

Paweł Kowalski*

OBRAZ SAMEGO SIEBIE A ZACHOWANIA ZDROWOTNE MŁODZIEŻY STUDIUJĄCEJ

Wprowadzenie

Zdrowie jest podstawową wartością w życiu człowieka, dzięki której prawidłowo funkcjonuje w społeczeństwie, buduje swoją własną tożsamość, może rozwijać swoje pasje życiowe i zawodowe. W hierarchii wartości, niezależnie od wieku człowieka, zdrowie zajmuje bardzo wysokie miejsce.

Jednak dynamiczny proces ciągłych przemian, które zachodzą w populacji ludzi, w środowisku ich życia, przyczyniają się do powstawania zagrożeń, wyrastających z tempa, a także z szybkości przemian skali regionalnej w globalną, stwarzając dla społeczeństwa oraz danej jednostki często sytuacje niekorzystne (Drozdowski 1996, s. 70).

Ważne jest zatem zarówno dla rozwoju dzieci oraz młodzieży aktualizowanie i poszukiwanie nowych czynników psychologicznych, jak i społecznych, warunkujących stan ich zdrowia. Współcześnie pojęcie zdrowie ujmuje się z różnej perspektywy (interdyscyplinarnie): pedagogicznej, psychologicznej, biologicznej, społecznej, filozoficznej. W definicji zdrowia WHO z roku 1984 można już wyodrębnić następujące płaszczyzny:

1. Zdrowie fizyczne – czyli prawidłowe funkcjonowanie wszystkich i poszczególnych narządów organizmu człowieka. Z jednej strony oznacza prawidłowe funkcjonowanie organizmu bez objawów chorobowych lub niepełnosprawności, zaś z drugiej strony właściwy poziom sprawności, wydolności fizycznej, czyli zdolność do wykonywania codziennych czynności bez większego zmęczenia (Woynarowska 2008, s. 30). Zdrowie fizyczne tworzy też fundament, na którym mogą się rozwijać inne wymiary zdrowia. Istnieją osoby, które mają słabe wskaźniki zdrowia fizycznego, a całościowo zdrowie osiąga u nich wysoki poziom. Wynika to z ogólnej kondycji zdrowia jednostki w obszarze społecznym, psychicznym oraz duchowym (Ambroży, Stanek 2008, s. 15).

*Paweł Kowalski – doktor nauk społecznych w zakresie pedagogiki, Uniwersytet Zielonogórski; zainteresowania naukowe: pedagogika zdrowia, filozofia, psychologia zdrowia; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9205-1208>; e-mail: p.kowalski@wlnz.uz.zgora.pl

2. Zdrowie psychiczne – stan integracji osobowości pomiędzy wieloma czynnikami zewnętrznymi a wewnętrznymi człowieka, stanowiącymi proces pewnej równowagi, mechanizmów efektywnego radzenia sobie z tymi czynnikami (Juczyński 2010, s. 18; Kocur, Grzybowski 2000, s. 236). Osoba zdrowa psychicznie ma szacunek do samej siebie, posiada realne cele życiowe, realizuje swoje marzenia, a także charakteryzuje się pokojem wewnętrznym oraz autonomią (Gurba 2009, s. 76-77). Zdrowie psychiczne to również zdolność do spójnego myślenia, uczenia się, kontrolowania własnych emocji, rozumienia i odpowiedniego ich wyrażania. Na zdrowie psychiczne składają się: poznanie i zrozumienie własnych uczuć, poczucie własnej wartości, samorealizacja, odpowiednie reagowanie na pojawiające się sytuacje stresowe, właściwe relacje społeczne, a także uczenie się na bazie nowych doświadczeń (Ambroży, Stanek 2008, s. 14).
3. Zdrowie społeczne – czyli interakcja pomiędzy osobą a danym społeczeństwem. Można ją badać przez stopień syntonii, czyli chęci jednostki do nawiązywania kontaktu emocjonalnego, poznawczego – tworzenie więzi społecznej (Syrek 2000, s. 39). Wykorzystanie wpływów społecznych pozwala sięgać do relacji związanych z innymi ludźmi, szczególnie takich, które opierają się na kontaktach z osobami znaczącymi oraz ważnymi dla podmiotu (Heszen-Niejodek 1998, s. 61). Jak pisze Beata Tobiasz-Adamczyk – choroba człowieka nie tylko dotyczy jego organizmu, ale także jako osoby psychospołecznej, mającej swoje miejsce wśród innych ludzi, w czasie i przestrzeni, przynależnej do określonych grup społecznych właściwych dla danego społeczeństwa (Tobiasz-Adamczyk 1998, s. 11).
4. Zdrowie duchowe – czyli umiejętność podtrzymania wewnętrznego spokoju, a także świadomość celu życia, opartego na przekonaniach i praktykach religijnych (Molesztak 2010, s. 109-113; Jensen 1994, s. 3).

Obraz samego siebie niejako implikuje w całości wyżej wymienione wymiary zdrowia. Jest podstawowym elementem struktury osobowości, dzięki której można bliżej poznać mechanizmy i uwarunkowania zachowań zdrowotnych młodzieży studiującej. Zmieniające się czynniki warunkujące zachowania zdrowotne, w czasie trwania jednego pokolenia mogą ulec np. zmniejszeniu lub synergii.

Pojęcie obrazu siebie można opisać jako „zorganizowany zespół cech, których jednostka nauczyła się na podstawie wcześniejszych i aktualnych do-

świadczeń uznawać za własne, pełniący funkcję integracyjną struktury osobowości i powtarzalność zespołów schematów zachowań” (Siek 1984, s. 276). Definicja ta pokazuje, iż obraz samego siebie jest dynamicznym elementem struktury osobowości, podlegający ciągłej zmianie i ocenie, wpływając na postępowanie danej jednostki.

Współcześnie naukowcy wyróżniają trzy typy zachowań w obszarze zdrowia. Pierwszy typ obejmuje zachowania odwołujące się do świadomości podmiotu i celów, jakie sobie wyznacza w życiu oraz różnych rodzajów aktywności. Z tego powodu, iż doświadczenie choroby oraz zdrowia człowieka jest indywidualną percepcją każdej jednostki, podobnie rzecz ma się z zachowaniami zdrowotnymi (Sęk 1997, s. 37). Drugi typ określa związek zachowania zdrowotnego ze zdrowiem osoby na bazie stanu wiedzy opartej na medycynie. Trzeci rodzaj definicji obejmuje te określenia, w których podkreśla się subiektywne (świadomościowe) i funkcjonalno-objektywne, które opisują relację między zachowaniem a zdrowiem (Dolińska-Zygmunt 2001, s. 48).

Terminem „zachowania zdrowotne” określa się działania jednostki podejmowane w zakresie wiedzy obiektywnej i subiektywnej. Wymaga to podejścia interdyscyplinarnego – czyli połączenia badań psychologicznych, socjologicznych i medycznych (Banaszkiewicz, Andruszkiewicz 2008, s. 70). Zachowania zdrowotne pomagają także równoważyć różne obciążenia związane z działaniem czynników patogennych, aktualizowanych poprzez zgeneralizowane zasoby odpornościowe. Mogą one też zakłócać ten proces i naruszać zasoby odpornościowe jednostki (Sęk 1997, s. 45). W ujęciu Antoniny Ostrowskiej terminem zachowania zdrowotne określa się: „[...] każde intencjonalne podjęte działanie jednostki, którego celem jest utrwalenie lub podnoszenie potencjału zdrowia, niezależnie od jego skuteczności” (Ostrowska 1999, s. 28).

Zachowania zdrowotne są też definiowane jako oczekiwania, motywy, wartości, przewidywania, przekonania, a także spostrzeżenia i elementy osobowości, takie jak: uczucia, emocje, stany i cechy oraz wzory zachowań, nawyki w zakresie utrzymania, umacniania oraz przywracania zdrowia (Puchalski K. 1990, s. 44). W ujęciu Mariana Sygita zachowania zdrowotne to działanie człowieka: „[...] które w świetle współczesnej wiedzy medycznej wywołują określone – pozytywne lub negatywne – skutki zdrowotne u osób, które je realizują, to zarówno reakcje na wszelkie sytuacje związane ze zdrowiem, jak i nawyki oraz celowe czynności” (Sygit 2010, s. 29).

Poznanie kolejnych mechanizmów zdrowotnych, znajdują swoje zastosowanie w pokonywaniu pojawiających się trudności życiowych i przystosowaniu do otoczenia społecznego, szczególnie jeśli chodzi o obraz samego

siebie. Rozpowszechnianie tej wiedzy pokazuje, jak wiele zależy od indywidualnego postrzegania przez człowieka i rozumienia otaczającego go świata, zachowania odpowiedniej kondycji psychicznej, świadomości, relacji cech osobowości do stanu zdrowia i zachowań zdrowotnych (Łuszczynska 2004, s. 12; Chodkiewicz 2010, s. 22-23). Tym bardziej, że zwiększa się odsetek osób ze zmniejszoną koordynacją ruchową, pogarszaniem obrazu własnego „ja”, zmniejszaniem się motywacji oraz optymizmu, pogarszaniem jakości snu (Tomaszewska 2008, s. 285).

Cel pracy i problemy badawcze

Głównym celem tej pracy jest diagnoza obrazu samego siebie i zachowań zdrowotnych wśród badanej grupy oraz ocena zależności między obrazem samego siebie a zachowaniami zdrowotnymi młodzieży studiującej. Problemy badawcze zawiera się w następujących pytaniach:

1. Jakimi wartościami charakteryzuje się obraz samego siebie?
2. Jakimi wartościami charakteryzują się zachowania zdrowotne?
3. Czy, a jeżeli tak, to jakie występują zależności między obrazem samego siebie a zachowaniami zdrowotnymi wśród młodzieży studiującej?

Materiał i metoda

W badaniach uczestniczyło 214 osób studiujących na Uniwersytecie Zielonogórskim, w tym 192 kobiety (89,72%) i 22 mężczyzn (10,28%), średnia wieku badanych wynosi 21,83 lat.

Wśród badanych studentów najwięcej osób 168 (78,51%) ma pełną rodzinę. Obecność tylko matki w badanej grupie odnotowano wśród 36 osób (16,82%), a ojca jako jedynego rodzica u 7 osób, co stanowi 3,27%. Brak rodziców i opiekunów prawnych dotyczy 3 osób (1,40%) – najmniej w badanej grupie – tab. 1.

Tabela 1

Charakterystyka liczbowa struktury rodziny badanych osób

Struktura rodziny	Razem	
	N	%s
Obecność ojca i matki	168	78,51
Obecność tylko matki	36	16,82
Obecność tylko ojca	7	3,27
Brak rodziców (i opiekunów prawnych)	3	1,40
Ogółem	214	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Studenci najczęściej mieszkają podczas studiów w akademiku, na stacji, u znajomych, co stanowi prawie 50% badanych – 105 osób. U rodziców mieszkają 73 osoby, co stanowi 34,11%. Własne mieszkania mają 32 osoby (14,95%), a najmniej badanych studentów mieszka u rodziny (1,87%) – tab. 2.

Tabela 2

Charakterystyka liczbowa miejsca zamieszkania w badanej grupie

Miejsce zamieszkania podczas studiów	Razem	
	N	%
U rodziców	73	34,11
Własne mieszkanie	32	14,95
U rodziny	4	1,87
W domu akademickim, na stacji, u znajomych	105	49,07
Ogółem	214	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Najwięcej osób w badanej grupie pochodzi ze średniego miasta – 90, co stanowi 42,05%. Z małego miasteczka (do 20 tys. mieszkańców) pochodzi co czwarty badany – 26,17%, a 46 osób ze wsi (21,50%). Najmniej osób pochodzi z dużego miasta (powyżej 100 tys. mieszkańców) – 22 osoby, czyli 10,28% w badanej grupie – tab. 3.

Tabela 3

Charakterystyka liczbowa pochodzenia środowiskowego badanej grupy

Pochodzenie środowiskowe	Razem	
	N	%
Ze wsi	46	21,50
Małe miasto (do 20 tys. mieszkańców)	56	26,17
Średnie miasto (od 20 - 100 tys. mieszkańców)	90	42,05
Duże miasto (powyżej 100 tys. mieszkańców)	22	10,28
Ogółem	214	100,00

Źródło: opracowanie własne.

W badanej grupie najwięcej – 152 osoby (71,03%) są w stanie cywilnym wolnym. W stałym związku znajdują się 33 osoby (15,42%), a najmniej studentów założyło rodzinę – 29 osób (13,55%) – tab. 4.

Tabela 4

Podział grupy ze względu na stan cywilny

Stan cywilny	Razem	
	N	%
Kawaler, panna	152	71,03
Mąż, żona	29	13,55
Stały związek partnerski	33	15,42
Ogółem	214	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Przedstawione problemy badawcze realizowano w ramach metody nazywanej najczęściej sondażem lub też sondażem diagnostycznym (Pilch, Bauman 2001, s. 79). Podstawową techniką zastosowaną w niniejszej pracy jest ankieta, narzędziami badawczymi kwestionariusz ankiety oraz skala dotycząca obrazu samego siebie W. H. Fittsa.

W opracowaniu statystycznym użyto średnią arytmetyczną (\bar{X}), odchylenie standardowe (S), zakres zmienności (min.-max.), współczynnik zmienności (V%). Wyliczono również siłę i kierunek związku r-Pearsona oraz istotność statystyczną w zakresie badanych zależności.

Wykorzystano również skalę do badania obrazu własnej osoby (Tennessee Self Concept Scale) Williama H. Fittsa (1975). Skala ta składa się ze 100 stwierdzeń opisowych. Najważniejszym wynikiem w skali W. H. Fittsa jest wskaźnik poczucia własnej wartości, określane skrótowo PG. Na ten wskaźnik składają się trzy obszary dotyczące wewnętrznego układu odniesienia (struktury):

1. Poziom poczucia tożsamości (W1), zawiera się w stwierdzeniu „taki jestem”. Poziom ten jest związany z badaniem struktury „ja” realnego.
2. Poziom samoakceptacji (W2) – wskaźnik ten określa stopień zadowolenia z samego siebie.
3. Poziom samooceny własnego zachowania (W3) obejmuje stwierdzenia odnoszące się do oceny swego postępowania przez badanego (Majewicz 2002, s. 76).

Globalny wskaźnik (PG) jest również sumą wyników uzyskanych we wszystkich poniższych badanych sferach „ja”:

- „ja” fizyczne (JF) – ocena własnego ciała, wyglądu fizycznego, dotyczy także stanu zdrowia i sprawności;

- „ja” moralno-etyczne (JM) jako ocena zgodności własnego postępowania z uznawanymi normami etycznymi; poczucie, że jest się dobrym lub złym;
- „ja” osobiste (JO) – ocena własnej osobowości, poczucie własnej wartości i poczucie odpowiedzialności za siebie jako człowieka;
- „ja” rodzinne (JR) – wskaźnik ten odzwierciedla poczucie własnej wartości i oceny jako członka rodziny;
- „ja” społeczne (JS) – kategoria opisująca stosunki badanego z innymi ludźmi, ocena własnej wartości we współdziałaniu z innymi (Majewicz 2002, s. 76; Wilczewska 2013).

Wyniki badań

Wśród badanych najwyższe wartości średnie uzyskano w higienie snu 16,55 (S=2,97), a najniższe wartości stwierdzono w aktywności ruchowej 11,06 (S=2,54). Najwyższy współczynnik zmienności występuje w radzeniu sobie ze stresem (26,23%), najniższy w higienie snu (17,95%) u badanych studentów – tab. 5.

Tabela 5

Charakterystyka liczbowa zachowań zdrowotnych badanej grupy

Zachowania zdrowotne	\bar{X}	S	Min.	Maks.	V%
Aktywność ruchowa	11,06	2,54	4	18	22,97
Unikanie palenia tytoniu	16,04	4,51	4	22	28,12
Higiena snu	16,55	2,97	7	22	17,95
Radzenie sobie ze stresem	15,44	4,05	6	27	26,23

Źródło: opracowanie własne.

Globalny wskaźnik pozytywny wynosi 337,48 (S=31,62). Najwyższą wartość w przypadku wewnętrznego układu obrazu samego siebie stwierdzono w tożsamości (W1) – 122,96 (S=11,59), podobne średnie odnotowano dla samoakceptacji (W2) – 107,20 (S=13,09) oraz samoocenie zachowania (W3) – 107,32 (S=10,97). Należy stwierdzić, że istnieje różnica w średnich między „ja” realnym (W1) a samoakceptacją (W2), która opisuje obszar „ja” idealne u badanych.

Odnosnie pięciu wymiarów zewnętrznych obrazu siebie, najwyższą wartość stwierdzono dla „ja” moralno-etycznego (JM) – 69,85 (S=7,97). Bardzo

podobne średnie wyniki uzyskano w „ja” fizycznym (JF), „ja” społecznym (JS) i „ja” rodzinnym (JR). Najniższe wartości średnie odnotowano w „ja” osobistym (JO) – 65,63 (S=7,52). Współczynnik zmienności we wszystkich wymiarach obrazu samego siebie (oprócz samokrytycyzmu – 16,58%) zawiera się od 9,37% do 13,60% – tab. 6.

Tabela 6

Charakterystyka liczbową obrazu samego siebie u badanych

Wymiary obrazu samego siebie	\bar{X}	S	Min.	Maks.	V%
Globalny wsk. pozytyw. (PG)	337,48	31,62	249	411	9,37
Tożsamość (W1)	122,96	11,59	90	145	9,43
Samoakceptacja (W2)	107,20	13,09	67	142	12,21
Samooceńca zachowania (W3)	107,32	10,97	78	134	10,22
Ja fizyczne (JF)	67,16	8,31	45	87	12,37
Ja moralno-etyczne (JM)	69,85	7,97	45	88	11,41
Ja osobiste (JO)	65,63	7,52	39	81	11,46
Ja rodzinne (JR)	67,29	9,15	37	85	13,60
Ja społeczne (JS)	67,56	7,71	42	86	11,41
Samokrytycyzm (Sc)	33,89	5,62	16	47	16,58

Źródło: opracowanie własne.

W badanej grupie globalny wskaźnik pozytywny koreluje dodatnio, istotnie statystycznie ze wszystkimi zachowaniami zdrowotnymi, najsilniej z radzeniem sobie ze stresem ($r=0,49$, $p<0,001$), a najslabiej z aktywnością ruchową ($r=0,18$; $p<0,01$). Odnośnie tożsamości (W1) – określanej także jako „ja” realne, stwierdzono korelację dodatnią, istotną statystycznie z badanymi zachowaniami zdrowotnymi, oprócz aktywności ruchowej (brak korelacji istotnej statystycznie). W przypadku samoakceptacji (W2) – określanej jako stopień zadowolenia z siebie, odnotowano korelację dodatnią jedynie z radzeniem sobie ze stresem ($r=0,46$; $p<0,001$). Stwierdzono korelację dodatnią pomiędzy samooceną zachowania (W3) jako kolejnego elementu wewnętrznego poziomu układu obrazu samego siebie a wszystkimi badanymi zachowaniami zdrowotnymi. Najsilniejsza korelacja w ramach trzech wewnętrznych wymiarów obrazu samego siebie występuje pomiędzy samooceną zachowania (W3) a radzeniem sobie ze stresem ($r=0,50$; $p<0,001$) – tab. 7.

W przypadku treści obrazu siebie – „ja” fizyczne (JF) uzyskano korelację dodatnią ze wszystkimi zachowaniami zdrowotnymi u badanych osób. Najsilniejsze korelacje stwierdzono w radzeniu sobie ze stresem ($r=0,43$;

$p < 0,001$) i aktywnością ruchową ($r = 0,32$; $p < 0,001$). Dla obszaru „ja” moralno-etycznego (JM) stwierdzono korelację dodatnią w unikaniu palenia tytoniu ($r = 0,29$; $p < 0,001$), higienie snu ($r = 0,14$; $p < 0,05$) i radzeniu sobie ze stresem ($r = 0,28$; $p < 0,001$). W przypadku „ja” osobistego (JO) stwierdzono korelację dodatnią ze wszystkimi badanymi zachowaniami zdrowotnymi oprócz aktywności ruchowej. W ramach „ja” rodzinnego (JR) odnotowano zależność dodatnią, istotną statystycznie między unikaniem tytoniu ($r = 0,16$; $p < 0,05$) i radzeniem sobie ze stresem ($r = 0,28$; $p < 0,001$). Dla treści obrazu samego siebie opisywanej jako „ja” społeczne (JS) stwierdzono korelację dodatnią, istotną statystycznie jedynie z radzeniem sobie ze stresem ($r = 0,39$; $p < 0,001$) – tab. 7.

W badanej grupie jedynie w przypadku samokrytycyzmu (Sc) stwierdzono korelację ujemną ze wszystkimi zachowaniami zdrowotnymi oprócz aktywności ruchowej, czyli im niższy poziom samokrytycyzmu (ocena postępowania badanych), tym wyższe wartości uzyskują zachowania zdrowotne wśród badanych. Należy podkreślić, iż ze wszystkimi wymiarami struktury i treści obszaru samego siebie koreluje radzenie sobie ze stresem, najsilniej z „ja” osobistym (JO) $r = 0,55$; $p < 0,001$ i samooceną zachowania – W3 ($r = 0,50$; $p < 0,001$) – tab. 7.

Tabela 7

Zależności pomiędzy obrazem samego siebie a zachowaniami zdrowotnymi w badanej grupie (r-Pearsona)

Wymiary obrazu samego siebie	Aktywność ruchowa	Unikanie tytoniu	Higiena snu	Radzenie sobie ze stresem
Globalny wsk. poz. (PG)	0,18**	0,23**	0,19**	0,49***
Tożsamość (W1)	0,10	0,30***	0,22**	0,34***
Samoakceptacja (W2)	0,13	0,12	0,13	0,46***
Samoocena zachow. (W3)	0,24***	0,19***	0,15*	0,50***
Ja fizyczne (JF)	0,32***	0,22***	0,20**	0,43***
Ja moralno-etyczne (JM)	0,09	0,29***	0,14*	0,28***
Ja osobiste (JO)	0,10	0,21**	0,16*	0,55***
Ja rodzinne (JR)	0,08	0,16*	0,13	0,28***
Ja społeczne (JS)	0,09	-0,01	0,10	0,39***
Samokrytycyzm (Sc)	-0,08	-0,21**	-0,16*	-0,33***

* – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$

Źródło: opracowanie własne.

Dyskusja

Liczne badania wskazują jak ważną rolę w zachowaniu człowieka odgrywa obraz samego siebie. W ramach swojej osobowości każdy człowiek tworzy zewnętrzną, jak i wewnętrzną rzeczywistość, które są wyznacznikiem pewnego sposobu funkcjonowania w społeczeństwie, asymilacji, budowania więzi międzyludzkich, tworzenia własnej tożsamości, reagowania na różne bodźce. Mimo tego, dosyć nieliczne są badania dotyczące zależności między obrazem samego siebie a konkretnymi zachowaniami zdrowotnymi.

Osoby o negatywnym obrazie samego siebie mają większą tendencję do wycofywania się czy alienacji, a osoby o pozytywnym obrazie samego siebie przejawiają zachowania do współdziałania (Hreciński, Uchnast 2012, s. 95). Zniekształcenie obrazu samego siebie wiąże się z wieloma różnymi trudnościami w prawidłowym funkcjonowaniu młodzieży: niską samooceną, zwiększonym poziomem samokrytycyzmu, trudnościami w określeniu własnej tożsamości, brakiem zadowolenia z samego siebie, negatywną oceną w wymiarach zewnętrznym i wewnętrznym obrazu siebie (Tomaszek 2015, s. 109).

Duża rozbieżność pomiędzy „ja” realnym a „ja” idealnym jest cechą osoby mającej tendencję do neurotyczności. Niezgodność w ramach obrazu samego siebie powoduje wiele specyficznych zachowań. Należy zauważyć, iż zbyt wysoko lokowane „ja” idealne może prowadzić do lekceważenia własnych pragnień, wytlumiania własnych ambicji, poglądów. Elementem charakterystycznym tej rozbieżności jest też niekorzystne porównywanie się z innymi (Majewicz 2002, s. 50).

W badaniach przeprowadzonych przez P. Borowieckiego należy podkreślić, że osoby niepełnosprawne uzyskały wyższe wyniki w „ja” rodzinnym niż pełnosprawne. Świadczy to o większej więzi emocjonalnej osób niepełnosprawnych, wsparciu uzyskanym przez te osoby w otoczeniu rodzinnym. Podobne wyniki uzyskano w zakresie „ja” społecznego – osoby niepełnosprawne uzyskały także wyższy wynik niż osoby pełnosprawne. Może to oznaczać, iż funkcjonują one prawidłowo wśród osób zdrowych, jak i niepełnosprawnych (Borowiecki 2015, s. 124-125). Zatem budowanie struktury obrazu samego siebie jest procesem tworzenia własnego „ja” w różnych warunkach życia i funkcjonowania w społeczeństwie, niezależnie od stanu dysfunkcji narządów ruchu.

Badania przeprowadzone wśród studentów pedagogiki i politechniki pozwalają stwierdzić różnice w opisywaniu własnej tożsamości. Oznacza to prawdopodobnie, iż przyszłym pedagogom sprawia trudność określenie swojej tożsamości. Także gorzej postrzegają swoje „ja” moralne. Studenci kierunków pedagogicznych niżej oceniają siebie w odniesieniu do studentów

politechniki (Wilczewska 2013, s. 115-116). Zatem sposób postrzegania celów życiowych, aspiracji jest warunkowane w dużej mierze strukturą obrazu samego siebie, którą można zaliczyć do uogólnionych zasobów danej osoby, dzięki którym może podejmować właściwe zachowania zdrowotne.

Wnioski

1. Odnośnie wewnętrznego obszaru obrazu samego siebie najwyższe średnie występują w tożsamości (W1), czyli „ja” realnym. Podobne wartości średnie uzyskano w samoakceptacji (W2) i samoocenie zachowania (W3) wśród badanych.
2. W zewnętrznej sferze obrazu samego siebie najwyższe wartości średnie stwierdzono w „ja” moralno-etycznym (JM), najniższe w „ja” osobistym, zaś bardzo podobne wartości średnie występują w aspekcie „ja” fizycznym, „ja” rodzinnym i „ja” społecznym.
3. Potwierdziła się silna rola regulacyjna obrazu samego siebie w kształtowaniu zachowań zdrowotnych u badanych osób. Globalny wskaźnik pozytywny (PG) koreluje dodatnio ze wszystkimi badanymi zachowaniami zdrowotnymi.
4. W ramach struktury obrazu samego siebie, najczęściej występuje korelacja istotna statystycznie pomiędzy samooceną zachowania (W3), tożsamością (W1) i samoakceptacją (W2) a zachowaniami zdrowotnymi w badanej grupie.
5. W treści obrazu samego siebie najczęściej odnotowano korelację istotną statystycznie między „ja” fizycznym (JF), „ja” moralno-etycznym (JM) oraz „ja” osobistym (JO) a zachowaniami zdrowotnymi, najrzadziej w przypadku „ja” rodzinnym (JR) i „ja” społecznym (JS).
6. Samokrytycyzm (Sc) korelował ujemnie, istotnie statystycznie z badanymi zachowaniami zdrowotnymi (oprócz aktywności ruchowej).
7. Wszystkie wymiary obrazu samego siebie w ramach jej struktury i treści korelują dodatnio, istotnie statystycznie z radzeniem sobie ze stresem, oprócz samokrytycyzmu (Sc) – korelacja ujemna. Należy podkreślić rolę obrazu samego siebie w kształtowaniu radzenia sobie ze stresem u badanych.

Literatura

- AMBROŻY D., STANEK L. (2008), Świadomość wartości ciała w realizacji zachowań warunkujących dobrostan, [w:] Kulturowe zachowania warunkujące dobrostan, red. E. Zdankiewicz, Wyd. NeuroCentrum, Lublin.
- BANASZKIEWICZ M., ANDRUSZKIEWICZ A. (2008), Psychospołeczny kontekst promocji zdrowia, [w:] Promocja zdrowia dla studentów studiów licencjackich kierunku pielęgniarstwo i położnictwo. Teoretyczne podstawy promocji zdrowia, red. A. Andruszkiewicz, M. Banaszkiewicz, Wyd. Czelej, Lubin.
- BOROWIECKI P. (2015), Samoocena osób z niepełnosprawnością w świetle wybranej literatury i badań własnych, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania”, nr II(15).
- DOLIŃSKA-ZYGMUNT G. (2001), Behawioralne wyznaczniki zdrowia – zachowania zdrowotne, [w:] Podstawy psychologii zdrowia, red. G. Dolińska-Zygmunt, Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.
- DROZDOWSKI Z. (1996), O triadzie „Antropologia – kultura fizyczna – medycyna” w społeczeństwie przełomu tysiąclecia refleksji kilka, [w:] Antropologia a medycyna i promocja zdrowia, red. A. Malinowski, B. Łuczak, J. Grabowska, tom. I, Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- CHODKIEWICZ J. (2010), Zachowania zdrowotne młodzieży – uwarunkowania osobowościowe, „Remedium”, nr 2(204).
- GURBA E. (2009), Umiejętność wypełniania zadań rozwojowych przejawem zdrowia psychicznego, [w:] Edukacyjne przestrzenie zdrowia, red. Z. Marek SJ., M. Madej-Babul, Wydawnictwo WAM, Kraków.
- HESZEN-NIEJODEK I. (1998), Rozwój i perspektywa psychologii zdrowia, Acta Universitatis Palackianae Olomucensis Facultas Philosophica, Psychologica 32, Varia Psychologica VIII.
- JENSEN B. B. (1994), Środowiskowa edukacja zdrowotna – prowadzenie i podstawowe założenia, „Lider”, nr 4.
- HRECIŃSKI P., UCHNAS Z. (2012), Typy charakteru a obraz siebie, Roczniki Psychologiczne, tom XV, nr 4.
- JUCZYŃSKI Z. (2010), Pojęcie zdrowia w świadomości dzieci i młodzieży, [w:] Szkoła jako środowisko edukacji zdrowotnej, red. D. Bliski, Wyd. Wyższej Szkoły Edukacji Zdrowotnej i Nauk Społecznych, Łódź.
- ŁUSZCZYŃSKA A. (2004), Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają?, Psychologia w monografiach naukowych, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.

- KOCUR J., GRZYBOWSKI A. (2000), Psychospołeczne uwarunkowania zdrowia człowieka, [w:] *Medycyna zapobiegawcza i środowiskowa*, red. Z. Jethona, A. Grzybowski, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa.
- MAJEWICZ P. (2002), *Obraz samego siebie a zachowania młodzieży niepełnosprawnej ruchowo*, Wyd. Naukowe Akademii Pedagogicznej w Krakowie, Kraków.
- MOLESZTAK A. (2010), Duchowy wymiar zdrowia człowieka, [w:] *Konteksty zdrowia i edukacji zdrowotnej*, red. M. Kuchcińska, E. Kościńska, Wyd. Uniwersytetu im. Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz.
- OSTROWSKA A. (1999), *Styl życia a zdrowie*, Wyd. IFiS, Warszawa.
- PILCH T., BAUMAN T. (2001), *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*, wyd. II, Wyd. „Żak”, Warszawa.
- PUCHAŁSKI K. (1990), *Elementy potocznej świadomości*, [w:] *Zachowania zdrowotne*, red. A. Gniazdowski, Wyd. Instytutu Medycyny Pracy, Łódź.
- SIEK S. (1984), *Rozwój potrzeb psychicznych, mechanizmów obronnych i obrazu siebie*, KAW, Warszawa.
- SEK H. (1997), *Subiektywne koncepcje zdrowia, świadomość zdrowotna a zachowania zdrowotne i promocja zdrowia*, [w:] *Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń*, red. Z. Ratajczak, I. Heszen-Niejodek, Wyd. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
- SYGIT M. (2010), *Zdrowie publiczne*, Oficyna Wolters Kluwer Business, Warszawa.
- SYREK E. (2000), *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej*, Wyd. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
- TOBIASZ-ADAMCZYK B. (1998), *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- TOMASZEK K. (2015), *Obraz siebie u młodzieży wyalienowanej*, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin-Polonia*, vol. XXVIII, sectio J, Wyd. NeuroCentrum, Lublin.
- TOMASZEWSKA L. (2008), *Następstwa fizjologiczne ograniczonej aktywności ruchowej*, [w:] *Fizjologiczne podstawy rekreacji ruchowej z elementami fizjologii ogólnej człowieka*, red. A. Eberhardt, Almamer, Warszawa.
- WILCZEWSKA A. (2013), *Samoocena i poziom depresji studentów kierunków pedagogicznych i niepedagogicznych*, „*Rozprawy Społeczne*”, nr 1 (VII).
- WOYNAROWSKA B. (2008), *Edukacja zdrowotna*, PWN, Warszawa.

Paweł Kowalski

THE SELF-CONCEPT AND HEALTH BEHAVIOUR IN STUDING YOUTH

Keywords: the self-concept, health behavior, studying youth, determinants of health.

The article aims to diagnose the self-concept and health behavior in studying youth and to assess the interdependence between the self-concept and health behavior in the researched. 214 students were involved in the study. A diagnostic survey was used as the study method; the technique employed was a questionnaire; and W.H. Fitts' Self-Concept Scale and a questionnaire on health behavior were used as research tools. The study results confirm an essential regulatory role of the self-concept in undertaking health-related behaviors. The positive global indicator correlates positively with all the studied health behaviors. Within the self-concept structure, behavior self-assessment (W3) and identity (W1) correlate positively most frequently, and within the self-image content, the physical 'I' and the moral-ethical 'I'. It must be emphasized that all the elements of the self-concept within both the structure and content show a statistically significant correlation with stress handling in the researched. Self-criticism correlated negatively, but not statistically significantly, with all the analyzed health behaviors, except for physical activity. The conducted study shows how essential the self-concept (being in its own structure and content an interdisciplinary approach to the external and internal personality core in health area) is in creating health behavior.

Paweł Kowalski

OBRAZ SAMEGO SIEBIE A ZACHOWANIA ZDROWOTNE MŁODZIEŻY STUDIUJĄCEJ

Słowa kluczowe: obraz samego siebie, zachowania zdrowotne, młodzież studiująca, uwarunkowania zdrowia.

Celem badań w niniejszym artykule jest diagnoza obrazu samego siebie i zachowań zdrowotnych młodzieży studiującej oraz ocena zależności między obrazem samego siebie a zachowaniami zdrowotnymi u badanych. W badaniach uczestniczyło 214 studentów. Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, techniką ankieta, a narzędziami badawczymi Skala do badania obrazu własnej osoby W.H. Fittsa oraz kwestionariusz ankiety dotyczący zachowań zdrowotnych. Wyniki badań potwierdzają istotną rolę regulacyjną obrazu samego siebie w podejmowaniu zachowań związanych ze zdrowiem. Globalny wskaźnik pozytywny (PG) koreluje dodatnio ze wszystkimi badanymi zachowaniami zdrowotnymi.

W ramach struktury obrazu samego siebie najczęściej koreluje dodatnio samoocena zachowania (W3) i tożsamość (W1), odnośnie treści obrazu samego siebie „ja” fizyczne (JF) i „ja” moralno-etyczne (JM). Należy podkreślić, że ze wszystkimi elementami obrazu siebie w zakresie treści, jak i struktury stwierdzono korelację istotną statystycznie z radzeniem sobie ze stresem u badanych. Samokrytycyzm (Sc) korelował ujemnie, istotnie statystycznie ze wszystkimi analizowanymi zachowaniami zdrowotnymi, oprócz aktywności ruchowej. Przeprowadzone badania pokazują, jak kluczową rolę w tworzeniu zachowań zdrowotnych wykazuje obraz samego siebie, będący w swojej strukturze i treści ujęciem interdyscyplinarnym (zewnętrznego, jak i wewnętrznego trzonu osobowości) w ramach obszaru zdrowia.