ROZPRAWY NAUKOWE
Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu

2019, 65, 103–112

Ryszard Bartoszewicz, Okan Oruc
Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu

KIERUNEK STUDIÓW A STRUKTURA ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH STUDENTÓW W TURCJI NA PRZYKŁADZIE ŚRODOWISKA UNIWERSYTETU MUSTAFY KEMALA W HATAY

Cel badań. Celem badań była próba określenia związków zachowań zdrowotnych wybranych studentów jednego z uniwersytetów w Turcji z kierunkiem podjętych przez nich studiów. W pracy przyjęto pytania badawcze uwzględniające zmienne zależne i niezależne oraz porównawcze: 1. Jaki jest poziom zachowań zdrowotnych badanych studentów? 2. Ile godzin w tygodniu badani studenci przeznaczają na podejmowanie aktywności ruchowej? 3. Czy i w jaki sposób płeć oraz kierunek studiów różnicują zachowania zdrowotne i aktywność ruchową badanych studentów? **Materiał i metody.** Materiał badawczy stanowiły wyniki sondaży przeprowadzonych w grupie 174 studentów. Badaniami objęto studentów obojga płci studiujących na kierunkach wychowania fizycznego, antropologii oraz filologii angielskiej Uniwersytetu Mustafy Kemala w Hatay. Główną metodą zbierania materiału faktograficznego był sondaż diagnostyczny. Do badania stanu zachowań zdrowotnych wykorzystano Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) Juczyńskiego, do którego to narzędzia dołączono krótką ankietę dotyczącą płci, wieku, kierunku studiów oraz czasu tygodniowej aktywności ruchowej podejmowanej przez respondenta poza codziennymi obowiązkami. **Wyniki.** Badani wykazywali przeciętny poziom zachowań zdrowotnych według skali stenowej IZZ. Blisko 60% objawiało bardzo niską aktywność fizyczną. Badane kobiety charakteryzowały się wyższym poziomem zachowań zdrowotnych niż mężczyźni. W zakresie aktywności fizycznej było odwrotnie. **Wnioski.** W badanym środowisku dało się zauważyć pozytywne związki między kierunkiem studiów związanych z zagadnieniami zdrowia a zachowaniami zdrowotnymi i aktywnością fizyczną studentów tego kierunku. Studenci innych kierunków wykazywali niższy poziom zachowań zdrowotnych i aktywności fizycznej.

Słowa kluczowe: zachowania zdrowotne, aktywność fizyczna, zdrowie, młodzież akademicka

WPROWADZENIE

Dynamiczny rozwój cywilizacyjny, który w drugiej połowie XX w. stał się zjawiskiem globalnym, nie przyniósł współczesnym pokoleniom wyłącznie pozytywnych zmian. Postęp technologiczny przyczynił się wprawdzie do podniesienia ogólnego komfortu życia człowieka, ale głównie w kontekście jego ułatwień. Niestety z biomedycznego punktu widzenia ułatwienia funkcjonowania w życiu codziennym w istotny sposób pogorszyły ogólny obraz zdrowia wielu jednostek, grup społecznych, a nawet społeczeństw.

Praca wpłynęła do Redakcji: 02.09.2019
Zaakceptowano do druku: 24.09.2019

Adres do korespondencji: Ryszard Bartoszewicz, Katedra Pedagogiki Kultury Fizycznej, Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu, ul. Witelona 25, 51-617 Wrocław, e-mail: Ryszard.bartoszewicz@awf.wroc.pl

Jak cytować:
Bartoszewicz, R., Oruc, O. (2019). Kierunek studiów a struktura zachowań zdrowotnych studentów w Turcji na przykładzie środowiska Uniwersytetu Mustafy Kemala w Hatay. *Rozprawy Naukowe AWF we Wrocławiu*, *65*, 103–112.

Z badań Światowej Organizacji Zdrowia wynika, że 70–80% zgonów w krajach wysokorozwiniętych oraz 40–50% w krajach słabo rozwiniętych jest skutkiem chorób spowodowanych niezdrowym trybem życia. Choroby wywoływane przez infekcje ustąpiły miejsca takim schorzeniom, jak nadciśnienie tętnicze, otyłość, cukrzyca, choroby wieńcowe, które są następstwem niezdrowego trybu życia. Okazuje się, że najistotniejszym czynnikiem mogącym poprawić stan zdrowia oraz zapobiec chorobom, jest zmiana trybu życia (Cockerham, 2005; Ostrowska, 1999).

Zdrowie jest jednym z podstawowych praw człowieka, a jego zapewnienie oraz utrzymywanie należy zarówno do jednostki, jak i do służb medycznych. Każdy musi mieć wolę poprawy zdrowia oraz kontrolować swoje nawyki, aby stan ten utrzymać. Aby to uczynić, zdrowe nawyki muszą zostać wytworzone i zachowane. Dlatego niezwykle ważna dla zdrowia publicznego jest obserwacja zachowań ludzi pod kątem zdrowego trybu życia, a także wspieranie ich w uzupełnianiu wiedzy na ten temat.

Poprawa stanu zdrowia jako koncept nie jest nowym pomysłem – jego korzenie sięgają XIX-wiecznych założeń dotyczących zdrowia publicznego. Jednakże jako koncepcja polityki zdrowotnej został zainaugurowany w 1974 r. (Baum, 2016; Green, Poland i Rootman, 2000). Od tego czasu promocja zdrowia stała się znaczącą strategią polityki zdrowotnej. Co więcej Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zgodziła się, że jest to klucz do osiągnięcia celu, jakim jest „zdrowie dla wszystkich".

W 1986 r. w Ottawie odbyła się Pierwsza Międzynarodowa Konferencja Poprawy Zdrowia. W późniejszych latach, dokładnie w 1988 r. w Adelajdzie (Australia), miała miejsce następna międzynarodowa konferencja na temat promocji zdrowia. W październiku tego samego roku, po kolejnej konferencji w Ottawie, ogłoszono manifest, który został poparty przez wiele ruchów społecznych i dyscyplinarnych. Manifest zawierał definicję konceptu poprawy zdrowia, którego podstawą jest jego świadomość oraz wynikające z niej celowe działania jednostki ku jego pomnażaniu.

Szczególną rolę w przyjęciu ideowo-politycznej deklaracji stanowił naukowy paradygmat salutogenetycznej koncepcji zdrowia opracowany przez Aarona Antonovky'ego. Salutogeneza odchodzi od dychotomicznego podziału na zdrowie i chorobę, zakładającego, że stanowią one dwa odmienne i przeciwstawne stany, a wprowadza „kontinuum zdrowie – choroba", w którym na jednym biegunie znajduje się zdrowie idealne, a na drugim, przeciwstawnym, choroba śmiertelna, zagrażająca życiu. Pomiędzy tymi dwoma biegunami rozciąga się szeroka skala możliwości, a miejsce, w którym znajduje się jednostka, opisuje jej poziom (stan) zdrowia, będący cechą dynamiczną i zmieniającą się w czasie pod wpływem różnych czynników i okoliczności, a zwłaszcza w wyniku tzw. zachowań zdrowotnych człowieka (Antonovsky, 1995, 1996). Według Lalonde'a (1974) największy wpływ na zdrowie, bo aż około 53-procentowy, ma styl życia. Pozostałe czynniki to oddziaływanie środowiska (20%), uwarunkowania genetyczne (17%) i opieka zdrowotna (10%) (Cendrowski, 1993).

Decydujące znaczenie stylu życia, a w nim zachowań zdrowotnych, pociąga za sobą konieczność bardzo intensywnych działań w zakresie promocji zdrowia czyli świadomego wysiłku jednostek i społeczeństwa skoncentrowanego na umożliwieniu każdemu człowiekowi pozytywnego oddziaływania na własne zdrowie w aspekcie jego utrzymania i poprawy (Karski, 2003).

Promocja zdrowia powinna zatem wypracować strategie mediacji między ludźmi a ich środowiskiem, aby doprowadzić do zwiększenia odpowiedzialności społecznej za zdrowie jednostki. W praktyce oznacza to wpływ na świadomość człowieka skutkujący

zmianą stylu życia, kształtowanie prozdrowotnych zachowań oraz tworzenie warunków, które sprzyjać będą ochronie i poprawie zdrowia (Andruszkiewicz i Banaszkiewicz, 2008).

Najbardziej skuteczny sposób oddziaływania na świadomość człowieka oparty jest na racjonalnym, systematycznym i ukierunkowanym na określony cel procesie edukacyjnym. W tym kontekście promocja zdrowia powinna być w znacznej części tożsama z edukacją zdrowotną. Pełna edukacja zdrowotna ma doprowadzić do wypracowania wzorców, dzięki którym człowiek będzie myślał i świadomie dokonywał wyborów na rzecz swego zdrowia, co wpłynie na osiągnięcie wyższej jakości życia (Miller, Wysocki i Cianciara, 2003; Strużycka, Małkowska i Stopa, 2005).

W realizowanie promocji zdrowia powinna być zaangażowana polityka państwa, inicjatywy społeczne na rzecz zdrowia oraz organizacje systemu edukacji prozdrowotnej. Zgodnie z wynikami wielu badań już na pierwszych etapach życia dziecka należy kształtować postawy prozdrowotne i wzmacniać je w trakcie edukacji szkolnej, aby kształtować podejmowanie właściwych decyzji dotyczących zdrowia. Na początku przewagę w edukacji zdrowotnej człowieka mają działania wychowawcze, zwłaszcza w kształceniu dzieci i młodzieży. Proces ten przebiega pod kierunkiem rodziców, nauczycieli oraz innych osób zaangażowanych w wykształcenie dziecka. Na dalszych etapach edukacyjnych – przede wszystkim na poziomie studiów wyższych – poza aspektami programowymi należy zwrócić szczególną uwagę na wpływ środowiska fizycznego (miejsce zamieszkania), społecznego (rówieśnicy, mass media) i kulturowego (miejsce zdrowia w hierarchii wartości) (Woynarowska, 2012).

Finalny etap studiów wyższych, kończąc formalną edukację zdrowotną, doprowadza do uzyskania przez ich absolwenta kompetencji, które w dalszym życiu może on wykorzystywać w wypełnianiu nieformalnej roli nauczyciela zdrowia własnych dzieci i innych osób z najbliższego otoczenia społecznego (Bartoszewicz, Gandziarski i Krawczyk, 2017). Można przyjąć, że poziom tych kompetencji koresponduje z poziomem zachowań zdrowotnych danej osoby. Jednocześnie ważnym czynnikiem edukacji zdrowotnej na poziomie wyższym jest kierunek podjętych studiów. Na kierunkach o profilach przyrodniczych czy biomedycznych programowe treści edukacyjne w wielu przypadkach bezpośrednio dotyczą problematyki zdrowia i jego pomnażania. Tak jest również na studiach w obszarze nauk o kulturze fizycznej. Jednak na wielu innych kierunkach studiów programy kształcenia nie nawiązują do kwestii zdrowia i rozwijanie świadomości prozdrowotnej studentów odbywa się bardziej w oparciu o mechanizmy promocji rozumiane w aspekcie kulturowym i medialno-akcyjnym. Stąd też efekty edukacji zdrowotnej studentów obrazowane stanem ich aktualnych zachowań zdrowotnych mogą być zróżnicowane w zależności od podejmowanych kierunków studiów. To założenie było podstawą podjęcia zadania badawczego przedstawionego w niniejszym opracowaniu.

Wybór środowiska społecznego poddanego badaniom jest konsekwencją kilku czynników. Po pierwsze, jeden z autorów – obywatel Turcji – po ukończeniu studiów licencjackich w swoim kraju kontynuował edukację na poziomie magisterskim i doktorskim w Polsce. Zapewniło mu to zdobycie wielu zróżnicowanych doświadczeń w omawianym obszarze praktyki społecznej. Po drugie, mimo iż Turcję i Polskę dzieli wiele różnic kulturowych, to jednak poruszane w opracowaniu problemy cywilizacyjno-kulturowe ze względu na swój globalny charakter są wspólne. Jednocześnie sama Turcja jest krajem bardzo zróżnicowanym. Różnice mają wieloraki aspekt. Wynikają z wielonarodowościowego charakteru społeczeństwa tego kraju, różnego poziomu rozwoju gospodarczego jego zachodniej i wschodniej części, a także z mniejszych lub większych wpływów kultury Europy Zachodniej w poszczególnych jego regionach.

CEL BADAŃ

Celem badań była próba określenia związków zachowań zdrowotnych wybranych studentów jednego z tureckich uniwersytetów z kierunkiem podjętych przez nich studiów. Jednocześnie podjęto się analizy uzyskanych wyników na tle podobnych badań przeprowadzonych na uczelniach wrocławskich.

W pracy przyjęto pytania badawcze uwzględniające zmienne zależne i niezależne oraz porównawcze:

1. Jaki jest poziom zachowań zdrowotnych badanych studentów?
2. Ile godzin w tygodniu badani przeznaczają na podejmowanie aktywności ruchowej?
3. Czy i w jaki sposób płeć oraz kierunek studiów różnicują zachowania zdrowotne i aktywność ruchową badanych?

MATERIAŁ I METODY

Materiał badawczy stanowiły wyniki sondaży przeprowadzonych wśród 174 studentów obojga płci studiujących na kierunkach wychowania fizycznego, antropologii oraz filologii angielskiej Uniwersytetu Mustafy Kemala w Hatay (tab. 1).

Tabela 1. Struktura badanej grupy

	Wychowanie fizyczne	Antropologia	Filologia angielska	Łącznie
Ogółem	58	56	60	174
Kobiety	20 (34,5%)	23 (41,1%)	41 (68,3%)	84 (48,3%)
Mężczyźni	38 (65,5%)	33 (58,9%)	19 (31,7%)	90 (51,7%)

Hatay to prowincja leżąca w południowo-wschodniej Turcji. Stolica tego regionu jest Antiochia będąca siedzibą Uniwersytetu. Prowincja stanowi główne skupisko ludności arabskiej w Turcji, jednak środowisko uniwersyteckie jest mieszane. Zróżnicowanie płciowe badanych studentów odzwierciedla typowe proporcje w liczbie kobiet i mężczyzn na poszczególnych kierunkach studiów.

Główną metodą zbierania materiału faktograficznego był sondaż diagnostyczny. Do badania zachowań zdrowotnych wykorzystano Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) Zygfryda Juczyńskiego. Inwentarz umożliwia określenie ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych, który stanowi sumę uzyskaną z oceny czterech kategorii zachowań (Juczyński, 2012). Do inwentarza dołączono krótką ankietę dotyczącą płci respondenta, jego wieku, kierunku studiów oraz czasu tygodniowej aktywności ruchowej podejmowanej poza codziennymi obowiązkami.

Analizy statystycznej uzyskanego materiału faktograficznego dokonano za pomocą arkusza kalkulacyjnego Excel pakietu Microsoft Office 2013. Obliczono wskaźniki wartości średnich, odchylenia standardowego, frakcji procentowych oraz istotności różnic przy $p < 0,05$.

WYNIKI

Wyniki sondażu z zastosowaniem IZZ wskazują na ogólnie przeciętny stan zachowań zdrowotnych badanych studentów (tab. 2). Średnia wartość sumarycznego wskaźnika zachowań zdrowotnych (ZZ) wynosząca 80,85 w dziesięciostopniowej skali stenowej dla całej grupy dała średni wynik (AVG) w wysokości 5,36. Wartość odchylenia standardowego (SD) 1,36 wskazuje na nieznaczne zróżnicowanie badanej grupy w tym zakresie.

W strukturze zachowań zdrowotnych badanych dominowały składowe związane z pozytywnymi nastawieniami psychicznymi (PNP) – AVG = 21,78. Na nieco niższym poziomie znalazły się działania w zakresie praktyk zdrowotnych (PZ) – AVG = 20,47 oraz prawidłowych nawyków żywieniowych (PNŻ) – AVG = 19,73. Zdecydowanie najniższy okazał się poziom zachowań profilaktycznych (ZP) – AVG = 18,87. Warto zauważyć, że niższym wartościom wskaźników składowych towarzyszy wyższe zróżnicowanie badanej grupy w danym zakresie.

Wyniki dotyczące zróżnicowania zachowań zdrowotnych respondentów mają wyraźne powiązanie z ich płcią (tab. 3). Wartości średnie ogólnego stanu zachowań zdrowotnych (ZZ) badanych kobiet istotnie statystycznie przewyższają poziom odnotowany u mężczyzn ($p < 0,05$). Jednocześnie wartości odchylenia standardowego w obu podgrupach wskazują na wyraźnie większą jednolitość środowiska badanych kobiet w tym zakresie. Struktura zachowań zdrowotnych zarówno kobiet, jak i mężczyzn była zgodna ze strukturą określoną na dla całej badanej grupy. Wartości wskaźników każdej składowej okazały się wyższe u kobiet, a największe różnice stwierdzono w odniesieniu do zachowań profilaktycznych (ZP), choć nie uzyskały one znaczenia statystycznego. Podobnie jak w analizie całej grupy, największe zróżnicowanie wyników zauważono w tych składowych zachowań zdrowotnych, których wskaźniki osiągnęły najniższe wartości (ZP oraz PNŻ).

Zaskakujące wyniki uzyskano w analizie zachowań zdrowotnych w kontekście kierunku studiów (tab. 4). Wyniki zebrane w sondażu studentów kierunku wychowania fizycznego zestawiono z wynikami słuchaczy reprezentujących kierunki studiów niepowiązane programowo z zagadnieniami związanymi ze zdrowiem człowieka. Studenci wychowania fizycznego uzyskali wyraźny, choć nieistotny statystycznie średni wskaźnik ogólnych zachowań zdrowotnych. Zróżnicowanie tej grupy w tym zakresie było

Tabela 2. Struktura zachowań zdrowotnych badanych studentów – ogółem

	ZZ	STEN	PNŻ	ZP	PNP	PZ
AVG	80,85	5,36	19,73	18,87	21,78	20,47
SD	9,79	1,36	4,07	3,67	3,11	2,99

Tabela 3. Struktura zachowań zdrowotnych badanych w kontekście dymorfizmu płciowego

Płeć		ZZ	STEN	PNŻ	ZP	PNP	PZ
Kobiety	AVG	83,74	5,38	20,58	20,01	21,89	21,17
	SD	8,65	1,28	3,52	3,59	2,94	2,65
Mężczyźni	AVG	79,83	5,35	19,67	18,41	21,63	20,12
	SD	12,06	1,74	4,53	4,62	3,98	2,85

Tabela 4. Struktura zachowań zdrowotnych badanych w kontekście kierunku studiów

Kierunek		ZZ	STEN	PNŻ	ZP	PNP	PZ
Wychowanie fizyczne	AVG	80,5	5,35	19,79	18,64	21,78	20,29
	SD	12,52	1,82	4,58	4,55	3,9	2,94
Inne	AVG	83,19	5,37	20,38	19,91	21,75	21,15
	SD	7,48	1,08	3,42	2,97	2,43	2,79

Tabela 5. Przeciętny tygodniowy czas aktywności fizycznej i odsetek badanych ją podejmujących

	0	1–3 godz.	4–7 godz.	8–10 godz.	>10 godz.
Ogółem	6%	51%	27%	9%	7%
Kobiety	8%	63%	24%	5%	0%
Mężczyźni	3%	40%	30%	12%	15%
Wychowanie fizyczne	5%	29%	33%	12%	21%
Inne kierunki	6%	62%	24%	7%	1%

większe niż w przypadku grupy pozostałych studentów. Podobnie jak w poprzednich analizach, również w kontekście kierunku studiów struktura składowych zachowań zdrowotnych okazała się podobna. Przeważały składowe PNP, PZ oraz PNŻ. Dało się jednak zauważyć większe zrównoważenie wewnętrzne zachowań zdrowotnych studentów innych kierunków.

W celu uzupełnienia informacji o stanie zachowań zdrowotnych respondentów zebrano dane dotyczące deklarowanego czasu tygodniowej aktywności ruchowej badanych (tab. 5).

Aktywność ruchowa jest istotnym wskaźnikiem praktyk zdrowotnych i zachowań profilaktycznych człowieka. Najwięcej badanych (51%) deklarowało, że poświęca na jej podejmowanie jedynie od 1 do 3 godzin w tygodniu. Jest to zdecydowanie niskie zaangażowanie fizyczne. Nieco ponad jedna czwarta studentów wskazała na aktywność w wymiarze od 4 do 7 godzin, natomiast u 16% odnotowano zadowalający bądź dobry poziom aktywności, na którą badani przeznaczali od 8 do 10 i więcej godzin w tygodniu. Niestety aż 6% ankietowanych przyznało, że nie podejmuje żadnej aktywności fizycznej.

Z przeprowadzonego sondażu wynika, że większą aktywność fizyczną przejawiali mężczyźni: 27% ich deklaracji wskazuje na zadowalający jej poziom (ponad 8 godzin w tygodniu). Do takiego poziomu przyznało się tylko 5% kobiet, przy czym nie odnotowano u nich, aby poświęcały na zajęcia ruchowe powyżej 10 godzin tygodniowo. Około 63% respondentek deklarowało, że przeznacza na aktywność fizyczną od 1 do 3 godzin w tygodniu. Taką odpowiedź zaznaczyło 40% mężczyzn. Badane również częściej (8%) od swoich kolegów (3%) deklarowały brak jakiejkolwiek aktywności fizycznej.

Poziom aktywności fizycznej studentów poddanych sondażowi odzwierciedla reprezentowane przez nich kierunki studiów. W analizie porównano wskaźniki uzyskane w grupie studentów wychowania fizycznego z wynikami zebranymi od pozostałych respondentów i stwierdzono związki między profilem i specyfiką kształcenia na poszczególnych kierunkach a potencjalnymi kompetencjami studentów. Nieco zaskakujące jest

to, że w grupie studentów wychowania fizycznego odsetek odpowiedzi sugerujących brak jakiejkolwiek aktywności fizycznej (5%) był podobny do deklaracji studentów pozostałych kierunków (6%). Dane pozyskane od studentów aktywnych jednoznacznie wskazują na wyższy poziom aktywności fizycznej słuchaczy wychowania fizycznego. Największe różnice odnotowano w odniesieniu do grup najbardziej aktywnych –odpowiednio 33% i 8% respondentów. Zdecydowanie mniejsza (29%) jest też grupa studentów wychowania fizycznego deklarujących niski poziom aktywności tygodniowej (1–3 godz.) w porównaniu z grupą studentów pozostałych kierunków nauki (62%). W tym kontekście, zwłaszcza że studenci wychowania fizycznego muszą podejmować aktywność fizyczną w trakcie obligatoryjnych zajęć na studiach, można dostrzec wyraźne związki między reprezentowanymi przez badanych studentów kierunkami studiów a ich aktywnością fizyczną. Być może, świadomość dużej aktywności fizycznej studentów wychowania fizycznego sprawia, że przywiązują oni mniejszą wagę do innych składowych zachowań zdrowotnych (tab. 4).

DYSKUSJA

Zachowania zdrowotne, ze względu na duże znaczenie dla zdrowia jednostki, a także tzw. zdrowia publicznego stały się, począwszy od końca XX w., tematem wielu prac badawczych. Szczególna ich intensyfikacja nastąpiła po roku 2000. Do najważniejszych opracowań w tym zakresie zaliczyć można publikacje Connera i Normana (2005), Glanz, Rimer i Viswanath (2008) czy Sallisa, Owena i Fishera (2015). W publikowanych badaniach można odnaleźć wątek zróżnicowania zachowań zdrowotnych w różnych grupach społecznych, w tym również z uwzględnieniem środowisk studenckich. Środowiska tureckie reprezentowane były m.in. w badaniach Hacıhasanoğlu, Yıldırım, Karakurt i Sağlam (2011). Autorzy objęli nimi studentów Uniwersytetu w Erzincan, u których wykazano przeciętny stan zachowań zdrowotnych. Niestety zastosowane narzędzia badawcze nie dają możliwości bezpośrednich porównań z wynikami niniejszego opracowania.

W naukowym piśmiennictwie tureckim odnaleźć można wyniki badań prowadzonych przez zespół Bahar, Beşer, Özbıçakcı i Öztürk (2013), w których wskazuje się na związki zachowań zdrowotnych kobiet z ukończonymi studiami. Autorzy zwracają uwagę na wyraźnie lepsze w tej grupie nawyki żywieniowe oraz aktywniejszy styl życia.

W 2014 r. ukazała się publikacja autorstwa Tansel i Karaoglan, które było jednym z pierwszych kompleksowych opracowań empirycznych identyfikujących zachowania zdrowotne dorosłych mieszkańców Turcji. Wyniki wskazały na wyraźną pozytywną zależność między poziomem wykształcenia (zwłaszcza wyższego) a poprawnymi zachowaniami zdrowotnymi. Niestety w dotychczasowych badaniach tureckich trudno doszukać się komparatywnego podejścia do stanu zachowań zdrowotnych w kontekście kierunku studiów i specjalizacji zawodowej. Tego typu analizy są natomiast podejmowane w Polsce.

W tym samy roku Palacz (2014) opublikowała wyniki badań obejmujących studentów kieleckiego środowiska akademickiego studiujących na czterech kierunkach: pedagogice, fizjoterapii, wychowaniu fizycznym oraz turystyce i rekreacji. Badania, przeprowadzone z zastosowaniem kwestionariusza IZZ, pozwoliły wykazać pewną zbieżność z wynikami przedstawionymi w niniejszym opracowaniu. Najwyższy poziom zachowań zdrowotnych

reprezentowany był przez słuchaczy fizjoterapii (ZZ = 77,57) oraz wychowania fizycznego (ZZ = 76,42). Jednak ogólny wynik uzyskany przez kieleckich studentów jest wyraźnie niższy niż dane zarejestrowane w Turcji. Badania Palacz również wskazują na znacząco wyższy poziom zachowań zdrowotnych kobiet niż mężczyzn.

Ciołek (2016) na podstawie analogicznej procedury metodologicznej określił zachowania zdrowotne studentów różnych kierunków studiów wybranych uczelni Wrocławia. Badaniami objęci zostali studenci Uniwersytetu, Politechniki oraz Akademii Wychowania Fizycznego, którzy jako jedyni reprezentowali kierunki związane z szeroko rozumianym zdrowiem. Również w tych badaniach wykazano pozytywne związki między stanem zachowań zdrowotnych a kierunkami studiów związanymi ze zdrowiem. Średnie wartości wskaźnika zachowań zdrowotnych studentów AWF (ZZ = 79,13) były wyższe niż u pozostałych respondentów (ZZ = 77,13). W środowisku uczelni wrocławskich również zauważono, podobnie jak w badaniach własnych, wyższy poziom zachowań zdrowotnych u kobiet niż u mężczyzn. Różnice były znaczące i bardzo wyraźne.

W raportach z badań nad zróżnicowaniem zachowań zdrowotnych u reprezentantów różnych grup zawodowych spotkać można także takie, które wskazują na inny obraz w tym zakresie. Andruszkiewicz i Nowik (2011) przedstawiły wyniki sondażu przeprowadzonego wśród pielęgniarek i nauczycielek w Elblągu. Ze względu na zastosowanie innego narzędzia badawczego nie można wprawdzie porównać poziomu zarejestrowanych zachowań zdrowotnych z wynikami badań własnych, ale ciekawe, że autorki wykazują brak zróżnicowania zachowań zdrowotnych badanych kobiet w kontekście ich specjalności zawodowej. Niemniej jednak w większości publikacji zdecydowanie częściej zależności takie są odnotowywane.

Na zakończenie warto odnieść uzyskane wyniki do danych przedstawionych w opracowaniu Juczyńskiego (2012) poświęconemu procedurze standaryzacji IZZ. W badaniach standaryzacyjnych autor określił poziomy polskich norm dla zachowań zdrowotnych ocenianych z zastosowaniem IZZ. Wartości wskaźników zarejestrowanych w Turcji mieszczą się w środku skali oceny, a wskazane wcześniej różnice dotyczą wyników surowych. Należy także podkreślić, że specyfika konstrukcji inwentarza praktycznie nie uwzględnia w diagnozowaniu zachowań zdrowotnych poziomu aktywności fizycznej. W związku z tym bezwzględnie wymagane powinno być stosowanie dodatkowego narzędzia identyfikującego aktywność, co pozwalałoby zobiektywizować uzyskiwane wyniki.

WNIOSKI

1. U badanych studentów wykazano przeciętny poziom zachowań zdrowotnych mierzonych skalą stenową przyjętego narzędzia badawczego. Różnice w kontekście poszczególnych zmiennych odnotowano w analizie wyników surowych. W strukturze zachowań respondentów dominowały składowe związane z pozytywnymi nastawieniami psychicznymi (PNP) oraz praktykami zdrowotnymi (PZ), a wyraźne barki stwierdzono w zakresie zachowań profilaktycznych (ZP).
2. Na podstawie deklarowanego przez badanych tygodniowego czasu aktywności fizycznej można stwierdzić, że jej poziom był zróżnicowany i ogólnie niewystarczający. Wskazuje na to blisko 60-procentowy odsetek respondentów niepodejmujących aktywności lub charakteryzujących się bardzo niskim jej poziomem.

3. Poziom zachowań zdrowotnych obrazowanych wynikami surowymi jest wyższy u badanych kobiet niż mężczyzn. Jednak w odniesieniu do deklarowanej aktywności fizycznej relacje te są odwrotne.
4. W badanym środowisku wykazano zmienne związki między kierunkami studiów a poziomem zachowań zdrowotnych i czasem tygodniowej aktywności fizycznej badanych. Deklaracje słuchaczy studiujący na kierunku wychowania fizycznego wskazują na większą ich aktywność fizyczną, ale na niższy poziom zachowań zdrowotnych w skali IZZ w stosunku do studentów pozostałych kierunków.

BIBLIOGRAFIA

Andruszkiewicz, A., Banaszkiewicz, M. (red.) (2008). *Promocja zdrowia*. Lublin: Czelej.

Andruszkiewicz, A., Nowik, M. (2011). Zachowania zdrowotne kobiet czynnych zawodowo. *Problemy Pielęgniarstwa*, *19*(2):148–152.

Antonovsky, A. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Fundacja IPN.

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot Int*, *11*(1):11–18.

Bahar, Z., Beşer, A., Özbıçakcı, S., Öztürk, M. (2013). Health Promotion Behaviors of Turkish Women. *Deuhyo Ed-Health Promotion and Women*, *6*(1), 9–16.

Bartoszewicz, R., Gandziarski, K., Krawczyk, A. (2017). Poczucie koherencji a zachowania zdrowotne nauczycieli zdrowia. *Rozprawy Naukowe AWF we Wrocławiu*, *58*, 89–101.

Baum, F. (2016) *The new public health*. Oxford: Oxford University Press.

Cendrowski, Z. (1993). *Dekalog zdrowego stylu życia*. Warszawa: Agencja Promo-Lider.

Ciołek, D. (2016). *Stan zachowań zdrowotnych studentów w kontekście ich preferencji muzycznych i poczucia koherencji*. Praca magisterska. Wrocław: AWF.

Cockerham, W.C. (2005). The theory of a healthy lifestyle and the convergence of agency and structure. *Journal of Health and Social Behavior*, *46*(1), 51–67.

Conner, M., Norman, P. (red.) (2005). *Predicting health behaviour: research and practice with social cognition models*. Open University Press; Berkshire.

Glanz, K., Rimer, B.K., Viswanath, K. (2008). *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. San Francisco: Wiley & Sons.

Green, L., Poland, B., Rootman, I. (2000). The settings approach to health promotion. W: B. Poland, L. Green, I. Rootman (red.), *Settings for Health Promotion: Linking Theory and Practice*. London: Sage.

Hacıhasanoğlu, R., Yıldırım, A., Karakurt, P., Sağlam, R. (2011). Healthy lifestyle behavior in university students and influential factors in eastern Turkey. *International Journal of Nursing Practice*, *17*(1):43–51.

Juczyński, Z. (2012). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

Karski, J.B. (2003). Praktyka i teoria promocji zdrowia. Warszawa: Cedetu.

Lalonde, N. (1974). *A new perspective on the health of Canadians: a working document*. Ottawa: Canada Information.

Miller, M., Wysocki, M., Cianciara, D. (2003). Promocja zdrowia wobec reform systemu ochrony zdrowia w Polsce. *Przegląd Epidemiologiczny*, *57*, 513–519.

Ostrowska, A. (1999). Styl życia a zdrowie – z zagadnień promocji zdrowia. Warszawa: IFiS PAN.

Palacz, J. (2014). Zachowania zdrowotne studentów w świetle wybranych uwarunkowań. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, *20*(3), 301–306.

Sallis, J.F., Owen, N., Fisher, E. (2015). Ecological models of health behavior. W: K. Glanz (red.), *Health behavior: theory, research, and practice* (s. 43–64). San Francisco: Wiley & Sons.

Strużycka, I., Małkowska A., Stopa, J. (2005) Efektywne sposoby promocji zdrowia jamy ustnej. *Czasopismo Stomatologiczne*; *58*(6), 392–396.
Tansel, A., Karaoglan, D. (2014). *Health Behaviors and Education in Turkey*. Koç University-TUSIAD Economic Research Forum Working Papers.
Woynarowska, B. (2012). *Edukacja zdrowotna – podręcznik akademicki*. Warszawa: PWN.

ABSTRACT

Field of study and the structure of students' health behavior in Turkey

Background. The aim of the study was to attempt to determine the relationships between health behaviours of selected students of one of the universities in Turkey with the field of study they undertook. The research adopted research questions taking into account dependent and independent and comparative variables: 1. What is the level of health behaviours of the surveyed students? 2.How many hours a week do the surveyed students spend on undertaking physical activity? 3. Do and how do sex and field of study differentiate their health behaviours and physical activity of the surveyed students? **Material and methods.** The research material was the results of surveys conducted on a group of 174 students. The study included students of both sexes studying physical education, anthropology and English philology at Mustafa Kemala University in Hatay. The main method collecting factual material was a diagnostic survey. The Health Behaviour Inventory of Juczyński was used to examine the state of health behaviours. **Results.** Students included in the research show an average level of health behaviours according to the sten scale of the inventory. Nearly 60% of respondents show very low physical activity. The examined women are characterized by a higher level of health behaviours than men, and the opposite is true in terms of physical activity. **Conclusions.** In the studied environment, positive relationships between the field of study related to health issues and health behaviour and physical activity of students this field could be noticed. Students other fields of study show lower levels of health behaviour and physical activity.

Key words: health, physical activity, health behaviours