

Zachowania zdrowotne osób w okresie wczesnej i późnej dorosłości – aspekt edukacyjny i behawioralny

URSZULA DĘBSKA

Instytut Psychologii
Uniwersytet Wrocławski
Wrocław

HALINA GUŁA-KUBISZEWSKA
WOJCIECH STAROŚCIAK

Zakład Dydaktyki
Akademia Wychowania Fizycznego
Wrocław

IWONA BIELAWSKA

Instytut Pedagogiki Specjalnej i Psychologii
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski
Olsztyn

STRESZCZENIE

Liczne przemiany w otaczającej rzeczywistości obejmują także obszar zdrowia i zachowań z nim związanych. Niezbędna staje się coraz większa aktywność adaptacyjna i profilaktyczna jednostek i społeczeństw. Do nowych programów edukacyjnych są wprowadzane treści związane ze zdrowiem, zachowaniami i stylami życia służącymi zdrowiu.

Problem badawczy prezentowany na stronach artykułu dotyczy zachowań zdrowotnych osób we wczesnej (390 osób) i późnej dorosłości (117 osób). Badani studenci byli słuchaczami Akademii Wychowania Fizycznego i Pedagogiki UWrocław, część spośród osób starszych stanowią słuchacze Uniwersytetu III Wieku (63 osoby). Badania zmierzały do porównania aktywności prozdrowotnej badanych i odpowiedzi na pytanie: „jaki jest ich poziom aktywności zdrowotnej? oraz „czy edukacja zdrowotna znajduje przełożenie na zachowania?”. Zastosowano Ankiety oraz Inwentarz Zachowań

Zdrowotnych Grażyny Dolińskiej-Zygunt. Przeprowadzone badania potwierdziły występowanie istotnych różnic między badanymi. Różnice obejmują zarówno poziom nasilenia zachowań, jak i dominację niektórych z nich. Badani cechują się średnim poziomem zachowań zdrowotnych, przy czym wyższe ich nasilenie zaobserwowano u osób w okresie późnej dorosłości, z wyraźną dominacją u słuchaczy Uniwersytetu III Wieku. Także studenci korzystający z edukacji zdrowotnej uzyskali nieznacznie wyższe wyniki od pozostałych młodych dorosłych.

Słowa kluczowe: zachowania zdrowotne, wczesna dorosłość, późna dorosłość, edukacja

WPROWADZENIE

Jedną z wielu przyczyn większego zainteresowania zdrowiem może być obserwowane narastanie chorób cywilizacyjnych (układu krążenia, nowotworów, AIDS, chorób meta-

bolicznych czy innych) i wzrost śmiertelności (na przykład w krajach Unii Europejskiej niemal 19 tysięcy osób umiera z powodu biernego palenia) (Heszen, Sęk, 2007). Zwiększony stan zagrożenia zdrowia wymusza większą koncentrację na nim i profilaktyce. Rodzi się potrzeba dbałości o zdrowie jednostek i całego społeczeństwa.

Zdrowie zawsze było postrzegane jako jedna z podstawowych, społecznie uznawanych wartości, leżących u podłoża innych działań; mimo to można było obserwować różne postawy wobec niego. O wartościowaniu zdrowia można wnosić pośrednio na podstawie zachowań jednostki. Gdy znajduje się ono pośród wartości rzeczywiście cenionych przez jednostkę, jest ona gotowa do rezygnacji z wielu rzeczy, które mogą pozostawać z nim w konflikcie. W badaniu grupy 859 dorosłych Polaków przeprowadzonym latem 2007 roku prawie 59% określiło zdrowie jako jedną z najważniejszych wartości (Roik, 2007).

Troska o zdrowie wymaga działań profilaktycznych i jego szerokok zakresowej promocji. Stanowią ją – według Światowej Organizacji Zdrowia – zespolone działania wszystkich osób oraz określonych instytucji (głównie administracyjno-medycznych), dzięki którym jest możliwe zwiększanie nad nim kontroli jednostek i społeczeństwa oraz stwarzanie możliwości jego poprawiania (Bytniewski, Danielewicz, 2004). Przez wiele lat socjalny styl opieki sprawowanej przez państwo nad obywatelem zwalniał z myślenia i odpowiedzialności za wiele ważkich spraw, także związanych ze zdrowiem i jego profilaktyką. Współcześnie obserwowany agresywny dynamizm przemian cywilizacyjnych, transformacji ustrojowych wymusza na obywatelach dokonywanie przewartościowań i zmiany postaw między innymi wobec zdrowia oraz osobistą aktywność w tym obszarze. Ponieważ wartości są mniej podatne na zmiany niż postawy, dlatego umiejscowienie zdrowia pośród uznawanych przez jednostki wartości jest dla niej korzystne. Dokonywane wybory powinny wypływać z wartości służących samo-realizacji, powiązanych ze stylem życia sprzyjającym zdrowiu (Żukowska, 2002).

Badania naukowe – wychodząc naprzeciw zapotrzebowaniu społecznemu – w coraz większym okresie wkraczają na obszar związany ze zdrowiem, jego profilaktyką i aktywnością prozdrowotną, którą stanowią wszelkie działania podmiotu pozostające w istotnym związku ze zdrowiem (Taranowicz, 2002). Na ich podstawie wyodrębnia się różnorodne style życia sprzyjające zdrowiu (Gniazdowski, 1990); obserwacji i analizie są poddawane liczne podmiotowe uwarunkowania zdrowia (Dolińska-Zygmunt, 2000). Przybywa badań naukowych nad uwarunkowaniami zdrowia, uwzględniających czynniki wieku i płci (Tuszyńska-Bogucka, 2005; Dębska, 2007; Heszen, Sęk, 2007; Franek, Cabaj, Ćmiel-Giergielewicz, Bielańska, 2007). Subtelnie zaznacza się aksjologiczny aspekt zdrowia na gruncie filozofii (Tański, 2006). Prawdopodobnie konsekwencją obserwowanej większej świadomości i aktywności jednostek i społeczeństw w sferze profilaktyki i zachowań służących zdrowiu jest dostrzegalny wyraźny spadek przypadków śmiertelnych spowodowanych zawałem serca (na przykład w USA) (Heszen, Sęk, 2007).

Adaptacyjny aspekt zdrowia można wyjaśniać w modelu holistyczno-procesualnym, który ujmuje zdrowie jako proces adaptacji zmierzający do zachowania dynamicznej równowagi między systemami (Heszen, Sęk, 2007, s. 63). W tym ujęciu jest miejsce na edukację zdrowotną. Adaptacja do zmieniającej się rzeczywistości wymaga czasu, wysiłku i zamierzonych, opartych na wiedzy działań. Pomocą służy tak zwana edukacja zdrowotna i intensywnie rozwijana promocja zdrowia (Żukowska, 2002; Heszen, Sęk, 2007). Pojawiła się nowa gałąź nauki – pedagogika zdrowia. W Polsce z pomocą funduszy Światowej Organizacji Zdrowia rozwinięto sieć szkół promujących zdrowie (Kasperek, 2001). Szczegóły programowe są zawarte w rozbudowanych blokach profilaktycznych i promocyjnych. Jako moralną i zawodową powinność pedagogów postrzega się wychowanie zdrowotne (Gaweł, 2003). Obecnie celem pedagogiki zdrowia nie jest już jedynie kreacja określonego modelu „człowieka dbającego o ciało

i zdrowie”, lecz „człowieka – kreatora siebie w zakresie stosunku do ciała i zdrowia”, czyli osoby zdolnej do samodoskonalenia siebie; uwzględnia się przy tym wpływ różnorodnych czynników społecznych, biologicznych i jednostkowych leżących u podłoża tego procesu.

Edukacją zdrowotną obejmuje się osoby w różnym wieku – od najmłodszych po słuchaczy Uniwersytetu III Wieku. Czy przynosi ona rezultaty? W tym kontekście podejmujemy nasze badania. Chcemy się przyjrzeć, czy osoby uczestniczące w edukacji zdrowotnej faktycznie w większym stopniu bądź inaczej funkcjonują w obszarze zachowań służących zdrowiu.

Zdrowie i zachowania zdrowotne w kontekście wartości i innych uwarunkowań

Zdrowie jako niezbywalny atrybut ludzkiej egzystencji, rozważane w kategoriach aksjologicznych, jest postrzegane jako wartość uniwersalna o charakterze autotelicznym (Zdebska, 2005; Heszen, Sęk, 2007). Może być traktowane jako jedno ze źródeł stanowienia celów wychowania (Gawel, 2003). Zdrowie postrzegane jako wartość pozytywna wyzwala aktywność ku jego osiągnięciu, jako negatywna – stanowi jego przeciwieństwo – chorobę (Tomaszewski, 1975). Nie dla każdego zdrowie stanowi wartość autoteliczną, przez niektórych bywa traktowane jako wartość instrumentalna, która umożliwi realizowanie innych celów. Gdy są one ważniejsze od zdrowia, jednostka może być narażona na jego utratę (Heszen, Sęk, 2007).

W modelu biopsychospołecznym zdrowie jest postrzegane holistycznie i umieszczane na wspólnym kontinuum z chorobą (Scheridan, Radmacher, 1998). W ujęciu takim dla poczucia bycia zdrowym niezbędne jest utrzymywanie równowagi między sprawnością fizyczną, psychiczną i społeczną (Chwist, 1997). W kontekście tak pojmowanego zdrowia znajduje się miejsce na osobistą aktywność podmiotu związaną z troską, dbałością i utrzymaniem zdrowia (Antonovsky, 1979; Scheridan, Radmacher, 1998). Aktywność tę jednostka realizuje poprzez zachowania zdrowotne. Sta-

nowią je wszelkie działania, które służą zdrowiu, „rozpatrywane z punktu widzenia ich znaczenia dla zdrowia” (Mackiewicz, Krzyżanowski, 1981, s. 15, za: Puchalski, 1990). Zachowania korzystne dla zdrowia mogą oddziaływać wielokierunkowo: promować zdrowie, zapobiegać chorobie i sprzyjać zdrowieniu (Heszen, Sęk, 2007, s. 93). Określona aktywność służąca zdrowiu łączy się z udziałem osoby i samoregulacją zachowań; najbardziej wyrazista jest przy wyznaczaniu długoterminowych, wartościowych celów i osiąganiu ich na drodze pokonywania licznych trudnień. Osobiste zaangażowanie w coś, co uznaje się za wartościowe, ważne dla jednostki osobiste jako odległy cel pomaga w skutecznej samoregulacji zachowań, także zdrowotnych (Fishbach, Shah, 2006; Fishbach, Trope, 2005; Trope, Fishbach, 2000; Muraven, Baumeister, 2000; McAuley, Blissmer, 2000; Miller, Trost, Brown, 2002; Courneya, McAuley, 1995).

Odnosząc się do zdrowia i zachowań zdrowotnych w wymiarze rozwojowym, należy brać pod uwagę możliwości poznawcze w zakresie wiedzy, i kompetencyjne jednostek, doświadczenie zdobywane w szkole, na studiach czy w codziennym życiu i stan zdrowia badanych – także wynikający z procesów i zmian rozwojowych. Różne problemy wyłaniają się w zakresie promocji zdrowia w różnych fazach życia, także na różnych etapach dorosłości. Zdrowy styl życia młodych dorosłych pozostaje w konflikcie z dominującą modą, na przykład na nadmiernie szczupłe sylwetki. Szczególne problemy napotyka promocja zdrowia w okresie senioralnym (Heszen, Sęk, 2007). Procesy starzenia się organizmu wymuszają dokonywanie przewartościowań i podejmowanie innych działań służących zdrowiu i podtrzymujących je (Straś-Romanowska, 2000). Wyniki badań nad aktywnością prozdrowotną osób na różnych etapach życia pokazują, że zdrowie jest wartością uznaną i realizowaną z wykorzystaniem zdobytych współczesnego świata. Wiek i połączona z nim możliwość nabywania coraz bardziej zróżnicowanej wiedzy na temat zdrowia, zainteresowanie zdrowiem, nabywanie doświadczenia w tym obszarze – nawyki wyniesione

z domu, zwyczajnie żywieniowe, skłonności indywidualne, stan zdrowia – wywierają wpływ na codzienne zachowania jednostek (Antonovsky, 1984; Dolińska-Zygmunt, 2000; Bandura, 2004; Anderson, Wójcik, Winett, Williams, 2006; Heszen, Sęk, 2007).

Według dokumentacji źródłowej Narodowego Programu Zdrowia opracowanego dla Polski na lata 1996–2006 największą rolę w utrzymaniu zdrowia odgrywają: styl życia (około 50%), środowisko fizyczne i społeczne (około 20%), czynniki genetyczne (około 20%) oraz opieka medyczna (około 10%) (Gawel, 2003). Albert Bandura silniejszych uwarunkowań zachowań zdrowotnych, zwłaszcza aktywności fizycznej, upatruje we wpływie czynników środowiskowych, społecznych (2004). Podkreśla znaczenie współoddziaływania wielu czynników: wieku, płci, ogólnego stanu zdrowia czy prowadzonego stylu życia i lokalizacji kontroli. Przejęcie kontroli i samoregulacja tych zachowań przez jednostkę powinny być działaniami priorytetowymi (Bandura, 2004). Aaron Antonovsky (1984) wśród uwarunkowań aktywności zdrowotnej umieszcza poczucie koherencji. Stanowi ono złożoną strukturę poznawczą, której głównym składnikiem jest przekonanie o zrozumiałości i sensowności świata oraz własnych możliwościach sprostania jego wymaganiom. W sprzyjających warunkach społeczno-kulturowych osoby wykazujące wyższą adaptacyjną zaradność w życiu codziennym, doświadczające poczucia własnej skuteczności oraz wsparcia społecznego, przy odpowiednim poziomie motywacji do utrzymywania i doskonalenia dobrej kondycji zdrowotnej częściej podejmują aktywność prozdrowotną. Badacze odwołujący się do modelu społeczno-poznawczego wykazali istotną determinację zachowań zdrowotnych aktywnością fizyczną (osoby najstarsze były najmniej aktywne), wsparciem najbliższych, bez dostrzegalnych różnic płciowych (Anderson, Wójcik, Winett, Williams, 2006).

Wraz z procesami starzenia się organizmu w sposób naturalny wzrasta poziom korzystania z konsultacji i pomocy medycznej. To jednak zaledwie jeden z typów zachowań zdro-

wotnych. Badania porównawcze osób w wieku senioralnym i młodzieżowym pokazują większą ogólną aktywność zdrowotną u osób starszych (Brownson i in., 2000). W badaniach Franek i współpracowników (2007) seniorzy ze środowisk miejskich osiągnęli jednak niski poziom zachowań prozdrowotnych. Argumentowali ten fakt złym stanem zdrowia, który uniemożliwia im na przykład uprawianie sportu czy prowadzenie bardziej aktywnego trybu życia. Zapewne inne jeszcze czynniki są powodem stosowania przez tych badanych używek. Badania innej grupy osób w okresie późnej dorosłości (Dębska, Bielawska, 2006; Dębska, 2007) pokazały nieco bardziej pozytywny obraz ich zachowań prozdrowotnych – uzyskały blisko dwukrotnie wyższe wyniki aniżeli w badaniach (Franek i in., 2005); nie są one jednak zadowalające, bowiem zaledwie 30% badanych aktywnie zabiegało o własne zdrowie poprzez aktywny wypoczynek, ruch, odpowiednią dietę czy zdrowy styl życia (Dębska, Bielawska, 2006).

W badaniach zachowań zdrowotnych młodzieży obserwuje się istnienie pewnych zależności. Młodzież polska i z innych krajów w coraz większym stopniu wykazuje zainteresowanie stanem swojego zdrowia oraz sposobami jego ochrony (Żiżka-Salamon, Szyndera, Miązek, 2005). Zaobserwowano związek aktywności prozdrowotnej z profilem studiów: studenci o profilu sportowym przejawiali większą liczbę zachowań prozdrowotnych (Gacek, Frączek, 2001; Perzyńska-Biskup, Biskup, Kost, 2005). Studenci uczelni o profilu ekonomiczno-biznesowym cechowali się znacznie mniejszą aktywnością prozdrowotną aniżeli studenci AWF. Duża różnorodność zajęć sportowych oferowanych przez uczelnie o bardzo dobrze rozwiniętym zapleczu sportowo-rekreacyjnym pozwala na rozwijanie wcześniejszych zainteresowań, jak również umożliwia zaznajomienie się z nowymi dyscyplinami sportu. Z przeprowadzonych badań wynika, że studenci AWF już przed rozpoczęciem nauki w szkole wyższej mieli wyrobiony pozytywny stosunek do aktywności ruchowej. Celem takiej aktywności nie musi być zdrowie jako takie, ale pewien

typ pożądanego czy dominującego aktualnie wzorca zachowania. Spośród wzorców kultury somatycznej studenci preferują najbardziej wzór estetyczny, hedonistyczny, sprawnościowy i higieniczny (Zdebska, Olszewski, 2005). Badania porównawcze studentów AWF i Politechniki Krakowskiej pokazują średni, dążący ku wysokiemu poziomowi różnych zachowań zdrowotnych: dbałość o codzienną higienę ciała (73,7%), unikanie palenia tytoniu, unikanie alkoholu i innych używek (54,5%), dieta żywieniowa (48,9%). W badaniach tych studenci AWF cechowali się wyższą aktywnością prozdrowotną aniżeli studenci politechniki (Gacek, Frączek, 2001).

Z cytowanych badań wyłania się pozytywny obraz aktywności zdrowotnej osób zarówno w okresie wczesnej, jak i późnej dorosłości. Jakościowe i ilościowe różnice między nimi wynikają ze złożonych uwarunkowań i współdziałania licznych czynników. W naszych badaniach chcemy przyrzeć się możliwym uwarunkowaniom edukacyjnym codziennej aktywności zdrowotnej, opartej na promocji i kulturze zdrowia.

BADANIA WŁASNE

Celem teoretycznym przeprowadzonych i zaprezentowanych w niniejszym artykule badań jest próba przyjrzenia się zachowaniom prozdrowotnym w kontekście edukacji służącej zdrowiu, nastawionej na kulturę zdrowotną. Analizie zostaną poddane wyniki kilku grup badanych: osób starszych, które świadomość wartości zdrowia i znaczenia aktywności prozdrowotnej czerpią z własnego doświadczenia życiowego, osobistych zainteresowań oraz słuchaczy Uniwersytetu III Wieku, którzy niezbędne informacje uzyskują w ramach wykładów i zajęć praktycznych. Kolejną grupę stanowią studenci I roku AWF i I roku pedagogiki Uniwersytetu Wrocławskiego oraz studenci V roku AWF, którzy o wartości zdrowia, aktywności prozdrowotnej dowiadywali się na uczelni, a już wkrótce – z racji swojego wykształcenia – będą prawdopodobnie osobami kreującymi style życia, wprowadzając i przy-

gotując innych do kultury zdrowia. Ponieważ grupy badawcze różnią się wiekiem i doświadczeniem edukacyjnym, oczekujemy, że uzyskają odmienne wyniki w badanym obszarze zachowań.

Celem praktycznym jest możliwość zastosowania uzyskanych informacji dla przyszłych efektywniejszych działań edukacyjnych i profilaktycznych.

METODY BADAŃ I OSOBY BADANE

Do badań zastosowano Ankietę Indywidualną oraz Kwestionariusz Zachowań Zdrowotnych IZZ G. Dolińskiej-Zygmunt (2000). Za jego pomocą diagnozuje się kilka grup zachowań zdrowotnych: korzystanie z medycyny niekonwencjonalnej (MNKW), z medycyny klasycznej (MK), aktywny wypoczynek (AW) na świeżym powietrzu, dbałość o zdrowe odżywianie (ZŻ), niestosowanie używek (NU), dbałość o sferę zdrowia psychicznego (ZP). Badani ustosunkowują się do 27 stwierdzeń, zaznaczając swoje odpowiedzi na skali siedmiopunktowej.

Badania przeprowadzono w kilku dużych miastach Polski. Przebadano ogółem 550 osób, analizie statystycznej poddano ostatecznie dane dotyczące 507 osób – 43 przypadki zostały wyłączone z analizy ze względu na niepełne dane. W badanej grupie znalazło się 117 osób w późnej dorosłości oraz 390 osób we wczesnej dorosłości – studentów. Jedną grupę osób w okresie późnej dorosłości stanowili słuchacze Uniwersytetu III Wieku – 63 osoby. Pośród młodych dorosłych znajdujemy studentów I roku AWF (167 osób) i I roku kierunków pedagogicznych (75 osób) oraz V roku AWF (148), którzy mają stanowić edukowanych liderów do kultury zdrowia.

Postawiono pytania badawcze:

1. Jaki jest poziom aktywności prozdrowotnej badanych osób we wczesnej i późnej dorosłości?
2. Jakie zachowania prozdrowotne są charakterystyczne dla młodych dorosłych, a jakie dla osób w okresie późnej dorosłości?

3. Czy słuchacze Uniwersytetu III Wieku są bardziej aktywni w trosce o własne zdrowie aniżeli inne osoby w ich przedziale wiekowym?
4. Czy występują różnice między osobami edukowanymi w kierunku dbałości o własne zdrowie, przygotowywanymi do kultury zdrowotnej – studentami V roku AWF oraz studentami I roku AWF a kierunków pedagogicznych?

WYNIKI

Wyniki pokazują średni, z tendencją ku wysokiemu, poziom aktywności prozdrowotnej badanych, przy czym jest on zróżnicowany w różnych grupach badanych. Nieco wyższe wyniki uzyskały osoby starsze, najniższe studenci pierwszych lat studiów. Podstawowe statystyki opisowe grup prezentują tabele 1 i 2. Do analizy statystycznej zastosowano test U Manna Whitneya, ponieważ uzyskane dane nie mają charakteru ciągłego.

Tabela 1. Osoby w okresie późnej dorosłości – statystyki opisowe

Typ zachowań zdrowotnych	Seniorzy ogółem N = 117		Słuchacze Uniwersytetu III wieku N = 63		Pozostali seniorzy N = 54	
	Średnia	Odch. stand.	Średnia	Odch. stand.	Średnia	Odch. stand.
MNKW	6,623	3,975	6,904	3,697	6,296	4,289
MK	21,213	4,813	22,285	4,116	19,962	5,284
AW	20,589	8,145	23,888	7,066	16,740	7,665
ZŻ	27,658	7,721	29	6,594	26,092	8,659
NU	16,034	6,517	15,444	6,880	16,722	6,057
ZP	25,666	5,920	27,253	5,312	23,814	6,100

Tabela 2. Studenci – statystyki opisowe

Typ zachowań zdrowotnych	Studenci ogółem N = 390		AWF I rok N = 167		AWF V rok N = 148		Pedagogika N = 75	
	Średnia	Odch. stand.	Średnia	Odch. stand.	Średnia	Odch. stand.	Średnia	Odch. stand.
MNKW	5,853	3,099	5,778	3,471	5,858	2,755	6,013	2,88
MK	17,671	4,816	17,395	5,008	18,567	4,505	16,52	4,71
AW	26,558	7,917	29,137	7,484	27,824	5,694	18,32	7,24
ZŻ	21,548	7,083	21,544	7,875	22,466	6,102	19,746	6,756
NU	13,792	5,583	13,526	5,976	13,912	5,136	14,146	5,569
ZP	22,507	5,111	22,58	5,278	23,486	4,504	20,413	5,307

W pierwszym etapie analizie poddano zachowania zdrowotne deklarowane przez seniorów niekorzystających z dodatkowej edukacji oraz słuchaczy Uniwersytetu III wieku (wykres 1).

Badani z tej grupy w największym stopniu koncentrują się na unikaniu używek, zdrowym żywieniu, korzystaniu z medycyny konwencjonalnej, dbałości o zdrowie psychiczne, w tym unikaniu stresów oraz – na ostatnim miejscu – aktywnym wypoczynku. Słuchacze Uniwersytetu III wieku istotnie częściej aktywnie wypoczywają, dbają o zdrowie psychiczne oraz korzystają z porad medycznych ($p \leq 0,00$).

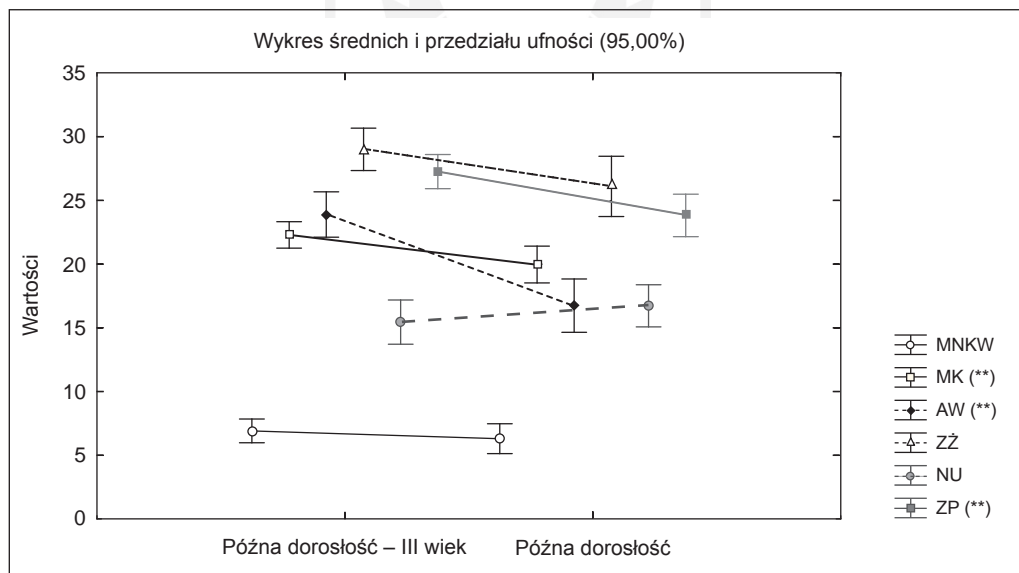
Inaczej rozkładają się wyniki zachowań prozdrowotnych studentów AWF (wykres 2).

Najwięcej czasu poświęcają aktywnemu wypoczynkowi, chętnie wspierają się medycyną niekonwencjonalną, niemalże w jednakowym stopniu unikają używek, dbają o zdro-

wie psychiczne, najmniej uwagi przywiązują do zdrowego żywienia i korzystania z medycyny konwencjonalnej. Studenci I roku AWF istotnie częściej korzystają z aktywnego wypoczynku ($p \leq 0,03$) aniżeli studenci V roku AWF, którzy otrzymują teoretyczne przygotowanie do pracy w kierunku dbałości o zdrowie.

Różnice istotne statystycznie wystąpiły między wynikami studentów I roku Pedagogiki i V roku AWF (wykres 3).

Studenci pedagogiki istotnie rzadziej korzystają z aktywnego wypoczynku, zdrowych nawyków żywieniowych, wykazują mniej dbałości o zdrowie psychiczne, rzadziej korzystają z pomocy medycznej ($p \leq 0,00$) aniżeli studenci V roku AWF. Także istotnie rzadziej aniżeli studenci I roku AWF korzystają z aktywnego wypoczynku i wykazują mniej dbałości o zdrowie psychiczne ($p \leq 0,00$).

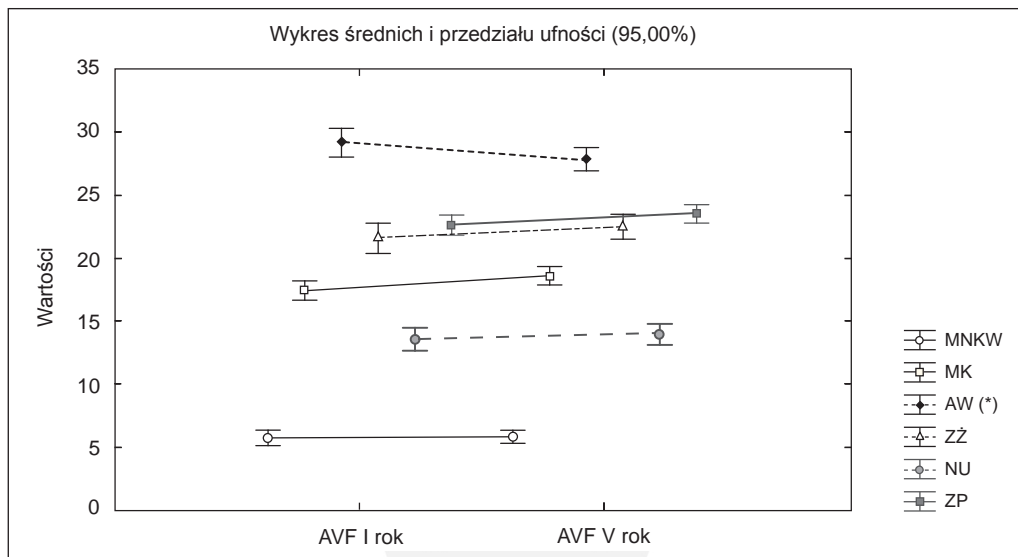


MNKW – korzystanie z medycyny niekonwencjonalnej
 MK** – korzystanie z medycyny klasycznej
 AW** – aktywny wypoczynek na świeżym powietrzu
 ZZ – dbałość o zdrowe odżywianie

NU – niestosowanie używek
 ZP** – dbałość o sferę zdrowia psychicznego

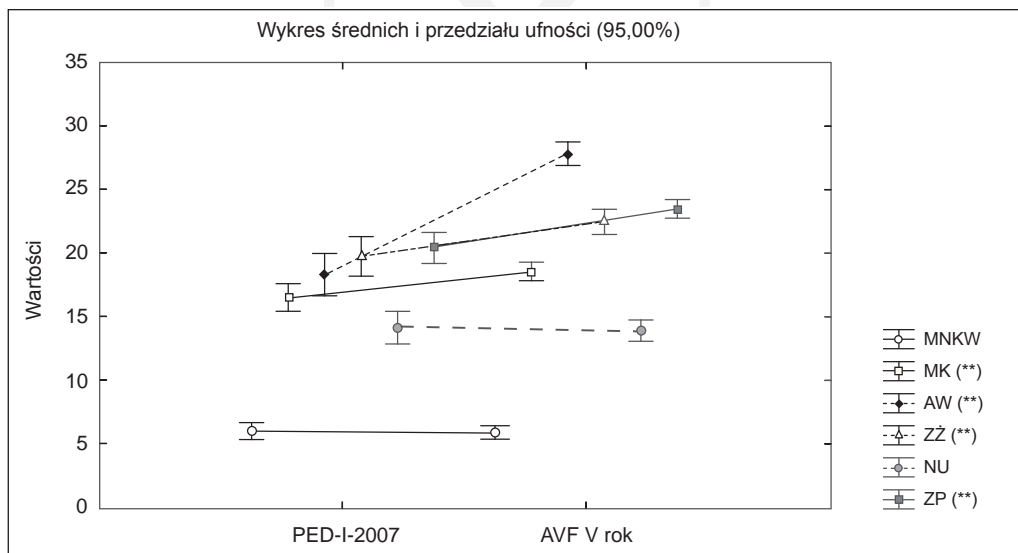
(W legendzie oznaczono istotne różnice między grupami (*) $p < 0,01$; (**) $p < 0,0001$)

Wykres 1. Zachowania prozdrowotne seniorów słuchaczy Uniwersytetu III Wieku oraz seniorów niekorzystających ze specjalnej edukacji zdrowotnej



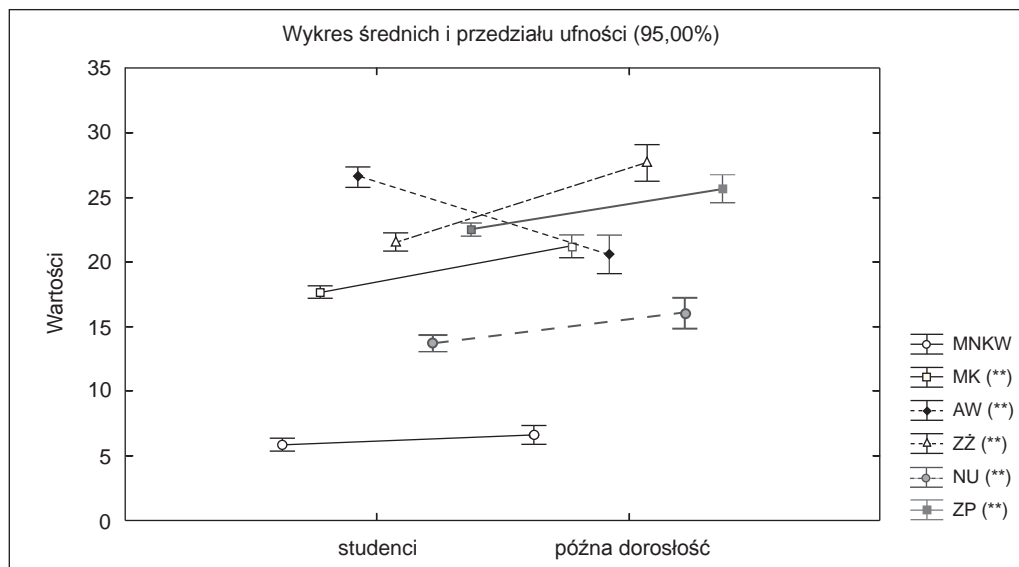
MNKW – korzystanie z medycyny niekonwencjonalnej NU – niestosowanie używek
 MK – korzystanie z medycyny klasycznej ZP – dbałość o sferę zdrowia psychicznego
 AW* – aktywny wypoczynek na świeżym powietrzu (W legendzie oznaczono istotne różnice między grupami (*) $p < 0,01$; (**) $p < 0,0001$)
 ZZ – dbałość o zdrowe odżywianie

Wykres 2. Zachowania prozdrowotne studentów I i V roku AWF



MNKW – korzystanie z medycyny niekonwencjonalnej NU – niestosowanie używek
 MK** – korzystanie z medycyny klasycznej ZP** – dbałość o sferę zdrowia psychicznego
 AW** – aktywny wypoczynek na świeżym powietrzu (W legendzie oznaczono istotne różnice między grupami (*) $p < 0,01$; (**) $p < 0,0001$)
 ZZ** – dbałość o zdrowe odżywianie

Wykres 3. Zachowania prozdrowotne studentów I roku pedagogiki i V roku AWF



MNKW – korzystanie z medycyny niekonwencjonalnej NU** – niestosowanie używek
 MK** – korzystanie z medycyny klasycznej ZP** – dbałość o sferę zdrowia psychicznego
 AW** – aktywny wypoczynek na świeżym powietrzu (W legendzie oznaczono istotne różnice między grupami (*) $p < 0,01$; (**) $p < 0,0001$)
 ZZ** – dbałość o zdrowe odżywianie

Wykres 4. Zachowania prozdrowotne studentów i seniorów ogółem

Osoby w okresie późnej dorosłości ogółem we wszystkich zachowaniach zdrowotnych z wyjątkiem aktywnego wypoczynku, uzyskały wyższe wyniki w porównaniu ze studentami ($p \leq 0,00$) (wykres 4).

DYSKUSJA

Zaobserwowaliśmy zróżnicowany poziom aktywności zdrowotnej badanych osób w zależności od wieku i czynnika dodatkowej edukacji. Różnice obejmują zarówno poziom nasilenia zachowań, jak i dominację niektórych z nich. Ogólny poziom zachowań zdrowotnych badanych osiągał wyniki średnie, przy czym wyższe nasilenie takich zachowań wykazały osoby w okresie późnej dorosłości.

Wyższe wskaźniki zachowań typu „aktywny wypoczynek”, „zdrowie psychiczne”, „korzystanie z usług medycznych” czy „nawyki żywieniowe” u słuchaczy Uniwersytetu III Wieku w porównaniu z pozostałymi osobami starszymi można wyjaśnić tym, że obok faktycznej dobrej jeszcze sprawności fizycz-

nej dysponują większą wiedzą i świadomością wartości zdrowia, zachowań prozdrowotnych, o których uczą się w ramach prezentowanych im wykładów i ćwiczeń praktycznych. Może to oznaczać, że przekaz i odbiór treści na wykładach dla studentów Uniwersytetu III Wieku znajduje szybko swoje praktyczne zastosowanie. Osoby w późnej dorosłości, mając świadomość coraz szybszej utraty zdrowia i sprawności, mogą podejmować działania, by je podtrzymać w miarę jak najdłużej. Może to wyjaśniać obserwowany wynik ogólnej większej aktywności prozdrowotnej badanych w okresie późnej dorosłości w porównaniu ze studentami. Wyraźna różnica między wynikami słuchaczy Uniwersytetu III Wieku i seniorów nieuczestniczących w dodatkowej edukacji na korzyść tych pierwszych potwierdza wartość i konieczność stosowania poszerzonej edukacji zdrowotnej, dostępnej zwłaszcza dla osób niezamożnych. Na wyniki te można spojrzeć także w innym kontekście: możliwe, że osoby, które zgłaszają się do Uniwersytetu III Wieku, już od początku są bardziej

sprawne, aktywne i świadome osobistej odpowiedzialności za własne zdrowie. W tych badaniach nie można jednak jednoznacznie rozstrzygnąć tej kwestii.

Poziom aktywności zdrowotnej osób w okresie późnej dorosłości jest nieznacznie wyższy aniżeli prezentowany we wcześniejszych badaniach (Dębska, Bielawska, 2006; Dębska, 2007; Franek i in., 2007). Powiększenie dobranej próby pozwoliło dostrzec zróżnicowany obraz badanych, bardziej reprezentatywny dla populacji seniorów. Wcześniejsze badania pokazywały nieznacznie zintensyfikowane zabieganie o własne zdrowie, dbałość zwłaszcza o aktywny wypoczynek, podczas gdy obecne wskazują na odmienny rozkład tej grupy zachowań zdrowotnych. Badania te korespondują z wynikami Roik (2007), świadczącymi o wysokiej wśród badanych świadomości osobistego zaangażowania w dbanie o zdrowie. Dostrzeżona zmiana preferencji pewnych działań zdrowotnych u seniorów w porównaniu z rokiem 1993 wykazuje zmniejszanie się liczby zachowań w obszarze żywienia na rzecz aktywności ruchowej i medycyny konwencjonalnej. Zapewne kuszące oferty branży spożywczej, wzmacniane wszechogarniającą i pochłaniającą reklamą produktów, łatwość w dostępie do licznych dóbr konsumpcyjnych sprawiają, że troska o zdrowe żywienie staje się trudniejsza, wymaga więcej samozaparcia. Poziom świadomości co do konieczności osobistego udziału w trosce o zdrowie, nawet gdy wzrasta, zostaje poddawany testowi: konkurencyjnym celom i pokusom współczesności. Zwiększony udział zachowań medycznych może wskazywać z jednej strony na większą świadomość konieczności diagnostyki medycznej, ale również na słabszą kondycję zdrowotną, na przykład większą zachorowalność między innymi na tak zwane choroby cywilizacyjne.

Dominacja zachowań związanych z aktywnym wypoczynkiem wśród studentów, przy jego najniższym poziomie u osób starszych, może być wyjaśniana większym zainteresowaniem aktywnością ruchową i możliwościami wynikającymi z wieku respondentów. Mniejsza aktywność osób starszych wynikać

może na przykład z różnego rodzaju ułomności, utrudnień w zakresie narządu ruchu; mogą oni upatrywać źródeł zdrowia w medycynie czy racjonalnym odżywianiu – co przekłada się na częstsze zachowania zdrowotne tego typu. Studenci AWF w sposób naturalny, łączy się to z charakterem ich studiów, wykazują największą aktywność zdrowotną związaną z ruchem. Studenci pedagogiki już nie wykazują takiego zaktywizowania ruchowego. Wynik ten potwierdza wcześniejsze badania nad różnicami w aktywności zdrowotnej osób o różnych profilach studiów (Gacek, Frączek, 2001; Perzyńska-Biskup, Biskup, Kost, 2005).

Osoby młode ogółem realizują mniej zachowań prozdrowotnych – może dlatego, że najczęściej cieszą się dobrym zdrowiem (około 91% badanych deklaruje dobre zdrowie) (Roik, 2007). Potwierdza to także najniższy wynik zachowań medycznych wśród badanych studentów. Badani pedagodzy wykazują znacząco mniej zachowań służących zdrowiu aniżeli pozostali badani studenci, co może być konsekwencją braku odpowiedniej edukacji zdrowotnej studentów na tym kierunku. Choć ogólnie studenci AWF wykazują więcej zachowań zdrowotnych aniżeli pozostali studenci, to ich wyniki nie wydają się zadowalające jak na osoby przygotowywane do pracy w obszarze kultury zdrowia. Wyniki studentów V roku AWF – nieznacznie tylko wyższe od wyników studentów I roku AWF mogą sugerować, że prowadzona edukacja w kierunku przygotowania liderów kultury zdrowotnej daje za mało pożądaných rezultatów. Można się zastanawiać, czy edukacja jest prowadzona prawidłowo, czy przyszli liderzy kultury zdrowia będą mogli dobrze pełnić swoje zadania edukacyjne. Jak mają zachęcać innych do osobistej i regularnej troski o własne zdrowie, podczas gdy sami takich zachowań nie preferują? Wszak najlepszym nauczycielem jest ten, który utożsamia się z nauczonymi treściami.

WNIOSKI

Przeprowadzone badania pozwoliły zaobserwować średni poziom aktywności prozdrowot-

wotnej badanych oraz jego zróżnicowanie wśród osób starszych i studentów. Zaobserwowane różnice w wynikach mają charakter rozwojowy, doświadczeniowy i edukacyjny – wraz z wiekiem zmieniają się zachowania jednostek służące utrzymaniu zdrowia. Wiąże się to ze zmieniającymi się potrzebami i możliwościami organizmów młodych i starzejących się. Czynniki doświadczenia osobistego predysponuje do pewnych typów zachowań zdrowotnych, jakkolwiek nie zawsze sprzyja aktywności prozdrowotnej. Wiele osób, mając świadomość, że styl życia, jaki prowadzą, nie służy zdrowiu, nie porzuca jednak na przykład licznych nałogów, bądź nie korzysta z wczesnej diagnostyki medycznej.

Czynnik edukacyjny ujawnił się w postaci zwiększonej aktywności zdrowotnej zarówno słuchaczy Uniwersytetu III Wieku, jak i studentów kończących AWF. Nieznacznie wyższe wyniki tych studentów, którzy wkrótce

mają podjąć się zadania kształtowania właściwych postaw wśród innych, przejąć funkcję liderów edukacji kultury zdrowotnej, to wyraźny sygnał, że należy bardziej zintensyfikować działania edukacyjne na tych kierunkach, aktywizujące do podejmowania pełniejszej odpowiedzialności za swoje zdrowie. Wyniki pozwalają wysnuć wniosek o słabym wpływie edukacji o zachowaniach prozdrowotnych na faktyczne zachowanie u osób młodych. Czy poziom edukacji jest za słaby, czy może jest jej za mało, jest niewłaściwie prowadzona, nie znajdując oddźwięku wśród jej odbiorców? Czy większa aktywność zdrowotna słuchaczy Uniwersytetu III Wieku może oznaczać bardziej skuteczne przygotowanie ich do takiej aktywności, czy jednak czynnik rozstrzygający ma charakter bardziej indywidualny, podmiotowy i rozwojowy? Odpowiedzi na te pytania nie możemy udzielić na podstawie wyników naszych badań.

BIBLIOGRAFIA

- Anderson E.S., Wójcik J.R., Winett R.A., Williams, D.M. (ed.) (2006), Social-Cognitive Determinants of Physical Activity: The Influence of Social Support, Self-Efficacy, Outcome Expectations, and Self-Regulation Among Participants in a Church-Based Health Promotion Study. *Health Psychology*, 25.
- Antonovsky A. (1979), *Health, Stress, and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky A. (1984), The Sense of Coherence as a Determinant of Health [w:] J.D. Matarazzo, N.E. Miller (red.). *Behavioral health*, 114–129. New York: John Wiley.
- Bandura A. (2004), Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education and Behavior*, 2, 143–164.
- Brownson R.C., Housemann R.A., Brown D.R. (2000). Promoting Physical Activity in Rural Communities: Walking Trail Access, Use, and Effects. *American Journal of Preventive Medicine*, 18, 235–241.
- Bytniewski M., Danielewicz J. (2004), Promocja zdrowia w rodzinie poprzez wychowanie do rekreacji ruchowej. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin*, LIX, Suppl. XIV, 51, 91–94.
- Chwist A. (1997), Zdrowie i Etyka. *Edukacja i Dialog*, 2 (85).
- Courneya K.S., McAuley E. (1995), Cognitive Mediators of the Social Influence-Exercise Adherence Relationship: A test of the theory of planned behavior. *Journal of Behavioral Medicine*, 18, 499–515.
- Dębska U. (2007), Health Behaviour by Aging People. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin*, LXII, Suppl. XVIII, 2, 109, Sectio D, 23–26.
- Dębska U., Bielawska I. (2006), Health-promoting Activity by Aging People in Self-image and Locus Control Context. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*, LX, Suppl. XVI, 1, 432–436.
- Dolińska-Zygmunt G. (2000), *Podmiotowe uwarunkowania zachowań promujących zdrowie*. Warszawa: PAN.
- Fishbach A., Shah J.Y. (2006), Self-Control in Action: Implicit Dispositions Toward Goals and Away From Temptations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90, Issue 5, 820–832.
- Fishbach A., Trope Y. (2005), The Substitutability of External Control and Self-Control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 41, 256–270.

- Frank G., Cabaj M., Ćmiel-Giergielewicz M., Bielańska K. (2005), Health Behavior among Senior Aged Citizens. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin*, LXII, Suppl. XVIII, 2, 157, Sectio D, 221–224.
- Gacek M., Frączek B. (2001), Postawy prozdrowotne młodzieży akademickiej na tle oddziaływań edukacyjnych [w:] I. Murawow (red.), *Zdrowie. Istota, diagnostyka i strategie zdrowotne*, 204–209. Radom: Politechnika Radomska, Instytut Technologii Eksploatacji.
- Gawel A. (2003), *Pedagogzy wobec wartości zdrowia*. Kraków: Impuls.
- Gniazdowski A. (red.) (1990), *Zachowanie zdrowotne*. Warszawa: Instytut Medycyny Pracy.
- Heszen I., Sęk H. (2007), *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN.
- Kasparek E. (2001), Zdrowie jako wartość i przedmiot edukacji [w:] Z. Melosik (red.), *Młodzież, styl życia i zdrowie. Konteksty i kontrowersje*, 203–209. Poznań: WOLUMIN.
- Lewandowska B. (2006), Kulturowe źródła nasilania się autokreacyjnych postaw wobec ciała. [w:] J. Klebaniuk (red.), *Człowiek wobec masowych zjawisk społecznych*, 269–280. Wrocław: Atut.
- Malczak E. (2004), Młodzież wobec wartości. *Wychowanie* 18/19.
- McAuley E., Blissmer B. (2000), Self-Efficacy Determinants and Consequences of Physical activity. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 28, 85–88.
- Miller Y.D., Trost S.G., Brown W.J. (2002), Mediators of Physical Activity Behavior Change Among Women with Young Children. *American Journal of Preventive Medicine*, 23, 98–103.
- Muraven M., Baumeister R.F. (2000), Self-Regulation and Depletion of Limited Resources: Does Self-Control Resemble a Muscle? *Psychological Bulletin*, 126, 247–259.
- Perzyńska-Biskup A., Biskup L., Kost M. (2005), Health in Hierarchy the Others Life Values, which are Realized by Women Environment of Gymnastics. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin*, LX, Suppl. XVI, 404, Sectio D.
- Puchalski K. (1990), Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot nauk socjologicznych. Uwagi wokół pojęcia [w:] A. Gniazdowski (red.), *Zachowania zdrowotne*, 23–57. Łódź: Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy.
- Roik J. (2007), *Co Polacy sądzą o zdrowiu?* www.mp.pl
- Scheridan Ch.L., Radmacher S.A. (1998), *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Straś-Romanowska M. (2000), Późna dorosłość. Wiek starzenia się [w:] B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, t. 2, 263–292. Warszawa: PWN.
- Tański M. (2006), *Zdrowie jako wartość w perspektywie aksjologicznej i psychologicznej*, referat wygłoszony na Międzynarodowej konferencji naukowej „Aksjologiczne i psychologiczne aspekty doświadczenia indywidualnego”. Kraków.
- Taranowicz I. (2002), Zachowania w zdrowiu i chorobie [w:] J. Barański, W. Piątkowski (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, 105–115. Wrocław: ATUT.
- Taylor S.E., Sherman D.K. (2007), Psychologia pozytywna i psychologia zdrowia: owocny związek [w:] P.A. Linley, S. Joseph (red.), *Psychologia pozytywna w praktyce*, 194–210. Warszawa: PWN.
- Tomaszewski T. (1975), Człowiek w sytuacji [w:] T. Tomaszewski (red.), *Psychologia*, 17–36. Warszawa: PWN.
- Trope Y., Fishbach A. (2000), Counteractive Self-Control in Overcoming Temptation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 493–506.
- Tuszyńska-Bogucka V. (2005), The Health Care in the Hierarchy of Values in the Gymnasium Group. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin*, LX, Suppl. XVI, 581, Sectio D.
- Zawadzka B. (2001), Postawy dorastającej młodzieży wobec zdrowia [w:] I. Murawow (red.), *Zdrowie. Istota, diagnostyka i strategie zdrowotne*, 318–324. Radom: Politechnika Radomska, Instytut Technologii Eksploatacji.
- Zdebska H. (2005), Health as a Value in the Perspective of Sports Axiology. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin*, LX, Suppl. XVI, 662.
- Zdebska H., Olszewski T. (2005), University Students' Attitudes Towards Health and Body Values. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin*, LX, Suppl. XVI, 661, Sectio D.
- Żizka-Salamon D., Szyndera M., Miązek U. (2005), Health – Recognized or Realised by Students Value? *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin*, LX, Suppl. XVI, 675, Sectio D.
- Żukowska Z. (2002), Zdrowie i sport w perspektywie edukacji globalnej. [w:] Z. Żukowska, R. Żukowski (red.), *Zdrowie i sport w edukacji globalnej*, 12–18. Warszawa: Estrella.