

Zachowania zdrowotne studentek kierunków pedagogicznych

Health practices among female students of pedagogy

Key words: students, health, health behaviour, eating habits, physical activity, leisure pursuits.

Abstract: This article presents findings from a diagnostic survey designed to identify health practices within a cohort of 143 female students enrolled in pedagogical faculties. Empirical data were collected in 2025, using Zygfryd Juczyński's *Inventory of Health Behaviours* (IZZ) along with a custom questionnaire. The study outlines how the respondents define health, characterised as the physical, mental, and social well-being of the body, and, to a lesser extent, as the absence of disease, disability, and suffering. The analysis of the acquired data indicated a remarkably low prevalence of health-related behaviours among the surveyed female students (76.55). A positive mindset, supported by stable familial bonds and congenial relationships, received the highest scores. Poor dietary practices were the least frequently indicated. Preventive measures adopted by respondents were presented alongside their daily health practices, notably restricting smoking, managing body weight, and prioritising sleep. The respondents' self-assessment of their health condition was primarily average. The study established a relationship between the health-related well-being of respondents and their health-promoting activities. Technical solutions employed for monitoring body condition, effectiveness, and adherence to prescribed measures were outlined.

Słowa kluczowe: studenci, zdrowie, zachowania zdrowotne, nawyki żywieniowe, aktywność fizyczna, czas wolny.

Streszczenie: W artykule przedstawiono wyniki sondażu diagnostycznego, którego celem było zidentyfikowanie zachowań zdrowotnych podejmowanych w grupie 143 studentek kierunków pedagogicznych. Materiał empiryczny zgromadzony został w 2025 roku przy użyciu *Inwentarza Zachowań Zdrowotnych* (IZZ) Zygryda Juczyńskiego oraz autorskiego kwestionariusza ankiety. W opracowaniu przedstawiono zaproponowane przez badanych definicje zdrowia, opisanego jako dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny organizmu, rzadziej jako brak choroby, niepełnosprawności i cierpienia. Analiza zgromadzonych danych ujawniła ogólny niski wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych wśród badanych studentek (76,55). Najwyżej ocenione zostało pozytywne nastawienie psychiczne, oparte o relacje przyjacielskie i uregulowane życie rodzinne. Najrzadziej wskazywane były prawidłowe nawyki żywieniowe. Przedstawiono podejmowane przez respondentki działania prewencyjne, a także codzienne praktyki zdrowotne, wśród których dominowały: ograniczenie palenia tytoniu, kontrolowanie wagi ciała oraz dbałość o sen. Samoocena kondycji zdrowotnej badanych w przewadze dotyczyła poziomu przeciętnego. Ustalono związek samopoczucia zdrowotnego badanych z ich aktywnością prozdrowotną. Wskazano na rozwiązania techniczne wykorzystywane podczas monitorowania kondycji organizmu oraz efektywności i systematyczności podejmowanych działań.

Wprowadzenie

Problematyka zdrowia oraz edukacji zdrowotnej będącej elementem promocji zdrowia (Puchalski, Korzeniowska, Piwowarska-Pościk, 1999) wydaje się kwestią niezmiennie ważną. Wysokie wartościowanie i troska o zdrowie stanowią ważny cel procesu wychowania, przede wszystkim na gruncie rodzinnym, ale wpisują się także w misję edukacyjną przedszkoli i szkół wszystkich poziomów kształcenia (Skalski, Kowalski, Graczyk i in., 2022). Jest to jednocześnie wyzwanie i wymóg w kontekście kształcenia przyszłych kadr pedagogicznych, mających do odegrania szczególną rolę w procesie formowania postaw prozdrowotnych przede wszystkim dzieci i młodzieży. I tutaj obok przygotowania merytorycznego, tj. wiedzy i umiejętności, wskazać należy na znaczenie cech osobowych oraz prezentowanych postaw związanych ze zdrowiem i zdrowym stylem życia. Mowa tu o wpływie osobistym dokonującym się w toku procesu modelowania, w którym nie chodzi tylko o proste naśladownictwo, a raczej o tworzenie pewnego uogólnionego schematu zachowania, który człowiek może wykorzystać w wielu różnych sytuacjach (Tabak, 2017).

Szczególnie ważne mogą okazać się intencjonalne interwencje nauczycieli, które są tym bardziej skuteczne, im bardziej autentyczne jest ich podłoże. Chodzi tu o demonstrowanie zachowań prozdrowotnych wśród wychowanków i współpracowników, ale także w przestrzeni pozazawodowej (Nowak, Lelonek, Suliga, Choła, 2024). Osobiste praktykowanie przez nauczycieli zachowań zdrowotnych jest zatem pożądane wychowawczo, a należy podkreślić, że zalecenie takie nie odnosi się tylko do nauczycieli wychowania fizycznego czy edukacji zdrowotnej, lecz każdego nauczyciela, podejmującego trud wychowawczego oddziaływania na swoich uczniów. Tak jak pasja do wykładanego przedmiotu, tak przywiązanie do wartości zdrowia może być treścią splecioną z dydaktycznym przekazem. Wydaje się, że takie postawy mogą/powinny być skutecznie kształtowane u adeptów zawodu pedagogicznego. Stąd w ramach prezentowanego opracowania podjęto problematykę samooceny kondycji zdrowotnej oraz zachowań zdrowotnych realizowanych w grupie studentów kierunków pedagogicznych. Sondowanie nastawień prozdrowotnych w grupie studentów pozwoli na rozpoznanie i określenie możliwości oraz konieczności edukacyjnych w tym zakresie.

Zdrowie w ujęciu teoretycznym

Zdrowie to pojęcie interdyscyplinarne (Syrek, 2008), obecne na gruncie naukowym, profesjonalnym oraz najbardziej powszechnym – codziennym i potocznym. Wszystkie te perspektywy łączy traktowanie go jako dobra szczególnie pożądanego, warunkującego właściwy bieg życia ludzkiego (Gaweł, 2003).

Światowa Organizacja Zdrowia określa zdrowie jako: „stan pełnego dobrostanu psychicznego, fizycznego i społecznego, a nie tylko brak choroby i nieдомagania” (Maszczak, 2005, s. 74). Dobrostan fizyczny i psychiczny są mierzone zarówno wskaźnikami obiektywnymi, jak i subiektywnie odczuwanym samopoczuciem

człowieka oraz zadowoleniem z siebie. Natomiast dobrostan społeczny opisuje uczestnictwo jednostki w życiu społecznym, poprzez interakcje, umiejętność radzenia sobie z przeciwnościami oraz przystosowanie środowiskowe (Maszczak, 2005, s. 15). Zatem w obrębie zdrowia wyróżnić można wzajemnie na siebie oddziałujące wymiary: biologiczny, psychiczny i społeczny, a w każdym z nich człowiek może funkcjonować na różnym poziomie (Walentynowicz-Motyl, 2017; Maszczak 2005; Syrek, 2008). Z definicji tej wybrzmiewa wielopłaszczyznowość zdrowia oraz jego indywidualność i subiektywność, co także przekłada się na trudność w precyzyjnym określeniu opisywanej kategorii (Skalski, Kowalski, Graczyk i in., 2022).

Przegląd literatury pozwala odnotować najczęściej pojawiające się ujęcia zdrowia. Określane ono bywa jako: brak choroby i cierpienia (Gaweł, 2003); dobrostan biopsychospołeczny (Gaweł, 2003); potencjał i właściwości człowieka, kontekst jego życia, a także proces (Heszen-Niejodek, 1997) i wartość (Gaweł, 2003). Perspektywy te uzupełniają się wzajemnie.

Wśród kryteriów zdrowia wymienia się najczęściej: dobre samopoczucie i brak choroby; parametry zdrowotne w normie; zrównoważenie i zdolność radzenia sobie z przeciwnościami losu; siłę i energię życiową; sprawne wywiązywanie się z obowiązków oraz produktywność, kreatywność w życiu (Denys, Zboralski, 2015).

Na stan zdrowia człowieka oraz jego możliwości w zakresie działań prozdrowotnych oddziałuje wiele czynników, wśród których wymienia się: warunki społeczno-ekonomiczne życia człowieka; relacje społeczne – poczucie wspólnotowości i wsparcie społeczne; uwarunkowania kulturowe (w tym edukacyjne); stan środowiska fizycznego; zatrudnienie i warunki pracy; styl życia, który może promować zachowania zdrowotne oraz cechy biologiczne jednostki (np. jej płeć, wiek, dziedziczenie) i prawidłowy rozwój w dzieciństwie (mający duże znaczenie dla zdrowia i samopoczucia w dalszych latach życia). Poza tym rozmaite udogodnienia typu: dostęp do świadczeń i usług służby zdrowia oraz ich jakość (Dahlgren, Whitehead, 1991; Woźniak, Brukwicka, Kopański in., 2017). Styl życia to całokształt powiązanych ze sobą zachowań, zwyczajów i nawyków, które mogą oddziaływać na poziom ryzyka przedwczesnego rozwoju określonych chorób, a wyznaczone są przez czynniki społeczno-kulturowe i cechy indywidualne. Wobec tego styl życia budują możliwości, uwarunkowania i wybory dokonane przez jednostkę. Tworzy się on w oparciu o oddziaływania wychowawcze i socjalizacyjne. Co ważne, prezentowany przez jednostkę styl życia może wzmacniać jej potencjał zdrowotny bądź prowadzić do jego osłabienia, dlatego można mówić zarówno o jego prozdrowotnym, jak i antyzdrowotnym charakterze (Gaweł, 2003).

Przejawem stylu życia są podejmowane w ramach tego artykułu zachowania zdrowotne, rozumiane jako nawyki, zwyczaje i czynności utrwalające i polepszające zdrowie człowieka oraz jego reakcje na zdrowie innych (Segit, 2023). Źródłem takich zachowań są najczęściej postawy i wartości nabyte w rodzinie oraz najbliższym środowisku społecznym. Są one związane ze zdrowiem fizycznym, psychospołecznym,

prewencją zdrowotną i unikaniem zachowań ryzykownych i szkodliwych. Wśród zachowań prozdrowotnych wymienia się najczęściej: unikanie stresu i niepowodowanie go, aktywność ruchową, racjonalne odżywianie, unikanie używek (alkoholu, tytoniu, substancji psychoaktywnych) (Gaweł, 2003), a także dbanie o ciało i jego higienę, przestrzeganie zasad bezpieczeństwa w życiu codziennym i ruchu drogowym, jak również unikanie ryzykownych zachowań seksualnych (Mazur, 2010).

Podstawy metodologiczne badań własnych

Zaprezentowany w ramach niniejszego opracowania materiał empiryczny został zgromadzony podczas badań zrealizowanych metodą sondażu diagnostycznego wśród studentek kierunków pedagogicznych, studiujących na Wydziale Nauk Społecznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie w kwietniu i maju 2025 roku.

Celem badań było udzielenie odpowiedzi na następujące problemy badawcze:

- W jaki sposób słuchaczki kierunków pedagogicznych definiują kategorię zdrowia?
- Jak badane studentki opisują swoją kondycję zdrowotną?
- Jakiego rodzaju aktywność zdrowotną respondentki podejmują najczęściej?
- Jakie zmienne różnicują zachowania zdrowotne respondentek?

Materiał empiryczny zgromadzono przy użyciu Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ) autorstwa Zygryda Juczyńskiego, składającego się z 24 stwierdzeń opisujących różne zachowania związane ze zdrowiem. Podejmowane kwestie dotyczyły: prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, praktyk zdrowotnych, czyli codziennych działań dotyczących snu i rekreacji czy aktywności fizycznej oraz pozytywnego nastawienia psychicznego. Inwentarz ten wchodzi w skład zbioru *Narzędzi Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia*, służy do badania osób dorosłych, zarówno zdrowych, jak i chorych. Badani udzielali odpowiedzi, korzystając z kafeterii zamkniętej, składającej się z pięciu kategorii: prawie nigdy – 1, rzadko – 2, od czasu do czasu – 3, często – 4, prawie zawsze – 5. Uzyskane przez nich punkty zostały zsumowane, co dało ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych. Jego wartość mieści się w granicach od 24 do 120 punktów. Im wyższy jest wynik, tym większe nasilenie deklarowanych zachowań zdrowotnych. Punkty przeliczono z uwzględnieniem płci na skalę stenową, wyniki w granicach 1–4 stena uznano za niskie; w granicach 5–6 stena za przeciętne, zaś 7–10 stena za wysokie (Juczyński, 2012, s. 110 i nast.).

Drugim wykorzystanym narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety zawierający pytania dotyczące sposobu rozumienia kategorii zdrowia, samooceny dobrostanu w wymiarach fizycznym, psychicznym i społecznym, a także podejmowanej aktywności fizycznej (sportowej), posiadanych zainteresowań i pasji, budżetu czasu wolnego i jego przeznaczenia oraz danych metryczkowych typu: wiek, rok i tryb studiowania, miejsce zamieszkania, stan cywilny, posiadanie i liczba

potomstwa, podejmowanie aktywności zarobkowej oraz subiektywna ocena sytuacji materialnej. Uznano, że dane te pozwolą nie tylko scharakteryzować uczestniczki sondażu, ale także dostarczą informacji w zakresie posiadanych zasobów, ewentualnie obciążeń dotyczących kondycji zdrowotnej badanych. Ze względu na to, że do analizy wybrano odpowiedzi słuchaczek wyłącznie kierunków pedagogicznych, przyjęto, że zmienne, jak kierunek studiów oraz płeć nie będą traktowane jako czynniki różnicujące odpowiedzi.

Badania przeprowadzone w jednakowych warunkach w kilku grupach studenckich miały charakter audytoryjnych i anonimowych, odbywały się na zasadzie samoopisu i samodzielnego wypełnienia kwestionariusza. Przed badaniem zaprezentowano uczestniczkom sondażu instrukcję, prosząc, by udzielając odpowiedzi, brały pod uwagę okres ostatniego roku; badane udzieliły odpowiedzi na wszystkie pytania (Juczyński, 2012).

Analizy przeprowadzono za pomocą programu statystycznego IBM SPSS 28. Za próg istotności przyjęto $\alpha = 0,05$.

Charakterystyka respondentek

W sondażu uczestniczyły 143 studentki kierunków pedagogicznych, tj. słuchaczki pedagogiki w zakresie: pedagogika opiekuńcza z socjoterapią, pedagogika szkolna i terapeutyczna oraz pedagogika szkolna z animacją kulturalną; pedagogika przedszkolna i wczesnoszkolna, a także pedagogika specjalna. Indagowane to w przeważającej części osoby u schyłku późnej adolescencji (19–22 lat) (58,7%) oraz we wczesnej dorosłości (35,7%). Badanych w wieku 36 lat i więcej (a zatem w średniej dorosłości) było 5,6%. Uczestniczki sondażu studiowały na: pierwszym (42%), drugim (32,9%) oraz czwartym roku studiów (25,2%). Były to słuchaczki zarówno studiów stacjonarnych (58%), jak i niestacjonarnych (42%). Studentki reprezentowały różne środowiska zamieszkania, najwięcej było wśród nich mieszanek wsi (31,5%), średnich miast (28%) oraz małych (25,2%) i dużych ośrodków miejskich (15,4%).

Ponad połowa badanych (54,5%) pozostawała w chwili badania w związku (należy jednak zaznaczyć, że był to zarówno związek sformalizowany, jak i niesformalizowany). Posiadanie potomstwa odnotowano w przypadku 11,2% badanych, najczęściej było to jedno (6 osób), dwoje (4 osoby), ale także troje i więcej dzieci (5 osób). Rodzicami było 9,8% studentek studiów niestacjonarnych i 1,4% studiów stacjonarnych. Swoją sytuację materialną badane najczęściej opisywały jako: przeciętną (39,9%) i dobrą (38,5%). Rzadziej jako bardzo dobrą (11,2%) i raczej złą (10,5%). Żadna z badanych osób nie określiła jej jako bardzo złej. Zdecydowana większość badanych studentek w ciągu ostatniego roku podejmowała zatrudnienie, osób takich było 72%. Dotyczyło to 67,4% osób studiujących na studiach stacjonarnych oraz 76,6% słuchaczek studiów niestacjonarnych.

Studentki o zdrowiu

Prezentowane przez osoby badane próby określenia i wyjaśnienia specyfiki zdrowia podzielić można na kilka grup, a mianowicie znalazły się tutaj wskazania na zdrowie jako szczególnie ważną wartość, warunek efektywnego funkcjonowania człowieka, ale także podkreślano znaczenie stanu organizmu i zachowania równowagi sfer biologicznej, psychologicznej i rzadziej społecznej jego funkcjonowania. Zdrowie określano najczęściej jako: dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny człowieka (54,6%). Opisywano je także poprzez brak choroby, niepełnosprawności, trudności i cierpienia. Niektóre badane zwracały uwagę na znaczenie subiektywnego podejścia człowieka do kwestii własnego zdrowia, inne z kolei podkreślały, że kategoria ta powinna być określana za pomocą obiektywnych kryteriów, wspólnych dla wszystkich, powszechnie zrozumiałych oraz akceptowanych. Pewna grupa respondentek dokonała opisu warunków przyczyniających się do zachowania zdrowia, wśród których znalazły się: dobre nawyki żywieniowe, aktywność fizyczna, badania profilaktyczne i kontrolne, dbanie o dobre relacje z innymi ludźmi, wypracowanie strategii radzenia sobie ze stresem oraz realizowanie swoich pasji i zainteresowań. Dobre zdrowie wśród respondentek uzyskało średnią wagę na poziomie 3,79 i uplasowało się na drugim miejscu za udanym życiem rodzinnym (4,13). Pozwala to uznać, że wartość zdrowia jest przez badanych ogólnie doceniana.

Samoocena kondycji zdrowotnej badanych

Badane określając swoją kondycję zdrowotną, odnosiły się do jej trzech podstawowych wymiarów, tj.: fizycznego, psychicznego i społecznego. Poniższa tabela prezentuje odpowiedzi udzielone przez respondentki.

Tabela 1. Samoocena kondycji zdrowotnej studentek

Oceniany wymiar zdrowia:	Skala oceny (wartości podane w %)					Średnia	N
	1	2	3	4	5		
fizyczny/ somatyczny	3,5	13,3	47,6	29,4	6,3	3,21	143
psychiczny	7	11,9	36,4	34,3	10,5	3,29	143
społeczny	1,4	8,4	23,8	47,6	18,9	3,74	143

Legenda: 1 – oznacza ocenę najniższą, 5 – oznacza ocenę najwyższą

Źródło: badania własne.

Jak można dostrzec, zbiorcze zestawienie ocen zaprezentowanych przez badane studentki wskazuje na dominację not przeciętnych we wszystkich trzech aspektach. Najwyżej ocenianym okazało się zdrowie badanych w wymiarze społecznym, natomiast najniżej w wymiarze somatycznym. Należy zwrócić uwagę, że samoocena zdrowia społecznego korelowała z wiekiem respondentów¹. A mianowicie najwyż-

¹ $\chi^2 = 16,038$ df=8 p.< 0,042.

szej swoje funkcjonowanie w tym zakresie ocenili najstarsi uczestnicy sondażu, tj. osoby z grupy wiekowej powyżej 35 roku życia. Zastanawiająca natomiast jest niska ocena kondycji fizycznej w grupie młodych ludzi, co do których zazwyczaj przyjmuje się założenie o szczególnie szerokim potencjale zdrowotnym i wydolnościowym (Ziółkowska, 2005). Co ważne, posiadanie pasji i zainteresowań, podejmowanie aktywności zarobkowej oraz dysponowanie dużą ilością czasu wolnego okazało się nieistotne statystycznie dla oceny własnej kondycji zdrowotnej (w każdym z trzech wymiarów). Podobnie nie ustalono wpływu zmiennych miejsca zamieszkania, trybu studiowania oraz relacji małżeńskiej (partnerskiej) na przedstawione samooceny. Jedynie subiektywna ocena sytuacji materialnej różnicowała odpowiedzi badanych w zakresie oceny zdrowia psychicznego² i społecznego³. Wyższa ocena zdrowia psychicznego współwystępowała z wyższą oceną sytuacji materialnej. Podobny trend odnotowano w przypadku oceny zdrowia w ramach sondażu społecznego w zestawieniu ze stanem posiadania. Im wyższa była satysfakcja badanych w zakresie własnego stanu posiadania zasobów materialnych, tym bardziej satysfakcjonujące było ich funkcjonowanie społeczne (Feliński, Omyła-Rudzka, 2024).

Zachowania zdrowotne badanych studentek

Ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych dla badanych studentek wynosił 76,55 (SD = 11,29). W odniesieniu do skali stenowej wartość ta mieściła się w granicach stenu 4, czyli wyniku niskiego. Nasilenie zachowań zdrowotnych w grupie respondentek prezentuje tabela 2. Jak można zauważyć, zaledwie 13,2% badanych prezentuje wysokie natężenie zachowań zdrowotnych (sten 7–10). Natomiast w ponad połowie przypadków odnotowano niski poziom zachowań zdrowotnych (sten 1–4).

Tabela 2. Nasilenie zachowań zdrowotnych studentek

Nasilenie zachowań zdrowotnych	n	%
wysokie	19	13,2
przeciętne	44	30,8
niskie	80	56

Źródło: badania własne

Prezentowana przez badane studentki samoocena nasilenia zachowań zdrowotnych była stosunkowo jednorodna. Zmienne takie jak: miejsce zamieszkania, rok studiów, tryb studiowania, posiadanie potomstwa, subiektywna ocena sytuacji materialnej, a także budżet czasu wolnego i zatrudnienie, nie różnicowały odpowiedzi respondentek w stopniu istotnym statystycznie. Odnotowano natomiast istotną zależność pomiędzy ogólnym nasileniem postaw zdrowotnych a samooceną sa-

² $\chi^2 = 24,471$ df = 12 p.< 0,018.

³ $\chi^2 = 23,032$ df = 12 p.< 0,027.

mopoczucia badanych w wymiarach: somatycznym⁴, psychicznym⁵ i społecznym⁶. Osoby o wyższej punktacji w zakresie zachowań sprzyjających zdrowiu jednocześnie wyżej oceniały swój dobrostan w każdym z wyróżnionych zakresów.

Analiza poszczególnych kategorii zachowań zdrowotnych pozwala uznać, że w badanej grupie najwyżej ocenione zostało pozytywne nastawienie psychiczne (3,30). Z kolei najniższe noty uzyskały prawidłowe nawyki żywieniowe (3,01). Zbliżone oceny odnotowano w przypadku zachowań profilaktycznych (3,22) oraz praktyk zdrowotnych (3,21).

Tabela 3. Kategorie zachowań zdrowotnych studentek

Kategorie IZZ	Badane studentki (N=143)	
	x	SD
Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych	76,55	11,29
Prawidłowe nawyki żywieniowe	3,01	0,73
Zachowania profilaktyczne	3,22	0,70
Pozytywne nastawienie psychiczne	3,30	0,66
Praktyki zdrowotne	3,21	0,62

Legenda: x – średnia, SD – odchylenie standardowe

Źródło: badania własne.

Przegląd odpowiedzi udzielonych przez badane studentki pozwala określić pewne tendencje zaznaczające się w obrębie czterech wyszczególnionych kategorii zachowań zdrowotnych. W przypadku najniżej ocenionych nawyków żywieniowych zaznaczyło się stosunkowo częste spożywanie warzyw i owoców (54,6%) oraz pieczywa pełnoziarnistego (49%) w porównaniu z rzadkim eliminowaniem z diety substancji obciążających organizm i szkodliwych, jak: sól (46,2%), tłuszcz i cukier (47,6%) oraz żywność z konserwantami (50,4%).

Z kolei najwyżej ocenione nastawienie psychiczne określone zostało przez posiadanie grona przyjaciół i uregulowanego życia rodzinnego (74,2%), pozytywne myślenie (49,7%), otwartość i branie pod uwagę wypowiedzi osób zaniepokojonych zdrowiem danej osoby (47,6%). Rzadziej wskazywane były: unikanie przygnębiających sytuacji (36,4%), silnych emocji i stresu (28%), a także unikanie uczuć gniewu czy lęku (28%).

Zachowania profilaktyczne respondentek najczęściej odnosiły się do: przestrzegania indywidualnych zaleceń lekarskich (67,2%), unikania przeziębień (65,8%) oraz uzyskiwania informacji medycznych w celu zrozumienia przyczyn zdrowia i choroby (63%). Natomiast najrzadziej uruchamiane działania to: posiadanie zanotowanych

⁴ $\chi^2 = 16,367$ df = 8 p.<0,037.

⁵ $\chi^2 = 26,323$ df = 8 p.<0,001.

⁶ $\chi^2 = 21,156$ df = 8 p.<0,007.

kontaktów do służb pogotowia ratunkowego (26,7%), zdobywanie informacji na temat stosowanych przez inne osoby strategii zabezpieczania zdrowia (25,2%) oraz wykonywanie regularnych badań (26,6%).

Wśród codziennych praktyk zdrowotnych badanych studentek najczęściej pojawiało się: ograniczenie palenia tytoniu (63,6%), kontrolowanie wagi ciała (42,7%) oraz dbałość o sen, jego jakość i długość (40,6%), unikanie nadmiernego i obciążającego wysiłku fizycznego (36,4%) i zapewnienie sobie odpowiedniej ilości odpoczynku (36,3%). Najrzadziej w codzienności badanych odnotowywana była dbałość o racjonalne rozłożenie w czasie i stosownie do możliwości aktywności obowiązkowej, tak by uniknąć przepracowania (28,7%).

Warto zwrócić uwagę, że liczna grupa studentek (67,8%) zaznaczyła, że w celu zwiększenia efektywności działań sprzyjających zdrowiu systematycznie wykorzystuje różne rozwiązania techniczne. Wśród wymienionych znalazły się:

- krokomierz (42%),
- aplikacje na telefon (40,6%),
- opaska monitorująca (24,5%),
- licznik spalanych kalorii (16,1%),
- analizator wartości odżywczej spożywanych pokarmów (9,1%),
- analizator długości i głębokości snu (7,7%),
- pulsometr (4,2%).

Zdecydowana większość przedstawionych rozwiązań może współwystępować na jednym urządzeniu. Nierzadko też opaska monitorująca sprzężona jest z aplikacją zainstalowaną w telefonie. Zdecydowana większość z nich może dostarczać jednocześnie informacji na temat liczby dziennie wykonanych kroków, aktywności fizycznej i przy tej okazji spalonych kalorii, wartości określających sprawność funkcjonowania układu krążenia oraz trybu i jakości snu, a także wiele innych, np. poziom stresu czy nasycenie krwi tlenem⁷.

Badane studentki często wykorzystywały zróżnicowane rozwiązania techniczne w celu wspomagania swojej aktywności zdrowotnej, przydatne one były zarówno w monitorowaniu kondycji organizmu, jak i organizowaniu planów treningowych czy wprowadzanych rozwiązań dietetycznych.

Budżet czasu wolnego badanych i jego wykorzystanie

Czas wolny jako ten, który pozostaje do dyspozycji człowieka po wypełnieniu wszelkich działań obowiązkowych oraz zaspokojeniu podstawowych potrzeb organizmu, może być dobrowolnie organizowany i przeznaczony np. na wypoczynek, rozrywkę czy samodoskonalenie (Winiarski, 2011). Może być także spożytkowany na aktywność prozdrowotną, sam w sobie jest też kategorią sprzyjającą zdrowiu,

⁷ 5G: sieci telekomunikacyjne nowej generacji, <https://www.gov.pl/web/5g/opaski-monitorujace-zdrowie> [dostęp: 26.06.2025].

kiedy przez odpowiednio dobraną aktywność i jej organizację przyczynia się do regeneracji sił organizmu.

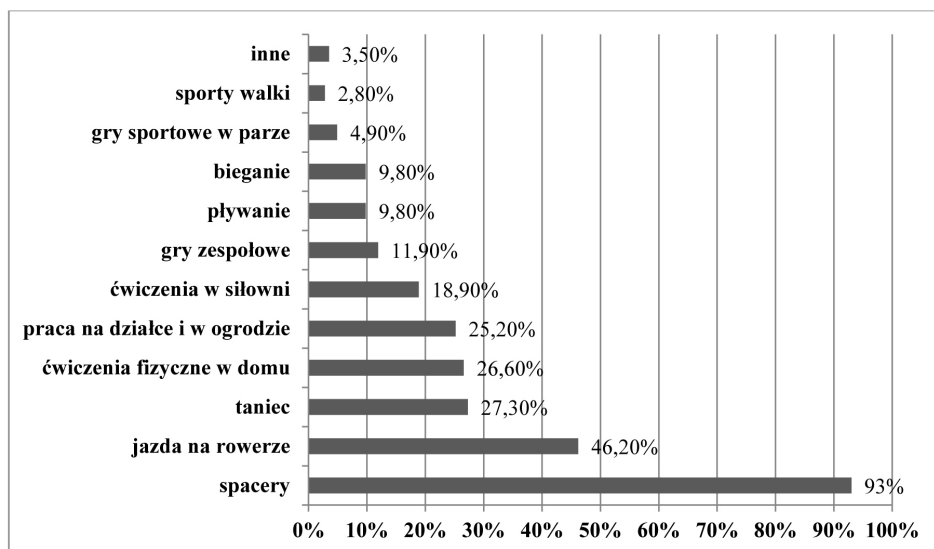
Dostępność czasu wolnego jest kwestią mocno zindywidualizowaną. Także w badanej grupie mniej niż co trzecia osoba (29,4%) określiła budżet swojego czasu wolnego jako zadowalający. Najwięcej osób zaznaczyło, że nie posiada zbyt wiele wolnego czasu (44,1%). Z kolei 26,6% studentek nie potrafiło jednoznacznie w tej kwestii się wypowiedzieć.

Wskazywane przez respondentki aktywności wypełniające ich czas wolny w niewielkiej części związane były z realizacją posiadanych przez nie pasji i zainteresowań (6,9%). Najczęściej wśród wymienianych pojawiały się zarówno te, które związane są z aktywnością fizyczną, biernym i aktywnym uczestnictwem w sztuce czy biernym odpoczynkiem. Najpowszechniejszą formą aktywności wolnoczasowej była aktywność odbiorcza, odnotowano ją w 30% przypadków. Studentki spędzały swój czas na: oglądaniu seriali i filmów, słuchaniu muzyki, oglądaniu TikToka, reality show, przeglądaniu social mediów i internetu oraz oglądaniu programów telewizyjnych. Co piąta badana podkreślała spędzanie czasu wolnego wspólnie z osobami bliskimi (18,8%) oraz przyjaciółmi i znajomymi (20,8%), a niektóre osoby poświęcały go opiece nad zwierzętami (spacery i zabawa z psem, wyprowadzenie psów ze schroniska – 6,2%). Zbliżony odsetek badanych wskazał na aktywność poznawczą (23,7%) oraz rekreacyjną z lekką aktywnością fizyczną (23%). W tym pierwszym przypadku najliczniej wskazywane było czytanie książek oraz nauka – przygotowanie się do zajęć, ale także rozwiązywanie krzyżówek. Z kolei w grupie aktywności fizycznej odnotowano najliczniej spacery oraz odpoczynek w ogrodzie i na działce, najrzadziej podróżowanie i zwiedzanie oraz pobyt i zabawa z dziećmi na placu zabaw. Kilkunastoprocentowa (14,6%) grupa respondentek w czasie wolnym wybierała bierny odpoczynek, relaks i sen. Inne rzadziej wymieniane grupy działań podejmowanych przez badane studentki w czasie wolnym to: artystyczne i kreatywne (6,9%) – gra na instrumentach, malowanie, fotografowanie, rękodzieło i robótki ręczne, śpiew; użytkowe (4,1%) – gotowanie i szycie na maszynie; rozrywkowe (4,1%) – gry na komputerze i planszowe; aktywność sportowa (5,5%) – jazda na rowerze, bieganie, siłownia, ćwiczenia na sali treningowej. Wśród innych jeszcze form aktywności (6,9%) znalazły się: sprząatanie, zakupy, praca, modlitwa oraz *marnowanie czasu na telefonie*.

Aktywność fizyczna badanych

Studentki wskazywały na częste podejmowanie aktywności fizycznej, rzadziej sportowej. Wszystkie wskazane przez indagowane formy aktywności zostały zestawione na wykresie 1.

Dominującą formą aktywności były spacery, takiej odpowiedzi udzieliło aż 93% badanych. Nie zawsze spacer był aktywnością niezależną, podejmowaną z myślą o niej samej. Zwykle realizowane były działania polegające na pieszym przemieszczaniu



Wykres 1. Aktywność fizyczna/sportowa badanych

Źródło: badania własne.

się z miejsca na miejsce, np. powrót ze sklepu, z zajęć czy też z pracy. Aktywność tę tłumaczono jako prozdrowotną, realizowaną kiedy to tylko jest możliwe. Blisko połowa badanych (46,2%) wskazywała na częstą jazdę na rowerze, w tym przypadku podobnie mieściły się zarówno te działania, gdy jazda na rowerze jest podejmowana dla przyjemności, jak i wtedy, gdy stanowiła alternatywne źródło transportu wobec komunikacji miejskiej czy samochodu. Poza rowerem badane często wybierały także jazdę na hulajnodze, rzadziej na rolkach. Pewna grupa wskazywała na regularnie realizowaną aktywność taneczną oraz ćwiczenia w domu i na świeżym powietrzu. Wymieniane wówczas były m.in. joga, pilates czy nordic walking. Co czwarta studentka podkreśliła częstą pracę na działce lub w przydomowym ogrodzie. Kilkunastoosobowa grupa regularnie uczestniczyła w ćwiczeniach w siłowni. Mniejszą frekwencję odnotowały: regularnie uprawiane gry zespołowe, takie jak siatkówka czy koszykówka. Stosunkowo mało popularne w badanej grupie było bieganie i pływanie, uprawiało je systematycznie po 9,8% badanych. Najrzadziej pojawiające się wskazania to: gra w tenisa (ziemnego lub stołowego), sporty walki (boks, aikido, taekwondo) oraz inne, w tej grupie wymieniane były: jazda konna, hula-hoop z obciążeniem i ćwiczenia na torach OCR.

Podsumowanie

Podsumowując przedstawione powyżej wyniki badań, należy zauważyć, że ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych w grupie respondentek wynosił 76,55,

co daje wynik niski. Ustalenia płynące z innych projektów badawczych zrealizowanych w grupach studenckich oraz przy użyciu *Inwentarza Zachowań Zdrowotnych* (IZZ) wskazują na pewne podobieństwa. Porównywalne wyniki (73,19) odnotowano w sondażu przeprowadzonym w latach 2010/2011 wśród studentów pielęgniarstwa (Walentyńowicz, Łysak, Wilk, 2013). Wynik ten był nieco niższy od tego, który osiągnęli studenci i nauczyciele wychowania fizycznego (odpowiednio: 80,22 i 84,5) uczestniczący w badaniach przeprowadzonych w 2023 roku (Nowak, Lelonek, Suliga, Choła, 2024). Średnia wartość wskaźnika zachowań zdrowotnych dla dorosłych osób w Polsce według Z. Juczyńskiego wynosi 81,8 pkt, a zatem osiągnięty w sondowanej grupie wynik jest nieco niższy. Wśród czterech podlegających opisowi grup zachowań zdrowotnych najwyżej ocenione zostało nastawienie psychiczne, a w nim takie wskaźniki jak: posiadanie relacji przyjacielskich i uregulowanego życia rodzinnego oraz dominacja pozytywnego myślenia. Rzadziej wskazywano na sprawność w zakresie regulacji emocjonalnej. Zachowania profilaktyczne najczęściej sprowadzały się do przestrzegania indywidualnych zaleceń lekarskich, unikania infekcji sezonowych oraz rozpoznawania przyczyn choroby i uwarunkowań zdrowia. Rzadziej wskazywano na regularne wykonywanie prewencyjnych badań laboratoryjnych. W zakresie praktyk zdrowotnych studentki najczęściej wymieniały ograniczenie palenia tytoniu oraz kontrolowanie wagi ciała i dbałość o sen. Rzadziej pojawiało się: racjonalne organizowanie swojego czasu i planowanie działania w celu uniknięcia przeciążającej aktywności. Najniżej badane samoopisały się w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych. Wśród tych prozdrowotnych dominowała obecność warzyw i owoców w diecie. Jednocześnie rzadziej wskazywano na rezygnację z żywności przetworzonej, nasyczonej solą, cukrem i substancjami konserwującymi.

Respondentki w większości (44,1%) opisały się jako osoby mocno zajęte, nieposiadające zbyt wiele wolnego czasu. Czas ten rzadko przeznaczany był przez nie na realizację własnych pasji i zainteresowań. Najczęściej realizowaną wówczas była aktywność odbiorcza (oglądanie seriali, przeglądanie zasobów internetu), poznawcza (np. czytanie książek) i rekreacyjna z lekką aktywnością fizyczną (spacery, praca na działce i w ogrodzie), a także odpoczynek.

Badane opisując kategorię zdrowia, podkreślały jego duże znaczenie, na poziomie przeciętnym określiły swoją kondycję zdrowotną w trzech wyodrębnionych wymiarach, przy czym najwyżej oceniły wymiar społeczny swojego funkcjonowania zdrowotnego, natomiast najniżej fizyczny, co pozwala przypuszczać, że właśnie w tym drugim zakresie badane doświadczają największej trudności i obciążeń. Studentki deklarowały też wysoką wartość zdrowia, zaś w celu organizowania działań sprzyjających dobrostanowi ogólnemu w licznej grupie (68,7%) wykorzystywały różne urządzenia techniczne, a przede wszystkim funkcje: liczenia kroków, spalanych kalorii, wartości odżywczej spożywanych posiłków, długości i jakości snu oraz pomiaru tętna.

Zachowania zdrowotne w objętej sondażem grupie studenckiej realizowane były przeważnie na poziomie niskim, rzadziej przeciętnym. Ustalenie takie implikuje postulat upowszechniania szerzej rozumianej promocji zdrowia w grupie młodych dorosłych. O ile niektóre elementy strategii nastawionej na wspieranie potencjału zdrowotnego uznać można za stosunkowo dobrze już zaznaczone w społecznym działaniu, o tyle inne wymagają bardziej aktywnego wdrożenia, niektóre też wydają się być realizowane w sposób niekonsekwentny. Przykładem mogą być nawyki żywieniowe, gdzie z jednej strony badane zaznaczyły częstą obecność w ich diecie owoców i warzyw, ale jednocześnie nierzadko pojawiały się tam również produkty wysoko przetworzone i zawierające konserwanty. Podobnie aktywność fizyczna w grupie badanych studentek odnosiła się głównie do spacerów i pracy w ogrodzie. Biorąc pod uwagę dominację aktywności głównie odbiorczej w czasie wolnym, trudno spodziewać się, że ich zestawienie może się zbilansować. Wydaje się także, że z większą mocą należy propagować znaczenie czasu wolnego jako tego, który może być przez jednostkę wykorzystywany na realizację posiadanych zdolności i zainteresowań, a tym samym sprzyjać satysfakcjonującemu funkcjonowaniu osobistemu. W takiej aktywności pasjonackiej poza walorem samorealizacyjnym, upatrywać też można skutecznych strategii regulacji emocji, dobrostanu psychicznego, oddziałującego przecież na ogólny stan organizmu człowieka.

Bibliografia

1. 5G: sieci telekomunikacyjne nowej generacji. <https://www.gov.pl/web/5g/opaski-monitorujace-zdrowie> [dostęp: 26.06.2025].
2. Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Institute for Futures Studies, Stockholm, <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf> [dostęp: 2.03.2023].
3. Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991). *Social Model of Health*. https://www.nwci.ie/download/pdf/determinants_health_diagram.pdf [dostęp: 21.02.2023].
4. Denys, K., Zboralski, K. (2015). Psychospołeczne aspekty zdrowia. W: A. Denys (red.), *Zagrożenia zdrowia publicznego. Cz. 2. Zdrowie człowieka a środowisko*. Wolters Kluwer Polska, s. 80–109.
5. Feliksiak, M., Omyła-Rudzka, M. (2024). *Zdrowie i zachowania prozdrowotne Polaków. Komunikat z badań*. CBOS, 89, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2024/K_089_24.PDF [dostęp: 5.08.2025].
6. Gawęł, A. (20023). *Pedagogzy wobec wartości zdrowia*. Kraków: Wyd. UJ.
7. Heszen-Niejodek, I. (1997). Psychologia zdrowia jako dziedzina badań i zastosowań praktycznych. W: H. Sęk, I. Heszen-Niejodek (red.), *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN, s. 21–39.
8. Juczyński, Z. (2012). *Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia, Podręcznik*. Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
9. Maszczak, T. (2005). Zdrowie jako wartość uniwersalna. *Roczniki Naukowe AWF w Poznaniu*, z. 54, s. 73–81.
10. Mazur, J. (2010). *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej na podstawie badań HBSC*. ORE, <https://bezpiecznaszkola.men.gov.pl/wp-content/uploads/2015/09/Mazur.pdf> [dostęp: 21.02.2023].

11. Nowak, P.F., Lelonek, M., Suliga, E., Choła, Ł. (2024). Determinanty zachowań zdrowotnych nauczycieli i studentów wychowania fizycznego. *Medycyna Pracy Workers' Health and Safety*, nr 4, vol. 75, s. 355–365, DOI: <https://doi.org/10.13075/mp.5893.01487>.
12. Puchalski, K., Korzeniowska, E., Piwowarska-Pościk, L., (1999). *Aktywność zdrowotna a świadomość potoczna. Raport z badań*. Instytut Medycyny Pracy im. Prof. Jerzego Nofera.
13. Skalski, D.W., Kowalski, D., Graczyk, M., Rybak, O., Kindzer, B., Kuryk, O. (2022). Uczestnictwo w kulturze fizycznej i edukacji zdrowotnej – wybrane zagadnienia. *Rehabilitation and Recreation*, nr 12, s. 168–176, DOI <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2022.12.22>.
14. Sygit, M. (2027). *Zdrowie publiczne*. Warszawa: Wolters Kluwer.
15. Syrek, E. (2008). *Zdrowie i wychowanie a jakość życia. Perspektywy i humanistyczne orientacje poznawcze*. Katowice: Wyd. UŚ.
16. Tabak, I. (2017). Edukacja zdrowotna w rodzinie. W: B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*. Warszawa: PWN, s. 211–243.
17. Walentukiewicz, A., Łysak, A., Wilk, B. (2013). Zachowania zdrowotne studentek pielęgniarstwa. *Problemy Pielęgniarstwa*, t. 21, z. 4, s. 484–488.
18. Walentynowicz-Motyl, K. (2017). Wielowymiarowe modele zdrowia. *Hygeia Public Health*, 52(1), s. 1–5.
19. Winiarski, R. (2011). Wprowadzenie do zagadnień rekreacji i czasu wolnego. W: R. Winiarski (red.), *Rekreacja i czas wolny: studia humanistyczne*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie Oficyna Wydawnicza Łośgraf – Wiesław Łoś, s. 13–25.
20. Woźniak, M., Brukwicka, I., Kopański, Z., Kollar, R., Kollarova, M., Bajger, B. (2015). Zdrowie jednostki i zbiorowości. *Journal of Clinical Healthcare*, nr 4, s. 2.
21. Ziółkowska, B. (2005). Okres wczesnej dorosłości. Jak rozpoznawać potencjał młodych dorosłych? W: A.I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*. Gdańsk: GWP, s. 423–468.

dr Aldona Monika Małyśka

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie