieli akademickich i studentów w wyzwalaniu świadomości dążenia do doskonałości*, [w:] *Jakość kształcenia w szkole wyższej – dążenie do doskonałości*, red. K. Jankowski, B. Sitarzka, C. Tkaczuk, A. Daniluk, J. Skrzyp, Wydawnictwo Akademii Podlaskiej, Siedlce 2001, s. 179.

³⁷⁵ G. Dryden, J. Vos, *Rewolucja w uczeniu*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2000, s. 205.

³⁷⁶ *Ibidem*, s. 107.

rzyć mu warunki, w których będzie mógł wykorzystywać swoje umiejętności, aby zdobywać kolejne kompetencje.

Wraz z wejściem w okres dorosłości młody człowiek nie tylko podlega określonym wpływom społecznym, ale samodzielnie wyznacza sobie nowe cele, dążenia, realizuje swoje zainteresowania w oparciu o wewnętrzne motywy. Funkcjonalnie autonomiczna motywacja określająca kierunek i jakość aktywności jednostki sprawia, że zaczyna ona przynosić satysfakcję sama z siebie, jest wartością samą w sobie, niezależnie od tego, czy i jakich dostarcza gratyfikacji³⁷⁷.

Harmonijny przebieg realizacji zadań rozwojowych we wczesnej dorosłości powinien charakteryzować się zrównoważeniem podstawowych form aktywności wynikających z podjęcia ról rodzinnej, zawodowej i/lub edukacyjnej oraz przeznaczonych na rozwój osobisty i wypoczynek. Obserwując środowisko akademickie dość rzadko można zaobserwować punktualną realizację zadań rozwojowych. Życie rodzinne odkładane jest na okres późniejszy, nie znajduje się w centrum potrzeb jednostki. Najważniejszym zadaniem jest poszukiwanie i podejmowanie pracy, doksztalcanie się, poszerzanie kompetencji, dominuje wątek rozwoju osobistego nad wątkiem relacji społecznych. Podstawą kształtowania tożsamości młodych dorosłych staje się jeden obszar aktywności. W Polsce najczęściej jest to podjęcie studiów lub podnoszenie swoich kwalifikacji. Poświęcając edukacji swoją energię młodzi zmierzają do awansu zawodowego, poprawy sytuacji bytowej, podniesienia statusu społecznego oraz niezależności. Kształcenie się, podjęcie pracy zawodowej podnosi poczucie własnej wartości i subiektywną jakość życia. Pozwala na zaspokojenie ważnych potrzeb: samorozwoju, uznania, znaczenia oraz poznawczej³⁷⁸.

Zadaniem szkoły wyższej, oprócz nauki konkretnych umiejętności, kompetencji, jest kształtowanie rozwoju osobowego przy użyciu różnych strategii nauczania i kształcenia, ale przede wszystkim wychowania.

Szczególną wagę tego typu działania mają miejsce w początkowej fazie studiowania. Student podejmując studia w sposób zasadniczy zmienia swoje życie. Po pierwsze zmienia środowisko społecznego bytowania na nowe (specyfika środowiska akademickiego), często zmienia miejsce zamieszkania opuszczając dom rodzinny. Po drugie zmienia się wielkość i rodzaj treści nauczania. Trzecią zmianą w porównaniu z niedaleką przeszłością edukacyjną jest zetknięcie studenta z nowymi strategiami nauczania. Zdaniem autora, to najtrudniejsza zmiana. Główne zadanie, które stoi przed studentami, to odkrywanie bogactwa możliwości doskonalenia się i samorealizacji. „Refleksyjni nauczyciele stają się nauczycielami-autorytetami, którzy wiodą ze sobą innych, tworząc wyzwania dla swych uczniów

³⁷⁷ B. Ziółkowska, *Okres wczesnej dorosłości. Jak rozpoznać potencjał młodych dorosłych*, [w:] *Psychologiczne portrety człowieka...*, s. 436.

³⁷⁸ *Ibidem*, s. 457–459.

i organizując środowisko wychowawcze³⁷⁹. Zadaniem wykładowcy jest nie tylko prezentowanie zagadnień zgodnych z obecnym stanem wiedzy, ale przede wszystkim zainteresowanie tą tematyką studentów. Główną rolą edukacji akademickiej powinno być wspomaganie pracy studentów. Student powinien być mobilizowany do kreatywności, poszukiwań, wyrażania własnych poglądów, uzasadniania swoich wypowiedzi. Studiowanie powinno być twórcze, oparte o proces ciągłego poszukiwania różnych sposobów przedstawienia treści edukacyjnych zasygnalizowanych w trakcie zajęć, poprzez analizę literatury przedmiotu. Analiza literatury powinna być krytyczna, obfitująca w merytoryczne argumenty uzasadniające poglądy. Czwarta zmiana dotyczy nagłego przyływu wolności i swobody, z których trzeba nauczyć się korzystać. Piąta zmiana, zdaniem autora najważniejsza, dotyczy budowania własnej przyszłości i doskonalenia siebie. Okres studiów jest również okresem ugruntowywania się światopoglądu lub jego zmiany.

Tak duża liczba zmian pojawiających się w życiu młodego człowieka z chwilą podjęcia i kontynuowania studiów staje się najważniejszym wydarzeniem życiowym. Jest to niewątpliwie sytuacja nowa i trudna, z którą musi się zmierzyć „młody dorosły”.

Każdy człowiek posiada osobiste zasoby radzenia sobie w sytuacjach trudnych, stresowych. R.H. Moss i J.A. Schaefer odnoszą pojęcie zasoby radzenia sobie do relatywnie stałych czynników osobowych i społecznych, które wpływają na to, jak jednostki próbują opanować kryzysy życiowe i transakcje³⁸⁰. Z kolei osobiste zasoby radzenia sobie określają jako „złożony układ osobowościowych, dyspozycyjnych i poznawczych czynników, które stanowią część psychologicznego kontekstu radzenia sobie. Zasoby osobiste są relatywnie stałymi dyspozycyjnymi cechami, które wpływają na selektywność procesów oceny poznawczej i radzenia sobie i zwrótnie mogą być zmieniane przez skumulowane rezultaty tych procesów”³⁸¹.

Analizując różne dyspozycje składające się na zasoby osobiste można wymienić następujące (według autora ważne z punktu widzenia wykonywanych badań oraz kształcenia i prawidłowego rozwoju): wsparcie społeczne, otwartość, umiejętność swobodnej ekspresji, poczucie kontroli osobistej, poczucie oraz oczekiwanie własnej skuteczności, wiara w siebie czyli zaufanie do siebie samego, samoakceptacja oraz wysoka samoocena, poczucie sensowności, poczucie kompetencji społecznej, optymizm, nadzieja, posiadanie zainteresowań, umiejętności zaangażowania się, docieklivości i oddania się, umiejętność reagowania na zmianę życiową jako wyzwanie, zdolność do odnalezienia sensu, poczucie humoru,

³⁷⁹ S.G. Paris, L.R. Ayers, *Stawanie się refleksyjnym uczniem i nauczycielem*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1997, s. 112.

³⁸⁰ R.H. Moss, J.A. Schaefer, *Coping resources and processes: current concepts and measures*, [w:] *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*, eds. L. Goldberger, S. Brenitz, The Free Press, New York 1993, s. 234.

³⁸¹ *Ibidem*, s. 238.

umiejętność utrzymywania właściwego dystansu psychologicznego wobec problemów własnego życia, umiejętność porozumiewania się społecznego, poczucie koherencji, wola życia³⁸².

S. Hobfoll przedstawiając model zachowania zasobów twierdzi, że ludzie dążą do zachowania, ochrony i budowania zasobów, a tym, co stanowi dla nich zagrożenie, jest potencjalna lub rzeczywista ich utrata. Reakcja na zagrożenie utraty zasobów lub ich rzeczywista utrata, a nawet brak ich przyrostu po zainwestowaniu inicjuje stres psychologiczny³⁸³.

Można mieć pewność, że rozwój osobisty studentów jest w pewnym zakresie kształtowany przez środowisko akademickie. Zdaniem autora, diagnoza wybranych dyspozycji wchodzących w zakres zasobów osobistych studentów może być jednym z elementów określających klimat społeczny w uczelniach. Analiza wyników może stanowić obszar informacji, które pozwolą na wprowadzenie propozycji zmian w programach edukacyjno-wychowawczych uczelni, opartych o działania władz uczelni, pracowników naukowo-dydaktycznych, pracowników administracyjnych, ochrony zdrowia oraz studentów.

3.1.3. System organizacyjny

Zmiany, jakie wprowadzają nowe akty prawne, a także rozwiązania systemowe w polskiej oświacie, każą zwracać coraz większą uwagę na konieczność funkcjonowania szkoły jako organizacji. Organizacja może być kojarzona ze zorganizowaną grupą osób, z jakąś konkretną strukturą, zestawem wspólnych celów, niekiedy wiązką wartości. Wszystkie te dziedziny mieszczą się w najogólniejszych i najczęściej spotykanych definicjach organizacji. Jednym z ciekawszych ujęć tego pojęcia jest koncepcja M.B. Milesa, amerykańskiego socjologa oświaty, który w następujących punktach opisał tzw. „zdrową organizację”, jaką winny charakteryzować:

1. Jasność celu (organizacja przyjmuje do realizacji wspólnie ustalone oraz aprobowane przez członków cele niezbędne dla jej rozwoju, a także możliwe do szybkiej realizacji).
2. Adekwatna komunikacja (sprawna w każdym układzie relacji zarówno w poziomie i w pionie, jak i do oraz na zewnątrz).
3. „Rozproszenie” władzy (realizowane głównie poprzez delegowanie uprawnień oraz konstruktywnej relacji zwrotnej).
4. Tożsamość (silne poczucie oraz satysfakcja z odrębności i przynależności do grupy).
5. Wykorzystywanie zasobów (optymalne korzystanie z zasobów – zwłaszcza ludzkich bazujące na budowaniu potrzeby maksymalnego angażowania się realizowanego jednak tylko na poziomie realnych potrzeb oraz możliwości).

³⁸² Opis dyspozycji, cech zasobów osobistych przekracza ramy monografii. Patrz: R.E. Franken, *Psychologia motywacji...*; *Podstawy psychologii zdrowia...*

³⁸³ S. Hobfoll, *Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress*, „American Psychologist” 1989, 44(3), s. 513–524.

6. Morale (ludzie cieszą się, a zarazem czują się odpowiedzialni za swoją organizację).
7. Zdolności innowacyjne (poczucie autonomii oraz znajomość celów organizacji wywala wolę zmian oraz nowe pomysły).
8. Autonomia (szkoła jest niezależna od świata zewnętrznego, niemniej za podstawę funkcjonowania uznaje zaspokajanie potrzeb swoich klientów w oparciu o własne możliwości oraz metody).
9. Adaptacja (znajomość potrzeb wywołuje zmiany wewnątrz organizacji mające na celu zaspokojenie potrzeb klientów, jak i wyprzedzanie ich oczekiwań).
10. Rozwiązywanie konfliktów (realizowany w oparciu o strategię „nie ma wygranych, nie ma przegranych” z wykorzystaniem zasady dialogu i consensusu)³⁸⁴.
Najogólniej mówiąc, organizacja to kilka wspólnie występujących i przenikających się dziedzin. To cele (idee, wartości, wizja), strategie, metody pracy, struktury, styl zarządzania, stosunki (relacje między członkami organizacji) oraz metody motywowania.

Dobra organizacja powinna posiadać wyraźnie zdefiniowane kierunki działania wyznaczające nie tylko cel ostateczny, ale również opisywać efekty, które będą towarzyszyć jego osiągnięciu. Szczególnie istotną rolę w procesie rozwoju szkoły ma do odegrania właściwie przeprowadzona ewaluacja wewnętrzna, która sprzyja rozwojowi całej organizacji³⁸⁵.

Porządek organizacyjny wyraża się w strukturalnych i funkcjonalnych aspektach działania instytucji. Wymiary te stanowią zarazem płaszczyzny analizy, dokonywanej pod kątem ich wpływu na efektywność wychowawczą szkoły, ewentualnie dysfunkcjonalności instytucji w odniesieniu do przyjętych przez nią celów i zadań³⁸⁶.

Szkoła jest szczególnym typem organizacji społecznej, potrzebnej nowoczesnemu społeczeństwu dla realizacji specyficznych celów edukacyjnych. Jest organizacją formalną, która cechuje się konkretnymi przymiotami wyróżniającymi ją spośród innych organizacji. Jedne pełnią funkcję stabilizacyjną zapewniając ciągłość najbardziej elementarnych form, inne stanowią o zmianie i są zorientowane na innowację. Przystępując do opisu funkcjonowania szkoły, bardzo często można spotkać się w literaturze z analizą dokonaną przez pryzmat kultury organizacyjnej.

Analizując klasyfikacje wielu funkcji kultury organizacyjnej, I. Kawecki określił rolę owej kultury jako obszaru budowania własnej tożsamości, która sprzyja identyfikacji i przynależności społecznej, dającej poczucie bezpieczeństwa i sensu. Formułuje on trzy funkcje społeczne kultury organizacyjnej szkoły:

1. Funkcję regulacyjną – określającą reguły postępowania.
2. Funkcję ukierunkowującą – wpływającą na sposoby interpretacji życia.

³⁸⁴ <http://portalwiedzy.onet.pl/4870,12800,1614010,1,czasopisma.html> (dostęp: 04.05.2012).

³⁸⁵ <http://seminarium.21.edu.pl/ks/3/339.pdf> (dostęp: 04.05.2012).

³⁸⁶ Ibidem.

3. Funkcję instrumentalną – warunkującą wybór technik i środków działania³⁸⁷.

Szkoły, niezależnie od ogólnych zapisów prawa, przestrzegają także zapisów i norm wynikających bądź to z dokumentów prawa wewnątrzszkolnego, bądź też przyjętych programów określających ogólne kierunki pracy szkoły w zakresie wychowania, opieki czy nawet kształcenia.

System organizacyjny to także jasność norm i przepisów funkcjonujących w szkole. Ważny jest stopień znajomości i zrozumienia formalnych wymagań szkoły zarówno przez nauczycieli, jak i uczniów. Znajomość określonych celów, zadań i regulaminów, systemu kar i nagród oraz ich zrozumienie przekłada się na występujący wśród młodzieży stres. Także jakość i poprawność układanych harmonogramów zajęć ma decydujące znaczenie dla właściwego klimatu panującego w szkole, gdyż bezpośrednio wpływają na warunki nauki. Harmonogramy zajęć powinny być układane zgodnie z higieną pracy umysłowej, tak by w jak największym stopniu mogły przyczynić się do zapewnienia uczniom jak najkorzystniejszych warunków nauki.

Na klimat społeczny szkoły wpływa także możliwość kontrolowania życia w szkole przez uczniów. Istotne w tym względzie jest to czy uczniowie mogą decydować o sprawach mających dla nich znaczenie, czy przedstawiane są im propozycje spraw, o przebiegu których mogą sami decydować? Czy zdania uczniów są brane pod uwagę przy organizacji życia szkoły, klasy? Czy stwarza się klimat społeczny sprzyjający: uczestnictwu, partnerstwu i współdziałaniu członków społeczności szkolnej³⁸⁸?

3.1.4. Otoczenie materialne

Otoczenie materialne jest jednym z trzech zbiorów czynników, które składają się na środowisko wychowujące, a są to:

1. Otoczenie materialne;
2. Wzory osobowe;
3. Organizacja życia³⁸⁹.

Środowiskiem materialnym z punktu bezpośredniego wpływu na zdrowie zajmuje się higiena, jednak zainteresowanie M. Demela ukierunkowane jest na inny aspekt, a mianowicie: jaki jest jego udział w procesie wychowania zdrowotnego?

Otoczenie oddziałuje na człowieka bez przerwy, wywiera presję na całą jego osobowość, toteż należy dążyć do tego, by każdy żył w środowisku zaspokajającym jego potrzeby, lecz i budzącym nowe potrzeby, w środowisku, które będzie go podnosiło w jego własnych oczach.

Pomiędzy człowiekiem i otoczeniem występuje zależność dwukierunkowa: „Ważne jest wytworzenie u młodzieży czynnej postawy w stosunku do higieny

³⁸⁷ <http://www.wpsnz.uz.zgora.pl/erasmus/cz/files/ksiazka.pdf> (dostęp: 04.05.2012).

³⁸⁸ <http://portalwiedzy.onet.pl/4870,12800,1614010,1,czasopisma.html> (dostęp: 15.06.2012).

³⁸⁹ M. Demel, *Pedagogika zdrowia...*, s. 158.

środowiska. Młodzież musi mieć świadomość, że odpowiada za stan sanitarny, że sama stwarza sobie w pewnym sensie warunki środowiskowe i wpływa na otoczenie. Z drugiej strony nieodzowne jest zrozumienie, że wzorowe środowisko zewnętrzne ma duży wpływ wychowawczy i jest niezbędną pomocą w trudnym i mozolnym procesie wychowania higienicznego”.

W przedstawionych powyżej wypowiedziach spotykamy się z dynamicznym pojmowaniem otoczenia materialnego. Stanowi ono aktywny czynnik wychowawczy, narzuca człowiekowi określone formy zachowania, kierunkuje jego reakcje, pomaga w kształtowaniu pozytywnych postaw i zarazem przeszkadza w kształtowaniu złych nawyków.

O sile działania środowiska materialnego świadczy fakt radykalnej zmiany w zachowaniu się człowieka przeniesionego nagle z sanitarnego prymitywu do wyjątkowo kulturalnych warunków o wysokim standardzie. Komfortowe urządzenia higieniczne działają pozytywnie na jego styl bycia i wielu ludzi, którzy w domu są brudasami natychmiast dostraja się do takich warunków i stara się z nich korzystać. Warto także zwrócić uwagę na inne elementy otoczenia materialnego i ich wpływ na nasze reakcje, np.: jasne barwy ścian, mebli, ubrania „nawołują” do czystości, nieskalana płaszczyzna podłogi „zabrania” śmiecić, nie sposób jej opluć czy zabłocić. Odwrotnie – brudne, obskurne wnętrza „tolerują” brudasów, nie budzą niczyjego respektu. Estetyczna, dobrze działająca i dopasowana do wzrostu umywalka „zachęca” do mycia się. Urwane kurki, ciekące krany, zbyt wysokie muszle zniechęcają do mycia. Pięknie utrzymany ogródek „zaprasza” do zabawy, a jego urządzenia „podpowiadają” odpowiednie formy aktywności. Puste, ciemne, błotniste podwórko nikogo „nie pociąga”. Źle zbudowana i utrzymana wiejska ubikacja „wygania” dzieci „za stodołę”. Specjalne urządzenia i sprzęt higieniczno-sanitarny, a więc intencjonalne narzędzia wychowania zdrowotnego odgrywają szczególną rolę wychowawczą. Ich ilość, jakość i zróżnicowanie świadczą pośrednio o intensywności troski o zdrowie³⁹⁰.

Szkoła to nie tylko uczniowie i nauczyciele, ale także pozostali pracownicy zatrudnieni w szkole. Autor uważa, że analizując klimat społeczny należy także uwzględnić pracowników uczelnianej służby zdrowia. Osoby z tej grupy pracowniczej powinny być wzorem zachowań, stylu życia, a także pełnić funkcję kontrolną i modyfikującą nieprawidłowości. Ważną sprawą dla pozytywnego klimatu społecznego jest działalność szkolnej służby zdrowia, jej wyposażenie materialne oraz jej dostępność dla uczniów³⁹¹.

Kolejnym kryterium, od którego zależy materialny wymiar klimatu społecznego jest dostęp do obiektów sportowych. Ma to niebagatelne znaczenie, gdyż aktywność fizyczna jest jedną z podstawowych potrzeb dzieci i młodzieży. Zaspokajanie tej potrzeby jest niezbędne dla prawidłowego rozwoju fizycznego, moto-

³⁹⁰ Ibidem, s. 159.

³⁹¹ I. Kowalewski, *Promocja zdrowia...*, s. 101.

rycznego, psychicznego i społecznego. Pełni także integrującą rolę w budowaniu i realizacji właściwego stylu życia³⁹².

Ważnym elementem otoczenia materialnego jest także prowadzona w szkole organizacja żywienia. Prawidłowe żywienie wpływa na właściwy rozwój psychosomatyczny organizmu i stanowi jeden z ważnych warunków wykorzystania jego genetycznych i biologicznych możliwości. Młody organizm reaguje nie tylko na niedobory żywieniowe, lecz także na nadmiar składników pokarmowych. Zatem właściwa organizacja polegająca na dobrze zorganizowanej i odpowiednio prowadzonej stołówce, szkolnych sklepikach, na systematycznej edukacji zdrowotnej, w tym nauczaniu zasad prawidłowego żywienia, ma zasadnicze znaczenie dla zdrowia młodzieży i wpływa na panujący wśród niej klimat³⁹³.

Otoczenie materialne to także praktyczne rozmieszczenie budynku szkoły, udogodnienia dla osób niepełnosprawnych, umeblowanie i wyposażenie sal dydaktycznych, obiektów sportowych, świetlic i innych pomieszczeń, z których uczniowie mają możliwość korzystania. Niektóre z planowanych efektów i czynności w procesie nauczania wymagają odpowiedniego, dodatkowego wyposażenia, jak dydaktyczne programy komputerowe, płyty wizyjne, zestawy multimedialne czy pakiety dydaktyczne. Coraz bogatsze wyposażenie szkół i coraz bardziej urozmaicone, a łatwo dostępne środki techniczne, będą coraz częściej stawać się elementem nowych programów kształcenia i wpływać na odbiór otoczenia materialnego szkoły przez uczniów³⁹⁴.

Podsumowanie. Na grupę studencką można patrzeć jak na system społeczny i ekologiczny, zawierający indywidualne potrzeby i motywy, role instytucjonalne oraz związki pomiędzy potrzebami członków grupy a normami grupowymi. Występujące w grupie interakcje społeczne są rezultatem reagujących na siebie indywidualnie motywowanych ludzi w środowisku społecznym. Środowisko sprzyjające uczeniu się cechuje ogólny klimat, w którym studenci przejawiają pozytywny stosunek do siebie; potrzeby studentów są zaspokajane w taki sposób, że wytrwale wykonują oni zadania dydaktyczne i współpracują z nauczycielem; studenci pragną opanować umiejętności kontaktu interpersonalnego i nauczyć się żyć w grupie.

Pozytywny, wspierający klimat społeczny uczelni sprzyja osiągnięciom edukacyjnym studentów, ich motywacji do nauki, satysfakcji ze szkoły, wpływa korzystnie na zdrowie psychiczne, poczucie własnej wartości i samopoczucie studentów, zmniejsza ryzyko występowania różnych dolegliwości i urazów, a także minimalizuje ryzyko występowania wśród studentów negatywnych zachowań. Można uznać, że pozytywny klimat społeczny szkoły decyduje o jakości życia szkoły i jest niezbędnym zasobem dla zdrowia studentów.

³⁹² T.B. Kulik, M. Latałski, *Zdrowie publiczne*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2002, s. 240.

³⁹³ *Medycyna zapobiegawcza i środowiskowa...*, s. 294.

³⁹⁴ K. Kruszewski, *Sztuka nauczania. Czynności nauczyciela*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005, s. 462.

3.2. Metody oceny klimatu społecznego w instytucjach edukacyjnych

Kształtowanie klimatu społecznego powinno być jednym z zasadniczych celów działalności organizacyjnej, socjotechnicznej i pedagogicznej, ponieważ od niego w dużej mierze zależy efektywność wychowawczo-dydaktyczna placówki oświatowej. Jednak, aby stworzyć odpowiedni klimat społeczny należy przeprowadzić pedagogiczne badania diagnostyczne osobowości wychowanków, poznać środowisko (społeczeństwo), klimat społeczny, w którym ma przebiegać proces wychowania. Na podstawie takiej diagnozy możemy sformułować praktyczne zalecenia i dyrektywy mające na celu modyfikację działań placówki. L. Pytka wyróżnia trzy etapy diagnozy klimatu społecznego:

1. Diagnoza konstatacyjna – celem takiej diagnozy jest dokładny opis symptomów świadczących o jakości badanego klimatu społecznego (opis istniejącego klimatu społecznego), mechanizmów psychospołecznych oraz uwarunkowań wewnętrznych i zewnętrznych. Po ocenie istniejącego poziomu klimatu społecznego formułujemy zalecenia służące poprawie klimatu społecznego placówki.
2. Diagnoza ukierunkowująca – jej celem jest sformułowanie postulatów na podstawie przyjętej oceny. Postulaty te dotyczą: zakresu planowania zmian oraz czynników determinujących funkcjonowanie instytucji, strategii, procedur, które będą potrzebne do modyfikacji oddziaływania wychowawczego.
3. Diagnoza weryfikacyjna – jest związana z wdrażaniem zaplanowanych rozwiązań praktycznych. Ma na celu sprawdzenie słuszności i trafności rozpoznania dokonanego na dwu poprzednich etapach³⁹⁵.

Pojawiły się techniki badawcze służące rozpoznawaniu jakości klimatu społecznego w różnych środowiskach. Pierwszym rzetelnym i trafnym narzędziem pomiaru klimatu społecznego jest skala skonstruowana przez R. Mossa, zwana Social Climate Environment Scale³⁹⁶. Technika badań klimatu społecznego R. Mossa dotyczy dziewięciu typów środowisk wychowawczych: szpitale i ośrodki lecznicze, instytucje korekcyjne, jednostki wojskowe, społeczności: studenckie, szkolne, terapeutyczne itp. Skala ta zawiera dziewięć podskal mierzących nasilenie danego wymiaru klimatu społecznego:

1. Stosunki interpersonalne
 - „Zaangażowanie”: mierzy stopień zaangażowania wychowawców i wychowanków w realizację codziennych zadań i obowiązków,
 - „Podtrzymywanie”: określa nasilenie i rodzaj zachęt stosowanych przez wychowawców w stosunku do wychowanków oraz wskazuje na poziom „wsparcia emocjonalnego” wychowanków przez wychowawców,

³⁹⁵ L. Pytka, *Pedagogika resocjalizacyjna – Wybrane zagadnienia teoretyczne i metodyczne*, Wyższa Szkoła Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 1995, s. 105–106.

³⁹⁶ Ibidem.

- „Ekspresja”: określa stopień swobody ekspresji, wyrażania uczuć przez wychowanków.
- 2. Rozwój osobisty
 - „Autonomia”: określa stopień samodzielności wychowanków w życiu codziennym,
 - „Orientacja praktyczna”: ocenia działalność instytucji w zakresie umiejętności rozwiązywania problemów wychowanka,
 - „Orientacja na problemy osobiste”: ocenia umiejętności wychowanka w zakresie pokonywania trudności motywacyjnych i emocjonalnych.
- 3. System organizacyjny
 - „Porządek i organizacja”: pozwala oszacować skłonności wychowawców do przestrzegania ładu i porządku oraz dyscypliny wewnątrzinstytucjonalnej,
 - „Jasność celów, zadań, regulaminów”: określa stopień znajomości i zrozumienia przez wychowanków i wychowawców wymagań stawianych przez daną instytucję,
 - „Kontrola wychowawcza”: ocenia poziom spełniania funkcji kontrolno-opiekuńczych przez wychowawców³⁹⁷.

R. Moss dowodzi, że pozytywny klimat społeczny w ocenie członków wpływa korzystnie na rozwój osobowy wychowanków, ich samowychowanie i samorealizację. Badanie zawiera 90 sformułowań odnoszących się do różnych aspektów klimatu społecznego. Badaniu poddawani są wychowawcy i wychowankowie. Za odpowiedź zgodną z kluczem otrzymuje się 1 punkt. W każdej z podskal można uzyskać maksymalnie 10 punktów. Stwierdza się, iż im wyższe są punktacje uzyskane w pierwszych sześciu podskalach oraz im niższe są one w trzech ostatnich, tym bardziej sprzyjający jest klimat wychowawczy danej instytucji. Posługując się tą techniką uzyskujemy średnie miary, średnie arytmetyczne w zakresie poszczególnych podskal. Statystyczne opracowanie wyników pozwala na globalne oszacowanie jakości klimatu społecznego instytucjonalnego środowiska wychowawczego. Im większe są rozbieżności w odpowiedziach wychowawców i wychowanków, tym większe prawdopodobieństwo, iż klimat społeczny tej instytucji nie jest sprzyjający poprawnemu przebiegowi procesu wychowania. Tą techniką badań posługiwali się R. Menard, M. Leblance (badania kanadyjskie 1978), R. Moss (badania amerykańskie 1975), K. Vodopivec (badania jugosłowiańskie 1974), L. Pytka (badania polskie 1980). Celem tych badań było określenie natężenia poszczególnych składników klimatu społecznego w instytucji wychowawczo-korekcyjnej. Na podstawie wyników dokonywano analizy klimatu społecznego instytucji kanadyjskich, amerykańskich, jugosłowiańskich i polskich. Z badań często wynika, iż ocena klimatu społecznego dokonywana przez wychowanków jest mniej optymistyczna niż wychowawców. Ten odmienny sposób widzenia

³⁹⁷ Ibidem, s. 108–109.

świata wynika z przypisanych pozycji i ról społecznych w systemie organizacyjnym danej instytucji. Wyżej wspomniane badania wskazały, iż instytucje kanadyjskie są najbliższe ideałowi poprawnego wychowania i opieki. W tej grupie badanych była niewielka rozbieżność między oceną klimatu społecznego wychowanków a oceną wychowawców. Niestety klimat społeczny polskiej instytucji wychowawczo-korekcyjnej jest najbardziej odległy od pożądanego modelu. Z badań wynika, że instytucja ta przywiązuje największą wagę do przestrzegania zewnętrznej dyscypliny, regulaminu. Natomiast w znacznie mniejszym stopniu zwraca się uwagę na kształtowanie poprawnych stosunków interpersonalnych. Tworzenie odpowiedniego klimatu społecznego sprzyjającego działaniom terapeutycznym (nawiązywanie i utrzymywanie wartościowych więzi międzyludzkich) w tej instytucji zostało zupełnie zaniedbane³⁹⁸.

Można zauważyć, że klimat szkoły obejmuje szereg różnych wymiarów uwzględnianych w badaniach. Przyjęte określone wymiary klimatu społecznego przez badaczy pozwalają na konstruowanie odpowiednich narzędzi.

K. Ostaszewski jest zdania, że do najważniejszych wymiarów klimatu można zaliczyć: jakość relacji społecznych (stosunki pomiędzy wszystkimi podmiotami występującymi w szkole, troska, zaufanie, poniżanie, lekceważenie, agresja, poczucie przynależności, świadomy udział w podejmowaniu decyzji, poczucie przynależności), cechy środowiska kształcenia i wychowania (metodyka realizacji zajęć, tempo prowadzenia zajęć, nacisk na uzyskiwanie osiągnięć, rywalizacja, warunki do poszerzania zainteresowań, komunikacja pomiędzy nauczycielami a uczniami, poziom przestrzegania dyscypliny, etykietowanie, faworyzowanie, wsparcie), bezpieczeństwo fizyczne i emocjonalne (poziom zaufania do nauczycieli, umiejętności rozwiązywania sytuacji konfliktowych, działania ograniczające agresję, ochrona, monitoring), charakterystyka środowiska fizycznego szkoły (wygląd, wielkość, wyposażenie)³⁹⁹.

M. Kulesza analizując badania z kręgu niemieckojęzycznego proponuje za F. Ederem klasyfikację, w której wyróżnia 4 wymiary: stosunki pomiędzy nauczycielami a uczniami, stosunki między uczniami, właściwości procesu edukacyjno-wychowawczego oraz postawy uczniów wobec nauki⁴⁰⁰.

Z tematyką klimatu społecznego związana jest organizacja Character Education Partnership w USA, która wspomaga szkoły w przekształcaniu kultury i klimatu szkoły tak, aby wspierały i wzmacniały podstawowe wartości ucznia. Organizacja ta opracowała jedenaście zasad przewodnich charakteru edukacji. Zasady te dotyczą: wyboru przez szkołę tych wartości etycznych, które chce zaszczerpić w uczniach, np. uczciwość, sprawiedliwość, opiekuńczość, odpowiedzialność, szacunek, wytrwałość, holistyczne podejście do rozwoju postaw (uczniowie

³⁹⁸ L. Pytka, *Pedagogika resocjalizacyjna...*, s. 110–112.

³⁹⁹ K. Ostaszewski, *Pojęcie klimatu szkoły w badaniach zachowań ryzykownych młodzieży*, „Edukacja” 2012, 4 (120), s. 21–40.

⁴⁰⁰ M. Kulesza, *Klimat szkoły a zachowania przemocowe uczniów...*, s. 261–277.

uczą się, rozumieją dane wartości i podejmują działania na ich podstawie), kompleksowego podejście do kształcenia, tworzenia troskliwej społeczności między wszystkimi uczestnikami procesu kształcenia, tj. uczniami, nauczycielami, pracownikami, rodziną, zapewnienia uczniom możliwości moralnego działania, doboru odpowiedniego programu nauczania uwzględniającego każdego ucznia, rozwijania wewnętrznej motywacji – uczeń podejmuje działanie nawet wtedy, gdy nikt się nie przygląda, pracownicy szkoły, jako społeczność ucząca się, dzieląca się odpowiedzialnością za edukację, przestrzegająca tych samych wartości, które kształtują wśród uczniów, kolektywnego zarządzania – nauczyciele i uczniowie uczestniczą w podejmowaniu decyzji, szkoła w budowaniu postaw współpracuje z rodziną, społecznością lokalną, regularnego analizowania, oceniania klimatu i kultury szkoły, funkcjonowania wychowawców w zakresie rozwoju postaw oraz analizy postaw uczniów. Szkoły, które wzięły udział w projekcie stwierdziły, że wyniki krajowych testów kompetencji dydaktycznych zwiększyły się, a liczba zachowań niewłaściwych znacznie się zmniejszyła. Przeprowadzone w USA badania skuteczności Programu Rozwoju Osobowości (Character Education) wskazują, iż klimat społeczny ma wpływ na zachowanie uczniów i wyniki w nauczaniu⁴⁰¹.

Inne badania amerykańskie, obejmujące gimnazja (middle school), prezentują 16 wymiarów wykorzystywanych diagnostycznie⁴⁰²: porządek i sprawiedliwość zasad, relacje społeczne i zaangażowanie, oczekiwania i wsparcie w nauce, przywództwo, zaangażowanie i wsparcie rodziców, środowisko fizyczne i zasoby, pozytywne relacje rówieśnicze, szacunek dla różnorodności, bezpieczeństwo, przemoc i wiktymizacja, poczucie przynależności, kompetencje emocjonalne i społeczne, zajęcia pozalekcyjne, głos uczniów i ich zaangażowanie, używanie substancji psychoaktywnych, relacje nauczyciel – uczeń.

Badacze koncentrują się na tych aspektach wymiaru klimatu społecznego, które mogą mieć wpływ na rozwój uczniów i są stosunkowo stabilne w czasie.

M. Grochowalska przeprowadziła badania, które dotyczyły opisu elementów środowiska sprzyjających rozwojowi dziecka w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. W badaniach brali udział nauczyciele przedszkoli (40 osób) i klas I–III (36 osób) oraz studenci specjalności pedagogika przedszkolna i wczesnoszkolna (35 osób). Badani wypełniali ankietę, w której mieli uzasadnić, dlaczego przedszkole/szkołę uważają lub nie uważają za środowisko przyjazne rozwojowi dziecka. Ankietowani pozytywnie ocenili przedszkole i szkołę jako środowisko sprzyjające rozwojowi dziecka, jednak muszą być spełnione określone warunki. Jakościowa analiza wypowiedzi badanych osób pozwoliła pogrupować je w dwa obszary. Pierwszy związany jest z warunkami materialnymi i organizacją pracy

⁴⁰¹ *Character Education Partnership. The Eleven Principles of Effective Character Education*, Published and distributed by Character Education Partnership, Washington 2010, www.character.org (dostęp: 12.04.2013).

⁴⁰² REL West, 2012, *Summary of Existing School Climate Instruments for Middle School*, [w:] J. Przewłocka, *Klimat szkoły i jego znaczenie...*, s. 5–6.

placówki. Natomiast drugi obszar dotyczy osób w niej pracujących, warunków i relacji społecznych tam występujących. Każdy z tych obszarów zawiera elementy środowiska istotne dla rozwoju dziecka.

Obszar I. Warunki materialne

- środki dydaktyczne,
- architektura wnętrza (dostosowane do potrzeb dziecka),
- zajęcia dodatkowe,
- ogród (właściwie urządzony ogród).

Obszar II. Warunki społeczne

- osoba nauczyciela (sposób zachowania, organizacja pracy),
- współpraca z rodziną,
- klimat emocjonalny (wyrozumiałość, cierpliwość, opanowanie, ciepłe relacje między nauczycielem i dziećmi).

Badani wskazali również elementy, które ich zdaniem przeszkadzają prawidłowemu rozwojowi dziecka. Przedszkolom zarzucają mało przestrzeni do aktywności zabawowej, co spowodowane jest zbyt dużą liczebnością grup⁴⁰³.

M. Woynarowska-Sołdan metody badań klimatu społecznego dzieli na jakościowe i ilościowe. Metody te należy dostosować do wieku dziecka. W jakościowym badaniu klimatu klasy, uczniowie mogą napisać prace na temat: „Jak mi się żyje w mojej klasie?”. Natomiast dzieci w wieku przedszkolnym mogą narysować na temat: „Co lubię w moim przedszkolu?”, „Czego nie lubię w moim przedszkolu?”. W metodzie ilościowej możemy posłużyć się techniką ankiety dla uczniów „Klimat w mojej szkole”, nauczycieli i pracowników, którzy nie są nauczycielami „Klimat społeczny w mojej szkole” oraz dla rodziców „Klimat społeczny mojego dziecka”⁴⁰⁴.

E. Petlák wskazuje, że w badaniach klimatu społecznego instytucji edukacyjnych warto wykorzystać takie metody diagnostyczne, które uważa się za niezbyt skomplikowane. Dzięki tym metodom szkoła a nawet nauczyciele szybko mogą ewaluować wyobrażenia o swym oddziaływaniu na uczniów, ocenić poziom swojej pracy, poznać opinie i wyobrażenia uczniów dotyczące klimatu szkoły, klasy, a na podstawie uzyskanej wiedzy dążyć do optymalizacji klimatu⁴⁰⁵.

Do takich metod E. Petlák zaliczył: nieskategoryzowaną obserwację, skategoryzowaną obserwację, rozmowę, kwestionariusz.

I. Turek i A. Sandor opisują inne metody, które można wykorzystać w badaniach klimatu społecznego szkoły. Pierwsza z nich to samoocena szkoły. Autorzy wskazują, że w latach 1997–1998 w krajach Unii Europejskiej realizowano projekt

⁴⁰³ B. Muchacka, M. Szymański, *Szkoła w świecie współczesnym*, [w:] *Przedszkole i szkoła, jako środowisko wspierania rozwoju dziecka*, red. M. Grochowalska, Oficyna Wydawnicza IMPULS, Kraków 2008, s. 119–120.

⁴⁰⁴ M. Woynarowska-Sołdan, *Metody badania klimatu społecznego w szkole*, „Remedium” 2007, nr 11.

⁴⁰⁵ E. Petlák, *Klimat szkoły, klimat klasy...*, s. 78–81.

pilotażowy, mający na celu ocenę jakości szkół. Powoływano grupę ewaluacyjną w szkołach złożoną z: dyrektora placówki, przedstawicieli rodziców oraz uczniów. Ocena obejmowała: powodzenie uczniów po ukończeniu szkoły, wykorzystanie czasu nauczania, szkołę jako miejsce nauki i środowisko społeczne, szkołę jako środowisko profesjonalne, współpracę szkoły i nauczycieli, relacje między szkołą a środowiskiem lokalnym. Inną metodą opisywaną przez autorów jest samoocena jakości szkoły według EFQM (European Foundation for Quality Management – Europejska Fundacja na rzecz Zarządzania Jakością). Badania mają charakter monitoringu, wykonywanego systematycznie, według dokładnych reguł i kryteriów zawartych w kwestionariuszu. Samoocena dotyczy dziewięciu kategorii: szkolna polityka i strategia, management źródeł, realizowanie procesu nauczania, zadowolenie odbiorców, zadowolenie pracowników, wpływ szkoły na otoczenie, wyniki pedagogicznej i niepedagogicznej działalności szkoły⁴⁰⁶.

Z innych metod badawczych E. Petlák wymienia:

- Benchmarking (polega na porównywaniu wyników, które osiągnęły inne instytucje, np. edukacyjne);
- analiza SWOT (Strengths – plusy, mocne strony, Weaknesses – niedostatki, słabe strony, Opportunities – możliwości, szanse, Threats – obawy, zagrożenia, ryzyka). Metoda ma charakter jakościowy i jej celem jest ocena wszystkich znaczących aspektów funkcjonowania szkoły. Do uczestników badań należą: kierownictwo szkoły, nauczyciele, wszyscy pracownicy szkoły, uczniowie, rodzice, szkoły w których w przyszłości uczniowie zamierzają kontynuować naukę;
- Diagram Pareta, analiza wyników badań pozwala na odkrycie czynników, które mają największy wpływ na wynik. W danym odcinku czasu rejestruje się przyczyny powstawania problemów. Wyniki przenoszone są do układu współrzędnych. W ten sposób możemy badać zależności np. między zachowaniem uczniów a klimatem klasy;
- Metody „5 razy dlaczego?” Zadajemy respondentom 5 pytań zaczynających się od słowa dlaczego...? Każde pytanie nawiązuje do poprzedniej odpowiedzi. Z ostatniej odpowiedzi wysnuwany jest wniosek.
- Technika „rybiej ości”. Metoda Ishikawa ukierunkowana jest na odkrywanie relacji przyczynowo-skutkowych danego problemu⁴⁰⁷.

J. Průha uważa, że narzędzia badawcze powinny być oparte na prawie do oceny klimatu klasy przez uczniów lub ich nauczycieli (ankiety przystosowane do uczniów w różnych grupach wiekowych, różnego typu i poziomu szkół). Jego zdaniem jednym z najbardziej znaczących jest kwestionariusz MCI (My class Inventory), który został opracowany przez Australijczyków Barry’ego J. Frasera i Darrela L. Fishera. Używany jest w różnych krajach europejskich celem diagno-

⁴⁰⁶ I. Turek, A. Sandor, *Kvalita školy*, MPC, Trencin 2006, s. 60–115, [w:] E. Petlák, *Klimat školy, klimat klasy...*, s. 78.

⁴⁰⁷ E. Petlák, *Klimat školy, klimat klasy...*, s. 79–80.

zy postrzegania klimatu klasy zarówno przez nauczycieli, jak i przez uczniów. W kwestionariuszu zawarto następujące kategorie:

- Zadowolenie – poziom dobrego samopoczucia uczniów w stosunku do swojej klasy.
- Spójność klasy – poziom odczuwania przyjaźni i wspólnoty w klasie.
- Konflikty w klasie – poziom napięcia i sporów w klasie.
- Rywalizacja – stosunki konkurencji i dążenia do wyróżniania się pomiędzy uczniami.
- Trudności w uczeniu się – poziom sprostania wymaganiom szkolnym, postrzegania wysiłku uczenia się⁴⁰⁸.

Klimat szkoły jest przedmiotem badań różnych dyscyplin naukowych, stąd badania w tym obszarze ogniskują się na rozmaitych aspektach (wymiarach) klimatu. M. Kulesza podsumował i wymienił podejścia do badań klimatu: demograficzne (koncentracja na cechach demograficznych, indywidualne właściwości środowiska konstytuują jakość), ekologiczne (znaczenie miejsca w wymiarze geograficznym oraz fizycznym, infrastruktura, przestrzeń, oświetlenie), organizacyjne (dominujący wpływ właściwości organizacji, m.in. struktury interakcyjne i komunikacyjne), socjometryczne (podkreśla cechy nieformalnych procesów interakcyjnych), psychoanalityczne (wpływ mechanizmów obronnych, podświadomych konfliktów lub zaburzeń osobowości w wymiarze relacji nauczyciel – uczeń), psychometryczne (pomiar za pomocą technik psychometrycznych właściwości uczniów: inteligencji, zdolności, motywacji), behawioralne (intensywność i częstość konkretnych form zachowań uczniów i nauczycieli, percepcji społecznej (postrzeganie przez uczniów i nauczycieli istniejących norm i wymogów społecznych), interakcyjno-analityczne (jakość, częstotliwość i intensywność interakcji wszystkich uczestników życia szkolnego), socjalizacyjne⁴⁰⁹.

Realizowane badania najczęściej mają charakter mieszany. Badania zwykle obejmują kwestionariusze dla uczniów, często również nauczycieli i innych pracowników, a także rodziców. Wyniki wielu badań wskazują, że pozytywny, wspierający klimat społeczny szkoły:

- sprzyja osiągnięciom szkolnym uczniów, ich motywacji do nauki, satysfakcji ze szkoły, a w przypadku nauczycieli – satysfakcji z pracy,
- wpływa korzystnie na zdrowie psychiczne, poczucie własnej wartości, samopoczucie uczniów i pracowników, zmniejsza ryzyko występowania różnych dolegliwości, urazów,
- zmniejsza ryzyko występowania wśród uczniów zachowań ryzykownych (palenie tytoniu, picie alkoholu, używanie innych substancji psychoaktywnych, zachowania związane z przemocą itd.). Można uznać, że pozytywny klimat

⁴⁰⁸ J. Průha, *Pedeutologia...*, s. 303.

⁴⁰⁹ M. Kulesza, *Klimat szkoły a zachowania agresywne i przemocowe uczniów*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2011.

społeczny placówki decyduje o jakości życia szkoły i jest zasobem dla zdrowia uczniów i pracowników⁴¹⁰.

Można stwierdzić, że diagnoza klimatu społecznego placówki oświatowej jest pomocna we wprowadzaniu zmian optymalizujących realizację zadań i działanie edukacyjno-wychowawcze każdej szkoły.

L. Sackney przedstawia strategię postępowania mającą na celu poprawę klimatu społecznego:

- „Odczuwanie potrzeby zmiany klimatu. Dyrekcja szkoły, grono nauczycielskie na podstawie analizy pracy szkoły podejmuje decyzję o rozpoczęciu działań zmierzających do poprawy klimatu szkoły. W tej fazie pracownicy szkoły stawiają sobie pytania, w jakim kierunku szkoła ma zmierzać, co ma się w niej zmienić itd.
- Zdiagnozowanie, ocena problemów. Jest ukierunkowana na potrzebę zmian z wytypowaniem kluczowych dziedzin. Na tym etapie są wykorzystywane różne metody badawcze.
- Rozwijanie strategii pokonywania problemów. Etap ten ukierunkowany jest na wybór rozwiązań, którymi można osiągnąć poprawę, dyskutuje się o strategiach, poszukuje optymalnych rozwiązań.
- Realizacja rozwiązania (wdrożenie strategii). Po wyborze optymalnych metod przystępuje się do realizacji. W czasie realizacji mogą pojawić się nowe problemy. Trzeba liczyć się z potrzebą pewnej elastyczności, cierpliwości i nieustannie pamiętać o sprzężeniu zwrotnym, tzn. obserwować, co przyniosły nowe rozwiązania.
- Monitorowanie i ocena wyników. Na tym etapie chodzi o ocenę zmian, kształtowanie nowych strategii. Cały proces jest właściwie nieustannie tworzony i powtarza się na wyższym poziomie⁴¹¹.

⁴¹⁰ M. Woynarowska-Sołdan, *Klimat społeczny...*

⁴¹¹ E. Petlák, *Klimat szkoły, klimat klasy...*, s. 81–82.

Część II

STAN ZDROWIA I ZACHOWANIA ZDROWOTNE STUDENTÓW A KLIMAT SPOŁECZNY SZKÓŁ WYŻSZYCH W WYBRANYCH KRAJACH UE. BADANIA WŁASNE

4. Procedura badań własnych

4.1. Uzasadnienie podjęcia badań

Przebadano celowo grupy studentów nauk społecznych (pedagogika i psychologia), ponieważ kompetencje tych osób w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej są bardzo istotne w przyszłej pracy z młodzieżą.

Decyzja o powstaniu prezentowanej analizy została podjęta z trzech powodów. Pierwszym, zasadniczo najważniejszym motywem było ogólne zainteresowanie tematyką zdrowia, która ze względu na swą bogatą różnorodność pozwala na ciągle poszukiwanie informacji w zakresie zdrowia fizycznego, psychicznego, społecznego czy duchowego. Poza poznaniem sytuacji zdrowotnej studentów autor dokonał próby diagnozy oraz oceny wpływu klimatu społecznego występującego w środowisku akademickim na zdrowie.

Drugim powodem analizy wybranych aspektów zdrowia stał się fakt, iż problematyka ta wydaje się istotna z pedagogicznego punktu widzenia. Pozwala ona na uzyskanie elementarnej wiedzy na temat wpływu poszczególnych czynników na kondycję zdrowotną człowieka, która stanowi fundament dla prawidłowej realizacji procesu kształcenia i wychowania. Wiedza z tego zakresu może okazać się przydatna w pracy zawodowej pracowników wyższych uczelni, pedagogów, pracowników naukowych, władz uczelni. Wyniki oraz wnioski wyprowadzone z badań mogą stanowić podstawy do kreowania profesjonalnych programów promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Mogą przyczynić się również do wprowadzenia zmian w organizacji procesu kształcenia w uczelniach wyższych, których zadaniem powinno być nie tylko przygotowanie absolwentów do wykonywania obowiązków zawodowych, ale również wychowanie w zdrowiu.

Trzeci argument przemawiający na rzecz analizy tego zagadnienia wynikał z pobudek osobistych. Autor od wielu lat łączy pracę nauczyciela akademickiego z praktyką lekarską, zajmując się propagowaniem profilaktyki zdrowotnej. Jest twórcą szeregu programów autorskich z zakresu pedagogiki zdrowia, zdrowia społecznego oraz zdrowia publicznego, przedmiotów klinicznych.

U podłoża podjętych analiz leży zatem holistyczna koncepcja zdrowia oraz teoria R.H. Mossa.

Poniższa monografia stanowi podsumowanie ponadpiętnastoletniej pracy naukowej autora poświęconej zdrowiu środowisk akademickich.

4.2. Cele badań i pytania badawcze

W niniejszej pracy postawiono dwa główne cele badawcze:

1. Poznanie stanu zdrowia studentów w ich subiektywnej ocenie w wybranych krajach Unii Europejskiej.
2. Ukazanie związku pomiędzy klimatem społecznym w uczelniach a wybranymi wskaźnikami zdrowia studentów.

Sformułowano następujące problemy (pytania) badawcze:

1. Jak badani studenci oceniają stan swojego zdrowia somatycznego i psychicznego?
2. Jakie są zachowania zdrowotne i ryzykowne badanych studentów w ich ocenie?
3. Jak badani studenci oceniają otoczenie materialne swoich uczelni?
4. Jaki jest klimat społeczny w szkołach wyższych, w których przeprowadzono badania w ocenie badanych studentów?
5. Czy istnieją, a jeśli tak, to jakie są różnice w zakresie oceny wskaźników dotyczących zdrowia i zachowań zdrowotnych badanych studentów w zależności od płci i szkoły wyższej?
6. Czy istnieje, a jeśli tak, to jaki jest związek pomiędzy wskaźnikami oceny zdrowia studentów i ich zachowań zdrowotnych a oceną klimatu społecznego szkoły wyższej?
7. Które ze zmiennych określonych jako wymiary klimatu społecznego są predyktorami oceny stanu zdrowia i zachowań zdrowotnych badanych studentów?

Następnym etapem postępowania badawczego jest sformułowanie hipotez. Hipoteza naukowa powstaje zwykle wtedy, kiedy dla pewnych faktów nie znajduje się racji pośród uznanych i uzasadnionych twierdzeń. Hipotezę poddaje się procesowi wnikliwej weryfikacji, ponieważ nie jest to twierdzenie, które wyjaśnia lub ustala związki pomiędzy zmiennymi. Zaleca się, by hipoteza była formułowana twierdząco, nie była zdaniem przeczącym, pytającym czy oceniającym, była wyrażona w prostych słowach i dotyczyła tylko istotnych spraw dla danej nauki⁴¹².

Nie zawsze jednak jest uzasadnione i konieczne formułowanie hipotez. W badaniach mających na celu dokonanie opisu czy poznanie czyjejs opinii konieczność wysuwania hipotez jest zbędna, gdyż badacz poszukuje odpowiedzi na pytanie „Jak jest”, a nie dąży do ustalenia „Dlaczego”. Podstawowym warunkiem sformułowania poprawnej pod względem metodologicznym hipotezy jest wstępne rozpoznanie problemu i terenu badań, znajomość literatury przedmiotu. Po-

⁴¹² M. Łobocki, *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Oficyna Wydawnicza IMPULS, Kraków 2003, s. 26.

prawne formułowanie hipotez roboczych jest według autora zadaniem trudnym i wymagającym rzetelnej wiedzy na temat podejmowanej problematyki badawczej. Konieczne jest, aby wszystkie poprawnie postawione hipotezy spełniały następujące warunki:

- powinny poddawać się sprawdzeniu,
- muszą być jasno sformułowane,
- powinny określać związki między zmiennymi,
- powinny być przypuszczeniami wysoce prawdopodobnymi⁴¹³.

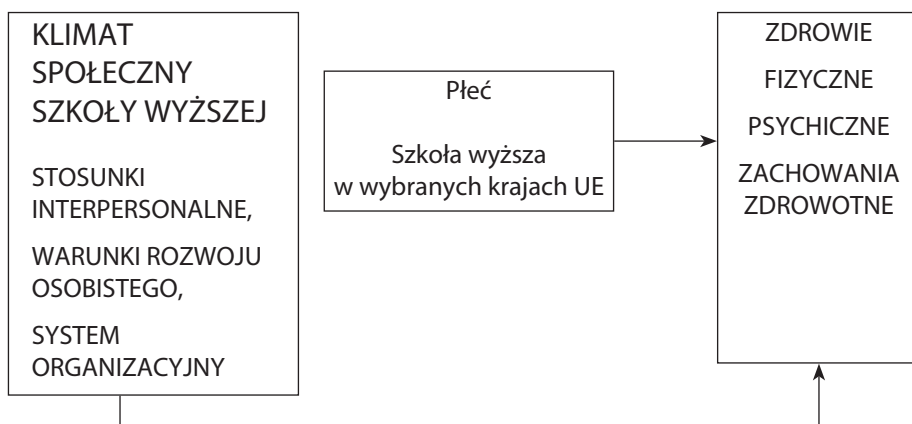
W tej pracy hipotezy zostały sformułowane w odniesieniu do problemów badawczych nr 5 i 6.

Hipoteza do problemu nr 5: Występują istotne różnice w zakresie oceny wskaźników dotyczących zdrowia i zachowań zdrowotnych badanych studentów z czterech krajów oraz badanych kobiet i mężczyzn.

Hipoteza do problemu 6: Występuje umiarkowany związek pomiędzy wskaźnikami oceny zdrowia i zachowań zdrowotnych badanych studentów a oceną klimatu społecznego szkoły wyższej.

W pracy badawczej ważnym elementem metodologicznym jest stworzenie modelu zależnościowego pomiędzy zmiennymi niezależnymi, pośredniczącymi a zależnymi. Wskazuje on w sposób wyraźny na poszczególne rozwiązania pomiędzy badanymi składnikami przedmiotu badań. Poniżej przedstawiono na rysunku model badań wykonanych przez autora, ilustrujący związki między grupami zmiennych.

Zmienna niezależna Zmienne niezależne pośredniczące Zmienne zależne



Rycina 1. Model badań własnych

⁴¹³ J. Brzeziński, *Metodologia badań psychologicznych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 225.

4.3. Zmienne i wskaźniki

W celu uściślenia problemów badawczych wyodrębniono zmienne i wskaźniki.

Jako główną zmienną niezależną przyjęto:

Ocenę poziomu klimatu społecznego uczelni w wybranych krajach UE w ramach trzech wymiarów: relacje interpersonalne, warunki rozwoju osobistego oraz system organizacyjny.

Do zmiennych niezależnych pośredniczących zaliczono:

Szkoła wyższa w wybranych krajach UE;

Płeć respondentów.

Kwestionariusz zawiera jeszcze inne zmienne pośredniczące, ale ze względu na obszerność tematu badawczego zostaną one wykorzystane w innej publikacji.

Jako zmienne pośredniczące związane z stanem zdrowia i zachowaniami zdrowotnymi, które nie zostały wyodrębnione bezpośrednio w analizach zaliczyć można: poziom wykształcenia rodziców, warunki socjalno-bytowe, miejsce stałego zamieszkania, a także miejsce zamieszkania w czasie studiów.

Jako zmienne zależne przyjęto:

Poziom subiektywnej oceny stanu zdrowia oraz ocenę wybranych zachowań zdrowotnych przez młodzież akademicką w wybranych krajach europejskich.

Składa się na nie szereg zmiennych szczegółowych:

- **subiektywna ocena stanu zdrowia fizycznego studentów** (ogólna samoocena zdrowia, występowanie chorób przewlekłych, występowanie chorób długotrwałych, występowanie dolegliwości somatycznych, samoocena sprawności fizycznej, BMI badanych studentów),
- **subiektywna ocena stanu zdrowia psychicznego studentów** (ogólna samoocena samopoczucia psychicznego, samoocena umiejętności radzenia sobie w rozwiązywaniu codziennych problemów życiowych, samoocena umiejętności radzenia sobie z własnymi emocjami, samoocena umiejętności radzenia sobie z występowaniem złości, częstotliwość występowania poczucia niepokoju, częstotliwość występowania poczucia zwiększonego rozdrażnienia, częstotliwość występowania poczucia napięcia, częstotliwość występowania poczucia lęku, częstotliwość występowania poczucia beznadziejności, występowanie depresji, podjęte próby samobójcze, częstotliwość występowania trudności w koncentracji uwagi, częstotliwość występowania zmniejszonej sprawności umysłowej, częstotliwość występowania zaburzeń pamięci, częstotliwość występowania zmęczenia),
- **subiektywna ocena wybranych zachowań zdrowotnych studentów** (częstość intensywnego wysiłku fizycznego w tygodniu, liczba godzin snu, odczuwanie długości snu przez studentów jako wystarczającego, przebieg snu w samoocenie studentów, odczucie zmęczenia po przebudzeniu z rana, liczba posiłków spożywanych w ciągu dnia, codzienne spożywanie śniadania, drugiego śniadania, obiadu, podwieczorku, kolacji, stosowanie diety odchudzającej,

inicjacja seksualna studentów, czas rozpoczęcia życia seksualnego, rodzaje stosowanych metod planowania rodziny, rodzaje stosowanych metod naturalnych, wykonywanie kontrolnych badań stomatologicznych,

- **subiektywna ocena wybranych ryzykownych zachowań zdrowotnych** (częstotliwość picia piwa, wina, wódki i drinków alkoholowych, częstotliwość upijania się, palenie wyrobów tytoniowych, rok życia od którego studenci zaczęli palić wyroby tytoniowe, częstotliwość palenia papierosów, liczba wypalanych papierosów w tygodniu, zapinanie pasów bezpieczeństwa w samochodzie, używanie kasku podczas jazdy na rowerze, częstotliwość zażywania środków uspokajających, częstotliwość zażywania środków nasennych, posiadanie stałego partnera seksualnego, posiadanie stałej partnerki seksualnej).

W tabeli 4 zamieszczono analizowane zmienne i wskaźniki według pytań badawczych.

Tabela 4. Zmienne i wskaźniki

Zmienne	Wskaźniki
Jaki jest subiektywny stan zdrowia somatycznego studentów?	
Samoocena zdrowia	Bardzo zdrowy, Zdrowy, Nie całkiem zdrowy, Chory
Występowanie długotrwałych chorób	Tak, Nie
Występowanie dolegliwości somatycznych	Brak zgłaszanych dolegliwości, Co najmniej jedno z wymienionych, 2–3 z wymienionych, 4 lub więcej
Występowanie wybranych dolegliwości: Serca Żołądka Wątroby, pęcherzyka żółciowego Nerek Stawów Dróg oddechowych Narządów rozrodczych Migreny i bóle głowy	Tak, Raczej tak, Raczej nie, Nie Tak, Raczej tak, Raczej nie, Nie Tak, Raczej tak, Raczej nie, Nie Tak, Raczej tak, Raczej nie, Nie Tak, Raczej tak, Raczej nie, Nie Tak, Raczej tak, Raczej nie, Nie Tak, Raczej tak, Raczej nie, Nie Tak, Raczej tak, Raczej nie, Nie
Samoocena sprawności fizycznej Masa ciała (BMI)	Bardzo dobra, dobra, dostateczna, zła Niedobór masy ciała, Prawidłowa masa ciała, Nadwaga, Otyłość
Występowanie chorób przewlekłych	Występują, nie występują
Jaki jest subiektywny stan zdrowia psychicznego studentów?	
Samopoczucie psychiczne w ocenie studentów	Dobre, Złe
Częstotliwość występowania złego samopoczucia w ocenie studentów	Bardzo często, Często, Rzadko
Umiejętność radzenia sobie z codziennymi problemami życiowymi w ocenie studentów	Zdecydowanie tak, Raczej tak, Raczej nie, Zdecydowanie nie
Umiejętność radzenia sobie z własnymi emocjami w ocenie studentów	Zdecydowanie tak, Raczej tak, Raczej nie, Zdecydowanie nie

<i>Umiejętność radzenia sobie ze złością w ocenie studentów</i>	Zdecydowanie tak, Raczej tak, Raczej nie, Zdecydowanie nie
<i>Występowanie poczucia niepokoju w ocenie studentów</i>	Tak, Nie
<i>Częstotliwość występowania poczucia niepokoju w ocenie studentów</i>	Bardzo często, Często, Rzadko
<i>Występowanie poczucia zwiększonego rozdrażnienia w ocenie studentów</i>	Tak, Nie
<i>Częstotliwość występowania poczucia zwiększonego rozdrażnienia</i>	Bardzo często, Często, Rzadko
<i>Występowanie poczucia napięcia w ocenie studentów</i>	Tak, Nie
<i>Częstotliwość występowania poczucia napięcia w ocenie studentów</i>	Bardzo często, Często, Rzadko
<i>Występowanie poczucia lęku w ocenie studentów</i>	Tak, Nie
<i>Częstotliwość występowania poczucia lęku</i>	Bardzo często, Często, Rzadko
<i>Występowanie poczucia beznadziejności w życiu w ocenie studentów</i>	Tak, Nie
<i>Częstotliwość występowania poczucia beznadziejności w ocenie studentów</i>	Bardzo często, Często, Rzadko
<i>Występowanie depresji w ocenie studentów</i>	Tak, Nie
<i>Podjęmowane próby samobójcze przez studentów</i>	Tak, Nie
<i>Występowanie trudności w koncentracji uwagi w ocenie studentów</i>	Tak, Nie
<i>Częstotliwość występowania trudności w koncentracji uwagi</i>	Bardzo często, Często, Rzadko
<i>Występowanie zmniejszonej sprawności umysłowej w ocenie studentów</i>	Tak, Nie
<i>Częstotliwość występowania zmniejszonej sprawności umysłowej</i>	Bardzo często, Często, Rzadko
<i>Występowanie zaburzeń pamięci w ocenie studentów</i>	Tak, Nie
<i>Częstotliwość występowania zaburzeń pamięci</i>	Bardzo często, Często, Rzadko
<i>Występowanie poczucia zmęczenia w ocenie studentów</i>	Tak, Nie
<i>Częstotliwość występowania poczucia zmęczenia</i>	Bardzo często, Często, Rzadko
Jakie są zachowania zdrowotne studentów?	
<i>Czas trwania ćwiczeń o dużej intensywności w tygodniu w deklaracjach studentów</i>	Wcale, Około 1–2 godzin, Około 3–4 godzin, Około 5–7 godzin
<i>Codziennie uprawianie gimnastyki porannej</i>	Tak, Nie
<i>Ocena podejmowanego wysiłku fizycznego przez badanych studentów</i>	Jest wystarczający, Jest niewystarczający, Jest go za dużo, Trudno określić
Jaki jest przebieg snu w deklaracjach studentów?	
<i>Liczba godzin snu</i>	Poniżej 7 godzin, 7–8 godzin, Powyżej 8 godzin
<i>Odczuwanie długości snu przez studentów jako wystarczającego</i>	Tak, Nie

Odczuwanie trudności z zasypianiem	Tak, Nie
Przebieg snu w samoocenie studentów	Prawidłowy, Nieprawidłowy
Odczucie zmęczenia po przebudzeniu	Tak, Nie
Jakie są wybrane zachowania żywieniowe studentów?	
Liczba posiłków spożywanych w ciągu dnia	1, 2, 3, 4, 5 posiłków
Codziennie spożywanie śniadania	Tak, Nie
Codziennie spożywanie słodczy i słodkich napojów	Tak, Nie
Codziennie spożywanie warzyw i owoców	Tak, Nie
Stosowanie diety odchudzającej	Tak, Nie
Jakie są wybrane zachowania seksualne studentów?	
Inicjacja seksualna studentów	Tak, Nie
Czas rozpoczęcia życia seksualnego	Przed podjęciem studiów, Na studiach
Stosowanie antykoncepcji	Tak, Nie
Stosowanie preparatów chemicznych, hormonalnych, środków mechanicznych	Tak, Nie
Stosowanie metod naturalnych	Tak, Nie
Brak stałego partnera seksualnego, pomimo podjęcia życia płciowego	Tak, Nie
Jakie są zachowania studentów dotyczące profilaktyki zdrowotnej?	
Wykonywanie kontrolnych badań ogólnego stanu zdrowia przez studentów w ostatnich 12 miesiącach	Tak, Nie
Wykonywanie kontrolnych badań stomatologicznych przez studentów	Co 6 miesięcy, 1 raz w roku, Rzadziej, Nigdy
Jakie ryzykowne zachowania zdrowotne są podejmowane przez studentów?	
Używanie alkoholu i wyrobów tytoniowych przez młodzież akademicką	
Częstość picia piwa	Codziennie, Kilka razy w miesiącu, Kilka razy w roku
Częstość picia wina	Codziennie, Kilka razy w miesiącu, Kilka razy w roku
Częstość picia wódki, drinków alkoholowych	Codziennie, Kilka razy w miesiącu, Kilka razy w roku
Częstość upijania się	Nie, nigdy, Tak, 1 raz, Tak, 2–3 razy, Tak, więcej niż 10 razy
Palenie wyrobów tytoniowych	Tak, codziennie, Tak, ale nie codzienne, Rzadziej niż 1 raz w tygodniu, Nie pałę w ogóle
Stopień rozpowszechnienia narkotyków w otoczeniu	Znaczny, Pojedyncze przypadki, Okazjonalne próby, Zjawisko nie występuje
Inne zachowania ryzykowne	
<i>Zapinanie pasów bezpieczeństwa w samochodzie</i>	Zawsze, Często, Rzadko, Nigdy

Używanie kasku podczas jazdy na rowerze	Zawsze, Często, Nigdy
Zażywanie środków uspokajających	Tak, Nie
Zażywanie środków nasennych w deklaracjach studentów	Tak, codziennie, Tak, kilka razy w miesiącu, Tak, kilka razy w roku, W ogóle nie
Jaki jest klimat społeczny w uczelniach?	
4.1. Jak oceniane są relacje interpersonalne w zakresie życia społecznego i realizacji procesu dydaktycznego przez studentów?	
Poziom życia społecznego w uczelniach	1, 2, 3, 4, 5
Ocena wybranych elementów procesu dydaktycznego w uczelniach	1, 2, 3, 4, 5
4.2. W jakim zakresie młodzież akademicka i uczelnia ma wpływ na warunki rozwoju osobistego w ocenie studentów?	
Wpływ studentów na warunki życia istniejące na uczelni	1, 2, 3, 4, 5
Wpływ nauczycieli akademickich na rozwój osobisty studentów	1, 2, 3, 4, 5
4.3. Jaki jest system organizacyjny uczelni wyższych w ocenie studentów?	
Przestrzeganie regulaminu studiów przez studentów i nauczycieli akademickich	1, 2, 3, 4, 5
Postawy i zachowania nauczycieli akademickich i innych pracowników uczelni	1, 2, 3, 4, 5
Jak oceniane jest otoczenie materialne uczelni przez studentów?	
Możliwość wykonywania badań profilaktycznych w przychodni studenckiej	Tak, Nie
Korzystanie z leczenia w przychodni studenckiej	Tak, Nie
Przyczyny niekorzystania z usług przychodni studenckiej	Brak lekarza odpowiedniej specjalizacji, Trudności z dostaniem się do lekarza, Większe zaufanie do lekarza, u którego się leczę
Ocena działań uczelni na rzecz zwiększania aktywności fizycznej w deklaracjach studentów	Brak działalności, Dostateczna, Dobra, Bardzo dobra
Możliwość korzystania z obiektów sportowych uczelni przez studentów	Tak, bez ograniczeń, Tak, ale z niewielkimi trudnościami, Tak, ale z dużymi trudnościami, Nie

4.4. Metoda i narzędzia badawcze

Badania przeprowadzone zostały w paradygmacie badań ilościowych. Badania takie polegają na opisie i analizie faktów, zjawisk, procesów, przedstawianych następnie w formie różnych zestawień i obliczeń statystycznych czy matematycznych⁴¹⁴.

⁴¹⁴ M. Łobocki, *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*, Oficyna Wydawnicza IMPULS, Kraków 1999, s. 55.

Zastosowano w nich metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki anonimowego badania ankietowego. Metoda sondażu, według M. Łobockiego, na potrzeby badań pedagogicznych polega na pisemnym przekazywaniu odpowiedzi przez respondentów na stawiane im pytania. W przypadku odpowiedzi pisemnych mamy do czynienia z badaniami ankietowymi, czyli z technikami sondażu z zastosowaniem ankiety. „Metoda sondażu diagnostycznego jest sposobem gromadzenia wiedzy o atrybutach strukturalnych i funkcjonalnych oraz dynamice zjawisk społecznych, opiniach i poglądach wybranych zbiorowości, nasilaniu się i kierunkach rozwoju określonych zjawisk i wszelkich innych zjawiskach instytucjonalnie nie zlokalizowanych – posiadających znaczenie wychowawcze – w oparciu o specjalnie dobraną grupę reprezentującą populację generalną, w której badane zjawisko występuje”⁴¹⁵.

Narzędziami badawczymi były:

- Kwestionariusz do badania wybranych elementów stanu zdrowia i zachowań zdrowotnych studentów;
- Skala do badania klimatu społecznego w uczelniach.

Kwestionariusze ankiet zostały opracowane przez autora. Pierwszy z nich pod względem konstrukcji pytań oparty jest na wskaźnikach epidemiologicznych z badań wykonywanych przez Główny Urząd Statystyczny oraz na badaniach nad zachowaniami zdrowotnymi i zdrowiem subiektywnym młodzieży szkolnej HBSC (Health Behaviour in School-aged Children, A WHO Collaborative Cross-national Study). Niektóre z pytań zawartych w kwestionariuszu zostały zmodyfikowane przez autora. Część pytań ma charakter całkowicie autorski, zostały opracowane na podstawie wcześniejszych badań własnych autora.

W kwestionariuszach ankiet część pytań zaczerpnięto z poniższych źródeł. Z Kwestionariusza z badań HBSC wykorzystano następujące pytania:

1. Pytanie ze wskaźnika VPA (Vigorous Physical Activity – intensywna aktywność fizyczna): Jak często w czasie wolnym, poza zajęciami szkolnymi, wykonujesz zwykle ćwiczenia fizyczne, podczas których twój wysiłek fizyczny jest duży, tzn. czujesz się, że „brakuje ci tchu”, pocisz się. Kategorie odpowiedzi: codziennie, 4–6 razy w tygodniu, 2–3 razy w tygodniu, 1 raz w tygodniu, 1 raz w miesiącu, mniej niż 1 raz w miesiącu, nigdy⁴¹⁶.
2. Częstość spożywania śniadań⁴¹⁷. Codzienne spożywanie śniadań jest zachowaniem prozdrowotnym, dlatego ta kategoria odpowiedzi wzięta została pod uwagę przez autora w trakcie analizy badań.
3. Próby palenia tytoniu. Młodzież pytano: czy kiedykolwiek paliłeś tytoń? Kategorie odpowiedzi: tak, nie.

⁴¹⁵ M. Łobocki, *Metody i techniki...*, s. 248.

⁴¹⁶ *Wyniki badań HBSC 2010. Tendencje zmian zachowań zdrowotnych i wybranych wskaźników zdrowia młodzieży szkolnej w latach 1990–2010*, red. B. Woynarowska, J. Mazur, Sowa – Druk na życzenie, Warszawa 2012, s. 29.

⁴¹⁷ *Ibidem*, s. 55.

4. Obecna częstość palenia tytoniu. Młodzież pytano: Jak często obecnie palisz papierosy? Kategorie odpowiedzi: codziennie, co najmniej 1 raz w tygodniu, ale nie codziennie, rzadziej niż 1 raz w tygodniu, nie pałę wcale⁴¹⁸.
5. Częstość upijania się. Pytanie brzmiało: Czy wypijeś kiedyś tak dużo alkoholu, że czułeś się naprawdę pijany? Kategorie odpowiedzi: nie, nigdy; tak 1 raz; tak, 2–3 razy; tak, 4–10 razy; tak, więcej niż 10 razy.
6. Picie różnych napojów alkoholowych. Młodzież zapytano: Jak często obecnie pijesz napoje alkoholowe, takie jak piwo, wino, wódkę. Kategorie odpowiedzi: codziennie; w każdym tygodniu, w każdym miesiącu; rzadko, nigdy⁴¹⁹.
7. Inicjacja seksualna. Młodzież pytano: Czy kiedykolwiek miałeś/ęś już stosunek płciowy? (użyto określenia, czy rozpoczęłaś/ęś życie seksualne)⁴²⁰.
8. Wskaźnik BMI. W kwestionariuszu zamieszczono 2 pytania: dotyczące wagi oraz wzrostu studentów, co potrzebne jest do obliczenia wskaźnika masy ciała BMI.
9. Wskaźnik odchudzania się w całej badanej grupie. Młodzieży zadano pytanie: Czy obecnie stosujesz dietę lub robisz coś innego, żeby schudnąć? Kategorie odpowiedzi: nie, bo ważę tyle ile trzeba; nie, ale powinienem trochę schudnąć; nie, bo powinienem przytyć; tak⁴²¹.

Wykorzystano również niektóre pytania z kwestionariusza do badań nad stanem zdrowia ludności Polski (GUS).

1. Pytanie dotyczące występowania długotrwałych problemów zdrowotnych. W trakcie badania stanu zdrowia dokonano próby diagnozy problemów zdrowotnych wynikających nie tylko z powodu choroby przewlekłej, ale i następstwa złego samopoczucia, niesprawności lub kalectwa. Niezależnie od przyczyny wystąpienia problemów zdrowotnych najważniejszy był fakt ich pojawienia się i trwania przez określony czas, tj. co najmniej 6 miesięcy⁴²².
2. Drugie pytanie dotyczyło występowania chorób przewlekłych, przy czym można było zaznaczyć dowolną liczbę chorób. W przypadku środowiska akademickiego wykorzystano listę chorób przygotowaną do badania osób w wieku 15–29 lat⁴²³.

Ze względu na nowatorski charakter pracy i brak narzędzia badawczego dotyczącego badania klimatu społecznego w środowisku akademickim drugie narzędzie zostało również skonstruowane przez autora. Autor zaadaptował w tym celu skalę skonstruowaną przez R. Mossa (Social Climate Environment Scale)

⁴¹⁸ Ibidem, s. 84.

⁴¹⁹ Ibidem, s. 95.

⁴²⁰ Ibidem, s. 120.

⁴²¹ Ibidem, s. 196.

⁴²² *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce*, red. J. Szymborski, K. Jakubik, Publikacja wydana przy współpracy Głównego Urzędu Statystycznego, Biuletyn RPO, materiały, zeszyt nr 62, Agencja Reklamowo-Wydawnicza Arkadiusz Grzegorzcyk, Warszawa 2008, s. 97.

⁴²³ Ibidem, s. 101–105.

przystosowaną do warunków polskich przez L. Pytkę⁴²⁴ z przeznaczeniem do pomiaru klimatu społecznego instytucji i środowisk wychowawczych. W badaniach własnych przyjęto podział Skali Klimatu Społecznego na trzy wymiary: stosunki interpersonalne, rozwój osobisty oraz system organizacyjny. Zrezygnowano z zaproponowanych przez R. Mossa podskal, wskaźników referencyjnych. Przyjęcie w konstrukcji narzędzia odmiennej od oryginalnej operacjonalizacji pojęcia klimatu społecznego, skupiające się tylko na trzech kategoriach głównych, było podyktowane przekonaniem autora o głównej roli tych dymensji kształtujących klimat społeczny w uczelniach.

W toku badań tak skonstruowanym narzędziem, studenci ustosunkowywali się do zawartych w nim 69 twierdzeń (itemów), będących sformułowaniami odnoszącymi się do różnych wymiarów klimatu społecznego. Określali, w jakim stopniu zgadzają się z każdym z nich w skali 5-stopniowej od 1 – zdecydowanie nie, do 5 – zdecydowanie tak. W ramach wymiarów „relacje interpersonalne” oraz „warunki rozwoju osobistego” występuje po 26 pozycji testowych. W ramach wymiaru system organizacyjny występuje 17 pozycji testowych. W każdym z itemów osoba badana mogła uzyskać od 1 do 5 punktów, zależnie od zgodności poszczególnych odpowiedzi z kluczem kodowym. Niektóre zdania sformułowane zostały w sposób negatywny, więc przed zliczeniem wyników dokonano odwrócenia punktacji. W wymiarach „stosunki interpersonalne” i „warunki rozwoju osobistego” osoba badana mogła uzyskać od 26 do 130 punktów, natomiast w wymiarze „system organizacyjny” od 17 do 85 punktów. W skali ogólnej klimatu społecznego najmniejsza liczba punktów możliwych do uzyskania wynosiła 69, natomiast najwyższa 345.

Zakładano, że im wyższe są punktacje w trzech wymiarach i w skali ogólnej, tym klimat społeczny jest oceniany wyżej przez badanych jako sprzyjający i zadowalający. Przystępując do analizy badań tą skalą obliczono średnie wyników i wartości odchylenia standardowego w zakresie poszczególnych wymiarów oddzielnie dla studentów z Polski, Czech, Francji i Włoch, oraz oddzielnie dla kobiet i mężczyzn. Dokonano również porównania wyników w oparciu o przyjęte zasady, które są przedstawione w różnych publikacjach naukowych⁴²⁵.

Wzory wykorzystanych kwestionariuszy znajdują się w aneksie.

Wskaźniki psychometryczne skonstruowanych narzędzi zawarto w dalszej części opracowania.

⁴²⁴ L. Pytka, *Pedagogika resocjalizacyjna...*, s. 120–124.

⁴²⁵ R.E. Parker, *Wprowadzenie do statystyki dla biologów*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1978; M. Krzysztofia, *Statystyka dla wyższych zawodowych studiów ekonomicznych*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1974; A. Mikrut, *Wybrane metody statystyki opisowej dla pedagogów*, Wydawnictwo Naukowe WSP, Kraków 1999.

4.5. Badane osoby

W badaniach wzięło udział 220 studentów z Polski, 315 studentów z Czech, 320 z Francji oraz 310 z Włoch. Kwestionariuszy niekompletnych nie brano pod uwagę. Do analizy wyników badań wykorzystano kwestionariusze wypełnione przez 1114 osób z czterech krajów, w tym 882 kobiety (73,8%) oraz 292 mężczyzn (26,2%). Średnia wieku dla całej grupy (M) wynosi 22,02 lat, odchylenie standardowe (Sd) – 4,46. Charakterystykę demograficzno-społeczną badanych studentów przedstawiają tabele 5 i 6.

Tabela 5. Średnia wieku badanych studentów z poszczególnych krajów

Zmienna	Polska		Czechy		Francja		Włochy	
	M ₁	Sd ₁	M ₂	Sd ₂	M ₃	Sd ₃	M ₄	Sd ₄
Wiek	21,20	1,19	23,59	6,53	20,71	4,14	22,38	2,94

Tabela 6. Cechy demograficzno-społeczne badanych studentów

Cecha	Polska		Czechy		Francja		Włochy	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Liczba badanych	208	18,7	295	26,4	305	27,4	306	27,5
Płeć:								
– kobiety	167	80,3	238	80,7	253	83,0	164	53,6
– mężczyźni	41	19,7	57	19,3	52	17,0	142	46,4
Stan cywilny:								
– kawaler, panna	192	92,3	254	86,1	285	93,5	282	92,1
– w związku małżeńskim	16	7,7	28	9,5	12	3,9	16	5,3
– rozwiedziona/y	0	0	12	4,1	5	1,6	3	1,0
– owdowiała/y	0	0	1	0,3	3	1,0	5	1,6
Miejsce stałego zamieszkania:								
– ośrodek wielkomiejski	46	22,1	113	38,3	185	60,7	191	62,4
– małe miasto	48	23,1	112	38,0	94	30,8	84	27,5
– wieś	114	54,8	70	23,7	26	8,5	31	10,1
Miejsce zamieszkania w czasie studiów								
– dom studenta	48	23,1	69	23,4	23	7,5	26	8,5
– z rodzicami	75	36,1	132	44,7	209	68,6	173	56,6
– z mężem/zoną	14	6,7	25	8,5	10	3,3	16	5,2
– u krewnych	37	17,8	49	16,6	51	16,7	75	24,5
– wynajęte mieszkanie/pokój	34	16,3	20	6,8	12	3,9	16	5,2
Podstawowe źródło dochodów:								
– pomoc rodziców	141	67,8	138	46,8	56	18,4	153	50,0
– pomoc rodziny	36	17,3	64	21,7	159	52,1	97	31,7
– praca zarobkowa	20	9,6	77	26,1	48	15,7	34	11,1
– stypendium	11	5,3	16	5,4	42	13,8	22	7,2
Warunki materialno-bytowe:								
– bardzo dobre	89	42,8	124	42,0	149	48,9	109	35,6
– dobre	88	42,3	114	38,7	112	36,7	115	37,6
– mierne	27	13,0	49	16,6	26	8,5	55	18,0
– trudne	4	1,9	8	2,7	18	5,9	27	8,8

Dane przedstawione w tabeli 5 informują, że spośród badanej młodzieży akademickiej najmłodszy byli studenci z Francji ($M_3=20,71$), najstarsi zaś studenci z Czech ($M_2=23,59$). Wartości odchylenia standardowego od średniej wieku wskazują na to, że najbardziej jednorodną grupą pod względem wieku byli studenci z Polski ($Sd_1=1,19$).

Przeanalizowano wyniki badań 1114 studentów ogółem, w tym 208 osób z Polski, co stanowi 18,7% wszystkich badanych, 295 z Czech (26,4%), 305 z Francji (27,4%) oraz 306 z Włoch (27,5%). Przeważającą większość badanych w grupie Polaków, Czechów i Francuzów stanowiły kobiety, których było ponad 80%. W grupie Włochów różnice są znacznie mniejsze, ponieważ przebadano 53,6% kobiet i 46,4% mężczyzn.

Badane osoby najczęściej określały swój stan cywilny jako wolny (panna/kawaler). W grupie studentów z Czech znalazło się najwięcej badanych będących w związku małżeńskim (9,5%) w porównaniu z innymi grupami. Miejsce stałego zamieszkania studentów z Polski to najczęściej wieś, co zadeklarowało 54,8% osób. Badani z Francji i z Włoch są w większości mieszkańcami dużych miast (ponad 60% w obu grupach). W czasie studiów badani studenci ze wszystkich krajów mieszkają głównie razem z rodzicami (najczęściej Francuzi – 68,6%). Wśród badanych Polaków w porównaniu z pozostałymi grupami znalazło się dość dużo osób, które wynajmują mieszkanie lub pokój (16,3%).

Pomoc rodziców jako podstawowe źródło dochodu deklarowało 67,8% badanych studentów z Polski, 46,8% respondentów z Czech i 50,0% z Włoch. Dla 52,1% studentów z Francji źródłem dochodu jest najczęściej pomoc rodziny. Swoje warunki materialno-bytowe większość badanych ze wszystkich grup określała jako bardzo dobre (najczęściej Francuzi – 48,9%), bądź dobre (najczęściej Polacy – 42,3%). Co czwarty respondent w grupie Włochów deklarował, że posiada mierne lub trudne warunki materialno-bytowe.

4.6. Organizacja badań

W procedurze doboru próby młodzieży akademickiej w Europie wykorzystano metodę losowania zespołowego wielostopniowego:

- Krok pierwszy. Podzielono kraje Unii Europejskiej na dwie grupy: kraje o krótkim okresie członkostwa w UE i kraje o długim okresie przynależności do struktur UE. Z grupy o krótkim okresie członkostwa wylosowano Polskę i Czechy, natomiast z grupy o długim okresie członkostwa Francję i Włochy;
- Krok drugi. W wylosowanych krajach wybrano ośrodki akademickie o długiej tradycji kształcenia w stopniu wyższym, uniwersyteckim;
- Krok trzeci. Spośród wybranych ośrodków o długich tradycjach akademickich wylosowano poszczególne uczelnie uniwersyteckie, gdzie przeprowadzono badania.

Badania przeprowadzono w czterech uczelniach wyższych:

- Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie, Wydział Pedagogiczny,
 - Uniwersytet im. Karola w Pradze, Wydział Pedagogiczny (Univerzita Karlova),
 - Uniwersytet w Paryżu, Wydział Psychologii (Universite Paris-Descartes, Sorbona),
 - Uniwersytet w Padwie, Wydział Psychologii (Universita degli Studi di Padova).
- Badania młodzieży akademickiej w wybranych krajach europejskich zostały podjęte w maju 2012 roku, a zakończyły się w listopadzie 2014 roku.

W tym okresie wykonano badania w Instytut de Psychologie – Centre Henri Pieron, w Uniwersytecie Paryskim, Sorbona (Universite Paris-Descartes), gdzie przebadano 320 studentów.

W Instytucie Psychologii – Cattedra di Etologia e Psicologia Evoluzionistica, Universita degli Studi di Padova Dipartimento di Psicologia Generale – Uniwersytet w Padwie, wykonano diagnozę i przebadano 310 studentów.

Wydział Pedagogiki – Uniwersytet im. Karola w Pradze – wykonanie badań naukowych, przebadano 315 osób.

Wykonano badania diagnostyczne 220 studentów Wydziału Pedagogicznego Uniwersytetu Pedagogicznego im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie.

Realizację badań poprzedziły szkolenia koordynatorów w każdym kraju, gdzie były prowadzone badania, wykonane przez autora. Każdy z koordynatorów stworzył własną sieć ankietów, kierując się przy ich doborze posiadanym przez nich doświadczeniem w realizacji badań ankietowych wśród młodzieży.

W czasie szkoleń omówiono:

- Cel badań i jego znaczenie dla podejmowanych działań z zakresu edukacji zdrowotnej i profilaktyki pierwszorzędowej.
- Zasady losowania i doboru szkół wyższych w Europie oraz instytutów do badania.
- Poinformowano ankietów o wyrażonej zgodzie dyrektorów instytutów na przeprowadzenie badań (autor badań wcześniej uzyskał zgodę na przeprowadzenie badań w uczelniach).
- Sposoby organizacji badań w grupach studenckich, dystrybucji ankiet oraz ich odbioru.
- Obowiązujące normy prawne i etyczne (konieczność uzyskania zgody respondentów na udział w badaniach, prawo do odmowy odpowiedzi na pytania ankiety, anonimowości i poufności zbieranych informacji).

Badania przeprowadzili ankieteryzy w czasie zajęć metodą audytoryjną. Na wstępie wyjaśniono cel badania i zapytano studentów o zgodę w ich uczestniczeniu. Po wypełnieniu kwestionariuszy każdy student wkładał je do koperty, którą przekazywał osobie prowadzącej badania, w celu umieszczenia jej w zbiorczej kopercie grupy. Część badań ankieteryzy wykonali spotykając się indywidualnie ze

studentami. Procedura wykonania badania była identyczna z wyżej omówioną. Wszystkie badania były nadzorowane przez autora.

4.7. Opis zastosowanych metod statystycznych przy opracowywaniu wyników badań własnych

Analizę porównawczą wyników uzyskanych przez badanych studentów z czterech krajów przeprowadzono za pomocą testu χ^2 , testu U Manna-Whitneya lub nieparametrycznej analizy wariancji Kruskala-Wallis. Wybór testu istotności podyktowany był kolejnymi warunkami:

- rodzaj danych (jakościowe i ilościowe),
- równoliczność grup,
- skala pomiarowa zmiennej niezależnej,
- normalność rozkładu zmiennej niezależnej,
- spełnione założenie jednorodności wariancji zmiennej niezależnej.

Założenia normalności rozkładu zmiennej niezależnej w przypadku oceny klimatu społecznego w poszczególnych skalach sprawdzono za pomocą testu Kołmogorowa-Smirnowa, który stosuje się w przypadku grup liczących więcej niż 100 osób.

W przypadku zmiennych kategoryalnych określono liczebności oraz procenty, natomiast w przypadku danych ilościowych – średnią arytmetyczną oraz odchylenie standardowe. Dokonano oceny rzetelności skal pomiarowych w przypadku wymiarów klimatu społecznego obliczając współczynnik alfa Cronbacha.

W celu sprawdzenia czy wyniki oceny w poszczególnych skalach klimatu społecznego mają związek z wynikami zmiennych dotyczących oceny wybranych elementów stanu zdrowia studentów mierzonych na skali porządkowej zastosowano współczynnik korelacji tau-b Kendalla.

W celu ustalenia czy i w jakim stopniu zmienne określone jako podskale klimatu społecznego są predyktorami samooceny wybranych aspektów zdrowia psychicznego badanych studentów (zmienne mierzone na skali nominalnej) zastosowano analizę regresji logistycznej. Wszystkie obliczenia wykonano przy użyciu programu SPSS 22.

5. Prezentacja wyników badań

5.1. Zdrowie fizyczne studentów w wybranych uczelniach wyższych w Europie

W tym podrozdziale podjęto próbę zdiagnozowania i porównania oceny stanu swojego zdrowia fizycznego oraz oceny sprawności fizycznej przez studentów w wybranych uczelniach z czterech krajów UE, czyli z Polski, Czech, Francji i Włoch.

W przypadku zmiennych zależnych mierzonych na skali porządkowej porównania wyników uzyskanych przez studentów z czterech krajów, gdzie przeprowadzono badania dokonano za pomocą nieparametrycznej analizy wariancji – testu Kruskala-Wallisa dla grup niezależnych. Gdy różnice okazały się statystycznie istotne, wykonano testy *post-hoc*, dokonując porównania parami. W przypadku, gdy zmienne zależne mierzone były na skali porządkowej a zmienne niezależne na skali nominalnej (np. płeć – niezależnie od kraju), porównano wyniki testem U Manna-Whitneya. Gdy obie zmienne (niezależna i zależna) mierzone były na skali nominalnej, do porównania wyników zastosowano test χ^2 (chi-kwadrat) Pearsona.

W przypadku porównania odpowiedzi na skali nominalnej mężczyzn i kobiet testem χ^2 uwzględniono poprawkę Yatesa na ciągłość dla tabel 2x2. Dane zaprezentowano w tabelach w ujęciu procentowym.

Ponieważ zmienna „samoocena zdrowia” została zmierzona na skali porządkowej, porównania wyników dotyczących oceny swojego zdrowia przez studentów z czterech krajów, gdzie przeprowadzono badania, dokonano za pomocą nieparametrycznej analizy wariancji – testu Kruskala-Wallisa dla grup niezależnych. Wyniki uzyskane przez kobiety i przez mężczyzn niezależnie od kraju porównano testem U Manna-Whitneya.

Znacznie więcej badanych kobiet (74,6%) niż mężczyzn (59,7%) ocenia stan swojego zdrowia jako „dobry”. Z kolei więcej badanych mężczyzn (22,33%) w porównaniu z kobietami (10,3%) uważa, że stan ich zdrowia jest „bardzo dobry”. Porównując wyniki testem U Manna-Whitneya można stwierdzić, że kobiety i mężczyźni różnią się w zakresie wskaźników samooceny zdrowia, ponieważ różnice są statystycznie istotne ($Z=-2,401$; $p=0,016$).

Tabela 7. Samoocena stanu zdrowia badanych studentów z wybranych krajów UE

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Bardzo zdrowy (bardzo dobry)	K	8,1	9,8	8,4	15,6	10,3
	M	9,8	19,6	24,0	27,2	22,3
	Razem	8,5	11,7	10,9	20,9	
Zdrowy (dobry)	K	66,3	72,8	82,5	73,1	74,6
	M	65,9	66,1	66,0	52,9	59,7
	Razem	65,2	71,5	79,8	63,9	
Nie całkiem zdrowy (niezbyt dobry)	K	23,8	16,2	7,2	10,6	13,6
	M	24,4	14,3	8,0	18,4	17,0
	Razem	23,9	15,8	7,3	14,2	
Chory (zły)	K	1,9	1,3	2,0	0,6	1,5
	M	0	0	2,0	1,5	1,1
	Razem	1,5	1,0	2,0	1,0	

Stan swojego zdrowia jako „bardzo dobry” ocenia najwięcej badanych studentów z Włoch (20,9%), jako „dobry” ocenia najwięcej studentów z Francji (79,%), natomiast jako „niezbyt dobry” najwięcej badanych z Polski (23,9%). Wynik testu Kruskala-Wallisa ($H=23,253$; $df=3$; $p=0,000$) upoważnia do stwierdzenia, że występują różnice wysoce istotne statystycznie pomiędzy wynikami studentów z czterech krajów w zakresie samooceny zdrowia (niezależnie od płci). Po dokonaniu porównania parami stwierdzono, że istnieją różnice statystycznie istotne pomiędzy samooceną swojego zdrowia studentów z Polski i Francji ($p=0,001$) oraz z Polski i Włoch ($p=0,000$).

Studentki z Włoch w porównaniu z badanymi z pozostałych grup częściej oceniają swój stan zdrowia jako „bardzo dobry” (15,6%), z kolei studentki z Francji częściej twierdzą, że ich stan zdrowia jest „dobry” (82,5%). Studentki z Polski częściej uznają swój stan zdrowia za „niezbyt dobry” w porównaniu z badanymi kobietami z Czech, Francji i Włoch. Wynik nieparametrycznej analizy wariancji Kruskala-Wallisa ($H=17,996$; $df=3$; $p=0,000$) wskazuje na to, że pomiędzy odpowiedziami badanych studentek z czterech krajów dotyczącymi oceny swojego zdrowia występują różnice statystycznie istotne na poziomie $p<0,001$. Istnieją istotne różnice pomiędzy samooceną swojego zdrowia studentek z Polski i Francji ($p=0,010$), oraz z Polski i Włoch ($p=0,001$).

Badani z Włoch nieco częściej niż studenci z innych krajów oceniają stan swojego zdrowia jako „bardzo dobry” (27,2%). Natomiast respondenci z Polski nieco częściej twierdzą, że ich stan zdrowia jest „niezbyt dobry” (24,4%). Wynik nieparametrycznego testu Kruskala-Wallisa ($H=6,055$ $df=3$; $p=0,109$) upoważnia do stwierdzenia, że nie występują różnice statystycznie istotne pomiędzy odpo-

wiedziami badanych studentów z czterech krajów dotyczącymi oceny swojego zdrowia, ponieważ $p > 0,05$.

Następnie przeanalizowano i porównano deklaracje studentów dotyczące występowania chorób długotrwałych i przewlekłych. Ponieważ zmienna była mierzona na skali nominalnej (odpowiedzi tak lub nie), w celu porównania grup zastosowano test χ^2 (chi-kwadrat) Pearsona. Wyniki przedstawiono w tabelach 8 i 9.

Tabela 8. Występowanie długotrwałych chorób u badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Tak	K	12,6	26,2	9,9	3,1	13,8
	M	9,8	15,8	5,8	7,1	9,0
	Razem	12,0	24,1	9,2	5,0	
Nie	K	87,4	73,8	90,1	96,9	86,2
	M	90,2	84,2	94,2	92,9	91,0
	Razem	88,0	75,9	90,8	95,2	

Badane kobiety i mężczyźni w zdecydowanej większości twierdzą, że nie chorują na długotrwałe choroby (86,2% – kobiety, 91,05% – mężczyźni). Wynik testu χ^2 wskazuje, że występują istotne statystycznie różnice dotyczące oceny występowania długotrwałych chorób pomiędzy badanymi kobietami i mężczyznami (niezależnie od kraju) ($\chi^2=4,208$; $df=1$; $p=0,040$).

Występowanie długotrwałych chorób stwierdza najczęściej badanych studentów z Czech (24,1%) w porównaniu z badanymi z innych grup. Wynik testu χ^2 wskazuje, że występują różnice pomiędzy wynikami badanych studentów (niezależnie od płci) z czterech krajów w zakresie oceny występowania długotrwałych chorób, ponieważ różnice są wysoce istotne statystycznie ($\chi^2=54,647$, $df=3$; $p=0,000$).

Kobiety z grupy studentów z Czech (26,2%) w porównaniu z innymi badanymi częściej twierdzą, że chorują na choroby długotrwałe. W przypadku testowania różnic dotyczących oceny występowania długotrwałych chorób przez badane kobiety z czterech grup wynik testu χ^2 ujawnia, że różnice te są wysoce istotne statystycznie ($\chi^2=48,946$, $df=3$; $p=0,000$).

Badani mężczyźni z czterech grup w podobnym stopniu określają występowanie u siebie chorób długotrwałych. Na podstawie wyników uzyskanych przy pomocy testu χ^2 należy stwierdzić, że nie występują różnice istotne statystycznie w zakresie oceny występowania długotrwałych chorób przez badanych mężczyzn ($\chi^2=4,504$; $df=3$; $p=0,212$).

Tabela 9. Występowanie chorób przewlekłych u badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Występują	K	46,6	46,6	50,8	44,7	47,5
	M	36,6	48,2	50,0	45,0	52,5
	Razem	44,6	46,9	50,7	44,9	
Nie występują	K	53,4	53,4	49,2	55,3	45,3
	M	63,4	51,8	50,0	55,0	54,7
	Razem	55,4	53,1	49,3	55,1	

Badane kobiety i mężczyźni (niezależnie od kraju) nie różnią się w zakresie oceny występowania chorób przewlekłych. Wskazuje na to wynik testu χ^2 ($\chi^2=0,328$; $df=1$; $p=0,567$).

Badani studenci z czterech grup (niezależnie od płci) również w podobny sposób oceniają występowanie u siebie chorób przewlekłych. Porównując wyniki stwierdzono, że nie ma różnic statystycznie istotnych ($\chi^2=2,648$; $df=3$; $p=0,449$).

Wynik testu χ^2 , który zastosowano dla porównania odpowiedzi kobiet z czterech krajów ujawnia, że nie istnieją różnice istotne statystycznie ($\chi^2=1,719$; $df=3$; $p=0,633$).

Porównując wyniki uzyskane przez mężczyzn z czterech grup nie stwierdzono różnic statystycznie istotnych dotyczących oceny występowania chorób przewlekłych ($\chi^2=1,899$; $df=3$; $p=0,594$).

Przeanalizowano również zgłaszane dolegliwości somatyczne występujące u badanych studentów. Zmienna *dolegliwości somatyczne* została zmierzona na skali porządkowej, dlatego porównania wyników uzyskanych przez studentów z czterech krajów dokonano za pomocą nieparametrycznej analizy wariancji – testu Kruskala-Wallisa dla grup niezależnych. W przypadku wystąpienia różnicy statystycznie istotnej wykonano testy *post-hoc*, dokonując porównania parami. Wyniki uzyskane przez kobiety i przez mężczyzn niezależnie od kraju porównano testem U Manna-Whitneya.

Znacznie więcej badanych mężczyzn (46,2%) niż kobiet (26,2%) nie zgłasza żadnych dolegliwości somatycznych, natomiast 4 lub więcej dolegliwości występuje u 8,1% kobiet oraz 5,1% mężczyzn. Analiza testem U Manna-Whitneya ujawniła różnice wysoce istotne statystycznie pomiędzy kobietami i mężczyznami dotyczące liczby zgłaszanych dolegliwości somatycznych ($Z=-6,419$; $p=0,000$).

Brak dolegliwości stwierdza najwięcej studentów z Włoch (40,1%) w porównaniu z badanymi z pozostałych krajów. Wynik testu istotności różnic Kruskala-Wallisa ($H=38,216$; $df=3$; $p=0,000$) upoważnia do stwierdzenia, że istnieją istotne różnice pomiędzy grupami badanych studentów w zakresie liczby zgłaszanych dolegliwości somatycznych (niezależnie od płci), ponieważ wystąpiły różnice

wysocy istotnie statystycznie na poziomie $p < 0,001$. Po dokonaniu porównania parami można stwierdzić, że istnieją różnice statystycznie istotne dotyczące liczby zgłaszanych dolegliwości pomiędzy studentami z Włoch i Francji ($p = 0,000$), z Włoch i Polski ($p = 0,000$) oraz pomiędzy studentami z Czech i Polski ($p = 0,000$).

Tabela 10. Występowanie dolegliwości somatycznych u badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Brak zgłaszanych dolegliwości	K	17,5	33,9	20,9	32,9	26,2
	M	40,5	52,6	39,2	47,9	46,2
	Razem	22,1	37,4	23,9	40,1	
Co najmniej jedno z wymienionych	K	27,1	29,2	33,2	38,6	31,9
	M	31,0	22,8	37,3	26,1	27,7
	Razem	27,9	27,9	34,1	32,5	
2–3 z wymienionych	K	40,3	27,7	40,7	22,8	33,8
	M	26,2	17,5	19,6	22,5	20,9
	Razem	37,5	25,8	37,1	22,8	
4 lub więcej	K	15,1	9,2	5,1	5,7	8,1
	M	2,4	7,0	3,9	3,5	5,1
	Razem	12,5	8,9	4,9	4,6	

Studentki z Włoch w porównaniu z badanymi z pozostałych krajów zgłaszają częściej co najmniej jedną z wymienionych dolegliwości somatycznych (38,6%), z kolei kobiety z Polski twierdzą, że występuje u nich 4 lub więcej takich dolegliwości (15,1%). Wynik testu Kruskala-Wallisa ($H = 30,158$; $df = 3$; $p = 0,000$) wskazuje na występowanie różnic w zakresie liczby zgłaszanych dolegliwości somatycznych wśród kobiet z czterech grup, ponieważ różnice są wysoce statystycznie istotne na poziomie $p < 0,001$. Istnieją istotne różnice dotyczące liczby zgłaszanych dolegliwości somatycznych pomiędzy studentkami z Włoch i Francji ($p = 0,006$), z Włoch i Polski ($p = 0,000$) oraz z Czech i Polski ($p = 0,000$).

W przypadku porównania odpowiedzi badanych mężczyzn dotyczących dolegliwości somatycznych można zauważyć, że mężczyźni z Czech nieco częściej niż pozostali badani nie zgłaszają występowania takich dolegliwości (52,6%). Należy stwierdzić na podstawie wyniku nieparametrycznego testu Kruskala-Wallisa ($H = 1,174$; $df = 3$; $p = 0,759$), że badani mężczyźni z czterech krajów nie różnią się w zakresie liczby zgłaszanych dolegliwości somatycznych, ponieważ nie stwierdzono różnic statystycznie istotnych pomiędzy wynikami ($p > 0,5$).

W kolejnej części tego podrozdziału przeanalizowano odpowiedzi studentów dotyczące oceny występowania u nich wybranych dolegliwości somatycznych. W tabelach od 11 do 18 przedstawiono liczebność procentową osób, które na pytanie o występowanie poszczególnych chorób odpowiadały „tak” i „raczej tak”.

Pomiar zmiennych przeprowadzony był na skali porządkowej, w związku z tym w przypadku porównania wyników badanych z czterech grup zastosowano nieparametryczną analizę wariancji Kruskala-Wallisa. Wyniki kobiet i mężczyzn porównano testem U Manna-Whitneya.

Tabela 11. Dolegliwości somatyczne serca deklarowane przez badanych studentów

Zmienna	Grupa				Ogółem		
	Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	K%	M%	Razem
Dolegliwości serca	17,3	12,7	7,9	5,6	11,4	7,2	10,3

Dolegliwości serca znacznie częściej zgłaszają studenci z Polski (17,3%) w porównaniu z badanymi z pozostałych krajów. Wynik testu Kruskala-Wallisa ($H=22,236$; $df=3$; $p=0,000$) wskazuje na to, że istnieją różnice pomiędzy odpowiedziami studentów z czterech grup dotyczące deklarowanych dolegliwości serca, ponieważ wystąpiły różnice wysoce istotne statystycznie na poziomie $p<0,001$. Po dokonaniu porównania parami stwierdzono, że istotnie różnią się wynikami studenci z Włoch i Czech ($p=0,025$), z Włoch i Polski ($p=0,000$) oraz z Francji i Polski ($p=0,003$).

Badane kobiety (11,4%) częściej niż mężczyźni (7,2%) twierdzą, że występują u nich dolegliwości serca. Porównując testem U Manna-Whitneya odpowiedzi kobiet i mężczyzn (niezależnie od kraju) dotyczące dolegliwości somatycznych serca stwierdzić można, że wystąpiły różnice istotne statystycznie ($Z=-2,029$; $p=0,042$).

Tabela 12. Dolegliwości somatyczne żołądka deklarowane przez badanych studentów

Zmienna	Grupa				Ogółem		
	Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	K%	M%	Razem
Dolegliwości żołądka	29,3	12,4	31,5	16,4	25,4	12,0	21,9

Dolegliwości żołądka najczęściej zgłaszają badani studenci z Francji (31,5%) oraz z Polski (29,3%). Wynik testu Kruskala-Wallisa ($H=43,857$; $df=3$; $p=0,000$) wskazuje na to, że istnieją różnice dotyczące deklarowanych dolegliwości żołądka przez studentów z badanych grup. Stwierdzono, że występują różnice statystycznie istotne pomiędzy wynikami studentów z Czech i Polski ($p=0,000$), z Czech i Francji ($p=0,000$), z Włoch i Polski ($p=0,000$) oraz z Włoch i Francji ($p=0,000$).

Znacznie więcej badanych kobiet (25,4%) niż mężczyzn (12,0%) zgłasza dolegliwości somatyczne żołądka. Z porównania testem U Manna-Whitneya wynika, że deklaracje kobiet i mężczyzn dotyczące dolegliwości somatycznych żołądka różnią się istotnie ($Z=-4,747$; $p=0,000$).

Tabela 13. Dolegliwości somatyczne wątroby i woreczka żółciowego deklarowane przez badanych studentów

Zmienna	Grupa				Ogółem		
	Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	K%	M%	Razem
Dolegliwości wątroby i woreczka żółciowego	7,7	7,9	4,6	3,6	5,8	5,8	5,8

Badani studenci z czterech krajów w podobny sposób oceniają występowanie u siebie dolegliwości wątroby i woreczka żółciowego. Wynik testu Kruskala-Wallis (H=7,249; df=3; p=0,064) upoważnia do stwierdzenia, że nie występują różnice statystycznie istotne pomiędzy oceną studentów z czterech grup (niezależnie od płci) ponieważ p>0,05. Można jednak zauważyć, że różnice ujawniły się na poziomie tendencji statystycznej.

Badane kobiety i mężczyźni bardzo podobnie zauważają występowanie u siebie dolegliwości wątroby i woreczka żółciowego. Na podstawie wyników uzyskanych za pomocą testu U Manna-Whitneya można stwierdzić, że odpowiedzi kobiet i mężczyzn (niezależnie od kraju) nie różnią się istotnie (Z=-0,039; p=0,969).

Tabela 14. Dolegliwości somatyczne nerek deklarowane przez badanych studentów

Zmienna	Grupa				Ogółem		
	Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	K%	M%	Razem
Dolegliwości nerek	8,7	6,6	5,2	3,6	6,9	2,7	5,8

Można stwierdzić, że badani studenci z czterech krajów (niezależnie od płci) nie różnią się pod względem liczby zgłaszanych dolegliwości nerek. Wynik testu Kruskala-Wallis (H=6,275; df=3; p=0,099) wskazuje na to, że nie występują różnice statystycznie istotne, ponieważ p>0,05.

Z kolei więcej kobiet (6,9%) niż mężczyzn (2,7%) deklaruje występowanie dolegliwości nerek. Z porównania testem U Manna-Whitneya wynika, że odpowiedzi kobiet i mężczyzn różnią się istotnie (Z=-2,580; df=1; p=0,010).

Tabela 15. Dolegliwości somatyczne stawów deklarowane przez badanych studentów

Zmienna	Grupa				Ogółem		
	Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	K%	M%	Razem
Dolegliwości stawów	21,2	20,9	15,4	16,4	17,9	19,2	18,2

Badani studenci z czterech krajów (niezależnie od płci) nie różnią się pod względem deklaracji dotyczących dolegliwości somatycznych stawów. Na pod-

stawie testu Kruskala-Wallisa ($H=4,898$; $df=3$; $p=0,179$) należy stwierdzić, że pomiędzy wynikami nie występują różnice istotne statystycznie, ponieważ $p>0,05$.

Deklaracje badanych kobiet i mężczyzn dotyczące zaobserwowanych dolegliwości stawów nie różnią się istotnie ($Z=-0,497$; $p=0,619$).

Tabela 16. Dolegliwości somatyczne dróg oddechowych deklarowane przez badanych studentów

Zmienna	Grupa				Ogółem		
	Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	K%	M%	Razem
Dolegliwości dróg oddechowych	25,5	27,8	13,8	15,4	21,0	17,8	20,1

Dolegliwości dróg oddechowych zgłasza zdecydowanie więcej badanych studentów z Czech (27,8%) i Polski (25,5%) niż z pozostałych krajów. Wynik testu Kruskala-Wallisa ($H=49,028$; $df=3$; $p=0,000$) upoważnia do stwierdzenia, że występują różnice pomiędzy deklarowanymi przez studentów z czterech krajów dolegliwościami dróg oddechowych. Po dokonaniu porównania parami stwierdzić można, że różnice statystycznie istotne występują w przypadku wyników studentów z Francji i Polski ($p=0,007$), z Francji i Czech ($p=0,000$), z Włoch i Polski ($p=0,031$), a także z Włoch i Czech ($H= p=0,001$).

Nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy wynikami kobiet i mężczyzn (niezależnie od kraju) dotyczącymi zaobserwowanych dolegliwości dróg oddechowych ($Z=-1,115$; $p=0,250$).

Tabela 17. Dolegliwości somatyczne narządów rozrodczych deklarowane przez badanych studentów

Zmienna	Grupa				Ogółem		
	Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	K%	M%	Razem
Dolegliwości narządów rozrodczych	8,7	5,5	6,2	5,6	7,2	3,8	6,3

Wynik testu Kruskala-Wallisa ($H=2,519$ $df=3$; $p=0,472$) wskazuje na to, że nie istnieją różnice pomiędzy deklaracjami dotyczącymi dolegliwości narządów rozrodczych przez studentów ze wszystkich grup, ponieważ $p>0,05$.

Porównując testem U Manna-Whitneya odpowiedzi kobiet i mężczyzn (niezależnie od kraju) dotyczące dolegliwości somatycznych narządów rozrodczych stwierdzono różnice istotne statystycznie ($Z=-2,091$; $p=0,037$). Zdecydowanie więcej badanych kobiet (7,2%) niż mężczyzn (3,8%) deklaruje występowanie u siebie dolegliwości narządów rozrodczych.

Tabela 18. Dolegliwości somatyczne jako migreny i częste bóle głowy deklarowane przez badanych studentów

Zmienna	Grupa				Ogółem		
	Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	K%	M%	Razem
Migreny i częste bóle głowy	58,2	36,6	56,7	36,4	52,5	28,4	46,1

Więcej badanych studentów z Polski (58,2%) i Francji (56,7%) w porównaniu z pozostałymi grupami deklaruje występowanie migren i bólów głowy. Wynik testu Kruskala-Wallisa ($H=48,040$; $df=3$; $p=0,000$) wskazuje na to, że istnieją różnice wysoce istotne statystycznie pomiędzy wynikami badanych z czterech grup ($p<0,001$). Różnice wystąpiły w przypadku porównania wyników studentów z Włoch i Francji ($p=0,000$), z Włoch i Polski ($p=0,000$), z Czech i Francji ($p=0,000$) oraz z Czech i Polski ($p=0,000$).

Z porównania testem U Manna-Whitneya wynika, że różnice pomiędzy odpowiedziami kobiet i mężczyzn, które dotyczą zaobserwowanych u siebie migren i bólów głowy są wysoce istotne statystycznie ($Z=-7,083$; $p=0,000$). Znacznie więcej kobiet (52,5%) niż mężczyzn (28,4%) zauważa u siebie takie dolegliwości.

W dalszej części analizy porównano odpowiedzi studentów dotyczące oceny swojej sprawności fizycznej, a następnie przeanalizowano dane dotyczące ich masy ciała. Obliczono wskaźnik BMI dla każdego z respondentów na podstawie podanych przez nich w ankiecie informacji dotyczących wagi i wzrostu.

Tabela 19. Samoocena sprawności fizycznej przez badanych studentów

Kategoria odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Bardzo dobra	K	9,2	20,7	18,3	9,4	15,4
	M	9,8	17,5	13,5	13,9	13,9
	Razem	9,3	20,1	17,4	11,5	
Dobra	K	46,0	35,9	40,7	38,4	39,9
	M	22,0	29,8	30,8	42,3	34,5
	Razem	41,2	34,7	38,93	40,2	
Dostateczna	K	39,3	41,4	38,2	47,2	41,0
	M	53,7	45,6	42,3	30,7	39,4
	Razem	42,2	42,2	38,9	39,5	
Zła	K	5,5	2,1	2,8	5,0	3,6
	M	14,6	7,0	13,5	13,1	12,2
	Razem	7,4	3,1	4,7	8,8	

Najwięcej badanych kobiet (41,0%) oraz mężczyzn (39,4%) jest zdania, że ich sprawność fizyczna jest na dostatecznym poziomie. Na podstawie wyniku nieparametrycznego testu U Manna-Whitneya można stwierdzić, że pomiędzy badanymi kobietami i mężczyznami (niezależnie od kraju) występują różnice istotne statystycznie dotyczące oceny sprawności fizycznej ($Z=-2,765$; $p=0,006$).

Swoją sprawność fizyczną jako bardzo dobrą ocenia najczęściej badanych studentów z Czech (20,1%) i Francji (17,4%), natomiast jako złą najczęściej badanych z Polski (7,4%) i Włoch (8,8%). Wynik testu Kruskala-Wallisa ($H=9,127$; $df=3$; $p=0,028$) wskazuje na to, że istnieją różnice dotyczące samooceny sprawności fizycznej przez badanych studentów, ponieważ wystąpiły różnice istotne statystycznie na poziomie $p<0,05$. Jednak po dokonaniu porównania parami nie stwierdzono różnic statystycznie istotnych pomiędzy wynikami studentów z poszczególnych grup.

Najwięcej badanych kobiet z Czech (20,7%) oraz z Francji (18,3%) uważa, że ich sprawność fizyczna jest bardzo dobra. Porównując ocenę swojej sprawności fizycznej przez badane kobiety z czterech krajów stwierdzono występujące różnice statystycznie istotne ($H=10,233$, $df=3$; $p=0,017$). Po porównaniu parami okazało się, że występują różnice pomiędzy wynikami studentek z Francji i Włoch ($p=0,038$) oraz z Czech i Włoch ($p=0,048$).

Porównując testem Kruskala-Wallisa wyniki oceny swojej sprawności fizycznej przez badanych mężczyzn można stwierdzić, że mężczyźni z poszczególnych grup nie różnią się w zakresie tej zmiennej ($H=5,550$; $df=3$; $p=0,136$).

Tabela 20. Masa ciała badanych studentów ustalona na podstawie wskaźnika BMI

Masa ciała	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Niedobór masy ciała	K	13,3	10,1	16,8	10,5	12,6 5,9
	M	13,5	0,0	11,8	3,9	
	Razem	13,4	8,1	15,2	7,5	
Prawidłowa masa ciała	K	77,3	79,7	75,2	85,5	79,0 73,5
	M	64,9	67,9	76,5	77,3	
	Razem	74,9	77,4	75,4	81,8	
Nadmiar masy ciała, nadwaga	K	8,7	6,6	6,3	3,9	6,4 16,2
	M	18,9	25,0	9,8	14,1	
	Razem	10,7	10,2	6,9	8,6	
Otyłość	K	0,7	3,5	2,5	0,0	1,7 4,4
	M	2,7	7,1	2,0	4,7	
	Razem	1,1	4,3	2,2	2,1	

Najwięcej badanych kobiet (79,0%) i mężczyzn (73,5%) stwierdza, że ich masa ciała jest prawidłowa. Niedobór masy ciała zgłasza zdecydowanie więcej

kobiet (12,6%) niż mężczyzn (5,9%). Z kolei znacznie więcej mężczyzn niż kobiet stwierdza u siebie nadmiar masy ciała oraz otyłość. Analiza różnic pomiędzy wynikami badanych kobiet i mężczyzn (niezależnie od kraju) dokonana testem U Manna-Whitneya wykazała, że różnice są wysoce istotne statystycznie ($Z=-5,676$; $p=0,000$).

Studenci z Francji w porównaniu z badanymi z pozostałych grup częściej twierdzą, że mają niedobór masy ciała (15,2%). Z kolei studenci z Polski (10,7%) oraz z Czech (10,2%) bardziej zauważają u siebie nadmiar masy ciała. Porównując testem Kruskala-Wallisa dane dotyczące masy ciała badanych studentów z poszczególnych krajów (niezależnie od płci) stwierdzono, że występują różnice statystycznie istotne ($H=10,977$; $df=3$; $p=0,012$). Masą ciała istotnie różnią się badani z Francji i Czech ($p=0,011$).

Wynik testu Kruskala-Wallisa wskazuje na to, że badane kobiety z czterech grup nie różnią się istotnie w zakresie masy ciała ($H=3,413$; $df=3$; $p=0,332$).

Porównując testem Kruskala-Wallisa dane dotyczące masy ciała badanych mężczyzn z poszczególnych krajów stwierdzono, że występują różnice statystycznie istotne ($H=11,704$; $df=3$; $p=0,008$). Wskaźnik masy ciała jest istotnie różny u mężczyzn z Francji i Czech ($p=0,006$).

5.2. Zdrowie psychiczne studentów w wybranych uczelniach wyższych w Europie

W kolejnym podrozdziale przedstawiono wyniki samooceny zdrowia psychicznego przez badanych studentów z wybranych uczelni z czterech krajów UE, czyli z Polski, Czech, Francji i Włoch.

Tabela 21. Samoocena samopoczucia psychicznego badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Dobre	K	36,7	51,1	69,3	52,8	54,0
	M	59,5	54,5	86,0	52,9	60,0
	Razem	41,3	51,8	72,2	52,8	
Złe	K	63,3	48,9	30,7	47,2	46,0
	M	40,5	45,5	14,0	47,1	40,0
	Razem	58,7	48,2	27,8	47,2	

Badane kobiety i badani mężczyźni (niezależnie od kraju) w podobny sposób oceniają swoje samopoczucie psychiczne. Wynik testu χ^2 upoważnia do stwierdzenia, że pomiędzy odpowiedziami kobiet i mężczyzn nie występują różnice statystycznie istotne ($\chi^2=2,791$, $df=1$; $p=0,095$).

Znacznie więcej badanych studentów z Francji (72,2%) niż z pozostałych grup ocenia swoje samopoczucie psychiczne jako „dobre”. Z kolei samopoczucie psychiczne jako „złe” ocenia najczęściej studentów z Polski (58,7%). Wynik testu χ^2 wskazuje, że badani studenci z czterech krajów różnią się istotnie w zakresie oceny samopoczucia psychicznego, ponieważ wystąpiły różnice wysoce istotne statystycznie ($\chi^2=52,620$; $df=3$; $p=0,000$).

Badane kobiety z Francji znacznie częściej w porównaniu ze studentkami z pozostałych grup oceniają swoje samopoczucie psychiczne jako „dobre”. Twierdzi tak 69,3% badanych. Natomiast samopoczucie jako „złe” ocenia najczęściej studentek z Polski (63,3%). Na podstawie uzyskanych danych można stwierdzić, że występują istotne statystycznie różnice pomiędzy wynikami oceny samopoczucia psychicznego przez badane kobiety z poszczególnych krajów ($\chi^2=43,616$, $df=3$; $p=0,000$).

Również mężczyźni z Francji w porównaniu z pozostałymi badanymi znacznie częściej twierdzą, że ich samopoczucie jest dobre (86,0%). Na podstawie uzyskanych danych można stwierdzić, że występują istotne statystycznie różnice pomiędzy wynikami oceny samopoczucia psychicznego przez badanych mężczyzn z poszczególnych krajów ($\chi^2=17,669$, $df=3$; $p=0,001$).

Tabela 22. Częstość występowania złego samopoczucia psychicznego w deklaracjach badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Bardzo często	K	6,7	16,9	3,8	6,6	9,4
	M	0,0	7,7	12,5	12,5	9,6
	Razem	5,7	15,3	4,5	9,3	
Często	K	24,8	37,9	18,8	32,9	29,4
	M	5,9	38,5	50,0	32,8	31,3
	Razem	22,1	38,0	21,6	32,9	
Rzadko	K	68,6	45,2	77,5	60,5	61,3
	M	94,1	53,8	37,5	54,7	59,1
	Razem	72,1	46,7	73,9	57,9	

Badane kobiety (61,3%) i badani mężczyźni (59,1%) najczęściej odpowiadali, że złe samopoczucie psychiczne występuje u nich rzadko. Na podstawie wyniku nieparametrycznego testu U Manna-Whitneya można stwierdzić, że nie istnieją statystycznie istotne różnice w zakresie oceny częstości złego samopoczucia psychicznego pomiędzy badanymi kobietami i mężczyznami ($Z=-0,386$; $p=0,700$).

Znacznie więcej badanych studentów z Czech niż z pozostałych grup stwierdziło, że zauważają często złe samopoczucie psychiczne (15,3%). Najrzadziej złe

samopoczucie deklarowali studenci z Francji (73,9%) i Polski (72,2%). Wynik testu Kruskala-Wallisa ($H=27,467$; $df=3$; $p=0,000$) wskazuje na to, że istnieją różnice dotyczące oceny częstotliwości złego samopoczucia psychicznego pomiędzy wynikami badanych studentów z czterech grup. Po dokonaniu porównania parami okazało się że istnieją różnice statystycznie istotne pomiędzy wynikami badanych z Czech i Polski ($p=0,000$) oraz z Czech i Francji ($p=0,000$).

Najrzadziej złe samopoczucie zauważają badane studentki z Francji (77,5%) i Polski (68,6%) w porównaniu z pozostałymi grupami. Najczęściej natomiast studentki z Czech (16,9%). Na podstawie wyniku testu Kruskala-Wallisa ($H=27,003$, $df=3$; $p=0,000$) można stwierdzić, że istnieją różnice statystycznie istotne dotyczące oceny występowania częstotliwości złego samopoczucia psychicznego przez badane kobiety z czterech krajów. Różnice istotne występują pomiędzy wynikami badanych z Czech i Francji ($H=-66,254$; $p=0,000$) oraz z Czech i Polski ($H=43,501$; $p=0,000$).

Złe samopoczucie psychiczne zgłaszają najczęściej badani mężczyźni z Francji (12,5%) i Włoch (12,5%). Najrzadziej, w porównaniu z badanymi z pozostałych grup, złe samopoczucie zgłaszają badani mężczyźni z Polski (94,1%). Wynik testu Kruskala-Wallisa ($H=10,578$; $df=3$; $p=0,014$) wskazuje na to, że istnieją istotne różnice w zakresie oceny częstotliwości złego samopoczucia psychicznego pomiędzy wynikami badanych mężczyzn z czterech grup. Różnice statystycznie istotne dotyczą wyników mężczyzn z Włoch i Polski ($p=0,019$).

Tabela 23. Samoocena umiejętności radzenia sobie w rozwiązywaniu codziennych problemów życiowych przez badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Zdecydowanie tak	K	38,2	47,6	36,6	37,6	40,3
	M	62,2	41,8	65,3	39,7	47,7
	Razem	42,0	46,4	40,5	39,1	
Raczej tak	K	58,2	49,4	59,8	59,1	56,3
	M	35,1	49,1	32,7	57,4	48,4
	Razem	54,6	49,5	56,3	57,9	
Raczej nie	K	3,6	2,6	2,8	3,4	3,0
	M	2,7	7,3	2,0	2,2	3,3
	Razem	3,4	3,4	2,6	2,7	
Zdecydowanie nie	K	0,0	0,4	0,8	0,0	0,4
	M	0,0	1,8	0,0	0,7	0,7
	Razem	0,0	0,7	0,7	0,3	

Nieco więcej badanych mężczyzn (47,7%) w porównaniu z kobietami (40,3%) zdecydowanie dobrze radzi sobie z codziennymi problemami żywymi. Z kolei więcej kobiet (56,3%) niż mężczyzn (48,4%) odpowiadało, że radzą sobie z tymi problemami „raczej dobrze”. Analiza testem U Manna-Whitneya wykazała, że

między wynikami badań kobiet i mężczyzn występują statystycznie istotne różnice dotyczące umiejętności radzenia sobie w rozwiązywaniu codziennych problemów życiowych ($Z=-2,006$; $p=0,045$).

Wynik testu Kruskala-Wallisa ($H=2,693$; $df=3$; $p=0,441$) wskazuje na to, że nie występują istotne różnice w zakresie oceny umiejętności radzenia sobie w rozwiązywaniu codziennych problemów życiowych pomiędzy badanymi studentami (niezależnie od płci) z czterech krajów.

Na podstawie wyniku testu Kruskala-Wallisa ($H=7,443$, $df=3$; $p=0,059$) można stwierdzić, że nie istnieją różnice statystycznie istotne dotyczące oceny umiejętności radzenia sobie w rozwiązywaniu codziennych problemów życiowych pomiędzy badanymi kobietami z czterech grup. Należy jednak dodać, że różnice ujawniły się na poziomie tendencji statystycznej.

Umiejętności radzenia sobie w rozwiązywaniu codziennych problemów powyżej oceniają badani mężczyźni z Francji (65,3%) oraz Polski (62,2%) w porównaniu z badanymi z Czech i Włoch. Analiza testem Kruskala-Wallisa ($H=12,248$; $df=3$; $p=0,007$) wykazała, że istnieją istotne różnice w zakresie oceny umiejętności radzenia sobie w rozwiązywaniu codziennych problemów życiowych między mężczyznami z czterech grup. Po porównaniu parami okazało się, że różnice te dotyczą wyników badanych z Włoch i Francji ($p=0,039$).

Tabela 24. Samoocena umiejętności radzenia sobie z własnymi emocjami przez badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Zdecydowanie tak	K	20,7	28,1	16,5	32,9	23,9
	M	51,4	36,4	46,8	26,5	35,3
	Razem	26,7	29,9	20,9	30,3	
Raczej tak	K	65,2	57,1	60,9	58,4	60,2
	M	48,7	56,4	40,4	59,6	54,2
	Razem	62,14	57,04	57,81	58,59	
Raczej nie	K	12,2	12,1	19,8	7,4	13,6
	M	0,0	5,5	12,8	12,5	9,5
	Razem	9,7	10,7	18,9	9,8	
Zdecydowanie nie	K	1,8	2,6	2,8	1,3	2,3
	M	0,0	1,8	0,0	1,5	1,1
	Razem	1,5	2,4	2,3	1,4	

Badani mężczyźni (35,3%) znacznie częściej niż kobiety (23,9%) odpowiadali, że zdecydowanie dobrze radzą sobie z własnymi emocjami. Natomiast więcej kobiet (60,2%) niż mężczyzn (54,2%) było zdania, że z emocjami radzą sobie „raczej dobrze”. Na podstawie wyników uzyskanych za pomocą testu istotności różnic

U Manna-Whitneya można stwierdzić, że występują różnice istotne statystycznie pomiędzy wynikami badań kobiet i mężczyzn ($Z=-4,149$; $p=0,000$).

Studenci z Włoch (30,3%) oraz Czech (29,9%) znacznie wyżej oceniają swoje umiejętności radzenia sobie z emocjami w porównaniu z badanymi z pozostałych krajów. Wynik testu Kruskala-Wallisa ($H=16,680$; $df=3$; $p=0,001$) ujawnia, że występują istotne różnice dotyczące oceny umiejętności radzenia sobie z własnymi emocjami przez badanych studentów z czterech grup. Po porównaniu parami stwierdzono, że różnice te dotyczą wyników badanych z Francji i Polski ($p=0,022$), z Francji i Czech ($p=0,008$) oraz z Francji i Włoch ($p=0,002$).

Zdecydowanie najlepiej radzą sobie z emocjami badane kobiety z Włoch (32,9%) i Czech (28,1%). Testując różnice pomiędzy wynikami badanych kobiet z czterech grup za pomocą nieparametrycznej analizy wariancji Kruskala-Wallisa stwierdzono różnice istotne statystycznie ($H=25,238$; $df=3$; $p=0,000$). Różnice te ujawniły się pomiędzy wynikami badanych z Francji i Czech ($p=0,004$) oraz z Francji i Włoch ($p=0,000$).

Badani mężczyźni z Polski (51,4%) oraz Francji (46,8%) znacznie wyżej oceniają swoje umiejętności radzenia sobie z emocjami w porównaniu do badanych z pozostałych krajów. Wynik testu Kruskala-Wallisa ($H=15,303$; $df=3$; $p=0,002$) ujawnił, że występują istotne różnice dotyczące oceny umiejętności radzenia sobie z własnymi emocjami przez badanych mężczyzn z czterech grup. Porównując parami stwierdzono, że różnice istotne dotyczą wyników mężczyzn z Włoch i Polski ($p=0,001$).

Tabela 25. Samoocena umiejętności radzenia sobie z występowaniem złości przez badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Zdecydowanie tak	K	29,0	34,6	30,9	31,8	31,8
	M	28,6	43,4	43,8	20,7	30,3
	Razem	28,7	36,3	32,7	26,4	
Raczej tak	K	45,7	34,2	38,6	39,2	38,9
	M	48,6	30,2	31,3	41,5	38,4
	Razem	46,04	33,2	37,7	39,3	
Raczej nie	K	22,2	25,5	20,3	17,6	21,7
	M	14,3	17,0	14,6	20,7	18,1
	Razem	21,3	24,2	19,7	19,7	
Zdecydowanie nie	K	3,1	5,6	10,2	11,5	7,6
	M	8,8	9,4	10,4	17,0	13,3
	Razem	3,9	6,2	10,0	14,6	

Analiza testem U Manna-Whitneya wykazała, że pomiędzy wynikami badań kobiet i mężczyzn w zakresie oceny umiejętności radzenia sobie z występowaniem złości nie występują statystycznie istotne różnice ($Z=-1,232$; $p=0,218$).

W przypadku sprawdzania różnic pomiędzy wynikami badanych studentów z czterech krajów dotyczących umiejętności radzenia sobie z występowaniem złości za pomocą testu Kruskala-Wallisa nie stwierdzono różnic statystycznie istotnych ($H=7,248$; $df=3$; $p=0,064$).

Wynik testu Kruskala-Wallisa ($H=0,674$; $df=3$; $p=0,879$) ujawnia, że nie występują istotne różnice dotyczące oceny umiejętności radzenia sobie ze złością pomiędzy badanymi kobietami z czterech grup.

Umiejętności radzenia sobie z występowaniem złości najwyżej oceniają badani mężczyźni z Czech (43,4%) i Francji (43,8%) w porównaniu z mężczyznami z pozostałych grup. Najsłabsze umiejętności w tym zakresie posiadają badani mężczyźni z Włoch (17,0%). W przypadku testowania różnic pomiędzy wynikami badanych mężczyzn z czterech grup za pomocą nieparametrycznej analizy wariancji Kruskala-Wallisa stwierdzono różnice istotne statystycznie ($H=11,405$; $df=3$; $p=0,010$). Różnice te ujawniły się pomiędzy wynikami badanych z Włoch i Czech ($p=0,032$).

Tabela 26. Występowanie poczucia niepokoju w deklaracjach studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Tak	K	60,5	54,7	74,2	46,6	60,3
	M	41,5	42,1	52,9	34,0	39,9
	Razem	56,7	52,2	70,10	40,7	
Nie	K	39,5	45,3	25,8	53,4	39,7
	M	58,5	57,9	47,1	66,0	60,1
	Razem	43,3	47,8	29,6	59,3	

Znacznie więcej badanych kobiet (60,3%) niż mężczyzn (39,9%) stwierdziło występowanie poczucia niepokoju. Wynik testu χ^2 wskazuje, że występują wysoce istotne statystycznie różnice dotyczące oceny występowania poczucia niepokoju przez badane kobiety i badanych mężczyzn (niezależnie od kraju) ($\chi^2=35,348$; $df=1$; $p=0,000$).

Znacznie więcej badanych studentów z Francji (70,10%) w porównaniu z pozostałymi grupami zauważyło występowanie poczucia niepokoju. Na podstawie uzyskanych danych można stwierdzić, że występują wysoce istotne statystycznie różnice pomiędzy wynikami studentów z czterech krajów (niezależnie od płci) w zakresie oceny występowania poczucia niepokoju ($\chi^2=55,111$, $df=3$; $p=0,000$).

Występowanie poczucia niepokoju zauważyło znacznie więcej badanych kobiet z Francji (74,2%) i Polski (60,5%) w porównaniu z kobietami z pozostałych

krajów. Wynik testu χ^2 upoważnia do stwierdzenia, że badane kobiety z czterech krajów różnią się w zakresie oceny występowania poczucia niepokoju, ponieważ wystąpiły różnice wysoce istotne statystycznie ($\chi^2=36,145$; $df=3$; $p=0,000$).

Na podstawie uzyskanych danych można stwierdzić, że nie występują istotne statystycznie różnice pomiędzy wynikami oceny występowania poczucia niepokoju przez badanych mężczyzn z poszczególnych krajów ($\chi^2=5,311$, $df=3$; $p=0,150$).

Tabela 27. Częstotliwość doznawania poczucia niepokoju przez badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Bardzo często	K	3,9	5,5	34,4	3,9	16,0
	M	5,9	0,00	18,5	4,3	
	Razem	4,2	4,6	32,4	4,1	
Często	K	41,2	26,6	38,6	42,1	36,3
	M	23,5	36,0	37,0	17,0	
	Razem	38,7	28,1	38,4	32,5	
Rzadko	K	54,9	67,9	27,0	53,9	47,7
	M	70,6	62,5	44,5	78,7	
	Razem	57,1	67,3	29,2	63,4	

Znacznie więcej badanych kobiet (16,0%) niż mężczyzn (6,9%) twierdziło, że bardzo często doświadczają poczucia niepokoju. Również więcej kobiet (36,3%) niż mężczyzn (26,7%) poczucie takie ma często. Na podstawie wyników testu U Manna-Whitneya można stwierdzić, że pomiędzy wynikami badań kobiet i mężczyzn w zakresie częstotliwości występowania poczucia niepokoju ujawniły się różnice wysoce istotnie statystycznie ($Z=-3,820$; $p=0,000$).

Studenci z Francji (32,4%) o wiele częściej niż badani z pozostałych grup odpowiadali, że bardzo często doświadczają poczucia niepokoju. Najrzadziej poczucie niepokoju występuje u badanych studentów z Włoch (63,4%) i Polski (57,1%). Analiza testem Kruskala-Wallisa ($H=94,981$; $df=3$; $p=0,000$) ujawniła, że pomiędzy wynikami dotyczącymi oceny częstotliwości występowania poczucia niepokoju badanych studentów z czterech grup występują różnice statystycznie istotne. Dokonując porównania parami stwierdzono, że różnice dotyczą wyników studentów z Francji i Polski ($p=0,000$), z Francji i Włoch ($p=000$) oraz z Francji i Czech ($p=0,000$).

Sprawdzając różnice pomiędzy wynikami badanych kobiet z czterech grup w zakresie oceny występowania poczucia niepokoju za pomocą testu Kruskala-Wallisa stwierdzono, że występują różnice istotne statystycznie ($H=81,804$; $df=3$; $p=0,000$). Różnice te ujawniły się pomiędzy wynikami badanych z Francji i Włoch ($p=0,000$), z Francji i Polski ($p=0,000$) oraz z Francji i Czech ($p=0,000$).

Znacznie więcej badanych mężczyzn z Francji (18,5%) niż z pozostałych krajów uważa, że często doświadczają poczucia niepokoju. Analiza testem Kruskala-Wallisa ujawniła, że różnice pomiędzy wynikami dotyczącymi oceny częstotliwości występowania poczucia niepokoju uzyskanymi przez badanych mężczyzn są statystycznie istotne ($H=10,155$; $df=3$; $p=0,017$). Po dokonaniu porównania parami stwierdzono, że różnice te dotyczą wyników studentów z Czech i Włoch ($p=0,009$).

Tabela 28. Występowanie poczucia zwiększonego rozdrażnienia u badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Tak	K	82,6	79,3	71,0	81,3	77,8
	M	65,9	62,3	54,0	56,0	58,2
	Razem	79,3	76,0	68,1	69,4	
Nie	K	17,4	20,7	29,0	18,8	22,2
	M	34,1	37,7	46,0	44,0	41,8
	Razem	20,7	24,0	31,9	30,6	

Poczucia zwiększonego rozdrażnienia znacznie częściej doświadczają badane kobiety (77,8%) niż mężczyźni (58,2%). Wynik testu χ^2 wskazuje, że występują wysoce istotne statystycznie różnice dotyczące oceny występowania poczucia zwiększonego rozdrażnienia przez badane kobiety i badanych mężczyzn (niezależnie od kraju) ($\chi^2=39,527$, $df=1$; $p=0,000$).

Najczęściej poczucia zwiększonego rozdrażnienia doświadczają studenci z Polski (79,3%) w porównaniu z badanymi z pozostałych krajów. Na podstawie uzyskanych danych można stwierdzić, że występują istotne statystycznie różnice pomiędzy wynikami studentów z czterech krajów (niezależnie od płci) w zakresie oceny występowania poczucia zwiększonego rozdrażnienia ($\chi^2=10,814$, $df=3$; $p=0,013$).

Wynik testu χ^2 upoważnia do stwierdzenia, że badane kobiety z czterech krajów uzyskały istotnie różne wyniki dotyczące oceny występowania poczucia zwiększonego rozdrażnienia, ponieważ wystąpiły różnice istotne statystycznie ($\chi^2=10,174$; $df=3$; $p=0,017$).

Na podstawie danych uzyskanych testem χ^2 można stwierdzić, że nie występują istotne statystycznie różnice pomiędzy wynikami oceny występowania poczucia zwiększonego rozdrażnienia przez badanych mężczyzn z poszczególnych krajów ($\chi^2=1,983$; $df=3$; $p=0,576$).

Po wykonaniu analizy nieparametrycznym testem U Manna-Whitneya można stwierdzić, że pomiędzy wynikami badanych kobiet i mężczyzn w zakresie oceny częstotliwości występowania poczucia zwiększonego rozdrażnienia nie występują różnice istotne statystycznie ($Z=-0,668$; $p=0,504$).

Tabela 29. Częstość występowania poczucia zwiększonego rozdrażnienia w ocenie badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Bardzo często	K	1,5	3,2	2,8	3,8	2,8
	M	3,7	0,0	3,4	1,3	1,8
	Razem	1,8	2,7	2,9	3,0	
Często	K	27,7	29,5	33,1	34,6	31,2
	M	14,8	33,3	34,5	31,6	29,8
	Razem	25,6	30,1	33,3	33,5	
Rzadko	K	70,8	67,4	64,0	61,5	66,0
	M	81,5	66,7	62,5	67,1	68,5
	Razem	72,6	67,3	63,8	63,5	

Analiza testem Kruskala-Wallisa ujawniła, że badani studenci z czterech krajów (niezależnie od płci) nie różnią się istotnie w zakresie oceny częstości występowania poczucia zwiększonego rozdrażnienia ($H=4,294$; $df=3$; $p=0,231$).

Sprawdzając różnice pomiędzy wynikami badanych kobiet z czterech krajów w zakresie oceny częstości występowania poczucia zwiększonego napięcia za pomocą nieparametrycznej analizy wariancji Kruskala-Wallisa stwierdzono, że nie występują różnice istotne statystycznie w zakresie oceny częstości występowania poczucia zwiększonego rozdrażnienia ($H=3,238$; $df=3$; $p=0,356$).

Na podstawie danych uzyskanych za pomocą testu Kruskala-Wallisa można stwierdzić, że pomiędzy wynikami dotyczącymi oceny częstości występowania poczucia zwiększonego rozdrażnienia badanych mężczyzn z czterech grup nie występują różnice statystycznie istotne ($H=2,516$; $df=3$; $p=0,472$).

Tabela 30. Występowanie poczucia napięcia wśród badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Tak	K	68,9	56,7	86,0	77,6	72,5
	M	48,8	50,9	54,0	75,7	65,0
	Razem	64,9	55,6	82,3	76,7	
Nie	K	31,1	43,3	14,0	22,4	27,5
	M	51,2	49,1	36,0	24,3	35,0
	Razem	35,1	44,4	17,7	23,3	

U znacznie większej liczby badanych kobiet (72,5%) niż mężczyzn (65,0%) występuje poczucie napięcia. Wynik testu χ^2 wskazuje, że występują istotne róż-

nice dotyczące oceny występowania poczucia napięcia przez badane kobiety i badanych mężczyzn (niezależnie od kraju) ($\chi^2=5,213$, $df=1$; $p=0,022$).

Poczucie napięcia występuje u większej liczby badanych studentów z Francji (82,3%) w porównaniu z pozostałymi badanymi. Na podstawie uzyskanych wyników ($\chi^2=58,184$, $df=3$; $p=0,000$) należy stwierdzić, że występują wysoce istotne statystycznie różnice pomiędzy oceną występowania poczucia napięcia przez studentów z czterech krajów (niezależnie od płci).

Najwięcej badanych kobiet z Francji (86,0%) w porównaniu z kobietami z pozostałych grup odpowiadało, że doświadczają poczucia napięcia. Wynik testu χ^2 upoważnia do stwierdzenia, że badane kobiety z czterech krajów różnią się w zakresie oceny występowania poczucia napięcia, ponieważ wystąpiły różnice wysoce istotne statystycznie ($\chi^2=53,484$; $df=3$; $p=0,000$).

Poczucie napięcia występuje u największej liczby badanych mężczyzn z Włoch (75,7%) w porównaniu z pozostałymi grupami. Na podstawie uzyskanych danych można stwierdzić, że badani mężczyźni z poszczególnych krajów różnią się w zakresie oceny występowania poczucia napięcia. Różnice pomiędzy wynikami są wysoce istotne statystycznie ($\chi^2=16,635$; $df=3$; $p=0,001$).

Tabela 31. Częstotliwość doświadczania poczucia napięcia przez badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Bardzo często	K	6,1	7,1	17,6	4,0	10,1
	M	5,0	10,0	12,1	3,0	6,0
	Razem	5,9	7,6	16,9	3,6	
Często	K	27,8	32,9	40,7	37,9	35,8
	M	10,0	30,0	33,3	30,7	28,8
	Razem	25,2	32,4	39,8	34,7	
Rzadko	K	66,1	60,0	41,7	58,1	54,1
	M	85,0	60,0	54,5	66,3	65,2
	Razem	68,9	60,0	43,37	62,8	

Po wykonaniu analizy nieparametrycznym testem U Manna-Whitneya można stwierdzić, że pomiędzy wynikami badanych kobiet i mężczyzn w zakresie oceny częstotliwości występowania poczucia napięcia występują różnice istotnie statystycznie ($Z=-2,762$; $p=0,006$).

Najwięcej badanych studentów z Francji (16,9%) w porównaniu ze studentami z pozostałych grup odpowiadało, że bardzo często doświadczają poczucia napięcia. Również najwięcej studentów z Francji (39,8%) poczucie takie ma często. Sprawdzając różnice pomiędzy wynikami badanych studentów z czterech krajów (niezależnie od płci) dotyczącymi częstotliwości występowania poczucia napięcia za pomocą nieparametrycznej analizy wariancji Kruskala-Wallisa stwierdzono, że

występują różnice wysoce istotne statystycznie ($H=36,196$; $df=3$; $p=0,000$). Różnice te ujawniły się pomiędzy wynikami badanych z Francji i Czech ($p=0,001$), z Francji i Włoch ($p=0,000$) oraz z Francji i Polski ($p=0,000$).

Znacznie więcej badanych kobiet z Francji (17,6%) w porównaniu z kobietami z pozostałych grup stwierdziło, że bardzo często występuje u nich poczucie napięcia. Analiza testem Kruskala-Wallisa ujawniła, że badane kobiety z czterech krajów różnią się istotnie w zakresie oceny częstotliwości występowania poczucia napięcia ($H=28,582$; $df=3$; $p=0,000$). Istotne różnice występują pomiędzy wynikami kobiet z Francji i Włoch ($p=0,000$), z Francji i Czech ($p=0,001$) oraz z Francji i Polski ($p=0,000$).

Wynik nieparametrycznego testu Kruskala-Wallisa wskazuje, że pomiędzy wynikami badanych mężczyzn z czterech grup dotyczącymi oceny częstotliwości występowania poczucia napięcia nie występują różnice statystycznie istotne ($H=5,852$; $df=3$; $p=0,119$).

Tabela 32. Występowanie poczucia lęku wśród badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Tak	K	28,7	52,1	51,4	13,0	39,1
	M	26,8	33,9	28,8	5,7	18,3
	Razem	28,4	48,6	47,5	9,6	
Nie	K	71,3	47,9	48,6	87,0	60,6
	M	73,2	66,1	71,2	94,3	81,7
	Razem	71,6	51,4	52,5	90,4	

Poczucie lęku występuje u znacznie większej liczby badanych kobiet (39,1%) niż mężczyzn (18,3%). Porównując uzyskane wyniki za pomocą testu χ^2 należy stwierdzić, że występują wysoce istotne statystycznie różnice pomiędzy oceną występowania poczucia lęku przez kobiety i mężczyzn (niezależnie od kraju) ($\chi^2=41,910$; $df=1$; $p=0,000$).

Poczucie lęku występuje u znacznie większej liczby badanych studentów z Czech i Francji (47,5%) w porównaniu z pozostałymi badanymi. Na podstawie uzyskanych wyników ($\chi^2=132,549$, $df=3$; $p=0,000$) należy stwierdzić, że występują wysoce istotne statystycznie różnice pomiędzy oceną występowania poczucia lęku przez studentów z czterech krajów (niezależnie od płci).

Znacznie więcej badanych kobiet z Czech (52,1%) i Francji (51,4%) niż z pozostałych krajów stwierdziło występowanie poczucia lęku. Wynik testu χ^2 upoważnia do stwierdzenia, że badane kobiety z czterech krajów różnią się w zakresie oceny występowania poczucia lęku, ponieważ wystąpiły różnice wysoce istotne statystycznie ($\chi^2=86,433$; $df=3$; $p=0,000$).

Występowanie poczucia lęku stwierdza więcej badanych mężczyzn z Czech (33,9%) niż z pozostałych grup. Wynik testu χ^2 wskazuje, że występują różnice wysoce istotne statystycznie dotyczące oceny występowania poczucia lęku wśród mężczyzn z porównywanych grup ($\chi^2=30,077$; $df=3$; $p=0,000$).

Tabela 33. Częstotliwość doświadczania poczucia lęku przez badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Bardzo często	K	2,1	5,7	7,8	0,0	5,6
	M	0,0	0,0	0,0	12,5	1,9
	Razem	1,7	4,9	6,9	3,6	
Często	K	20,8	24,4	25,6	20,0	24,1
	M	18,2	20,0	20,0	12,5	18,5
	Razem	20,3	23,8	25,0	17,9	
Rzadko	K	77,1	69,9	66,7	80,0	70,3
	M	81,8	80,0	80,0	75,0	79,6
	Razem	78,0	71,3	68,1	78,6	

Na podstawie wyników testu U Manna-Whitneya można stwierdzić, że pomiędzy wynikami badań kobiet i mężczyzn w zakresie częstotliwości występowania poczucia lęku nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie ($Z=-1,469$; $p=0,142$).

Sprawdzając różnice pomiędzy wynikami badanych studentów z czterech krajów (niezależnie od płci) dotyczącymi częstotliwości występowania poczucia lęku za pomocą nieparametrycznej analizy wariancji Kruskala-Wallisa nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie ($H=3,124$; $df=3$; $p=0,373$).

Wynik nieparametrycznego testu Kruskala-Wallisa wskazuje, że pomiędzy wynikami w zakresie oceny występowania poczucia lęku wśród badanych kobiet z czterech grup nie występują różnice statystycznie istotne ($H=3,348$; $df=3$; $p=0,341$).

Analiza testem Kruskala-Wallisa ujawniła, że badani mężczyźni z czterech krajów nie różnią się istotnie w zakresie oceny częstotliwości występowania poczucia lęku ($H=0,231$; $df=3$; $p=0,965$).

Poczucie beznadziejności występuje u większej liczby badanych kobiet (83,2%) niż mężczyzn (77,4%). Wynik testu χ^2 wskazuje, że istnieją istotne statystycznie różnice dotyczące oceny występowania poczucia beznadziejności przez badane kobiety i badanych mężczyzn (niezależnie od kraju) ($\chi^2=4,76$; $df=1$; $p=0,034$).

Występowanie poczucia beznadziejności stwierdza znacznie więcej badanych studentów z Polski (88,5%) w porównaniu z pozostałymi grupami. Na podstawie uzyskanych wyników ($\chi^2=9,760$; $df=3$; $p=0,021$) należy stwierdzić, że odnotowa-

no istotne statystycznie różnice pomiędzy oceną występowania poczucia beznadziejności przez studentów z czterech krajów (niezależnie od płci).

Tabela 34. Występowanie poczucia beznadziejności w życiu w ocenie badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Tak	K	91,6	83,1	82,0	76,5	83,2
	M	75,6	80,7	63,5	81,7	77,4
	Razem	88,5	82,7	78,8	78,9	
Nie	K	8,4	16,9	18,0	23,5	16,8
	M	24,4	19,3	36,5	18,3	22,6
	Razem	11,5	17,3	21,2	21,1	

Badane kobiety z Czech (80,7%) i Włoch (81,7%) znacznie bardziej odczuwają poczucie beznadziejności w porównaniu z kobietami z pozostałych grup. Wynik testu χ^2 upoważnia do stwierdzenia, że badane kobiety z czterech krajów różnią się w zakresie oceny występowania poczucia beznadziejności, ponieważ pomiędzy kategoriami odpowiedzi badanych ujawniono różnice istotne statystycznie ($\chi^2=13,865$; $df=3$; $p=0,003$).

Na podstawie uzyskanych danych można stwierdzić, że badani mężczyźni z poszczególnych krajów nie różnią się w zakresie oceny występowania poczucia beznadziejności. Różnice pomiędzy wynikami nie są istotne, lecz ujawniły się na poziomie tendencji statystycznej ($\chi^2=16,635$; $df=3$; $p=0,053$).

Tabela 35. Częstotliwość występowania poczucia beznadziejności w życiu w ocenie badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Bardzo często	K	5,3	4,6	5,9	8,9	5,9
	M	3,3	4,3	3,0	5,3	4,5
	Razem	4,3	4,5	5,5	7,2	
Często	K	32,0	34,5	27,5	30,9	31,2
	M	16,7	30,4	27,3	38,1	32,0
	Razem	29,4	33,7	27,4	34,3	
Rzadko	K	62,7	60,9	66,7	60,2	63,9
	M	80,0	65,2	69,7	56,6	63,5
	Razem	65,6	61,7	67,1	58,5	

Analiza nieparametrycznym testem U Manna-Whitneya wykazała, że pomiędzy wynikami badanych kobiet i mężczyzn (niezależnie od kraju) w zakresie oceny częstotliwości doświadczania poczucia beznadziejności nie występują różnice istotnie statystycznie ($Z=-0,290$; $p=0,722$).

Sprawdzając różnice pomiędzy wynikami badanych studentów z czterech krajów (niezależnie od płci) dotyczącymi częstotliwości doświadczania poczucia beznadziejności za pomocą nieparametrycznej analizy wariancji Kruskala-Wallisa stwierdzono, że nie występują różnice istotne statystycznie ($H=4,442$; $df=3$; $p=0,219$).

Analiza testem Kruskala-Wallisa ujawniła, że badane kobiety z czterech krajów nie różnią się istotnie w zakresie oceny częstotliwości występowania poczucia beznadziejności ($H=1,925$; $df=3$; $p=0,588$).

Wynik nieparametrycznego testu Kruskala-Wallisa wskazuje, że pomiędzy wynikami badanych mężczyzn z czterech grup dotyczącymi oceny częstotliwości występowania poczucia beznadziejności nie odnotowano różnic statystycznie istotnych ($H=6,160$; $p=0,104$).

Tabela 36. Występowanie depresji w ocenie badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Tak	K	16,2	26,4	24,9	14,2	21,4
	M	12,2	12,5	17,3	12,8	13,4
	Razem	15,4	23,3	23,6	13,13	
Nie	K	83,8	76,3	75,1	85,8	78,6
	M	87,8	87,5	82,5	87,2	86,6
	Razem	84,6	76,3	76,4	86,5	

Występowanie depresji stwierdza znacznie więcej badanych kobiet (21,4%) niż mężczyzn (13,4%). Wynik testu χ^2 wskazuje, że istnieją istotne różnice dotyczące oceny występowania depresji przez badane kobiety i badanych mężczyzn (niezależnie od kraju) ($\chi^2=8,679$, $df=1$; $p=0,003$).

Więcej badanych studentów z Czech (23,3%) i Francji (23,6%) niż z pozostałych krajów zauważyło u siebie występowanie depresji. Na podstawie uzyskanych wyników ($\chi^2=15,704$, $df=3$; $p=0,001$) należy stwierdzić, że istnieją istotne statystycznie różnice pomiędzy oceną występowania depresji przez studentów z czterech krajów (niezależnie od płci).

Występowanie depresji stwierdziło znacznie więcej badanych kobiet z Czech (26,4%) i Francji (24,9%) w porównaniu z badanymi z pozostałych krajów. Wynik testu χ^2 upoważnia do stwierdzenia, że badane kobiety z czterech krajów różnią się w zakresie oceny występowania depresji, ponieważ stwierdzono różnice istotne statystycznie ($\chi^2=12,995$; $df=3$; $p=0,005$).

Na podstawie uzyskanych danych można dojść do wniosku, że badani mężczyźni z poszczególnych krajów nie różnią się w zakresie oceny występowania depresji. Różnice pomiędzy wynikami nie są statystycznie istotne ($\chi^2=0,820$; $df=3$; $p=0,845$).

Tabela 37. Podjęte próby samobójcze przez badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Tak	K	2,4	5,9	11,5	3,0	6,3
	M	2,4	3,5	11,5	4,9	5,5
	Razem	2,4	5,4	11,5	3,9	
Nie	K	97,6	94,1	88,5	97,0	93,7
	M	97,6	96,5	88,5	95,1	94,5
	Razem	97,6	94,6	88,5	96,1	

Wynik testu χ^2 upoważnia do stwierdzenia, że badane kobiety i badani mężczyźni (niezależnie od kraju) nie różnią się w zakresie podejmowania prób samobójczych, ponieważ nie stwierdzono różnic statystycznie istotnych ($\chi^2=0,269$; $df=1$; $p=0,604$).

Do podejmowania prób samobójczych przyznaje się znacznie więcej badanych studentów z Francji (11,5%) niż pozostałych grup. Na podstawie uzyskanych wyników ($\chi^2=23,103$; $df=3$; $p=0,000$) należy stwierdzić, że występują wysoce istotne statystycznie różnice pomiędzy deklaracjami studentów z czterech grup dotyczącymi podejmowanych prób samobójczych (niezależnie od płci).

Również badane studentki z Francji (11,5%) deklarują podejmowane próby samobójcze znacznie częściej niż kobiety z pozostałych grup. Analiza różnic testem χ^2 wykazała, że badane studentki z czterech krajów różnią się istotnie wynikami w zakresie podejmowania prób samobójczych ($\chi^2=18,670$; $df=3$; $p=0,000$).

Na podstawie uzyskanych danych można stwierdzić, że badani mężczyźni z poszczególnych krajów nie różnią się w zakresie oceny podejmowanych prób samobójczych. Różnice pomiędzy wynikami nie są statystycznie istotne ($\chi^2=4,928$; $df=3$; $p=0,177$).

Na podstawie uzyskanych danych można stwierdzić, że badane kobiety i badani mężczyźni nie różnią się w zakresie oceny występowania trudności z koncentracją uwagi. Różnice pomiędzy wynikami nie są istotne ($\chi^2=2,968$; $df=1$; $p=0,085$).

Trudności z koncentracją uwagi zauważą najbardziej badani studenci z Polski (67,1%) i Włoch (65,7%) w porównaniu z badanymi z pozostałych grup. Wynik testu χ^2 upoważnia do stwierdzenia, że badani studenci z czterech krajów różnią się istotnie w zakresie oceny występowania trudności z koncentracją uwagi. Pomiędzy wynikami wystąpiły różnice wysoce istotne statystycznie ($\chi^2=137,230$; $df=3$; $p=0,000$).

Tabela 38. Występowanie trudności z koncentracją uwagi w ocenie badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Tak	K	71,1	55,2	24,1	61,3	50,7
	M	51,2	60,0	15,6	70,7	56,9
	Razem	67,1	56,1	22,7	65,7	
Nie	K	28,9	44,8	75,9	38,8	49,3
	M	48,8	40,0	84,4	29,3	43,1
	Razem	32,9	43,9	77,3	34,3	

Badane studentki z Polski (71,1%) i Włoch (61,3%) częściej niż badane z pozostałych grup odpowiadały, że zauważyły u siebie trudności z koncentracją uwagi. Analiza testem χ^2 wykazała, że badane studentki z czterech krajów różnią się istotnie wynikami w zakresie oceny występowania trudności z koncentracją uwagi ($\chi^2=100,925$; $df=3$; $p=0,000$).

Trudności z koncentracją uwagi występują najczęściej w opinii badanych mężczyzn z Włoch (70,7%) w porównaniu z pozostałymi badanymi. Na podstawie uzyskanych wyników ($\chi^2=43,024$, $df=3$; $p=0,000$) należy stwierdzić, że badani mężczyźni z czterech grup różnią się istotnie pod względem oceny występowania trudności z koncentracją uwagi.

Tabela 39. Częstotliwość występowania trudności z koncentracją uwagi w ocenie badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Bardzo często	K	23,7	13,33	32,65	20,65	20,51
	M	19,0	11,11	0,00	20,88	16,45
	Razem	21,3	12,64	29,82	21,16	
Często	K	25,0	14,81	20,41	58,70	28,86
	M	33,3	22,22	0,00	46,15	37,50
	Razem	26,2	16,09	17,54	52,38	
Rzadko	K	53,3	71,85	46,94	20,65	50,63
	M	47,6	66,67	100,00	32,97	46,05
	Razem	52,5	71,26	52,63	26,46	

Analiza testem U Manna-Whitneya wykazała, że pomiędzy wynikami badanych kobiet i mężczyzn (niezależnie od kraju) w zakresie oceny częstotliwości występowania trudności z koncentracją uwagi nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie ($Z=-0,776$; $p=0,438$).

Trudności z koncentracją uwagi zgłaszają najczęściej badani studenci z Francji (29,82%). Z kolei trudności takie rzadko występują u studentów z Czech (71,26%). Analiza testem Kruskala-Wallisa ujawniła, że badani studenci z czterech krajów (niezależnie od płci) różnią się istotnie w zakresie oceny częstotliwości występowania trudności z koncentracją uwagi ($H=53,683$; $df=3$; $p=0,000$). Istotne różnice występują pomiędzy wynikami studentów z Włoch i Polski ($p=0,002$), z Włoch i Czech ($p=0,000$), z Francji i Czech ($p=0,006$) oraz z Polski i Czech ($p=0,007$).

Badane kobiety z Francji w porównaniu z pozostałymi grupami stwierdzają znacznie częściej występowanie trudności z koncentracją uwagi (32,65%), a kobiety z Czech zauważają te trudności najrzadziej (71,85%). Nieparametryczna analiza wariancji Kruskala-Wallisa wskazuje, że pomiędzy wynikami badanych kobiet z czterech grup dotyczącymi oceny częstotliwości występowania trudności z koncentracją uwagi istnieją różnice wysoce istotne statystycznie ($H=45,158$, $df=3$; $p=0,000$). Porównując parami stwierdzono różnice istotne pomiędzy wynikami studentek z Włoch i Polski ($p=0,002$), z Włoch i Czech ($p=0,000$), z Francji i Czech ($p=0,001$), a także z Polski i Czech ($p=0,017$).

Trudności z koncentracją uwagi stwierdzają najczęściej badani mężczyźni z Włoch (20,88%) i Polski (19,0%). Różnice pomiędzy wynikami badanych mężczyzn sprawdzone za pomocą testu Kruskala-Wallisa są statystycznie istotne ($H=14,480$; $df=3$; $p=0,002$). Po porównaniu parami okazało się, że różnice istotne wystąpiły w przypadku wyników badanych z Włoch i Czech ($p=0,009$).

Tabela 40. Występowanie zmniejszonej sprawności umysłowej w deklaracjach badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Tak	K	50,91	29,41	38,02	68,46	44,14
	M	30,56	30,77	12,77	60,74	42,59
	Razem	47,57	29,24	34,35	63,64	
Nie	K	49,09	70,59	61,98	31,54	55,86
	M	69,44	69,23	87,23	39,26	57,41
	Razem	52,43	70,76	65,65	36,36	

Wynik testu χ^2 wskazuje, że badane kobiety i badani mężczyźni (niezależnie od kraju) nie różnią się w zakresie oceny występowania zmniejszonej sprawności umysłowej. Pomędzy wynikami nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie ($\chi^2=0,163$; $df=3$; $p=0,686$).

Zmniejszoną sprawność umysłową zauważają najbardziej badani studenci z Włoch (63,64%), a najmniej studenci z Czech (29,24%) w porównaniu z badanymi z pozostałych krajów. Analiza wykonana testem χ^2 wykazała, że badani studenci z czterech krajów (niezależnie od płci) różnią się istotnie wynikami

w zakresie oceny występowania zmniejszonej sprawności umysłowej ($\chi^2 = 69,913$; $df=3$; $p=0,000$).

Badane studentki z Włoch w znacznie większym stopniu zauważają występowanie zmniejszonej sprawności umysłowej (68,46%) niż studentki z pozostałych grup. Na podstawie uzyskanych danych można stwierdzić, że badane kobiety z czterech grup różnią się wynikami w zakresie oceny występowania zmniejszonej sprawności umysłowej. Różnice pomiędzy wynikami są wysoce istotne statystycznie ($\chi^2=49,389$; $df=1$; $p=0,000$).

Również badani mężczyźni z Włoch (60,74%) bardziej zauważają występowanie zmniejszonej sprawności umysłowej w porównaniu z mężczyznami z pozostałych krajów. Wynik testu χ^2 wskazuje, że badani mężczyźni z czterech krajów różnią się w zakresie oceny występowania zmniejszonej sprawności umysłowej. Pomędzy wynikami stwierdzono różnice wysoce istotne statystycznie ($\chi^2=33,216$; $df=3$; $p=0,000$).

Tabela 41. Częstotliwość występowania zmniejszonej sprawności umysłowej w deklaracjach badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Bardzo często	K	16,67	21,79	11,34	1,98	12,22
	M	0,00	26,32	0,00	7,50	
	Razem	14,14	22,45	10,19	4,86	
Często	K	34,52	17,95	25,77	22,77	25,28
	M	16,67	10,53	28,57	23,75	
	Razem	33,33	16,33	26,85	23,24	
Rzadko	K	48,81	60,26	62,89	75,25	62,50
	M	83,33	63,16	71,43	68,75	
	Razem	52,53	61,22	62,96	71,89	

Na podstawie wyników uzyskanych za pomocą testu U Manna-Whitneya można stwierdzić, że pomiędzy ocenami częstotliwości występowania zmniejszonej sprawności umysłowej badanych kobiet i mężczyzn (niezależnie od kraju) nie występują różnice istotnie statystycznie ($Z=-1,031$; $p=0,303$).

Występowanie zmniejszonej sprawności umysłowej zauważają najczęściej badani studenci z Czech (22,45%), a najrzadziej studenci z Włoch (71,89%). Analiza testem Kruskala-Wallisa ujawniła, że badani studenci z czterech krajów (niezależnie od płci) różnią się istotnie w zakresie oceny częstotliwości występowania zmniejszonej sprawności umysłowej ($H=13,394$; $df=3$; $p=0,004$). Różnice statystycznie istotne występują pomiędzy wynikami badanych z Polski i Włoch ($p=0,005$).

Badane kobiety z Czech (21,79%) i Polski (16,67%) w porównaniu z pozostałymi grupami częściej zauważają występowanie zmniejszonej sprawności umysłowej. Sprawdzając różnice pomiędzy wynikami badanych kobiet z czterech krajów dotyczącymi częstotliwości występowania zmniejszonej sprawności umysłowej za pomocą nieparametrycznej analizy wariancji Kruskala-Wallisa stwierdzono, że istnieją różnice istotne statystycznie ($H=13,211$; $df=3$; $p=0,004$). Porównując parami stwierdzono różnice istotne pomiędzy wynikami studentek z Polski i Włoch ($p=0,003$).

Analizując różnice pomiędzy wynikami badanych mężczyzn z czterech grup w zakresie oceny częstotliwości występowania zmniejszonej sprawności umysłowej za pomocą testu Kruskala-Wallisa stwierdzono, że nie istnieją różnice istotne statystycznie ($H=0,900$; $df=3$; $p=0,825$).

Tabela 42. Występowanie zaburzeń pamięci w ocenie badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Tak	K	42,5	49,4	32,4	30,0	38,9
	M	26,8	52,6	28,8	39,3	38,3
	Razem	39,4	50,0	31,8	34,3	
Nie	K	57,5	50,6	67,6	70,0	61,1
	M	73,2	47,4	71,2	60,7	61,7
	Razem	60,6	50,0	68,2	65,7	

Wynik testu χ^2 wskazuje, że nie istnieją istotne różnice dotyczące oceny występowania zaburzeń pamięci przez badane kobiety i badanych mężczyzn (niezależnie od kraju) ($\chi^2=0,015$, $df=1$; $p=0,901$).

Znacznie więcej badanych studentów z Czech (50,0%) niż z pozostałych krajów zauważyło występowanie zaburzeń pamięci. Na podstawie uzyskanych wyników ($\chi^2=24,381$, $df=3$; $p=0,000$) stwierdzono istotne statystycznie różnice pomiędzy oceną występowania zaburzeń pamięci przez studentów z czterech krajów (niezależnie od płci).

Zaburzenia pamięci zauważa najczęściej badanych kobiet z Czech (49,4%) i Polski (42,5%). Wynik testu χ^2 upoważnia do stwierdzenia, że badane kobiety z czterech krajów różnią się w zakresie oceny występowania zaburzeń pamięci, ponieważ istnieją różnice wysoce istotne statystycznie ($\chi^2=21,652$; $df=3$; $p=0,000$).

Najwięcej badanych mężczyzn z Czech (52,6%) w porównaniu z mężczyznami z pozostałych krajów stwierdza występowanie zaburzeń pamięci. Analiza wykazała, że badani mężczyźni z poszczególnych krajów różnią się w zakresie oceny występowania zaburzeń pamięci. Różnice pomiędzy wynikami są statystycznie istotne ($\chi^2=9,264$; $df=3$; $p=0,026$).

Analiza nieparametrycznym testem U Manna-Whitneya wykazała, że pomiędzy wynikami badanych kobiet i mężczyzn (niezależnie od kraju) w zakresie

oceny częstotliwości występowania zaburzeń pamięci nie istnieją różnice istotnie statystycznie ($Z=-0,180$; $p=0,857$).

Tabela 43. Częstotliwość występowania zaburzeń pamięci w deklaracjach badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Bardzo często	K	19,7	16,8	29,6	18,8	21,0
	M	9,1	13,3	13,3	12,7	12,6
	Razem	18,3	16,1	27,1	15,5	
Często	K	21,1	10,9	19,8	41,7	20,1
	M	45,5	23,3	6,7	40,0	31,5
	Razem	24,4	13,4	17,7	40,8	
Rzadko	K	54,4	72,3	50,6	39,6	58,9
	M	45,4	63,3	80,0	47,3	55,9
	Razem	57,3	70,5	55,2	43,7	

Występowanie zaburzeń pamięci stwierdzają najczęściej badani studenci z Francji (27,1%), a najrzadziej studenci z Czech (70,5%). Sprawdzając różnice pomiędzy wynikami badanych studentów z czterech krajów (niezależnie od płci) dotyczącymi częstotliwości występowania zaburzeń pamięci za pomocą nieparametrycznej analizy wariancji Kruskala-Wallisa stwierdzono różnice istotne statystycznie ($H=12,523$; $df=3$; $p=0,006$). Dotyczą wyników badanych z Włoch i Czech ($p=0,006$).

Badane kobiety z Francji (29,6%) zauważają znacznie częściej w porównaniu z pozostałymi badanymi występujące zaburzenia pamięci. Analiza testem Kruskala-Wallisa ujawniła, że badane kobiety z czterech krajów różnią się istotnie w zakresie oceny częstotliwości występowania zaburzeń pamięci ($H=13,876$; $df=3$; $p=0,006$). Dokonując porównania parami stwierdzono, że statystycznie istotne różnice istnieją pomiędzy wynikami badanych kobiet z Włoch i Czech ($p=0,014$) oraz z Francji i Czech ($p=0,014$).

Wynik nieparametrycznego testu Kruskala-Wallisa wskazuje, że pomiędzy wynikami badanych mężczyzn z czterech grup dotyczącymi oceny częstotliwości występowania zaburzeń pamięci nie ma różnic statystycznie istotnych ($H=4,276$; $df=3$; $p=0,233$).

Więcej badanych kobiet (87,1%) niż mężczyzn (75,9%) zauważa u siebie występowanie poczucia zmęczenia. Pomiedzy wynikami stwierdzono różnice wysoce istotne statystycznie ($\chi^2=19,351$; $df=3$; $p=0,000$).

Najwięcej badanych studentów z Polski (92,3%) i Francji (90,1%) stwierdziło, że odczuwają zmęczenie. Analiza wykonana za pomocą testu χ^2 wykazała, że ba-

dani studenci z czterech krajów (niezależnie od płci) różnią się istotnie wynikami w zakresie oceny występowania poczucia zmęczenia ($\chi^2=34,256$; $df=3$; $p=0,000$).

Tabela 44. Występowanie poczucia zmęczenia w ocenie badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Tak	K	93,4	81,9	92,5	79,9	88,1
	M	87,9	66,7	78,8	75,0	75,9
	Razem	92,3	78,9	90,1	77,6	
Nie	K	6,6	18,1	7,5	20,1	11,9
	M	12,2	33,3	21,2	25,0	24,1
	Razem	7,7	21,1	9,9	22,4	

Badane kobiety z Polski (93,4%) i Francji (92,5%) znacznie bardziej odczuwają zmęczenie niż badane z Czech i Włoch. Na podstawie uzyskanych danych można stwierdzić, że respondentki z czterech grup różnią się wynikami dotyczącymi oceny występowania zmęczenia. Różnice pomiędzy wynikami są wysoce istotne statystycznie ($\chi^2=25,734$; $df=1$; $p=0,000$).

Wynik testu χ^2 wskazuje, że badani mężczyźni z czterech krajów nie różnią się w zakresie oceny występowania zmniejszonej sprawności umysłowej. Pomiedzy wynikami nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie ($\chi^2=6,135$; $df=3$; $p=0,105$).

Tabela 45. Częstotliwość występowania poczucia zmęczenia w deklaracjach badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Bardzo często	K	10,9	30,9	21,6	11,5	20,0
	M	5,6	28,9	12,5	12,7	14,4
	Razem	9,9	30,6	20,3	12,1	
Często	K	53,2	27,8	46,3	66,9	46,6
	M	41,7	23,7	50,0	55,9	46,8
	Razem	51,0	27,2	46,9	62,1	
Rzadko	K	35,9	41,2	32,0	21,5	33,5
	M	52,8	47,4	37,5	31,4	38,9
	Razem	39,1	42,2	32,8	25,9	

Nieco więcej badanych kobiet (20,0%) niż mężczyzn (14,3%) stwierdziło występowanie poczucia zmęczenia. Porównując wyniki badanych kobiet i mężczyzn (niezależnie od kraju) dotyczące oceny częstotliwości występowania poczucia

zmęczenia za pomocą testu U Manna-Whitneya stwierdzono, że istnieją różnice na poziomie tendencji statystycznej ($Z=-1,950$; $p=0,051$).

Więcej badanych studentów z Czech (30,6%) i Francji (20,3%) niż z pozostałych grup zauważyło występowanie poczucia zmęczenia. Porównując wyniki testem Kruskala-Wallisa stwierdzono, że badani studenci z czterech krajów (niezależnie od płci) nie różnią się istotnie w zakresie oceny częstotliwości występowania poczucia zmęczenia ($H=7,354$; $df=3$; $p=0,061$). Można jednak przyjąć, że zaistniały różnice na poziomie tendencji statystycznej.

Wynik nieparametrycznego testu Kruskala-Wallisa wskazuje, że pomiędzy wynikami badanych kobiet z czterech grup dotyczącymi oceny częstotliwości występowania poczucia zmęczenia nie występują różnice statystycznie istotne ($H=4,6,87$; $df=3$; $p=0,196$).

Analizując różnice pomiędzy wynikami badanych mężczyzn z czterech krajów wyliczone za pomocą testu Kruskala-Wallisa stwierdzono, że nie istnieją różnice istotne statystycznie ($H=4,957$; $df=3$; $p=0,175$).

5.3. Wybrane zachowania zdrowotne badanych studentów

W tym podrozdziale podjęto próbę zdiagnozowania wybranych zachowań zdrowotnych studentów ze szkół wyższych w czterech krajach UE: w Polsce, Czechach, Francji i Włoszech. Wzięto pod uwagę opinie studentów dotyczące własnej aktywności fizycznej, przebiegu snu, wybranych zachowań żywieniowych, wybranych zachowań seksualnych oraz ocenę zachowań ryzykownych, takich jak: picie alkoholu, palenie papierosów, zażywanie leków uspokajających i nasennych, zapinanie pasów bezpieczeństwa podczas jazdy samochodem, używanie kasku podczas jazdy rowerem.

Analogicznie jak w poprzednich podrozdziałach w przypadku zmiennych zależnych mierzonych na skali porządkowej porównania wyników dokonano za pomocą nieparametrycznej analizy wariancji – testu Kruskala-Wallisa dla grup niezależnych. W przypadku różnic statystycznie istotnych wykonano dodatkowo testy *post-hoc*, dokonując porównania parami. Natomiast gdy zmienne zależne mierzone były na skali porządkowej, a zmienne niezależne na skali nominalnej (np. płeć – niezależnie od kraju), porównano wyniki testem U Manna-Whitneya. Gdy zmienna niezależna i zależna mierzone były na skali nominalnej do porównania wyników zastosowano test χ^2 (chi-kwadrat) Pearsona. Wyniki zostały zaprezentowane w tabelach w ujęciu procentowym.

5.3.1. Aktywność fizyczna studentów

Ruch będący istotą aktywności fizycznej jest nieodłącznym elementem funkcjonowania człowieka. Jego pozytywny wpływ na zdrowie fizyczne, psychiczne, społeczne i duchowe jest bezwzględnie udowodniony. Aktywne spędzanie wolnego

czasu zapewnia młodzieży odpowiednią dawkę ruchu niezbędną do prawidłowego rozwoju. Utrzymywanie niskiego poziomu aktywności fizycznej sprzyja hipokinezie, będącej zjawiskiem charakteryzującym się niedoborem ruchu, które negatywnie wpływa na zdrowie.

Niedobory w zakresie ruchu zdaniem H. Kuńskiego mogą: „powodować utrudnienia w racjonalnym wykorzystaniu pokarmów, upośledzać krążenie wieńcowe, osłabiać ścięgna i mięśnie, zmniejszać siłę mięśniową, osłabiać koordynację ruchową, zwiększać ryzyko uszkodzeń stawów oraz sprzyjać otyłości i utrudniać jej leczenie”⁴²⁶. W zakresie funkcjonowania psychospołecznego należy zwrócić uwagę, że brak aktywności fizycznej może wyzwać, według T. Banaszkiwicz „zmniejszenie zdolności jednostki do pracy oraz odporności na nieprzewidziane trudy życia codziennego, na stresi i obciążenia psychiczne, obniżenie poczucia odpowiedzialności i zdyscyplinowania, zahamowanie internalizacji wartości kulturowych”⁴²⁷. Ze względu na powyższe konsekwencje dla zdrowia podejmowanie aktywności fizycznej jest wielką wartością i elementem fundamentalnym dla zdrowia.

Uznano za istotne zdiagnozowanie częstotliwości wysiłku fizycznego badanych, uprawiania przez nich gimnastyki porannej oraz oceny podejmowanego wysiłku fizycznego.

Tabela 46. Częstotliwość intensywnego wysiłku fizycznego w tygodniu w deklaracjach badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Wcale	K	46,1	25,0	50,6	59,1	43,8
	M	32,5	19,6	38,5	32,8	31,2
	Razem	43,4	24,0	48,5	47,0	
Okolo 1–2 godzin	K	35,2	40,3	33,6	22,6	33,7
	M	35,0	28,6	17,3	27,7	27,0
	Razem	35,1	38,0	30,7	25,0	
Okolo 3–4 godzin	K	11,5	26,7	7,5	11,9	14,9
	M	20,0	35,7	26,9	21,9	25,3
	Razem	13,2	28,4	10,9	16,6	
Okolo 5–7 godzin	K	7,5	8,1	8,3	6,3	7,6
	M	12,5	16,1	17,3	17,5	16,5
	Razem	8,3	9,6	9,9	11,5	

Znacznie więcej badanych mężczyzn (16,5%) niż kobiet (7,6%) wykonuje intensywne ćwiczenia fizyczne około 5–7 godzin w tygodniu oraz około 3–4 go-

⁴²⁶ T. Banaszkiwicz, *Wychowanie dzieci i młodzieży do rekreacji na progu reformy oświaty*, Wydawnictwo AJD, Częstochowa 2005, s. 30.

⁴²⁷ Ibidem.

dzin (mężczyźni – 25,3%; kobiety 14,9%). Analiza nieparametrycznym testem U Manna-Whitneya wykazała, że pomiędzy wynikami badanych kobiet i mężczyzn (niezależnie od kraju) w zakresie oceny częstotliwości intensywnego wysiłku fizycznego występują różnice wysoce istotne statystycznie ($Z=-5,606$; $p=0,000$).

Najbardziej aktywni fizycznie są badani studenci z Włoch, ponieważ 11,5% badanych ćwiczy 5–7 godzin w tygodniu. Wysilek fizyczny preferują również badani studenci z Czech (28,4% ćwiczy 3–4 godziny w tygodniu). Wynik nieparametrycznego testu Kruskala-Wallisa wskazuje, że pomiędzy wynikami badanych studentów z czterech krajów (niezależnie od płci) dotyczącymi oceny częstotliwości intensywnego wysiłku fizycznego istnieją różnice wysoce istotne statystycznie ($H=40,390$; $df=3$; $p=0,000$). Statystycznie istotne różnice stwierdzono w przypadku porównania wyników studentów z Francji i Czech ($p=0,000$), z Polski i Czech ($p=0,000$) oraz z Włoch i Czech ($p=0,000$).

Znacznie więcej badanych kobiet z Czech (26,7%) niż z pozostałych grup wykonuje intensywne ćwiczenia fizyczne około 3–4 godziny w tygodniu. Analiza testem Kruskala-Wallisa ujawniła, że badane kobiety z czterech krajów różnią się istotnie w zakresie oceny częstotliwości intensywnego wysiłku fizycznego ($H=52,053$; $df=3$; $p=0,000$). Po porównaniu parami okazało się, że różnice te dotyczą wyników kobiet z Włoch i Czech ($p=0,000$), z Francji i Czech ($p=0,000$) oraz z Polski i Czech ($p=0,000$).

Analizując różnice pomiędzy wynikami badanych mężczyzn z czterech krajów dotyczące oceny częstotliwości intensywnego wysiłku fizycznego, wyliczone za pomocą testu Kruskala-Wallisa stwierdzono, że nie występują różnice istotne statystycznie ($H=3,435$; $df=3$; $p=0,329$).

Tabela 47. Codzienne uprawianie gimnastyki porannej w deklaracjach badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Tak	K	7,2	23,3	7,1	21,5	14,7
	M	10,0	17,5	5,9	25,5	18,3
	Razem	7,8	22,3	6,9	23,4	
Raczej tak	K	14,5	34,7	13,5	27,6	22,6
	M	12,5	43,9	19,6	29,1	28,0
	Razem	14,1	36,5	14,5	28,3	
Raczej nie	K	30,7	24,6	9,9	19,6	20,3
	M	35,0	24,6	11,8	17,7	20,4
	Razem	31,6	24,6	10,2	18,8	
Nie	K	47,6	17,4	69,4	31,3	42,2
	M	42,5	14,0	62,7	27,7	33,2
	Razem	46,6	16,7	68,3	29,6	

Znacznie więcej badanych mężczyzn (18,3%) niż kobiet (14,7%) twierdzi, że codziennie uprawia gimnastykę. Również więcej mężczyzn (28,0%) niż kobiet (22,6%) deklaruje, że „raczej codziennie” uprawia gimnastykę. Na podstawie wyników testu U Manna-Whitneya można stwierdzić, że pomiędzy wynikami badań kobiet i mężczyzn w zakresie częstotliwości wykonywania gimnastyki porannej występują różnice istotnie statystycznie ($Z=-2,908$, $p=0,004$).

Codziennie uprawianie gimnastyki porannej deklaruje najwięcej badanych studentów z Włoch (23,4%) i Czech (22,3%). Z kolei najrzadziej uprawiają gimnastykę studenci z Francji (68,3%). Sprawdzając różnice pomiędzy wynikami badanych studentów z czterech krajów (niezależnie od płci) za pomocą nieparametrycznej analizy wariancji Kruskala-Wallisa dotyczącymi częstotliwości uprawiania gimnastyki stwierdzono różnice istotne statystycznie ($H=179,267$; $df=3$; $p=0,000$). Różnice dotyczą wyników badanych z Czech i Polski ($p=0,000$), z Czech i Francji ($p=0,000$), z Włoch i Polski ($p=0,000$), z Włoch i Francji ($p=0,000$) oraz z Polski i Francji ($p=0,038$).

Badane kobiety z Czech (23,3%) i Włoch (21,5%) znacznie częściej deklarują wykonywanie codziennej gimnastyki w porównaniu z kobietami z Polski i Francji. Na podstawie uzyskanych danych można stwierdzić, że badane kobiety z czterech grup różnią się wynikami dotyczącymi oceny uprawiania gimnastyki ($H=141,950$, $df=3$; $p=0,000$). Po dokonaniu porównania parami okazało się, że różnice statystycznie istotne dotyczą wyników badanych kobiet z Czech i Polski ($p=0,000$), z Czech i Francji ($p=0,000$), z Włoch i Polski ($p=0,000$) oraz z Włoch i Francji ($p=0,000$).

Znacznie więcej badanych mężczyzn z Włoch (25,5%) niż z pozostałych grup deklaruje uprawianie codziennej gimnastyki porannej. Analiza wykonana testem Kruskala-Wallisa ujawniła, że badani mężczyźni z czterech krajów różnią się istotnie pod względem uprawiania codziennej gimnastyki ($H=32,213$; $p=0,000$). Różnice dotyczą badanych mężczyzn z Czech i Polski ($p=0,006$), z Czech i Francji ($p=0,000$), z Włoch i Polski ($p=0,012$), a także z Włoch i Francji ($p=0,000$).

Badane kobiety (45,0%) znacznie częściej niż mężczyźni (32,9%) oceniają, że podejmowany wysiłek fizyczny jest wystarczający. Porównując wyniki badanych kobiet i mężczyzn (niezależnie od kraju) dotyczące oceny podejmowanego wysiłku fizycznego za pomocą testu U Manna-Whitneya stwierdzono, że występują różnice wysoce istotne statystycznie ($Z=-3,417$; $p=0,000$).

Wysiłek fizyczny jako wystarczający oceniają najczęściej badani studenci z Włoch (47,2%). Sprawdzając różnice pomiędzy wynikami badanych studentów z czterech krajów (niezależnie od płci) dotyczącymi oceny podejmowanego wysiłku fizycznego za pomocą nieparametrycznej analizy wariancji Kruskala-Wallisa stwierdzono różnice istotne statystycznie ($H=7,915$; $df=3$; $p=0,048$). Jednak po porównaniu parami okazało się, że nie ma różnic statystycznie istotnych pomiędzy wynikami studentów z poszczególnych grup.

Tabela 48. Ocena podejmowanego wysiłku fizycznego przez badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Jest wystarczający	K	27,7	32,9	28,2	45,9	32,9
	M	27,5	43,9	50,0	48,6	45,0
	Razem	27,7	35,0	31,9	47,2	
Jest niewystarczający	K	60,2	56,1	57,1	30,2	52,2
	M	62,5	42,1	44,2	37,1	42,9
	Razem	60,7	53,4	54,9	33,4	
Jest go za dużo	K	1,2	3,0	1,2	6,3	2,7
	M	5,0	5,3	0,0	3,6	3,5
	Razem	1,9	3,4	1,0	5,0	
Trudno określić	K	10,8	8,0	13,5	17,6	12,2
	M	5,0	8,8	5,8	10,7	8,7
	Razem	9,7	8,2	12,2	14,4	

Wynik nieparametrycznego testu Kruskala-Wallisa wskazuje, że pomiędzy badanymi studentkami z czterech krajów w zakresie oceny podejmowanego wysiłku fizycznego nie istnieją różnice istotne statystycznie ($H=4,294$; $df=3$; $p=0,231$).

Porównując wyniki badanych mężczyzn z czterech krajów dotyczące oceny podejmowanego wysiłku fizycznego nie stwierdzono różnic statystycznie istotnych ($H=4,110$; $p=0,244$).

5.3.2. Opinie studentów dotyczące przebiegu snu

Prawidłowy sen odpowiada za szereg procesów kształtujących, utrzymujących i krzewiących zdrowie. Jest podstawowym stanem fizjologicznym, podczas którego dochodzi do wyłączenia kontaktu z otoczeniem, obniżenia przemiany materii i zmniejszenia reaktywności na bodźce zewnętrzne. Odpowiednio długi sen nocny umożliwia regenerację fizyczną i psychiczną, utrwalenie pamięci oraz regulację procesów fizjologicznych. Nieprawidłowy sen może wywoływać niekorzystne efekty wpływające na uczenie się, tj. obniżenie koncentracji, zdolności do wnioskowania oraz pogorszenie funkcji poznawczych, językowych i psychomotorycznych.

W ciągu ostatnich kilku lat nasilił się problem zaburzeń snu wśród studentów. Oszacowano, że dotyczy on ponad połowy osób przed 25. rokiem życia. Głównymi przyczynami tego stanu są: stres, stosowanie używek, trudności w nauce bądź pracy, problemy uczuciowe, utrata bliskiej osoby, poczucie niskiej wartości, studia zaoczne, spotkania towarzyskie późną porą, nieregularny tryb życia⁴²⁸.

⁴²⁸ B. Błońska, J. Gotlieb, *Występowanie zaburzeń snu wśród studentów*, „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie” 2012, nr 4, s. 490.

Poniżej przedstawiono wyniki badań oraz analizę dotyczącą wybranych elementów składających się na jakość snu w percepcji studentów. Dokonano diagnozy: liczby godzin snu, odczuwania długości snu jako wystarczającego, odczuwania trudności w zasypianiu, przebiegu snu, odczucia zmęczenia po przebudzeniu w samoocenie studentów.

Tabela 49. Liczba godzin snu w deklaracjach badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Poniżej 7 godzin	K	27,3	14,7	19,2	16,1	19,0
	M	20,5	26,3	26,0	31,1	27,6
	Razem	26,0	17,0	20,3	22,9	
7-8 godzin	K	50,3	70,1	65,6	76,5	65,9
	M	61,5	64,9	66,0	57,4	61,2
	Razem	52,5	69,1	65,7	67,9	
Powyżej 8 godzin	K	22,4	15,2	15,2	7,4	15,2
	M	17,9	8,8	8,0	11,5	11,2
	Razem	21,5	13,9	14,0	9,2	

Badani mężczyźni (27,6%) znacznie częściej niż kobiety (19,0%) deklarują, że śpią mniej niż 7 godzin w ciągu doby. Porównując odpowiedzi badanych kobiet i mężczyzn (niezależnie od kraju) dotyczące oceny długości snu za pomocą testu U Manna-Whitneya stwierdzono, że występują różnice wysoce istotne statystycznie ($Z=-3,054$; $p=0,002$).

Najmniej godzin na sen przeznaczają w ciągu doby badani studenci z Polski (26,0%) w porównaniu ze studentami z pozostałych krajów. Sprawdzając różnice pomiędzy wynikami badanych studentów z czterech krajów (niezależnie od płci) za pomocą nieparametrycznej analizy wariancji Kruskala-Wallisa nie stwierdzono jednak różnic istotnych statystycznie ($H=4,874$; $df=3$; $p=0,181$).

Wynik nieparametrycznego testu Kruskala-Wallisa wskazuje, że pomiędzy badanymi studentkami z czterech krajów w zakresie oceny długości snu nie występują różnice istotne statystycznie ($H=2,337$; $df=3$; $p=0,506$).

Porównując wyniki badanych mężczyzn z czterech krajów dotyczące oceny długości snu w ciągu doby nie stwierdzono różnic statystycznie istotnych ($H=2,395$; $p=0,494$).

Badane kobiety (48,0%) bardziej niż mężczyźni (37,1%) odczuwają długość snu jako wystarczającą. Wynik testu χ^2 wskazuje, że badane kobiety i badani mężczyźni różnią się w zakresie oceny odczuwania snu jako wystarczającego ($\chi^2=9,635$; $p=0,002$).

Znacznie więcej badanych studentów z Francji (59,7%) oraz Polski (52,2%) uznaje długość snu za wystarczającą. Na podstawie uzyskanych wyników

($\chi^2=53,942$, $df=3$; $p=0,000$) należy stwierdzić, że występują istotne statystycznie różnice pomiędzy oceną długości snu przez studentów z czterech krajów (niezależnie od płci).

Tabela 50. Odczuwanie długości snu jako wystarczającego przez badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Tak	K	57,9	38,5	62,7	28,9	48,0
	M	29,3	28,1	45,1	40,3	37,1
	Razem	52,2	36,4	59,7	34,1	
Nie	K	42,1	61,5	37,3	71,1	52,0
	M	70,7	71,9	54,9	59,7	62,9
	Razem	47,8	63,9	40,3	65,9	

Długość snu jako wystarczającą ocenia znacznie więcej badanych kobiet z Francji (62,7%) i Polski (57,9%) niż badane z Czech i Włoch. Wynik testu χ^2 upoważnia do stwierdzenia, że badane kobiety z czterech krajów różnią się w zakresie oceny długości snu jako wystarczającego, ponieważ wystąpiły różnice wysoce istotne statystycznie ($\chi^2=59,579$; $df=3$; $p=0,000$).

Porównując wyniki badanych mężczyzn z czterech krajów nie stwierdzono różnic statystycznie istotnych w zakresie oceny długości snu jako wystarczającego ($\chi^2=5,055$; $df=3$; $p=0,168$).

Tabela 51. Odczuwanie trudności z zasypianiem w ocenie badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Tak	K	64,7	77,0	51,4	79,5	67,0
	M	73,2	68,4	61,5	77,0	72,0
	Razem	66,3	75,3	53,1	78,3	
Nie	K	35,3	23,0	48,6	20,5	33,0
	M	26,8	31,6	38,5	23,0	28,0
	Razem	33,7	24,7	46,9	21,7	

Wynik testu χ^2 wskazuje, że badane kobiety i badani mężczyźni (niezależnie od kraju) nie różnią się w zakresie oceny odczuwania trudności z zasypianiem ($\chi^2=2,182$; $df=1$; $p=0,121$).

Zdecydowanie więcej badanych studentów z Włoch (78,3%) oraz Czech (75,3%) niż z pozostałych grup odczuwa trudności z zasypianiem. Na podstawie uzyskanych wyników ($\chi^2=53511$, $df=3$; $p=0,000$) należy stwierdzić, że występują

istotne statystycznie różnice pomiędzy oceną trudności z zasypianiem przez studentów z czterech krajów (niezależnie od płci).

Trudności z zasypianiem odczuwa znacznie więcej badanych kobiet z Włoch (79,5%) i Czech (77,0%) niż badane z Polski i Francji. Wynik testu χ^2 wskazuje, że badane kobiety z czterech krajów różnią się w zakresie oceny trudności z zasypianiem, ponieważ wystąpiły różnice wysoce istotne statystycznie ($\chi^2=50,400$; $df=3$; $p=0,000$).

Porównując wyniki badanych mężczyzn z czterech krajów nie stwierdzono różnic statystycznie istotnych w zakresie oceny trudności z zasypianiem ($\chi^2=4,919$; $df=3$; $p=0,178$)

Tabela 52. Przebieg snu w samoocenie studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Prawidłowy	K	50,3	66,4	44,6	71,3	57,4
	M	53,7	67,9	58,8	60,4	60,6
	Razem	51,0	66,7	47,0	66,2	
Nieprawidłowy	K	49,7	33,6	55,4	28,7	42,6
	M	46,3	32,1	41,2	39,6	39,4
	Razem	49,0	33,3	53,0	33,8	

Wynik testu χ^2 wskazuje, że badane kobiety i badani mężczyźni nie różnią się w zakresie oceny prawidłowości przebiegu snu ($\chi^2=0,806$; $df=1$; $p=0,369$).

Przebieg snu jako prawidłowy ocenia znacznie więcej badanych studentów z Czech (66,7%) i Włoch (66,2%) niż z Polski i Francji. Wynik testu χ^2 upoważnia do stwierdzenia, że studenci z czterech grup różnią się istotnie w zakresie oceny prawidłowości przebiegu snu ($\chi^2=36,568$; $df=3$; $p=0,000$).

Zdecydowanie więcej badanych kobiet z Włoch (71,3%) i Czech (66,4%) niż z pozostałych krajów ocenia przebieg snu jako prawidłowy. Wynik testu χ^2 wskazuje, że badane kobiety z czterech krajów różnią się istotnie oceną przebiegu snu ($\chi^2=40,604$; $df=3$; $p=0,000$.)

Porównując wyniki badanych mężczyzn z czterech krajów nie stwierdzono różnic statystycznie istotnych w zakresie oceny przebiegu snu ($\chi^2=2,132$; $df=3$; $p=0,545$).

Wynik testu χ^2 ujawnia, że badane kobiety i badani mężczyźni różnią się w zakresie oceny odczuwania zmęczenia po przebudzeniu z rana ($\chi^2=5,813$; $df=1$; $p=0,016$).

Znacznie więcej badanych studentów z Włoch (63,3%) niż z pozostałych krajów odczuwa rano zmęczenie po przebudzeniu. Na podstawie wyniku porównania odpowiedzi studentów z czterech grup można stwierdzić, że występują różnice wysoce istotne statystycznie ($\chi^2=52,620$; $df=3$; $p=0,000$).

Tabela 53. Odczucie zmęczenia po przebudzeniu z rana przez badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Tak	K	46,4	51,3	30,7	67,1	47,1
	M	56,1	51,8	50,0	59,0	55,6
	Razem	48,3	51,4	34,0	63,3	
Nie	K	53,6	48,7	69,3	32,9	52,9
	M	43,9	48,2	50,0	41,0	44,4
	Razem	51,7	48,6	66,0	36,7	

Zdecydowanie więcej badanych kobiet z Włoch (67,1%) i Czech (51,3%) niż z pozostałych krajów deklaruje, że odczuwa zmęczenie po przebudzeniu. Wynik testu χ^2 wskazuje, że badane kobiety z czterech krajów różnią się istotnie oceną zmęczenia przebiegiem snu ($\chi^2=54,659$; $df=3$; $p=0,000$)

Analizując wyniki uzyskane przez badanych mężczyzn z czterech krajów dotyczące oceny zmęczenia po przebudzeniu wyliczone za pomocą testu χ^2 nie stwierdzono różnic statystycznie istotnych ($\chi^2=1,642$; $df=3$; $p=0,650$).

5.3.3. Wybrane zachowania żywieniowe studentów

Racjonalne żywienie to regularne spożywanie takich pokarmów, które dostarczają organizmowi optymalnych ilości energii i zalecanych składników odżywczych, we właściwych proporcjach i z odpowiednią częstotliwością. Zapewnia ono pokrycie potrzeb żywieniowych, warunkuje utrzymanie zdrowia, należytej masy ciała oraz funkcjonowanie całego organizmu. Stanowi ochronę przed niedoborami pokarmowymi, a także zmniejsza ryzyko przedwczesnego rozwoju miażdżycy i innych chorób powstających na tle wadliwego żywienia.

Prawidłowe żywienie w dzieciństwie i młodości jest warunkiem harmonijnego wzrastania i dojrzewania organizmu, dobrego zdrowia, sprawności i wydolności fizycznej, a w okresie szkolnym efektywnej nauki. Sposób żywienia i zachowania żywieniowe pozostają w związku z prognozą zdrowotną dla populacji osób dorosłych, wynikającą z kontynuacji zachowań żywieniowych w dalszych latach życia⁴²⁹.

W podrozdziale tym analizie poddano takie zmienne niezależne, jak: liczba posiłków spożywanych w ciągu dnia, codzienne spożywanie: śniadania, słodczy i słodkich napojów, warzyw i owoców, stosowanie diety odchudzającej w deklaracjach badanych studentów.

⁴²⁹ *Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania azdrowotne uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce w kontekście czynników psychospołecznych i ekonomicznych*, red. A. Oblacińska, B. Woynarowska, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2006, s. 58.

Tabela 54. Liczba posiłków spożywanych w ciągu dnia w deklaracjach badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
2 posiłki	K	6,0	4,2	11,7	6,2	7,3
	M	14,6	7,0	13,5	14,3	12,8
	Razem	7,7	4,8	12,0	10,0	
3 posiłki	K	34,7	29,1	50,8	46,0	40,2
	M	26,8	42,1	50,0	40,7	40,7
	Razem	33,2	31,6	50,7	43,5	
4 posiłki	K	37,7	45,6	33,5	42,9	39,7
	M	41,5	43,9	32,7	40,7	40,0
	Razem	38,5	45,2	33,3	41,9	
5 posiłków	K	21,6	21,1	4,0	5,0	12,8
	M	17,1	7,0	3,8	4,3	6,6
	Razem	20,7	18,4	4,0	4,7	

Analizując dane dotyczące liczby posiłków spożywanych w ciągu dnia stwierdzić można, że badane kobiety odżywiają się bardziej prawidłowo niż badani mężczyźni. Więcej kobiet (12,8%) niż mężczyzn (6,6%) deklaruje, że spożywa 5 posiłków dziennie. Porównując odpowiedzi badanych kobiet i mężczyzn (niezależnie od kraju) za pomocą testu U Manna-Whitneya można zauważyć, że występują różnice istotne statystycznie ($Z=-2,895$; $p=0,004$).

Najbardziej prawidłowo odżywiają się studenci z Polski w porównaniu z pozostałymi badanymi, ponieważ 20,7% z nich deklaruje, że spożywa 5 posiłków dziennie. Sprawdzając różnice pomiędzy wynikami badanych studentów z czterech krajów (niezależnie od płci) za pomocą nieparametrycznej analizy wariancji Kruskala-Wallisa stwierdzono, że występują różnice wysoce istotne statystycznie ($H=68,205$; $df=3$; $p=0,000$). Po dokonaniu porównania parami okazało się, że istotne różnice występują pomiędzy wynikami studentów z Francji i Polski ($p=0,000$), z Francji i Czech ($p=0,000$), z Włoch i Polski ($p=0,000$) oraz z Włoch i Czech ($p=0,000$).

Pięć posiłków dziennie spożywa więcej badanych kobiet z Polski (21,6%) oraz z Czech (21,1%) niż z pozostałych grup. Wynik nieparametrycznego testu Kruskala-Wallisa wskazuje, że pomiędzy badanymi studentkami z czterech krajów w zakresie deklaracji dotyczących liczby spożywanych posiłków występują różnice istotne statystycznie ($H=63,329$; $df=3$; $p=0,000$). Różnice są istotne pomiędzy wynikami kobiet z Francji i Polski ($p=0,000$), z Francji i Czech ($p=0,000$), z Włoch i Polski (0,015), a także z Włoch i Czech ($p=0,000$).

Analizując wyniki uzyskane przez badanych mężczyzn z czterech krajów dotyczące liczby spożywanych posiłków w ciągu dnia wyliczone za pomocą testu Kruskala-Wallisa nie stwierdzono różnic statystycznie istotnych ($H=5,672$; $df=3$; $p=0,129$).

Tabela 55. Codzienne spożywanie śniadania w deklaracjach badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Tak	K	70,7	68,8	57,7	76,4	67,3
	M	61,0	61,4	55,8	69,3	64,1
	Razem	68,8	67,3	57,3	73,1	
Nie	K	29,3	31,2	42,3	23,6	32,7
	M	39,0	38,6	44,2	30,7	35,9
	Razem	31,3	32,7	42,9	26,9	

Wynik testu χ^2 wskazuje, że badane kobiety i badani mężczyźni nie różnią się w zakresie deklaracji dotyczących codziennego spożywania śniadania ($\chi^2=0,812$; $df=1$; $p=0,368$).

Znacznie więcej badanych studentów z Włoch (73,1%) niż z pozostałych krajów deklaruje, że codziennie spożywa śniadanie. Na podstawie wyniku porównania odpowiedzi studentów z czterech krajów można stwierdzić, że występują różnice wysoce istotne statystycznie ($\chi^2=17,737$; $df=3$; $p=0,000$).

Zdecydowanie więcej badanych kobiet z Włoch (76,4%) i Polski (70,7%) niż z pozostałych krajów deklaruje, że codziennie spożywa śniadanie. Na podstawie analizy wykonanej testem χ^2 można stwierdzić, że wyniki badanych kobiet z czterech krajów różnią się istotnie ($\chi^2=17,610$; $df=3$; $p=0,001$).

Analizując wyniki uzyskane przez badanych mężczyzn z czterech krajów dotyczące deklaracji codziennego spożywania śniadania wyliczone za pomocą testu χ^2 nie stwierdzono różnic statystycznie istotnych ($\chi^2=3,560$; $df=3$; $p=0,313$).

Tabela 56. Codzienne spożywanie słodczy i słodkich napojów przez badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Tak	K	66,5	69,5	81,0	74,1	73,5
	M	78,0	72,9	75,0	79,3	77,2
	Razem	68,8	70,2	80,0	76,5	
Nie	K	33,5	30,5	19,0	25,9	26,5
	M	22,0	27,1	25,0	20,7	22,8
	Razem	31,2	29,8	20,0	23,5	

Wynik testu χ^2 ujawnia, że badane kobiety i badani mężczyźni nie różnią się w zakresie codziennego spożywania słodczy i słodkich napojów ($\chi^2=1,244$; $df=1$; $p=0,265$).

Zdecydowanie więcej badanych studentów z Francji (80,0%) i Włoch (76,5%) niż z Polski i Czech stwierdziło, że codziennie spożywa słodczy i słodkie napoje. Porównując wyniki testem χ^2 zauważyć można, że występują różnice statystycznie istotne pomiędzy deklaracjami studentów z czterech krajów ($\chi^2=11,514$; $df=3$; $p=0,009$).

Znacznie więcej badanych kobiet z Francji (81,0%) w porównaniu z kobietami z pozostałych krajów codziennie spożywa słodczy i słodkie napoje. Porównując uzyskane dane testem χ^2 należy stwierdzić, że badane kobiety z czterech grup różnią się istotnie wynikami w zakresie analizowanej zmiennej ($\chi^2=13,276$; $df=3$; $p=0,004$).

Analizując wyniki uzyskane przez badanych mężczyzn z czterech krajów dotyczące deklaracji spożywania słodczy i słodkich napojów wyliczone za pomocą testu χ^2 nie stwierdzono różnic statystycznie istotnych ($\chi^2=0,984$; $df=3$; $p=0,805$).

Tabela 57. Codzienne spożywanie warzyw i owoców przez badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Tak	K	86,7	94,2	95,9	93,1	93,1
	M	87,8	87,0	96,2	94,9	92,7
	Razem	87,0	92,2	95,8	93,5	
Nie	K	13,3	5,8	4,1	6,9	6,9
	M	12,2	13,0	3,8	5,1	7,3
	Razem	13,0	7,8	4,2	6,5	

Na podstawie wyniku testu χ^2 można stwierdzić, że badane kobiety i badani mężczyźni nie różnią się deklaracjami dotyczącymi codziennego spożywania warzyw i owoców ($\chi^2=0,002$; $df=1$; $p=0,966$).

Najwięcej badanych studentów z Francji (95,8%) w porównaniu ze studentami z pozostałych krajów deklaruje, że codziennie spożywa warzywa i owoce. Analizując wyniki badanych studentów z czterech grup za pomocą testu χ^2 można stwierdzić, że studenci różnią się istotnie w zakresie deklaracji dotyczących codziennego spożywania warzyw i owoców ($\chi^2=15,510$; $df=3$; $p=0,001$).

Badane kobiety z Francji (95,9%) częściej niż badane z pozostałych krajów deklarują, że codziennie spożywają warzywa i owoce. Wynik testu χ^2 wskazuje, że badane kobiety z czterech grup różnią się istotnie w zakresie analizowanej zmiennej ($\chi^2=13,953$; $df=3$; $p=0,003$).

Porównując wyniki uzyskane przez badanych mężczyzn z czterech krajów dotyczące deklaracji spożywania warzyw i owoców wyliczone za pomocą testu χ^2 nie stwierdzono różnic statystycznie istotnych ($\chi^2=5,561$; $df=3$; $p=0,135$).

Tabela 58. Stosowanie diety odchudzającej w deklaracjach badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Nie stosuję, bo ważę tyle ile potrzeba	K	58,4	63,8	53,5	55,5	57,9
	M	63,4	73,2	84,6	75,4	74,9
	Razem	59,4	65,6	58,9	65,4	
Nie stosuję, ale powinienem stosować aby schudnąć	K	32,6	28,5	29,8	29,8	30,3
	M	26,8	21,4	13,5	19,6	19,9
	Razem	31,4	27,1	26,9	25,1	
Tak, stosuję dietę	K	9,0	7,7	16,7	14,9	12,1
	M	9,8	5,4	1,9	5,1	5,2
	Razem	9,2	7,2	14,1	10,4	

Analizując dane dotyczące stosowania diety odchudzającej przez badane kobiety i badanych mężczyzn stwierdzić można, że kobiety znacznie częściej stosują dietę (12,1% – kobiety; 5,2 – mężczyźni). Kobiety twierdzą również częściej niż mężczyźni, że powinny stosować dietę odchudzającą (30,3% – kobiety; 19,9% – mężczyźni). Porównując odpowiedzi badanych kobiet i mężczyzn (niezależnie od kraju) za pomocą testu U Manna-Whitneya można zauważyć, że występują różnice wysoce istotne statystycznie ($Z=-5,252$; $p=0,000$).

Sprawdzając różnice pomiędzy odpowiedziami badanych studentów z czterech krajów (niezależnie od płci) za pomocą nieparametrycznej analizy wariancji Kruskala-Wallisa stwierdzono, że nie występują różnice istotne statystycznie w zakresie deklaracji stosowania diety odchudzającej ($H=5,340$; $df=3$; $p=0,149$).

Dietę odchudzającą stosuje znacznie więcej badanych kobiet z Francji (16,7%) niż z pozostałych grup. Wynik nieparametrycznego testu Kruskala-Wallisa wskazuje, że pomiędzy badanymi studentkami z czterech krajów w zakresie deklaracji dotyczących stosowania diety odchudzającej występują różnice istotne statystycznie ($H=8,718$; $df=3$; $p=0,033$). Różnice są istotne pomiędzy wynikami kobiet z Czech i Francji ($p=0,031$).

Porównując wyniki badanych mężczyzn z czterech grup w zakresie deklaracji dotyczących stosowania diety odchudzającej wyliczone za pomocą testu Kruskala-Wallisa nie stwierdzono różnic statystycznie istotnych ($H=5,932$; $df=3$; $p=0,115$).

5.3.4. Wybrane zachowania seksualne badanych studentów

Seksualność jest jedną z najbardziej charakterystycznych cech człowieka. Jest jego niezbywalnym atrybutem. Wpływa na kształt ludzkiej osobowości. Dotyczy każdego człowieka bez względu na jego płeć czy wiek. Towarzyszy jednostce od narodzin aż do śmierci. Świadomość własnej seksualności jest niezwykle ważnym czynnikiem regulującym życie i zdrowie człowieka szczególnie w okresie wczes-

snej dorosłości. Świadomość seksualna to nie tylko rozumienie swej płciowości i związanych z nią potrzeb. To także zdawanie sobie sprawy, że wszelkie decyzje, które podejmuje się w zakresie własnej seksualności wpływają nie tylko na zdrowie, ale także w sposób szczególnie na psychikę. Świadomość seksualna to także wiedza na temat swych praw seksualnych oraz tego jak chronić się przed chorobami przenoszonymi drogą płciową i niechcianą ciążą.

Badania nad zachowaniami seksualnymi człowieka wykazały liczne powiązania seksualności ze stanem zdrowia człowieka.

W niniejszym podrozdziale dokonano prezentacji wyników, deklaracji badanych studentów i dokonanych analiz z danych, dotyczących wybranych elementów seksualności. Przedstawiono: inicjację seksualną, czas rozpoczęcia życia seksualnego, stosowanie różnych rodzajów antykoncepcji, brak stałego partnera seksualnego pomimo podjęcia życia płciowego.

Tabela 59. Inicjacja seksualna badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Tak	K	62,0	91,5	80,2	88,8	81,5
	M	75,0	91,2	88,5	83,7	84,8
	Razem	64,6	91,4	81,6	86,4	
Nie	K	38,0	8,5	19,8	11,2	18,5
	M	25,0	8,8	11,5	16,3	15,2
	Razem	35,4	8,6	18,4	13,6	

Wynik testu χ^2 wskazuje, że badane kobiety i badani mężczyźni nie różnią się w zakresie inicjacji seksualnej ($\chi^2=1,431$; $df=1$; $p=0,231$).

Znacznie więcej badanych studentów z Polski (35,4%) niż z pozostałych krajów nie rozpoczęło jeszcze współżycia seksualnego. Analizując wyniki badanych studentów z czterech grup za pomocą testu χ^2 można stwierdzić, że studenci różnią się istotnie w zakresie deklaracji dotyczących inicjacji seksualnej ($\chi^2=64,996$; $df=3$; $p=0,000$).

Badane kobiety z Polski (38,0%) znacznie częściej niż badane z pozostałych krajów deklarują, że nie rozpoczęły jeszcze współżycia seksualnego. Wynik testu χ^2 wskazuje, że badane kobiety z czterech grup różnią się istotnie w zakresie analizowanej zmiennej ($\chi^2=63,127$; $df=3$; $p=0,000$).

Porównując testem χ^2 wyniki uzyskane przez badanych mężczyzn z czterech krajów dotyczące deklarowanej inicjacji seksualnej nie stwierdzono różnic statystycznie istotnych ($\chi^2=5,492$; $df=3$; $p=0,139$).

Wynik testu χ^2 wskazuje, że badane kobiety i badani mężczyźni nie różnią się w zakresie deklaracji dotyczących czasu rozpoczęcia życia seksualnego ($\chi^2=0,971$; $df=1$; $p=0,325$).

Tabela 60. Czas rozpoczęcia życia seksualnego w deklaracjach badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Przed podjęciem studiów	K	79,2	85,1	94,6	96,5	89,5 91,9
	M	75,0	90,4	95,7	95,8	
	Razem	78,3	86,1	94,8	96,2	
Na studiach	K	20,8	14,9	5,4	3,5	10,5 8,1
	M	25,0	9,6	4,3	4,2	
	Razem	21,7	13,9	5,2	3,8	

Znacznie więcej badanych studentów z Włoch (96,2%) oraz Francji (94,8%) w porównaniu ze studentami z Polski i Czech deklarowało, że rozpoczęli życie seksualne jeszcze przed rozpoczęciem studiów. Porównując wyniki testem χ^2 stwierdzić można, że studenci z czterech grup istotnie różnią się w zakresie deklaracji dotyczących czasu rozpoczęcia życia seksualnego ($\chi^2=43,252$; $df=3$; $p=0,000$).

Zdecydowanie mniej badanych kobiet z Polski (79,2%) i Czech (85,1%) deklarowało, że rozpoczęły życie seksualne jeszcze przed rozpoczęciem studiów. Wynik testu χ^2 wskazuje, że kobiety z czterech grup różnią się istotnie wynikami w zakresie analizowanej zmiennej ($\chi^2=29,044$; $df=3$; $p=0,000$).

Również znacznie mniej badanych mężczyzn z Polski (75,0%) niż z pozostałych krajów deklarowało, że rozpoczęli życie seksualne przed rozpoczęciem studiów. Analiza testem χ^2 wykazała różnice statystycznie istotne ($\chi^2=15,736$; $df=3$; $p=0,001$).

Tabela 61. Stosowanie antykoncepcji w deklaracjach badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Tak	K	78,8	80,5	77,0	41,5	70,9 52,1
	M	48,4	30,8	50,0	63,2	
	Razem	72,2	70,8	72,4	51,4	
Nie	K	21,2	19,5	23,0	58,5	29,1 47,9
	M	51,6	69,2	50,0	36,8	
	Razem	27,8	29,2	27,6	48,6	

Znacznie więcej badanych kobiet (70,9%) niż mężczyzn (52,1%) deklarowało, że stosują antykoncepcję. Wynik testu χ^2 wskazuje, że badane kobiety i badani mężczyźni różnią się istotnie deklaracjami dotyczącymi stosowania antykoncepcji ($\chi^2=28,182$; $df=1$; $p=0,000$).

Różne metody i środki antykoncepcyjne najrzadziej stosują badani studenci z Włoch (51,4%) w porównaniu z badanymi z pozostałych krajów. Wynik testu

χ^2 wskazuje, że występują różnice istotne statystycznie w zakresie deklaracji dotyczących stosowania antykoncepcji ($\chi^2=34,377$; $df=3$; $p=0,000$).

Zaledwie 41,5% badanych kobiet z Włoch stosuje antykoncepcję. Jest to najmniejszy odsetek badanych w porównaniu z innymi grupami. Z kolei najczęściej antykoncepcję stosują badane kobiety z Czech (80,5%). Różnice sprawdzone za pomocą testu χ^2 są wysoce istotne statystycznie ($\chi^2=75,872$; $df=3$; $p=0,000$).

Najczęściej antykoncepcję badani mężczyźni z Włoch (63,2%), a najrzadziej mężczyźni z Czech (30,8%). Analiza testem χ^2 wykazała, że badani mężczyźni z czterech krajów różnią się w zakresie deklaracji dotyczących stosowania antykoncepcji ($\chi^2=15,552$; $df=3$; $p=0,001$).

Tabela 62. Stosowanie antykoncepcyjnych preparatów chemicznych, hormonalnych, środków mechanicznych przez badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Tak	K	71,8	85,0	88,3	78,1	81,7
	M	59,4	78,8	89,1	77,3	77,5
	Razem	69,0	82,2	88,4	77,7	
Nie	K	28,2	15,0	11,7	21,9	18,3
	M	40,6	21,1	10,9	22,7	22,5
	Razem	31,0	17,8	11,6	22,3	

Środki antykoncepcyjne w postaci preparatów chemicznych, hormonalnych i środków mechanicznych stosuje zbliżona liczba kobiet i mężczyzn (81,7% – kobiety; 77,5% – mężczyźni). Wynik testu χ^2 wskazuje, że badane kobiety i badani mężczyźni nie różnią się istotnie w zakresie deklaracji dotyczących stosowania takich metod antykoncepcyjnych ($\chi^2=1,821$; $df=1$; $p=0,177$).

Środki antykoncepcyjne w postaci preparatów chemicznych, hormonalnych i środków mechanicznych stosują najczęściej badani studenci z Francji (88,4%), a najrzadziej studenci z Polski (69,0%). Różnice sprawdzone za pomocą testu χ^2 są wysoce istotne statystycznie ($\chi^2=29,920$; $df=3$; $p=0,000$).

Badane kobiety z Francji (88,4%) oraz Czech (85,0%) znacznie częściej niż kobiety z Polski i Włoch stosują antykoncepcyjne preparaty chemiczne, hormonalne i środki mechaniczne. Wynik testu χ^2 wskazuje, że występują różnice istotne statystycznie w zakresie deklaracji badanych kobiet dotyczących stosowania tego rodzaju metod antykoncepcyjnych ($\chi^2=14,702$; $df=3$; $p=0,000$).

Antykoncepcyjne preparaty chemiczne, hormonalne i środki mechaniczne stosuje najwięcej badanych mężczyzn z Francji (89,1%) a najmniej badanych z Polski (59,4%). Analiza testem χ^2 wykazała, że badani mężczyźni z czterech krajów różnią się w zakresie deklaracji dotyczących stosowania takich metod antykoncepcji ($\chi^2=9,657$; $df=3$; $p=0,022$).

Tabela 63. Stosowanie antykoncepcyjnych metod naturalnych przez badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Tak	K	61,5	92,2	94,2	75,2	82,6
	M	70,7	88,5	93,5	78,2	81,8
	Razem	63,4	91,4	94,0	76,5	
Nie	K	38,5	7,8	5,8	24,8	17,4
	M	29,3	11,5	6,5	21,8	18,2
	Razem	36,6	8,6	6,0	23,5	

Wynik testu χ^2 wskazuje, że badane kobiety i badani mężczyźni nie różnią się w zakresie deklaracji dotyczących stosowania antykoncepcyjnych metod naturalnych ($\chi^2=0,037$; $df=1$; $p=0,847$).

Najwięcej badanych studentów z Francji (94,0%) i Czech (91,4%) deklarowało, że stosują antykoncepcyjne metody naturalne. Analiza testem χ^2 wykazała, że badani studenci z czterech krajów różnią się w zakresie deklaracji dotyczących stosowania naturalnych metod antykoncepcyjnych ($\chi^2=95,406$; $df=3$; $p=0,000$).

Naturalne metody antykoncepcyjne stosuje najczęściej badanych kobiet z Francji (94,2%), najmniej z kolei badanych kobiet z Polski (61,5%). Wynik testu χ^2 wskazuje, że występują różnice istotne statystycznie w zakresie deklaracji badanych kobiet dotyczących stosowania tego rodzaju metod antykoncepcyjnych ($\chi^2=88,416$; $df=3$; $p=0,000$).

Badani mężczyźni z Francji (93,5%) w porównaniu z pozostałymi badanymi stosują najczęściej naturalne metody antykoncepcyjne. Pomiędzy deklaracjami badanych mężczyzn występują różnice statystycznie istotne ($\chi^2=10,194$; $df=3$; $p=0,017$).

Tabela 64. Brak stałego partnera seksualnego pomimo podjęcia życia płciowego w deklaracjach badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Tak	K	67,3	91,6	82,3	50,7	76,2
	M	61,3	73,1	87,2	66,7	71,3
	Razem	65,9	88,0	83,2	57,9	
Nie	K	32,7	8,4	17,7	49,3	23,8
	M	38,7	26,9	12,8	33,3	28,7
	Razem	34,1	12,0	16,8	42,1	

Wynik testu χ^2 wskazuje, że badane kobiety i badani mężczyźni nie różnią się w zakresie deklaracji dotyczących posiadania stałego partnera seksualnego ($\chi^2=2,088$; $df=1$; $p=0,148$).

Najwięcej badanych studentów z Czech (88,0%) w porównaniu z pozostałymi badanymi deklaruje, że nie posiada stałego partnera seksualnego. Różnice sprawdzone za pomocą testu χ^2 są wysoce istotne statystycznie ($\chi^2=79,038$; $df=3$; $p=0,000$).

Znacznie więcej badanych kobiet z Czech (91,6%) niż z pozostałych grup nie posiada stałego partnera seksualnego. Na podstawie wyniku testu χ^2 można stwierdzić, że badane kobiety różnią się istotnie pod względem deklaracji dotyczących posiadania stałego partnera seksualnego ($\chi^2=87,780$; $df=3$; $p=0,000$).

Badani mężczyźni z Francji (87,2%) najczęściej odpowiadali, że nie posiadają stałego partnera seksualnego. Wynik testu χ^2 wskazuje, że występują różnice istotne statystycznie w zakresie deklaracji badanych mężczyzn dotyczących analizowanej zmiennej ($\chi^2=8,649$; $df=3$; $p=0,034$).

5.3.5. Wykonywanie badań profilaktycznych przez badanych studentów

Celem profilaktycznych badań lekarskich jest ocena stopnia rozwoju oraz stanu zdrowia w jego całościowym ujęciu obejmującym aspekt fizyczny, psychiczny i społeczny zdrowia studentów. Badania takie powinny również rozpoznawać czynniki negatywne i pozytywne dla zdrowia występujące w środowisku życia i nauki środowiska akademickiego. Ponadto prowadzone są w celu wczesnego wykrywania chorób i podejmowania ich leczenia. Efektem badań profilaktycznych powinno być zaplanowanie działań diagnostycznych, korekcyjnych, leczniczych i edukacyjnych. Z wieloletnich obserwacji autora dotyczących wykonywania badań profilaktycznych w środowisku akademickim widoczny jest lekceważący stosunek do nich⁴³⁰. Pomimo przepisów ustalających, że określony zakres badań profilaktycznych w czasie studiów jest powszechny i obowiązujący egzekwowanie ich wykonania jest bardzo trudne.

W niniejszym podrozdziale dokonano prezentacji wyników, deklaracji badanych studentów i dokonanych analiz danych, dotyczących wykonywania badań profilaktycznych. Przedstawiono: wykonywanie kontrolnych badań ogólnego stanu zdrowia przez studentów w ostatnich 12 miesiącach, częstotliwość wykonywania kontrolnych badań stomatologicznych przez badanych studentów.

Porównując odpowiedzi badanych kobiet i mężczyzn (niezależnie od kraju) za pomocą testu U Manna-Whitneya dotyczące wykonywania kontrolnych badań ogólnego stanu zdrowia można stwierdzić, że nie występują różnice istotne statystycznie ($Z=-0,430$; $p=0,667$).

Znacznie więcej badanych studentów z Francji (86,8%) niż z pozostałych krajów deklarowało, że nie wykonywało badań kontrolnych stanu zdrowia w ostat-

⁴³⁰ I. Kowalewski, *Kultura zdrowotna studentów...*, s. 34–37.

nich 12 miesiącach. Sprawdzając różnice pomiędzy odpowiedziami badanych studentów z czterech krajów (niezależnie od płci) za pomocą nieparametrycznej analizy wariancji Kruskala-Wallisa stwierdzono, że występują różnice istotne statystycznie ($H=20,493$; $df=3$; $p=0,000$). Po porównaniu parami okazało się, że różnice istotne wystąpiły pomiędzy studentami z Francji i Czech ($p=0,018$) oraz z Francji i Włoch ($p=0,000$).

Tabela 65. Wykonywanie kontrolnych badań ogólnego stanu zdrowia przez studentów w ostatnich 12 miesiącach

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Nie	K	82,6	73,0	86,7	71,9	78,9
	M	75,0	86,0	87,2	78,0	80,7
	Razem	81,2	75,6	86,8	74,7	
Tak, w przyrodni studenckiej	K	12,3	24,3	10,4	5,6	13,9
	M	19,4	14,0	10,6	4,3	9,3
	Razem	13,6	22,1	10,5	5,0	
Tak, innego rodzaju	K	5,2	2,6	2,9	22,5	7,2
	M	5,6	0,0	2,1	17,7	10,0
	Razem	5,2	2,1	2,8	20,3	

Badań profilaktycznych nie wykonywało znacznie więcej badanych kobiet z Francji (86,7%) i Polski (82,6%) niż z Włoch i Czech. Wynik nieparametrycznego testu Kruskala-Wallisa wskazuje, że pomiędzy badanymi studentkami z czterech krajów w zakresie deklaracji dotyczących wykonywania badań profilaktycznych występują różnice istotne statystycznie ($H=22,387$; $df=3$; $p=0,000$). Różnice dotyczą wyników badanych kobiet z Francji i Czech ($p=0,006$), z Francji i Włoch ($p=0,000$) oraz z Polski i Włoch ($p=0,020$).

Porównując wyniki badanych mężczyzn z czterech grup w zakresie deklaracji dotyczących wykonywania badań profilaktycznych wyliczone za pomocą testu Kruskala-Wallisa nie stwierdzono różnic statystycznie istotnych ($H=5,018$; $df=3$; $p=0,171$).

Porównując deklaracje badanych kobiet i mężczyzn (niezależnie od kraju) za pomocą testu U Manna-Whitneya dotyczące częstotliwości wykonywania kontrolnych badań stomatologicznych można stwierdzić, że nie występują różnice istotne statystycznie ($Z=-0,837$; $p=0,402$).

Częstotliwość wykonywania kontrolnych badań stomatologicznych w podobny sposób deklarują badani studenci z czterech krajów. Analiza testem Kruskala-Wallisa nie wykazała różnic statystycznie istotnych ($H=5,766$; $df=3$; $p=0,124$).

Porównując wyniki badanych kobiet z czterech grup w zakresie deklaracji dotyczących wykonywania badań stomatologicznych wyliczone za pomocą testu

Kruskala-Wallisa nie stwierdzono różnic statystycznie istotnych ($H=2,427$; $df=3$; $p=0,489$).

Tabela 66. Częstotliwość wykonywania kontrolnych badań stomatologicznych przez badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Tak, co 6 miesięcy	K	24,6	50,0	13,5	28,7	29,2
	M	22,3	44,6	15,7	21,3	23,2
	Razem	21,6	49,0	13,9	25,2	
Tak, 1 raz w roku	K	29,9	32,3	39,4	34,8	34,5
	M	30,1	37,5	33,3	27,7	31,8
	Razem	31,3	33,3	38,4	31,5	
Rzadziej	K	16,2	9,1	11,2	12,2	11,8
	M	16,4	16,1	13,7	19,9	17,6
	Razem	16,3	10,4	11,6	15,7	
Nigdy	K	29,3	8,6	35,9	24,4	24,4
	M	31,2	1,8	37,3	31,2	27,3
	Razem	30,8	7,3	36,1	27,5	

Badani mężczyźni z czterech krajów podobnie oceniają częstotliwość wykonywania przez siebie kontrolnych badań stomatologicznych ($H=5,114$; $df=3$; $p=0,164$).

5.3.6. Wybrane ryzykowne zachowania zdrowotne badanych studentów

Zachowania związane ze zdrowiem są to różnorodne czynności, które bezpośrednio i doraźnie albo pośrednio i w dalszej perspektywie sprzyjają lub szkodzą utrzymaniu i krzewieniu zdrowia fizycznego, psychicznego, społecznego i duchowego. Reprezentowane zachowania sprzyjające zdrowiu nazywane są pozytywnymi lub prozdrowotnymi. Natomiast zachowania o negatywnych konsekwencjach dla zdrowia określa się mianem zachowań ryzykownych lub szkodliwych dla zdrowia.

Wyróżnić można następujące kategorie zachowań ryzykownych: klasyczne zachowania problemowe (nadużywanie picia alkoholu, używanie substancji toksycznych, przedwczesne kontakty seksualne, zachowania antyspołeczne), zachowania antyzdrowotne (nie powodują sankcji społecznych, ale prowadzą do negatywnych skutków dla zdrowia, np. nieprawidłowe odżywianie, mała aktywność fizyczna), nieodpowiednie wypełnianie roli ucznia (stanowi znaczne ryzyko dla prawidłowego rozwoju psycho-społecznego, np. nieuczestniczenie w zajęciach, złe oceny, przerwanie edukacji), nowe zachowania ryzykowne (uzależnienie).

nia behawioralne – zachowaniowe, np. hazard, zakupoholizm, cyberprzemoc, sieciolizm). Wszystkie zachowania ryzykowne prowadzą do negatywnych konsekwencji zdrowotnych⁴³¹.

Współczesna młodzież akademicka przejawia wiele zachowań tzw. ryzykownych. Do tego typu zachowań szczególnie zalicza się wszelkiego rodzaju uzależnienia⁴³². Najczęstsze uzależnienia przejawiane przez młodzież dotyczą nikotynizmu, alkoholizmu, a nierzadko także i narkomanii.

Uznano za istotne zdiagnozowanie częstotliwości: picia różnych napojów alkoholowych (piwo, wódka, wino, drinki), upijania się, palenia tytoniu, przyjmowania środków nasennych, zapinania pasów bezpieczeństwa w samochodzie, używania kasku podczas jazdy rowerem.

Tabela 67. Częstotliwość picia piwa przez badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Codziennie	K	4,6	5,0	0,0	2,6	3,1
	M	12,5	5,6	2,3	10,3	8,4
	Razem	6,2	5,1	0,4	6,2	
Kilka razy w tygodniu	K	9,8	22,9	11,1	33,5	19,3
	M	30,0	27,8	31,8	55,1	42,4
	Razem	14,0	23,9	15,0	43,6	
Kilka razy w miesiącu	K	48,4	44,0	41,8	38,7	43,2
	M	42,5	50,0	45,5	28,7	37,6
	Razem	47,2	45,2	42,5	34,0	
Kilka razy w roku	K	37,3	28,0	47,1	25,2	34,4
	M	15,0	16,7	20,5	5,9	11,7
	Razem	32,6	25,7	42,1	16,2	

Badane kobiety i badani mężczyźni w bardzo różny sposób deklarowali częstotliwość picia piwa. Znacznie częściej piją piwo badani mężczyźni. Analiza testem U Manna-Whitneya wykazała, że występują wysoce istotne statystycznie różnice pomiędzy odpowiedziami kobiet i mężczyzn ($Z=-9,450$, $p=0,000$).

Znacznie częściej piją piwo badani studenci z Włoch w porównaniu ze studentami z innych krajów (codziennie – 6,2%, kilka razy w tygodniu – 43,6%). Porównując wyniki badanych studentów w zakresie deklaracji dotyczących częstotliwości picia piwa stwierdzono różnice wysoce istotne statystycznie ($H=87,956$; $df=3$; $p=0,000$). Różnice ujawniły się pomiędzy studentami z Włoch

⁴³¹ K. Ostaszewski, *Edukacja w zapobieganiu zachowaniom ryzykownym*, [w:] *Edukacja zdrowotna...*, s. 437–440.

⁴³² P.C. Kendall, *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004, s. 27.

i Czech ($p=0,000$), z Włoch i Polski ($p=0,000$), z Włoch i Francji ($p=0,000$) oraz z Czech i Francji ($p=0,000$).

Najwięcej badanych kobiet z Czech (5,0%) deklaroowało, że codziennie piją piwo. Kilka razy w tygodniu pije piwo najwięcej badanych kobiet z Włoch (33,5%). Wynik nieparametrycznego testu Kruskala-Wallisa wskazuje, że pomiędzy badanymi studentkami z czterech krajów w zakresie deklaracji dotyczących częstotliwości picia piwa występują różnice wysoce istotne statystycznie ($H=41,615$; $df=3$; $p=0,000$). Po dokonaniu porównania parami okazało się, że istotne różnice dotyczą wyników badanych kobiet z Włoch i Polski ($p=0,001$), z Włoch i Francji ($p=0,000$), z Czech i Polski ($p=0,033$) oraz z Czech i Francji ($p=0,000$).

Codziennie picie piwa deklaruje najwięcej badanych mężczyzn z Polski (12,5%), a najmniej badanych z Francji (2,3%). Kilka razy w tygodniu pije piwo najwięcej badanych mężczyzn z Włoch (55,1%) w porównaniu z mężczyznami z pozostałych grup. Porównanie wyników testem Kruskala-Wallisa ujawniło, że różnice są wysoce istotne statystycznie ($H=24,264$; $df=3$; $p=0,000$). Różnice istotne dotyczą badanych mężczyzn z Włoch i Czech ($p=0,001$) oraz z Włoch i Francji ($p=0,001$).

Tabela 68. Częstotliwość picia wina przez badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Codziennie	K	2,0	1,8	4,2	5,8	3,3
	M	2,6	0,0	6,8	19,1	11,1
	Razem	2,1	1,5	4,7	12,0	
Kilka razy w tygodniu	K	8,5	16,0	22,5	36,8	20,6
	M	10,3	19,6	25,0	36,0	27,4
	Razem	8,9	16,7	23,0	36,4	
Kilka razy w miesiącu	K	32,7	50,2	37,2	39,4	40,7
	M	41,0	47,1	40,9	31,6	37,4
	Razem	34,4	49,6	37,9	35,7	
Kilka razy w roku	K	56,9	32,0	36,1	18,1	35,4
	M	46,2	33,3	27,3	13,2	24,1
	Razem	54,7	32,1	34,5	15,8	

Badani mężczyźni deklarują zdecydowanie częstsze picie wina niż badane kobiety. Codziennie pije wino 11,1% mężczyzn i 3,3% kobiet, natomiast kilka razy w tygodniu 27,4% mężczyzn i 20,6% kobiet. Porównując wyniki testem U Manna-Whitneya stwierdzono różnice wysoce istotne statystycznie ($Z=-4976$, $p=0,000$).

Badani studenci z Włoch w porównaniu ze studentami z pozostałych grup deklarują znacznie częstsze picie wina (codziennie – 12,0%; kilka razy w tygodniu – 36,4%). Analiza testem Kruskala-Wallisa wykazała, że występują różnice wysoce istotne statystycznie ($H=122,912$; $df=3$; $p=0,000$). Istotne różnice występują po-

między deklaracjami badanych studentów z Włoch i Francji ($p=0,000$), z Włoch i Czech ($p=0,000$), z Włoch i Polski ($p=0,000$), z Francji i Polski ($p=0,000$) oraz z Czech i Polski ($p=0,000$).

Najczęściej piją wino badane kobiety z Włoch (codziennie 5,8%; kilka razy w tygodniu 36,8%) w porównaniu z badanymi studentkami z pozostałych grup. Wynik testu Kruskala-Wallisa wskazuje, że pomiędzy badanymi studentkami z czterech krajów w zakresie deklaracji dotyczących częstotliwości picia wina istnieją wysoce statystycznie różnice ($H=66,142$; $df=3$; $p=0,000$). Różnice istotne wystąpiły po porównaniu wyników badanych kobiet z Włoch i Francji ($p=0,000$), z Włoch i Czech ($p=0,000$), z Włoch i Polski ($p=0,000$), z Francji i Polski ($p=0,000$), a także z Czech i Polski ($p=0,000$).

Znacznie większy odsetek badanych mężczyzn z Włoch w porównaniu z pozostałymi grupami pije wino codziennie (19,1%) oraz kilka razy w tygodniu (36,0%). Porównanie wyników testem Kruskala-Wallisa ujawniło, że różnice są wysoce istotne statystycznie ($H=42,327$; $df=3$; $p=0,000$). Różnice istotne dotyczą badanych mężczyzn z Włoch i Francji ($p=0,018$), z Włoch i Czech ($p=0,000$) oraz z Włoch i Polski ($p=0,000$).

Tabela 69. Częstotliwość picia wódki, drinków alkoholowych przez badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Codziennie	K	1,9	0,5	0,0	0,0	0,7
	M	9,8	0,0	0,0	1,5	2,2
	Razem	4,6	0,4	0,0	0,7	
Kilka razy w tygodniu	K	7,8	3,2	12,1	10,9	8,3
	M	14,6	7,7	13,0	14,1	12,7
	Razem	9,2	4,1	12,2	12,4	
Kilka razy w miesiącu	K	34,4	31,2	34,7	39,7	34,6
	M	41,5	26,9	37,0	41,5	38,0
	Razem	34,9	30,4	35,1	40,5	
Kilka razy w roku	K	55,8	65,1	53,3	49,4	56,4
	M	43,1	65,4	50,0	43,0	47,1
	Razem	51,3	65,2	52,7	46,4	

Badani mężczyźni znacznie częściej deklarują picie wódki i drinków alkoholowych niż badane kobiety. Analiza testem U Manna-Whitneya wykazała istotne statystycznie różnice pomiędzy wynikami badanych kobiet i mężczyzn ($Z=-3,121$; $0=0,002$).

Codziennie picie wódki i drinków alkoholowych deklaruje najwięcej badanych studentów z Polski (4,6%), a picie kilka razy w tygodniu ujawnia najwięcej ba-

danych z Francji (12,2%) oraz Włoch (12,4%). Analiza testem Kruskala-Wallisa wykazała różnice wysoce istotne statystycznie ($H=24,886$; $df=3$; $p=0,000$). Po dokonaniu porównania parami stwierdzono, że różnice istotne dotyczą wyników badanych studentów z Włoch i Czech ($p=0,000$), z Polski i Czech ($p=0,004$) oraz z Francji i Czech ($p=0,007$).

Znacznie rzadziej piją wódkę i drinki alkoholowe badane kobiety z Czech (65,4%) niż badane z pozostałych krajów. Porównując wyniki badanych kobiet z czterech grup w zakresie deklaracji dotyczących częstotliwości picia wódki i drinków wyliczone za pomocą testu Kruskala-Wallisa stwierdzono różnice istotne statystycznie ($H=13,306$; $df=3$; $p=0,004$). Istotnie różnią się deklaracjami kobiety z Włoch i Czech ($p=0,007$) oraz z Francji i Czech ($p=0,024$).

Znacznie więcej badanych mężczyzn z Polski niż z pozostałych grup pije wódkę i drinki alkoholowe codziennie (9,8%) oraz kilka razy w tygodniu (14,6%). Porównanie wyników testem Kruskala-Wallisa ujawniło, że występują różnice statystycznie istotne ($H=12,175$; $df=3$; $p=0,007$). Różnice dotyczą wyników badanych mężczyzn z Polski i Czech ($p=0,006$) oraz z Włoch i Czech ($p=0,043$).

Tabela 70. Częstotliwość upijania się w deklaracjach badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Nie, nigdy	K	21,6	34,9	45,1	44,7	37,1
	M	17,5	32,7	41,7	42,0	36,7
	Razem	20,8	34,5	44,5	43,4	
Tak, 1 raz w życiu	K	34,0	25,1	23,2	15,7	24,5
	M	20,0	27,3	20,8	21,0	22,1
	Razem	30,2	25,5	22,8	18,2	
Tak, 2–3 razy w życiu	K	40,1	38,7	31,3	37,7	36,6
	M	50,0	36,4	35,4	35,5	37,7
	Razem	42,1	38,3	32,0	36,7	
Tak, więcej niż 10 razy	K	4,3	1,3	0,4	1,9	1,8
	M	12,5	3,6	2,1	1,4	3,6
	Razem	6,9	1,7	0,7	1,7	

Badane kobiety i badani mężczyźni nie różnią się w zakresie deklaracji dotyczących częstotliwości upijania się. Wynik testu U Manna-Whitneya wskazuje, że nie występują różnice statystycznie istotne ($Z=-0,726$; $p=0,468$).

Najwięcej badanych studentów z Francji (44,5%) oraz Włoch (43,55) deklaroowało, że nie zdarzyło im się kiedykolwiek, aby się upili. Z kolei wprowadzenie się w stan upojenia alkoholowego więcej niż 10 razy deklaruje najwięcej badanych studentów z Polski (5,9%) w porównaniu z badanymi z pozostałych grup. Analiza testem Kruskala-Wallisa wykazała, że występują różnice wysoce istotne

statystycznie ($H=29,308$; $df=3$; $p=0,000$). Istotne różnice występują pomiędzy deklaracjami badanych studentów (niezależnie od płci) z Francji i Polski ($p=0,000$), z Włoch i Polski ($p=0,000$) oraz z Czech i Polski ($p=0,017$).

Znacznie mniej badanych kobiet z Polski (21,6%) w porównaniu z kobietami z pozostałych grup deklarowało, że nigdy nie upiło się. Porównując wyniki badanych kobiet z czterech grup w zakresie deklaracji dotyczących tego ile razy wprowadziły się w stan upojenia wyliczone za pomocą testu Kruskala-Wallisa stwierdzono różnice wysoce istotne statystycznie ($H=19,340$; $df=3$; $p=0,000$). Najbardziej różnią się deklaracjami kobiety z Francji i Polski ($p=0,000$) oraz z Włochy i Polski ($p=0,017$).

Znacznie więcej badanych mężczyzn z Polski (12,5%) niż z pozostałych krajów deklarowało, że upiło się więcej niż 10 razy w życiu. Porównanie wyników testem Kruskala-Wallisa ujawniło, że występują różnice statystycznie istotne ($H=12,923$; $df=3$; $p=0,005$). Różnice dotyczą badanych mężczyzn z Włoch i Polski ($p=0,003$) oraz z Francji i Polski ($p=0,025$).

Tabela 71. Palenie papierosów w deklaracjach badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Tak, codziennie	K	13,2	9,9	25,8	26,9	18,8
	M	14,6	15,8	32,7	30,5	25,8
	Razem	13,5	11,0	27,0	28,6	
Tak, ale nie codzienne	K	4,8	6,0	6,7	9,4	6,7
	M	2,4	7,0	7,7	5,0	5,5
	Razem	4,3	6,2	6,9	7,3	
Rzadziej niż 1 raz w tygodniu	K	3,6	4,3	4,8	1,9	3,8
	M	0,0	7,0	3,8	2,8	3,4
	Razem	2,9	4,8	4,6	2,3	
Nie palę w ogóle	K	78,4	79,8	62,7	61,9	70,7
	M	82,9	70,2	55,8	61,7	65,3
	Razem	79,3	77,9	61,5	61,8	

Więcej badanych mężczyzn (25,8%) niż kobiet (18,8%) deklaruje, że codziennie pali papierosy. Porównując odpowiedzi mężczyzn i kobiet testem U Manna-Whitneya stwierdzono różnice statystycznie istotne ($Z=-1,996$; $p=0,046$).

Najwięcej badanych studentów z Francji (27,0%) i Włoch (28,6%) deklarowało, że codziennie palą papierosy. Analiza testem Kruskala-Wallisa wykazała, że występują różnice wysoce istotne statystycznie ($H=41,673$; $df=3$; $p=0,000$). Istotne różnice stwierdzono pomiędzy deklaracjami badanych studentów z Włoch i Czech ($p=0,000$), z Włoch i Polski ($p=0,000$), z Francji i Czech ($p=0,000$), a także z Francji i Polski ($p=0,000$).

Znacznie częściej badane kobiety z Francji (25,8%) i Włoch (26,9%) niż z pozostałych grup deklarowały, że palą papierosy codziennie. Porównując wyniki badanych kobiet z czterech grup w zakresie deklaracji dotyczących palenia papierosów za pomocą testu Kruskala-Wallisa stwierdzono różnice wysoce istotne statystycznie ($H=31,723$; $df=3$; $p=0,000$). Najbardziej różnią się deklaracjami kobiety z Włoch i Polski ($p=0,003$), z Włoch i Czech ($p=0,000$), z Francji i Polski ($p=0,002$) oraz z Francji i Czech ($p=0,000$).

Najwięcej badanych mężczyzn z Polski (82,9%) deklarowało, że w ogóle nie pali papierosów. Porównując wyniki badanych studentów w zakresie deklaracji dotyczących palenia papierosów stwierdzono statystycznie istotne różnice ($H=9,338$; $df=3$; $p=0,025$). Jednak po porównaniu parami okazało się, że pomiędzy poszczególnymi grupami różnice istotne nie występują.

Tabela 72. Stopień rozpowszechnienia narkotyków w otoczeniu w ocenie badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Znaczny	K	8,5	12,0	9,2	15,2	10,9
	M	22,5	12,3	22,4	9,4	14,3
	Razem	11,3	12,0	11,3	12,5	
Pojedyncze przypadki	K	20,1	30,8	26,7	34,1	27,8
	M	30,0	21,1	28,6	33,9	29,7
	Razem	22,1	28,9	27,0	34,0	
Okazjonalne próby	K	40,2	44,0	31,9	26,8	36,3
	M	32,5	49,1	18,4	22,0	28,6
	Razem	38,7	45,0	29,7	24,5	
Zjawisko nie występuje	K	31,1	13,2	32,3	23,9	24,9
	M	15,0	17,5	30,6	34,6	27,5
	Razem	27,9	14,1	32,0	29,1	

Badane kobiety i badani mężczyźni nie różnią się w zakresie deklaracji dotyczących stopnia rozpowszechnienia narkotyków w ich otoczeniu. Wynik testu U Manna-Whitneya wskazuje, że nie występują różnice statystycznie istotne ($Z=-0,789$; $p=0,430$).

Najwięcej badanych studentów z Czech (45,0%) stwierdziło, że zauważyli okazjonalne próby zażywania narkotyków. Z kolei najwięcej badanych z Francji (32,0%) deklarowało, że zjawisko to w ich otoczeniu nie występuje. Analiza testem Kruskala-Wallisa wykazała, że występują różnice istotne statystycznie w zakresie deklaracji dotyczących zaobserwowanego stopnia rozpowszechnienia narkotyków ($H=10,570$; $df=3$; $p=0,014$). Różnice istotne dotyczą deklaracji studentów z Czech i Francji ($p=0,034$).

Najwięcej badanych kobiet z Włoch (15,2%), a najmniej z Polski (8,5%) uważa, że stopień rozpowszechnienia narkotyków w ich otoczeniu jest znaczny. Najwięcej kobiet z Francji (44,0%) uważa, że są to tylko okazjonalne próby. Porównując odpowiedzi badanych kobiet stwierdzić można, że różnią się istotnie w zakresie deklaracji dotyczących rozpowszechnienia narkotyków ($H=22,334$; $df=3$; $p=0,000$). Różnice istotne dotyczą odpowiedzi badanych kobiet z Czech i Francji ($p=0,004$), z Czech i Polski ($p=0,001$), z Włoch i Francji ($p=0,036$) oraz z Włoch i Polski ($p=0,009$).

Badani mężczyźni z czterech krajów nie różnią się w zakresie deklaracji dotyczących oceny rozpowszechnienia narkotyków w otoczeniu. Porównując wyniki testem Kruskala-Wallisa nie stwierdzono różnic statystycznie istotnych ($H=5,473$; $df=3$; $p=0,140$).

Tabela 73. Zapinanie pasów bezpieczeństwa w samochodzie

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Zawsze	K	67,1	89,9	90,0	83,8	84,4
	M	75,0	87,7	84,6	86,4	84,8
	Razem	68,3	89,0	89,8	85,0	
Często	K	21,2	7,6	5,9	10,6	10,6
	M	20,0	10,5	7,7	9,3	10,7
	Razem	21,6	8,1	6,2	10,0	
Rzadko	K	6,6	1,7	2,8	3,8	3,4
	M	5,0	1,8	7,7	4,3	4,5
	Razem	6,3	1,7	3,6	4,0	
Nigdy	K	5,2	0,8	0,4	1,9	1,6
	M	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Razem	4,4	0,7	0,3	1,0	

Badane kobiety i badani mężczyźni (niezależnie od kraju) nie różnią się w zakresie deklaracji dotyczących zapinania pasów bezpieczeństwa podczas jazdy samochodem. Analizując wyniki testem U Manna-Whitneya nie stwierdzono różnic statystycznie istotnych ($Z=-0,223$; $p=0,824$).

Najwięcej badanych studentów z Francji (89,8%) oraz z Czech (89,0%) deklaroowało, że zawsze zapinają pasy bezpieczeństwa podczas jazdy samochodem. Nigdy nie zapina pasów najczęściej badanych z Polski (4,4%). Wynik testu Kruskala-Wallisa wskazuje, że pomiędzy badanymi studentami z czterech krajów w zakresie deklaracji dotyczących zapinania pasów bezpieczeństwa istnieją wysoce statystycznie różnice ($H=51,983$; $df=3$; $p=0,000$). Różnice istotne wystąpiły po porównaniu wyników badanych studentów z Polski i Włoch ($p=0,000$), z Polski i Czech ($p=0,000$) oraz z Polski i Francji ($p=0,000$).

Najczęściej zapinają pasy bezpieczeństwa badane kobiety z Francji (90,0%) i Czech (89,9%), a najrzadziej kobiety z Polski (67,1%). Więcej badanych kobiet z Polski (5,2%) niż z pozostałych krajów nigdy nie zapina pasów. Różnice pomiędzy deklaracjami badanych kobiet są statystycznie istotne ($H=51,808$; $df=3$; $p=0,000$). Dotyczą badanych z Polski i Włoch ($p=0,000$), z Polski i Czech ($p=0,000$) oraz z Polski i Francji ($p=0,000$).

Badani mężczyźni z czterech krajów nie różnią się w zakresie deklaracji dotyczących zapinania pasów bezpieczeństwa podczas jazdy samochodem. Analiza testem Kruskala-Wallisa nie wykazała różnic istotnych statystycznie ($H=3,472$; $df=3$; $p=0,324$).

Tabela 74. Używanie kasku podczas jazdy na rowerze

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Zawsze	K	0,6	3,4	2,8	0,6	2,2
	M	7,3	22,8	13,5	5,0	10,3
	Razem	1,9	13,7	4,6	2,7	
Często	K	0,0	26,8	5,1	3,1	9,9
	M	4,9	32,1	9,6	9,3	12,4
	Razem	1,0	29,6	5,9	6,0	
Rzadko	K	3,6	15,3	6,7	5,6	8,3
	M	4,9	10,5	9,6	8,6	8,6
	Razem	3,8	14,4	7,2	7,0	
Nigdy	K	95,8	54,5	85,4	90,6	79,6
	M	82,9	30,7	67,3	77,1	68,6
	Razem	93,3	34,6	82,3	84,3	

Zdecydowanie więcej badanych mężczyzn (10,3%) niż kobiet (2,2%) deklaro- wało, że zawsze używa kasku podczas jazdy na rowerze. Więcej mężczyzn (12,4%) niż kobiet (9,9%) kasku używa często. Analizując wyniki testem U Manna-Whit- neya stwierdzono różnice istotne statystycznie ($Z=-4,331$; $p=0,000$).

Znacznie więcej badanych studentów z Czech (29,6%) niż z pozostałych grup odpowiadało, że często używają kasku podczas jazdy na rowerze. Również naj- więcej z nich zawsze używa kasku (13,7%). Porównując odpowiedzi badanych studentów stwierdzić można, że różnią się istotnie w zakresie deklaracji dotyczą- cych używania kasku ($H=153,174$; $df=3$; $p=0,000$). Najbardziej różnią się w tym zakresie studenci z Polski i Francji ($p=0,021$), z Polski i Czech ($p=0,000$), z Francji i Czech ($p=0,000$) oraz z Włoch i Czech ($p=0,000$).

Badane kobiety z Polski (95,8%) najczęściej twierdziły, że nigdy nie używają kasku podczas jazdy na rowerze. Najczęściej kasku używają kobiety z Czech (za- wsze – 3,4%, często – 26,8%). Różnice pomiędzy deklaracjami badanych kobiet są statystycznie istotne ($H=138,848$; $df=3$; $p=0,000$). Po dokonaniu porównania pa-

rami okazało się, że deklaracjami dotyczącymi używania kasku różnią się istotnie kobiety z Polski i Francji ($p=0,046$), z Polski i Czech ($p=0,000$), z Włoch i Czech ($p=0,000$) oraz z Francji i Czech ($p=0,000$).

Badani mężczyźni z Czech zdecydowanie częściej używają kasku podczas jazdy na rowerze niż badani z pozostałych grup (zawsze – 22,8%, często – 32,1%). Analiza testem Kruskala-Wallisa wykazała, że badani mężczyźni z czterech krajów różnią się istotnie w zakresie analizowanej zmiennej ($H=35,157$; $df=3$; $p=0,000$). Różnice istotne dotyczą deklaracji badanych mężczyzn z Polski i Czech ($p=0,000$), z Włoch i Czech ($p=0,000$), oraz z Francji i Czech ($p=0,006$).

Tabela 75. Zażywanie środków uspokajających w deklaracjach studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Tak	K	13,9	2,2	10,8	6,9	8,2
	M	2,5	1,8	3,9	5,7	4,2
	Razem	11,7	2,1	9,6	6,3	
Nie	K	86,1	97,8	89,2	93,1	91,8
	M	97,5	98,2	96,1	94,3	95,8
	Razem	88,3	97,9	90,4	93,7	

Dwukrotnie więcej badanych kobiet (8,2%) niż mężczyzn (4,2%) deklaruje zażywanie środków uspokajających. Wynik testu χ^2 wskazuje, że badane kobiety i badani mężczyźni różnią się istotnie w zakresie deklaracji dotyczących zażywania środków uspokajających ($\chi^2=4,542$; $df=1$; $p=0,033$).

Zdecydowanie więcej badanych studentów z Polski (11,7%) i Francji (9,6%) niż z pozostałych grup deklarowało, że zażywają środki uspokajające. Wynik testu χ^2 ujawnia, że istnieją istotne statystycznie różnice dotyczące zażywania środków uspokajających ($\chi^2=20,483$; $df=3$; $p=0,000$).

Środki uspokajające zażywa więcej badanych kobiet z Polski (13,9%) i Francji (10,8%) w porównaniu z kobietami z Czech i Włoch. Porównując deklaracje badanych kobiet dotyczące zażywania środków uspokajających stwierdzono różnice wysoce istotne statystycznie ($\chi^2=20,895$; $df=3$; $p=0,000$).

Badani mężczyźni z czterech krajów nie różnią się w zakresie deklaracji dotyczących zażywania środków uspokajających ($\chi^2=1,914$; $df=3$; $p=0,590$).

Badane kobiety i badani mężczyźni nie różnią się w zakresie deklaracji dotyczących zażywania środków nasennych. Nieco więcej kobiet niż mężczyzn zażywa takie środki, lecz różnice sprawdzone za pomocą testu U Manna-Whitneya nie są istotne statystycznie ($Z=-1,259$; $p=0,208$).

Badani studenci z czterech krajów (niezależnie od płci) nie różnią się częstotliwością zażywania środków nasennych. Najwięcej badanych z Czech nie zażywa takich środków w ogóle, lecz różnice pomiędzy wynikami badanych studen-

tów sprawdzone za pomocą testu Kruskala-Wallisa nie są statystycznie istotne ($H=4,312$; $df=3$; $p=0,230$).

Tabela 76. Częstotliwość zażywania środków nasennych w deklaracjach studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Tak, codziennie	K	1,2	1,3	2,4	1,2	1,6
	M	2,4	0,0	0,0	1,4	1,0
	Razem	1,4	1,0	2,0	1,3	
Tak, kilka razy w miesiącu	K	4,8	2,1	2,8	3,1	3,1
	M	0,0	0,0	1,9	2,9	1,7
	Razem	3,9	1,7	2,6	3,0	
Tak, kilka razy w roku	K	2,4	2,6	5,2	3,7	3,6
	M	9,8	1,8	1,9	2,2	3,1
	Razem	3,9	2,4	4,6	3,0	
W ogóle nie	K	91,6	94,0	89,7	91,9	91,8
	M	87,8	98,2	96,2	93,5	94,1
	Razem	90,8	94,8	90,8	92,7	

Badane kobiety z czterech krajów nie różnią się w zakresie częstotliwości zażywania środków nasennych. Porównując odpowiedzi badanych kobiet nie stwierdzono różnic statystycznie istotnych ($H=3,062$; $df=3$; $p=0,382$).

Również pomiędzy deklaracjami badanych mężczyzn dotyczącymi zażywania środków nasennych nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie ($H=5,165$; $df=3$; $p=0,160$).

5.3.7. Ocena otoczenia materialnego uczelni przez studentów

Otoczenie materialne stanowi korzystne środowisko wychowawcze studentów. Powinno uwzględniać wymagania kultury i cywilizacji oraz potrzeby środowiska akademickiego. Otoczenie można charakteryzować na różnych płaszczyznach, gdyż dotyczy ono zarówno aspektu materialnego, jak i strukturalnego oraz osobowego. Do przygotowanego otoczenia w aspekcie materialnym należy budynek szkoły, sale i znajdujące się w nich meble i sprzęt. Bardzo ważnym składnikiem są także materiały i pomoce dydaktyczne. Aspekt strukturalny dotyczy norm i właściwości budowy otoczenia, w tym także zasad porządku i wolności, zgodnie z którymi przebiega proces kształcenia. Osobowy aspekt otoczenia tworzą nauczyciele akademicy, sami studenci oraz pracownicy odpowiedzialni za funkcjonowanie całej infrastruktury. Diagnoza otoczenia materialnego uczelni w pełnym zakresie przekracza ramy zakładanych badań wykonanych przez autora.

Z tej kategorii wzięto pod uwagę dwa elementy, które można uważać za podstawowe w utrzymaniu i krzewieniu zdrowia studentów: działalność przychodni akademickich oraz wsparcie uczelni w propagowaniu aktywności fizycznej.

Aktywność fizyczna jest jedną z podstawowych potrzeb człowieka i uznawana jest przez różnych badaczy za podstawowy element zdrowego stylu życia. Mając na uwadze, że aktywność fizyczna wpływa nie tylko na wydolność fizyczną organizmu, ale również wzmacnia układ nerwowy oraz zwiększa zdolność do pracy umysłowej młodzieży tak ważne jest, aby uczelnia wdrażała działalność propagującą tego typu aktywność.

Na potrzeby pracy zdiagnozowano i poddano analizie wyniki dotyczące wykonywania badań profilaktycznych przez młodzież, korzystania z leczenia w przychodni lekarskiej, przyczyn niekorzystania z usług przychodni akademickich, ocenę działań uczelni na rzecz zwiększania aktywności fizycznej, możliwości korzystania z obiektów sportowych na uczelni w opiniach studentów.

Tabela 77. Wykonywanie badań profilaktycznych w przychodni studenckiej przez badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Tak	K	12,2	25,2	10,4	5,0	14,0
	M	19,4	14,0	10,6	4,3	9,3
	Razem	13,5	23,0	10,5	4,7	
Nie	K	87,8	74,8	89,6	95,0	86,0
	M	80,6	86,0	89,4	95,7	90,7
	Razem	86,5	77,0	89,5	95,3	

Nieco więcej kobiet (14,0%) niż mężczyzn (9,3%) przyznało, że wykonują badania profilaktyczne w przychodni studenckiej. Wynik testu χ^2 wskazuje, że badane kobiety i badani mężczyźni nieznacznie różnią się deklaracjami w zakresie analizowanej zmiennej, ponieważ różnice są nieistotne, lecz ujawniły się na poziomie tendencji statystycznej ($\chi^2=3,770$; $df=1$; $p=0,052$).

Najwięcej studentów z Czech (23,0%), a najmniej z Włoch (4,7%) wykonuje badania profilaktyczne w przychodni studenckiej. Wynik testu χ^2 upoważnia do stwierdzenia, że studenci z czterech grup różnią się istotnie deklaracjami dotyczącymi wykonywania badań ($\chi^2=46,316$; $df=3$; $p=0,000$).

Również najwięcej badanych kobiet z Czech (25,2%), a najmniej z Włoch (5,0%) przyznaje, że wykonuje badania profilaktyczne w przychodni studenckiej. Różnice pomiędzy deklaracjami badanych kobiet z czterech krajów są wysoce istotne statystycznie ($\chi^2=37,802$; $df=3$; $p=0,000$).

Z kolei wśród mężczyzn najwięcej badanych studentów z Polski (19,4%) wykonuje badania profilaktyczne w przychodni studenckiej. Najrzadziej badania ta-

kie wykonują badani mężczyźni z Włoch (4,3%). Różnice pomiędzy deklaracjami badanych mężczyzn z czterech krajów są statystycznie istotne ($\chi^2=10,307$; $df=3$; $p=0,016$).

Tabela 78. Korzystanie z leczenia w przychodni studenckiej w deklaracjach badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Tak	K	19,5	24,5	25,0	2,0	19,2
	M	18,9	16,1	30,0	7,1	14,9
	Razem	19,4	22,8	25,9	4,3	
Nie	K	80,5	75,5	75,0	98,0	80,8
	M	81,1	83,9	70,0	92,9	85,1
	Razem	80,6	77,2	74,1	95,7	

Wynik testu χ^2 wskazuje, że badane kobiety i badani mężczyźni nie różnią się deklaracjami w zakresie korzystania z leczenia w przychodni studenckiej ($\chi^2=2,212$; $df=1$; $p=0,137$).

Najwięcej badanych studentów z Francji (25,9%), a najmniej z Włoch (4,3%) korzysta z leczenia w przychodni studenckiej. Różnice pomiędzy deklaracjami badanych studentów są wysoce istotne statystycznie ($\chi^2=52,055$; $df=3$; $p=0,000$).

Znacznie więcej badanych kobiet z Francji (25,0%) oraz z Czech (24,5%) w porównaniu z badanymi z Polski i Włoch deklaruje, że korzysta z leczenia w przychodni studenckiej. Wynik testu χ^2 wskazuje, że badane kobiety z czterech grup różnią się istotnie wynikami w zakresie analizowanej zmiennej ($\chi^2=38,554$; $df=3$; $p=0,000$).

Najwięcej badanych mężczyzn z Francji (30,0%), natomiast najmniej z Włoch (7,1%) korzysta z leczenia w przychodni studenckiej. Analiza testem χ^2 wykazała, że różnice pomiędzy wynikami badanych mężczyzn są statystycznie istotne ($\chi^2=15,528$; $df=3$; $p=0,001$).

Znacznie więcej badanych kobiet (7,2%) niż mężczyzn (4,3%) jako przyczynę niekorzystania z usług przychodni studenckiej podaje „brak lekarza odpowiedniej specjalizacji”. Dla większej liczby badanych mężczyzn (28,6%) niż kobiet (19,1%) „inne przyczyny” są powodem tego, że nie korzystają z takiej formy leczenia. Różnice sprawdzone za pomocą testu U Manna-Whitneya są istotne statystycznie ($Z=-2,375$; $p=0,018$).

Najwięcej badanych studentów z Francji (15,1%) przyczynę niekorzystania z leczenia w przychodni studenckiej widzi w braku lekarza odpowiedniej specjalizacji. Z kolei badani z Polski (27,9%) najczęściej twierdzą, że mają trudności z dostaniem się do lekarza. Różnice pomiędzy wynikami badanych studentów sprawdzone za pomocą testu Kruskala-Wallisa są wysoce istotne statystycz-

nie ($H=57,180$; $df=3$; $p=0,000$). Po porównaniu parami okazało się, że istotnie różnią się odpowiedziami studenci z Polski i Czech ($p=0,000$), z Polski i Włoch ($p=0,000$), z Francji i Czech ($p=0,000$) oraz z Francji i Włoch ($p=0,000$).

Tabela 79. Przyczyny niekorzystania z usług przychodni studenckiej

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Brak lekarza odpowiedniej specjalizacji	K	7,3	2,3	16,4	1,3	7,2
	M	3,3	0,0	8,6	5,2	4,3
	Razem	6,5	1,8	15,1	3,0	
Trudności z dostaniem się do lekarza	K	29,0	8,7	6,8	10,7	12,5
	M	23,3	8,5	11,4	13,8	13,6
	Razem	27,9	8,6	7,5	12,0	
Większe zaufanie do lekarza, u którego się leczy	K	51,6	67,6	67,2	54,7	61,2
	M	56,7	61,7	62,9	46,6	53,5
	Razem	52,5	66,8	66,5	51,1	
Inne przyczyny	K	12,1	21,4	9,6	33,3	19,1
	M	16,7	29,8	17,1	34,5	28,6
	Razem	13,0	22,8	10,8	33,8	

Badane kobiety z Polski (29,0%) jako przyczynę niekorzystania z leczenia w przychodni studenckiej podają „trudności z dostaniem się do lekarza”. Natomiast najwięcej kobiet z Francji (16,4%) uważa, że nie ma lekarza odpowiedniej specjalizacji. Różnice pomiędzy odpowiedziami badanych kobiet z czterech grup są statystycznie istotne ($H=51,150$; $df=3$; $p=0,000$). Dotyczą wyników badanych kobiet z Polski i Czech ($p=0,000$), z Polski i Włoch ($p=0,000$), z Francji i Czech ($p=0,000$) oraz z Francji i Włoch ($p=0,000$).

Z kolei pomiędzy deklaracjami badanych mężczyzn dotyczącymi przyczyn niekorzystania z leczenia w przychodni studenckiej nie stwierdzono różnic statystycznie istotnych ($H=6,092$; $df=3$; $p=0,107$).

Badane kobiety i badani mężczyźni w podobny sposób oceniają działania uczelni dotyczące zwiększenia aktywności fizycznej studentów. Po porównaniu wyników testem U Manna-Whitneya nie stwierdzono różnic statystycznie istotnych ($Z=-0,091$; $p=0,927$).

Działania uczelni na rzecz zwiększenia aktywności fizycznej studentów najwyżej oceniają badani studenci z Francji w porównaniu z pozostałymi badanymi. Najwięcej studentów z Francji (8,2%) ocenia bardzo dobrze te działania, a 25,6% ocenia je dobrze. Różnice pomiędzy wynikami badanych studentów są istotne statystycznie ($H=12,906$; $df=3$; $p=0,005$). Istotne różnice występują pomiędzy wynikami badanych z Włoch i Francji ($p=0,002$).

Tabela 80. Ocena działań uczelni na rzecz zwiększania aktywności fizycznej w deklaracjach studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Brak działalności	K	45,6	46,0	45,3	56,2	45,8
	M	46,1	46,3	42,7	43,9	44,0
	Razem	45,8	45,9	44,2	50,5	
Dostateczna	K	40,2	30,0	22,6	30,7	31,5
	M	43,1	40,7	20,8	36,4	36,0
	Razem	40,6	32,0	23,4	33,3	
Dobra	K	12,4	23,6	24,1	11,1	19,3
	M	10,8	5,6	28,2	16,7	15,6
	Razem	12,1	20,3	25,6	13,7	
Bardzo dobra	K	1,8	0,4	8,0	2,0	3,3
	M	0,0	7,4	8,3	3,0	4,4
	Razem	1,5	1,8	8,2	2,5	

Znacznie więcej badanych kobiet z Francji niż z pozostałych krajów ocenia bardzo dobrze (8,0%) oraz dobrze (24,1%) działania uczelni na rzecz zwiększenia aktywności fizycznej studentów. Analiza testem Kruskala-Wallisa wykazała różnice istotne statystycznie ($H=14,758$; $df=3$; $p=0,002$). Najbardziej różnią się deklaracje badanych kobiet z Włoch i Francji ($p=0,001$).

Badani mężczyźni z czterech krajów nie różnią się w zakresie deklaracji dotyczących oceny działań uczelni na rzecz zwiększenia aktywności fizycznej studentów. Analiza testem Kruskala-Wallisa nie wykazała różnic istotnych statystycznie ($H=3,244$; $df=3$; $p=0,355$).

Badane kobiety (11,3%) częściej niż mężczyźni (10,5%) twierdzą, że bez ograniczeń mogą korzystać z obiektów sportowych na uczelni. Z kolei więcej badanych mężczyzn (35,2%) w porównaniu z kobietami (32,2%) uważa, że z obiektów tych może korzystać z niewielkimi trudnościami. Analiza nieparametrycznym testem U Manna-Whitneya wykazała, że pomiędzy wynikami badanych kobiet i mężczyzn (niezależnie od kraju) w zakresie oceny możliwości korzystania z obiektów sportowych na uczelni występują różnice istotne statystycznie ($Z=-7,107$; $p=0,001$).

Badani studenci z Polski (19,2%) w porównaniu z badanymi z pozostałych krajów najczęściej twierdzą, że mogą bez ograniczeń korzystać z obiektów sportowych na uczelni. Najślabiej takie możliwości oceniają studenci z Francji (48,5%). Wynik testu Kruskala-Wallisa wskazuje, że pomiędzy wynikami badanych studentów z czterech krajów (niezależnie od płci) dotyczącymi oceny możliwości korzystania z obiektów sportowych na uczelni występują różnice wysoce istotne

statystycznie ($H=32,646$; $df=3$; $p=0,000$). Statystycznie istotne różnice stwierdzono w przypadku porównania wyników studentów z Polski i Czech ($p=0,004$), z Polski i Włoch ($p=0,000$) oraz z Włoch i Francji ($p=0,000$).

Tabela 81. Możliwości korzystania z obiektów sportowych na uczelni w ocenie badanych studentów

Kategorie odpowiedzi	Płeć	Grupa				Ogółem
		Studenci z Polski	Studenci z Czech	Studenci z Francji	Studenci z Włoch	
Tak, bez ograniczeń	K	20,5	6,6	12,3	6,5	11,3
	M	9,5	9,4	11,1	10,1	10,5
	Razem	19,2	7,2	12,1	8,1	
Tak, ale z niewielkimi trudnościami	K	42,2	28,3	30,1	29,7	32,2
	M	40,0	24,5	42,2	36,4	35,2
	Razem	41,8	27,6	32,2	32,7	
Tak, z dużymi trudnościami	K	14,9	44,7	6,4	16,1	21,8
	M	30,5	49,1	11,1	19,4	24,0
	Razem	18,4	45,5	7,2	17,6	
Nie	K	22,4	20,4	51,1	47,7	34,7
	M	20,0	17,0	35,6	34,1	30,3
	Razem	20,6	19,7	48,5	41,5	

Również badane kobiety z Polski najlepiej oceniają możliwości korzystania z obiektów sportowych na uczelni (bez ograniczeń – 20,5%). Najwięcej kobiet z Francji (48,5%) uważa, że możliwości takich nie ma wcale. Analiza testem Kruskala-Wallisa ujawniła, że badane kobiety z czterech krajów różnią się istotnie w zakresie oceny możliwości korzystania z obiektów sportowych na uczelni ($H=39,186$; $df=3$; $p=0,000$). Po porównaniu parami okazało się, że różnice te dotyczą wyników kobiet z Polski i Czech ($p=0,003$) z Polski i Francji ($p=0,000$) oraz z Polski i Włoch ($p=0,000$).

Porównując wyniki badanych mężczyzn z czterech grup testem Kruskala-Wallisa dotyczące oceny możliwości korzystania z obiektów sportowych nie stwierdzono różnic statystycznie istotnych ($H=0,685$; $df=3$; $p=0,877$).

5.4. Klimat społeczny wybranych uczelni wyższych Europy w percepcji studentów

Uczelnia wyższa stanowi przestrzeń, w której młodzi ludzie kontynuują zdobywanie doświadczeń oraz utrwalają nabyte postawy i zachowania. Warunkuje to wiele czynników, wśród których wymienić można nie tylko system strukturalny placówki, ale także procesy komunikacyjne i liczne interakcje zachodzące w środowisku

akademickim. Wszystkie właściwości, które składają się na atmosferę panującą w danym uniwersytecie można określić ogólnym terminem klimat społeczny⁴³³.

Klimat społeczny w uczelni wyższej, podobnie jak w szkołach poprzedzających ten szczebel edukacji, jest tym, co odróżnia jedną placówkę od innych. Stanowi charakterystyczną aurę, jaką można wyczuć nawet po krótkim czasie przebywania w danym miejscu. Nie tylko wielkość szkoły, wystrój czy liczebność sal, normy formalne i nieformalne kształtują atmosferę panującą w danej uczelni. Czasem bardziej istotną rolę pełni społeczny nastrój, który sprawia, że nawet placówka o niższej renomie staje się tą przyciągającą uczniów czy studentów. Przyczyn tego stanu można upatrywać w zaangażowaniu całej społeczności w dbanie o dobry klimat, co w konsekwencji przekłada się również na wspólne osiągnięcia. Dlatego też uważa się, że pozytywny klimat społeczny stanowi elementarny czynnik warunkujący efektywność i skuteczność realizowanych przez daną instytucję programów profilaktycznych, dydaktycznych, czy wychowawczych⁴³⁴. Dodatkowo powszechnie uznaje się, że klimat społeczny determinuje procesy nauczania i socjalizacji. Dlatego też można uznać, że warunkuje on sukcesy i klęski pedagogiczne.

Dla określenia pojęcia klimatu społecznego bardziej istotny staje się subiektywny odbiór wszelkich cech środowiska szkolnego przez studentów, aniżeli obiektywna ocena tych właściwości. Osobiste spostrzeżenia wpływają na odczuwalny poziom akceptacji, więzi społeczne, rozwój trudności w nauce czy powstawanie zachowań problemowych⁴³⁵.

Uważa się, że klimat społeczny warunkują trzy wymiary klimatu ekonomiczno-społecznego:

- relacje interpersonalne w zakresie życia społecznego i realizacji procesu dydaktycznego w uczelniach wyższych,
- warunki rozwoju osobistego studentów kształcących się w szkołach wyższych,
- system organizacyjny uczelni wyższych⁴³⁶.

Wykonano dwukrotnie analizę rzetelności skal (wymiarów) klimatu społecznego metodą alfa Cronbacha. Pierwsza analiza została wykonana z wykorzystaniem wyników badania pilotażowego przeprowadzonego na próbie 104 studentów z Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie. Jak się okazało, rzetelność wewnętrzna czynników jest wystarczająco wysoka. Zazwyczaj, jak twierdzą S. Bedyńska i A. Brzezicka, przy dużej liczbie itemów oraz dużej liczbie osób badanych za rzetelną uważa się skalę, dla której statystyka Alfa wynosi co najmniej 0,700⁴³⁷.

⁴³³ M. Kulesza, *Klimat szkoły a zachowania przemocowe uczniów...*, s. 261–277.

⁴³⁴ M. Woynarowska-Sołdan, *Klimat społeczny...*, s. 32.

⁴³⁵ Ibidem.

⁴³⁶ I. Kowalewski, *Kultura zdrowotna...*, s. 84.

⁴³⁷ S. Bedyńska, A. Brzezicka, *Statystyczny drogowskaz. Praktyczny poradnik analizy danych w naukach społecznych na przykładach z psychologii*, Wydawnictwo SWPS Academica, Warszawa 2007, s. 156.

Współczynniki α Cronbacha dla wyodrębnionych skal wynoszą:

- stosunki interpersonalne $\alpha=0,722$ (26 itemów),
- warunki rozwoju osobistego $\alpha=0,880$ (26 itemów),
- system organizacyjny $\alpha=0,714$ (17 itemów).

Powtórnie wykonano analizę rzetelności wykorzystując wyniki badań 1114 studentów z czterech krajów. Współczynniki α Cronbacha wynoszą:

- stosunki interpersonalne $\alpha=0,802$,
- warunki rozwoju osobistego $\alpha=0,843$,
- system organizacyjny $\alpha=0,813$,
- skala ogólna klimatu społecznego $\alpha=0,910$ (69 itemów).

Ponieważ klimat społeczny w poszczególnych wymiarach oceniany był przez badanych w skali 5-stopniowej (od 1 – zdecydowanie nie, do 5 – zdecydowanie tak), obliczono średnie wartości uzyskanych wyników oraz odchylenia standardowe oddzielnie dla kobiet i mężczyzn (niezależnie od kraju), dla badanych studentów z czterech grup (niezależnie od płci) oraz dla kobiet z czterech krajów i mężczyzn z czterech krajów. Przed obliczeniem wyników odwrócono punktację dotyczącą twierdzeń sformułowanych negatywnie, takich jak np. twierdzenie 4 – „w mojej grupie studenckiej jest za mało życia zespołowego” lub twierdzenie 14 – „pracownicy naukowcy mają zbyt mało czasu, aby indywidualnie zająć się studentami”.

Porównania wyników pomiędzy badanymi kobietami i mężczyznami dokonano za pomocą nieparametrycznego testu U Manna-Whitneya, a w przypadku porównania wyników badanych z czterech grup zastosowano nieparametryczną analizę wariancji Kruskala-Wallisa. Zastosowano testy nieparametryczne, ponieważ badane grupy nie były równoliczne a rozkład wyników we wszystkich skalach sprawdzony za pomocą testu Kołmogorowa-Smirnowa nie był rozkładem normalnym. Przedstawione w tabelach wartości średnich i odchylen standardowych pełnią jedynie rolę ilustracyjną.

5.4.1. Wyniki badań dotyczące wymiaru klimatu społecznego – relacje interpersonalne

W. Witwicki uważa, że relacje interpersonalne występują wówczas, gdy pomiędzy ludźmi istnieje postawa uczuciowa. Postawa uczuciowa nazwana jest przez niego stosunkiem osobistym⁴³⁸. Dana osoba może u różnych ludzi budzić różne postawy uczuciowe.

Postawa uczuciowa powstaje w wyniku relacji pomiędzy partnerami. Postawa ta może przybrać wydzźwięk pozytywny, negatywny bądź neutralny i uzależniona jest od potrzeb i dążeń osób pozostających w relacji⁴³⁹. W. Witwicki uważa,

⁴³⁸ W. Witwicki, *Stosunki osobiste między ludźmi*, Spółdzielnia Wydawnicza Czytelnik, Łódź 1948, s. 2.

⁴³⁹ Ibidem, s. 4.

że stosunki osobiste podzielić można na stosunki wzajemne i stosunki niewzajemne. Stosunki wzajemne zachodzą wówczas, gdy pomiędzy dwiema osobami występuje postawa uczuciowa. Z kolei stosunki niewzajemne mogą mieć charakter jednostronny lub niezgodny. Stosunki jednostronne cechuje uczucie tylko ze strony jednej osoby, druga pozostaje w tej relacji neutralna. Stosunki niezgodne występują w chwili, gdy jedna osoba darzy drugą uczuciem dodatnim, podczas gdy druga żywi do pierwszej uczucie ujemne.

Z. Zaborowski uznał, że relacje interpersonalne to „trwałe oddziaływanie na siebie ludzi, określone przez ich osobowości, oceny i uczucia wzajemne oraz przez normy i role społeczne pełnione przez nich”⁴⁴⁰. Jest on także autorem jednej z typologii stosunków społecznych. Podział ten powstał ze względu na partnera w relacji. Uzależniony jest od istnienia dwóch czynników życia społecznego: jednostki oraz grupy⁴⁴¹.

Pierwszym typem relacji społecznych są stosunki interpersonalne, które ze względu na swój dynamiczny charakter mogą ulegać ciągłym przemianom. Wyodróżnione tutaj zostały stosunki rzeczowe, przyjacielskie i koleżeńskie. Stosunki rzeczowe powstają na skutek konieczności wykonania konkretnego zadania. W ich toku następuje ustalenie kierownictwa oraz podział obowiązków. Stosunki przyjacielskie i koleżeńskie są uznawane za te bardziej osobiste, dlatego często nazywane bywają stosunkami osobowymi. Istotną rolę pełni w nich emocjonalna więź pomiędzy partnerami.

Drugim typem relacji społecznych są stosunki grupowe. Te z kolei mogą wyrażać się w stosunkach pozytywnych, gdzie obie strony współpracują ze sobą oraz dążą do udzielania sobie wzajemnie pomocy lub też w stosunkach negatywnych, przejawiających się w konfliktach pomiędzy stronami.

Trzeci typ relacji społecznych przybiera dwie formy: pierwszy to relacje między jednostką a grupą, a drugi to relacje między grupą a jednostką. Podobnie jak relacje międzygrupowe, mogą mieć postać stosunków pozytywnych lub negatywnych. Wówczas, w przypadku stosunków pozytywnych jednostka identyfikuje się z grupą, a grupa otacza jednostkę opieką i darzy ją zaufaniem, podczas gdy stosunki negatywne przejawiają się oporem ze strony grupy względem jednostki lub też wycofaniem się jednostki z aktywności grupy⁴⁴².

Skalę klimatu społecznego – relacje interpersonalne – podzielono na dwie podskale. W każdej z nich znajduje się 13 twierdzeń (itemów).

1. W podskali „Poziom życia społecznego w ocenie studentów” uwzględniono m.in. następujące itemy:

⁴⁴⁰ Z. Zaborowski, *Stosunki międzyludzkie a wychowanie...*, s. 9.

⁴⁴¹ Idem, *Stosunki społeczne w klasie szkolnej*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1964, s. 24.

⁴⁴² M. Dąbrowska, *Pojęcie umiejętności interpersonalnych i ich podział*, <http://www.profesor.pl/publikacja,8547,Artykuly,Pojecie-umiejtnosci-interpersonalnych-i-ich-podzial> (dostęp: 13.06.2012).

- studenci w grupie są naprawdę zaprzyjaźnieni,
 - pracownicy uczelni uczestniczą w życiu kulturalnym studentów,
 - studenci mówią swobodnie o tym, co naprawdę myślą o uczelni.
2. Podskala „Wybrane elementy procesu dydaktycznego w percepcji studentów” zawiera m.in. itemy, takie jak:
- nauczyciele akademicy są zawsze do dyspozycji w godzinach przewidzianych na dyżury,
 - pracownicy naukowi chętnie podejmują dyskusje ze studentami w sprawach naukowych,
 - między studentami a pracownikami nie ma nadmiernego dystansu.

W tej skali każda badana osoba mogła uzyskać od 26 do 130 punktów, wynik przeciętny to 78 punktów.

Tabela 82. Wyniki badanych kobiet i mężczyzn w wymiarze „Relacje interpersonalne”

Skale	Kobiety		Mężczyźni		z	p
	M ₁	Sd ₁	M ₂	Sd ₂		
Poziom życia społecznego w ocenie studentów	40,31	5,38	39,81	5,69	-1,292	0,196
Wybrane elementy procesu dydaktycznego w percepcji studentów	40,18	7,11	39,96	7,30	-0,446	0,656
Relacje interpersonalne	80,49	13,04	79,77	14,14	-0,894	0,371

Badane kobiety oceniają podobnie jak badani mężczyźni (niezależnie od kraju) poziom życia społecznego na swoich uczelniach (M₁=40,31; M₂=39,81). Po dokonaniu porównania testem U Manna-Whitneya nie stwierdzono różnic statystycznie istotnych (Z=-1,292; p=0,196).

Również w zbliżony sposób badane kobiety i badani mężczyźni oceniają wybrane elementy procesu dydaktycznego (M₁=40,18; M₂=39,96). Różnice nie są istotne statystycznie (Z=-0,446; p=0,656).

Średnie wyników uzyskanych przez badane kobiety i mężczyzn w skali „relacje interpersonalne” są podobne. Wynik analizy testem U Manna-Whitneya wskazuje, że nie występują różnice istotne statystycznie (Z=-0,894; p=0,371).

Poziom życia społecznego najwyższej oceniają badani studenci z Czech (M₂=42,24), a najniższej studenci z Polski (M₁=38,27). Analiza testem Kruskala-Wallisa wykazała, że pomiędzy wynikami badanych studentów z czterech krajów (niezależnie od płci) dotyczącymi oceny poziomu życia społecznego występują różnice wysoce istotne statystycznie (H=93,182; df=3; p=0,000). Po wykonaniu testów *post-hoc* i porównaniu parami okazało się, że istotnie różnią się oceną studenci z Polski i Włoch (p=0,000), z Polski i Czech (p=0,000), z Francji i Włoch (p=0,000), z Francji i Czech (p=0,000), a także z Włoch i Czech (p=0,021).

Tabela 83. Wyniki badanych studentów z czterech krajów w wymiarze „Relacje interpersonalne”

Skale	Studenci z Polski		Studenci z Czech		Studenci z Francji		Studenci z Włoch	
	M ₁	Sd ₁	M ₂	Sd ₂	M ₃	Sd ₃	M ₄	Sd ₄
Poziom życia społecznego	38,27	5,30	42,24	5,29	38,68	5,09	40,96	5,25
Wybrane elementy procesu dydaktycznego	40,37	7,28	42,89	6,62	37,39	7,18	39,95	6,52
Relacje interpersonalne	78,64	11,00	85,13	10,83	76,07	14,25	79,59	14,04

Badani studenci z Czech znacznie wyżej niż badani z pozostałych grup oceniają wybrane elementy procesu dydaktycznego ($M_2=42,89$). Różnice są wysoce istotne statystycznie ($H=93,304$; $df=3$; $p=0,000$). Po porównaniu parami stwierdzono, że istotnie różnią się wynikami studenci z Francji i Włoch ($p=0,000$), z Francji i Polski ($p=0,000$), z Francji i Czech ($p=0,000$), z Włoch i Czech ($p=0,000$) oraz z Polski i Czech ($p=0,000$).

Studenci z Czech najwyżej oceniają klimat społeczny w wymiarze „stosunki interpersonalne” ($M_2=85,13$). Biorąc pod uwagę wartości odchylenia standardowego stwierdzić można, że badani z Czech byli najbardziej zgodni w swojej ocenie w porównaniu z pozostałymi grupami ($Sd_2=10,83$). Wynik testu Kruskala-Wallisa upoważnia do stwierdzenia, że badani studenci z czterech krajów różnią się istotnie wynikami w wymiarze „stosunki interpersonalne” ($H=105,933$; $df=3$; $p=0,000$). Porównując parami stwierdzono wysoce istotne różnice pomiędzy oceną studentów z Francji i Polski ($p=0,014$), z Francji i Włoch ($p=0,000$), z Francji i Czech ($p=0,000$), z Polski i Czech ($p=0,000$) oraz z Włoch i Czech ($p=0,000$).

Tabela 84. Wyniki badanych kobiet z czterech krajów w wymiarze „Relacje interpersonalne”

Skale	Kobiety z Polski		Kobiety z Czech		Kobiety z Francji		Kobiety z Włoch	
	M ₁	Sd ₁	M ₂	Sd ₂	M ₃	Sd ₃	M ₄	Sd ₄
Poziom życia społecznego	38,28	5,19	42,35	5,14	38,86	4,98	41,65	5,11
Wybrane elementy procesu dydaktycznego	40,29	6,91	42,89	6,50	37,54	7,24	40,15	6,49
Relacje interpersonalne	78,57	10,49	85,24	10,74	76,4	13,33	81,8	15,21

Poziom życia społecznego wyżej oceniają badane kobiety z Czech ($M_2=42,35$) i Włoch ($M_4=41,65$) w porównaniu z kobietami z Polski i Francji. Po wykonaniu analizy testem Kruskala-Wallisa stwierdzono, że występują różnice wysoce istotne statystycznie ($H=84,670$; $df=3$; $p=0,000$). Istotne statystycznie różnice

stwierdzono w przypadku wyników uzyskanych przez kobiety z Polski i Włoch ($p=0,000$), z Polski i Czech ($p=0,000$), z Francji i Włoch ($p=0,000$) oraz z Francji i Czech ($p=0,000$).

Wybrane elementy procesu dydaktycznego znacznie wyżej oceniają badane kobiety z Czech ($M_2=42,89$) niż z pozostałych krajów. Pomiędzy wynikami występują różnice wysoce istotne statystycznie ($H=74,308$; $df=3$; $p=0,000$). Porównując parami stwierdzono, że różnice istotne występują w przypadku oceny studentek z Francji i Włoch ($p=0,001$), z Francji i Polski ($p=0,000$), z Francji i Czech ($p=0,000$), z Włoch i Czech ($p=0,000$), a także z Polski i Czech ($p=0,001$).

W skali „Relacje interpersonalne” najwyższą średnią wyników uzyskały badane kobiety z Czech ($M_2=85,24$), co oznacza, że znacznie wyżej oceniły ten rodzaj relacji istniejący na ich uczelni niż badane z pozostałych grup. Analiza testem Kruskala-Wallisa wykazała, że pomiędzy wynikami badanych kobiet z czterech krajów występują różnice wysoce istotne statystycznie ($H=84,940$; $df=3$; $p=0,000$). Istotnie różnią się oceną kobiety z Francji i Włoch ($p=0,000$), z Francji i Czech ($p=0,000$), z Polski i Czech ($p=0,000$) oraz z Włoch i Czech ($p=0,002$).

Tabela 85. Wyniki badanych mężczyzn z czterech krajów w wymiarze „Relacje interpersonalne”

Skale	Mężczyźni z Polski		Mężczyźni z Czech		Mężczyźni z Francji		Mężczyźni z Włoch	
	M_1	Sd_1	M_2	Sd_2	M_3	Sd_3	M_4	Sd_4
Poziom życia społecznego	38,24	5,83	41,83	5,93	37,74	5,53	40,18	5,31
Wybrane elementy procesu dydaktycznego	40,28	8,69	42,86	7,17	36,68	6,91	39,73	6,58
Relacje interpersonalne	78,52	13,03	84,69	11,95	74,42	17,86	79,91	12,60

Poziom życia społecznego najwyżej oceniają badani mężczyźni z Czech ($M_2=41,83$), a najniżej studenci z Francji ($M_3=37,74$). Analiza testem Kruskala-Wallisa wykazała, że pomiędzy wynikami badanych mężczyzn z czterech krajów dotyczącymi oceny poziomu życia społecznego występują różnice statystycznie istotne ($H=15,942$; $df=3$; $p=0,001$). Po wykonaniu testów *post-hoc* i porównaniu parami okazało się, że istotnie różnią się oceną studenci z Francji i Włoch ($p=0,046$), z Francji i Czech ($p=0,001$), a także z Polski i Czech ($p=0,049$).

Badani mężczyźni z Czech również znacznie wyżej niż badani z pozostałych grup oceniają wybrane elementy procesu dydaktycznego ($M_2=42,86$). Różnice są wysoce istotne statystycznie ($H=24,670$; $df=3$; $p=0,000$). Po porównaniu parami stwierdzono, że istotnie różnią się wynikami studenci z Francji i Włoch ($p=0,006$), z Francji i Polski ($p=0,012$) oraz z Francji i Czech ($p=0,000$).

Mężczyźni z Czech najwyżej oceniają klimat społeczny w wymiarze „relacje interpersonalne” ($M_2=84,69$). Wynik testu Kruskala-Wallisa upoważnia do stwierdzenia, że badani mężczyźni z czterech krajów różnią się istotnie wynikami

w tym wymiarze klimatu społecznego ($H=24,150$; $df=3$; $p=0,000$). Porównując parami stwierdzono istotne różnice pomiędzy oceną studentów z Francji i Włoch ($p=0,003$) oraz z Francji i Czech ($p=0,000$).

5.4.2. Wyniki badań dotyczące wymiaru klimatu społecznego – warunki rozwoju osobistego

Zdrowie psychospołeczne jest silnie uzależnione od indywidualnych cech człowieka. Cechy te kształtowane są w procesie rozwoju, podczas trwania w relacjach interpersonalnych. Dlatego tak istotne jest przebywanie w grupie rówieśniczej, która wyzwała w człowieku uczucia wyższe, kształtuje postawy prospołeczne oraz dostarcza doświadczeń przydatnych w późniejszym życiu⁴⁴³. Środowisko akademickie również przyczynia się do tworzenia więzi i stosunków społecznych, pełniących funkcje socjalizacyjne i wychowawcze⁴⁴⁴.

Samorealizacja człowieka jest zdaniem A. Masłowa potrzebą najwyższego rzędu. Uznaje się, że jest ona samospelnieniem się człowieka, który za jej sprawą realizuje własną naturę. Człowiek dąży do wypełnienia misji, jaką przed sobą stawia, poszerza swoje horyzonty, wykorzystuje możliwości⁴⁴⁵.

Rozwój człowieka jest pojęciem wielowymiarowym i odnosi się do wszystkich obszarów życia jednostki. Może objąć sferę fizyczną, emocjonalną, intelektualną, społeczną czy etyczną. Dotyczy człowieka jako jednostki, ale ma także charakter społeczny⁴⁴⁶.

Rozwój osobisty jest nierozzerwalnie związany z koniecznością ciągłego doskonalenia się. Człowiek decyduje się na pracę nad sobą w celu poprawy jakości swojego życia. Zwykle oddziałuje to również na sposób myślenia i działania. Z racji tego, iż człowiek jest istotą społeczną, jego rozwój osobisty bywa skierowany na działalność na rzecz innych⁴⁴⁷. Rozwój własny może przybrać formę motywacji, czasem staje się celem życiowym.

Rozwój osobowy zakłada chęć człowieka do pozostania jednostką indywidualną, która we właściwy dla siebie sposób adaptuje się do życia w społeczeństwie. Ta chęć człowieka o stanowieniu o sobie przyczyniła się do rozwoju nowych koncepcji edukacyjnych⁴⁴⁸.

Celem szkolnictwa wyższego jest przystosowanie młodego człowieka do pracy nad rozwojem osobistym. Uczelnia ma za zadanie stworzyć mu warunki, w których będzie mógł wykorzystywać swoje umiejętności, aby zdobywać kolejne kompetencje.

⁴⁴³ *Pedagogika...*, red. W. Ciechaniewicz, s. 145.

⁴⁴⁴ J. Modrzewski, *Środowisko społeczne...*, s. 34.

⁴⁴⁵ A. Masłowa, *Toward a psychology...*, s. 31–190.

⁴⁴⁶ S. Karwala, *Mentoring, jako strategia wspierająca wszechstronny rozwój osobisty*, <http://mentoring.com.pl/mentoring2.pdf> (dostęp: 13.06.2012).

⁴⁴⁷ *Pedagogika...*, red. W. Ciechaniewicz, s. 132.

⁴⁴⁸ *Podmiotowość w doświadczeniach...*

Model kształcenia w uczelni wyższej powinien ulegać dość częstym weryfikacjom, a w razie potrzeby zmianom. Daje to poniekąd gwarancję zapewniania odpowiedniego poziomu jakości kształcenia w danej placówce. Uczelnia staje się także konkurencyjna na rynku usług edukacyjnych. Jest to szczególnie istotne w perspektywie niżu demograficznego, który obejmuje uczniów szkół średnich. Dodatkowym atutem staje się dostosowanie nabywanej w toku studiów wiedzy do zapotrzebowania na rynku pracy. Dobrze postrzegana jest ta szkoła wyższa, która zapewnia odbycie wielu praktyk, aby student miał okazję zapoznania się z tajnikami własnego zawodu.

Skalę klimatu społecznego – warunki rozwoju osobistego – podzielono na trzy podskale. Pierwszą podskalę nazwano „wpływ studentów na warunki życia na uczelni” i zawarto w niej m.in. następujące itemy:

- studenci uczestniczą z głosem decydującym w ciałach kolegialnych uczelni,
- studenci rzadko rozmawiają ze sobą o własnych problemach osobistych.

W drugiej podskali „wpływ studentów na treści kształcenia” znalazły się itemy takie jak np.:

- studenci mają prawo wybierać zajęcia seminaryjne,
- studenci mają wpływ na program zajęć z niektórych przedmiotów.

W trzeciej podskali „wpływ nauczycieli akademickich na rozwój osobisty studentów” znalazły się itemy:

- nauczyciele akademicy uwzględniają uwagi studentów,
- studenci są zachęceni do samodzielności i niezależności.

Również w tej skali każda badana osoba mogła uzyskać od 26 do 130 punktów, więc wynik przeciętny wynosi 78 punktów.

Tabela 86. Wyniki badanych kobiet i mężczyzn w wymiarze „Warunki rozwoju osobistego”

Skale	Kobiety		Mężczyźni		z	p
	M ₁	Sd ₁	M ₂	Sd ₂		
Wpływ studentów na warunki życia na uczelni	24,02	4,07	22,97	4,48	-3,592	0,000
Wpływ studentów na treści kształcenia	17,29	3,70	16,66	3,72	-1,446	0,110
Wpływ nauczycieli akademickich na rozwój osobisty studentów	33,76	7,18	32,34	7,37	-2,656	0,008
Warunki rozwoju osobistego	75,07	16,01	71,97	15,74	-3,188	0,001

Badane kobiety znacznie wyżej niż badani mężczyźni oceniają wpływ studentów na warunki życia w swoich uczelniach (M₁=24,02; M₂=22,97). Porównując wyniki testem U Manna-Whitneya stwierdzono różnice wysoce istotne statystycznie (Z=-3,592; p=0,000).

W podobnym stopniu badane kobiety i badani mężczyźni dostrzegają na swoich uczelniach wpływ studentów na treści kształcenia ($M_1=17,29$; $M_2=16,66$). Różnice nie są statystycznie istotne ($Z=-1,476$; $p=0,110$).

Wpływ nauczycieli akademickich na rozwój osobisty studentów jest bardziej dostrzegany przez badane kobiety w porównaniu z mężczyznami ($M_1=33,76$; $M_2=32,34$). Występują różnice statystycznie istotne ($Z=-2,656$; $p=0,008$).

Średnie wyników uzyskanych przez badane kobiety i mężczyzn w skali „warunki rozwoju osobistego” różnią się istotnie. Ocena badanych kobiet jest znacznie wyższa niż ocena mężczyzn ($M_1=75,07$; $M_2=71,97$). Wynik analizy testem U Manna-Whitneya wskazuje, że występują różnice istotne statystycznie ($Z=-3,188$; $p=0,001$).

Tabela 87. Wyniki badanych studentów czterech krajów w wymiarze „Warunki rozwoju osobistego”

Skale	Studenci z Polski		Studenci z Czech		Studenci z Francji		Studenci z Włoch	
	M_1	Sd_1	M_2	Sd_2	M_3	Sd_3	M_4	Sd_4
Wpływ studentów na warunki życia na uczelni	22,42	3,97	25,11	3,98	24,72	3,97	22,38	4,14
Wpływ studentów na treści kształcenia	15,89	3,63	17,61	3,65	18,45	3,33	15,60	3,49
Wpływ nauczycieli akademickich na rozwój osobisty studentów	32,44	6,41	36,73	6,07	34,71	7,20	29,43	6,98
Warunki rozwoju osobistego	70,75	12,02	79,45	15,78	77,88	15,27	64,41	16,19

Wpływ studentów na warunki życia na uczelni najwyżej oceniają respondenci z Czech ($M_2=25,11$), a najniżej z Włoch ($M_4=22,38$). Analiza testem Kruskala-Wallisa wykazała, że pomiędzy wynikami badanych studentów z czterech krajów (niezależnie od płci) dotyczącymi analizowanej zmiennej występują różnice wysoce istotne statystycznie ($H=95,231$; $df=3$; $p=0,000$). Po porównaniu parami okazało się, że istotnie różnią się oceną studenci z Włoch i Francji ($p=0,000$), z Włoch i Czech ($p=0,000$), z Polski i Francji ($p=0,000$) oraz z Polski i Czech ($p=0,000$).

Badani studenci z Francji znacznie wyżej niż badani z pozostałych grup oceniają wpływ studentów na treści kształcenia ($M_3=18,45$). Różnice są wysoce istotne statystycznie ($H=121,166$; $df=3$; $p=0,000$). Po porównaniu parami stwierdzono, że istotnie różnią się wynikami studenci z Włoch i Czech ($p=0,000$), z Włoch i Francji ($p=0,000$), z Polski i Czech ($p=0,000$), z Polski i Francji ($p=0,000$) oraz z Czech i Francji ($p=0,033$).

Studenci z Czech najwyżej oceniają wpływ nauczycieli akademickich na rozwój osobisty studentów ($M_2=36,73$). Stwierdzono, że występują różnice wysoce istotne

statystycznie ($H=149,985$; $df=3$; $p=0,000$). Największe różnice dotyczą oceny studentów z Włoch i Polski ($p=0,000$), z Francji i Czech ($p=0,000$), z Polski i Czech ($p=0,000$), z Francji i Czech ($p=0,000$) oraz z Polski i Francji ($p=0,018$).

Klimat społeczny w wymiarze „warunki rozwoju osobistego” najwyżej oceniają badani studenci z Czech ($M_2=79,45$) w porównaniu z pozostałymi grupami. Wynik testu Kruskala-Wallisa upoważnia do stwierdzenia, że badani studenci z czterech krajów różnią się istotnie wynikami w tym wymiarze klimatu społecznego ($H=147,498$; $df=3$; $p=0,000$). Porównując parami stwierdzono istotne różnice pomiędzy oceną studentów z Włoch i Polski ($p=0,004$), z Włoch i Francji ($p=0,000$), z Włoch i Czech ($p=0,000$), z Polski i Francji ($p=0,000$) oraz z Polski i Czech ($p=0,000$). Najbardziej zgodni w swojej ocenie byli badani studenci z Polski, o czym świadczy wartość odchylenia standardowego, które było znacznie niższe niż w pozostałych grupach ($Sd_1=12,02$).

Tabela 88. Wyniki badanych kobiet z czterech krajów w wymiarze „Warunki rozwoju osobistego”

Skale	Kobiety z Polski		Kobiety z Czech		Kobiety z Francji		Kobiety z Włoch	
	M_1	Sd_1	M_2	Sd_2	M_3	Sd_3	M_4	Sd_4
Wpływ studentów na warunki życia na uczelni	22,40	3,75	25,24	3,98	24,82	3,90	22,72	3,90
Wpływ studentów na treści kształcenia	15,83	3,59	17,52	3,70	18,50	3,21	15,54	3,56
Wpływ nauczycieli akademickich na rozwój osobisty studentów	32,36	6,38	36,80	6,15	34,82	7,16	29,03	6,74
Warunki rozwoju osobistego	70,59	11,70	79,56	16,36	78,14	14,86	67,29	16,99

Badane kobiety z Czech ($M_2=25,24$) i Francji ($M_3=24,86$) znacznie wyżej niż badane z pozostałych grup oceniają wpływ studentów na warunki życia na uczelni. Różnice są wysoce istotne statystycznie ($H=76,323$; $df=3$; $p=0,000$). Po porównaniu parami stwierdzono, że istotnie różnią się wynikami studentki z Polski i Francji ($p=0,000$), z Polski i Czech ($p=0,000$), z Włoch i Francji ($p=0,000$) oraz z Włoch i Czech ($p=0,000$).

Wpływ studentów na treści kształcenia znacznie wyżej oceniają badane kobiety z Francji ($M_3=18,50$) i Czech ($M_2=17,52$) w porównaniu z kobietami z Polski i Włoch. Różnice są wysoce istotne statystycznie ($H=91,396$; $df=3$; $p=0,000$). Porównując parami stwierdzono istotne różnice pomiędzy oceną kobiet z Włoch i Czech ($p=0,000$), z Włoch i Francji ($p=0,000$), z Polski i Czech ($p=0,000$), z Polski i Francji ($p=0,000$) oraz z Czech i – Francji ($p=0,028$).

Wpływ nauczycieli akademickich na rozwój osobisty studentów jest bardziej dostrzegany przez badane kobiety z Czech ($M_2=36,80$) w porównaniu z pozosta-

łymi grupami. Analiza testem Kruskala-Wallisa wykazała, że pomiędzy wynikami badanych kobiet z czterech krajów dotyczącymi analizowanej zmiennej występują różnice wysoce istotne statystycznie ($H=113,859$; $df=3$; $p=0,000$). Dotyczą wyników uzyskanych przez badane kobiety z Włoch i Polski ($p=0,000$), z Włoch i Francji ($p=0,000$), z Włoch i Czech ($p=0,000$), z Polski i Francji ($p=0,021$), z Polski i Czech ($p=0,000$) oraz z Francji i Czech ($p=0,001$).

Klimat społeczny w wymiarze „warunki rozwoju osobistego” wyżej oceniają badani studenci z Czech ($M_2=79,56$) oraz z Francji ($M_3=78,14$) w porównaniu z pozostałymi grupami. Najbardziej zgodne w swojej ocenie były studentki z Polski, o czym świadczy wartość odchylenia standardowego ($Sd_1=11,70$). Wynik testu Kruskala-Wallisa wskazuje, że badane kobiety z czterech krajów różnią się istotnie wynikami w tym wymiarze klimatu społecznego ($H=108,231$; $df=3$; $p=0,000$). Porównując parami stwierdzono istotne różnice pomiędzy oceną kobiet z Włoch i Polski ($p=0,025$), z Włoch i Francji ($p=0,000$), z Włoch i Czech ($p=0,000$), z Polski i Francji ($p=0,000$), a także z Polski i Czech ($p=0,000$).

Tabela 89. Wyniki badanych mężczyzn czterech krajów w wymiarze „Warunki rozwoju osobistego”

Skale	Mężczyźni z Polski		Mężczyźni z Czech		Mężczyźni z Francji		Mężczyźni z Włoch	
	M_1	Sd_1	M_2	Sd_2	M_3	Sd_3	M_4	Sd_4
Wpływ studentów na warunki życia na uczelni	22,49	4,81	24,57	3,98	24,24	4,31	21,99	4,39
Wpływ studentów na treści kształcenia	16,15	3,86	18,02	3,43	18,19	3,86	15,68	3,41
Wpływ nauczycieli akademickich na rozwój osobisty studentów	32,78	6,58	36,43	5,81	34,18	7,46	29,88	7,23
Warunki rozwoju osobistego	71,42	13,41	79,02	13,19	76,61	17,12	67,55	15,24

Wpływ studentów na warunki życia na uczelni najwyżej oceniają badani mężczyźni z Czech ($M_2=24,57$) oraz z Francji ($M_3=24,24$), a najniżej mężczyźni z Włoch ($M_4=21,99$). Analiza testem Kruskala-Wallisa wykazała, że pomiędzy wynikami badanych mężczyzn z czterech krajów dotyczącymi oceny wpływu studentów na warunki życia na uczelni występują różnice statystycznie istotne ($H=14,696$; $df=3$; $p=0,002$). Po porównaniu parami okazało się, że istotnie różnią się oceną mężczyźni z Włoch i Czech ($p=0,005$).

Badani mężczyźni z Czech ($M_2=18,02$) i Francji ($M_3=18,19$) również znacznie wyżej niż badani z pozostałych grup oceniają wpływ studentów na treści kształcenia. Różnice są wysoce istotne statystycznie ($H=28,876$; $df=3$; $p=0,000$). Po porównaniu parami stwierdzono, że istotnie różnią się wynikami studenci z Włoch i Czech ($p=0,001$), z Włoch i Francji ($p=0,000$) oraz z Polski i Francji ($p=0,021$).

Wpływ nauczycieli akademickich na rozwój osobisty studentów bardziej dostrzegają badani mężczyźni z Czech ($M_2=36,43$) w porównaniu z mężczyznami z pozostałych grup. Po porównaniu parami stwierdzono, że najbardziej różnią się oceną badani mężczyźni z Włoch i Francji ($p=0,022$) oraz z Włoch i Czech ($p=0,000$).

Mężczyźni z Czech najwyżej oceniają klimat społeczny w wymiarze „relacje interpersonalne” ($M_2=79,02$). Wynik testu Kruskala-Wallisa upoważnia do stwierdzenia, że badani mężczyźni z czterech krajów różnią się istotnie wynikami w tym wymiarze klimatu społecznego ($H=32,861$; $df=3$; $p=0,000$). Porównując parami stwierdzono istotne różnice pomiędzy oceną studentów z Włoch i Francji ($p=0,008$), a także z Włoch i Czech ($p=0,000$).

5.4.3. Wyniki badań dotyczące wymiaru klimatu społecznego – system organizacyjny uczelni

Uczelnia powinna opierać się na przejrzystych zasadach, począwszy od kryteriów przyjęć absolwentów szkół wyższych na studia. Procedury rekrutacyjne powinny w skuteczny sposób wybrać tę młodzież, która posiada faktyczne predyspozycje do wykonywania danego zawodu. W Uniwersytecie Pedagogicznym w roku 2015 warunkiem ubiegania się o status studenta było pozytywne zdanie egzaminu maturalnego z przedmiotów szkolnych wymaganych przez dany wydział oraz dokonanie elektronicznej rejestracji. Na kierunku pedagogika społeczno-opiekuńcza z pedagogiką szkolną przedmiotem tym jest część pisemna z języka polskiego, poziom podstawowy lub rozszerzony. Kryterium jest konkurs świadectw, brana jest średnia wszystkich ocen z języka polskiego zapisanych na świadectwie dojrzałości. Uczelnia jasno wyznaczyła terminy i miejsce składania dokumentów, które później będą rozpatrywane przez komisję rekrutacyjną⁴⁴⁹.

Istotna jest także organizacja procesu nauczania. Metody, jakimi posługują się prowadzący, powinny w wyraźny sposób aktywizować studentów do samodzielnego myślenia i rozwiązywania problemów. Istota tych metod polega na tworzeniu takich sytuacji edukacyjnych, jakie pozwolą studentowi na przeniesienie treści kształcenia na własne, prywatne doświadczenia⁴⁵⁰.

Dodatkowo w jasny sposób należy określić liczebność grup. Ta z kolei powinna zależeć od prowadzonej formy zajęć. W zajęciach w formie wykładu może uczestniczyć zdecydowanie większa liczba słuchaczy niż w laboratorium czy konwersatorium. Jest to zrozumiałe ze względu na potrzebę swobodnego dostępu do sprzętu laboratoryjnego czy rozmowę z prowadzącym⁴⁵¹.

⁴⁴⁹ O czym każdy kandydat na studia wiedzieć powinien?, <http://www.up.krakow.pl/rekrut/> (dostęp: 13.06.2012).

⁴⁵⁰ M. Taraszkiewicz, *Metody aktywizujące procesy uczenia się*, „Trendy – uczenia się w XXI wieku” 2005, 1, s. 19.

⁴⁵¹ Cz. Kupisiewicz, *Podstawy dydaktyki*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2005, s. 112.

Dodatkowym atutem, który uatrakcyjnia system organizacyjny uczelni jest dostępność pomocy dydaktycznych. Mogą one przybrać różne formy. Wśród nich wymienić można prezentacje multimedialne, skrypty, modele, mapy, zestawienia, wykresy – wszystko to, co ułatwi pracę studentom podczas zajęć dydaktycznych.

Uczelnia ma za zadanie wspierać rozwój indywidualny studentów. Jednym ze sposobów na stwarzanie studentom szansy na samokształcenie jest tworzenie kół naukowych. W Instytucie Nauk o Wychowaniu na Wydziale Pedagogicznym Uniwersytetu Pedagogicznego funkcjonuje pięć kół naukowych: Studenckie Koło Naukowe Pedagogów, Studenckie Koło Naukowe Edukacji Kreatywnej, Studenckie Koło Naukowe Animatorów Społeczności Lokalnej, Studenckie Koło Artystyczno-Naukowe Teatromanów oraz Koło Naukowe Prewencji Socjalnej⁴⁵². Działalność naukową poszerza także Studencki Wolontariat „Agape”.

Oceniając poprawność organizacji pracy uczelni, z pewnością ważnym kryterium stanie się przejrzystość zasad oceny studentów w formie egzaminów, zaliczeń czy prac zaliczeniowych. Student ma prawo znać wymagania na każdy z możliwych do uzyskania stopni, jak też powinien poznać recenzję każdej przedłożonej pracy dyplomowej. Najbardziej ogólnym dokumentem, do którego może student Uniwersytetu Pedagogicznego się odwołać jest regulamin studiów. Regulamin ustala zasady zaliczania kursu, zdawania egzaminów, zaliczania praktyk zawodowych, semestru, wpisów warunkowych, powtarzania semestru, skreślenia z listy studentów oraz wznowienia studiów⁴⁵³.

W skali klimatu społecznego – system organizacyjny uczelni – zawierają się dwie podskale. Pierwszą podskalę nazwano „przestrzeganie regulaminu studiów przez studentów i nauczycieli akademickich” i uwzględniono w niej m.in. następujące itemy:

- postępuję zgodnie z regulaminem studiów, który jest mi znany,
- nauczyciele akademicy zaczynają i kończą zajęcia zgodnie z harmonogramem,
- jeśli ktoś nie przestrzega zasad współżycia może zostać ukarany, a nawet relegowany z uczelni.

W drugiej podskali „postawy i zachowania nauczycieli akademickich i innych pracowników uczelni” zawarte są m.in. następujące itemy:

- pracownicy administracyjni uczelni są otwarci na wszelkie uwagi studentów i zawsze im pomagają,
- pracownicy uczelni są wzorem postaw i zachowań prozdrowotnych,
- nauczyciele akademicy nie przesadzają z dyscypliną i rygiorem na zajęciach.

W tej skali każda badana osoba mogła uzyskać od 17 do 85 punktów, więc wynik przeciętny wynosi 51 punktów.

⁴⁵² *Koła naukowe*, <http://www.up.krakow.pl/inow/?a=pages&id=28> (dostęp: 13.06.2012).

⁴⁵³ *Regulamin*, http://www.up.krakow.pl/main/?page=regulamin_studiow_od_2007 (dostęp: 12.06.2012).

Tabela 90. Wyniki badanych kobiet i mężczyzn w wymiarze „System organizacyjny uczelni”

Skale	Kobiety		Mężczyźni		z	p
	M ₁	Sd ₁	M ₂	Sd ₂		
Przestrzeganie regulaminu studiów	30,23	7,33	29,96	6,49	-1,324	0,186
Postawy i zachowania pracowników uczelni	24,17	4,27	23,79	4,04	-1,290	0,197
System organizacyjny	54,40	13,82	53,75	13,47	-1,237	0,216

Badane kobiety i badani mężczyźni (niezależnie od kraju) w podobny sposób oceniają przestrzeganie regulaminu studiów na swoich uczelniach (M₁=30,23; M₂=29,96). Porównując wyniki testem U Manna-Whitneya nie stwierdzono różnic statystycznie istotnych (Z=-1,324; p=0,186).

W podobnym stopniu badane kobiety i badani mężczyźni dostrzegają w swoich uczelniach postawy i zachowania pracowników uczelni (M₁=24,17; M₂=23,79). Różnice nie są istotne statystycznie (Z=-1,290; p=0,197).

Średnie wyników uzyskanych przez badane kobiety i mężczyzn w skali „system organizacyjny” nie różnią się istotnie. Ocena badanych kobiet i mężczyzn jest podobna (M₁=54,40; M₂=53,75). Wynik analizy testem U Manna-Whitneya wskazuje, że nie występują różnice istotne statystycznie (Z=-1,237; p=0,216).

Tabela 91. Wyniki badanych studentów z czterech krajów w wymiarze „System organizacyjny uczelni”

Skale	Studenci z Polski		Studenci z Czech		Studenci z Francji		Studenci z Włoch	
	M ₁	Sd ₁	M ₂	Sd ₂	M ₃	Sd ₃	M ₄	Sd ₄
Przestrzeganie regulaminu studiów	32,76	4,83	34,44	5,23	23,57	7,38	29,75	4,76
Postawy i zachowania pracowników uczelni	24,55	4,44	24,62	4,24	23,46	4,22	22,81	3,91
System organizacyjny	57,31	8,34	59,06	13,02	47,03	13,40	52,56	14,44

Przestrzeganie regulaminu studiów przez studentów i nauczycieli akademickich najwyżej oceniają respondenci z Czech (M₂=34,44), a najniżej z Francji (M₃=23,57). Analiza testem Kruskala-Wallisa wykazała, że pomiędzy wynikami badanych studentów z czterech krajów (niezależnie od płci) dotyczącymi analizowanej zmiennej występują różnice wysoce istotne statystycznie (H=293,655; df=3; p=0,000). Po porównaniu parami okazało się, że istotnie różnią się oceną studenci z Francji i Włoch (p=0,000), z Francji i Polski (p=0,000), z Francji

i Czech ($p=0,000$), z Włoch i Polski ($p=0,001$), z Włoch i Czech ($p=0,000$) oraz z Polski i Czech ($p=0,003$).

Badani studenci z Czech ($M_2=24,62$) i Polski ($M_1=24,55$) wyżej niż badani z pozostałych grup oceniają postawy i zachowania pracowników uczelni. Różnice są statystycznie istotne ($H=16,409$; $df=3$; $p=0,001$). Po porównaniu parami stwierdzono, że istotnie różnią się wynikami studenci z Francji i Polski ($p=0,013$) oraz z Francji i Czech ($p=0,002$).

Klimat społeczny w wymiarze „system organizacyjny uczelni” najwyżej oceniają badani studenci z Czech ($M_2=59,06$ oraz z Polski ($M_1=57,31$) w porównaniu z pozostałymi grupami. Wynik testu Kruskala-Wallisa upoważnia do stwierdzenia, że badani studenci z czterech krajów różnią się istotnie wynikami w tym wymiarze klimatu społecznego ($H=221,768$; $df=3$; $p=0,000$). Porównując parami stwierdzono istotne różnice pomiędzy oceną studentów z Francji i Włoch ($p=0,000$), z Francji i Polski ($p=0,000$), z Francji i Czech ($p=0,000$), z Włoch i Polski ($p=0,000$) oraz z Włoch i Czech ($p=0,000$).

Tabela 92. Wyniki badanych kobiet z czterech krajów w wymiarze „System organizacyjny uczelni”

Skale	Kobiety z Polski		Kobiety z Czech		Kobiety z Francji		Kobiety z Włoch	
	M_1	Sd_1	M_2	Sd_2	M_3	Sd_3	M_4	Sd_4
Przestrzeganie regulaminu studiów	33,06	4,76	34,58	5,21	23,53	7,37	30,29	4,17
Postawy i zachowania pracowników uczelni	24,69	4,33	24,48	4,35	23,60	4,27	23,05	3,98
System organizacyjny	57,75	8,12	59,06	12,97	47,13	13,17	53,34	15,70

Badane kobiety z Czech ($M_2=34,58$) wyżej niż badane z pozostałych grup oceniają przestrzeganie regulaminu studiów przez studentów i nauczycieli akademickich. Różnice są wysoce istotne statystycznie ($H=271,291$; $df=3$; $p=0,000$). Po porównaniu parami stwierdzono, że istotnie różnią się wynikami studentki z Francji i Włoch ($p=0,000$), z Francji i Polski ($p=0,000$), z Francji i Czech ($p=0,000$), z Włoch i Polski ($p=0,032$), z Włoch i Czech ($p=0,000$), oraz z Polski i Czech ($p=0,025$).

Postawy i zachowania pracowników uczelni są najwyżej oceniane przez badane kobiety z Polski ($M_1=24,69$) i Czech ($M_2=24,48$) w porównaniu z pozostałymi grupami. Analiza testem Kruskala-Wallisa wykazała, że pomiędzy wynikami badanych kobiet z czterech krajów dotyczącymi analizowanej zmiennej występują różnice istotne statystycznie ($H=9,676$; $df=3$; $p=0,022$). Dotyczą wyników uzyskanych przez badane kobiety z Francji i Polski ($p=0,036$).

Klimat społeczny w skali „system organizacyjny uczelni” wyżej oceniają badanie studentki z Czech ($M_2=59,06$) i Polski ($M_1=57,75$) niż kobiety z Francji

i Włoch. Wynik testu Kruskala-Wallisa wskazuje, że badane kobiety różnią się istotnie oceną w tym wymiarze ($H=173,474$, $df=3$; $p=0,000$). Po porównaniu parami okazało się, że istotnie różnią się oceną kobiety z Francji i Włoch ($p=0,000$), z Francji i Polski ($p=0,000$), z Francji i Czech ($p=0,000$), z Włoch i Polski ($p=0,001$) oraz z Włoch i Czech ($p=0,000$).

Tabela 93. Wyniki badanych mężczyzn z czterech krajów w wymiarze „System organizacyjny uczelni”

Skale	Mężczyźni z Polski		Mężczyźni z Czech		Mężczyźni z Francji		Mężczyźni z Włoch	
	M_1	Sd_1	M_2	Sd_2	M_3	Sd_3	M_4	Sd_4
Przestrzeganie regulaminu studiów	31,54	4,98	33,84	5,33	23,76	7,47	29,15	5,29
Postawy i zachowania pracowników uczelni	23,98	4,85	25,18	3,76	22,78	3,90	23,54	3,83
System organizacyjny	55,52	9,05	59,02	13,34	46,54	14,55	52,69	12,87

Przestrzeganie regulaminu studiów przez studentów i nauczycieli akademickich najwyżej oceniają badani mężczyźni z Czech ($M_2=33,84$) w porównaniu z badanymi z pozostałych grup. Analiza testem Kruskala-Wallisa wykazała, że pomiędzy wynikami badanych mężczyzn z czterech krajów dotyczącymi analizowanej zmiennej występują różnice wysoce istotne statystycznie ($H=56,945$; $df=3$; $p=0,000$). Po porównaniu parami okazało się, że istotnie różnią się oceną mężczyźni z Francji i Włoch ($p=0,000$), z Francji i Polski ($p=0,000$), z Francji i Czech ($p=0,000$), a także z Włoch i Czech ($p=0,000$).

Badani mężczyźni z Czech ($M_2=25,18$) również znacznie wyżej niż badani z pozostałych grup oceniają postawy i zachowania pracowników uczelni. Różnice są statystycznie istotne ($H=10,908$; $df=3$; $p=0,012$). Po porównaniu parami stwierdzono, że istotnie różnią się wynikami studenci z Francji i Czech ($p=0,007$).

Mężczyźni z Czech ($M_2=59,02$) oraz z Polski ($M_1=55,52$) wyżej oceniają klimat społeczny w wymiarze „system organizacyjny uczelni” niż pozostali badani. Wynik testu Kruskala-Wallisa upoważnia do stwierdzenia, że badani mężczyźni z czterech krajów różnią się istotnie wynikami w tym wymiarze klimatu społecznego ($H=47,108$; $df=3$; $p=0,000$). Porównując parami stwierdzono istotne różnice pomiędzy oceną studentów z Francji i Włoch ($p=0,000$), z Francji i Polski ($p=0,000$), z Francji i Czech ($p=0,000$), z Włoch i Czech ($p=0,001$).

5.4.4. Wyniki badań dotyczące klimatu społecznego w skali ogólnej

Przeanalizowano również wyniki badanych studentów w wymiarze ogólnym klimatu społecznego. W skali ogólnej każda badana osoba mogła uzyskać od 69 do 345 punktów, więc wynik przeciętny wynosi 207 punktów.

Tabela 94. Wyniki badanych kobiet i mężczyzn w skali ogólnej klimatu społecznego

Skala	Kobiety		Mężczyźni		z	p
	M ₁	Sd ₁	M ₂	Sd ₂		
Klimat społeczny	209,96	36,81	205,49	35,93	-2,246	0,025

Badane kobiety znacznie wyżej niż mężczyźni oceniają klimat społeczny swoich uczelni (M₁=209,96; M₂=205,49). Na podstawie wyników analizy testem U Manna-Whitneya stwierdzono, że kobiety i mężczyźni (niezależnie od kraju) różnią się istotnie wynikami w skali ogólnej klimatu społecznego (Z=-2,246; p=0,025).

Tabela 95. Wyniki badanych studentów z czterech krajów w skali ogólnej klimatu społecznego

Skala	Studenci z Polski		Studenci z Czech		Studenci z Francji		Studenci z Włoch	
	M ₁	Sd ₁	M ₂	Sd ₂	M ₃	Sd ₃	M ₄	Sd ₄
Klimat społeczny	206,7	27,51	223,64	33,06	200,98	28,99	196,56	37,8

Klimat społeczny panujący na uczelniach, w których studiują najwyżej oceniają badani studenci z Czech (M₂=223,64). Porównując wyniki testem Kruskala-Wallisa stwierdzono wysoce istotne statystycznie różnice (H=112,601, df=3; p=0,000). Największe, istotne różnice wystąpiły pomiędzy wynikami badanych studentów z Francji i Polski (p=0,004), z Francji i Czech (p=0,000), z Włoch i Polski (p=0,028), z Włoch i Czech (p=0,000) oraz z Polski i Czech (p=0,000). Biorąc pod uwagę wartości odchylenia standardowego można stwierdzić, że najbardziej jednomyślni w ocenie ogólnej klimatu społecznego byli badani studenci z Polski (Sd₁=27,51) w porównaniu z pozostałymi grupami.

Tabela 96. Wyniki badanych kobiet z czterech krajów w skali ogólnej klimatu społecznego

Skala	Kobiety z Polski		Kobiety z Czech		Kobiety z Francji		Kobiety z Włoch	
	M ₁	Sd ₁	M ₂	Sd ₂	M ₃	Sd ₃	M ₄	Sd ₄
Klimat społeczny	206,91	26,58	223,86	33,89	201,67	37,50	199,43	41,89

Badane kobiety z Czech znacznie wyżej niż respondentki z pozostałych grup oceniają klimat społeczny swoich uczelni (M₂=223,86). Na podstawie wyników analizy testem Kruskala-Wallisa stwierdzono, że kobiety z czterech grup różnią się istotnie wynikami w skali ogólnej klimatu społecznego (H=82,543; df=3;

$p=0,000$). Różnice statystycznie istotne stwierdzono pomiędzy wynikami badanych kobiet z Francji i Polski ($p=0,038$), z Francji i Czech ($p=0,000$), z Włoch i Czech ($p=0,000$) oraz z Polski i Czech ($p=0,000$).

Tabela 97. Wyniki badanych mężczyzn z czterech krajów w skali ogólnej klimatu społecznego

Skala	Mężczyźni z Polski		Mężczyźni z Czech		Mężczyźni z Francji		Mężczyźni z Włoch	
	M_1	Sd_1	M_2	Sd_2	M_3	Sd_3	M_4	Sd_4
Klimat społeczny	205,46	31,36	222,73	29,59	196,57	45,37	198,15	32,71

Również badani mężczyźni z Czech ($M_2=222,73$) najwyżżej oceniają klimat społeczny swoich uczelni w porównaniu z mężczyznami z pozostałych krajów. Najniżej klimat społeczny jest oceniany przez badanych mężczyzn z Francji ($M_3=196,57$). Porównując wyniki testem Kruskala-Wallisa stwierdzono wysoce istotne statystycznie różnice ($H=24,445$, $df=3$; $p=0,000$). Istotne różnice wystąpiły pomiędzy wynikami badanych studentów z Francji i Czech ($p=0,000$) oraz z Włoch i Czech ($p=0,000$). Wartości odchylenia standardowego wskazują na to, że największe rozbieżności w ocenie ogólnej klimatu społecznego wystąpiły wśród studentów z Francji ($Sd_3=45,37$).

5.5. Klimat społeczny a wybrane elementy stanu zdrowia studentów

Do oceny zależności pomiędzy oceną klimatu społecznego w różnych wymiarach a samooceną zdrowia i zachowań zdrowotnych przez badanych studentów obliczono współczynniki korelacji tau-b Kendalla. Takie współczynniki powinno stosować się w przypadku, gdy obie zmienne lub przynajmniej jedna z nich mierzone są na skali porządkowej⁴⁵⁴. Wzięto pod uwagę wyniki badanych z czterech krajów ogółem, wyniki badanych kobiet i mężczyzn niezależnie od kraju oraz wyniki badanych studentów z poszczególnych krajów, czyli z Polski, Czech, Francji i Włoch.

Ze względu na duże liczebności grup, aby uniknąć błędów interpretacyjnych, jako istotne wzięto pod uwagę tylko te korelacje, w przypadku których $p < 0,01$.

Pomiędzy oceną występowania trudności z koncentracją uwagi a skalą klimatu społecznego „warunki rozwoju osobistego” korelacja wynosi 0,165 i można stwierdzić, że jest ona bardzo niska a zależność prawie nic nieznacząca. Siła związku jest bardzo słaba, a procent wyjaśnianej wariancji jest niewielki. Można przypuszczać, że im wyższe są wyniki oceny w skali „warunki rozwoju osobistego”, tym nieznacznie wyższa jest ocena występowania trudności z koncentracją uwagi przez badanych studentów z czterech krajów.

⁴⁵⁴ S. Bedyńska, A. Brzezicka, *Statystyczny drogowskaz...*, s. 113.

Tabela 98. Korelacje pomiędzy oceną klimatu społecznego a wybranymi aspektami zdrowia badanych studentów (niezależnie od płci)

	Relacje interpersonalne	Warunki rozwoju osobistego	System organizacyjny	Skala ogólna
Ogólna samoocena zdrowia	-0,006	-0,009	-0,033	-0,022
Samoocena sprawności fizycznej	0,013	-0,035	0,015	-0,009
Samoocena umiejętności radzenia sobie z problemami	0,030	0,002	0,008	0,007
Samoocena umiejętności radzenia sobie z emocjami	0,026	-0,014	0,062	0,018
Występowanie trudności z koncentracją uwagi	0,078	0,165**	0,082**	0,099**
Zażywanie środków nasennych	-0,013	0,019	-0,005	-0,007

** korelacje istotne na poziomie $p < 0,01$

W przypadku korelacji pomiędzy oceną występowania trudności z koncentracją uwagi a skalami klimatu społecznego „system organizacyjny” oraz „skala ogólna” występują bardzo niskie związki dodatnie, które możemy interpretować jako nic nieznaczące.

Tabela 99. Korelacje pomiędzy oceną klimatu społecznym a wybranymi aspektami zdrowia badanych kobiet (niezależnie od kraju)

	Relacje interpersonalne	Warunki rozwoju osobistego	System organizacyjny	Skala ogólna
Ogólna samoocena zdrowia	-0,025	-0,023	-0,031	-0,037
Samoocena sprawności fizycznej	0,028	-0,021	0,018	0,004
Samoocena umiejętności radzenia sobie z problemami	0,038	0,001	0,024	0,017
Samoocena umiejętności radzenia sobie z emocjami	0,048	-0,029	0,082	0,028
Występowanie trudności z koncentracją uwagi	0,073	0,132**	0,128**	0,133**
Zażywanie środków nasennych	-0,028	0,007	-0,023	-0,006

** korelacje na poziomie $p < 0,01$

W przypadku korelacji pomiędzy wynikami badanych kobiet dotyczącymi oceny występowania trudności z koncentracją uwagi a wynikami w skalach „wa-

runki rozwoju osobistego” (0,132), „system organizacyjny” (0,128) oraz w skali ogólnej (0,133) należy stwierdzić, że siła związku jest bardzo słaba a zależność prawie nic nieznacząca. Można przypuszczać, że kobiety z czterech krajów, które wyżej oceniły trudności z koncentracją uwagi również nieznacznie wyższe wyniki uzyskały w zakresie oceny tych trzech wymiarów klimatu społecznego swojej uczelni.

Tabela 100. Korelacje pomiędzy klimatem społecznym a wybranymi aspektami zdrowia badanych mężczyzn (niezależnie od kraju)

	Relacje interpersonalne	Warunki rozwoju osobistego	System organizacyjny	Skala ogólna
Ogólna samoocena zdrowia	0,039	0,043	-0,034	0,025
Samoocena sprawności fizycznej	-0,020	-0,044	0,013	-0,030
Samoocena umiejętności radzenia sobie z problemami	0,009	0,021	-0,035	-0,014
Samoocena umiejętności radzenia sobie z emocjami	-0,026	0,062	0,013	0,011
Występowanie trudności z koncentracją uwagi	0,044	0,175**	0,018	0,092
Zażywanie środków nasennych	0,030	0,052	0,050	0,042

** korelacje istotne na poziomie $p < 0,01$

W przypadku sprawdzania związku pomiędzy wynikami badanych mężczyzn dotyczącymi oceny wybranych aspektów zdrowia psychicznego a wynikami w poszczególnych skalach klimatu społecznego stwierdzono występowanie jednej korelacji istotnej statystycznie. Ujawniła się ona pomiędzy oceną występowania trudności z koncentracją uwagi a oceną warunków rozwoju osobistego na uczelni i wynosi 0,175. Zależność tę można interpretować jako bardzo słabą, prawie nic nieznaczącą. Wyższym wynikiem uzyskanym przez badanych mężczyzn w skali „warunki rozwoju osobistego” towarzyszą tylko nieco wyższe wyniki oceny trudności z koncentracją uwagi.

Pomiędzy oceną występowania trudności z koncentracją uwagi przez studentów z Polski a ich wynikami w skali klimatu społecznego „relacje interpersonalne” korelacja wynosi 0,215 i można stwierdzić, że jest ona dodatnia, dość niska, lecz istotna statystycznie. Również pomiędzy oceną występowania trudności z koncentracją uwagi a wynikami w skali ogólnej oceny klimatu społecznego występującą korelację (0,175) można uznać za bardzo niską. Oznaczać to może, że studenci z Polski, którzy uzyskują wyższe wyniki w tych skalach zauważają większe trudności z koncentracją uwagi.

Tabela 101. Korelacje pomiędzy klimatem społecznym a wybranymi aspektami zdrowia badanych studentów z Polski

	Relacje interpersonalne	Warunki rozwoju osobistego	System organizacyjny	Skala ogólna
Ogólna samoocena zdrowia	-0,043	-0,006	-0,004	-0,022
Samoocena sprawności fizycznej	0,002	0,041	0,042	0,021
Samoocena umiejętności radzenia sobie z problemami	0,070	0,072	-0,028	0,054
Samoocena umiejętności radzenia sobie z emocjami	-0,016	-0,024	-0,036	-0,025
Występowanie trudności z koncentracją uwagi	0,215**	0,106	0,103	0,175**
Zażywanie środków nasennych	-0,013	-0,002	-0,050	-0,013

** korelacje istotne na poziomie $p < 0,01$

Tabela 102. Korelacje pomiędzy klimatem społecznym a wybranymi aspektami zdrowia badanych studentów z Czech

	Relacje interpersonalne	Warunki rozwoju osobistego	System organizacyjny	Skala ogólna
Ogólna samoocena zdrowia	0,067	-0,049	-0,059	-0,002
Samoocena sprawności fizycznej	0,082	-0,015	0,019	0,021
Samoocena umiejętności radzenia sobie z problemami	-0,018	-0,131**	-0,028	-0,098
Samoocena umiejętności radzenia sobie z emocjami	0,025	-0,017	0,192**	0,088
Występowanie trudności z koncentracją uwagi	-0,055	-0,093	-0,024	-0,080
Zażywanie środków nasennych	0,009	0,041	0,060	0,051

** korelacje istotne na poziomie $p < 0,01$

W przypadku sprawdzania związku pomiędzy wynikami badanych studentów z Czech dotyczącymi oceny wybranych aspektów oceny swojego zdrowia i zachowań zdrowotnych a wynikami w poszczególnych skalach klimatu społecznego stwierdzono występowanie dwóch korelacji istotnych statystycznie. Pomędzy wynikami w zakresie samooceny umiejętności radzenia sobie z problemami a wynikami w skali „warunki rozwoju osobistego” występuje niska korelacja ujemna

(-0,131). Oznacza to, że studenci oceniający wyżej klimat społeczny w tej skali nieco niżej oceniają swoje umiejętności w zakresie radzenia sobie z problemami.

Drugi istotny związek o kierunku dodatnim i bardzo słabej sile występuje pomiędzy wynikami samooceny umiejętności radzenia sobie z emocjami a oceną klimatu społecznego w wymiarze „system organizacyjny” (0,192). Można przypuszczać, że badani studenci z Czech, którzy wyżej oceniają ten wymiar klimatu społecznego mają nieco większe umiejętności radzenia sobie z emocjami.

Tabela 103. Korelacje pomiędzy klimatem społecznym a wybranymi aspektami zdrowia badanych studentów z Francji

	Relacje interpersonalne	Warunki rozwoju osobistego	System organizacyjny	Skala ogólna
Ogólna samoocena zdrowia	-0,093	0,226**	0,124**	0,187**
Samoocena sprawności fizycznej	-0,025	-0,062	-0,032	-0,052
Samoocena umiejętności radzenia sobie z problemami	0,019	0,037	0,085	0,048
Samoocena umiejętności radzenia sobie z emocjami	0,029	0,036	-0,001	0,034
Występowanie trudności z koncentracją uwagi	-0,081	0,001	0,043	-0,031
Zażywanie środków nasennych	0,003	0,039	-0,016	0,016

** korelacje istotne na poziomie $p < 0,01$

Pomiędzy wynikami w zakresie ogólnej samooceny zdrowia a wynikami w skali klimatu społecznego „warunki rozwoju osobistego” występuje słaba korelacja ujemna (0,226), istotna statystycznie. Oznacza to, że badani uzyskujący wyższe wyniki w tej skali również nieco wyżej oceniają ogólnie stan swojego zdrowia. W przypadku zależności pomiędzy ogólną samooceną zdrowia a wynikami oceny systemu organizacyjnego uczelni oraz oceny klimatu społecznego w skali ogólnej badanych studentów z Francji występują nikłe związki ujemne (odpowiednio: 0,124 i 0,187). Można przypuszczać, że badani uzyskujący wyższe wyniki w tych skalach klimatu społecznego mają nieco lepszą ogólną samoocenę swojego zdrowia.

Poszukując związku pomiędzy wynikami uzyskanymi przez badanych studentów z Włoch w poszczególnych skalach klimatu społecznego a oceną wybranych aspektów zdrowia i zachowań zdrowotnych stwierdzono słabą korelację dodatnią pomiędzy ich ogólną samooceną zdrowia a oceną klimatu społecznego w skali „warunki rozwoju osobistego” (0,207). Oznacza to, że badani oceniający wyżej klimat społeczny w tej skali również nieco wyżej oceniają swój ogólny stan zdrowia.

Tabela 104. Korelacje pomiędzy klimatem społecznym a samooceną wybranych aspektów zdrowia badanych studentów z Włoch

	Relacje interpersonalne	Warunki rozwoju osobistego	System organizacyjny	Skala ogólna
Ogólna samoocena zdrowia	-0,028	0,217**	0,068	0,172**
Samoocena sprawności fizycznej	0,007	0,005	0,043	0,019
Samoocena umiejętności radzenia sobie z problemami	0,032	-0,022	-0,028	-0,018
Samoocena umiejętności radzenia sobie z emocjami	-0,025	0,021	-0,002	-0,019
Występowanie trudności z koncentracją uwagi	0,059	0,090	0,023	0,082
Zażywanie środków nasennych	-0,008	0,025	0,016	0,005

** korelacje istotne na poziomie $p < 0,01$

Korelacja pomiędzy wynikami ogólnej samooceny zdrowia a oceną klimatu społecznego uczelni w skali ogólnej wynosi 0,172 i można ją interpretować jako bardzo słabą, a związek jako niewiele znaczący.

5.6. Wyniki w podskalach klimatu społecznego, jako predyktory wybranych aspektów zdrowia psychicznego – analiza regresji logistycznej

W pierwszej części analizy regresji logistycznej sprawdzono, czy i w jakim stopniu wyniki w podskalach klimatu społecznego warunkują samoocenę samopoczucia psychicznego badanych studentów. Wzięto pod uwagę następujące podskale: ocenę poziomu życia społecznego, ocenę wybranych elementów procesu dydaktycznego, ocenę wpływu studentów na warunki życia na uczelni, ocenę wpływu studentów na treści kształcenia, ocenę wpływu nauczycieli akademickich na rozwój osobisty studentów, ocenę przestrzegania regulaminu studiów przez studentów i nauczycieli akademickich, ocenę postaw i zachowania nauczycieli akademickich oraz innych pracowników uczelni.

Zastosowano model regresji logistycznej metodą eliminacji wstecznej w oparciu o iloraz wiarygodności, która usuwa kolejne nieistotne zmienne. Grupie studentów, którzy oceniają swoje samopoczucie psychiczne jako „dobre” przypisano wartość 1, a grupie studentów oceniających to samopoczucie jako „złe” – wartość 0. Wyniki regresji logistycznej przedstawione zostały w tabeli 105.

Przeprowadzona analiza regresji logistycznej ujawniła, że w ostatecznym modelu, wyestymowanym w 6 krokach, znalazły się dwie zmienne. Predyktorami oceny dobrego samopoczucia okazały się: „ocena wpływu studentów na treści kształce-

nia” oraz „ocena przestrzegania regulaminu studiów przez studentów i nauczycieli akademickich” spośród siedmiu wprowadzonych zmiennych niezależnych.

Tabela 105. Wyniki regresji logistycznej, predyktory dla zmiennej „ocena samopoczucia psychicznego”

Zmienne		β	SE	Wald	df	p	OR	95% przedział ufności dla OR	
								Dolna granica	Górna granica
krok 1	ocena poziomu życia społecznego	-0,017	0,015	1,305	1	0,253	0,983	0,955	1,012
	ocena wybranych elementów procesu dydaktycznego	0,025	0,014	3,049	1	0,081	1,025	0,997	1,054
	ocena wpływu studentów na warunki życia na uczelni	0,024	0,021	1,248	1	0,264	1,024	0,982	1,068
	ocena wpływu studentów na treści kształcenia	0,044	0,022	3,902	1	0,048	1,045	1,000	1,091
	ocena wpływu nauczycieli akademickich na rozwój osobisty studentów	-0,008	0,013	0,384	1	0,536	0,992	0,967	1,017
	ocena przestrzegania regulaminu studiów przez studentów i nauczycieli akademickich	-0,026	0,011	5,022	1	0,025	0,975	0,953	0,997
	ocena postaw i zachowania nauczycieli akademickich oraz innych pracowników uczelni	-0,021	0,020	1,105	1	0,293	0,979	0,942	1,018
	stała	0,130	0,540	0,057	1	0,811	1,138		
krok 6	ocena wpływu studentów na treści kształcenia	0,054	0,017	9,765	1	0,002	1,055	1,020	1,091
	ocena przestrzegania regulaminu studiów przez studentów i nauczycieli akademickich	-0,022	0,009	5,809	1	0,016	0,979	0,961	0,996
	stała	-0,033	0,399	0,007	1	0,935	0,968		
Zmienna „ocena wpływu studentów na treści kształcenia”: L=-714,710 ; LR=9,888; df=1; p=0,002; OR(s)=1,222 (s=3,71)									
Zmienna „ocena przestrzegania regulaminu studiów przez studentów i nauczycieli akademickich”: L=-712,706; LR=5,878; df=1; p=0,015; OR(s)=0,855 (s=7,12)									
Test Hosmera-Lemeshowa: $\chi^2=6,739$, df=8, p=0,565; R ² Coxa i Snella=0,164; R ² Nagelkerke=0,257									
Poprawnych klasyfikacji ogółem 55,4%									

Wynik dobroci dopasowania Hosmera-Lemeshowa jest nieistotny ($\chi^2=6,739$, $p>0,05$), co oznacza, że uzyskany model jest dobrze dostosowany do danych empirycznych. Model tłumaczy 25,7% wariancji zmiennej zależnej, czyli dobrej oceny samopoczucia psychicznego (pseudoR² Nagelkerkego = 0,257). Przedstawiony model został uzyskany w 6. kroku, pozwala na poprawne zakwalifikowanie 55,4% przypadków.

Zmienna „ocena wpływu studentów na treści kształcenia” znalazła się w wyestymowanym modelu ze znakiem dodatnim, co oznacza, że ma dodatnią moc predykcyjną dla pozytywnej oceny samopoczucia psychicznego przez studentów. Natomiast ujemny znak zmiennej „ocena przestrzegania regulaminu studiów przez studentów i nauczycieli akademickich” ($\beta=-0,022$) wskazuje na to, że ma ona moc predykcyjną ujemną.

W przypadku zmiennej „ocena wpływu studentów na treści kształcenia” otrzymany iloraz szans OR (Odds Ratio) wynosi 1,055, i wskazuje na to, że im korzystniej badani oceniają wpływ studentów na treści kształcenia, tym wyższe jest prawdopodobieństwo pozytywnej oceny samopoczucia psychicznego. Zmiana wyniku o +1 (przy zastosowaniu pięciostopniowej skali) pozwala przewidywać zwiększenie szansy na pozytywną ocenę o około 5,5%. Wartość współczynnika regresji (β) dla tego predyktora wynosi 0,054 ($p<0,01$).

Wzrost wartości zmiennej o jedną jednostkę wydaje się być mało znaczący i trudny do interpretacji, ponieważ nie obrazuje w sposób komunikatywny wpływu ilościowej zmiennej niezależnej. Przy zmiennych ilościowych o dużym rozstępie wyliczone ilorazy szans dla zmiany jednostkowej są zazwyczaj bardzo zbliżone do wartości 1⁴⁵⁵. Dlatego zdecydowano się na obliczenie dodatkowo ilorazu szans opartego na zmianie zmiennej niezależnej o wartość odchylenia standardowego w badanej próbie.

Do obliczenia ilorazu szans biorąc pod uwagę odchylenie standardowe, który w tej pracy oznaczony jest symbolem OR(s) zastosowano wzór:

$$OR(s) = e^{\beta s}$$

W tym wzorze e to wartość liczby Eulera, która wynosi w przybliżeniu 2,71828, β to wartość współczynnika regresji, natomiast s jest wartością odchylenia standardowego. Iloraz szans dla dowolnej zmiany wartości predyktora oblicza się mnożąc wielkość tej zmiany przez uzyskany współczynnik regresji i podniesienie wartości liczby Eulera do uzyskanego iloczynu⁴⁵⁶.

Obliczony OR(s) wskazuje jak zmieni się (wzrośnie lub się zmniejszy) ryzyko wystąpienia zjawiska kryterialnego, gdy wartość zmiennej niezależnej wzrośnie o jedno odchylenie standardowe.

⁴⁵⁵ B. Danieluk. *Zastosowanie regresji logistycznej w badaniach eksperymentalnych*, „Psychologia Społeczna” 2010, tom 5, 2–3(14), s. 208.

⁴⁵⁶ Ibidem, s. 208.

Iloraz szans OR(s) dla zmiennej „ocena wpływu studentów na treści kształcenia” wynosi 1,222. W przypadku zwiększenia się wyników o jedno odchylenie standardowe szansa na pozytywną ocenę samopoczucia psychicznego wzrasta ponad 20%.

Wyliczony iloraz szans dla zmiennej „ocena przestrzegania regulaminu studiów przez studentów i nauczycieli akademickich” (OR=0,979) ujawnia, że gdy wynik w teście wzrośnie o 1, szansa na dobrą ocenę samopoczucia psychicznego zmniejszy się o około 2%. Natomiast przy zastosowaniu zmiany o wartość jednego odchylenia standardowego OR(s) wynosi 0,855, co oznacza, że prawdopodobieństwo dobrej oceny samopoczucia psychicznego zmniejszy się o około 15%.

Następnie sprawdzono, czy i w jakim stopniu wyniki w podskalach klimatu społecznego warunkują ocenę występowania depresji u badanych studentów. Wzięto pod uwagę, podobnie jak w przypadku poprzedniej zmiennej zależnej, siedem podskal klimatu społecznego.

Zastosowano również model regresji logistycznej metodą eliminacji wstecznej w oparciu o iloraz wiarygodności. Grupie studentów stwierdzających u siebie występowanie depresji przypisano wartość 1, a grupie studentów, którzy twierdzili, że nie występuje u nich depresja – wartość 0.

Analiza regresji logistycznej ujawniła, że w ostatecznym modelu, wyestymowanym w 6 krokach znalazły dwie zmienne. Predyktorami oceny występowania depresji okazały się: „ocena wybranych elementów procesu dydaktycznego” oraz „ocena wpływu nauczycieli akademickich na rozwój osobisty studentów” spośród siedmiu wprowadzonych zmiennych niezależnych.

Wynik dobroci dopasowania Hosmera-Lemeshowa jest nieistotny ($\chi^2=3,111$, $p>0,05$) i wskazuje na to, że uzyskany model jest dobrze dostosowany do danych empirycznych. Model tłumaczy 28,7% wariancji zmiennej zależnej, czyli oceny występowania depresji (pseudoR² Nagelkerkego=0,287). Przedstawiony model uzyskany w 6. kroku pozwala na poprawne zakwalifikowanie 80,8% przypadków.

Zmienna „ocena wybranych elementów procesu dydaktycznego” jest ujemnie związana z oceną występowania depresji. Iloraz szans dla tej zmiennej wynosi 0,946 i jako mniejszy od 1 wskazuje na ujemny znak wyodrębnionego predyktora. Informuje również, że jednostkowy wzrost wyników oceny wybranych elementów procesu dydaktycznego zmniejsza ocenę występowania depresji o 5,4%. Natomiast przy zastosowaniu zmiany o jedno odchylenie standardowe, które dla tej zmiennej wynosi 7,16, wyliczony iloraz szans OR(s)=0,674 wskazuje, że ocena ta może zmniejszyć się o ponad 30%.

Zmienna „ocena wpływu nauczycieli akademickich na rozwój osobisty studentów” znalazła się w wyestymowanym modelu ze znakiem dodatnim, co oznacza, że ma dodatnią moc predykcyjną dla występowania depresji w ocenie studentów. Uzyskany iloraz szans OR (Odds Ratio) wynosi 1,044, i wskazuje na to, że im korzystniej badani oceniają wpływ nauczycieli akademickich na rozwój osobisty studentów, tym wyższe jest prawdopodobieństwo oceny występowania

Tabela 106. Wyniki regresji logistycznej, predyktory dla zmiennej „występowanie depresji”

Zmienne		β	SE	Wald	df	p	OR	95% przedział ufności dla OR	
								Dolna granica	Górna granica
krok 1	ocena poziomu życia społecznego	-0,008	0,019	0,171	1	0,679	0,992	0,957	1,029
	ocena wybranych elementów procesu dydaktycznego	-0,043	0,018	5,743	1	0,017	0,958	0,925	0,992
	ocena wpływu studentów na warunki życia na uczelni	0,005	0,027	0,031	1	0,861	1,005	0,953	1,059
	ocena wpływu studentów na treści kształcenia	-0,022	0,028	0,639	1	0,424	0,978	0,926	1,033
	ocena wpływu nauczycieli akademickich na rozwój osobisty studentów	0,047	0,017	8,077	1	0,004	1,048	1,015	1,083
	ocena przestrzegania regulaminu studiów przez studentów i nauczycieli akademickich	-0,016	0,014	1,363	1	0,243	0,984	0,957	1,011
	ocena postaw i zachowania nauczycieli akademickich oraz innych pracowników uczelni	0,002	0,025	0,009	1	0,926	1,002	0,954	1,053
	stała	-0,296	0,674	0,193	1	0,661	0,744		
krok 6	ocena wybranych elementów procesu dydaktycznego	-0,055	0,014	15,873	1	0,000	0,946	0,921	0,972
	ocena wpływu nauczycieli akademickich na rozwój osobisty studentów	0,043	0,014	9,591	1	0,002	1,044	1,016	1,074
	stała	-0,693	0,451	2,363	1	0,124	0,500		
Zmienna „ocena wybranych elementów procesu dydaktycznego”: L=-; LR=; df=1; p=0,; OR(s)=0,674; (s=7,16)									
Zmienna „ocena wpływu nauczycieli akademickich na rozwój osobisty studentów”: L=-; LR=; df=1; p=0,; OR(s)=1,366; (s=7,25)									
Test Hosmera-Lemeshowa: $\chi^2=3,111$, df=8, p=0,927; R ² Coxa i Snella=0,164; R ² Nagelkerke=0,287									
Poprawnych klasyfikacji ogółem 80,8%									

Tabela 107. Wyniki regresji logistycznej, predyktory dla zmiennej „ocena występowania poczucia napięcia” u studentów

Zmienne		β	SE	Wald	df	p	OR	95% przedział ufności dla OR	
								Dolna granica	Górna granica
krok 1	ocena poziomu życia społecznego	0,003	0,016	0,032	1	0,858	1,003	0,972	1,035
	ocena wybranych elementów procesu dydaktycznego	-0,010	0,016	0,410	1	0,522	0,990	0,960	1,021
	ocena wpływu studentów na warunki życia na uczelni	-0,013	0,024	0,324	1	0,569	0,987	0,942	1,033
	ocena wpływu studentów na treści kształcenia	-0,020	0,025	0,672	1	0,412	0,980	0,934	1,028
	ocena wpływu nauczycieli akademickich na rozwój osobisty studentów	0,023	0,014	2,723	1	0,099	1,023	0,996	1,052
	ocena przestrzegania regulaminu studiów przez studentów i nauczycieli akademickich	-0,057	0,013	18,762	1	0,000	0,945	0,921	0,969
	ocena postaw i zachowania nauczycieli akademickich oraz innych pracowników uczelni	0,012	0,022	0,322	1	0,570	1,013	0,970	1,057
	stała	2,494	0,605	16,981	1	0,000	12104		
krok 7	ocena przestrzegania regulaminu studiów przez studentów i nauczycieli akademickich	-0,052	0,010	24,554	1	0,000	0,949	0,930	0,969
	stała	2,471	0,335	54,374	1	0,000	11,836		
Zmienna „ocena przestrzegania regulaminu studiów przez studentów i nauczycieli akademickich”: L=-625,943; LR=26,303; df=1; p=0,000; OR(s)=0,691; (s=7,12)									
Test Hosmera-Lemeshowa: $\chi^2=2,531$, df=7, p=0,925; R ² Coxa i Snella=0,225; R ² Nagelkerkego=0,336									
Poprawnych klasyfikacji ogółem 70,6%									

depresji u studentów. Zmiana wyniku o +1 pozwala przewidywać zwiększenie szansy na pozytywną ocenę o około 4,4%. Wartość współczynnika regresji (β) dla tego predyktora wynosi 0,043 ($p<0,01$). Przy zastosowaniu zmiany o wartość jednego odchylenia standardowego ($s=7,25$) szansa ta zwiększa się o blisko 34%. Iloraz szans OR(s) dla tej zmiennej wynosi 1,336.

W dalszej części analizy sprawdzono, czy i w jakim stopniu wyniki w siedmiu podskalach klimatu społecznego warunkują ocenę występowania poczucia napięcia u badanych studentów.

Kolejny raz zastosowano model regresji logistycznej metodą eliminacji wstecznej w oparciu o iloraz wiarygodności. Sprawdzono czy zmienne – podskale klimatu społecznego są predyktorami oceny występowania poczucia napięcia przez badanych studentów.

Grupie studentów stwierdzających u siebie występowanie napięcia przypisano wartość 1, a grupie studentów, którzy twierdzili, że nie odczuwają napięcia, przypisano wartość 0.

Analiza regresji logistycznej ujawniła, że w ostatecznym modelu, wyestymowanym w 7 krokach znalazła się jedna zmienna „ocena przestrzegania regulaminu studiów przez studentów i nauczycieli akademickich”, która jest predyktorem oceny występowania poczucia napięcia przez badanych studentów.

Wynik dobrego dopasowania Hosmera-Lemeshowa jest nieistotny ($\chi^2=2,531$, $p>0,05$) i wskazuje na to, że uzyskany model jest dobrze dostosowany do danych empirycznych. Model tłumaczy 33,6% wariancji zmiennej zależnej, czyli oceny występowania poczucia napięcia (pseudoR² Nagelkerkego = 0,336). Przedstawiony model uzyskany w 7. kroku pozwala na poprawne zakwalifikowanie 70,6% przypadków.

Zmienna „ocena przestrzegania regulaminu studiów przez studentów i nauczycieli akademickich” jest ujemnie związana z oceną występowania poczucia napięcia. Iloraz szans (OR) dla tej zmiennej wynosi 0,949 i jako mniejszy od 1 wskazuje na ujemny znak wyodrębnionego predyktora. W związku z tym można stwierdzić, że jednostkowy wzrost wyników oceny przestrzegania regulaminu studiów przez studentów i nauczycieli akademickich zmniejsza szansę występowania poczucia napięcia o około 5%. Wartość współczynnika regresji (β) dla tego predyktora wynosi -0,052 ($p<0,001$).

Wyliczony wskaźnik w oparciu o wartość odchylenia standardowego OR(s) również znacznie poprawił komunikatywność ilorazu szans. Wynosi on 0,691 i świadczy o tym, że gdy wyniki wzrosną o wartość jednego odchylenia standardowego, to ocena występowania poczucia napięcia zmniejszy się może o ponad 30%.

Otrzymany przedział ufności dla ilorazu szans wynosi od 0,930 do 0,969, co pozwala darzyć ten predyktor dużym stopniem zaufania.

W kolejnym etapie analizy sprawdzono, czy zmienne – podskale klimatu społecznego są predyktorami oceny zażywania środków uspokajających. Grupie studentów deklarujących zażywanie środków uspokajających przypisano wartość 1, a wartość 0 grupie studentów, którzy twierdzili, że nie zażywają takich środków.

Przeprowadzona analiza regresji logistycznej ujawniła, że w ostatecznym modelu, wyestymowanym w 6. krokach, znalazła się jedna zmienna. Predyktorem oceny zażywania środków uspokajających okazała się: „ocena przestrzegania re-

gulaminu studiów przez studentów i nauczycieli akademickich” spośród siedmiu wprowadzonych zmiennych niezależnych.

Tabela 108. Wyniki regresji logistycznej, predyktory dla zmiennej „zażywanie środków uspokajających” przez studentów

Zmienne		β	SE	Wald	df	p	OR	95% przedział ufności dla OR	
								Dolna granica	Górna granica
krok 1	ocena poziomu życia społecznego	0,001	0,029	0,003	1	0,960	1,001	0,947	1,059
	ocena wybranych elementów procesu dydaktycznego	-0,015	0,027	0,309	1	0,578	0,985	0,934	1,039
	ocena wpływu studentów na warunki życia na uczelni	-0,006	0,041	0,024	1	0,876	0,994	0,918	1,076
	ocena wpływu studentów na treści kształcenia	-0,025	0,042	0,362	1	0,548	0,975	0,898	1,059
	ocena wpływu nauczycieli akademickich na rozwój osobisty studentów	-0,008	0,025	0,102	1	0,750	0,992	0,945	1,042
	ocena przestrzegania regulaminu studiów przez studentów i nauczycieli akademickich	-0,035	0,021	2,683	1	0,101	0,966	0,926	1,007
	ocena postaw i zachowania nauczycieli akademickich oraz innych pracowników uczelni	0,042	0,039	1,147	1	0,284	1,043	0,966	1,126
	stała	-1,167	1,024	1,290	1	0,256	0,311		
krok 7	ocena przestrzegania regulaminu studiów przez studentów i nauczycieli akademickich	-0,034	0,016	4,543	1	0,033	0,966	0,936	0,997
	stała				1				
Zmienna „ocena przestrzegania regulaminu studiów przez studentów i nauczycieli akademickich”: L=-267,099; LR=4,418; df=1; p=0,036; OR(s)= (s=7,12)									
Test Hosmera-Lemeshowa: $\chi^2= 2,958$, df=7, p=0,889; R ² Coxa i Snella=0,141; R ² Nagelkerke=0,205									
Poprawnych klasyfikacji ogółem 92,9%									

Nieistotny wynik dobroci dopasowania Hosmera-Lemeshowa ($\chi^2=2,958$, $p>0,05$) oznacza, że uzyskany model jest dobrze dostosowany do danych empirycznych. Model tłumaczy 20,5% wariancji zmiennej zależnej, czyli dobrej oceny samopoczucia psychicznego (pseudoR² Nagelkerkego = 0,205). Przedstawiony model został uzyskany w 6. kroku, pozwala na poprawne zakwalifikowanie 92,9% przypadków.

Zmienna „ocena przestrzegania regulaminu studiów przez studentów i nauczycieli akademickich” znalazła się w modelu ze znakiem ujemnym. Wartość współczynnika regresji (β) dla tego predyktora wynosi -0,034, co oznacza, że predyktor ma ujemną moc dla pozytywnej oceny zażywania środków uspokajających.

Dla zmiennej „ocena przestrzegania regulaminu studiów przez studentów i nauczycieli akademickich” otrzymany iloraz szans OR (Odds Ratio) wynosi 0,966, i wskazuje na to, że im korzystniej badani oceniają przestrzeganie regulaminu studiów, tym niższe jest prawdopodobieństwo zażywania środków uspokajających. Zmiana wyniku o +1 pozwala przewidywać obniżenie oceny zażywania środków uspokajających o około 3,3%.

Iloraz szans obliczony od wartości odchylenia standardowego OR(s) dla zmiennej „ocena przestrzegania regulaminu studiów przez studentów i nauczycieli akademickich” wynosi 0,785. W przypadku zwiększenia się wyników o jedno odchylenie standardowe ocena zażywania środków uspokajających zmniejszy się o ponad 20%.

Podsumowując wyniki analizy regresji logistycznej można stwierdzić, że samoocenę wybranych aspektów zdrowia psychicznego badanych studentów warunkuje występowanie kilku predyktorów związanych z oceną klimatu społecznego w różnych podskalach.

Najwyższą moc predykcyjną stwierdzono w przypadku zmiennej – podskali klimatu społecznego „ocena wpływu nauczycieli akademickich na rozwój osobisty studentów”. Okazało się, że gdy ocena tego wpływu wzrośnie o wartość jednego odchylenia standardowego, ocena występowania depresji u badanych studentów może zwiększyć się o blisko 34%. Z kolei wzrost wyników w podskali „ocena wybranych elementów procesu dydaktycznego” o wartość jednego odchylenia standardowego może zmniejszyć ocenę występowania depresji o ponad 30%.

Predyktorem ujemnym dla zmiennej „ocena występowania poczucia napięcia” są również wyniki w podskali klimatu społecznego „ocena przestrzegania regulaminu studiów przez studentów i nauczycieli akademickich”. Gdy wyniki w tej podskali zwiększą się o wartość jednego odchylenia standardowego szansa na występowanie poczucia napięcia u badanych studentów zmniejszy się o ponad 30%.

Natomiast dla zmiennej „ocena samopoczucia psychicznego” stwierdzono, że największą moc predykcyjną ma „ocena wpływu studentów na treści kształcenia”. Gdy wyniki w tej podskali klimatu społecznego zwiększą się o wartość jednego odchylenia standardowego szansa na pozytywną ocenę samopoczucia psychicznego przez badanych studentów wzrasta ponad 20%.

Należy wspomnieć ponadto, że w przypadku oceny samopoczucia psychicznego stwierdzono występowanie jednego predyktora ujemnego. Jest nim „ocena przestrzegania regulaminu studiów przez studentów i nauczycieli akademickich”. Wyliczony iloraz szans ujawnia, że gdy wynik w teście wzrośnie o wartość jednego odchylenia standardowego prawdopodobieństwo dobrej oceny samopoczucia psychicznego zmniejszy się o około 15%.

Podsumowując wyniki analizy regresji logistycznej można stwierdzić, że wszystkie wyłonione predyktory okazały się istotne, jednak niezbyt silne i znaczące dla samooceny wybranych aspektów zdrowia psychicznego badanych studentów.

5.7. Omówienie i interpretacja wyników

Prezentowane wyniki badań dotyczą grupy studentów uczących się w czterech wyższych uczelniach wybranych krajów Unii Europejskiej. Badania przeprowadzono na Wydziale Pedagogicznym Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie, na Wydziale Pedagogicznym Uniwersytetu im. Karola w Pradze, na Wydziale Psychologii Uniwersytetu Paryskiego Sorbona oraz na Wydziale Psychologii Uniwersytetu w Padwie.

Poprzez te badania podjęto próbę poznania stanu zdrowia celowo wybranej grupy młodzieży akademickiej, jaką są studenci kierunków nauczycielskich, pedagogicznych oraz psychologii. Absolwenci tych kierunków wykonują pracę wychowawczą i terapeutyczną, cieszą się dużym prestiżem społecznym. Ich postawa wobec swojego zdrowia i zachowań zdrowotnych może mieć duży wpływ na kształtowanie kultury zdrowotnej młodego pokolenia. Ponadto starano się poznać związek pomiędzy oceną klimatu społecznego uczelni a samooceną zdrowia i zachowań zdrowotnych tej grupy młodzieży akademickiej.

Wyniki prezentowanych badań ujawniły wiele zjawisk i problemów, które dotychczas częściowo były znane, ale niektóre z nich to nowe dane, które mogą być w przyszłości wykorzystane w działaniach prewencyjnych, w edukacji zdrowotnej i programach profilaktycznych.

Ocena stanu swojego zdrowia somatycznego przez badanych studentów

Najwięcej studentów z czterech krajów, zarówno kobiet, jak i mężczyzn, oceniło stan swojego zdrowia jako dobry lub bardzo dobry i twierdziło, że nie występują u nich długotrwałe choroby.

Nieco korzystniej stan swojego zdrowia ocenili badani mężczyźni w porównaniu z kobietami. Z kolei występowanie chorób przewlekłych zgłasza dość duży odsetek badanych, szczególnie z Francji (50,7%). Dolegliwości somatyczne w opinii badanych najczęściej nie występują, lecz znacznie więcej badanych kobiet niż mężczyzn zgłasza tego rodzaju dolegliwości. Uzyskane rezultaty potwierdziły wy-

niki innych, wcześniej przeprowadzonych badań wskazujących, że kobiety gorzej oceniają swoje zdrowie niż mężczyźni⁴⁵⁷.

Sprawność fizyczna była oceniana przez studentów najczęściej zaledwie na poziomie dostatecznym, przy czym więcej kobiet niż mężczyzn, szczególnie z Czech i Francji twierdziło, że ich sprawność jest na dobrym lub bardzo dobrym poziomie.

Prawidłowa masa ciała wyliczona na podstawie wskaźnika BMI występuje u około ¾ badanych z czterech grup. Najwięcej studentów z Włoch (81,8%) w porównaniu z pozostałymi badanymi, według własnej oceny, posiada prawidłową masę ciała. Ogółem znacznie więcej kobiet niż mężczyzn ma niedobór masy ciała, natomiast więcej mężczyzn ma nadwagę.

Z przeglądu badań dotyczących samooceny zdrowia wśród młodzieży akademickiej wynika, że większość z nich ocenia swoje zdrowie na poziomie dobrym⁴⁵⁸.

W trakcie rozwoju fizycznego najczęściej kontrolowana jest wysokość i masa ciała. Prawidłowe wartości wzrostu i wagi oraz odpowiednie ich proporcje odnotowywane w poszczególnych okresach życia są miernikami dobrego lub bardzo dobrego stanu zdrowia. Szczególnie niebezpieczna dla zdrowia i jakości życia jest nadwaga i otyłość. W wielu krajach na przełomie XX i XXI wieku zaobserwowano, że odsetek młodych ludzi z nadwagą i otyłością wzrasta w zastraszającym tempie⁴⁵⁹.

Ocena stanu swojego zdrowia psychicznego przez badanych studentów

Znacznie więcej badanych studentów z Francji (72,2%) niż z innych grup (najmniej z Polski – 41,3%) ocenia swoje samopoczucie psychiczne jako dobre. Co trzecia kobieta i co trzeci mężczyzna deklarują, że złe samopoczucie występuje u nich często.

Z codziennymi problemami życiowymi badani studenci, zarówno kobiety, jak i mężczyźni, deklarowali najczęściej, że dobrze sobie radzą. Z własnymi emocjami dobrze radzi sobie zdecydowanie więcej mężczyzn niż kobiet, a swoje umiejętności w tym zakresie najslabiej oceniają badani studenci z Francji. Z uczuciem złości najlepiej radzą sobie studenci z Czech, natomiast najslabiej z Włoch – podobnie kobiety, jak i mężczyźni. Stan niepokoju najczęściej odczuwają studenci z Francji, a najrzadziej badani z Włoch. Niepokój występuje znacznie częściej u kobiet niż u mężczyzn. Poczucie zwiększonego rozdrażnienia i napięcia stwierdza najwięk-

⁴⁵⁷ M. Nowak, *Samoocena zdrowia i sprawności fizycznej młodzieży uczącej się i studiującej*, [w:] *Aktywność ruchowa ludzi w różnym wieku*, red. D. Umiasowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 1998, s. 395–400.

⁴⁵⁸ J. Sobiecki, K. Cadel, *Wskaźniki antropologiczne*, [w:] *Przewodnik do ćwiczeń z antropologii*, red. S. Gołąb, M. Chrzanowska, AWF, Kraków 2010, s. 19–27.

⁴⁵⁹ F. Celi, V. Bini, G. De Gorgi, D. Molinari, F. Faroni, G. Di Stefano, M.L. Bacosi, M.G. Serioli, G. Contessa, A. Falorni, *Epidemiology of overweight and obesity among school children and adolescents in three provinces of central Italy, 1993–2001: study of potential influencing variables*, „European Journal of Clinical Nutrition” 2003, 57, s. 1045–1051; B. Livingstone, *Epidemiology of childhood obesity in Europe*, „European Journal of Pediatrics” 2000, 159 (Suppl 1), s. 14–34.

szy odsetek badanych z Włoch i Francji, porównywalna liczba kobiet i mężczyzn. Z kolei najrzadziej rozdrażnienie i napięcie występuje u badanych studentów z Polski. Poczucie lęku odczuwają najczęściej studenci z Francji w porównaniu z badanymi z pozostałych grup, znacznie częściej kobiety niż mężczyźni. Z kolei poczucie beznadziejności w życiu występuje najczęściej u badanych kobiet z Polski (91,6%) w porównaniu z grupami kobiet i mężczyzn z pozostałych krajów, w których przeprowadzono badania.

Występowanie depresji stwierdza znacznie więcej badanych kobiet (21,4%) niż mężczyzn (13,4%), ogółem niemal co czwarta badana osoba z Czech i Francji. Próby samobójcze były podejmowane przez blisko 6% badanych, najczęściej przez studentów z Francji. Jest to znacznie wyższy odsetek niż w porównywanych badaniach Dahlin i wsp., w których wykazano, że próby samobójcze deklarowało 2,7% studentów⁴⁶⁰.

Trudności z koncentracją uwagi ma najwięcej studentów z Polski i Włoch w porównaniu z pozostałymi badanymi. Występowanie zmniejszonej sprawności umysłowej deklarują najczęściej studenci z Włoch (63,64%), a najrzadziej z Czech. Bardzo częste zaburzenia pamięci zgłasza najwięcej studentów z Francji w porównaniu z pozostałymi grupami. Poczucie zmęczenia występuje u ponad 90% badanych z Polski i z Francji, częściej u kobiet niż mężczyzn.

Różnice pomiędzy kobietami i mężczyznami w zakresie oceny umiejętności radzenia sobie z codziennymi problemami oraz emocjami, takimi jak niepokój, rozdrażnienie, napięcie i lęk, są istotne statystycznie. Okazało się ponadto, że grupą bardziej narażoną na przejście epizodu depresyjnego oraz występowanie poczucia zmęczenia są kobiety.

Wybrane zachowania zdrowotne badanych studentów

Do zachowań zdrowotnych zazwyczaj zaliczane są wszelkie nawyki, zwyczaje, czynności, postawy oraz wartości uznawane przez członków danego społeczeństwa, jakie odnoszą się do dziedziny zdrowia. Wśród nich można wymienić: regularne ćwiczenia fizyczne, właściwe odżywianie się, odpowiednia ilość snu, unikanie używek oraz umiejętność radzenia sobie ze stresem⁴⁶¹.

Znacznie bardziej aktywni fizycznie są studenci z Czech w porównaniu z pozostałymi grupami. Spośród badanych 38% osób twierdziło, że wykonują intensywne ćwiczenia fizyczne od 3 do 7 godzin w ciągu tygodnia. Aktywność taką przejawiają częściej mężczyźni niż kobiety. Również najwięcej studentów z Czech oraz z Włoch codziennie uprawia gimnastykę poranną. Natomiast badani z Polski w większości uważają, że ich wysiłek fizyczny jest niewystarczający.

⁴⁶⁰ M. Dahlin, N. Joneborg, B. Rubenson, *Stress and depression among medical students: a cross-sectional study*, „Medical Education” 2005, 39, s. 594–604.

⁴⁶¹ A. Gniazdowski, *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*, Oficyna Wydawnicza IMP, Łódź 1990, s. 83.

Aktywność fizyczna, jak dowodzą badania, jest wskazana dla ludzi w różnym wieku, ponieważ przyczynia się do kształtowania zdrowego stylu życia, zapobiega wielu chorobom, skutecznie przeciwdziała negatywnym skutkom stresu oraz wspomaga leczenie i korekcję wielu zaburzeń i chorób⁴⁶².

Przebieg snu w opinii zdecydowanej większości studentów z Czech i z Włoch jest prawidłowy. Ich sen trwa zazwyczaj od 7 do 8 godzin, lecz twierdzą, że długość snu nie jest wystarczająca, mają poważne trudności z zasypianiem, a po przebudzeniu z rana odczuwają zmęczenie.

Najwięcej studentów ze wszystkich grup deklarowało, że spożywa codziennie 3 lub 4 posiłki. Najbardziej prawidłowo odżywiają się studenci z Polski w porównaniu z pozostałymi badanymi, ponieważ 20,7% z nich spożywa 5 posiłków dziennie. Badani w większości spożywają codziennie śniadanie, najczęściej studenci z Włoch, a najrzadziej z Francji. Niepokojące jest jednak, że znaczna większość badanych studentów (od 68,8% z Polski do 80,0% z Francji) deklarowała codzienne spożywanie słodczy i słodkich napojów. Jednak około 90% osób ze wszystkich grup twierdziło, że spożywa również codziennie warzywa i owoce. Badani w większości deklarowali też, że nie stosują żadnej diety odchudzającej.

Dotychczas przeprowadzone badania potwierdzają wiele nieprawidłowości dotyczących ilościowej oceny sposobu odżywiania się studentów. Błędy te dotyczą przede wszystkim nadmiernego spożycia białek oraz tłuszczów, kosztem ograniczenia ilości przyjętych węglowodanów, co jest powodem nieprawidłowości w strukturze energetyczności dziennej racji pokarmowej. Nieprawidłowości związane są również z niedoborem składników mineralnych i witamin⁴⁶³. Kolejnym błędem żywieniowym jest spożywanie słodczy. Ponad połowa studentów biorących udział w badaniach deklaruje codzienne jedzenie słodczy. Zazwyczaj jest to dla nich najszybsze zaspokojenie głodu i poprawienie nastroju. Przyczyny utrudniające regularne spożywanie posiłków według studentów to przede wszystkim obciążenie nauką, czyli napięty plan zajęć oraz nieregularny tryb życia. Inne przyczyny to: pozauczelniane obowiązki, brak czasu czy lenistwo⁴⁶⁴.

Zdecydowana większość studentów deklarowała rozpoczęcie współżycia seksualnego. Najczęściej miało to miejsce przed rozpoczęciem studiów. Dość dużo (48,6%) badanych z Włoch w porównaniu z pozostałymi grupami twierdziło jednak, że nie stosują żadnych metod antykoncepcyjnych. Stosowanie antykoncepcji deklaruje ogółem zdecydowanie więcej badanych kobiet niż mężczyzn. Preparaty chemiczne, hormonalne, środki mechaniczne oraz antykoncepcyjne metody naturalne preferują w większości studenci z Francji. Najwięcej badanych osób

⁴⁶² Z. Żukowska, *Aktywność fizyczna...*, s. 39–40.

⁴⁶³ I. Mięśowicz, D. Palus, *Zachowania prozdrowotne studentów Akademii Pedagogiki Specjalnej*, [w:] *Ontogeneza i promocja zdrowia w aspekcie medycyny, antropologii i wychowania fizycznego*, red. A. Malinowski, Wydawnictwo Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra 2002, s. 182–188.

⁴⁶⁴ T. Lisiecki, *Żywnienie jako przejaw stylu życia młodzieży rozpoczynającej studia*, „Wychowanie Fizyczne” 2004, nr 10, s. 10–14.

z Czech, a najmniej z Włoch deklarowało, że nie posiada stałego partnera seksualnego pomimo podjęcia współżycia płciowego.

Studenci ze wszystkich grup w zdecydowanej większości twierdzili, że nie wykonywali w przeciągu ostatnich 12 miesięcy żadnych badań kontrolnych stanu swojego zdrowia – ani w przychodni studenckiej, ani też w innych placówkach służby zdrowia. Największą aktywność w tym zakresie, ale również zapewne dostępność do przychodni studenckiej mają studenci z Czech, ponieważ co piąty z nich deklarował, że wykonywał takie badania. Kontrolne badania stomatologiczne najczęściej wykonują studenci z Czech, a najrzadziej studenci z Francji. Co 6 miesięcy badania takie przeprowadza 49% studentów z Czech, a zaledwie 13,9% studentów z Francji.

Wybrane zachowania ryzykowne badanych studentów

Do zachowań ryzykownych (inaczej problemowych bądź autodestrukcyjnych) najczęściej zalicza się m.in. złe nawyki żywieniowe, brak aktywności fizycznej, palenie tytoniu, nadużywanie substancji psychoaktywnych, zachowania agresywne oraz bierny stosunek do zagrożeń środowiska⁴⁶⁵.

W ostatnich latach niektóre zachowania ryzykowne wykazują tendencje wzrostowe, a takie zjawiska jak alkoholizm, narkomania, lekomania, nikotynizm, nieprzestrzeganie podstawowych norm higienicznych obejmują coraz to szersze kręgi społeczne lub utrzymują się od wielu lat na jednakowo wysokim poziomie⁴⁶⁶.

Spośród zachowań ryzykownych przeanalizowano w pierwszej kolejności częstotliwość spożywania różnych rodzajów alkoholu. Okazało się, że piwo i wino najczęściej piją studenci z Włoch, natomiast wódkę i drinki alkoholowe – studenci z Polski. Wśród badanych Polaków znalazło się 4,6% osób, które twierdzą, że codziennie spożywają wódkę lub drinki alkoholowe. Deklarował tak co dziesiąty badany mężczyzna i z pewnością jest to zjawisko dość niepokojące. Również znaczący odsetek studentów z Polski doświadczył w swoim dotychczasowym życiu stanu upojenia alkoholowego. Więcej niż 10 razy upiło się 6,9% badanych obojga płci, a 41,2% było pod znacznym wpływem alkoholu 2–3 razy w życiu. Największy umiar w spożyciu alkoholu deklarują studenci z Francji i Włoch, ponieważ ponad 40% z nich stwierdziło, że dotychczas nigdy nie byli w stanie alkoholowego upojenia. Palenie papierosów jest najmniej powszechne wśród studentów z Polski, a najbardziej wśród badanych z Francji i z Włoch. Stopień rozpowszechnienia narkotyków jest największy w otoczeniu studentów z Włoch. Ich zdaniem są to najczęściej pojedyncze przypadki.

⁴⁶⁵ R. Boguszewski, *Komunikat z badań: Zdrowie i zdrowy styl życia w Polsce*, CBOS, Warszawa 2007, s. 1–12.

⁴⁶⁶ A. Klimberg, J.T. Marcinkowski, J. Przybylski, *Konsumpcja alkoholu i innych środków psychoaktywnych wśród studentów poszczególnych kierunków uniwersyteckich studiów medycznych. Cz. II. Obecna konsumpcja napojów alkoholowych*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2008, nr 89 (4), s. 526–530.

Pasy bezpieczeństwa podczas jazdy samochodem najczęściej zapinają studenci z Czech i Francji, a najrzadziej z Polski. Jadąc na rowerze najczęściej używają kasku badani z Czech. Zawsze używa kasku co siódma, a często co trzecia badana osoba z tej grupy. Zachowania takie są bardziej preferowane przez mężczyzn niż przez kobiety w każdej z grup.

Zażywanie środków uspokajających deklaruje ogółem dwa razy więcej kobiet niż mężczyzn. Najczęściej ma to miejsce u badanych z Polski i Francji. Środków nasennych nieco częściej używają studenci z Polski i Francji niż badani z Czech i Włoch. Jednak ponad 90,% badanych deklaroowało, że środków takich w ogóle nie używa.

Biorąc pod uwagę powyższe podsumowanie wyników badań należy stwierdzić, że została potwierdzona hipoteza, która zakładała, że występują istotne różnice w zakresie oceny wskaźników dotyczących zdrowia i zachowań zdrowotnych badanych studentów z czterech krajów oraz badanych kobiet i mężczyzn.

Ocena otoczenia materialnego swoich uczelni przez badanych studentów

Postanowiono również sprawdzić jak badani studenci oceniają otoczenie materialne swoich uczelni, czyli dostępność do leczenia w przychodni studenckiej, działania uczelni na rzecz zwiększenia aktywności fizycznej oraz dostępność do obiektów sportowych należących do uczelni. Zdecydowanie najwięcej studentów ze wszystkich grup deklaroowało, że nie korzystają z leczenia w przychodni studenckiej (najbardziej Włosi – 95,7%). Z kolei największą dostępność do takiego leczenia zauważają studenci z Francji. Przyczyny niekorzystania są bardzo różne. Na brak lekarza odpowiedniej specjalizacji wskazywali najczęściej studenci z Francji, trudności z dostaniem się do lekarza wymieniali w większości studenci z Polski, a większe zaufanie do lekarza, u którego się leczą deklarowali badani z Czech i Francji.

Badani studenci oceniają zdecydowanie negatywnie działania swoich uczelni na rzecz zwiększenia aktywności fizycznej. Niemal co druga osoba z każdej grupy stwierdziła, że taka działalność nie ma miejsca. Możliwości korzystania bez ograniczeń z obiektów sportowych na uczelni deklaruje co piąta badana osoba z Polski, a nieco ponad 40% studentów uważa, że może korzystać z tych obiektów z niewielkimi trudnościami. Z kolei blisko połowa badanych studentów z Francji stwierdziła, że możliwości takich nie ma w ogóle.

Klimat społeczny w szkołach wyższych w ocenie badanych studentów

Stwierdzić można, że badane kobiety i badani mężczyźni (niezależnie od kraju) klimat społeczny na swoich uczelniach w wymiarze „Relacje interpersonalne” oceniają przeciętnie. W tej skali średnie wyniku uzyskane przez kobiety i mężczyzn zbliżone były do 80 punktów, przy wyliczonej przeciętnej, która wynosi 78 punktów (rozpiętość wyników od 26 do 130 punktów. Mężczyźni i kobiety

nie różnią się oceną klimatu społecznego w tym wymiarze. Z kolei biorąc pod uwagę uzyskane wyniki przez studentów z czterech krajów (niezależnie od płci) można zauważyć pewne zróżnicowanie w tej ocenie. Najlepiej klimat społeczny w wymiarze „Relacje interpersonalne” oceniają badani z Czech, a najslabiej studenci z Francji. Podobna sytuacja występuje jeśli chodzi o ocenę relacji interpersonalnych przez kobiety i przez mężczyzn z czterech krajów. Studentki i studenci z Czech oceniają najwyżej klimat społeczny w tym wymiarze, natomiast badani z Francji oceniają go najniżej.

Ocena klimatu społecznego w kolejnej skali „Warunki rozwoju osobistego” jest znacznie wyższa w grupie kobiet w porównaniu z mężczyznami. Jednak ocena tego wymiaru klimatu społecznego jest niższa niż w przypadku oceny relacji interpersonalnych. Średnie wyników badanych studentów z czterech krajów różnią się istotnie. Najwyżej klimat w tej skali oceniają studenci z Czech, a najniżej badani z Włoch. Również porównując wyniki badanych kobiet z czterech grup oraz badanych mężczyzn stwierdzić można duże zróżnicowanie. Studentki i studenci z Czech dość wysoko oceniają ten wymiar klimatu społecznego (kobiety – 79,56, mężczyźni – 79,02), najniżej zaś oceniają go badani obu płci z Włoch (kobiety – 67,29, mężczyźni 67,55).

W skali klimatu społecznego „System organizacyjny uczelni” ocena badanych kobiet i badanych mężczyzn (niezależnie od kraju) jest zbliżona i można ją uznać za tylko nieco wyższą niż przeciętna. W tej skali wynik możliwy do uzyskania wynosi od 17 do 85 punktów, więc przeciętna to 51 punktów. Klimat społeczny w tym wymiarze najwyżej oceniają badani studenci z Czech ($M_2=59,06$) oraz z Polski ($M_1=57,31$) w porównaniu z pozostałymi grupami. Ten wymiar klimatu społecznego został najwyżej oceniony przez badane kobiety i mężczyzn z Czech, a ocenę ich można uznać za dość wysoką (ponad 59 punktów). Najniższa ocena wystąpiła w przypadku studentek i studentów z Francji.

Klimat społeczny swoich uczelni w wymiarze ogólnym istotnie wyżej oceniają badane kobiety niż mężczyźni (niezależnie od kraju). Z kolei biorąc pod uwagę wyniki badanych studentów z czterech grup (niezależnie od płci) stwierdzić można, że klimat społeczny najwyżej oceniają studenci z Czech ($M_2=223,64$), a najniżej badani z Włoch ($M_4=196,56$). Również studentki i studenci z Czech dość wysoko oceniają klimat społeczny w wymiarze ogólnym. Uzyskali wyniki ponad 220 punktów i są to wyniki wyższe niż wynik przeciętny, który w skali ogólnej wynosi 207 punktów. Najslabiej klimat społeczny ogólnie oceniają kobiety z Włoch ($M_4=199,43$) oraz mężczyźni z Francji ($M_3=196,57$).

Podsumowując można stwierdzić, że klimat społeczny we wszystkich wymiarach na swoich uczelniach najwyżej oceniają badani studenci z Czech – zarówno kobiety, jak i mężczyźni. Badane kobiety i badani mężczyźni (niezależnie od kraju) tylko nieznacznie różnią się oceną w tym zakresie. Nieco wyższa ocena wystąpiła ze strony kobiet. Z kolei najslabiej klimat społeczny we wszystkich wymiarach oceniają badani z Włoch oraz z Francji.

Związek między wskaźnikami oceny zdrowia studentów i ich zachowań zdrowotnych a klimatem społecznym szkoły wyższej

Analizując związek pomiędzy wybranymi wskaźnikami oceny stanu zdrowia i zachowań zdrowotnych przez badanych studentów stwierdzić można występowanie kilku bardzo słabych zależności. Bardzo niska zależność dodatnia (0,165) występuje pomiędzy oceną trudności z koncentracją uwagi a oceną klimatu społecznego w wymiarze „warunki rozwoju osobistego” przez badanych studentów (niezależnie od płci). Również analizując związek pomiędzy oceną badanych mężczyzn dotyczącą trudności z koncentracją uwagi a oceną klimatu społecznego w wymiarze „warunki rozwoju osobistego” można uznać, że występuje bardzo słaby związek dodatni. W przypadku analizowania wyników badanych studentów z Polski zauważono dwie bardzo słabe korelacje dodatnie. Występują one pomiędzy oceną występowania trudności z koncentracją uwagi a oceną klimatu społecznego w wymiarze „relacje interpersonalne” (0,215) oraz w wymiarze ogólnym (0,175).

W przypadku sprawdzania związku pomiędzy wynikami badanych studentów z Czech dotyczącymi oceny wybranych aspektów oceny swojego zdrowia i zachowań zdrowotnych a wynikami w poszczególnych skalach klimatu społecznego stwierdzono bardzo słaby związek dodatni (0,192) pomiędzy samooceną umiejętności radzenia sobie z emocjami a oceną klimatu społecznego w wymiarze „system organizacyjny uczelni”.

W przypadku wyników uzyskanych przez badanych studentów z Francji można zauważyć związek o bardzo słabej sile i kierunku dodatnim pomiędzy ogólną samooceną zdrowia a oceną klimatu społecznego w skali „warunki rozwoju osobistego” (0,226).

Stwierdzono również bardzo słabą dodatnią zależność (0,217) pomiędzy ogólną oceną stanu swojego zdrowia a wynikami w skali „warunki rozwoju osobistego”.

Podsumowując wyniki korelacji pomiędzy oceną wybranych aspektów zdrowia i zachowań zdrowotnych badanych studentów a wynikami uzyskanymi przez nich w poszczególnych skalach klimatu społecznego uczelni można stwierdzić, że zależności pomiędzy tymi zmiennymi są bardzo słabe lub w ogóle nie występują. Tylko w kilku przypadkach ujawniły się nikłe lub słabe związki dodatnie, co wskazuje na występowanie bardzo słabych zależności. W pozostałych przypadkach nie można stwierdzić, że ocena klimatu społecznego przez badanych studentów w sposób zdecydowany ma związek z ocenianymi przez nich wybranymi aspektami zdrowia i zachowań zdrowotnych.

Na podstawie przedstawionych wyników analiz należy stwierdzić, że hipoteza zakładająca występowanie umiarkowanego związku pomiędzy wskaźnikami oceny zdrowia i zachowań zdrowotnych badanych studentów a oceną klimatu społecznego szkoły wyższej nie została potwierdzona.

Predyktory oceny stanu zdrowia i zachowań zdrowotnych badanych studentów

Sprawdzono poprzez analizę regresji logistycznej, czy i w jakim stopniu wyniki w podskalach klimatu społecznego warunkują samoocenę samopoczucia psychicznego badanych studentów. Wzięto pod uwagę oceny w następujących podskalach: poziom życia społecznego, wybrane elementy procesu dydaktycznego, wpływ studentów na warunki życia na uczelni, wpływ studentów na treści kształcenia, wpływ nauczycieli akademickich na rozwój osobisty studentów, przestrzeganie regulaminu studiów przez studentów i nauczycieli akademickich, a także postawy i zachowania nauczycieli akademickich oraz innych pracowników uczelni. W modelu nie uwzględniono skal głównych, których wyniki są sumą poszczególnych podskal, ponieważ wystąpiłaby redundancja.

Podsumowując wyniki analizy regresji logistycznej należy zauważyć, że samoocenę wybranych aspektów zdrowia psychicznego badanych studentów warunkuje występowanie kilku predyktorów związanych z oceną klimatu społecznego w różnych podskalach.

Predyktory wyłonione poprzez analizę regresji logistycznej okazały się istotne, jednak niezbyt silne. Zmiana wyniku w teście dotyczącym oceny klimatu społecznego uczelni o 1 punkt pozwala przewidywać wzrost lub spadek oceny wybranych aspektów zdrowia psychicznego w granicach od 2% do 5%. Komunikatywność ilorazu szans poprawiła się po zastosowaniu zmiany o wartość jednego odchylenia standardowego, jednak siła wyłonionych predyktorów jest w dalszym ciągu niewysoka i wynosi zaledwie od 15% do 34%.

5.8. Dyskusja

Stan zdrowia, zachowania zdrowotne, klimat społeczny to kluczowe pola, w których rozstrzygają się aktualne i przyszłe problemy zdrowia współczesnych społeczeństw. Wyniki badań z tego zakresu oraz wyprowadzone wnioski mogą stanowić fundament do realizacji działań nie tylko w medycynie praktycznej, ale przede wszystkim w pedagogice i w edukacji, szczególnie wtedy, gdy diagnoza dotyczy okresu rozwojowego oraz wczesnej dorosłości. Zainteresowanie zdrowiem pokolenia wchodzącego w dorosłość ma uzasadnienie w przesłankach społecznych, ekonomicznych i moralnych oraz edukacyjnych.

Główna i strategiczna rola pedagogiki wynika z dokonanych, rewolucyjnych zmian w strategiach współczesnych działań profilaktycznych. Odejście od orientacji medycznych na rzecz orientacji prozdrowotnych powoduje, że centralnym problemem przestaje być choroba, staje się nim zdrowie. Ten fakt wymusza zmianę podmiotu i kierunku działania we współczesnej profilaktyce. Zainteresowanie zdrowym człowiekiem powoduje, że wychowanie staje się najważniejszym elementem działań prozdrowotnych i ten fakt sprawia, że edukacja oraz oddziaływania pedagogiczne odgrywają rolę wiodącą i pierwszoplanową.

Analizując literaturę polską oraz zagraniczną autor nie znalazł tak szeroko opracowanych badań dotyczących zdrowia oraz klimatu społecznego środowiska akademickiego. Nie znaleziono żadnych wyników badań opisujących zależności pomiędzy wybranymi elementami zdrowia studentów a klimatem społecznym w wybranych uczelniach w Polsce czy w krajach Unii Europejskiej.

W tym zakresie odczuwa się brak badań reprezentatywnych dla środowiska akademickiego. Poszczególne badania, nawet liczne, przeprowadzane na próbach incydentalnych czy gniazdowych (w jednej uczelni wyższej lub w jednej gminie), nie do końca są wiarygodne, mogą doprowadzać do różnych wniosków i trudno wtedy stawiać diagnozy o rzeczywistym społecznym zasięgu pewnych zjawisk. Ponadto często autorzy realizowali badania diagnostyczne oparte o zagadnienia szczegółowe dotyczące zdrowia, często niewielkich grup badawczych, opracowania tego typu zdaniem autora nie zawsze można uznać za kompletne. Nie znaczy to, że są mało istotne, ponieważ mogą być wykorzystywane z punktu widzenia profilaktyki w działaniach skierowanych do wybranych grup badawczych, środowisk lokalnych, czy problemów szczegółowych, co z punktu widzenia praktycznego może być cenne (rozpoznanie) i skuteczne (działanie).

Podsumowując, różnorodność i wielość problemów badawczych poruszonych w powyższej pracy zgodnych z przyjętym przez autora modelem teoretycznym, holistyczną koncepcją zdrowia, powoduje kłopot w prezentowaniu dyskusji ze względu na trudności w znalezieniu tak szerokiego opracowań w literaturze krajowej i zagranicznej (obecna jest bardzo liczna grupa opracowań naukowych dotycząca zagadnień szczegółowych). W związku z tym, autor odniesie się w dyskusji do wybranych problemów szczegółowych ujętych w pracy. Przy doborze materiału do dyskusji autor nie dokonywał żadnych ocen wartości warsztatu metodologicznego badań innych autorów.

Szersze badania dotyczące zdrowia w ujęciu holistycznym można znaleźć w opracowaniach opartych o dane Głównego Urzędu Statystycznego, np. J. Szymborski, K. Jakóbiak⁴⁶⁷, badania młodzieży w wieku 15–29 lat lub wyniki badań HBSC wykonane w Polsce wśród młodzieży szkolnej w latach 1990–2010, B. Woynarowska, J. Mazur⁴⁶⁸, dzieci w wieku 11–15 lat. Ponadto szerokie wyniki badań opublikowano w Raporcie Młodzież 2016 zrealizowanym przez Fundację Badania Opinii Społecznej, CBOS, 2017 rok⁴⁶⁹. Ze względu na fakt, że dotychczasowe wyniki badań młodzieży realizowane przez CBOS nie były poddawane ważeniu, do porównywania wyników zestawiono dane surowe z badań z 2003, 2008, 2010, 2013 i 2016 roku. Na uwagę zasługują również badania mokotowskie obejmujące moni-

⁴⁶⁷ *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce*, red. J. Szymborski, K. Jakóbiak, RPO-MAT, nr 62, Warszawa 2008.

⁴⁶⁸ *Tendencje zmian zachowań zdrowotnych i wybranych wskaźników zdrowia młodzieży szkolnej w latach 1990–2010*, red. B. Woynarowska, J. Mazur, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2012.

⁴⁶⁹ *Młodzież 2016. Raport z badania sfinansowanego przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii*, <https://cinn.gov.pl> (dostęp: 10.02.2018).

torowanie zachowań ryzykownych i problemów zdrowia psychicznego młodzieży. Badania mokotowskie realizowane są od 30 lat w trzech dzielnicach warszawskich: Mokotów, Ursynów, Wilanów wśród młodzieży szkolnej. Są to badania o najdłuższej historii wśród projektów badawczych, których przedmiotem jest ocena zmian w kontaktach młodzieży szkolnej z substancjami psychoaktywnymi⁴⁷⁰. Dostępne szerokie badania międzynarodowe to: European School Survey Project on Alcohol and Drugs – ESPAD. Głównym celem powyższego projektu „Europejskiego sondażu szkolnego” jest poznanie zachowań młodzieży szkolnej w wieku 15–18 lat dotyczących używania alkoholu i innych narkotyków oraz ocena czynników wpływających na ich rozpowszechnienie. Badania realizowane są od 1995 roku i odbywają się co 4 lata z inicjatywy Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group). Ostatnie badanie przeprowadzono w 35 krajach Europy w 2015 roku⁴⁷¹. W Polsce kierownikiem badań był J. Sierosławski z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Pięć wymienionych dla przykładu opracowań jest dość szerokich. Można znaleźć w nich szereg odpowiedzi na pytania dotyczące zdrowia i zachowań zdrowotnych młodzieży, ale trzeba stwierdzić, że nie dotyczą one ściśle środowiska akademickiego i nie obejmują wszystkich problemów podjętych przez autora.

Zdrowie psychiczne jest podstawowym elementem pozwalającym na prawidłowe funkcjonowanie człowieka w środowisku. Ta cecha jest ważna w każdym momencie naszego życia, ale staje się szczególnie w trudnych sytuacjach życiowych. Takim trudnym okresem jest czas podjęcia studiów przez młodych dorosłych. Od lat obserwuje się wzrost zachorowań z powodu chorób psychicznych oraz występowania zaburzeń emocjonalnych u osób do 29. roku życia.

K. Szafraniec w raporcie „Młodzi 2011”⁴⁷² przedstawia, że co piąty młody dorosły boryka się z zaburzeniami psychicznymi w następstwie nadużywania środków psychoaktywnych, a 50% doświadcza dysfunkcji nastroju o charakterze depresyjnym oraz dolegliwości nerwicowych.

J. Szymborski oraz K. Jakóbiak podają, że zaburzenia natury psychicznej, takie jak nerwica, depresja, stany lękowe i zaburzenia nastroju wystąpiły u 2,2% młodzieży w wieku 15–19 lat oraz u 3,4% osób w wieku 20–29 lat⁴⁷³.

W badaniach Polaków M. Moskalewicz i J. Boguszewska⁴⁷⁴ prawie co druzgi (40%) młody dorosły ocenia stan swojego zdrowia psychicznego jako dobry

⁴⁷⁰ K. Ostaszewski, K. Bobrowski, A. Borucka, K. Okulicz-Kozaryn, A. Pisarska, J. Raduj, D. Biechowska, *Monitorowanie zachowań ryzykownych i problemów zdrowia psychicznego młodzieży. Badania mokotowskie 2012*, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Pracownia Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M”, Warszawa 2013.

⁴⁷¹ www.espad.org/sites/espad.org/files/ESPAD_report_2015.pdf (dostęp: 17.03.2018).

⁴⁷² K. Szafraniec, *Młodzi 2011*, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Warszawa 2011.

⁴⁷³ *Zdrowie dzieci i młodzieży...*, s. 106.

⁴⁷⁴ J. Moskalewicz, J. Boguszewska, *Poprawa stanu zdrowia psychicznego Polaków. Diagnoza i rekomendacje*, [w:] *Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa*, red. J. Szymborski, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012, s. 101–109.

lub bardzo dobry. Napady lęku zgłasza 13,9%, lęk uogólniony odczuwa co piąty respondent, z powodu obniżenia nastroju skarży się 26,4% badanych. Częściej wymienione dysfunkcje zgłaszają kobiety.

Autor wykonał badania stanu zdrowia oraz zachowań zdrowotnych studentów środowiska akademickiego w Krakowie w 2004 roku, przed wstąpieniem Polski do Unii Europejskiej⁴⁷⁵. Dane z badań pokazują, że złe samopoczucie psychiczne, stany niepokoju odczuwało 63% studentów. Zwiększoną drażliwość oraz uporczywe stany napięcia zgłaszało aż 80% badanych. Co trzeci student odczuwał lęk. Prawie co drugi student odczuwał osłabienie pamięci i zmniejszenie sprawności umysłowej. Aż 72% studentów zgłaszało trudności w koncentracji uwagi. Objawy przewlekłego zmęczenia podaje w badaniach około połowa respondentów. Odsetek respondentów, którzy nie potrafią zapanować nad takimi emocjami, jak: złość, nienawiść, agresja, zazdrość czy miłość i deklarują, że raczej sobie nie radzą z emocjami wynosi od 9,4% do 20,5%. Bardzo niepokojącym zjawiskiem w tym czasie był duży odsetek podjętych prób samobójczych – 4,3%⁴⁷⁶.

E. Dembińska wskazuje na: fobie, napady lęku panicznego, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, zaburzenia odżywiania się, samouszkodzenia, określając je najczęściej występującymi kłopotami zdrowia psychicznego⁴⁷⁷ młodych dorosłych. I. Białkowska, D. Moroczkowska, E. Zomkowska, A. Rakowska przeprowadziły ocenę zdrowia psychicznego prawie trzystu studentów⁴⁷⁸ i opublikowały, że u co ósmego studenta wystąpił epizod depresji. Częściej objawy depresji występują u studentów wyższych lat studiów oraz kobiet.

Od ponad 30 lat naukowcy z 43 krajów Europy i Ameryki Północnej, we współpracy z WHO, Biurem Regionalnym dla Europy, cyklicznie co 4 lata wykonują międzynarodowe badania ankietowe nad zachowaniami zdrowotnymi i zdrowiem subiektywnym młodzieży szkolnej HBSC⁴⁷⁹. Wyniki dotyczące występowania wybranych dolegliwości o silnym podłożu psychicznym w okresie 1994–2010 były następujące: zdenerwowanie było najczęściej występującą dolegliwością, wskaźnik częstego jej występowania systematycznie się zwiększał z wiekiem, drugim najczęściej wskazywanym przez młodzież objawem było rozdrażnienie lub zły humor (28,1% u 15-latków). W dalszej kolejności młodzież zgłaszała: częste epizody przygnębienia (18,2% u 15-latków), częste trudności w zasypianiu (16% ankietowanych). Dolegliwości częściej były zgłaszane przez dziewczęta, co potwierdza się w badaniach wykonanych przez innych autorów (I. Kowalewski, 2006, 2018; I. Białkowska, 2006).

⁴⁷⁵ I. Kowalewski, *Kultura zdrowotna studentów...*

⁴⁷⁶ Ibidem, s. 46–52.

⁴⁷⁷ E. Dembińska, *Niepełnosprawność psychiczna...*

⁴⁷⁸ I. Białkowska, D. Moroczkowska, E. Zomkowska, A. Rakowska, *Ocena zdrowia psychicznego studentów na podstawie skróconego Kwestionariusza Zdrowia Pacjenta*, „Hygeia Public Health” 2006, 49(4), s. 360–370.

⁴⁷⁹ *Tendencje zmian zachowań zdrowotnych...*, s. 9.

Analizując wyniki świadczące o niezbyt dobrej kondycji psychicznej studentów na uwagę zasługują badania przeprowadzone przez K. Storrie, K. Ahern, A. Tuckett⁴⁸⁰. W zaprezentowanych badaniach przeanalizowano przyczyny, dla których studenci korzystali z pomocy poradni zdrowia psychicznego w przeciągu ostatnich trzydziestu lat. Badacze ustalili, że zauważalna jest zasadnicza zmiana charakteru dolegliwości, z powodu których studenci zgłaszają się po pomoc. Do połowy lat dziewięćdziesiątych XX wieku trudności w relacjach interpersonalnych stanowiły główną przyczynę problemów psychicznych wskazywanych przez młodzież. Na przełomie XX i XXI wieku głównym problemem zgłaszanym przez studentów w poradniach zdrowia psychicznego był lęk oraz nieradzenie sobie ze stresem. Współcześnie studenci zgłaszają wiele różnorodnych objawów oraz zaburzeń, w tym często silny lęk, nadużycia seksualne oraz zaburzenia osobowości.

Z diagnozy przeprowadzonej w 2012 roku wśród 10 000 respondentów w wieku 18–64 lat przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego wg raportu EZOP (Epidemiologia Zaburzeń Psychiatrycznych i Dostępność Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej) wynika, że blisko 10% mieszkańców Polski, tj. prawie 2,5 mln osób, cierpiało na zaburzenia lękowe, w tym fobie specyficzne, prawie milion na zaburzenia afektywne (depresja, dystymia, mania), zaburzeń związanych z alkoholem doświadczyło 3 mln osób, z czego uzależnieni stanowią aż 600 tysięcy osób⁴⁸¹.

Polacy oceniają bardzo nisko swój stan zdrowia psychicznego. Jak wynika z badań CBOS, przeprowadzonych w 2015 roku, 70% dorosłych Polaków twierdzi, że warunki życia w kraju są szkodliwe dla zdrowia i zwiększają ryzyko zachorowania na choroby psychiczne. Aż 86% ankietowanych odczuwa zdenerwowanie i rozdrażnienie, a 54% objawy depresji. Znużenie i zniechęcenie towarzyszy na co dzień 71% Polaków, a bezradność 68%, sześciu na stu badanych ma myśli samobójcze. Jednak pomimo tak negatywnych subiektywnie deklarowanych odczuć oraz złej oceny Polaków na temat warunków życia, większość badanych (84%) twierdzi, że cieszy się dobrym lub bardzo dobrym samopoczuciem, a tylko 1% respondentów jest zaniepokojonych stanem swojego zdrowia psychicznego⁴⁸².

Oceny stanu zdrowia człowieka można dokonać na podstawie pozytywnych bądź negatywnych mierników zdrowia. Pozytywne mierniki zdrowia to np. prawidłowe wartości podstawowych cech somatycznych: wysokości, masy ciała, proporcji wagowo-wzrostowych, a także sprawności i wydolności fizycznej. Negatywne mierniki zdrowia dają nam obraz zdrowia poprzez pryzmat zachorowalności na różne choroby i występowanie objawów klinicznych, mogących wskazywać na występowanie chorób. Stan zdrowia oraz poziom sprawności fizycznej może być oce-

⁴⁸⁰ K. Storrie, K. Ahern, A. Tuckett, *A systematic review: Students with mental health problems – A growing problem*, „International Journal of Nursing Practise” 2010, 16, s. 1–8.

⁴⁸¹ *Diagnoza zdrowia psychicznego Polaków wg raportu EZOP*, <https://psychiatria.mp.pl> (dostęp: 18.01.2018).

⁴⁸² *Warunki życia a zdrowie psychiczne Polaków, Informacja prasowa Kliniki Inventiva*, www.psychiatria.pl (dostęp: 18.02.2018).

niany obiektywnie oraz subiektywnie. Subiektywna ocena obu tych kryteriów jest obecnie najczęściej wykorzystywaną metodą umożliwiającą uzyskiwanie wiedzy dotyczącej biopotencjału oraz zachowań współczesnej młodzieży⁴⁸³.

Długotrwałe problemy zdrowotne zgłaszane przez respondentów w trakcie badania stanu zdrowia mogły być nie tylko wynikiem choroby przewlekłej, ale i występowania złego samopoczucia, niesprawności lub kalectwa. Niezależnie od przyczyny, podstawowym warunkiem był fakt zaistnienia sytuacji zdrowotnej oraz minimum 6-miesięczny okres trwania. W badaniach GUS w 2004 roku, ponad 15% populacji młodzieży w wieku 15–29 lat dotknięte było długotrwałymi problemami zdrowotnymi. Częściej dotyczyło to młodych dorosłych (20–29 lat), prawie 1% więcej niż młodzieży w wieku 15–19 lat. Częstość występowania była wyższa u płci męskiej niż u żeńskiej⁴⁸⁴.

Innym wskaźnikiem aktualnie wykorzystywanym przy rozpoznawaniu stanu zdrowia somatycznego jest zachorowalność z powodu chorób przewlekłych. W raporcie J. Szymborskiego oraz J. Jakóbika opublikowano, że ponad 23% młodzieży w wieku 15–29 lat uskarżało się na występowanie chorób przewlekłych. Kobiety znacznie częściej zgłaszały przewlekłe problemy zdrowotne niż mężczyźni (26% i 23%)⁴⁸⁵. Najczęstszą chorobą przewlekłą młodzieży w wieku 15–19 lat i 20–29 lat była alergia, która stanowiła odpowiednio 5,3% i 5,4%, drugą najczęściej występującą chorobą deklarowaną przez młodzież była migrena i częste bóle głowy (odpowiednio 3,0% i prawie 5%). Zaburzenia natury psychicznej, takie jak: nerwica, depresja, stany lękowe i zaburzenia nastroju wystąpiły u 2,2% młodzieży w wieku 15–19 lat oraz u 3,4% osób w wieku 20–29 lat⁴⁸⁶.

Następnym wskaźnikiem wykorzystywanym w badaniach naukowych jest częstość odczuwania wybranych dolegliwości somatycznych w ostatnich 6 miesiącach życia. Wśród dolegliwości wybranych do badań należą np. bóle głowy, bóle brzucha, występowanie bólów pleców, występowanie zawrotów głowy, częstość występowania przygnębienia, częstość występowania rozdrażnienia lub złego humoru, częstość występowania zdenerwowania, częstość występowania trudności w zasypianiu, występowanie mnogich dolegliwości (badania HBSC)⁴⁸⁷. Wyniki badań wskazują: u co drugiego nastolatka występowała jedna powtarzająca się dolegliwość, ponad 30% respondentów zgłaszało zespół dwóch lub więcej dolegliwości, częściej młodzież opisywała występowanie objawów psychicznych niż somatycznych. Bóle głowy były najczęściej zgłaszaną dolegliwością somatyczną, obserwowano tendencję do zwiększania nasilenia większości dolegliwości wraz

⁴⁸³ A. Jopkiewicz, E. Suliga, *Biomedyczne podstawy rozwoju i wychowania*, Instytut Technologii Eksploatacji, Radom–Kielce 2005, s. 163–177.

⁴⁸⁴ *Zdrowie dzieci i młodzieży...*, s. 99–100.

⁴⁸⁵ *Ibidem*, s. 101–102.

⁴⁸⁶ *Ibidem*, s. 105–106.

⁴⁸⁷ J. Hetland, T. Torsheim, L.E. Aaro, *Subjective health complaints in adolescence. Dimensional structure and variation across gender and age*, „Scan. J. Pub. Health” 2002, 30, s. 223–230.

z wiekiem. Zaobserwowano, że dziewczynki częściej niż chłopcy odczuwają różnorodne dolegliwości⁴⁸⁸.

Od wielu lat można zaobserwować dużą liczbę wykonywanych badań naukowych dotyczących zmian zachowań zdrowotnych wśród ludzi. W związku z ogromnym rozwojem genetyki, biochemii klinicznej oraz biologii molekularnej, które są bliskie wyjaśnieniu, jakie geny, hormony, mediatory chemiczne, neurohormony są odpowiedzialne za zachowania szkodliwe dla zdrowia, pojawia się wśród naukowców pytanie o sens badania wyznaczników psychologicznych czy pedagogicznych⁴⁸⁹. Zdaniem autora jest jeszcze za wcześnie na całkowite odrzucenie tego typu działań naukowych, ponieważ obecny stan badań medycznych i biologicznych jest zbyt ogólny i niedokładny, by można było go wykorzystać w skutecznych terapiach (farmakologicznych czy terapii genowej), lub w osobnej diagnostyce behawioralnej. Dodatkowo nikt nie udowodnił, że zachowania są regulowane tylko na poziomie biologicznym. Autor uważa, że z punktu widzenia edukacji i medycyny społecznej informacje dotyczące czynników psychologicznych, pedagogicznych i społecznych są bardzo cenne ponieważ wyjaśniają mechanizmy, dlaczego utrzymujemy, zmieniamy lub powracamy do zachowań o charakterze prozdrowotnym lub antyzdrowotnym. Wyniki badań dotyczące tego typu problemów, zdaniem autora, mogą i powinny stanowić fundament dla opracowywania strategii prozdrowotnych w edukacji i wychowaniu.

Zachowania zdrowotne to każda aktywność człowieka, niezależnie od jego aktualnego i prognozowanego stanu zdrowia, podejmowana w celu wzmocnienia, ochrony i utrzymywania zdrowia, choć nie jest pewne, czy da ona efekt pozytywny. Zachowania ryzykowne dla zdrowia to zachowania, które zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń w stanie zdrowia⁴⁹⁰.

W piśmiennictwie światowym i krajowym można znaleźć wiele prac, w których prezentowane są wyniki dotyczące zachowań związanych ze zdrowiem. Można je podzielić na cztery kategorie. Pierwsza kategoria obejmuje zachowania związane ze zdrowiem somatycznym (higiena ciała i otoczenia, aktywność fizyczna, racjonalne żywienie, hartowanie się, sen – czas trwania i jakość), druga kategoria dotyczy zachowań związanych ze zdrowiem psychospołecznym (wsparcie społeczne, unikanie dystresu, umiejętności radzenia sobie z stresem). Trzecia kategoria to zachowania prewencyjne (samokontrola zdrowia, samobadanie, uczestnictwo w badaniach profilaktycznych i szczepieniach ochronnych, bezpieczne zachowania w życiu oraz podczas wykonywania pracy zawodowej, bezpieczne zachowania w życiu seksualnym. Czwarta kategoria zawiera aktywności człowieka niepodlegające zachowań ryzykownych (nieużywanie tytoniu, bierne

⁴⁸⁸ *Tendencje zmian zachowań zdrowotnych...*, s. 161–177.

⁴⁸⁹ A. Łuszczynska, *Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają?*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004, s. 11–12.

⁴⁹⁰ L.W. Green, M.W. Kreuter, *Health program planning: An educational and ecological approach*, 4th ed., McGraw-Hill, Boston 2005.

palenie, nienadużywanie alkoholu, niespożywanie alkoholu przez dzieci i kobiety w ciąży, nieużywanie substancji psychoaktywnych, nienadużywanie leków nie zleconych przez lekarza, samoleczenie, unikanie ryzykownych uzależnień zachowaniowych (zakupy, uzależnienia medialne, zakupoholizm, pracoholizm)⁴⁹¹. Z powodu ogromnej liczby publikacji dotyczących zachowań, autor dokonał wyboru i zaprezentował w dyskusji tylko niektóre wyniki badań, częściowo zbieżne z próbą diagnozy własnej.

Reprezentatywne ogólnopolskie badania na temat zachowań żywieniowych młodzieży szkolnej zostały przeprowadzone w Polsce w ramach cyklicznego międzynarodowego projektu HBSC. Wśród zachowań związanych z żywieniem analizowano: częstość spożywania śniadań (w dniach szkolnych i w dniach weekendu), częstość spożywania wybranych produktów spożywczych (korzystne dla zdrowia – warzywa i owoce, niekorzystne dla zdrowia – słodkie, coca-cola, inne słodkie napoje). Wyniki badań wskazują, że w latach 2002–2010 z wiekiem zmniejsza się odsetek młodzieży, która regularnie zjada śniadania oraz spożywa warzywa i owoce, a zwiększa się odsetek spożywających produkty niekorzystne dla zdrowia. Dziewczęta częściej nie jedzą śniadań, rzadziej jedzą słodkie i piją słodkie napoje w porównaniu z chłopcami⁴⁹². Do codziennego spożywania warzyw przyznaje się 53% gimnazjalistów mieszkających w mieście oraz tylko 39% zamieszkałych na wsi⁴⁹³.

A. Buczak wykonała badania, w których przeprowadziła analizę zachowań żywieniowych z punktu widzenia ich znaczenia dla zdrowia badanej młodzieży. Dokonała próby ustalenia przekonań młodzieży na temat znaczenia dla zdrowia różnych sposobów odżywiania. Ponadto autorka zdiagnozowała poglądy respondentów na temat czynników kształtujących zachowania żywieniowe ze szczególnym uwzględnieniem uwarunkowań socjokulturowych. Poza młodzieżą gimnazjalną przebadana została grupa 84 studentów studiujących pedagogikę i filologię germańską⁴⁹⁴. Najczęstsze błędy dotyczące sposobu odżywiania się badanej młodzieży (podobna częstość występuje u gimnazjalistów i studentów) związane były z nadmierną konsumpcją słodczy oraz brakiem regularności spożywanych posiłków. Większym problemem niż korzystanie z fast foodów okazała się nadmierna konsumpcja chipsów i batonów. Płeć była czynnikiem różnicującym w sposób istotny statystycznie tylko niektóre zachowania żywieniowe, mężczyźni częściej niż kobiety pili mleko i korzystali z fast foodów. Gimnazjalistki

⁴⁹¹ *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne – Metodyka – Praktyka*, red. B. Woynarowska, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2017, s. 58–59.

⁴⁹² *Tendencje zmian zachowań zdrowotnych...*, s. 53–74.

⁴⁹³ M. Pieszko-Klejnowska, M. Stankiewicz, M. Niedostrytko, I. Kozanecka, W. Łysiak-Szydłowska, *Ocena sposobu odżywiania się gimnazjalnej młodzieży zamieszkującej wieś i miasto*, „Pediatria Współczesna. Gastroenterologia, Hepatologia i Żywnienie Dziecka” 2007, nr 9, s. 50–65.

⁴⁹⁴ A. Buczak, *Zachowania żywieniowe młodzieży w perspektywie edukacji zdrowotnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2014, s. 53–59.

i studentki częściej niż ich koledzy deklarowały: chęć schudnięcia, ograniczanie się w jedzeniu, eksperymentowanie z dietami oraz odchudzanie się⁴⁹⁵. Dietetycy zwracają uwagę na konieczność spożywania nie tylko śniadań, ale również drugiego śniadania. Szczególnie jest to ważne w okresie rozwojowym: w adolescencji i okresie młodych dorosłych. Posiłki powinny być spożywane w odstępie 2–3 godzin. Stąd uważa się, że uczeń, student przebywający w szkole czy wyższej uczelni do 6 godzin powinien zjeść 1 posiłek (drugie śniadanie), przebywając w szkole powyżej 6 godzin tych posiłków powinno być 2. Zbyt długie przerwy pomiędzy posiłkami powodują wahania poziomu cukru, z tendencją do hipoglikemii, czego następstwem są nie tylko zaburzenia somatyczne, ale również intelektualne. Mogą pojawić się objawy: osłabienia, rozdrażnienia, zaburzenia emocjonalne, co obniża sprawność intelektualną i powoduje trudności w nauce⁴⁹⁶.

E. Mędreła-Kuder wykonała badania, z których wynika, że najczęściej do pomijania drugiego śniadania przyczynają się uczennice, prawie co piąta dziewczynka w ogóle nie jada II śniadania. Prawie 40% badanej młodzieży deklaruje, że spożywa II śniadanie w szkole, ale w diecie przeważają słodczyce, chipsy, paluszki, pączki, drożdżówki⁴⁹⁷.

Z badań autora z 2004 roku uzyskano niepokojące wyniki dotyczące przyzwyczajeń żywieniowych środowiska akademickiego. Zła dieta, zaniedbywanie posiłków, nieregularne ich spożywanie – to mogą być powody wielu odczuwanych przez studentów dolegliwości. Autor uważa, że przyczyny tego stanu rzeczy leżą po stronie czynników obiektywnych, tj. organizacji życia wymuszonej przez rozkład zajęć na uczelni, odległości budynków uczelnianych od miejsca zamieszkania itp. Zmniejszenie negatywnych skutków takiej organizacji życia studentów i pracowników wymaga zorganizowania na terenie uczelni łatwo dostępnych i takich punktów żywieniowych, promujących zdrową żywność⁴⁹⁸.

Aktywność fizyczna jest jedną z podstawowych potrzeb człowieka w każdym okresie jego życia. Z badań J. Szymborskiego i K. Jakubika wynika, że średnio około 9 godzin tygodniowo młodzież i młodzi dorośli przeznaczali na spacer, gimnastykę, jazdę na rowerze, deskorolce lub inny niezbyt intensywny ruch. Tę formę aktywności wybrało 87% uczniów w wieku 15–19 lat oraz 77,9% młodych dorosłych w wieku 20–29 lat. Intensywny trening uprawiało zaledwie 18,3% młodzieży w wieku 15–19 lat oraz 12% osób w wieku 20–29 lat. Tylko około 30% młodych dorosłych (20–29 lat) ćwiczyło intensywnie 2–3 godziny tygodniowo. Mężczyźni średnio więcej czasu przeznaczali na trening niż kobiety. Tylko 19%

⁴⁹⁵ Ibidem, s. 105–106.

⁴⁹⁶ K. Wolnicka, *Regularne spożywanie posiłków, pojadanie między posiłkami*, [w:] *Zasady prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży oraz wskazówki dotyczące zdrowego stylu życia*, red. M. Jarosz, Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2008, s. 40–60.

⁴⁹⁷ E. Mędreła-Kuder, *Przykłady złego odżywiania się młodzieży szkół średnich*, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne” 2009, nr 9, s. 10–20.

⁴⁹⁸ I. Kowalewski, *Kultura zdrowotna studentów...*, s. 113.

mężczyzn w wieku 20–29 lat zajmują się sportem. Zaledwie 5% kobiet w wieku 20–29 lat deklaruje uprawianie sportu⁴⁹⁹.

T. Lisicki wskazuje na spadek zainteresowania studentów uprawianiem sportu w porównaniu z deklarowaną aktywnością ruchową w szkole średniej⁵⁰⁰. Rygory studiów oraz trudności z organizacją czasu przez studentów to główne przyczyny rezygnacji z uprawiania sportu⁵⁰¹. Innym powodem braku nawyków ruchowych i niechęci do sportu może być fakt, że ciągle preferowany jest bierny sposób spędzania czasu wolnego przez młodzież szkół niższych stopni niż uczelnie⁵⁰².

Według M. Szyndery studenci, podobnie jak uczniowie, preferują bierne formy spędzania czasu wolnego. Aktywność ruchowa należy, niezależnie od typu uczelni, w której przeprowadzono badania, do najrzadziej wybieranych sposobów spędzania czasu wolnego przez studentów⁵⁰³.

Pomiar aktywności fizycznej nie jest łatwy. Najczęściej wyróżnia się dwie grupy metod: obiektywne (pomiar sygnału biologicznego, tętno, częstość skurczów serca, pobór tlenu) oraz subiektywne (obserwacja, deklaracja wykonywanych czynności ruchowych). Zdaniem H. Nałęcz dzieci i młodzież należy zachęcać do dokonywania samooceny własnej aktywności fizycznej⁵⁰⁴. Jednym z często używanych na świecie jest wskaźnik MVPA (Moderate – to – Vigorous Physical Activity (Umiarkowana – do – Intensywnej Aktywność Fizyczna). Skierowany jest do lekarzy jako test przesiewowy. Autorzy amerykańscy J. Prohaska, J.F. Salis, B. Long⁵⁰⁵ polecają zastosowanie kwestionariusza zawierającego następujące pytanie: w ostatnich 7 dniach, w ilu dniach przeznaczałeś na aktywność fizyczną łącznie co najmniej 60 minut dziennie? Zalecany poziom wskaźnika MVPA to aktywność łącznie co najmniej 60 minut dziennie przez 7 dni w tygodniu. Drugi często wykorzystywany w badaniach światowych wskaźnik to VPA – Vigorous Physical Activity używany do pomiaru intensywności aktywności fizycznej. Obejmuje on 2 pytania dotyczące częstości i czasu trwania ćwiczeń o dużej intensywności.

⁴⁹⁹ *Zdrowie dzieci i młodzieży...*, s. 85–88.

⁵⁰⁰ T. Lisicki, *Studenci I roku akademii medycznych wobec wymogów zdrowego stylu życia*, Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu, Gdańsk 2006, s. 126.

⁵⁰¹ A. Peplowski, *Kultura fizyczna w promocji zdrowia środowiska akademickiego Lublina*, [w:] *Uczelnia promująca zdrowie. Założenia programu*, red. Z. Kawczyńska-Butrym, UMCS, Lublin 1995, s. 80–100.

⁵⁰² J. Strugarek, *Czynniki motywujące i hamujące kształtowanie się i rozwój zainteresowań sportowo-rekreacyjnych młodzieży kończącej liceum ogólnokształcące*, [w:] *Wychowanie Fizyczne i Sport w badaniach naukowych*, red. S. Drozdowski, T. Wojtkowiak, AWF, Poznań 2002, s. 217–222.

⁵⁰³ M. Szyndera, *Prozdrowotny styl życia studentów z podhalańskich rodzin*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sect. D, Medicina”, t. LIX, supl. XIV, 5, 216–220.

⁵⁰⁴ H. Nałęcz, *Edukacja do zwiększenia aktywności fizycznej*, [w:] *Edukacja zdrowotna*, red. B. Woynarowska, s. 381–384.

⁵⁰⁵ J.J. Prohaska, J.F. Salis, B. Long, *A physical activity screening measure for use with adolescents in primary care*, „Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine” 2001, 5, s. 550–560.

W badaniach HBSC, w latach 2002–2010 stwierdzono systematyczne zwiększanie się odsetka młodzieży spełniającej kryteria zalecanej wartości MVPA (7 dni). Natomiast poziom intensywnej aktywności fizycznej w czasie wolnym (wskaźnik VPA) obniżył się w latach 2006–2010 w stosunku do lat 90.⁵⁰⁶

Natomiast z badań J. Szymborskiego i K. Jakóbika wynika, że intensywny trening uprawiało zaledwie 18,3% młodzieży w wieku 15–19 lat oraz blisko 12% osób w wieku 20–29 lat. Około 30% osób w wieku 15–19 lat i 20–29 lat ćwiczyło intensywnie 2–3 godziny tygodniowo. Mężczyźni przeznaczali więcej czasu na trening niż kobiety. Tylko 20% mężczyzn i 5% kobiet w wieku 20–29 lat zajmowało się sportem⁵⁰⁷.

Z badań środowiska akademickiego Krakowa przeprowadzonych przez autora w 2004 roku wynika, że aż 70% studentów uważa, że niewystarczająco zaspokajają swoją potrzebę ruchu. Gimnastyka poranna obok działań higienizujących oraz żywieniowych powinna wchodzić w zakres czynności realizowanych z początkiem dnia przez każdego człowieka, dla którego ważny jest zdrowy tryb życia. Z badań autora wynika, że blisko połowa studentów nie uprawia gimnastyki porannej i rekreacyjnej. Stwierdzono, że większą chęcią do wykonywania codziennej gimnastyki porannej cechują się kobiety, których i tak ćwiczy zaledwie 8%, natomiast mężczyzn tylko 4,2%⁵⁰⁸. Niedocenianie wartości sportu w życiu młodych dorosłych jest powszechnym zjawiskiem utrzymującym się od wielu lat. Sport to skuteczny sposób nie tylko na zdrowie somatyczne, ale również na wzmacnianie i aktywizację sprawności intelektualnej, ułatwiającej studiowanie.

Innym zachowaniem zdrowotnym często analizowanym w literaturze naukowej są uzależnienia. Uzależnienia można podzielić na substancyjne, behawioralne oraz krzyżowe. Każde z nich bez wyjątku upośledza funkcjonowanie człowieka dotkniętego nałogiem i jego najbliższych, a w wielu sytuacjach doprowadza do utraty zdrowia, a nawet samobójczej śmierci.

Uzależnienie od nikotyny jest najczęściej występującym uzależnieniem substancyjnym. W Polsce pali tytoń 31% dorosłych osób, częściej mężczyźni (40%) niż kobiety (23%). Wyniki badań CBOS⁵⁰⁹ (2012 rok) w grupie osób w wieku 20–29 lat wskazują na 36% palących mężczyzn i 28% kobiet. We wszystkich grupach wieku poza najmłodszą (osoby w wieku 15–19 lat) częściej palili mężczyźni niż kobiety. W wieku 15–19 lat częściej paliły tytoń kobiety (23%) niż mężczyźni (12%).

Według opublikowanych wyników badań GATS z 2010 roku w Polsce codziennie pali 5,2 mln dorosłych Polaków i 3,5 mln kobiet, okazjonalnie używa tytoniu 1 mln osób. Większość palaczy pali papierosy (94,7%), tytoniu bezdymnego (tj. tabaki, tytoniu do żucia, tytoniu doustnego) używa 0,5%, tj. 200 tys. dorosłej populacji. Polacy rozpoczynają palenie między 18. a 24. rokiem życia (mężczyźni

⁵⁰⁶ *Tendencje zmian zachowań zdrowotnych...*, s. 30–33.

⁵⁰⁷ *Zdrowie dzieci i młodzieży...*, s. 87.

⁵⁰⁸ I. Kowalewski, *Kultura zdrowotna studentów...*, s. 54–57.

⁵⁰⁹ CBOS, *Postawy wobec palenia papierosów*, BS/107/2012, Warszawa, sierpień 2012.

w 18. r.ż., kobiety w 20. r.ż.). Średnia liczba wypalanych papierosów w przypadku kobiet to 16 sztuk, w przypadku mężczyzn 18 sztuk. 60% codziennych palaczy zapala pierwszego papierosa w ciągu 30 minut po przebudzeniu, prawie 30% w ciągu pierwszych 5 minut. Prawie 40% palaczy nie zamierza rzucić palenia. Tylko 3,5% nałogowo palących tytoń szukało pomocy specjalisty. Co szósty nastolatek w wieku 15–19 lat (15,6%) i 32,1% młodych dorosłych (20–29 lat) pali tytoń codziennie. 10% nie wierzy w związek przyczynowy palenia z rakiem płuc, 20% nie zna związku przyczynowego palenia z zawałem serca, 40% nie zna związku przyczynowego palenia z udarem mózgu⁵¹⁰. Dane opublikowane przez grupę badaczy są zatrważające, otwierają ogromne pole działań edukacyjnych i wychowawczych w ramach kształcenia permanentnego, od najmłodszych lat po starość.

A. Kowalewska ustaliła, że w 1974 r. codziennie paliło tytoń 59% mężczyzn i 19% kobiet. W następnych 8 latach odsetek mężczyzn palących codziennie tytoń wzrósł do 62%, a kobiet do 32% i należał do najwyższych w całym badanym okresie. Obserwując osoby w wieku 30–39 lat autorka zauważyła, że doszło do wzrostu odsetka osób palących codziennie tytoń (u mężczyzn wzrost z 66% do 76%, i odpowiednio z 18% do 48% u kobiet) oraz kobiet w wieku 20–29 lat (wzrost z 28% do 45%). W kolejnej serii badań w 1982 roku nastąpiło obniżenie odsetka osób codziennie palących tytoń. W grupie mężczyzn był on bardziej dynamiczny i trwa do chwili obecnej. U kobiet po obniżeniu do 23% w 1982 roku, ulega on niewielkim wahaniom od 21% do 25%⁵¹¹.

W badaniach ESPAD rozpowszechnienie palenia badano przy użyciu dwóch wskaźników: palenia w okresie całego życia oraz w ostatnich 30 dniach przed badaniem. Pierwszy wskaźnik dotyczył inicjacji i podejmowania eksperymentów z tytoniem, drugi aktualnej częstości palenia (codziennego, okazjonalnego i regularnego używania nikotyny). Wyniki badań wykonane w 35 krajach Europy w 2014 roku nie są optymistyczne. Wskaźnik palenia w okresie całego życia wśród uczniów z badanych krajów rozkłada się pomiędzy 16% a 66%. W 15 spośród 35 krajów Europy więcej niż połowa uczniów przeszła inicjację tytoniową i ma za sobą próby eksperymentowania z wyrobami tytoniowymi. Dotyczy to przede wszystkim uczniów z Czech (66%), Litwy (65%), Chorwacji i Słowacji (62%). Najmniej uczniów eksperymentuje z tytoniem i inicjuje to zachowanie w Islandii (16%), Norwegii (28%) i na Malcie (29%). Wśród polskich uczniów wskaźnik ten jest wysoki, wynosi aż 55%. Co piąty uczeń w Europie przyznaje się do palenia w ostatnich 30 dniach. Najwyższe wskaźniki obserwuje się wśród uczniów z Włoch (37%), Bułgarii i Chorwacji (33%). Najmniej uczniów używało tytoniu w Islandii (6%), Mołdawii (9%) i Norwegii (10%).

⁵¹⁰ W. Zatoński, K. Przewoźniak, J. Łobaszewski, Zespół Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów, *GATS wyniki badania*, Cancer Center Institute of Oncology Cancer Epidemiology and Prevention Division, Warszawa 2010.

⁵¹¹ A. Kowalewska, *Palenie tytoniu przez dziewczęta w okresie dorastania w kontekście uwarunkowań psychospołecznych*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2013, s. 20–23.

W Polsce co 4. uczeń palił tytoń w poprzedzającym miesiącu⁵¹².

Wyniki ostatniej rundy badań mokotowskich wskazują na stabilizację wskaźników palenia papierosów w latach 2008–2012. Porównania w obrębie wszystkich trzech wskaźników (palenie ogółem, palenie okazjonalne i codzienne) wskazują na brak istotnych zmian. W 2012 roku nie paliło 69,0%, paliło okazjonalnie 21%, codziennie 10%. Ciekawe jest to, że dziewcząt palących codziennie i ogółem jest więcej niż chłopców (odpowiednio: 10,7%, 35,8% dziewczęta, 9,3%, 25,8% chłopcy). K. Ostaszewski twierdzi, że używanie substancji psychoaktywnych wśród młodzieży jest jednym z najbardziej rozpowszechnionych zachowań ryzykownych w okresie dojrzewania. Z każdym rokiem nauki w gimnazjum skokowo zwiększają się odsetki uczniów, którzy piją alkohol, palą papierosy i używają narkotyków. Wyniki ogólnopolskich badań z 2010 r. wskazują, że połowa 15–16-latków piła alkohol. Na przestrzeni lat 1992–2012 najbardziej popularnymi nielegalnymi substancjami używanymi podczas młodzieżowych spotkań towarzyskich pozostawały przetwory konopi indyjskich (marihuana i haszysz). Około 30% badanych 15-latków w latach 2008–2012 uczestniczyło w spotkaniach towarzyskich, gdzie używano marihuany lub haszyszu. Pozostałe substancje były znacznie mniej dostępne na spotkaniach towarzyskich młodzieży, choć należy odnotować, że w latach 90. XX wieku w środowiskach młodzieży szkolnej na Mokotowie, Ursynowie i Wilanowie wzrastała dostępność prawie wszystkich substancji nielegalnych. Nowym zjawiskiem odnotowanym w 2012 roku była dostępność tzw. dopalaczy. Około 5% młodzieży uczestniczyło w spotkaniach towarzyskich, na których brano dopalacze⁵¹³.

Jednym ze wskaźników wykorzystywanych przy badaniu problemu używania narkotyków przez młodych ludzi jest wskaźnik obecność tego rodzaju środków w ich otoczeniu. W roku 2003 po raz pierwszy zapytano uczniów, czy w ich środowisku, wśród znajomych (kolegów, koleżanek) jest ktoś, kto zażywa narkotyki lub środki odurzające. W roku 2013, podobnie jak w 2010, co drugi badany (odpowiednio 54% i 53%) znał taką osobę. W ostatnim pomiarze z 2016 roku największe odsetki od 2003 roku wskazały, że nie znają osoby zażywającej substancję psychoaktywną (51%). Z badań prowadzonych od 1992 roku wynika, że chłopcy mają kontakt z narkotykami częściej niż dziewczęta. W roku 2013 24% uczniów i 10% uczennic odpowiedziało twierdząco na pytanie o używanie nielegalnych substancji. W ostatnim pomiarze nastąpił spadek odsetka uczniów do 20%, a wzrost uczennic do 14%. Najwyższy odsetek osób zażywających narkotyki odnotowano w zasadniczych szkołach zawodowych (21%, w 2013 roku – 26%), a najniższy w liceach (15%, w 2013 roku – 18%). Wśród uczniów dwójkowych i trójkowych kontakt z substancjami psychoaktywnymi miało 22% badanych

⁵¹² [www.espad.org / sites / espad.org / files /ESPAD report 2015.pdf](http://www.espad.org/sites/espad.org/files/ESPAD_report_2015.pdf), s. 36–37 (dostęp: 17.03.2018).

⁵¹³ K. Ostaszewski, K. Bobrowski, A. Borucka, K. Okulicz-Kozaryn, A. Pisarska, J. Raduj, D. Biechowska, *Monitorowanie zachowań ryzykownych...*, s. 26–30.

(w 2013 roku – 22%). Był to najwyższy odsetek. Najniższy wśród piątkowych lub szóstkowych 13% (w 2013 – 12%)⁵¹⁴.

Innym ryzykownym zachowaniem zdrowotnym jest nadużywanie alkoholu. Według K. Brzóska z Polskiej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Polacy piją z każdym rokiem coraz więcej alkoholu. Armia uzależnionych – osób które są w systemie leczenia – to około 600–800 tysięcy osób. Co roku w systemie leczenia pojawia się 350 tys. nowych uzależnionych. Natomiast nadmierne i szkodliwie pije w Polsce ponad 3 mln osób⁵¹⁵.

10,3 litra czystego alkoholu wypija co roku statystyczny Polak, wynika z badania „Tackling Harmful Alcohol Use” sporządzonego przez OECD w 34 krajach członkowskich tej organizacji. Najchętniej używane jest piwo, trochę rzadziej inne rodzaje alkoholu na bazie spirytusu. Na trzecim miejscu jest wino. Widoczne jest, że po alkohol sięgamy częściej i chętniej niż 20 lat temu. W badaniach OECD z 1992 roku w skali roku statystyczny Polak wypijał alkoholu o 2 litry mniej niż obecnie. Według GUS w porównaniu z badaniami z 2009 roku odsetek osób dorosłych pijących napoje alkoholowe zmniejszył się o ponad 2 punkty procentowe. Całkowitą abstynencję w ciągu ostatnich 12 miesięcy zadeklarowało blisko 28% badanych osób. Odsetek kobiet pijących alkohol zmniejszył się z około 66% w 2009 roku do 63% w 2014 r. Wśród mężczyzn również uległ obniżeniu z 85% do 83%. Do picia alkoholu co najmniej 1 raz w tygodniu przyznaje się co 3. pijący mężczyzna, a tylko co 7. pijąca alkohol kobieta. Wyniki badania potwierdziły, że piwo wyparło wódkę i inne napoje spirytusowe⁵¹⁶.

Inny obraz spożywania alkoholu można zauważyć analizując to zjawisko w grupach wiekowych. Według badań GUS z 2014 roku, co 4. osoba deklarująca spożywanie alkoholu w ciągu ostatnich 12 miesięcy piła alkohol przynajmniej 1 raz w tygodniu, głównie w dni weekendowe. Picie w pozostałe dni tygodnia zadeklarowało jedynie 61% pijących alkohol co najmniej 1 raz w tygodniu.

J. Szymborski i K. Jakóbiak ustalili, że ponad 45% osób w wieku 15–19 lat piło alkohol w okresie 12 miesięcy poprzedzających badanie (mężczyźni 47%, kobiety 44%). Udział osób pijących stanowił ponad 80% w grupie wiekowej 20–29 lat, więcej mężczyzn niż kobiet sięgało po alkohol (odpowiednio 87,8% i 78,5%). Analizując częstość picia alkoholu, autorzy stwierdzili, że w grupie wieku 15–19 lat najczęściej zarówno mężczyźni, jak i kobiety sięgali po alkohol 2–5 razy w roku (odpowiednio 29,6% i 33,6%). Natomiast w starszej grupie wiekowej częstość zwiększyła się i najwięcej osób spożywało alkohol już 1–3 razy w miesiącu. Ciekawym wynikiem opublikowanym przez tych autorów jest to, że młodzież

⁵¹⁴ Młodzież 2016. Raport z badania sfinansowanego przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, <https://cinn.gov.pl>, s. 211–219 (dostęp: 15.03.2018).

⁵¹⁵ K. Brzóska, *PARPA: Polska w czołówce Europy pod względem spożycia alkoholu*, www.pap.pl (dostęp: 08.03.2018).

⁵¹⁶ GUS, 2015.

i młodzi dorośli chętniej sięgali po wino. Drugim najczęściej wybieranym napojem było piwo⁵¹⁷.

W badaniach autora przeprowadzonych w środowisku studentów krakowskich uczelni⁵¹⁸ ustalono, że rozpowszechnienie picia napojów alkoholowych jest bardzo wysokie. Na pytanie „Czy pijesz alkohol?” pozytywnie odpowiedziało aż 90,6% studentów z Politechniki Krakowskiej, 85,4% z Akademii Pedagogicznej i 78,4% z Uniwersytetu Jagiellońskiego. Tylko co piąty student UJ (21,6%), co siódmy z AP i co dziesiąty z PK jest abstynentem. We wszystkich zestawieniach statystycznych na przestrzeni wielu lat widoczny był fakt, że picie napojów alkoholowych było mniej rozpowszechnione wśród badanych kobiet niż mężczyzn. Aktualne badania środowiska akademickiego wykazują tendencję do powolnego niwelowania tych różnic. W referowanych badaniach np. występuje podobny odsetek (około 46%) pijących mężczyzn i kobiet studiujących w Politechnice Krakowskiej, w dwóch innych uczelniach (AP, UJ) okazuje się, że tylko o około 8% więcej mężczyzn w porównaniu do kobiet przyznaje się do picia napojów alkoholowych.

Wyniki badań HBSC prowadzonych w latach 1990–2010 wskazują, że w grupie 13–15-latków zwiększył się odsetek osób upijających się z różną częstością, a zmniejszył się odsetek osób, które nigdy się nie upiły, wśród 15-latków znacznie zwiększył się odsetek upijających się bardzo często (1990 – 1,9%, 2010 – 7,8%). Alkohol pije częściej młodzież starsza niż młodsza. W 2010 roku wódkę i inne napoje wysokoprocentowe piło ogółem 20,2% młodzieży (25,6% chłopców i 16% dziewcząt). Najczęstszym rodzajem używanego alkoholu przez młodzież było piwo – 42,2%. We wszystkich grupach wiekowych zanotowano niekorzystne zjawisko wzrostu odsetka osób pijących piwo codziennie⁵¹⁹.

W badaniach ESPAD z 2015 roku do picia alkoholu przyznaje się od 35% do 96,6% uczniów w wieku 15–18 lat w badanych krajach europejskich. Najwięcej uczniów mających doświadczenie używania alkoholu odnotowano w Czechach, Grecji i na Węgrzech (93% i więcej). Relatywnie niższe wskaźniki inicjacji alkoholowej obserwuje się w Albanii, Macedonii i Norwegii (60%). Więcej mężczyzn niż kobiet sięgało po alkohol, największe różnice w spożywaniu alkoholu występowały w Albanii (płeć męska 71%, płeć żeńska 51%), Macedonii (odpowiednio 64%, 51%) i Czarnogórze (odpowiednio 83%, 72%). Co drugi młody Europejczyk (15–18 lat) spożywał alkohol w ostatnich 30 dniach. Na Cyprze, w Austrii, Danii, Czechach, Grecji aż 70% uczniów spożywało alkohol w ostatnim miesiącu przed badaniem. Aż 13% uczniów upiło się w okresie ostatnich 30 dni. Duńscy uczniowie upijali się najczęściej (32%). Co piąty uczeń upijał się w Austrii (21%), na Węgrzech (20%), w Bułgarii, Liechtensteinie, Monaco (17%), Chorwacji (16%).

⁵¹⁷ *Zdrowie dzieci i młodzieży...*, s. 93–95.

⁵¹⁸ I. Kowalewski, *Kultura zdrowotna studentów...*, s. 70–73.

⁵¹⁹ *Tendencje zmian zachowań zdrowotnych...*, s. 95–99.

Najbardziej w upojenie alkoholowe wprowadzali się uczniowie z Islandii (3%), Albanii (7%), Estonii, Macedonii i Mołdawii (8%)⁵²⁰.

Pomimo stale prowadzonych działań prewencyjnych oraz obowiązujących norm prawnych zakazujących sprzedaży alkoholu osobom poniżej 18. roku życia, eksperymentowanie z tą substancją przez osoby niepełnoletnie jest nieodłącznym elementem okresu dorastania. Wyniki badań wskazują, że zdecydowana większość polskich 15-latków ma już pierwsze próby z alkoholem za sobą⁵²¹.

Seksualność określana jest w słownikach jako „wrodzona naturalna potrzeba i funkcja organizmu człowieka, podobnie jak oddychanie, procesy trawienia i inne”⁵²². Jednocześnie większość badaczy uważa, że nie można jej identyfikować tylko z funkcją biologiczną. K. Imieliński podkreśla, że obejmują ona bowiem wszelkie związane z popędem seksualnym sposoby przeżywania i zachowania, wynikające z faktu życia wśród społeczeństwa⁵²³. Dalej autor zwraca uwagę, że nie należy opisywać i wyjaśniać seksualności tylko w aspekcie biologicznym, gdyż mogłoby nastąpić oderwanie tej sfery od kultury, systemu norm i zasad społecznych oraz potrzeb psychicznych⁵²⁴.

Nie da się jednak zaprzeczyć faktom, wynikającym z badań różnych autorów, że zachowania seksualne prezentowane przez człowieka potwierdzają rozliczne powiązania seksualności ze zdrowiem. Obserwując zachowania zdrowotne młodzieży i młodych dorosłych pojawiają się problemy będące wynikiem dysonansu pomiędzy obserwowanym szybkim rozwojem fizycznym a nieprzebiegającym równoległe rozwojem dojrzałości psychicznej i społecznej. Zdaniem wielu autorów (Z. Izdebski, 2012; J.W. Kalat, 2013; M. Komorowska-Pudło, 2013; I. Kowalewski, 2006; A. Jaczewski, 1995 i inni) brak wzorców, osłabienie wychowawczego i edukacyjnego oddziaływania szkoły i rodziny, większa swoboda stosunków międzyludzkich powoduje systematyczne obniżanie się wieku inicjacji seksualnej. Zbyt szybka inicjacja seksualna stwarza konkretne zagrożenia zdrowotne: wzrost liczby przypadków chorób wenerycznych, w tym AIDS, wzrost liczby porodów u kobiet małoletnich, wzrost liczby stanów zapalnych narządów rodnych oraz ektopowych szyjki macicy, zagrożenia zdrowotne związane z rozpowszechnieniem antykoncepcji szczególnie hormonalnej, wzrost liczby aborcji oraz powikłań somatycznych i psychicznych.

W badaniach HBSC przeprowadzonych w latach 1990–2010 stwierdzono analizując deklaracje młodzieży 15-letniej: współżycie seksualne rozpoczęło 20% chłopców i prawie 14% dziewcząt. Średni wiek inicjacji seksualnej był nieco wcześniejszy u chłopców (14,1 lat) niż u dziewcząt (14,6). Można uznać, że co pią-

⁵²⁰ www.espad.org/sites/espad.org/files/ESPAD_report_2015.pdf, s. 38–39 (dostęp: 17.03.2018).

⁵²¹ *Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*, red. J. Mazur, A. Małkowska-Szcutnik, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2010.

⁵²² M. Beisert, *W poszukiwaniu modelu seksualności człowieka*, [w:] *Seksualność w cyklu życia*, red. M. Beisert, PWN, Warszawa 1999, s. 8.

⁵²³ *Seksuologia – zarys encyklopedyczny*, red. K. Imieliński, PWN, Warszawa 1985, s. 346.

⁵²⁴ *Ibidem*.

ty chłopiec i co 7 dziewczynka kończąca gimnazjum podejmuje zbyt wcześnie współzycie seksualne (zachowanie ryzykowne)⁵²⁵.

Z raportu Młodzież 2016 wynika, że najczęściej deklarowany wiek inicjacji seksualnej to 17 lat – taki wiek podaje 32% uczniów mających to doświadczenie za sobą. Nieco więcej niż co czwarty (27%) spośród badanych w tej grupie przeżył „pierwszy raz” mając 16 lat, a nieco więcej niż co piąty (22%) – w wieku 18 lat. Deklaracje ankietowanych wskazują, że dziewczęta rozpoczynają współzycie nieco później niż chłopcy, choć różnica nie jest duża: przeciętny wiek inicjacji w przypadku chłopców to 16 i pół roku, a w przypadku dziewcząt – 16 lat i 9 miesięcy. Czynnikiem hamującym aktywność seksualną młodzieży jest religijność – młodzi ludzie regularnie praktykujący i identyfikujący się z wiarą częściej w porównaniu z innymi deklarują wstrzemięźliwość seksualną, a ci spośród nich, którzy podjęli współzycie, zrobili to nieco później niż przeciętnie (średnia wieku 17 lat)⁵²⁶.

Ponad 80% młodzieży, która podjęła życie seksualne stosowało w czasie ostatniego stosunku płciowego jakąś metodę zapobiegania ciąży. Doświadczenie inicjacji seksualnej deklaruje 54% ogółu badanych uczniów. Swój „pierwszy raz” ma za sobą zdecydowanie więcej chłopców niż dziewcząt. Zauważono dwie pozytywne tendencje, analizując wyniki badań w latach 1990–2010: zwiększenie się odsetka młodzieży, która w czasie ostatniego stosunku seksualnego stosowała metody antykoncepcyjne oraz późniejszy w 2010 roku, w stosunku do 2002 roku, średni wiek inicjacji seksualnej u chłopców oraz zmniejszenie się odsetka chłopców i dziewcząt podejmujących bardzo wcześnie inicjację seksualną⁵²⁷. Z. Izdebski w roku 2004 przeprowadził badania wśród uczniów drugiej klasy gimnazjum (diagnoza chłopcy N=2596, dziewczęta N=2575) dotyczące inicjacji seksualnej w szerszym, bardziej szczegółowym zakresie niż badania HBSC. Wśród badanej grupy 31,9% dziewcząt i 40% chłopców ma za sobą inicjację seksualną (36% badanych osób). Chłopcy inicjują wcześniej niż dziewczęta. Sześciu na dziesięciu chłopców, którzy inicjowali seksualnie, zrobiło to przed ukończeniem 16. roku życia. Wśród dziewcząt pierwszy stosunek seksualny w wieku 16 lat lub wcześniej odbyło 45,5% respondentek. Najniższy odsetek inicjacji mają badani z najwyższą średnią ocen za ostatni rok nauki (37%), najwyższy: osoby palące codziennie (66%), palące marihuanę (50%) oraz zażywający narkotyki typu kokaina, heroina, ecstasy, amfetamina (70%). Badacz sprawdził również metody antykoncepcyjne stosowane przez młodzież w trakcie ich pierwszego stosunku płciowego. Ponad 70% podało, że użyło prezerwatywy, następną w kolejności „metodą” był stosunek przerywany, prawie co czwarty badany. Doustne środki antykoncepcyjne, takie jak pigułki czy tabletki, zastosowała co dziesiąta osoba badana⁵²⁸.

⁵²⁵ *Tendencje zmian zachowań zdrowotnych...*, s. 120–122.

⁵²⁶ *Młodzież 2016. Raport z badania sfinansowanego przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii*, s. 156, <https://inn.gov.pl> (dostęp: 23.02.2018).

⁵²⁷ *Tendencje zmian zachowań zdrowotnych...*, s. 120–122.

⁵²⁸ Z. Izdebski, *Seksualność Polaków na początku XXI wieku. Studium badawcze*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012, s. 175–183.

Wyniki stosowanych metod w badaniach HBSC są inne: 31,8% wymieniło stosunek przerywany, a 16,1% metody naturalne⁵²⁹. Jest to niepokojące zjawisko mogące implikować niechcianą ciążę oraz infekcje narządów rodnych (zawodność oraz brak zabezpieczenia przed infekcjami).

Analizując zachowania osób dorosłych, na podstawie badań Z. Izdebskiego można stwierdzić, że zdecydowana większość młodych dorosłych inicjację seksualną ma poza sobą (18–24 lat – 75,3%, 25–29 lat – 90,0%). Średni wiek inicjacji seksualnej wyniósł w badaniu z 2005 roku 18,42 roku, przy czym u kobiet 18,82, a u mężczyzn – 18,08 roku. Kobiety częściej (39,4%) niż mężczyźni (16,3%) miały w życiu jednego partnera seksualnego. Dwóch partnerów seksualnych w życiu miało 19,8% kobiet i 12,1% mężczyzn. Większość mężczyzn miała bogatsze życie seksualne związane z posiadaniem więcej niż dwóch partnerek⁵³⁰. Z punktu widzenia zdrowia, liczba partnerów seksualnych ma znaczenie w przypadku działań profilaktycznych zapobiegających występowaniu chorób przenoszonych drogą płciową, w tym AIDS. Ważne z punktu widzenia zdrowia są również informacje dotyczące używania antykoncepcji przez młodych dorosłych.

W badaniach stosowania antykoncepcji w ciągu ostatnich 12 miesięcy przez młodych dorosłych Z. Izdebski ustalił, że w wieku 18–24 lat prawie co 5. spośród respondentów (16,6%) i 23% respondentów w wieku 25–29 lat nie stosowało antykoncepcji. Analizując rodzaje stosowanej antykoncepcji w wieku 19–24 lat najpopularniejsza była prezerwatywa 56,9%, na drugim miejscu używano tabletki antykoncepcyjne (30,7%). Dość często stosowany był najbardziej zawodny sposób antykoncepcji, kalendarzyk małżeński, w wieku 19–24 lat – 6%, w wieku 25–29 lat przez 8,2% respondentów. Prawie w ogóle nie stosowano metod naturalnych (odpowiednio w wymienionych grupach wiekowych: 1%, 2,7%)⁵³¹. W raporcie Młodzież 2016 deklaracje badanych, którzy mają za sobą inicjację seksualną i zechcieli odpowiedzieć na to pytanie, wskazują, że antykoncepcja stosowana jest przez młodzież dość powszechnie – stosuje ją (bądź partner/partnerka) 79% aktywnych seksualnie młodych ludzi. Według autorów raportu należy podkreślić, że w ciągu ostatnich 20 lat w omawianej kwestii nic się nie zmieniło – wynik ten jest bowiem identyczny z uzyskanym w badaniach młodzieży realizowanych w 1996 roku. Brak zmian w poziomie stosowania przez młodzież środków antykoncepcyjnych w tak długim okresie może wskazywać, że zasięg tego zjawiska osiągnął pewien nieprzekraczalny pułap. Stosowaniu antykoncepcji przez młodych ludzi sprzyja wyższe wykształcenie rodziców (zarówno matki, jak i ojca) oraz niższy poziom religijności. Odsetki deklaracji jej stosowania rosną wraz z wielkością miejsca zamieszkania – młodzież z największych miast korzysta z antykoncepcji ponad dwukrotnie częściej niż młodzi ludzie z najmniejszych miast. Do stosowania środków zapobiegających ciąży częściej przyznają się dziewczęta niż chłopcy.

⁵²⁹ Wyniki badań HBSC..., s. 146–151.

⁵³⁰ Z. Izdebski, *Seksualność Polaków...*, s. 235–236.

⁵³¹ Ibidem, s. 252–253.

Biorąc pod uwagę typ szkoły, najrzadziej w porównaniu z innymi antykoncepcję stosują uczniowie zasadniczych szkół zawodowych⁵³².

Inne wyniki uzyskał autor w badaniach zachowań seksualnych środowiska akademickiego miasta Krakowa, które zostały wykonane w 2004 roku. Życie seksualne rozpoczęło 70,9% studentów, blisko co trzeci student nie podjął życia seksualnego. Częściej fakt inicjacji seksualnej deklarują studenci – mężczyźni (74,7% ogółu badanych mężczyzn) niż studentki – kobiety (58,0%). Częściej również fakt rozpoczęcia życia płciowego zgłaszają studenci III i IV roku studiów (odpowiednio 81% i 70,9%) niż I roku (50,7%). Jak wynika z ostatniego zestawienia, tylko połowa respondentów do 20. roku życia włącznie jest po inicjacji seksualnej. Blisko połowa studentów ma stałego partnera. Częściej posiadanie stałego partnera deklarują studentki niż studenci. Wśród studentów, którzy podjęli życie seksualne, 90,7% stosuje środki antykoncepcyjne. Preparaty chemiczne wybiera 4,7% studentów. Środki mechaniczne używane są częściej, blisko co trzecia osoba (27,6%) wybiera ten sposób zabezpieczenia przed niepożądaną ciążą. Stosunek przerywany – 8,3% ankietowanych. Co szósta osoba (16,4%) stosuje celem zabezpieczenia tabletki hormonalne. Co dziesiąta osoba objęta badaniami (9,3%) nie wybiera żadnego sposobu kontrolowania prokreacji⁵³³.

Zagadnienia zdrowia człowieka budziły zainteresowanie badaczy od zawsze. Jako jedna z najważniejszych wartości w życiu człowieka stanowiła przedmiot rozważań i badań podejmowanych przez różne dziedziny wiedzy, m.in. takich jak medycyna, psychologia, pedagogika, socjologia, etyka. Jednak, pomimo że zajmowano się tym samym obszarem życia człowieka, różne było podejście badaczy do zdrowia, niekiedy różny był zakres podejmowanych celów badań, w zależności od przyjętej klasyfikacji czy sposobu definiowania poszczególnych kategorii zdrowia oraz odpowiednio stosowanych narzędzi badawczych, prowadzących do określenia rzeczywistości w tym obszarze badań. Środowisko akademickie jest to specyficzna grupa społeczna składająca się z młodzieży i młodych dorosłych o wysokich aspiracjach, mająca konkretny cel do osiągnięcia. Wyniki badań stanu zdrowia, zachowań zdrowotnych tej grupy społecznej, w wielu zakresach mogą różnić się od wyników uzyskanych w diagnozie ogólnych grup wiekowych.

5.9. Podsumowanie i wnioski końcowe

Przedstawione w tej pracy dane dotyczące subiektywnej oceny zdrowia i zachowań zdrowotnych badanych studentów z czterech krajów, klimatu społecznego wyższych uczelni oraz związków pomiędzy tymi zmiennymi pozwalają na formułowanie następujących wniosków:

⁵³² *Młodzież 2016. Raport z badania sfinansowanego przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii*, s. 157, <https://cinn.gov.pl> (dostęp: 25.02.2018).

⁵³³ I. Kowalewski, *Kultura zdrowotna studentów...*, s. 78–83.

1. Stan zdrowia somatycznego w ocenie studentów nie jest zadowolający, ponieważ blisko połowa badanych z każdej grupy deklaruwała występowanie chorób przewlekłych, a niemal co trzecia osoba stwierdziła, że odczuwa kilka dolegliwości somatycznych.
2. Można stwierdzić, że sprawność fizyczna badanych ze wszystkich grup nie jest na poziomie zadowolającym, ponieważ najwięcej studentów oceniło ją jako zaledwie dostateczną. Nieprawidłowa masa ciała (niedobór lub nadwaga) występuje u około $\frac{1}{4}$ badanych kobiet i mężczyzn.
3. Niepokój budzić może ocena samopoczucia psychicznego przez badanych studentów, ponieważ dość dużo z nich (szczególnie Polacy) wyraziło opinię, że jest ono złe.
4. Występowanie epizodów depresyjnych oraz podejmowanie prób samobójczych w deklaracjach badanych jest również dość niepokojącym zjawiskiem, głównie w przypadku studentów z Francji.
5. Stwierdzić można, że badani studenci są zbyt mało aktywni fizycznie, ponieważ w znacznej większości deklaruwali całkowity brak aktywności lub podejmowanie jej z częstotliwością zaledwie 1 lub 2 godzin tygodniowo. Większość badanych oceniło podejmowany wysiłek fizyczny jako niewystarczający.
6. Studenci nie odżywiają się również w prawidłowy sposób, gdyż spożywanie 5 posiłków dziennie deklaruował niewielki odsetek badanych.
7. Wśród zachowań ryzykownych najbardziej niepokojącymi zjawiskami są u znacznej liczby badanych: brak stałego partnera seksualnego, niestosowanie metod antykoncepcyjnych oraz częste spożywanie alkoholu pod różnymi postaciami.
8. Studenci nie dbają we właściwy sposób o stan swojego zdrowia i uzębienia, ponieważ mniej niż $\frac{1}{4}$ badanych wykonuje regularne badania profilaktyczne w tym zakresie. Przyczyną tego jest najczęściej trudny dostęp do lekarzy, głównie specjalistów w przychodniach studenckich.
9. Działania uczelni na rzecz zwiększenia aktywności fizycznej i dostępność do uczelnianych obiektów sportowych są dalece niewystarczające w ocenie badanych.
10. Analiza wyników badań ujawniła, że zależności pomiędzy wybranymi aspektami samooceny zdrowia i zachowań zdrowotnych a oceną klimatu społecznego uczelni są bardzo słabe, nikle lub w ogóle nie występują.
11. Można stwierdzić również, po przeanalizowaniu wyników analizy regresji logistycznej, że ocena klimatu społecznego uczelni w różnych wymiarach w niewielkim stopniu ma wartość predykcyjną dla samooceny wybranych aspektów zdrowia psychicznego i zachowań zdrowotnych badanych studentów z czterech krajów.

Należałoby zatem zintensyfikować działania na rzecz edukacji zdrowotnej w uczelniach. Wszystko wskazuje na to, że w programach studiów jest zbyt mało zajęć obejmujących te zagadnienia, a studenci nie potrafią we właściwy sposób

dbać o swoje zdrowie, ponieważ u znacznej liczby badanych nie wykształciły się właściwe postawy prozdrowotne. Dotyczy to wszystkich aspektów zdrowia poruszonych przez autora w powyższej monografii. Do najważniejszych można zaliczyć: sposób odżywiania, odpowiednią ilość snu, podejmowanie zachowań ryzykownych, kontrolne wizyty u lekarza, poprawę klimatu społecznego we wszystkich diagnozowanych kategoriach, krzewienie zdrowia psychicznego.

Ponadto działania ze strony uczelni powinny przede wszystkim iść w kierunku zwiększenia dostępności leczenia młodzieży akademickiej w przychodni studenckiej oraz umożliwienia korzystania z porad u lekarzy różnych specjalności. Istotne byłoby również podjęcie działań na rzecz zwiększenia aktywności fizycznej studentów, czyli zadbanie o większą dostępność do obiektów sportowych.

Warto rozważyć wprowadzenie w uczelniach wyższych **modelu strategii „Zdrowa Uczelnia Europejska”**. Wyniki badań oraz analizy materiału badawczego wskazują na zasadność sformułowania następujących wniosków praktycznych, które zdaniem autora mogłyby stanowić cele przygotowywanej strategii:

1. Aktywizowanie wszystkich członków społeczności akademickiej do czynnego udziału we wszystkich programach prozdrowotnych.
2. Diagnoza potrzeb społeczności akademickiej w zakresie zdrowia w ujęciu holistycznym.
3. Promowanie zdrowia fizycznego (somatycznego).
4. Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom przewlekłym wśród studentów i pracowników wyższych uczelni.
5. Optymalizacja działań zapobiegawczych wśród studentów dotyczących występowania chorób zakaźnych.
6. Intensyfikacja profilaktyki próchnicy zębów i chorób przyzębia w środowisku akademickim.
7. Zmniejszenie narażenia studentów i pracowników wyższych uczelni na czynniki szkodliwe w środowisku życia, pracy i nauki oraz ich następstw zdrowotnych.
8. Promowanie zdrowia psychicznego poprzez realizację programów nastawionych na wzmacnianie zasobów studentów uczelni oraz zapobiegających u nich zaburzeniom psychicznym.
9. Zwiększenie świadomości studentów z zakresu seksualności człowieka oraz antykoncepcji.
10. Zwiększenie aktywności fizycznej studentów.
11. Poprawa żywienia studentów i jakości zdrowotnej żywności w uczelniach.
12. Zmniejszenie wśród studentów i pracowników wyższych uczelni rozpowszechnienia palenia tytoniu.
13. Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu w środowisku akademickim.
14. Ograniczenie dostępności i używania przez studentów leków, substancji psychoaktywnych oraz związanych z tym zaburzeń zdrowotnych.
15. Zwiększenie dostępności i usprawnienie akademickiej służby zdrowia.

16. Zwiększenie dostępności i usprawnienie akademickiego poradnictwa psychologicznego.
17. Optymalizacja działań organizacyjnych oraz edukacyjnych i promocyjnych z zakresu relacji interpersonalnych, autonomii człowieka oraz klimatu społecznego w całym środowisku akademickim.
18. Zwiększenie wiedzy i umiejętności studentów z zakresu zdrowia poprzez wprowadzenie przedmiotów z sanologii do wszystkich programów studiów. Na wszystkich kierunkach studiów należy rozważyć wprowadzenie przedmiotu **Promocja zdrowia i bezpieczeństwo człowieka**⁵³⁴. Na kierunkach pedagogicznych oraz psychologicznych dodatkowo powinny być realizowane przedmioty: **Edukacja zdrowotna** oraz **Klimat społeczny w biegu życia człowieka i w instytucjach edukacyjnych**.

Pomimo że wyniki prezentowanych badań w tej pracy nie świadczą o silnym związku pomiędzy oceną klimatu społecznego uczelni a stanem zdrowia i zachowaniami zdrowotnymi badanych studentów, to jednak związek taki można dostrzec. W przekonaniu autora powinno się przeprowadzić dalsze pogłębione badania w tym zakresie, obejmując nimi większe grupy studentów i zapewne przy zastosowaniu bardziej skomplikowanego aparatu badawczego.

Zainteresowanie stanem zdrowia oraz prawidłowym rozwojem młodzieży akademickiej ma uzasadnienie nie tylko z punktu widzenia społecznego, ekonomicznego czy moralnego, ale przede wszystkim pedagogicznego. Wiedza dotycząca stanu zdrowia w aspekcie pozytywnym, ale również negatywnym daje obraz sytuacji fizycznej, psychicznej, społecznej, a nawet duchowej współczesnej młodzieży. Truizmem byłoby tłumaczenie korzyści płynących z dobrego stanu zdrowia wśród młodego społeczeństwa. Młodzież jest ważną częścią naszego społeczeństwa i działania na rzecz poprawy zdrowia i równości szans rozwojowych powinny być nieodłącznym elementem efektywnej polityki zdrowotnej realizowanej nie tylko przez państwo, ale również w uczelniach wyższych. Inwestycja w zdrowie i rozwój młodego pokolenia, stanowiącego dzisiaj zaledwie czwartą część ludności naszego kraju, w istocie jest inwestycją w zdrowie i pomyślność 100% dorosłych Polek i Polaków w kolejnym pokoleniu. Rzetelne zobrazowanie i upowszechnienie wiedzy o sytuacji zdrowotnej młodzieży, klimacie instytucji edukacyjnych może stanowić podstawę zarówno planowania, realizacji, jak i monitorowania działań na rzecz młodego pokolenia.

⁵³⁴ Autor poleca wykorzystanie własnego programu do tego przedmiotu opublikowanego w monografii: I. Kowalewski, *Promocja zdrowia i bezpieczeństwo w szkole...*, s. 123–143.

Bibliografia

- ABC Zdrowia psychicznego*, red. T. Davies, T.K.J. Craig, Wydawnictwo Medical Press, Gdańsk 1999.
- Aktualne problemy zdrowotne*, red. H. Kirschner, J. Kopczyński, Wydawnictwo IGNIS, Warszawa 1999.
- Aktywność ruchowa ludzi w różnym wieku*, red. D. Umiastowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 1998.
- Aleksandrowicz J., Duda R., *U progu medycyny jutra*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1989.
- Aleksandrowicz J., *Sumienie ekologiczne*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1979.
- Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne*, red. J. Wald, PWN, Warszawa 1986.
- Antonowski A., *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, Fundacja IPN, Warszawa 1995.
- Arends R., *Uczymy się nauczać*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1994.
- Augustyn J., *Wychowanie do integracji seksualnej*, Wydawnictwo M, Kraków 1994.
- Banaszkiewicz T., *Wychowanie dzieci i młodzieży do rekreacji na progu reformy oświaty*, Wydawnictwo AJD, Częstochowa 2005.
- BATES Kieszonkowy przewodnik po badaniu podmiotowym i przedmiotowym*, red. L.S. Bickley, P.G. Szilagyi, Wydawnictwo Medyczne Termedia, Poznań 2014.
- Bedyńska S., Brzezicka A., *Statystyczny drogowskaz. Praktyczny poradnik analizy danych w naukach społecznych na przykładach z psychologii*, Wydawnictwo SWPS „Academica”, Warszawa 2007.
- Bilikiewicz A., Landowski J., Radziwiłłowicz P., *Psychiatria. Repetytorium*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
- Biologiczne podstawy zaburzeń psychicznych*, red. A. Frazer, A. Winokur, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1982.
- Birch A., *Psychologia rozwojowa w zarysie. Od niemowlęctwa do dorosłości*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005.
- Bishop G.D., *Psychologia zdrowia, zintegrowany umysł i ciało*, Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2000.
- Boguszewski R., *Komunikat z badań: Zdrowie i zdrowy styl życia w Polsce*, CBOS, Warszawa 2007.
- Böhner G., Wänke M., *Postawy i zmiana postaw*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004.

- Bowling A., *Measuring health a review of quality of life measurement scales*, Open University Press, Buckingham 1991.
- Bożejewicz W., *Wybrane problemy teorii uzależnień*, [w:] *Narkomania, zjawisko, zagrożenia*, red. M. Jędrzejko, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2008, s. 31–61.
- Brzeziński J., Szamotulska K., *Epidemiologia kliniczna*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1997.
- Buksakowski M., *Badania katamnesticzne nad wynikami leczenia odwykowego alkoholiczków*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1974.
- Cameron A.D., *Psychiatria*, Wydawnictwo Urban & Partner, Wrocław 2005.
- Carr A., *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu i ludzkich siłach*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2009.
- Carson R.C., Butcher J.N., Mineka S., *Psychologia zaburzeń*, vol. 1, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006.
- Carson R.C., Butcher J.N., Mineka S., *Psychologia zaburzeń*, vol. 2, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006.
- Cave S., *Terapia zaburzeń psychicznych*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
- Cekiera Cz., *Ryzyko uzależnień*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2001.
- Cekiera Cz., *Toksykomania, narkomania, lekomania, alkoholizm, nikotyizm*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1985.
- Chromiński Z., *Podstawowy miernik zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży*, Zakład Promocji Zdrowia, Wydawnictwo IGNIS Jan Pruszyński, Warszawa 2000.
- Cungi C., *Stawić czoło uzależnieniom*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 2007.
- Czerwieński M., *Kultura i jej badanie*, Ossolineum, Wrocław 1985.
- Człowiek i uzależnienia, red. M. Jędrzejko, D. Sarzała, Akademia Humanistyczna im. Aleksandra Gieysztor, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa–Pułtusk 2010.
- Dawydzik L.T., *Ochrona zdrowia pracujących. Poradnik dla lekarzy i pracodawców*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003.
- Dąbrowski K., *Wprowadzenie do higieny psychicznej*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1979.
- Demel M., *Pedagogika zdrowia*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1980.
- Diener E., Biswas-Diener R., *Szczęście. Odkrywanie bogactwa psychicznego*, Wydawnictwo Smak Słowa, Sopot 2010.
- Drabik J., *Aktywność fizyczna w treningu zdrowotnym osób dorosłych*, cz. II, Wydawnictwo AWF Gdańsk, Gdańsk 1996.
- Dryden G., Vos J., *Rewolucja w uczeniu*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2003.
- Dwyer D., *Bliskie relacje interpersonalne*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
- Dz. U 1996, nr 10, poz. 55, Dz. U nr 96, poz. 1107.
- Dziewiecki M., *Nowoczesna profilaktyka uzależnień*, Wydawnictwo „Jedność”, Kielce 2009.
- Edgson V., Marber I., *Leczenie przez żywienie*, Wydawnictwo Bertelsmann Media, Diogenes, Warszawa 2001.
- Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia w szkole*, red. B. Woynarowska, CMPPP, Warszawa 2006.

- Edukacja zdrowotna*, red. B. Woynarowska, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2017.
- Edwards V., *Depresja. Jak ją rozpoznać, jak pokonać*, Wydawnictwo Bauer-Weltbild Media, Warszawa 2004.
- Encyklopedia erotyki*, red. Z. Lew-Starowicz, Wydawnictwo Muza, Warszawa 2004.
- Encyklopedia kultury polskiej XX wieku*, red. Z. Krawczyk, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997.
- Encyklopedia pedagogiczna XXI*. Tom III (M–O), Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2004.
- Erickson C.K., *Nauka o uzależnieniach. Od neurobiologii do skutecznych metod leczenia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2013.
- Fizjologiczne podstawy wysiłku fizycznego*, red. J. Górski, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001.
- Fontana D., *Psychologia dla nauczycieli*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 1998.
- Franken R.E., *Psychologia motywacji*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005, 2013.
- Friedman H.S., *Osobowość. Jak żyć w harmonii ze światem i ludźmi*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2008.
- Gaweł A., *Pedagodzy wobec wartości zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2003.
- Globalne obciążenie chorobami*, red. C.J.L. Murray, A.D. Lopez, Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Warszawa–Kraków 2000.
- Gniazdowski A., *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*, Oficyna Wydawnicza IMP, Łódź 1990.
- Goleman D., *Inteligencja emocjonalna w praktyce*, Media Rodzina, Poznań 1999.
- Goleman D., *Inteligencja emocjonalna*, Media Rodzina, Poznań 1997.
- Górski S., *Uwaga rodzice – narkomania*, Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa 1985.
- Grzesiak E., Janicka-Szysko R., Steblecka M., *Trudne tematy. Propozycje godzin wychowawczych*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
- Hamer D., Copeland P., *Geny a charakter. Jak sobie radzić z genetycznym dziedzictwem*, Wydawnictwo CIS, Warszawa 1999.
- Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*, eds. L. Goldberger, S. Brenitz, The Free Press, New York 1993.
- Harbat B., *Organizm w niebezpieczeństwie*, Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, Warszawa 1998.
- Hobfoll S.E., *Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006.
- Holford P., *Smak zdrowia*, Świat Książki, Warszawa 1999.
- Horyzonty metodyczne w epidemiologii*, red. J. Brzeziński, Komisja Epidemiologii Komitetu Epidemiologii i Zdrowia Publicznego Wydziału Nauk Medycznych Polskiej Akademii Nauk, Warszawa 2005.
- Imieliński K., *Seksuologia kulturowa*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1984.

- Imieliński K., *Zarys seksuologii i seksiatrii*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1982.
- Jablow M., *Anoreksja, bulimia, otyłość. Przewodnik dla rodziców*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000.
- Jabłoński L., *Sanologia. Nauka o zdrowiu społeczeństwa*, Wyższa Szkoła Rozwoju Lokalnego w Żyrardowie, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998.
- Jak stworzymy szkołę promującą zdrowie. Doświadczenia z realizacji projektu „Szkoła promująca zdrowie” w latach 1992–1995. Poradnik dla szkolnych koordynatorów i zespołów ds. promocji zdrowia oraz osób ich wspierających*, red. B. Woynarowska, Polski Zespół ds. Projektu Szkoła Promująca Zdrowie, Warszawa 1995.
- Jakość kształcenia w szkole wyższej – dążenie do doskonałości. Materiały z konferencji naukowej Siedlce 24–25 września 2001*, red. K. Jankowski, B. Sitarska, C. Tkaczuk, A. Daniluk, J. Skrzyp, Wydawnictwo Akademii Podlaskiej, Siedlce 2001.
- Janicki B., Rzepecki M., *Substancje uzależniające i dopingujące oraz podstawy ich działania*, Wydawnictwa Uczelniane Uniwersytetu Technologiczno-Przyrodniczego, Bydgoszcz 2009.
- Janicki K., *Domowy poradnik medyczny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
- Jednostka w ponowoczesnym świecie*, red. G.E. Kwiatkowska, A. Łukasik, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2011.
- Jedrzejko M., Piórkowska K., *Leksykon narkomanii*, Wyższa Szkoła Humanistyczna, Pułtusk 2004.
- Jethon Z., Grzybowski A., *Medycyna zapobiegawcza i środowiskowa*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000.
- Jędrzychowski W., *Epidemiologia w medycynie klinicznej i zdrowiu publicznym, podręcznik dla studentów i lekarzy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010.
- Jędrzychowski W., *Epidemiologia, wprowadzenie i metody badań*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999.
- Jędrzychowski W., *Podstawy epidemiologii. Metody badań oraz materiały ćwiczeniowe*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002.
- Jędrzejko M., *Człowiek i uzależnienia*, Akademia Humanistyczna im. Aleksandra Gieysztor, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa–Pułtusk 2010.
- Jopkiewicz A., Suliga E., *Biologiczne podstawy rozwoju człowieka*, Wydawnictwo Jedność, Kielce 2000.
- Kalat J.W., *Biologiczne podstawy psychologii*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013.
- Kaplan H.J., Sadock B.J., *Psychiatria kliniczna*, Wydawnictwo Urban & Partner, Wrocław 1995.
- Karski J.B., *Polityka zdrowotna samorządu terytorialnego a członkostwo Polski w Unii Europejskiej*, Wydawnictwa Fachowe CeDeWu, Warszawa 2005.
- Karski J.B., *Postępy promocji zdrowia, przegląd międzynarodowy*, Wydawnictwa Fachowe CeDeWu, Warszawa 2006.
- Karski J.B., *Praktyka i teoria promocji zdrowia, wybrane zagadnienia*, Wydawnictwa Fachowe CeDeWu, Warszawa 2003.
- Kępiński A., *Z psychopatologii życia seksualnego*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998.

- Kickbush I., *Health Promotion – move towards a new public health, health promotion, A Resources Book*, WHO – Reg. Off. For Europe, 1990.
- Kielanowski T., *Propedeutyka medycyny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1967.
- Kinney J., Leaton G., *Zrozumieć alkohol*, Wydawnictwo PARPA, Warszawa 1996.
- Kokoszka A., *Zaburzenia nerwicowe, postępowanie w praktyce ogólnolekarskiej*, Medycyna Praktyczna, Kraków 1998.
- Komorowska-Pudło M., *Seksualność młodzieży przełomu XX i XXI wieku*, Wydawnictwo WAM, Kraków 2013.
- Kompendium psychiatrii, psychoterapii, medycyny psychosomatycznej*, red. H.J. Freyberger, W. Schneider, R.D. Stieglitz, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
- Konarzewski K., *Sztuka nauczania*, tom 2, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
- Korczak C.W., *Higiena i ochrona zdrowia*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1978.
- Kowalewska A., *Palenie tytoniu przez dziewczęta w okresie dorastania w kontekście uwarunkowań psychospołecznych*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2013.
- Kowalewski I., Banach M., *Alkoholizm wśród młodzieży. Kompendium wiedzy dla pedagogów i pracowników socjalnych*, Wydawnictwo Scriptum, Kraków 2014.
- Kowalewski I., *Kultura i edukacja zdrowotna*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków 2004.
- Kowalewski I., *Kultura zdrowotna studentów*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 2006.
- Kowalewski I., *Promocja zdrowia i bezpieczeństwo w szkole wyższej*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków 2010.
- Kowalewski M., Gawęł A., *Zdrowie – wartość – edukacja*, Oficyna Wydawnicza IMPULS, Kraków 2006.
- Kozak S., *Patologie wśród dzieci i młodzieży. Leczenie i profilaktyka*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2007.
- Kruszewski K., *Sztuka nauczania. Czynności nauczyciela*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005.
- Krzysztofiak M., *Statystyka dla wyższych zawodowych studiów ekonomicznych*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1974.
- Kuński H., *Promowanie zdrowia, podręcznik dla studentów wychowania fizycznego i zdrowotnego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2000.
- Kupisiewicz Cz., *Podstawy dydaktyki*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2005.
- Lalonde M., *A new perspective on the Health of Canadians, a working document Ministry of Supply and services of Canada*, Ottawa 1978.
- Latka A., Gąsiorowski W., *Narkotyki – podstawowe rodzaje i opis*, Biuro ds. Narkomanii, Warszawa 1997.
- Lewicki Cz., *Edukacja zdrowotna – systemowa analiza zagadnień*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2006.
- Lew-Starowicz Z., *Atlas psychofizjologii seksu*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1990.
- Lew-Starowicz Z., Długołęcka A., *Edukacja seksualna*, Świat Książki, Warszawa 2006.

- Lew-Starowicz Z., *Seksuologia sądowa*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
- Lisicki T., *Studenci I roku akademii medycznych wobec wymogów zdrowego stylu życia*, Wydawnictwo Uczelniane AWFIS, Gdańsk 2006.
- Lisiewicz A., *Alkohol a zdrowie i kultura człowieka*, Ossolineum, Wrocław 1996.
- Łuszczyńska A., *Psychologia sportu i aktywności fizycznej. Zagadnienia kliniczne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011.
- Łuszczyńska A., *Zmiana zachowań zdrowotnych, dlaczego dobre chęci nie wystarczają?*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004.
- Markiewicz A., *Środki odurzające a młodzież. Konspekty dla nauczycieli i lektorów*, Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii, Zakład Wydawniczo-Handlowy Materiałów Szkolno-Oświatowych Wiem Wszystko, Koszalin 2002.
- Maslow A., *Toward a psychology of being*, Van Nostrand, New York 1962.
- Media w kulturze, nauce i oświacie. Materiały Konferencji Naukowej*, red. W. Strykowski, Tarnowska Oficyna Wydawnicza, Tarnów 1996.
- Medycyna zapobiegawcza i środowiskowa*, red. Z. Jethon, A. Grzybowski, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000.
- Mejer-Zahorowski O., Zimak J., *Problemy narkomanii*, Centrum Rozwoju Służb Społecznych, „Ulmak”, Warszawa–Pruszków 1998.
- Melibroda J., *Ludzie z problemami alkoholowymi*, Centrum Rozwoju Służb Społecznych, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1996.
- Mierniki zachowań zdrowotnych, materiały Krajowej Konferencji Naukowej, Warszawa 9–10 grudnia 1999 r.*, Wydawnictwo Ignis, Warszawa 2000.
- Mika S., *Psychologia społeczna dla nauczycieli*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 1998.
- Mikrut A., *Wybrane metody statystyki opisowej dla pedagogów*, Wydawnictwo Naukowe WSP, Kraków 1999.
- Moczuk E., *Młodzież końca wieku. Zachowania seksualne współczesnej młodzieży w świetle badań*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2004.
- Modrzewski J., *Środowisko społeczne młodzieży studiującej*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. A. Mickiewicza, Poznań 1989.
- Murawska-Ciałowicz E., Zawadzki M., *Higiena, podręcznik dla studentów wydziałów kosmetologii*, Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2005.
- Narkomania – zjawisko, zagrożenia*, red. M. Jędrzejko, Akademia Humanistyczna im. Aleksandra Gieysztor, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa–Pułtusk 2008.
- Narkotyki – organizacja przestępczości i systemy przeciwdziałania*, red. K. Raczkowski, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2009.
- Niewiadomska I., Kulik A., Hajduk A., *Uzależnienia. Fakty i mity. Jedzenie*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2005.
- Niewiadomska I., Sikorska-Głodowicz M., *Alkohol*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2004.
- Nowotny J., *Kształcenie umiejętności ruchowych – podstawy teoretyczne oraz aspekty praktyczne. Podręcznik dla studentów fizjoterapii*, Śląska Akademia Medyczna, Katowice 2002.
- Oblacińska A., Weker H., *Profilaktyka otyłości u dzieci i młodzieży od urodzenia do dorosłości*, Help-Med. s.c., Kraków 2008.
- Obuchowska J., Jaczewski A., *Rozwój erotyczny*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1982.

- Ochmański M., *Wpływ alkoholizmu rodziców na poziom inteligencji i przystosowanie ich dzieci do nauki szkolnej*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1981.
- Oksfordzki podręcznik psychiatrii, red. D. Semple, R. Smyth, J. Burns, R. Darjee, A. McIntosh, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007.
- Ontogeneza i promocja zdrowia w aspekcie medycyny, antropologii i wychowania fizycznego, red. A. Malinowski, Wydawnictwo Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra 2002.
- Ostrowska K., *Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia w szkole*, zeszyt 12, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa 2007.
- Otyłość. Jak leczyć i wspierać dzieci i młodzież. Poradnik dla lekarzy pediatrów, pielęgniarek szkolnych i nauczycieli wychowania fizycznego, red. A. Oblacińska, B. Woynarowska, Instytut Matki i Dziecka, Zakład Pediatrii Społecznej i Medycyny Szkolnej, Warszawa 1995.
- Palenie tytoniu: wolność czy zniewolenie?, red. Cz. Cekiera, W. Zatoński, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2001.
- Paris S.G., Ayres L.R., *Stawanie się refleksyjnym uczniem i nauczycielem*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1997.
- Parker R.E., *Wprowadzenie do statystyki dla biologów*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1978.
- Pawłucki A., *Nauczyciel wobec wartości zdrowia – studium krytyczne. Raport z badań pt. Edukacyjnopochodne i patoedukacyjne uwarunkowania kulturowego zacoferania oraz niedostatków uczestniczenia w kulturze zdrowotnej*, Jędrzej Śniadecki University School of Physical Education, Gdańsk 1997.
- Pedagogika*, tom 2: *Pedagogika wobec edukacji, polityki oświatowej i badań naukowych*, tom 2, red. B. Śliwerski, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006.
- Pedagogika*, tom 1: *Podstawy nauk o wychowaniu*, red. B. Śliwerski, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006.
- Pedagogika*, red. W. Ciechaniewicz, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
- Petlák E., *Klimat szkoły, klimat klasy*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2007.
- Piechaczek-Ogierman G., *Postawy zdrowotne uczniów i ich socjokulturowe uwarunkowania*, Wydział Etnologii i Nauk o Edukacji Uniwersytetu Śląskiego, Wyższa Szkoła Pedagogiczna Związku Nauczycielstwa Polskiego w Warszawie, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2009.
- Pietras T., Witusik A., *Zespół uzależnienia od nikotyny – ujęcie interdyscyplinarne*, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2011.
- Podmiotowość w wychowawczych doświadczeniach dzieci i młodzieży*, cz. 1, 2, 3, red. A. Gurycka, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1989.
- Podstawy higieny*, red. J.T. Marcinkowski, Wydawnictwo VOLUMED, Wrocław 1997.
- Podstawy psychologii zdrowia*, red. G. Dolińska-Zygmunt, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001.
- Podstawy seksuologii*, red. Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
- Problemy wielokulturowości w medycynie*, red. E. Krajewska-Kułak, I. Wrońska, K. Kędziora-Kornatowska, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
- Promocja zdrowia dla wszystkich*, red. S. Pike, D. Forster, Wydawnictwo Czelej, Lublin 1998.

- Promocja zdrowia. Podręcznik dla studentów i lekarzy rodzinnych*, red. F. Lwow, A. Milewicz, Wydawnictwo Urban & Partner, Wrocław 2004.
- Promocja zdrowia. Wprowadzenie do zagadnień krzewienia kultury*, red. J.B. Karski, Z. Słońska, B.W. Wasilewski, Wydawnictwo Sanmedia, Warszawa 1994.
- Przedszkole i szkoła, jako środowisko wspierania rozwoju dziecka*, red. M. Grochowalska, Oficyna Wydawnicza IMPULS, Kraków 2008.
- Przewłocka J., *Klimat szkoły i jego znaczenie dla funkcjonowania uczniów w szkole. Raport o stanie badań*, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2015.
- Przewodnik do ćwiczeń z antropologii*, red. S. Gołąb, M. Chrzanowska, AWF Kraków, Kraków 2010.
- Pstrąg D., *Wybrane zagadnienia z problematyki uzależnień*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Rzeszów 2000.
- Psychiatria, podręcznik dla studentów medycyny*, red. M. Jarema, J. Rabe-Jabłońska, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
- Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, red. A. Bilikiewicz, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
- Psychologia rozwoju człowieka*, red. J. Trempała, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011.
- Psychologia rozwoju i kształcenia*, red. E. Sokołowska, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2013.
- Psychologia społeczna. Rozwiązane tajemnice*, red. D.T. Kenrick, S.L. Neuberg, R.B. Cialdini, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002.
- Psychologia wychowania. Podręcznik akademicki. Tom 3*, red. J. Strelau, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000.
- Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*, red. A.I. Brzezińska, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2015.
- Puchalski K., *Zachowania zdrowotne. Kontrowersje związane z użyciem pojęcia „zdrowie publiczne”*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1989.
- Pytka L., *Pedagogika resocjalizacyjna – Wybrane zagadnienia teoretyczne i metodyczne*, Wyższa Szkoła Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 1995.
- Rozwój emocjonalny a inteligencja emocjonalna*, red. P. Salovey, D.J. Sluyter, Dom Wydawniczy REBIS, Poznań 2009.
- Rożnowska A., *Podmiotowe obszary jakości życia osób z różnych grup społecznych*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pomorskiej, Słupsk 2009.
- Seksualność w cyklu życia człowieka*, red. M. Beisert, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
- Seksuologia społeczna. Zagadnienia psychospołeczne*, red. K. Imieliński, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1977.
- Sierankiewicz E., *Opieka, wychowanie, terapia w domach dziecka*, Wydawnictwo Naukowe WSP, Kraków 1999.
- Słownik psychologii*, red. I. Kurcz, K. Skarżyńska, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2000.
- Słownik wyrazów obcych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005.
- Spoleczno-edukacyjne oblicza współczesnego sportu i olimpizmu, aktywność fizyczna dzieci, młodzieży i dorosłych na przełomie XX i XXI wieku*, red. J. Nowocień, J. Chełmecki, Estrella, Warszawa 2010.

- Statystyka społeczna*, red. T. Panek, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2014.
- Stewart J., *Mosty zamiast murów. Podręcznik komunikacji interpersonalnej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.
- Strelau J., *Temperament jako regulator zachowania, z perspektywy półwiecza badań*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006.
- Suchocka L., *Poczucie odpowiedzialności w zdrowiu i w chorobie. Perspektywa noo-teoretyczna*, Wydawnictwo „Difin”, Warszawa 2011.
- Surzykiewicz J., *Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia w szkole*, zeszyt 12, CMPPP, Warszawa 2007.
- Syrek E., *Wychowanie jako przedmiot analiz pedagogiki społecznej i socjologii wychowania*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1987.
- Szkoła promująca zdrowie, doświadczenia dziesięciu lat*, red. B. Woynarowska, M. Sokółowska, Krajowy Ośrodek Wspierania Edukacji Zawodowej, Warszawa 2000.
- Szymański K., *Bezpieczna turystyka i rekreacja*, Akademia Wychowania Fizycznego, Poznań 2008.
- Taracha M., *Inteligencja emocjonalna a wykorzystanie potencjału intelektualnego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2010.
- Tavris C., Wade C., *Psychologia. Podejścia oraz koncepcje*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 1999.
- Tendencje zmian zachowań zdrowotnych i wybranych wskaźników zdrowia młodzieży szkolnej w latach 1990–2010*, red. B. Woynarowska, J. Mazur, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2012.
- Teoria i metodyka rekreacji (zagadnienia podstawowe)*, red. I. Kiełbasiewicz-Drozdowska, W. Siwiński, Wydawnictwo AWF Poznań, Poznań 2001.
- The American Medical Association, *Family Medical Guide*, Random House, New York 1994.
- Thille Z., Zgirski L., *Toksykomanie. Zagadnienia społeczne i kliniczne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1976.
- Tobiasz-Adamczyk B., *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000.
- Trzebińska E., *Psychologia pozytywna*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008.
- Tyszka A., *Uczestnictwo w kulturze. O różnorodności stylów życia*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1971.
- Umysł społeczny. Poznawcze i motywacyjne aspekty zachowań interpersonalnych*, red. J.P. Forgas, K.D. Williams, L. Wheeler, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
- Uzależnienia w praktyce klinicznej*, red. B. Bętkowska-Korpała, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2009.
- Vigne J., *Wprowadzenie do psychologii duchowej*, Jacek Santorski & CO Agencja Wydawnicza, Warszawa 1995.
- WHO, Regional Office for Europe, *Health Interview Survey, Towards international harmonization of methods and instruments*, WHO Regional Publications European Series No 58, Copenhagen 1996.
- Winstanley J., *Klucz do psychologii. Najważniejsze teorie, pojęcia, postaci*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.

- Włodarczyk W.C., *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Łódź–Kraków–Warszawa 1996.
- Wolański N., *Biomedyczne podstawy rozwoju i wychowania*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1983.
- Woronowicz B.T., *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Media Rodzina & Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, Poznań–Warszawa 2009.
- Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
- Woynarowska B., Kowalewska A., Izdebski Z., Komosińska K., *Biomedyczne podstawy kształcenia i wychowania*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010.
- Woynarowska B., Mazur J., *Wyniki badań HBSC 2010. Tendencje zmian zachowań zdrowotnych i wybranych wskaźników zdrowia młodzieży szkolnej w latach 1990–2010*, Wydawnictwo Sowa, Warszawa 2012.
- Woynarowska B., Mazur J., *Zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce. Zachowania zdrowotne i samoocena zdrowia. Raport z serii badań wykonanych w 1998 r.*, Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania Wydziału Pedagogicznego Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1999.
- Woynarowska B., Szymańska M.-M., Mazur J., *Zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce. Wiedza i przekonania o HIV/AIDS. Zachowania seksualne. Raport z serii badań wykonanych w 1998 r.*, Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania Wydziału Pedagogicznego Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1999.
- Woynarowska B., *Zdrowie i szkoła*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000.
- Woynarowska-Sołdan M., *Edukacja zdrowotna*, „Promocja zdrowia w szkole”, zeszyt 12, CMPPP, Warszawa 2007.
- Wrześniewski K., *Styl życia a zdrowie. Wzór zachowania*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1993.
- Współczesne teorie uzależnień i uzależnienia od substancji psychoaktywnych*, red. M. Jędrzejko, Akademia Humanistyczna im. Aleksandra Gieyszтора, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa–Pułtusk 2009.
- Wychowanie fizyczne. Sport dzieci i młodzieży*, red. A. Michalski, M. Napierała, M. Zasada, Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej, Bydgoszcz 2005.
- Zaborowski Z., *Stosunki międzyludzkie a wychowanie*, Nasza Księgarnia, Warszawa 1972.
- Zachowania ryzykowne i szkodliwe dla zdrowia*, red. N. Ogińska-Bulik, Wydawnictwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi, Łódź 2010.
- Zagrożenia zdrowia publicznego. Wybrane zagadnienia*, red. A. Denys, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2014.
- Zajączkowski K., *Uzależnienia od substancji psychoaktywnych*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2003.
- Zdrowie dzieci i młodzieży w aspekcie fizycznym, psychicznym, społecznym i duchowym*, red. A. Jopkiewicz, J. Schejbal, Kieleckie Towarzystwo Naukowe, Kielce 1998.
- Zdrowie dzieci i młodzieży, publikacja wydana przy współpracy Głównego Urzędu Statystycznego*, red. J. Szymborski, K. Jakóbiak, zeszyt nr 62, Agencja Reklamowo-Wydawnicza Arkadiusz Grzegorzczak, Warszawa 2008.
- Zdrowie i choroba w kontekście psychospołecznym*, red. K. Popielski, M. Skrzypek, E. Albińska, Wydawnictwo KUL, Lublin 2010.
- Zdrowie i choroba. Problemy teorii, diagnostyki i praktyki*, red. J.M. Brzeziński, L. Cierpiąłkowska, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2008.

- Zdrowie psychiczne młodych dorosłych. Wybrane zagadnienia*, red. E. Sokołowska, I. Zabłocka-Żytka, S. Kluczyńska, J. Wojda-Komacka, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2015.
- Zdrowie psychiczne, zagrożenia i promocja*, red. J.Cz. Czabała, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2000.
- Zdrowie publiczne. Podręcznik dla studentów i absolwentów wydziałów pielęgniarstwa i nauk o zdrowiu akademii medycznych*, red. T.B. Kulik, M. Latalski, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2002.
- Zdrowie publiczne*, red. T.B. Kulik, A. Pocian, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014.
- Zdrowie publiczne*, tom 1, red. A. Czupryna, S. Poździejch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2001.
- Zdrowie publiczne*, tom 2, red. A. Czupryna, S. Poździejch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2001.
- Zdrowie, choroba, społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny*, red. W. Piątkowski, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2004.
- Zimbardo P.G., Johnson R.L., Mc.Cann V., *Psychologia. Kluczowe koncepcje. Motywacja i uczenie się*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010.
- Zimbardo P.G., Johnson R.L., Mc.Cann V., *Psychologia. Kluczowe koncepcje. Człowiek i jego środowisko*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010.
- Zimbardo P.G., Leippe M.R., *Psychologia zmiany postaw i wpływu społecznego*, Zysk i S-ka Wydawnictwo, Poznań 2004.
- Żukowska Z., Żukowski R., *Zdrowie i sport w edukacji globalnej*, Katedra Nauk Humanistycznych AWF w Warszawie i Wydawnictwo „Estrella”, Warszawa 2002.
- Żywność człowieka. Podstawy nauki o żywieniu*, red. J. Gawęcki, L. Hryniewiecki, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010.

Czasopisma

- Celi F., Bini V., De Gorgi G., Molinari D., Faroni F., Di Stefano G., Bacosi M.L., Seriola M.G., Contessa G., Falorni A., *Epidemiology of overweight and obesity among school children and adolescents in three provinces of central Italy, 1993–2001: study of potential influencing variables*, „European Journal of Clinical Nutrition” 2003, 57.
- Dahlin M., Joneborg N., Rubenson B., *Stress and depression among medical students: a cross-sectional study*, „Medical Education” 2005, 39.
- Danieluk B., *Zastosowanie regresji logistycznej w badaniach eksperymentalnych*, „Psychologia Społeczna” 2010, tom 5, 2–3(14).
- Dembińska E., *Niepełnosprawność psychiczna, jej wpływ na proces studiowania i możliwość wsparcia adaptacyjnego – uwagi praktyczne*, „Biuletyn Biura ds. Osób Niepełnosprawnych Uniwersytetu Jagiellońskiego” 2011, 3.
- Engel G.L., *The clinical application of the biopsychosocial model*, „American Journal of Psychiatry” 1980, 137.
- Hobfoll S., *Conservation of resources: A new attempt of conceptualizing stress*, „American Psychologist” 1989.
- Jurgowiak M., *Z chmury dymu... chorób deszcz czyli rzecz o niektórych skutkach palenia tytoniu*, „Wiedza i Życie” 2007, nr 2.

- Klimberg A., Marcinkowski J.T., Przybylski J., *Konsumpcja alkoholu i innych środków psychoaktywnych wśród studentów poszczególnych kierunków uniwersyteckich studiów medycznych. Cz. II. Obecna konsumpcja napojów alkoholowych*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2008, nr 89(4).
- Kulesza M., *Klimat szkoły a zachowania przemocowe uczniów w świetle wybranych badań empirycznych*, „Seminare” 2007, nr 24.
- Kulik T.B., *Zdrowie – kategoria uniwersalna*, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne” 1996, nr 3, s. 103–105.
- Lisiecki T., *Żywnienie jako przejaw stylu życia młodzieży rozpoczynającej studia*, „Wychowanie Fizyczne” 2004, nr 10.
- Livingstone B., *Epidemiology of childhood obesity in Europe*, „European Journal of Pediatrics” 2000, 159 (Suppl 1), s. 14–34.
- Ostaszewski K., *Pojęcie klimatu szkoły w badaniach zachowań ryzykownych młodzieży*, „Edukacja” 2012, 4(120).
- Starosta W., *Znaczenie aktywności ruchowej w zachowaniu i polepszaniu zdrowia człowieka*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1995, nr 5–6.
- Szmajda J., Golicka D., *Nadciśnienie jako problem lekarski i społeczny*, „Przegląd Lekarski” 1989, nr 6.
- Taraszkiewicz M., *Metody aktywizujące procesy uczenia się*, „Trendy – uczenie się w XXI wieku” 2005, 1.
- Woynarowska-Sołdan M., *Klimat społeczny szkoły – koncepcje i czynniki warunkujące*, „Remedium” 2007, nr 4.
- Woynarowska-Sołdan M., *Metody badania klimatu społecznego w szkole*, „Remedium” 2007, nr 11.
- Wysocki M.J., Sakowska I., Car J., *Miary obciążeń zdrowotno-społecznych*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2005, nr 59.
- Żechowski C., *Pod rządami żołądka*, „Charaktery” 2001, 4.

Internet

- Dąbrowska M., *Pojęcie umiejętności interpersonalnych i ich podział*, <http://www.profesor.pl/publikacja,8547,Artykuly,Pojecie-umiejtnosci-interpersonalnych-i-ich-podziaz> (dostęp: 13.06.2012).
- http://dez2011.wsez.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=211&Itemid=201 (dostęp: 10.06.2012).
- <http://portalwiedzy.onet.pl/45620,,,narkomania,haslo.html> (dostęp: 10.10.2011).
- <http://portalwiedzy.onet.pl/4870,12800,1614010,1,czasopisma.html> (dostęp: 04.05.2012).
- <http://seminarium.21.edu.pl/ks/3/339.pdf> (dostęp: 04.05.2012).
- <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zdrowia/> (dostęp: 20.12.2016).
- <http://www.seminare.pl/24/Kulesza2007.pdf> (dostęp: 26.05.2012).
- <http://www.wpsnz.uz.zgora.pl/erasmus/cz/files/ksiazka.pdf> (dostęp: 04.05.2012).
- Karwala S., *Mentoring, jako strategia wspierająca wszechstronny rozwój osobisty*, <http://mentoring.com.pl/mentoring2.pdf> (dostęp: 13.06.2012).
- Koła naukowe, <http://www.up.krakow.pl/inow/?a=pages&id=28> (dostęp: 13.06.2012).

O czym każdy kandydat na studia wiedzieć powinien?, <http://www.up.krakow.pl/rekrut/> (dostęp: 13.06.2012).

Okulicz-Kozaryn K., Klimat i kultura szkoły a zdrowie psychiczne uczniów i nauczycieli, Ośrodki Rozwoju Edukacji, www.ore.edu.pl, bezpiecznaszkola.men.gov.pl/wp-content/uploads/2015/09/klimat-i... (dostęp: 02.2017).

palenie.esculap.pl (dostęp: 16.11.2011).

Regulamin, http://www.up.krakow.pl/main/?page=regulamin_studiow_od_2007 (dostęp: 12.06.2012).

www.zyzdrowo.info/zdrowa-dieta/nowa-piramida-zdrowego-zywienia-i-aktywnosci-fizycznej (dostęp: 20.12.2016).

www.character.org Character Education Partnership The Eleven Principles of Effective Character Education, Published and distributed by Character Education Partnership, Washington 2010 (dostęp: 12.04.2013).

www.prawo.money.pl (dostęp: 10.06.2012).

Summary

Social Climate in the Selected Higher Education Institutions in Europe and the Health State and Health Activities in the Student's Perception

Health is one of the most important humanistic values, conditioning the realization of family, professional and social life. Having a healthy and well-functioning organism is one of the requirements for human happiness.

This research work considers the comprehensive picture of human health on an example of the academic community in the selected countries of the European Union. It is an attempt to diagnose the health condition in the holistic aspect (the socio-ecologic aspect) of the academic youth (purposefully selected, chosen group of academic youth, which in this example comprises students of teacher, pedagogical and psychological fields of study). The graduates of these fields are characterized by high social prestige. They conduct upbringing and therapeutic work, which have a wide social influence and effect on the young generation. Their personal example set by them can have a large influence on shaping the health culture. The author is convinced that these work groups should become strong links of health promotion and health education in local communities.

The work has been split into two main chapters. In the first chapter the Author presents the analysis of the literature concerning the health and social climate. This chapter is a little atypical. Due to the work's topic interdisciplinarity, it would be hard here to elaborate on the results of the research in this area made by other authors, be it the excess of the results or the lack thereof. Many years of the Author's didactic-scientific work on the Pedagogical Institute indicates significant lack of knowledge and skills from the human health sciences among not only the students, but also the faculty's employees. Hence the decision was made that the first chapter will be educational in character. The interdisciplinarity of the issues covered in the research, according to the Author, requires explanation of terminology concerning different scientific areas: medical, pedagogical, sociological. The second chapter contains a short description of the research

methodology and results. The dissertation ends with a summary of the research and conclusions.

Research aims, variables

This work's main aim is as follows: *Examine a subjective health state of students in the holistic approach and examine the social climate among the higher education institutions in selected countries of the European Union. Furthermore, an attempt was made to examine the possible connection between the selected elements of the health state and various dimensions of social climate in higher education institutions.* Additional aims include learning about: the state of the somatic and psychic health, selected health behaviors of students and social climate of the institutions in the following dimensions: interpersonal, personal development conditions, organizational system.

The main accepted variable was: *The assessment of the social climate level of the higher education institutions in the selected countries of the EU within the three dimensions: interpersonal relations, personal development conditions and organization system.*

The independent variables included: *Higher education institution in the selected EU countries: respondents' gender.*

The dependent variables included: *Level of subjective assessment of health condition and assessment of selected health behaviors by the academic youth in Europe.*

Research method and tools

The research was conducted in the quantitative research paradigm. It uses the method of diagnostic poll with the use of the anonymous survey technique. The research tools comprise two author's survey questionnaires: a questionnaire to study selected elements of health state and health behaviors of the students; a scale to study the social climate in the higher education institutions. The survey questionnaires have been developed by the author.

People studied and research organization

The process of selecting the academic youth sample in Europe used the method of multistage team draw. The study was conducted in four higher education institutions: Pedagogical University in Cracow, Pedagogical Institute – 220 students, Prague University, Pedagogical Institute (Univerzita Karlova) – 315 students, Paris University, Institute of Psychology (Universite Paris – Descartes, Sorbona) – 320 students, Padova University, Institute of Psychology (Universita Degli

Studi Di Padova) – 310 students. The study of the academic youth in the selected countries in Europe have been started in May 2012 and ended in November 2014.

Description of the statistical methods used in processing the results

The comparative analysis of the results gathered from the students from four countries has been made using the χ^2 test, the U Mann-Whitney test or the Kruskal-Wallis non-parametric variation analysis. The importance test selection was dictated by the following conditions: kind of data (qualitative and quantitative), equipotence of groups, measurement scale of an independent variable, normality of distribution of the independent variable, fulfilled assumption of the variation uniformity of the independent variable.

The assumptions of the normality of the independent variable in the case of the assessment of the social climate in the selected scales was checked with the use of the Kolmogorow-Smirnow test, which is used for groups of more than 100 persons.

In the case of categoric variables the quantity and percentage were determined, while in the case of quantitative data – arithmetic mean and standard deviation. The reliability assessment of the measurement scales in the case of social climate measurements was made counting the Cronbach alpha coefficient.

In order to check if the assessment results in the individual social climate scales are in connected with the results of the variables regarding the assessment of the selected health state elements of students measured on the order scale, a tau-b Kendall coefficient was used.

In order to assess if and how much the variables described as social climate subscales are predictors of the self-assessment of the selected aspects of psychic health of the examined students (variables measured on the nominal scale), a logistic regression analysis was used. All calculations were made using the SPSS 22 program.

Conclusions

The data presented in this work regarding the subjective health and health activities of the examined students from four countries, social climate of the higher education institutions and the connections between these variables allow for formulating the following conclusions:

1. Somatic health condition in the students' assessment is not satisfactory, for nearly half of the studied members of each group declared the existence of chronic diseases, and nearly every third person reported feeling a few somatic illnesses.
2. It can be said that the physical capability of the researched people of all groups is not on a satisfactory level, for the most students rated it as only sufficient.

Incorrect body mass (under- or overweight) is present in about $\frac{1}{4}$ of the researched men and women.

3. The rating of psychic wellbeing by students can raise concern, for a fair amount (especially Poles) have rated it as bad.
4. The existence of depression episodes and suicide attempts in the declarations of the studied persons is also quite a troublesome phenomenon, mainly in the case of students from France.
5. It can be said that the examined students are not physically active enough, for the vast majority has declared a complete lack of physical activity or conducting it only 1 or 2 hours a week. Most of the students rated the physical activity taken as insufficient.
6. The students are also not correctly nourished, for eating 5 meals a day was only declared by a small percentage of the researched group.
7. The most troubling risky behaviors the significant amount of the studied group shows include: lack of stable sexual partner, not using contraception and too extensive use of various forms of alcohol.
8. The students do not care correctly about their health and dental condition, for less than a $\frac{1}{4}$ of the researched group conducts regular examinations in these areas. The reason for this is most often difficult access to doctors, mainly specialists in students' clinics.
9. The actions of the higher education institutions on the increase of physical activity and the accessibility of the institution's sports facilities are highly insufficient in the assessment of the researched group.
10. The study results analysis has revealed that the correlations between the selected aspects of the health and health activities self-assessment and the assessment of the institution's social climate are very weak, faint or nonexistent at all.
11. It can also be concluded after analyzing the result of the logistic regression analysis that the institution's social climate assessment in various dimensions has little influence on the predictive value of the self-assessment of the selected aspects of the psychic health and health activities of the selected students from four countries.

Following these conclusions, the activities regarding health education in the institutions should be intensified. All points to the fact that the studies' programs include not enough subjects covering these areas, and the students not capable of properly take care of their health, for the vast amount of the researched group does not appear to have developed proper pro-health attitudes. This includes all aspects included in this work. Among them there are: nutrition, proper sleep, conducting risky activities, or control examinations.

Furthermore, the actions taken by the facility should first of all be directed towards increasing the availability of the students' clinic treatment and having

different specialists present. It would also be important to take actions towards increasing the physical activity of students, which means increasing the availability of sports facilities.

Despite the presented results not indicating a strong connection between the assessment of the institution's social climate and the health state and health activities of the researched group, such a connection can be seen. The Author is convinced that further, deeper research should be conducted in this area, covering bigger groups of students and most likely using a more complicated research apparatus.

In summary, the diagnoses of the students' health condition, health activities and social climate of the selected higher education institutions in Europe gathered by the Author support the statement, that they should be a topic of analysis and discussion of all the environments taking part and influencing the life of higher education institutions. The discussion conducted should end with conclusions about what should be changed in the education and shaping the social climate of higher education institutions in order for it to be more conducive to the development of all subjects, both students and employees of the institutions, and what action should be taken to increase the effectiveness of the educational process.

Aneks

KWESTIONARIUSZ ANKIETY

Zdrowie subiektywne studentów w wybranych krajach Unii Europejskiej

I. ZDROWIE FIZYCZNE

1. Co sądzisz o swoim stanie zdrowia?

- a. jestem bardzo zdrowy/a
- b. jestem zdrowy/a
- c. nie jestem całkiem zdrowy/a
- d. jestem chory/a

1. Proszę podać przebyte choroby. W razie częstszego ich występowania proszę postawić „x” we właściwej rubryce.

L.P.	Przebyte choroby	Tak	Nie	W tym często
1	Angina			
2	Infekcje górnych dróg oddechowych			
3	Zapalenie oskrzeli			
4	Zapalenie płuc			
5	Astma oskrzelowa			
6	Gruźlica płuc			
7	Gruźlica innych narządów			
8	Choroby serca			
9	Choroby naczyń obwodowych			
10	Nadciśnienie tętnicze			
11	Choroby nerek			
12	Choroby żołądka, dwunastnicy			
13	Choroby jelit			
14	Choroby wątroby, woreczka żółciowego			
15	Wirusowe zapalenie wątroby			
16	Cukrzyca			
17	Otyłość			
18	Zaburzenia hormonalne			
19	Uczulenie, alergia			
20	Choroba reumatyczna			
21	Dyskopatia			
22	Zapalenie korzonków nerwowych			
23	Zapalenie opon mózgowych			
24	Zapalenie mózgu			
25	Porażenia, paraliż			

26	Epilepsja			
27	Depresja, załamanie nerwowe			
28	Nerwice			
29	Choroby układu rozrodczego			

2. Czy odczuwasz dolegliwości:

L.P.	DOLEGLIWOŚCI:	TAK	NIE	CZĘSTO	RZADKO
1	serca				
2	żołądka				
3	wątroby, woreczka żółciowego				
4	nerek				
5	stawów				
6	dróg oddechowych				
7	narządów rozrodczych				
8	Czy miewasz migreny i bóle głowy?				
9	Czy odczuwasz inne nie wymienione dolegliwości?				
10	Jeśli tak, to jakie?.....				

3. Inne problemy

L.P.	INNE PROBLEMY:	Tak	Nie
1	Czy cierpisz z powodu długotrwałej choroby?		
2	Jeśli tak, to od jak dawna?		
3	Jeśli tak, to na jaką?		
4	Czy miałeś/aś dłuższą przerwę w nauce (powyżej 6 miesięcy) z powodu choroby lub urazu?		
5	Czy chorowałeś/aś w ciągu ostatnich 12 miesięcy?		
6	Czy korzystałeś/aś ze zwolnień lekarskich?		

4. Profilaktyka i zażywanie środków farmakologicznych.

L.P.	PROFILAKTYKA I ZAŻYWANIE ŚRODKÓW FARMAKOLOGICZNYCH	Tak	Nie
1	Czy przechodziłeś/aś w ostatnim roku ogólne badania stanu zdrowia nie związane z chorobą?	T	N
2	Jeśli tak, to jakiego rodzaju? a. <input type="checkbox"/> profilaktyczne w przychodni studenckiej b. <input type="checkbox"/> profilaktyczne, innego rodzaju c. <input type="checkbox"/> Jakiego?		
3	Czy poddawałeś/aś się kontrolnym badaniom uzębienia, mimo braku dolegliwości?	T	N

4	Jeśli tak, to jak często? a. <input type="checkbox"/> co 6 miesięcy b. <input type="checkbox"/> 1 raz w roku c. <input type="checkbox"/> rzadziej		
5	Czy zażywasz środki uspokajające?	T	N
6	Czy zażywasz środki nasenne?	T	N
7	Jeśli tak, to jak często? a. <input type="checkbox"/> codziennie b. <input type="checkbox"/> kilka razy w miesiącu c. <input type="checkbox"/> kilka razy w roku		

5. Stopień rozpowszechnienia narkotyków w Twoim otoczeniu:

- a. znaczny
- b. pojedyncze przypadki regularnego zażywania
- c. okazjonalne próby zażywania
- d. zjawisko nie występuje

II. PSYCHOSOMATYCZNY ASPEKT ZDROWIA

1. Jaki masz sen?

- a. uważam, że jest w normie
- b. czuję, że występują zaburzenia snu
- c. odczuwam wzmożoną potrzebę snu
- d. dokucza bezsenność

2. Czy sypiasz dobrze?

- a. bardzo często
- b. często
- c. rzadko
- d. nigdy

3. Ile godzin na dobę zwykle śpisz?...../ liczba godzin/

4. Czy sypiasz dostatecznie długo, by zaspokoić swe zapotrzebowanie na sen?

- a. tak
- b. nie, jeśli nie, to dlaczego.....

5. Czy odczuwasz zmęczenie (nie senność) rano przy wstawaniu?

- a. tak
- b. nie

6. Czy mimo zmęczenia masz trudności z zasypianiem?

- a. tak
- b. nie

III. ZDROWIE UMYSŁOWE I PSYCHICZNE

1. Inne informacje o stanie zdrowia psychosomatycznego (zaznacz właściwe).

L.P.	PSYCHOSOMATYCZNE ASPEKTY ZDROWIA	Tak	Nie
1	Czy miewasz stany niepokoju?	T	N
2	Jeśli tak, to czy: a. <input type="checkbox"/> bardzo często b. <input type="checkbox"/> często c. <input type="checkbox"/> rzadko		
3	Czy miewasz kłopoty z pamięcią?	T	N
4	Jeśli tak, to czy występują one: a. <input type="checkbox"/> bardzo często b. <input type="checkbox"/> często c. <input type="checkbox"/> rzadko		
5	Czy odczuwasz trudności w koncentracji uwagi?	T	N
6	Jeśli tak, to czy: a. <input type="checkbox"/> bardzo często b. <input type="checkbox"/> często c. <input type="checkbox"/> rzadko		
7	Czy odczuwasz zmęczenie?	T	N
8	Jeśli tak, to czy: a. <input type="checkbox"/> bardzo często b. <input type="checkbox"/> często c. <input type="checkbox"/> rzadko		
9	Czy odczuwasz zmniejszoną sprawność umysłową?	T	N
10	Jeśli tak, to czy: a. <input type="checkbox"/> bardzo często b. <input type="checkbox"/> często c. <input type="checkbox"/> rzadko		
11	Czy przeżywasz stany napięć?	T	N
12	Jeśli tak, to czy: a. <input type="checkbox"/> bardzo często b. <input type="checkbox"/> często c. <input type="checkbox"/> rzadko		
13	Czy cierpisz z powodu złego samopoczucia psychicznego?	T	N
14	Jeśli tak, to czy: a. <input type="checkbox"/> bardzo często b. <input type="checkbox"/> często c. <input type="checkbox"/> rzadko		
15	Czy przeżywasz stany zwiększonej drażliwości?	T	N
16	Jeśli tak, to czy: a. <input type="checkbox"/> bardzo często b. <input type="checkbox"/> często c. <input type="checkbox"/> rzadko		
17	Czy zdarza się, że „nic Ci się nie chce” i „masz wszystkiego dość”?	T	N

18	Jeśli tak, to czy: a. <input type="checkbox"/> bardzo często b. <input type="checkbox"/> często c. <input type="checkbox"/> rzadko		
19	Czy cierpisz na depresję?	T	N
20	Czy miewasz stany lękowe?	T	N
21	Jeśli tak, to czy: a. <input type="checkbox"/> bardzo często b. <input type="checkbox"/> często c. <input type="checkbox"/> rzadko		
22	Czy podejmowałeś/aś próbę samobójczą	T	N

IV. ZDROWIE EMOCJONALNE

Problemy życiowe i emocje

L.P.	PROBLEMY ŻYCIOWE I EMOCJE	ZDECYDOWANIE TAK	RACZEJ TAK	RACZEJ NIE	ZDECYDOWANIE NIE
1	Czy radzisz sobie z rozwiązywaniem codziennych problemów życiowych?				
2	Czy radzisz sobie ze swoimi emocjami?				
3	złość				
4	nienawiść				
5	agresja				
6	zazdrość				
7	miłość				

V. WYBRANE ZACHOWANIA PROZDROWOTNE

1. Czy uprawiasz gimnastykę poranną?

- a. tak
b. nie

2. Jeśli tak, to czy:

- a. codziennie
b. kilka razy w tygodniu
c. kilka razy w miesiącu
d. kilka razy w roku

3. Czy sądzisz, że podejmowany wysiłek fizyczny jest wystarczający i odpowiadający potrzebom?

- a. jest wystarczający
b. jest niewystarczający
c. jest go za dużo
d. nie wiem

4. Czy chętnie uczestniczysz w zajęciach wychowania fizycznego?

- a. tak
- b. nie

5. Jeśli nie, to dlaczego?.....

6. Czy na swojej uczelni masz możliwości korzystania z obiektów sportowych?

- a. tak, bez ograniczeń
- b. tak, z niewielkimi trudnościami
- c. tak, z dużymi trudnościami
- d. nie

7. Formy preferowanej przez Ciebie aktywności ruchowej ?

Forma aktywności	Bardzo często	Często	Rzadko	Nigdy
Spacer				
Gimnastyka w domu				
Bieg				
Pływanie				
Jazda na rowerze				
Taniec				
Gra w tenisa				
Gra w piłkę nożną				
Ćwiczenia w siłowni				
Inne / jakie?/				

8. Jak oceniasz dotychczasowe działania Twojej uczelni na rzecz zwiększania aktywności fizycznej studentów?

- a. brak działalności
- b. dostateczna
- c. dobra
- d. bardzo dobra

9. Ile godzin w tygodniu poświęcasz w czasie wolnym, poza wychowaniem fizycznym, na ćwiczenia fizyczne, podczas których Twój wysiłek jest duży tzn. czujesz, że brakuje ci tchu, pocisz się?

- a. wcale
- b. około 1–2 godzin w tygodniu
- c. około 3–4 godzin w tygodniu
- d. około 5–7 godzin w tygodniu lub więcej

10. Jak oceniasz swoją sprawność fizyczną?

- a. bardzo dobra
- b. dobra
- c. dostateczna
- d. zła

11. Jak często spożywasz posiłki?

Posiłek	Zawsze	Czasem	Nie spożywam
Śniadanie			
Drugie śniadanie			
Obiad			
Podwieczorek			
Kolacja			

12. Czy dojadasz między posiłkami?

- a. tak
b. nie

13. Czy stosujesz obecnie dietę, aby schudnąć?

- a. nie bo ważę tyle ile trzeba / albo za mało /
b. nie, ale powinienem stosować dietę aby schudnąć
c. tak

14. Co najczęściej składa się na twoją typową dietę w czasie dnia?

Składniki posiłku	Śniadanie	Obiad	Kolacja
Białe pieczywo			
Ciemne pieczywo			
Masło			
Wędliny, mięso			
Ser żółty			
Ser biały			
Miód, dżemy, konfitury			
Kawa			
Herbata			
Mleko			
Ziemniaki			
Frytki, chipsy i chrupki			
Hamburgery, hot-dogi			
Zupy			
Potrawy mączne, kasze			
Soki owocowe			
Owoce			
Warzywa			
Ciastka i ciasto			
Cukierki, batony, czekolada			
Woda mineralna			
Coca-cola i inne słodkie napoje gazowane			

15. Czy pijesz napoje alkoholowe?

- a. tak
- b. nie

16. Jeśli tak, to jakiego rodzaju?

- a. piwo
- b. wino
- c. wódki
- d. inne gatunkowe / likiery, brandy, koniaki /

17. Jak często pijesz poszczególne napoje alkoholowe?

Piwo:

- a. codziennie
- b. kilka razy w tygodniu
- c. kilka razy w miesiącu
- d. kilka razy w roku

Wino:

- a. codziennie
- b. kilka razy w tygodniu
- c. kilka razy w miesiącu
- d. kilka razy w roku

Wódki, drinki alkoholowe

- a. codziennie
- b. kilka razy w tygodniu
- c. kilka razy w miesiącu
- d. kilka razy w roku

18. Czy wypiełeś kiedyś tak dużo alkoholu, że czułeś, że jesteś naprawdę pijany?

- a. nie, nigdy
- b. tak, 1 raz
- c. tak, 2–3 razy
- d. tak, więcej niż 10 razy

19. Czy palisz papierosy lub tytoń?

- a. tak
- b. nie

20. Od którego roku życia palisz?.....

21. Jak często obecnie palisz papierosy?

- a. codziennie
- b. co najmniej 1 raz w tygodniu ale nie codziennie
- c. rzadziej niż 1 raz w tygodniu
- d. nie palę wcale

22. Jak często zapinasz pasy bezpieczeństwa, gdy jedziesz jako pasażer w samochodzie osobowym?

- a. zawsze

- b. często
- c. rzadko lub nigdy
- d. zwykle nie ma pasów bezpieczeństwa w miejscu, w którym siedzę w samochodzie

23. Jak często zakładasz kask, gdy jedziesz na rowerze?

- a. zawsze
- b. często
- c. rzadko lub nigdy
- d. nie jeżdżę na rowerze

24. Czy rozpocząłeś/aś już życie seksualne?

- a. tak
- b. nie

25. Kiedy rozpocząłeś/aś życie seksualne?

- a. przed studiami
- b. na studiach

26. Czy masz stałego partnera /partnerkę/ seksualnego?

- a. tak
- b. nie

27. Czy stosujesz antykoncepcję? /odpowiednie podkreśl /

- a. tak
 1. preparaty chemiczne / pasty, kremy, galaretki, globulki, aerozole, pianki plemnikobójcze /
 2. środki mechaniczne / prezerwatywa, kapturek na szyjkę macicy, krążek – błona pochwowa/
 3. stosunek przerywany
 4. tabletki hormonalne
 5. środki domaciczne
- b. nie
- c. nie dotyczy

28. Czy stosujesz metody naturalne? / odpowiednie podkreśl /

- a. tak
 1. metoda kalendarzowa
 2. metoda termiczna
 3. metoda obserwacji śluzu Billingsów
 4. metoda objawowo-termiczna
- b. nie

29. Czy masz problemy związane ze współżyciem seksualnym?

- a. tak
- b. nie

30. Czy w związku z swoim życiem seksualnym chciałbyś uzyskać pomoc, poradę?

- a. tak
- b. nie

Klimat społeczny w ocenie studentów w wybranych krajach Unii Europejskiej

	Zdecydowanie tak	Zdecydowanie nie
1. Studenci są dumni ze swojej uczelni	5	4 3 2 1
.....		
2. Studenci w grupie starają się być lepsi	5	4 3 2 1
.....		
3. Studenci w grupie pomagają sobie nawzajem	5	4 3 2 1
.....		
4. W mojej grupie studenckiej jest za mało życia zespołowego	5	4 3 2 1
.....		
5. Na ćwiczeniach mało jest zajęć angażujących wszystkich	5	4 3 2 1
.....		
6. Mało jest rzeczy na uczelni, którymi można się zainteresować	5	4 3 2 1
.....		
7. Dyskusje na zajęciach są bardzo interesujące	5	4 3 2 1
.....		
8. Studenci w grupie są naprawdę zaprzyjaźnieni	5	4 3 2 1
.....		
9. Studenci mogą zawsze liczyć na pomoc nauczycieli akademickich	5	4 3 2 1
.....		
10. Nauczyciele akademicy są zawsze do dyspozycji w godzinach przewidzianych na dyżury	5	4 3 2 1
.....		
11. Pracownicy uczelni zawsze mają czas dla studentów	5	4 3 2 1
.....		
12. Pracownicy naukowci chętnie podejmują dyskusję ze studentami w sprawach naukowych	5	4 3 2 1
.....		
13. Studenci rzadko sobie pomagają	5	4 3 2 1
.....		
14. Pracownicy naukowci mają zbyt mało czasu, aby indywidualnie zająć się studentami	5	4 3 2 1
.....		

15. Zdolniejsi studenci pomagają słabszym	5 4 3 2 1
.....	
16. Pracownicy naukowcy angażują się w prace studentów	5 4 3 2 1
.....	
17. Między pracownikami a studentami nie ma nadmiernego dystansu	5 4 3 2 1
.....	
18. Studenci często nawiązują z pracownikami uczelnialne kontakty nieformalne	5 4 3 2 1
.....	
19. Pracownicy uczelni uczestniczą w życiu kulturalnym studentów	5 4 3 2 1
.....	
20. Nauczyciele akademicki i studenci mówią to, co o sobie myślą	5 4 3 2 1
.....	
21. O własnych problemach studenci nigdy nie mówią pracownikom uczelni	5 4 3 2 1
.....	
22. W naszej grupie studenckiej uważa się, że sprzeczki są czasem potrzebne	5 4 3 2 1
.....	
23. Studenci mówią swobodnie o tym, co naprawdę myślą o uczelni	5 4 3 2 1
.....	
24. Wielu nauczycieli akademickich nie nawiązuje żadnych kontaktów osobistych i nie uczestniczy w życiu studenckim, ogranicza się do obowiązków dydaktycznych	5 4 3 2 1
.....	
25. Studenci mają wpływ na to co się dzieje na uczelni	5 4 3 2 1
.....	
26. Studenci mają wpływ na wybór obsady prowadzących zajęcia	5 4 3 2 1
.....	
27. Studenci mają prawo wybierać zajęcia seminaryjne	5 4 3 2 1
.....	
28. Studenci mają wpływ na program zajęć z niektórych przedmiotów	5 4 3 2 1
.....	
29. Studenci uczestniczą z głosem decydującym w ciałach kolegialnych uczelni	5 4 3 2 1
.....	
30. Samorząd i organizacje studenckie mają duży wpływ na życie, warunki studiowania w uczelni	5 4 3 2 1
.....	

31. Nauczyciele akademicy uwzględniają uwagi studentów	5 4 3 2 1
.....	
32. Wszystkie decyzje dotyczące rocznika i grupy studenckiej podejmowane są przez studentów	5 4 3 2 1
.....	
33. Nauczyciele akademicy zachęcają do nowatorskiego działania	5 4 3 2 1
.....	
34. Na zajęciach kładzie się nacisk na uczenie nowych umiejętności przydatnych w pracy zawodowej	5 4 3 2 1
.....	
35. Studenci są zachęceni do planowania własnego życia	5 4 3 2 1
.....	
36. Uczelnia organizuje czas studentom po zajęciach	5 4 3 2 1
.....	
37. Na zajęciach kładzie się nacisk na uczenie nowych umiejętności przydatnych w życiu	5 4 3 2 1
.....	
38. Studenci są zachęceni do samodzielności i niezależności	5 4 3 2 1
.....	
39. Zajęć praktycznych jest zbyt mała ilość w porównaniu z teoretycznymi	5 4 3 2 1
.....	
40. W trakcie zajęć praktycznych mamy mało możliwości samodzielnego działania	5 4 3 2 1
.....	
41. W uczelni w pełni respektowane są zasady tolerancji	5 4 3 2 1
.....	
42. Nauczyciele akademicy starają się zrozumieć studentów	5 4 3 2 1
.....	
43. Studenci rzadko rozmawiają ze sobą o własnych problemach osobistych	5 4 3 2 1
.....	
44. Do nauczycieli akademickich można zwracać się o pomoc w sprawach osobistych	5 4 3 2 1
.....	
45. Nauczyciele akademicy pomagają studentom w rozwiązywaniu ich kłopotów osobistych	5 4 3 2 1
.....	
46. Studenci są traktowani przez pracowników naukowych podmiotowo	5 4 3 2 1
.....	

47. Nauczyciele akademicy nie ingerują w życie osobiste studentów	5 4 3 2 1
.....	
48. Pracownicy administracyjni uczelni zawsze pomagają w rozwiązywaniu problemów osobistych studentów	5 4 3 2 1
.....	
49. Pokoje nauczycieli akademickich i sale dydaktyczne są estetycznie i nowoczesnie urządzone	5 4 3 2 1
.....	
50. Pomieszczenia uczelni są często zaniedbane, brudne, nieuporządkowane	5 4 3 2 1
.....	
51. Pracownicy administracyjni uczelni są otwarci na wszelkie uwagi studentów i zawsze pomagają studentom	5 4 3 2 1
.....	
52. Harmonogramy zajęć ułożone są zgodnie z zasadami higieny pracy umysłowej	5 4 3 2 1
.....	
53. Często studenci szukają sali, by mogły odbyć się planowe zajęcia	5 4 3 2 1
.....	
54. Pracownicy uczelni są wzorem postaw i zachowań prozdrowotnych	5 4 3 2 1
.....	
55. Nauczyciele akademicy są wzorem schludności i porządku	5 4 3 2 1
.....	
56. Programy zajęć na uczelni są konsultowane ze studentami	5 4 3 2 1
.....	
57. Postępuję zgodnie z regulaminem studiów, który jest mi znany	5 4 3 2 1
.....	
58. Staram się zawsze uczestniczyć w zajęciach na uczelni	5 4 3 2 1
.....	
59. Nauczyciele akademicy zawsze przestrzegają regulaminu studiów	5 4 3 2 1
.....	
60. Znam terminy sesji egzaminacyjnych oraz przerw wypoczynkowych	5 4 3 2 1
.....	
61. Studenci na uczelni czują się dobrze	5 4 3 2 1
.....	

62. Nauczyciele akademicy zaczynają i kończą zajęcia zgodnie z harmonogramem	5 4 3 2 1
.....	
63. Kontrolowany i przestrzegany jest zakaz palenia na uczelni	5 4 3 2 1
.....	
64. Studenci muszą przestrzegać regulaminu studiów	5 4 3 2 1
.....	
65. Jeśli ktoś nie przestrzega zasad współżycia, może zostać ukarany a nawet relegowany z uczelni	5 4 3 2 1
.....	
66. Nauczyciele akademicy nie przesadzają z dyscypliną i rygorem na zajęciach	5 4 3 2 1
.....	
67. Zawsze muszę zaliczyć zajęcia, na których byłam /em nieobecny	5 4 3 2 1
.....	
68. Nauczyciele akademicy reagują / zwracają uwagę / na niestosowne, wulgarne zachowanie	5 4 3 2 1
.....	
69. Opiekunowie roczników pomagają studentom w ich kłopotach związanych ze studiowaniem	5 4 3 2 1
.....	

Dziękuję

Spis tabel i rycin

Tabele

1. Rozwój człowieka w biegu życia	48
2. Cechy sprawności fizycznej związane ze stanem zdrowia	65
3. Model żywienia zalecany przez WHO	70
4. Zmienne i wskaźniki	155
5. Średnia wieku badanych studentów z poszczególnych krajów	162
6. Cechy demograficzno-społeczne badanych studentów	162
7. Samoocena stanu zdrowia badanych studentów z wybranych krajów UE	167
8. Występowanie długotrwałych chorób u badanych studentów	168
9. Występowanie chorób przewlekłych u badanych studentów	169
10. Występowanie dolegliwości somatycznych u badanych studentów	170
11. Dolegliwości somatyczne serca deklarowane przez badanych studentów	171
12. Dolegliwości somatyczne żołądka deklarowane przez badanych studentów	171
13. Dolegliwości somatyczne wątroby i woreczka żółciowego deklarowane przez badanych studentów	172
14. Dolegliwości somatyczne nerek deklarowane przez badanych studentów	172
15. Dolegliwości somatyczne stawów deklarowane przez badanych studentów	172
16. Dolegliwości somatyczne dróg oddechowych deklarowane przez badanych studentów	173
17. Dolegliwości somatyczne narządów rozrodczych deklarowane przez badanych studentów	173
18. Dolegliwości somatyczne jako migreny i częste bóle głowy deklarowane przez badanych studentów	174
19. Samoocena sprawności fizycznej przez badanych studentów	174
20. Masa ciała badanych studentów ustalona na podstawie wskaźnika BMI	175
21. Samoocena samopoczucia psychicznego badanych studentów	176
22. Częstotliwość występowania złego samopoczucia psychicznego w deklaracjach badanych studentów	177
23. Samoocena umiejętności radzenia sobie w rozwiązywaniu codziennych problemów życiowych przez badanych studentów	178
24. Samoocena umiejętności radzenia sobie z własnymi emocjami przez badanych studentów	179
25. Samoocena umiejętności radzenia sobie z występowaniem złości przez badanych studentów	180

26. Występowanie poczucia niepokoju w deklaracjach studentów	181
27. Częstotliwość doznawania poczucia niepokoju przez badanych studentów	182
28. Występowanie poczucia zwiększonego rozdrażnienia u badanych studentów	183
29. Częstotliwość występowania poczucia zwiększonego rozdrażnienia w ocenie badanych studentów	184
30. Występowanie poczucia napięcia wśród badanych studentów	184
31. Częstotliwość doświadczania poczucia napięcia przez badanych studentów	185
32. Występowanie poczucia lęku wśród badanych studentów	186
33. Częstotliwość doświadczania poczucia lęku przez badanych studentów	187
34. Występowanie poczucia beznadziejności w życiu w ocenie badanych studentów	188
35. Częstotliwość występowania poczucia beznadziejności w życiu w ocenie badanych studentów	188
36. Występowanie depresji w ocenie badanych studentów	189
37. Podjęte próby samobójcze przez badanych studentów	190
38. Występowanie trudności z koncentracją uwagi w ocenie badanych studentów	191
39. Częstotliwość występowania trudności z koncentracją uwagi w ocenie badanych studentów	191
40. Występowanie zmniejszonej sprawności umysłowej w deklaracjach badanych studentów	192
41. Częstotliwość występowania zmniejszonej sprawności umysłowej w deklaracjach badanych studentów	193
42. Występowanie zaburzeń pamięci w ocenie badanych studentów	194
43. Częstotliwość występowania zaburzeń pamięci w deklaracjach badanych studentów	195
44. Występowanie poczucia zmęczenia w ocenie badanych studentów	196
45. Częstotliwość występowania poczucia zmęczenia w deklaracjach badanych studentów	196
46. Częstotliwość intensywnego wysiłku fizycznego w tygodniu w deklaracjach badanych studentów	198
47. Codzienne uprawianie gimnastyki porannej w deklaracjach badanych studentów	199
48. Ocena podejmowanego wysiłku fizycznego przez badanych studentów	201
49. Liczba godzin snu w deklaracjach badanych studentów	202
50. Odczuwanie długości snu jako wystarczającego przez badanych studentów	203
51. Odczuwanie trudności z zasypianiem w ocenie badanych studentów	203
52. Przebieg snu w samoocenie studentów	204
53. Odczucie zmęczenia po przebudzeniu z rana przez badanych studentów	205
54. Liczba posiłków spożywanych w ciągu dnia w deklaracjach badanych studentów	206
55. Codzienne spożywanie śniadania w deklaracjach badanych studentów	207
56. Codzienne spożywanie słodczy i słodkich napojów przez badanych studentów	207
57. Codzienne spożywanie warzyw i owoców przez badanych studentów	208
58. Stosowanie diety odchudzającej w deklaracjach badanych studentów	209
59. Inicjacja seksualna badanych studentów	210
60. Czas rozpoczęcia życia seksualnego w deklaracjach badanych studentów	211
61. Stosowanie antykoncepcji w deklaracjach badanych studentów	211
62. Stosowanie antykoncepcyjnych preparatów chemicznych, hormonalnych, środków mechanicznych przez badanych studentów	212

63. Stosowanie antykoncepcyjnych metod naturalnych przez badanych studentów	213
64. Brak stałego partnera seksualnego pomimo podjęcia życia płciowego w deklaracjach badanych studentów	213
65. Wykonywanie kontrolnych badań ogólnego stanu zdrowia przez studentów w ostatnich 12 miesiącach	215
66. Częstotliwość wykonywania kontrolnych badań stomatologicznych przez badanych studentów	216
67. Częstotliwość picia piwa przez badanych studentów	217
68. Częstotliwość picia wina przez badanych studentów	218
69. Częstotliwość picia wódki, drinków alkoholowych przez badanych studentów	219
70. Częstotliwość upijania się w deklaracjach badanych studentów	220
71. Palenie papierosów w deklaracjach badanych studentów	221
72. Stopień rozpowszechnienia narkotyków w otoczeniu w ocenie badanych studentów	222
73. Zapinanie pasów bezpieczeństwa w samochodzie	223
74. Używanie kasku podczas jazdy na rowerze	224
75. Zażywanie środków uspokajających w deklaracjach studentów	225
76. Częstotliwość zażywania środków nasennych w deklaracjach studentów	226
77. Wykonywanie badań profilaktycznych w przychodni studenckiej przez badanych studentów	227
78. Korzystanie z leczenia w przychodni studenckiej w deklaracjach badanych studentów	228
79. Przyczyny niekorzystania z usług przychodni studenckiej	229
80. Ocena działań uczelni na rzecz zwiększania aktywności fizycznej w deklaracjach studentów	230
81. Możliwości korzystania z obiektów sportowych na uczelni w ocenie badanych studentów	231
82. Wyniki badanych kobiet i mężczyzn w wymiarze „Relacje interpersonalne”	235
83. Wyniki badanych studentów z czterech krajów w wymiarze „Relacje interpersonalne”	236
84. Wyniki badanych kobiet z czterech krajów w wymiarze „Relacje interpersonalne”	236
85. Wyniki badanych mężczyzn z czterech krajów w wymiarze „Relacje interpersonalne”	237
86. Wyniki badanych kobiet i mężczyzn w wymiarze „Warunki rozwoju osobistego”	239
87. Wyniki badanych studentów czterech krajów w wymiarze „Warunki rozwoju osobistego”	240
88. Wyniki badanych kobiet z czterech krajów w wymiarze „Warunki rozwoju osobistego”	241
89. Wyniki badanych mężczyzn czterech krajów w wymiarze „Warunki rozwoju osobistego”	242
90. Wyniki badanych kobiet i mężczyzn w wymiarze „System organizacyjny uczelni”	245
91. Wyniki badanych studentów z czterech krajów w wymiarze „System organizacyjny uczelni”	245

92. Wyniki badanych kobiet z czterech krajów w wymiarze „System organizacyjny uczelni”	246
93. Wyniki badanych mężczyzn z czterech krajów w wymiarze „System organizacyjny uczelni”	247
94. Wyniki badanych kobiet i mężczyzn w skali ogólnej klimatu społecznego	248
95. Wyniki badanych studentów z czterech krajów w skali ogólnej klimatu społecznego	248
96. Wyniki badanych kobiet z czterech krajów w skali ogólnej klimatu społecznego	248
97. Wyniki badanych mężczyzn z czterech krajów w skali ogólnej klimatu społecznego	249
98. Korelacje pomiędzy oceną klimatu społecznego a wybranymi aspektami zdrowia badanych studentów (niezależnie od płci)	250
99. Korelacje pomiędzy oceną klimatu społecznym a wybranymi aspektami zdrowia badanych kobiet (niezależnie od kraju)	250
100. Korelacje pomiędzy klimatem społecznym a wybranymi aspektami zdrowia badanych mężczyzn (niezależnie od kraju)	251
101. Korelacje pomiędzy klimatem społecznym a wybranymi aspektami zdrowia badanych studentów z Polski	252
102. Korelacje pomiędzy klimatem społecznym a wybranymi aspektami zdrowia badanych studentów z Czech	252
103. Korelacje pomiędzy klimatem społecznym a wybranymi aspektami zdrowia badanych studentów z Francji	253
104. Korelacje pomiędzy klimatem społecznym a samooceną wybranych aspektów zdrowia badanych studentów z Włoch	254
105. Wyniki regresji logistycznej, predyktory dla zmiennej „ocena samopoczucia psychicznego”	255
106. Wyniki regresji logistycznej, predyktory dla zmiennej „występowanie depresji”	258
107. Wyniki regresji logistycznej, predyktory dla zmiennej „ocena występowania poczucia napięcia” u studentów	259
108. Wyniki regresji logistycznej, predyktory dla zmiennej „zażywanie środków uspokajających” przez studentów	261

Ryciny

1. Model badań własnych	153
-------------------------	-----

Spis treści

Wstęp	5
-------	---

Część I

PRZEGLĄD DOTYCHCZASOWEJ WIEDZY DOTYCZĄCEJ ZDROWIA, ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH I KLIMATU SPOŁECZNEGO

1. Zdrowie i czynniki je warunkujące	11
1.1. Definicja i koncepcje zdrowia	11
1.2. Zdrowie subiektywne i jego mierniki	31
1.3. Czynniki warunkujące zdrowie	36
2. Rozwój, zdrowie i zachowania zdrowotne studentów	45
2.1. Charakterystyka rozwoju we wczesnej dorosłości	45
2.2. Problemy zdrowotne studentów	54
2.3. Zachowania zdrowotne studentów	58
2.3.1. Aktywność ruchowa	60
2.3.2. Sposób odżywiania się a zdrowie	67
2.3.3. Problematyka toksykomanii	74
2.3.4. Przyczyny sięgania po środki toksyczne	79
2.3.5. Picie alkoholu a zdrowie	83
2.3.6. Palenie tytoniu a zdrowie	92
2.3.7. Lekomania a zdrowie	99
2.3.8. Stan toksykomanii w Polsce	100
2.3.9. Seksualność człowieka	105
3. Klimat społeczny	119
3.1. Pojęcie i wymiary klimatu społecznego	119
3.1.1. Relacje interpersonalne	125
3.1.2. Warunki rozwoju osobistego	129
3.1.3. System organizacyjny	136
3.1.4. Otoczenie materialne	138
3.2. Metody oceny klimatu społecznego w instytucjach edukacyjnych	141

Część II

STAN ZDROWIA I ZACHOWANIA ZDROWOTNE STUDENTÓW A KLIMAT SPOŁECZNY SZKÓŁ WYŻSZYCH W WYBRANYCH KRAJACH UE. BADANIA WŁASNE

4. Procedura badań własnych	151
4.1. Uzasadnienie podjęcia badań	151
4.2. Cele badań i pytania badawcze	152

4.3. Zmienne i wskaźniki	154
4.4. Metoda i narzędzia badawcze	158
4.5. Badane osoby	162
4.6. Organizacja badań	163
4.7. Opis zastosowanych metod statystycznych przy opracowywaniu wyników badań własnych	165
5. Prezentacja wyników badań	166
5.1. Zdrowie fizyczne studentów w wybranych uczelniach wyższych w Europie	166
5.2. Zdrowie psychiczne studentów w wybranych uczelniach wyższych w Europie	176
5.3. Wybrane zachowania zdrowotne badanych studentów	197
5.3.1. Aktywność fizyczna studentów	197
5.3.2. Opinie studentów dotyczące przebiegu snu	201
5.3.3. Wybrane zachowania żywieniowe studentów	205
5.3.4. Wybrane zachowania seksualne badanych studentów	209
5.3.5. Wykonywanie badań profilaktycznych przez badanych studentów	214
5.3.6. Wybrane ryzykowne zachowania zdrowotne badanych studentów	216
5.3.7. Ocena otoczenia materialnego uczelni przez studentów	226
5.4. Klimat społeczny wybranych uczelni wyższych Europy w percepcji studentów	231
5.4.1. Wyniki badań dotyczące wymiaru klimatu społecznego – relacje interpersonalne	233
5.4.2. Wyniki badań dotyczące wymiaru klimatu społecznego – warunki rozwoju osobistego	238
5.4.3. Wyniki badań dotyczące wymiaru klimatu społecznego – system organizacyjny uczelni	243
5.4.4. Wyniki badań dotyczące klimatu społecznego w skali ogólnej	247
5.5. Klimat społeczny a wybrane elementy stanu zdrowia studentów	249
5.6. Wyniki w podskalach klimatu społecznego, jako predyktory wybranych aspektów zdrowia psychicznego – analiza regresji logistycznej	254
5.7. Omówienie i interpretacja wyników	263
5.8. Dyskusja	271
5.9. Podsumowanie i wnioski końcowe	289
Bibliografia	293
Summary	306
Aneks	311
Spis tabel i rycin	325

