

PEDAGOGIKA — PEDAGOGICS

Barbara Pietryga-Szkarlat

UNIwersytet PEDAGOGICZNY IM. KEN W KRAKOWIE

ORCID: 0000-0002-7341-0815

Dominika Sznajder

UNIwersytet PEDAGOGICZNY IM. KEN W KRAKOWIE

ORCID: 0000-0002-7611-8756

POCZUCIE KOHERENCJI A ZACHOWANIA ZDROWOTNE STUDENTÓW

SENSE OF COHERENCE AND HEALTH BEHAVIORS PRESENTED AMONG ACADEMIC YOUTH

Abstract

Apart from medical care, medical biological equipment or physical environment biggest impact on our health has our behaviours. According to the Functional Health Model (FMZ) H. Wrony-Polańskiej (2003), pro-health behavior is conditioned by the availability of cognitive and behavioral resources, among which the sense of coherence plays an important role. Aim of the study was assessment of dependence between the sense of coherence and health behaviors of studying students. The study involved 245 second and third year students studying in humanities and science. The study was used the M. Ziarko Health Behavior Questionnaire and the A. Antonovsky SOC-29 Life Guidance Questionnaire. Research analysis has confirmed that there is a statistically significant relationship between health behaviors and the sense of coherence and its components: comprehensibility, manageability and meaningfulness. On the basis of the research conducted and based on the Functional Health Model it can be concluded that an important practical direction is to develop from a young age in healthy children and adolescents a special emphasis on the development of this resource.

Key words: health behaviors, sense of coherence, health

Słowa kluczowe: zachowania zdrowotne, poczucie koherencji, zdrowie

WSTĘP

Począwszy od lat 70. XX wieku jednym z największych wyzwań dla polityki zdrowotnej we współczesnych społeczeństwach jest skłonienie jednostek do większej dbałości o własne zdrowie (por. P. Puchalski, 2015, s. 256). Jak wskazuje G. Dolińska-Zygmunt (por. 2001, s. 33), podniesienie rangi behawioralnych determinantów zdrowia jest z jed-

nej strony skutkiem intensywnych przemian społeczno-ekonomicznych, określanych mianem rewolucji zdrowotnych, z drugiej zaś jest następstwem stopniowego rozwoju holistycznego paradygmatu zdrowia oraz orientacji salutogenetycznej.

Rewolucje zdrowotne, jakie dokonały się w krajach wysoko rozwiniętych w ciągu ostatnich stu dwudziestu lat, przyczyniły się nie tylko do głębokich przeobrażeń w dziedzinie ochrony i profilaktyki zdrowia, ale przede wszystkim doprowadziły do zmiany w postrzeganiu powiązań pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi a zdrowiem (G. Dolińska-Zygmunt, 2001; H. Wrona-Polańska, 2003; M. Ziarko, 2006).

Pierwsza z nich, tak zwana rewolucja przemysłowa, wiązała się z intensywnie postępującymi na przełomie XIX i XX wieku procesami urbanizacji oraz industrializacji. Przemiany te przyczyniły się początkowo do rozwoju epidemii chorób zakaźnych, a następnie chorób cywilizacyjnych (H. Wrona-Polańska, 2003; M. Ziarko, 2006). Działania naprawcze, realizowane przez ówczesną medycynę, polegały głównie na eliminowaniu zagrożeń zdrowotnych mających związek ze środowiskiem życia, natomiast jednostka odgrywała w nich rolę drugorzędą (G. Dolińska-Zygmunt, 2001). W ten sposób udało się opanować choroby infekcyjne, jednakże postępy medycyny naprawczej okazały się niewystarczające w obliczu narastającej fali zgonów z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego, nowotworów, udarów oraz urazów (A. Ostrowska, 1999). Okoliczności te doprowadziły do drugiej rewolucji zdrowotnej, a więc powstania nowego nurtu badań, określanego mianem medycyny behawioralnej, charakteryzującego się interdyscyplinarnym spojrzeniem na problemy ochrony zdrowia i indywidualnym podejściem do profilaktyki zdrowotnej (K. Wrześniewski, 2002; H. Wrona-Polańska, 2003). Przedmiotem zainteresowania badaczy i naukowców stało się zachowanie człowieka, które uznano za doniosły element w genecie przeciwdziałania chorobom cywilizacyjnym (M. Ziarko, 2006).

Powiązania zachowań zdrowotnych ze zdrowiem należy doszukiwać się także w dokonującej się na przestrzeni dziesięcioleci ewolucji w sposobie naukowego postrzegania człowieka chorego, następnie zagrożonego i wreszcie zdrowego (M. Demel, 1968, za: G. Gunia 2010). Obecnie wskazuje się na kilka nurtów, które stanowią teoretyczny kontekst problematyki zachowań zdrowotnych; są to modele: biomedyczny, holistyczno-funkcjonalny i salutogenetyczny (G. Dolińska-Zygmunt, 2001; H. Sęk, 2006; H. Wrona-Polańska, 2003; G. Gunia, 2010; A. Gaweł, 2014).

W potocznym, ale także profesjonalnym rozumieniu przez stulecia zdrowie utożsamiano jedynie z brakiem zakłóceń w funkcjach biologicznych człowieka (A. Ostrzyżek, J. Marcinkowski, 2012). To podstawowe dla biomedycznego modelu zdrowia założenie oznacza, że zdrowie jest kategorią zobiektywizowaną — charakteryzowaną za pomocą wskaźników medycznych oraz całkowicie zdeterminowaną przez wyposażenie genetyczne (M. Kowalski, A. Gaweł, 2007). W ujęciu tym choroba przebiega poza kontrolą człowieka, a powrót do zdrowia jest możliwy jedynie dzięki oddziaływaniom medycznym.

Przeciwieństwem zmedykalizowanego i negatywnego sposobu interpretacji zdrowia i choroby jest model holistyczno-funkcjonalny, zgodnie z którym organizm człowieka stanowi systemowo pojmowaną całość, składającą się z wymiaru fizycznego, psychicznego, społecznego oraz duchowego, podlegającą wpływowi szerszego systemu, jakim jest środowisko życia (M. Kowalski, A. Gaweł, 2007; H. Wrona-Polańska, 2011). Zdro-

wie w modelu tym oznacza proces zmierzający do zachowania dynamicznej równowagi między wymaganiami organizmu a wpływami środowiska zewnętrznego (H. Wrona-Polańska, 2003). Podstawową determinantą tak pojmowanego zdrowia jest styl życia, który umożliwia człowiekowi uzyskiwanie równowagi zdrowotnej w interakcjach z bodźcami ją destabilizującymi (por. M. Kowalski, A. Gawęł, 2007, s. 113). Skutkiem takiego ujęcia zdrowia jest zwrócenie uwagi na szerszą perspektywę jego uwarunkowań, które tkwią zarówno w czynnikach biologicznych, społecznych, jak i psychologicznych, składając się na podmiotowy wymiar człowieka i jego zdrowia (por. H. Wrona-Polańska, 2011, s. 93).

Holistyczne ujmowanie zdrowia uzupełniane jest obecnie podejściem salutogenetycznym A. Antonovsky'ego (1995; M. Eriksson, B. Lindström, 2006). Zgodnie z tym paradygmatem zdrowie jest procesem przemieszczania się jednostki na kontinuum zawartym pomiędzy znakomitym zdrowiem a poważną chorobą (A. Gawęł, M. Urlińska, 2016). Salutogeneza koncentruje się na poszukiwaniu tych czynników, które determinują zachowanie wysokiego poziomu zdrowia (H. Sęk, 2006; M. Binkowska-Bury, 2009). Autor koncepcji zakłada, że decydujące znaczenie dla zdrowia ma poczucie koherencji, które definiuje jako złożoną orientację jednostki, składającą się z trzech uzupełniających się komponentów: poczucia zrozumiałości, które odnosi się do stopnia, w jakim jednostka jest przekonana o tym, że środowisko zewnętrzne i wewnętrzne jest zarówno zrozumiałe, jak i przewidywalne, następnie poczucia zaradności, wyrażającego się w silnym przekonaniu człowieka o tym, że dysponuje on odpowiednimi zasobami (potencjałami) umożliwiającymi radzenie sobie z bodźcami (stresorami) oraz poczucia sensowności, które uzewnętrznia stopień, w jakim podmiot ma silne przekonanie, że podejmowane na co dzień wyzwania są warte poświęcenia i zaangażowania (T. Pasikowski, 2000; G. Dolińska-Zygmunt, 2001; A. Antonovsky, 2005; H. Wrona-Polańska, 2011).

Zgodnie z założeniami orientacji salutogenetycznej poczucie koherencji warunkuje także rodzaj podejmowanej aktywności związanej ze zdrowiem. A. Antonovsky (2005, s. 146) stwierdza, że „ludzie o silnym poczuciu koherencji częściej zachowują się w sposób sprzyjający zdrowiu, niż ludzie o słabym poczuciu koherencji”. Powyższa teza coraz częściej znajduje swoje potwierdzenie w badaniach prowadzonych zarówno w Polsce, jak i na świecie (P. Włodarczyk, 1998; I. Wrońska, M. Banaszkiewicz, 2002; M. Binkowska-Bury, 2009; M.L. Matilla i in., 2011; S. Suraj, A. Singh, 2011; W. Kruk i in., 2017). Ponadto autor koncepcji podkreśla, że poczucie koherencji jest kształtowane i wzmacniane przez całe życie, mając tendencję do relatywnego stabilizowania się w okresie wczesnej dorosłości, stąd istotne wydaje się prowadzenie badań nad jego rozwojem wśród ludzi młodych (A. Antonovsky, 1995).

Założenia zawarte w holistycznej i salutogenetycznej koncepcji zdrowia leżą u podłoża Funkcjonalnego Modelu Zdrowia H. Wrony-Polańskiej (2003), który stanowi podstawę badań na zdrowiem i zachowaniami zdrowotnymi. Autorka modelu zakłada, że zdrowie jest funkcją twórczego radzenia sobie ze stresem dzięki wykorzystaniu zasobów biologicznych, sytuacyjnych, poznawczych i behawioralnych. Największe znaczenie mają zasoby podmiotowe poznawcze, wśród których wiodącą rolę pełni poczucie koherencji oraz zasoby podmiotowe behawioralne, do których zalicza się przede wszystkim

zachowania promujące zdrowie. Wymienione zasoby sprzyjają skutecznemu radzeniu sobie ze stresem prowadząc do utrzymywania względnej równowagi między wymaganiami otoczenia a możliwościami człowieka, a więc zdrowia (H. Wrona-Polańska, 2003).

Z perspektywy Funkcjonalnego Modelu Zdrowia zasoby są także czynnikami mobilizującymi jednostkę do podejmowania określonej aktywności mającej na celu nie tylko zachowanie zdrowia, ale przede wszystkim jego promocję, poprzez wzmocnienie potencjałów zdrowia. W ten sposób zachowania zdrowotne można określić znacznie precyzyjniej, jako zachowania rozwijające zasoby zdrowia (zachowania prozdrowotne) oraz jako zachowania nadwyrężające zasoby zdrowia (zachowania antyzdrowotne) (I. Heszen, H. Sęk, 2007). W ujęciu tym podkreśla się zatem podmiotowy charakter rozumienia pojęcia zachowań zdrowotnych, który wskazuje na rolę i znaczenie świadomej aktywności człowieka będącego kreatorem własnego zdrowia (H. Wrona-Polańska, 2003).

Uwzględniając rozważania dotyczące Funkcjonalnego Modelu Zdrowia przyjęto ogólne założenie, że wysoki poziom poczucia koherencji i jego komponentów wiąże się z wyższym poziomem zachowań zdrowotnych studentów. W celu uszczegółowienia podjętego problemu uzyskane dane przeanalizowano z uwzględnieniem podziału na płeć. Rozpoczynając badania poświęcone tej problematyce sugerowano się oczekiwaniem, że uzyskane wyniki przyczynią się do poszerzenia dorobku naukowego z zakresu uwarunkowań zachowań zdrowotnych młodego pokolenia.

MATERIAŁ I METODY

Materiał obejmował grupę 245 studentów drugiego i trzeciego roku studiów stacjonarnych, uczących się na kierunkach humanistycznych (N = 130) oraz ścisłych (N = 115). Przebadano 166 kobiet oraz 79 mężczyzn. Zdecydowana większość badanej młodzieży (84,9%) pochodziła z rodzin pełnych, których sytuacja materialna oceniona została jako dobra (53,8%).

Do badania zachowań zdrowotnych zastosowano Kwestionariusz Zachowań Zdrowotnych M. Ziarko (2006), na podstawie którego określono ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych studentów oraz scharakteryzowano cztery zmienne cząstkowe wskazujące na częstość podejmowania zachowań zdrowotnych odnoszących się do:

- somatycznego wymiaru zdrowia (ZZSO) — itemy podskali dotyczyły diety, aktywności fizycznej, stosowania używek, unikania zachowań ryzykownych, profilaktyki i higieny;
- psychicznego wymiaru zdrowia (ZZPS) — itemy podskali dotyczyły kompetencji radzenia sobie z emocjami, form spędzania czasu wolnego oraz warunków pracy;
- społecznego wymiaru zdrowia (ZZSP) — itemy podskali dotyczyły relacji międzyludzkich oraz otrzymywanego wsparcia;
- zachowań związanych ze stanem środowiska naturalnego (ZZEK) — itemy podskali obejmowały kwestie segregowania odpadów.

Kwestionariusz składa się z 49 twierdzeń. Badani udzielali odpowiedzi w sześciopunktowej skali, której krańce oznaczały: 1 — zdecydowanie nie dotyczy, a 6 — zdecy-

dowanie dotyczy. Współczynnik rzetelności całego testu, obliczony metodą α -Cronbacha, jest zadowalający i wynosi 0,86 ($N = 100$).

Pomiaru poczucia koherencji dokonano za pomocą Kwestionariusza Orientacji Życiowej SOC-29 A. Antonovsky'ego (1995). W skład kwestionariusza wchodzi trzy komponenty: zrozumiałość — SOC 1 (11 stwierdzeń), zaradność — SOC 2 (10 twierdzeń) i sensowność — SOC 3 (8 twierdzeń). Kwestionariusz obejmuje 29 pytań, na które odpowiada się w siedmiostopniowej skali. Narzędzie charakteryzuje wysoka rzetelność i waha się od 0,78 do 0,95, w zależności od grupy (T. Pasikowski, 2000; I. Jelonkiewicz, K. Kosińska-Dec, 2001).

Uzyskane w drodze badań kwestionariuszowych wyniki opracowane zostały za pomocą statystyk opisowych (średnia, odchylenie standardowe). Do ustalenia istotności różnic pomiędzy średnimi wykorzystano test t-Studenta, natomiast oceny powiązania analizowanych zmiennych dokonano za pomocą współczynnika korelacji r-Pearsona.

WYNIKI

Otrzymane wyniki badań pochodzące z Kwestionariusza Zachowań Zdrowotnych przedstawia tabela 1.

Tabela 1

Wartości średnie oraz testy istotności różnic pomiędzy płcią a zachowaniami zdrowotnymi

Zmienne	Kobiety ($N = 166$)		Mężczyźni ($N = 79$)		t	df	p	Ogółem ($N = 245$)	
	M	SD	M	SD				M	SD
Zachowania zdrowotne (ZO)	4,34	0,57	4,02	0,58	3,96	243	< 0,001	4,23	0,59
ZZSO	4,37	0,6	4,04	0,63	3,951	243	< 0,05	4,26	0,63
ZZPS	4,38	0,69	4,17	0,68	2,195	243	< 0,001	4,30	0,69
ZZSP	4,68	0,85	4,05	0,92	5,297	243	> 0,05	4,47	0,92
ZZEK	3,55	0,84	3,32	0,99	1,851	243	< 0,001	3,47	0,89

Źródło: opracowanie własne.

Średnia wartość ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych w badanej grupie wyniosła 4,23 ($SD = 0,59$). Spośród wyodrębnionych zmiennych cząstkowych młodzież studiująca deklaruje największe natężenie zachowań zdrowotnych odnoszących się do społecznego wymiaru zdrowia. Najmniejszym rozpowszechnieniem cieszyły się w badanej grupie zachowania związane z własną działalnością na rzecz ochrony środowiska. Umiarkowanym natężeniem charakteryzowały się zachowania zdrowotne związane z psychicznym oraz somatycznym wymiarem zdrowia. Uzyskane w badaniu wartości są zbliżone do wyników badań M. Ziarko (2006), prowadzonych wśród młodych dorosłych. Wynika z nich, że średnia wartość ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych równała

się 4,21 (N = 284), a średnie wartości dla poszczególnych grup zachowań zdrowotnych wynosiły kolejno: 4,15 (ZZSO), 4,38 (ZZPS), 4,55 (ZZSP), 3,53 (ZZEK).

Przeprowadzona analiza statystyczna testem t-Studenta wykazała, że płeć jest czynnikiem różnicującym zachowania zdrowotne w badanej grupie. Kobiety prezentują wyższy poziom ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych ($p < 0,001$), a także częściej podejmują zachowania prozdrowotne powiązane z somatycznym ($p < 0,05$) i psychicznym ($p < 0,001$) wymiarem zdrowia oraz stanem środowiska naturalnego ($p < 0,001$) w porównaniu z badanymi mężczyznami. Nie zaobserwowano różnic statystycznych pomiędzy płcią a zachowaniami zdrowotnymi związanymi ze społecznym wymiarem zdrowia ($p > 0,05$), jednak kobiety uzyskały wyższe wyniki niż mężczyźni.

Dalsza analiza materiału empirycznego zmierzała do określenia poziomu poczucia koherencji. Rozkład wartości średnich poczucia koherencji i jego komponentów przedstawia tabela 2.

Tabela 2

Wartości średnie oraz testy istotności różnic pomiędzy płcią a poczuciem koherencji

Zmienna	Kobiety (N = 166)		Mężczyźni (N = 79)		t	df	p	Ogółem (N = 245)	
	M	SD	M	SD				M	SD
Poczucie koherencji	121,90	18,41	122,50	21,80	-0,245	243	> 0,05	122,07	19,52
Poczucie zrozumiałości	40,62	7,71	41,91	8,48	-1,173	243	> 0,05	41,03	7,97
Poczucie zaradności	43,41	7,62	44,75	9,31	-1,189	243	> 0,05	43,84	8,20
Poczucie sensowności	37,82	7,15	35,85	7,18	1,997	243	< 0,05	37,19	7,20

Źródło: opracowanie własne.

Średnia wartość nasilenia poczucia koherencji w całej badanej grupie wyniosła 122,07 (SD = 19,52). Spośród trzech komponentów poczucia koherencji najwyższą wartość średnią uzyskała młodzież akademicka w zakresie poczucia zaradności, natomiast najniższą w zakresie poczucia sensowności. Uzyskane rezultaty badań własnych wskazują, że młodzież studiującą cechuje nieznacznie niższy poziom poczucia koherencji w porównaniu z podobnymi wynikami badań publikowanymi w literaturze. Dla przykładu, w badaniu A. Marzec i in. (2014) średnia wartość poczucia koherencji studentów kształtowała się na poziomie 132,51 (SD = 26,16; N = 221).

Przeprowadzona analiza statystyczna testem t-Studenta wykazała, że płeć jest czynnikiem różnicującym badanych studentów w zakresie poczucia sensowności ($p < 0,05$). Kobiety prezentują wyższy poziom poczucia koherencji w porównaniu z mężczyznami. Nie zanotowano natomiast istotnych statystycznie różnic pomiędzy płcią a poczuciem koherencji, poczuciem zrozumiałości oraz poczuciem zaradności ($p > 0,05$).

Najistotniejszym etapem podjętych badań było ustalenie związków pomiędzy poczuciem koherencji i jego komponentami a zachowaniami zdrowotnymi studentów. Uzyskane wyniki, z podziałem na płeć, zostały zaprezentowane w tabelach 3 i 4.

Tabela 3

Korelacja r-Pearsona pomiędzy poczuciem koherencji i jego komponentami a zachowaniami zdrowotnymi kobiet

Zmienne	ZZSO	ZZPS	ZZSP	ZZEK	Zachowania zdrowotne (WO)
Poczucie koherencji	0,27**	0,42**	0,25**	0,18*	0,34**
Poczucie zrozumiałości	0,16*	0,29**	0,13	0,23**	0,25**
Poczucie zaradności	0,17*	0,36**	0,18*	0,11	0,27*
Poczucie sensowności	0,22**	0,38**	0,30**	0,11	0,32**

* korelacja istotna na poziomie 0,05 (dwustronnie)

** korelacja istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie)

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 4

Korelacja r-Pearsona pomiędzy poczuciem koherencji i jego komponentami a zachowaniami zdrowotnymi mężczyzn

Zmienne	ZZSO	ZZPS	ZZSP	ZZEK	Zachowania zdrowotne (WO)
Poczucie koherencji	0,27**	0,45**	0,33**	0,34**	0,41**
Poczucie zrozumiałości	0,20	0,36**	0,26*	0,28**	0,32**
Poczucie zaradności	0,17	0,39**	0,28**	0,27**	0,32**
Poczucie sensowności	0,34**	0,44**	0,34**	0,40**	0,46**

* korelacja istotna na poziomie 0,05 (dwustronnie)

** korelacja istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie)

Źródło: opracowanie własne.

Z podjętych badań wynika, że zarówno w przypadku kobiet, jak i mężczyzn poczucie koherencji najsilniej wiąże się z ogólnym wynikiem zachowań zdrowotnych (kobiety $r = 0,34$, $p < 0,01$; mężczyźni $r = 0,41$, $p < 0,01$) oraz zachowaniami zdrowotnymi związanymi z psychicznym wymiarem zdrowia (kobiety $r = 0,42$, $p < 0,01$; mężczyźni $r = 0,45$, $p < 0,01$). Uzyskane zależności wskazują, że młodzież prezentująca wyższy poziom poczucia koherencji deklaruje wyższy poziom zachowań prozdrowotnych, szczególnie powiązanych z psychicznym wymiarem zdrowia.

Biorąc pod uwagę poszczególne komponenty poczucia koherencji w najsilniejszym związku z deklarowanymi zachowaniami zdrowotnymi studentów pozostaje poczucie sensowności. W przypadku kobiet zależności te widoczne są w odniesieniu do globalnego wyniku zachowań zdrowotnych ($r = 0,32$, $p < 0,01$) oraz zachowań zdrowotnych związanych z psychicznym wymiarem zdrowia ($r = 0,38$, $p < 0,01$). Z kolei wśród mężczyzn poczucie sensowności najsilniej związane jest z ogólnym wynikiem zachowań zdro-

wotnych ($r = 0,46$, $p < 0,01$), a także zachowaniami zdrowotnymi powiązаныmi z psychicznym wymiarem zdrowia ($r = 0,44$, $p < 0,01$) oraz stanem środowiska naturalnego ($r = 0,40$, $p < 0,01$). Oznacza to, że im wyższe przekonanie o sensie życia i zasadności zaangażowania się w rozwiązywanie życiowych wyzwań, tym wyższy poziom aktywności zdrowotnej młodzieży studiującej.

DYSKUSJA

Przeprowadzona analiza statystyczna wskazuje, że silne poczucie koherencji wraz z komponentem poczucia sensowności koreluje ze wzrostem aktywności prozdrowotnej w badanej grupie. Innymi słowy studenci z wyższym poziomem poczucia koherencji częściej dostrzegają uzasadnioną potrzebę podejmowania prozdrowotnych decyzji dotyczących swojego zdrowia.

Badania dostępne w literaturze potwierdzają rezultat uzyskany w badaniu własnym (A. Antonovsky, 1995; M. Banaszkiwicz, 2003; M. Binkowska-Bury, 2009; S. Suraj, A. Singh, 2011; W. Kruk i in., 2017). Przykład mogą stanowić obszerne analizy prowadzone przez M. Banaszkiwicz (2003), z których wynika, że wysoki poziom globalnego poczucia koherencji wiąże się z zachowaniami prozdrowotnymi, a niższy poziom z tendencją do podejmowania zachowań antyzdrowotnych. Podobne wyniki prezentują M. Binkowska-Bury (2009) oraz W. Kruk i in. (2017). Z badań autorów wynika jednoznacznie, że poczucie koherencji oraz jego poszczególne komponenty determinują prozdrowotny styl życia studentów. Interesujących danych dostarczyły także badania prowadzone przez M. Ziarko (2006), które ujawniły, że determinantem aktywności prozdrowotnej jest poczucie sensowności oraz poczucie zaradności, zaś poczucie koherencji najsilniej wpływa na zachowania zdrowotne związane z psychicznym wymiarem zdrowia. Prezentowane obecnie wyniki badań potwierdzają także, że wysokie poczucie koherencji wiąże się z tendencją do unikania zachowań ryzykownych związanych ze spożywaniem alkoholu, używaniem substancji psychoaktywnych oraz wynikających z nieracjonalnego korzystania z Internetu (Bobrowska, 2002; Poprawa-Dulewicz, 2006, za: M. Zadworna-Cieślak, N. Ogińska-Bulik, 2011).

Przeprowadzone badania własne oraz literatura wskazują, jak ważną rolę w modelowaniu prozdrowotnej postawy młodego człowieka odgrywa zasób, jakim jest poczucie koherencji. Jest to niezwykle istotny wniosek, ponieważ zgodnie z literaturą wysoki poziom poczucia koherencji nie tylko wzmacnia aktywność prozdrowotną, ale także odgrywa ważną rolę w zagospodarowaniu zasobów koniecznych do realizacji intencjonalnych zachowań związanych ze zdrowiem (M. Zadworna-Cieślak, N. Ogińska-Bulik, 2011).

Zgodnie z założeniami Funkcjonalnego Modelu Zdrowia H. Wrony-Polańskiej (2003), poczucie koherencji stanowi także podstawę świadomej i dojrzałej postawy jednostki, której działania zmierzają do promowania zdrowia poprzez kreowanie prozdrowotnego stylu życia. Oznacza to, że zasób, jakim jest poczucie koherencji, z jednej strony stanowi podstawę silnego przekonania, że warto angażować się w sprawy związane ze zdrowiem, z drugiej zaś wzmacnia poczucie odpowiedzialności za swoje codzienne zachowania i umożliwia dostrzeżenie w nich głębszego sensu.

WNIOSKI

Z podjętych badań wynika jednoznacznie, że silne poczucie koherencji wiąże się z wyższym poziomem zachowań zdrowotnych. Oznacza to, że stanowi ono podstawę przekonania młodzieży o tym, że warto żyć i angażować się w sprawy związane ze zdrowiem, pozwala dostrzec głębszy sens w działaniach związanych z własnym zdrowiem, a także rozumieć i przewidywać zjawiska, które nas otaczają (H. Wrona-Polańska, 2011).

Na podstawie przeprowadzonych badań oraz w oparciu o Funkcjonalny Model Zdrowia H. Wrony-Polańskiej (2003) należy wnioskować, że ważnym kierunkiem praktycznym jest rozwijanie od najmłodszych lat u dzieci i młodzieży prozdrowotnego stylu życia, ze szczególnym uwzględnieniem poczucia koherencji, jako kluczowego zasobu warunkującego zachowania związane ze zdrowiem. W tym celu niezbędna jest edukacja zdrowotna, która poprzez współpracę przedstawicieli różnych dziedzin nauki (lekarzy, psychologów, pedagogów oraz ludzi kultury) powinna zmierzać do poszerzania świadomości jednostkowej dotyczącej zdrowia i jego uwarunkowań. Do głównych zadań tak rozumianej edukacji zdrowotnej powinno należeć (H. Wrona-Polańska, 2011; B. Pietryga-Szkarłat, H. Wrona-Polańska, 2016):

- 1) promowanie prozdrowotnego stylu życia wyrażonego w świadomej aktywności ukierunkowanej nie tylko na unikanie pewnej grupy zachowań (np. używek), ale przede wszystkim na rozwijanie potencjałów zdrowia poprzez:
 - uwrażliwianie młodzieży na sztukę w celu wyzwalania pozytywnych emocji mobilizujących organizm do skutecznego radzenia sobie ze stresem;
 - wzmacnianie pozytywnej samooceny oraz kontroli nad własnym życiem;
 - rozwijanie zdolności, pasji, talentów młodego pokolenia;
 - motywowanie do podejmowania większej troski o dobrą kondycję fizyczną, optymalną ilość snu, racjonalny wypoczynek oraz zbilansowane odżywianie;
 - zachęcanie studentów do podejmowania aktywności na rzecz zdrowia na terenie uczelni oraz w miejscu zamieszkania w celu promowania indywidualnej odpowiedzialności za systemowo postrzegane zdrowie.
- 2) kształtowanie silnego poczucia koherencji wyrażającego się w poczuciu spójności w świecie, który cechuje się nieustannym progresem naukowo-technicznym poprzez:
 - prowadzenie takich form nauczania, które będą usprawniały myślenie problemowe oraz zachęcały do samodoskonalenia z zakresu problematyki zdrowia oraz jego uwarunkowań;
 - stawianie wymagań adekwatnych do możliwości młodego pokolenia, a także określanie przejrzystych zasad codziennego współżycia;
 - prowadzenie treningów interpersonalnych z elementami treningów asertywności oraz poszerzanie specjalistycznej wiedzy w zakresie technik relaksacyjnych, które mogą stanowić podstawę skutecznego radzenia sobie ze stresem.

BIBLIOGRAFIA

- Antonovsky Aaron (1995), *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, Wydawnictwo IPN, Warszawa.
- Antonovsky Aaron (2005), *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
- Banaszkiewicz Mariola (2003), *Poczucie koherencji a zachowania zdrowotne młodzieży akademickiej na przykładzie studentów bydgoskich uczelniach wyższych*, praca doktorska, Wydział Lekarski, Akademia Medyczna im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy.
- Binkowska-Bury Monika (2009), *Zachowania zdrowotne młodzieży akademickiej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów.
- Dolińska-Zygmunt Grażyna (2001), *Podstawy psychologii zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.
- Eriksson Monica, Lindström Bengt (2006), *Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review*, "Journal of Epidemiology & Community Health", vol. 60, no. 5, p. 376–381.
- Gawel Anna (2014), *Zasoby zdrowotne młodzieży gimnazjalnej w kontekście ekosystemu szkoły*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Gawel Anna, Urlińska Marta (2016), *Zdrowie a jakość życia w starości. Konteksty socjopedagogiczne. Starość w kontekście społecznym i zdrowotnym*, „Polish Social Gerontology Journal”, t. 1, nr 11, s. 105–120.
- Gunia Grażyna (2010), *Subiektywny obraz zdrowia oraz zachowań zdrowotnych uczniów z wadą słuchu*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków.
- Heszen Irena, Sęk Helena (2007), *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Jelonkiewicz Irena, Kosińska-Dec Katarzyna (2001), *Poczucie koherencji a style radzenia sobie ze stresem: empiryczna analiza kierunku zależności*, „Przegląd Psychologiczny”, t. 44, nr 3, s. 337–347.
- Kowalski Mirosław, Gawel Anna (2007), *Zdrowie. Wartość. Edukacja*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Kruk Waclaw, Burzyńska Joanna, Januszewicz Paweł, Binkowska-Bury Monika (2017), *Poczucie koherencji a zachowania zdrowotne młodzieży akademickiej. Długookresowe badanie perspektywne*, „Medycyna Rodzinna”, nr 3, s. 179–187.
- Marzec Alicja, Andruszkiewicz Anna, Banaszkiwicz Mariola, Nowik Marta (2014), *Poczucie koherencji jako predyktor zachowań zdrowotnych w grupie osób palących*, „Problemy Pielęgniarstwa”, t. 22, nr 2, s. 123–129.
- Mattila Marja Lena, Rautava Paivi, Honkinen Päivi-Leena, Ojanlatva Ansa, Jaakkola Sirkka, Aromaa Minna, Suominen Sakari, Helenius Hans, Sillanpää Matti (2011), *Sense of coherence and health behaviour in adolescence*, „Acta Paediatrica”, vol. 100, no. 12, p. 1590–1595.
- Ostrowska Antonina (1999), *Styl życia a zdrowie*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa.
- Ostryżek Artur, Marcinkowski Jerzy (2012), *Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka kliniczna*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, t. 93, nr 4, s. 682–686.
- Pasikowski Tomasz (2000), *Stres i zdrowie*, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań.
- Puchalski Krzysztof (2015), *Potoczne myślenie o zdrowiu i chorobie*, „Zeszyty Prasoznawcze”, t. 58, nr 2 (222), s. 255–275.
- Pietryga-Szkarłat Barbara, Wrona-Polańska Helena (2016), *Zdrowie funkcjonalne gimnazjalistów i jego uwarunkowania*, [w:] *Zdrowie i choroba. Funkcjonowanie psychospołeczne i zawodo-*

- we, pod red. naukową Heleny Wrony-Polańskiej, Kamilli Bargiel-Matusiewicz, Ewy Pisuli, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, s. 31–50.
- Sęk Helena (2001), *Salutogeneza i funkcjonalne właściwości poczucia koherencji*, [w:] *Zdrowie — Stres — Zasoby*, pod red. naukową Heleny Sęk, Tomasza Pasikowskiego, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań, s. 23–41.
- Sęk Helena (2006), *Psychologia kliniczna*, t. 1 i 2, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Suraj Senjam, Singh Amarjeet (2011), *Study of sense of coherence health promoting behaviour in north Indian students*, „Indian Journal of Medical Research”, t. 134, nr 5, s. 645–652.
- Włodarczyk Piotr (1998), *Poczucie koherencji a zachowania zdrowotne*, „Lider”, nr 6, s. 13–18.
- Wrześniewski Kazimierz (2002), *Medycyna psychosomatyczna i behawioralna*, [w:] *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 3, pod red. naukową Jana Strelaua, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, s. 450–456.
- Wrona-Polańska Helena (2003), *Zdrowie jako funkcja twórczego radzenia sobie ze stresem*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków.
- Wrona-Polańska Helena (2011), *Twórcze zmaganie się ze stresem szansą na zdrowie. Funkcjonalny Model Zdrowia osób po przeszczepie szpiku kostnego*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Wrońska Irena, Banaszkiewicz Mariola (2002), *Poczucie koherencji u studentów pielęgniarstwa*, „Ann. Acad. Med. Lodz.”, t. 43, nr 4, s. 11–16.
- Zadworna-Cieślak Magdalena, Ogińska-Bulik Nina (2011), *Zachowania zdrowotne młodzieży — uwarunkowania podmiotowe i rodzinne*, Difin, Warszawa.
- Ziarko Michał (2006), *Zachowania zdrowotne młodych dorosłych — uwarunkowania psychologiczne*, Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Poznań.

Barbara Pietryga-Szkarlat, Dominika Szajder

SENSE OF COHERENCE AND HEALTH BEHAVIORS PRESENTED AMONG ACADEMIC YOUTH

Summary

Apart from medical care, medical biological equipment or physical environment biggest impact on our health has our behaviours. We can influence them so they will help our health, influence in a positive way our emotions, help in relations with others or in the longer run develop our social and personal resources (Wrona-Polańska, 2003, 2011).

Theoretical basis for this work was a Functional Health Model by Wrona-Polańskiej (2003). Model this was constructed on basis of transactional stress theory (Lazarus and Folkman) and on salutogenesis model by Antonovsky. In this model particular importance in process of developing health is assigned to subjectively cognitive resources and in particular feeling of coherency and subjective cognitive resources. They build up current knowledge about health known as consciousness of what is health. Based on Functional Health Model general assumption was made that there is a connection between a sense of coherence and health behaviors.

The study involved 245 second and third year students studying in humanities and science. The study was used the M. Ziarko Health Behavior Questionnaire and the A. Antonovsky SOC-29 Life Guidance Questionnaire. Research analysis has confirmed that there is a statistically significant relationship between health behaviors and sense of coherence.

The obtained results confirmed the Functional Health Model of Wrona-Polanska (2003), according to which the subjective resources determine the activity of promoting health. The results of the research have significantly broadened the current state of knowledge about the determinants of health behaviors of young people studying. They can provide a scientific basis for the development of health promotion programs in the academic world.