



Ryszard Bartoszewicz, Krzysztof Gandziarski, Anna Krawczyk
AKADEMIA WYCHOWANIA FIZYCZNEGO WE WROCŁAWIU

POCZUCIE KOHERENCJI A ZACHOWANIA ZDROWOTNE NAUCZYCIELI ZDROWIA

Cel badań. Celem badań jest wyjaśnienie zależności upowszechniania wzorów kultury zdrowotnej przez nauczycieli od ich poczucia koherencji i zachowań stanowiących o stylu życia. Założono, że nauczyciele pełniący rolę liderów procesu oraz nauczyciele wspierający nie różnią się dojrzałością zachowań zdrowotnych. Zachowania te są naśladowane przez uczniów i prowadzą do internalizacji wzorów kultury zdrowotnej. **Materiał i metody.** Zastosowano sondaż diagnostyczny z wykorzystaniem kwestionariusza zachowań zdrowotnych oraz kwestionariusza orientacji życiowych SOC-29. Badaną grupę 98 nauczycieli podzielono na trzy podgrupy: posiadających formalne kompetencje nauczyciela zdrowia, ubiegających się o nie w trybie studiów podyplomowych oraz kandydujących do zdobycia w trybie studiów podyplomowych formalnych kompetencji pedagogicznych. **Wyniki.** Zarejestrowane przejawy zachowań zdrowotnych można uznać za poprawne, jednak nie gwarantują one uzyskania pozytywnych efektów oddziaływania wychowawczego za pomocą przykładu. Poczucie koherencji u badanych jest na tle innych grup zawodowych wysokie. **Wnioski.** Wykazano związku stanu zachowań zdrowotnych oraz poczucia koherencji z rolą pełnioną przez nauczycieli w procesie wychowania zdrowotnego. Istnieje też zależność między poziomem ich poczucia koherencji a wybranymi przejawami zachowań zdrowotnych.

Słowa kluczowe: edukacja zdrowotna, wychowanie zdrowotne, zachowania zdrowotne nauczycieli, poczucie koherencji

WPROWADZENIE

Postęp technologiczny i cywilizacyjny, mający zapewnić człowiekowi ułatwienia życia codziennego, a poprzez to doskonalenie stanu jego zdrowia oraz wydłużenie życia, zaowocował swoistym paradoksem odwrócenia efektu. Życie, choć statystycznie się wydłużyło, nie stało się automatycznie lepsze (zdrowsze). Przeciwnie – człowiek jest bardziej podatny na wiele chorób, nazywanych (znów paradoksalnie) cywilizacyjnymi. Stanowi to z pewnością konsekwencję nienadążania rozwoju kulturowego za rozwojem cywilizacyjnym współczesnych społeczeństw. Dostępność i łatwość stosowania technologicznych „ułatwiaczy” życia zdecydowanie wyprzedziły trudny i długotrwały (czasami wielopokoleniowy) proces kształtowania systemów wartości i wzorów zachowań życia w zdrowiu i ku zdrowiu we współczesnym społeczeństwie technologicznym. Zupełnie zrozumiałe jest coraz powszechniejsze dostrzeżenie tego problemu w społeczeństwach wysokorozwiniętych oraz

wskazywanie edukacyjnej drogi jego rozwiązania. W konsekwencji w ostatnich dekadach XX w. pojawił się w szkolnictwie nowy nurt – edukacji zdrowotnej. Nurt, który z racji zbieżności zdrowia i wartości ciała silnie wiąże się z kulturą fizyczną jako obszarem edukacyjnym. Zaczęła się wyłaniać nowa potrzeba działania edukacyjnego w kulturze fizycznej: „wyposażania każdego człowieka w umiejętność utrzymywania i/lub poprawy zdrowia poprzez aktywność fizyczną, np. w ramach samodzielnie planowanego treningu zdrowotnego” (Siwiński, 2009, s. 347).

Edukacja zdrowotna, a ściślej: wychowanie zdrowotne nie jest zamysłem schyłku XX w. Jak twierdzi Pawluczki (2013, s. 170), „wychowanie zdrowotne istniało zawsze, jako przejaw potocznej, a następnie profesjonalnej praktyki społecznej”. Jako przejaw najprostszego działania ku wychowaniu zdrowotnemu i pomnażaniu zdrowia wskazać można pielęgnację dziecka, choć *stricte* wychowaniem w pełni ona nie jest, bowiem czynnikiem głównym w wychowaniu stanowi upodmiotowienie wychowanka, a w pielęgn-

nacji dostrzec można raczej relacje uprzedmiotowienia ciała dziecka. Poza tym, zdaniem Pawłuckiego, pielęgnacja daje doraźne skutki zdrowotne, tymczasem konieczne jest stworzenie trwałych systemów kompetencyjnych służących podejmowaniu samodzielnych działań dziecka, a potem osoby dorosłej, opartych na świadomości potrzeb, które wynikają z systemu uwewnętrznionych wartości ciała (zdrowia) i poznanych wzorców przyczynowo-skutkowych pomnażania zdrowia. Takie efekty gwarantować może jedynie kulturowy proces wychowania zdrowotnego, w którym dokonuje się trwała poznawcza i emocjonalna, a w efekcie zdrowotna przemiana ucznia kierowanego przez nauczyciela zdrowia. Ów nauczyciel jest zaś centralną postacią środowiska wychowawczego (grona pedagogicznego), które ma pod jego przywództwem i koordynacją wpajać uczniowi systemy wartości ciała (zdrowia) oraz wzory zachowań dbałości o nie. Tym samym nie tylko formalny nauczyciel zdrowia jest podmiotem sprawczym kształtującej się postawy ucznia wobec własnego ciała (zdrowia). Równie doniosłą rolę w tym zakresie odgrywają pozostali nauczyciele, którzy swoimi poglądami, emocjami i działaniami potwierdzają słuszność kierunków wychowania wytyczanych przez nauczyciela zdrowia. Współdziałanie nauczycieli pod kierunkiem nauczyciela zdrowia w procesie edukacji zdrowotnej stanowi ilustrację działania – jak to określił Znaniecki – społeczeństwa wychowującego (za: Pawłucki, 2013).

Sprawność pedagogiczna społeczeństwa wychowującego zależna jest od sumy kompetencji poszczególnych jego podmiotów. Kompetencje te, w myśl poglądu Pawłuckiego (2013), iż wychowanie zdrowotne może się dokonywać przez kulturę lub poprzez doświadczenia, będą dotyczyły dwóch głównych obszarów. Pierwszy to wiedza nauczyciela zdrowia umożliwiająca wyjaśnianie uczniowi rzeczywistości – sensu i dobra zdrowia. Drugi stanowią codzienne działania (nawyki zdrowotne, styl życia) nauczyciela zdrowia i pozostałych nauczycieli; dają one uczniowi możliwość doświadczenia praktyki prozdrowotnej, która potwierdza prawdziwość kulturowych wartości ciała (zdrowia) ogłoszonych przez nauczyciela zdrowia. Można

je za Kisilowską (2008) określić jako kompetencje zdrowotne. Są one tak samo ważne jak wiedza o zdrowiu, a często nawet ważniejsze. Woynarowska (2008) nazywa nauczyciela zdrowia przewodnikiem, który kieruje uczących się, czasami nie wie wszystkiego, ale cały czas się doksztalca, stawia pytania i udziela odpowiedzi w miarę swoich umiejętności i wiadomości. Przede wszystkim zaś stara się własnym przykładem kształtować prawidłowe postawy ludzi wobec ciała i zdrowia.

Gdyby przyjąć założenia salutogenetycznej teorii zdrowia Antonovsky'ego, to nauczyciel zdrowia i nauczyciele wspierający go powinni być przykładem nieustającego marszu ku zdrowiu (Heszen i Sęk, 2007). Marszu, który porywa ich uczniów i początkowo niesie ich bezwładnie z emocjonalnym nurtem, a z czasem staje się ich świadomym kulturowym dążeniem do pomnażania dobrostanu zdrowotnego. Temu podążaniu do zdrowia towarzyszą zgodnie z koncepcją Antonovsky'ego (2005) jeszcze inne przemiany – natury psychicznej, a może wręcz duchowej. Doskonali się poczucie zrozumienia, zaradności oraz sensu własnego bytu, określone w salutogenezie jako poczucie koherencji. Tym samym można uznać, że poczucie koherencji jest także ukrytą kompetencją poszczególnych podmiotów społeczeństwa wychowującego.

Przedmiotem zadania badawczego są kompetencje zdrowotne nauczycieli uczestniczących realnie lub potencjalnie w upowszechnianiu wzorów kultury zdrowotnej. Wyróżniono trzy podgrupy nauczycieli. Pierwszą tworzyli nauczyciele, którzy pełnią lub mogą pełnić wiodącą rolę nauczyciela zdrowia. Byli to absolwenci studiów wychowania fizycznego, posiadający formalne i merytoryczne kompetencje lidera w procesie wychowania zdrowotnego. Kolejną podgrupę stanowili nauczyciele pozostałych przedmiotów, którzy ze względu na swoje zainteresowania lub z innych pobudek podjęli się trudu doskonalenia zawodowego na studiach podyplomowych prowadzących do uzyskania kompetencji nauczyciela wychowania fizycznego. Mogą oni w niedalekiej przyszłości przyjąć rolę nauczyciela zdrowia. W skład trzeciej podgrupy weszły osoby reprezentujące różne rodzaje wykształcenia wyż-

szego ubiegające się o status nauczyciela w drodze podyplomowych studiów pedagogicznych. Z chwilą uzyskania tego statusu, zgodnie z koncepcją Znanięckiego (za: Pawłucki, 2013), zasiła one szeregi pedagogicznego społeczeństwa wychowującego i wesprą proces edukacji zdrowotnej uczniów. Reprezentanci każdej z podgrup będą – za przyczyną własnych praktyk zdrowotnych – źródłem bardziej lub mniej pozytywnych doświadczeń dotyczących zdrowotności wśród swoich uczniów.

CEL BADAŃ

Celem niniejszego zadania badawczego jest wyjaśnienie zależności realnego lub potencjalnego uczestniczenia nauczycieli w upowszechnianiu wzorów kultury zdrowotnej od ich stylu życia oraz poczucia koherencji. W pytaniach badawczych ujęto tę korelację następująco:

1. Jaka jest zależność udziału nauczycieli w upowszechnianiu wzorów kultury zdrowotnej od ich deklarowanych zachowań zdrowotnych (stylu życia)?

2. Jaka jest zależność udziału nauczycieli w upowszechnianiu wzorów kultury zdrowotnej od ich poczucia koherencji?

3. Jaka jest zależność zachowań zdrowotnych nauczycieli od ich poczucia koherencji?

MATERIAŁ I METODY

Badaniami objęto 98 osób wchodzących w skład trzech podgrup. W podgrupie pierwszej (SDKF, studia doktoranckie w zakresie kultury fizycznej) znalazło się 23 absolwentów studiów magisterskich na kierunku wychowania fizycznego, którzy podjęli studia doktoranckie z zakresu nauk o kulturze fizycznej. Specjalność zawodowa oraz poziom wykształcenia pozwalają zakładać, że osoby te mają najwyższe kompetencje do realizacji procesu wychowania zdrowotnego zarówno w wymiarze kulturowym, jak i w wymiarze doświadczeń.

W skład drugiej podgrupy (SPWF, studia podyplomowe w zakresie wychowania fizycz-

nego) weszło 38 badanych. Byli to nauczyciele, którzy uczestniczyli w studiach podyplomowych prowadzących do uzyskania kompetencji merytorycznych potrzebnych do prowadzenia drugiego przedmiotu, w tym wypadku wychowania fizycznego. Biorąc pod uwagę ich kwalifikacje pedagogiczne oraz zainteresowania w obszarze kultury fizycznej, można przyjąć, że badane cechy przyjmą w tej podgrupie nasilenie podobne jak u badanych z grupy SDKF.

Trzecią podgrupę (PSP, podyplomowe studia pedagogiczne) tworzyło 37 badanych. Byli oni absolwentami różnych kierunków studiów magisterskich pobierającymi naukę w ramach podyplomowych studiów w zakresie przygotowania pedagogicznego. Charakterystyka ta pozwala przewidywać, że badane cechy będą w tej podgrupie wyrażone słabiej niż w dwóch pierwszych podgrupach. Informacje o strukturze badanej grupy przedstawiono w tabeli 1.

Badania przeprowadzono na początku 2015 r. Zastosowano w nich metodę sondażu diagnostycznego. Do określenia deklarowanych zachowań zdrowotnych posłużono się kwestionariuszem zachowań zdrowotnych opracowanym w obecnej Katedrze Pedagogiki Kultury Fizycznej Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu. Kwestionariusz został skonstruowany na podstawie koncepcji struktury prozdrowotnego stylu; odnosił się do zachowań związanych ze zdrowiem fizycznym, zachowań prewencyjnych oraz niepodejmowania zachowań ryzykownych (Ostrowska, 1999). Ogólnie jest on zgodny z rozumieniem zdrowia w koncepcji salutogenetycznej.

Tab. 1. Struktura badanej grupy nauczycieli

Grupa	n (%)	Wiek, AVG (lata)	Wiek, SD (lata)
Ogółem	98 (100)	31,3	7,9
SDKF	23 (23,46)	25,8	1,1
SPWF	38 (38,78)	33,1	7,4
PSP	37 (37,76)	32,9	9,4

SDKF – studia doktoranckie w zakresie kultury fizycznej, SPWF – studia podyplomowe w zakresie wychowania fizycznego, PSP – podyplomowe studia pedagogiczne, AVG – średnia, SD – odchylenie standardowe

Poczucie koherencji ustalono na podstawie ogólnodostępnego kwestionariusza SOC-29 autorstwa Antonovsky'ego (2005).

Wyniki badań poddano analizie statystycznej, w której wykorzystano wskaźniki analizy zjawisk masowych oraz istotności różnic między wartościami cech w grupach niezależnych.

WYNIKI

Najobszerniejszą dziedziną badanych zachowań zdrowotnych były te, które wiązały się głównie ze zdrowiem fizycznym. Wśród nich znalazły się: aktywność fizyczna, higiena odżywiania oraz higiena snu.

Jednym z najważniejszych czynników utrzymywania i pomnażania zdrowia jest aktywność fizyczna. W badanej grupie zdecydowana większość deklarowała jej podejmowanie, a wyjątek całkowicie biernych stanowiło 6% nauczycieli należących do podgrupy PSP. W podgrupach SDKF ani SPWF nie odnotowano osób biernych. Większość aktywnych (89,6%) wskazała, że podejmuje aktywność samodzielnie, a jedynie 51,1% – że w zajęciach organizowanych instytucjonalnie.

W tabeli 2 przedstawiono przeciętny tygodniowy czas aktywności fizycznej deklarowany przez badanych. Łącznie wynosił on dla wszystkich średnio nieco ponad 7 godzin tygodniowo, przy czym uwidoczniła się przewaga aktywności podejmowanej samodzielnie.

Tab. 2. Deklarowany przeciętny tygodniowy czas aktywności fizycznej badanych (godz.)

Grupa	Aktywność samodzielna		Aktywność instytucjonalna	
	AVG	SD	AVG	SD
Ogółem	4,3	3,7	2,8	4,6
SDKF	5,7	5,4	5,0	6,3
SPWF	4,6	2,9	2,9	4,4
PSP	3,0	2,8	1,2	2,3

SDKF – studia doktoranckie w zakresie kultury fizycznej, SPWF – studia podyplomowe w zakresie wychowania fizycznego, PSP – podyplomowe studia pedagogiczne, AVG – średnia, SD – odchylenie standardowe

Czasu poświęcany na zajęcia organizowane przez instytucje jedynie w podgrupie SDKF zbliżył się do czasu aktywności podejmowanej samodzielnie. Najwyższą aktywnością charakteryzowali się badani mający kompetencje zawodowe lidera wychowania zdrowotnego, a następnie kandydujący do tej roli. Różnice między poszczególnymi podgrupami dotyczące deklarowanego czasu aktywności fizycznej są wyraźne w obu rodzajach aktywności. Natomiast wartości wskaźników odchylenia standardowego świadczą o dużym zróżnicowaniu stanu aktywności w poszczególnych podgrupach. Zróżnicowanie to przybiera charakter odwrotnie proporcjonalny do poziomu aktywności i jest zdecydowanie silniejsze w przypadku aktywności instytucjonalnej.

Ważnym wyznacznikiem racjonalności aktywności fizycznej jest kontrola i regulacja wysiłku fizycznego. W tabeli 3 przedstawiono deklarowany przez badanych stan praktyki w tym zakresie. Najkorzystniej wypadli tu kandydaci do roli liderów wychowania zdrowotnego, a najsłabiej nauczyciele wspierający proces, choć wśród tych ostatnich odsetek systematycznie kontrolujących wysiłek był nieco większy niż w podgrupie liderów. Wyniki te mogą wzbudzać zaskoczenie. Możliwe jednak, że wysokie kompetencje zawodowe specjalistów wychowania fizycznego zapewniły im pewien automatyzm działań w tym zakresie. Stąd też w podgrupie tej część respondentów nie podejmowała odrębnych czynności dotyczących kontroli wysiłku, co niekoniecznie obniżało racjonalność podejmowanej aktywności fizycznej.

Tab. 3. Prowadzenie przez badanych samokontroli i regulacji wysiłku fizycznego

Grupa	Systematycznie	Sporadycznie	Nigdy
Ogółem	45,8%	42,7%	11,5%
SDKF	43,5%	47,8%	8,7%
SPWF	50,0%	42,1%	7,9%
PSP	45,7%	37,2%	17,1%

SDKF – studia doktoranckie w zakresie kultury fizycznej, SPWF – studia podyplomowe w zakresie wychowania fizycznego, PSP – podyplomowe studia pedagogiczne

Bezpośrednim efektem aktywności fizycznej przekładającym się na stan zdrowia jest poziom sprawności fizycznej. Świadomość stanu sprawności fizycznej może być ważnym czynnikiem bezpośredniej motywacji do podejmowania działań w obszarze aktywności fizycznej, a tym samym również w zakresie doskonalenia obrazu zdrowia. Ważne jest przy tym, aby samoocena sprawności dokonywała się w sposób systematyczny, dający możliwość szybkiego reagowania na jej spadek. W tabeli 4 zawarto dane dotyczące deklarowanej przez respondentów częstości samokontroli sprawności fizycznej. Niestety co piąta osoba przyznała, że nie podejmuje takiej samokontroli, a jedynie co trzecia wskazała, że czyni to systematycznie. I w tym wypadku najlepsze wyniki uzyskano w sondażu liderów wychowania zdrowotnego, a najstarsze wśród nauczycieli z grupy wspierających proces. Zaskoczenie stanowi jednak znaczny udział (17,4%) niekontrolujących swojej sprawności specjalistów wychowania fizycznego. Ogólnie przytoczone dane

Tab. 4. Prowadzenie przez badanych samokontroli sprawności fizycznej

Grupa	Systematycznie	Sporadycznie	Nigdy
Ogólnie	35,4%	44,8%	19,8%
SDKF	47,8%	34,8%	17,4%
SPWF	34,2%	50,0%	15,8%
PSP	28,6%	45,7%	25,7%

SDKF – studia doktoranckie w zakresie kultury fizycznej, SPWF – studia podyplomowe w zakresie wychowania fizycznego, PSP – podyplomowe studia pedagogiczne

wskazują na intuicyjny i subiektywny sposób oceny własnej sprawności fizycznej badanych. Może on generować tendencje do przeceniania swojej sprawności i prowadzić do ograniczania aktywności fizycznej.

Analiza danych zawartych w tabeli 5 sugeruje występowanie zjawiska zawyżonej samooceny sprawności, a także aktywności fizycznej w badanej grupie. Jeśli ponad 90% respondentów pozytywnie oceniło swoją aktywność, a znaczna część (podgrupa PSP) zadeklarowała, że przeznaczają średnio około 30 minut dziennie na jej podejmowanie, opinia nie może być inna. Podobnie można interpretować kwestię samooceny sprawności fizycznej. Jedynie co trzeci respondent twierdził, że systematycznie prowadzi taką samokontrolę – trudno więc być przekonanym o trafności pozytywnych ocen, występujących u ponad 87% osób. W zasadzie najbardziej wiarygodne wydają się samooceny przeciętne i złe.

Bardzo ważnym elementem zachowań zdrowotnych związanych ze zdrowiem fizycznym jest dbałość o racjonalne odżywianie się. Poprawne nawyki żywieniowe, szczególnie obecnie, gdy na rynku żywnościowym obserwuje się ekspansję fast foodów, żywności wysoko przetworzonej oraz genetycznie modyfikowanej, są często jedyną gwarancją zachowania poprawności struktury tkankowej ciała, prawidłowości metabolizmu i masy ciała, a w efekcie obrazu zdrowia. Na podstawie danych zawartych w tabeli 6 poprawności odżywiania się badanych osób nie można ocenić wysoko, zwłaszcza że zdecydowaną większość badanych (67,4%) stanowiły kobiety. Na etapie konceptualizacji

Tab. 5. Ogólne samooceny aktywności i sprawności fizycznej badanych

Grupa	Aktywność fizyczna			Sprawność fizyczna		
	dobra	przeciętna	zła	dobra	przeciętna	zła
Ogólnie	70,8%	19,8%	9,4%	59,4%	27,1%	13,5%
SDKF	73,9%	17,4%	4,4%	65,2%	17,4%	17,4%
SPWF	86,9%	10,5%	2,6%	68,4%	26,3%	5,3%
PSP	45,7%	34,3%	20,0%	45,7%	34,3%	20,0%

SDKF – studia doktoranckie w zakresie kultury fizycznej, SPWF – studia podyplomowe w zakresie wychowania fizycznego, PSP – podyplomowe studia pedagogiczne

Tab. 6. Samoocena poprawności odżywiania się badanych

Grupa	Poprawne	Różne	Złe
Ogółem	31,2%	57,3%	11,5%
SDKF	26,1%	56,5%	17,4%
SPWF	36,8%	57,9%	5,3%
PSP	28,6%	57,1%	14,3%

SDKF – studia doktoranckie w zakresie kultury fizycznej, SPWF – studia podyplomowe w zakresie wychowania fizycznego, PSP – podyplomowe studia pedagogiczne

metodologicznej opracowania przyjęto, że jedyną zmienną różnicującą wyniki będzie potencjalna rola w procesie edukacji zdrowotnej, jednak w tym miejscu warto poruszyć kwestię dymorfizmu płciowego badanej grupy. Zaledwie 1/3 respondentów deklarowała poprawność odżywiania się. Wprawdzie na złe odżywianie się wskazywało jedynie nieco ponad 10%, ale blisko 60% niejednoznacznie poprawnie odżywiających się nie może być uznane za stan pozytywny – tym bardziej że problem nieracjonalnego odżywiania się dzieci i młodzieży jest jednym z kluczowych we współczesnym świecie, a jego wyeliminowanie wymaga ogromnego wysiłku edukacyjnego.

Najgorzej w omawianej samoocenie wypadła podgrupa potencjalnych liderów wychowania zdrowotnego, a wyniki bardzo zbliżone do tych odnotowano w podgrupie nauczycieli wspierających ten proces. Trudno oczekiwać, że praktyki zdrowotne nauczycieli w tym zakresie staną się dla ich wychowanków źródłem dobrych doświadczeń.

Podobnie niezbyt optymistycznie trzeba ocenić deklarowane przez badanych zachowania związane z higieną wypoczynku nocnego (tab. 7). Jedynie nieco ponad połowa respondentów wykazała racjonalny czas snu. Pozostali w większości uznawali swój wypoczynek nocny za zbyt krótki. Wypowiedzi o za długim śnie były sporadyczne. Podobnie jak w wypadku poprawności odżywiania się, najlepiej wypadli tu kandydaci na nauczycieli zdrowia (SPWF). Natomiast liderzy nieznacznie tylko lepiej od osób wspierających proces wychowania zdrowotnego ocenili swoje zachowania w tym zakresie.

Tab. 7. Samoocena czasu wypoczynku nocnego badanych

Grupa	Zbyt krótki	Optymalny	Zbyt długi
Ogólnie	44,8%	54,2%	1,0%
SDKF	52,2%	47,8%	0,0%
SPWF	31,6%	65,8%	2,6%
PSP	54,3%	45,7%	0,0%

SDKF – studia doktoranckie w zakresie kultury fizycznej, SPWF – studia podyplomowe w zakresie wychowania fizycznego, PSP – podyplomowe studia pedagogiczne

Tab. 8. Palenie tytoniu wśród badanych

Grupa	Tak	Nie
Ogólnie	10,4%	89,6%
SDKF	17,4%	82,6%
SPWF	5,3%	94,7%
PSP	11,4%	88,6%

SDKF – studia doktoranckie w zakresie kultury fizycznej, SPWF – studia podyplomowe w zakresie wychowania fizycznego, PSP – podyplomowe studia pedagogiczne

Istotnym elementem praktyk zdrowotnych mieszczących się w prozdrowotnym stylu życia jest unikanie zachowań ryzykownych. W sondażu padło pytanie dotyczące palenia tytoniu, który jest najpowszechniej dostępną szkodliwą substancją psychoaktywną. Odsetek palących wśród osób objętych badaniami był ogólnie niewielki – 10,4% (tab. 8). Jednak w podgrupie respondentów, których kompetencje zdrowotne powinny być najwyższe (SDKF), przekraczał on 17%. Jest to z pewnością stan nie do zaakceptowania. Najkorzystniejszy wskaźnik niepalących zarejestrowano w podgrupie kandydatów na liderów edukacji zdrowotnej (SPWF); tu odsetek palących był na granicy błędu statystycznego.

Jednym z elementów dbałości o własne zdrowie są tzw. zachowania medyczne oraz prewencyjne. Należy do nich korzystanie z usług medycznych, stosowanie się do zaleceń medycznych bądź farmakologicznych, profilaktyka medyczna oparta na samobadaniu lub przeprowadzaniu badań okresowych. Jedynie nieco ponad 40% respondentów deklarowało systematyczność poddawania się

Tab. 9. Deklarowana przez badanych częstość poddawania się badaniom profilaktycznym

Grupa	Systematycznie	Sporadycznie	Nigdy
Ogólnie	41,7%	52,1%	6,2%
SDKF	43,5%	52,2%	4,3%
SPWF	47,4%	47,4%	5,2%
PSP	34,3%	57,1%	8,6%

SDKF – studia doktoranckie w zakresie kultury fizycznej, SPWF – studia podyplomowe w zakresie wychowania fizycznego, PSP – podyplomowe studia pedagogiczne

badaniom profilaktycznym (tab. 9). Osoby z podgrup liderów i kandydatów na nich wykazywały się wyraźnie lepszymi praktykami w tym zakresie niż badani z grupy PSP. Odsetek osób niepoddających się profilaktyce medycznej w poszczególnych grupach był odwrotnie proporcjonalny do posiadanych kompetencji formalnych.

Wspomniane dotychczas zachowania zdrowotne w konsekwencji prowadzą do kształtowania się określonego stanu zdrowia. W tabeli 10 przedstawiono dane obrazujące poziom samooceny zdrowia badanych nauczycieli. Ogólnie deklaracje występowania złego stanu zdrowia były sporadyczne i w każdej podgrupie podobne. Jednak wskazanie dobrego stanu zdrowia zanotowano jedynie u nieco ponad 1/3 badanych – największy udział, bo blisko 45%, miała ta deklaracja w podgrupie SPWF. Można więc przyjąć, że około 2/3 respondentów miało świadomość różnych braków w swoim zdrowiu. Nie koresponduje to jednak z wynikami w zakresie samooceny aktywności i sprawności fizycznej, higieny odżywiania się czy zachowań prewencyjnych.

Podobne rozbieżności występują między wymienionymi deklarowanymi zachowaniami zdrowotnymi a samooceną prozdrowotnego stylu życia (tab. 10). Dotyczy to głównie podgrup kandydatów na liderów oraz nauczycieli wspierających proces wychowania zdrowotnego. Wskaźnik blisko połowy respondentów oceniających swój styl życia za zdecydowanie prozdrowotny stoi w pewnej sprzeczności z deklaracjami częstokrotnych zachowań w tym zakresie. Jedynie w podgrupie potencjalnych liderów edukacji zdrowotnej samoocena stylu życia wydaje się trafna.

W poglądach Antonovsky'ego (2005) ogniskujących się wokół salutogenetycznej koncepcji zdrowia kluczową dyspozycją człowieka zapewniającą mu utrzymywanie zdrowia lub łatwe jego przywracanie po okresie choroby jest poczucie koherencji. Dokonując analizy wewnętrznej struktury poczucia koherencji, autor wskazuje, że jego poszczególne składowe rozwijają się w toku socjalizacji jako osobiste doświadczenia każdego człowieka. Stąd też można założyć, że owe doświadczenia są efektem socjalizacji (efektem wychowawczym), ale również źródłem doświadczeń dla innych podmiotów (wychowanie jako efekt relacji nauczyciel–uczeń). Dlatego wyższy poziom poczucia koherencji nauczyciela powinien sprzyjać występowaniu efektów wychowania zdrowotnego u jego podopiecznych.

W tabeli 11 przedstawiono dane obrazujące poziom i strukturę poczucia koherencji u osób objętych badaniami. W globalnym obrazie daje się zaobserwować związek poziomu poczucia koherencji z poziomem kompetencji formalnych do prowadzenia procesu wychowania zdrowotnego – im większe kom-

Tab. 10. Ogólne samooceny stanu zdrowia i stylu życia badanych

Grupa	Stan zdrowia			Prozdrowotny styl życia		
	dobry	przeciętny	zły	tak	częściowo	nie
Ogólnie	37,5%	58,3%	4,2%	39,6%	57,3%	3,1%
SDKF	34,8%	60,9%	4,3%	21,7%	65,2%	13,1%
SPWF	44,7%	50,0%	5,3%	47,4%	52,6%	0,0%
PSP	31,4%	65,7%	2,9%	48,6%	51,4%	0,0%

SDKF – studia doktoranckie w zakresie kultury fizycznej, SPWF – studia podyplomowe w zakresie wychowania fizycznego, PSP – podyplomowe studia pedagogiczne

Tab. 11. Struktura poczucia koherencji badanych

Grupa	Zrozumienie		Zaradność		Sensowność		Koherencja	
	AVG	SD	AVG	SD	AVG	SD	AVG	SD
Ogólnie	48,4	8,8	50,6	6,4	42,1	5,3	141,1	17,1
SDKF	48,8	8,4	51,9	7,0	43,4	6,0	144,0	17,6
SPWF	48,9	9,7	50,7	6,4	41,9	4,5	141,6	17,6
PSP	47,7	8,3	49,5	5,9	41,5	5,5	138,8	16,1

SDKF – studia doktoranckie w zakresie kultury fizycznej, SPWF – studia podyplomowe w zakresie wychowania fizycznego, PSP – podyplomowe studia pedagogiczne, AVG – średnia, SD – odchylenie standardowe

Tab. 12. Związki między poziomem poczucia koherencji badanych a ich przeciętnym tygodniowym czasem aktywności fizycznej (godz.)

Koherencja	Aktywność samodzielna		Aktywność instytucjonalna	
	AVG	SD	AVG	SD
Niska	3,4	3,7	2,6	5,0
Średnia	4,2	3,1	3,0	4,2
Wysoka	5,9	4,6	2,8	4,8

AVG – średnia, SD – odchylenie standardowe

Tab. 13. Związki między poziomem poczucia koherencji badanych a ich samoocena aktywności i sprawności fizycznej

Koherencja	Aktywność fizyczna			Sprawność fizyczna		
	dobra	przeciętna	zła	dobra	przeciętna	zła
Niska	54,6%	27,3%	18,1%	42,4%	36,4%	21,2%
Średnia	75,0%	18,2%	6,8%	61,3%	27,3%	11,4%
Wysoka	89,5%	10,5%	0,0%	84,2%	10,5%	5,3%

Tab. 14. Związki między poziomem poczucia koherencji badanych a ich samoocena stanu zdrowia i prozdrowotnego stylu życia

Koherencja	Stan zdrowia			Prozdrowotny styl życia		
	dobry	przeciętny	zły	tak	częściowo	nie
Niska	21,2%	72,7%	6,1%	33,3%	60,6%	6,1%
Średnia	43,2%	54,5%	2,3%	43,2%	56,8%	0,0%
Wysoka	52,6%	42,1%	5,3%	42,1%	52,6%	5,3%

petencje, tym wyższy poziom poczucia koherencji. Jednak istotne statystycznie okazały się różnice w poziomie poczucia koherencji pomiędzy podgrupami potencjalnych liderów tego procesu a podgrupą wspierającą proces. Zróżnicowanie w zakresie poszczególnych komponentów strukturalnych poczucia koherencji było mniejsze i w większości

nieistotne statystycznie. Wyjątek stanowiła istotna różnica poziomu poczucia sensowności w podgrupach SDKF oraz PSP. Wartości wskaźników odchylenia standardowego świadczą o podobnym zróżnicowaniu wewnętrznym poszczególnych komponentów i ogólnego poczucia koherencji we wszystkich badanych podgrupach.

Związków między poczuciem koherencji a wybranymi przejawami zachowań zdrowotnych poszukiwano w oparciu o wydzielanie w badanej grupie podgrup o niskim ($< AVG - SD$), średnim ($AVG \pm SD$) i wysokim ($> AVG + SD$) poziomie poczucia koherencji. Dla każdej z tak wyznaczonych podgrup określono przeciętne wartości wskaźników charakteryzujących wybrane zachowania zdrowotne.

Analiza tak usystematyzowanych wyników pozwoliła na wykazanie związków w kilku obszarach. Wystąpiły wprost proporcjonalne zależności między poziomem poczucia koherencji a czasem przeznaczonym na podejmowanie aktywności fizycznej. Zauważono je zwłaszcza w odniesieniu do łącznego czasu aktywności fizycznej oraz czasu aktywności samodzielnej (tab. 12).

Pełny zakres zależności wystąpił między poziomem poczucia koherencji a samooceną badanych dotyczącą aktywności oraz sprawności fizycznej. Liczba wyników dobrych okazała się wprost proporcjonalna, a liczba wyników przeciętnych i złych – odwrotnie proporcjonalna do poziomu poczucia koherencji (tab. 13).

Podobne związki zarejestrowano między poziomem poczucia koherencji a dobrymi i przeciętnymi wynikami w zakresie samooceny stanu zdrowia i prozdrowotnego stylu życia badanych. Jedynie złe wyniki samooceny nie wykazywały związków z poziomem poczucia koherencji respondentów (tab. 14).

Na tej podstawie można zweryfikować przyjęte założenie, że poczucie koherencji może stanowić kompetencję pedagogiczną nauczyciela zdrowia.

DYSKUSJA

Problematyka zachowań zdrowotnych różnych grup społecznych podejmowana jest w ostatnich latach coraz częściej. Do najbardziej znaczących opracowań zagranicznych zaliczyć można publikacje Connera i Normana (2005), Glanz i wsp. (2008) czy Sallisa i wsp. (2015). Autorzy ci stworzyli powszechną koncepcję badań nad zachowaniami zdrowotnymi, która stała się inspiracją

dla wielu badaczy tej problematyki. Sami również wielokrotnie przedstawiali stan zachowań zdrowotnych i ich uwarunkowania, ale głównie w środowisku amerykańskim i w innych krajach pozaeuropejskich.

Specyfika podjętego problemu skłania raczej do poszukiwania zbieżności i różnic w wynikach podobnych badań w środowisku krajowym. Główny Urząd Statystyczny (GUS) (Łysoń, 2013) podaje informacje o wybranych przejawach zachowań zdrowotnych dorosłych Polaków, które można odnieść do wyników przedstawionych w niniejszej pracy. Odsetek dorosłych mieszkańców podejmujących systematycznie aktywność fizyczną wynosił w roku 2012 około 20%, a aktywni okazjonalnie stanowili nieco ponad 25%. Pozostali dorośli nie podejmowali aktywności fizycznej. Na tym tle zaledwie 6% biernych nauczycieli wśród objętych badaniem można uznać za wynik bardzo dobry. Zgodnie z danymi GUS jedynie około 12% społeczeństwa ocenia swoją sprawność fizyczną jako złą lub bardzo złą, a aż 63% jako dobrą lub bardzo dobrą. Ten stan – w kontekście ponad połowy biernych fizycznie członków społeczeństwa – wskazuje na tendencję do zdecydowanego zawyżania oceny własnej sprawności fizycznej, która z pewnością nie jest efektem bierności fizycznej. Zjawisko zawyżania samooceny sprawności fizycznej odnotowano także wśród nauczycieli objętych niniejszymi badaniami. W przytaczanych danych GUS można również odnaleźć informacje na temat samooceny zdrowia Polaków. W grupach wiekowych odpowiadających grupie badanych nauczycieli około 20% społeczeństwa ocenia swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły, co jest wartością wyraźnie wyższą niż zarejestrowana w badaniach własnych (4,2%).

Jak podano we wcześniejszym opracowaniu GUS (2006), w roku 2004 odsetek aktywnych Polaków, zależnie od intensywności wysiłku, wahał się od 71,4% przy intensywności małej, poprzez 33,4% przy intensywności umiarkowanej, do 5,6% przy intensywności dużej. Przeciętny tygodniowy czas aktywności w przypadku poszczególnych intensywności wynosił odpowiednio 8,4, 8,3 oraz 5 godzin. Dane te wskazują na nieznacznie większe zaangażowanie społeczeństwa

czeństwa w aktywność fizyczną w omawianym okresie niż deklarowane przez badanych nauczycieli.

W 2011 r. Prażmowska i wsp. opublikowali wyniki badań nad zachowaniami zdrowotnymi 88 nauczycieli szkół średnich w Nowym Sączu. W grupie tej średnio około 60% badanych podejmowało aktywność fizyczną co najmniej kilka razy w tygodniu. Pozostali deklarowali, że robią to kilka razy w miesiącu lub nie robią wcale. Ci ostatni wskazywali jednak na świadomość, iż ich aktywność nie jest wystarczająca. W kontekście tych wyników nauczyciele objęci sondażem w niniejszym opracowaniu wykazali się wyższą aktywnością. Natomiast zbliżony jest odsetek pozytywnie oceniających własną aktywność fizyczną. Niestety autorzy nie podali informacji o specjalnościach dydaktycznych badanych, co utrudnia bardziej jednoznaczne porównania. Wśród nauczycieli sądeckich 40% paliło papierosy, a mimo to blisko 97% pozytywnie oceniało swój stan zdrowia. Wyraźnie wyższy od deklarowanego przez nauczycieli w ramach niniejszego opracowania był odsetek regularnie poddających się badaniom profilaktycznym (ponad 65%), a także uznających swój styl życia za prozdrowotny (ponad połowa).

Wyniki interesujących badań 567 nauczycieli opublikowały Woynarowska-Sołdan i Węziak-Białowolska (2012). Respondenci wśród swoich zachowań zdrowotnych najwyżej ocenili unikanie zagrożeń, nieco niżej dbałość o ciało, nawyki żywieniowe i higienę snu, a zdecydowanie najniżej aktywność fizyczną. Łącznie blisko 20% badanych było biernych fizycznie, natomiast stosunkowo znaczny odsetek uczestniczył w zajęciach zorganizowanych (45%). Jedynie 1,7% przyznało się do braku zadowolenia ze swojego stanu zdrowia.

Duda-Zalewska (2012) przedstawiła analizę zachowań zdrowotnych dużej grupy nauczycieli z województwa mazowieckiego. Odsetek palących zależał od stażu pracy i wraz z nim wzrastał, zawierając się w przedziale 10–25%. Jest to nieco zaskakujące, gdyż wzrost troski o zdrowie najczęściej łączy się z postępującym wiekiem człowieka. I ten mechanizm faktycznie występuje w zakresie praktyk prewencyjnych. Mazowieccy

nauczyciele wraz z wiekiem w coraz większej liczbie poddawali się systematycznym badaniom profilaktycznym (wzrost odsetka z 31 do 48%). Wyniki te są zbliżone z uzyskanymi w niniejszej pracy. Co zaskakujące, w badaniach Dudy-Zalewskiej nie został poruszony wątek aktywności fizycznej jako przejawu zachowań zdrowotnych.

Pojawił się on natomiast w publikacji Zysnarskiej i Bernard (2007), które przedstawiły stan wybranych zachowań zdrowotnych nauczycieli z Wielkopolski. Podejmowanie aktywności fizycznej deklarowało nieco ponad 48% badanych, co na tle danych dotyczących nauczycieli zdrowia jest wynikiem zdecydowanie gorszym. Z drugiej strony w badaniach poznańskich ponad 60% respondentów oceniło swój stan zdrowia jako dobry, ale tylko 35% poprawnie oceniło swoje odżywianie.

Niestety raporty z badań zachowań zdrowotnych nauczycieli są nieliczne, a na dodatek same badania prowadzone są w oparciu o bardzo zróżnicowane narzędzia badawcze. Tym samym bardzo trudno jest dokonywać precyzyjnych analiz porównawczych w tym zakresie. Ogólnie jednak na podstawie dostępnych danych stan tych zachowań nie może być określony jako pozytywny. Występuje w tej kwestii wiele nieprawidłowości, mogących mieć negatywny wpływ na efekty procesu wychowania zdrowotnego, w którym poszczególni nauczyciele – często nieświadomie – uczestniczą.

Jeszcze trudniej jest spotkać w literaturze naukowej wyniki badań nad poczuciem koherencji nauczycieli. Do nielicznych autorów poruszających to zagadnienie należy Świętochowski (2004). W jego opracowaniach, poświęconych głównie zjawisku wypalenia zawodowego, temat koherencji pojawia się jako jedna z dyspozycji nauczycieli, na których tle rozpatrywane są problemy wypalenia. Podobna sytuacja występuje w badaniach Lubrańskiej (2012), która również analizuje problematykę wypalenia zawodowego w różnych grupach zawodowych. Niestety w publikacjach tych nie zawarto bezpośrednich danych dotyczących poczucia koherencji.

W związku z powyższym jedyną możliwością porównawczego podejścia do wyników uzyskanych w zakresie poczucia

koherencji badanych jest oparcie się na przykładowych wynikach zarejestrowanych w innych grupach badawczych. Binkowska-Bury i wsp. (2006) podają wyniki badania poczucia koherencji wśród pielęgniarek. W tej grupie zawodowej, która wykazuje pewne podobieństwa z badanymi nauczycielami zdrowia, przeciętny wskaźnik poczucia koherencji wyniósł 147,0. Jest to wartość wyraźnie wyższa niż u badanych nauczycieli, ale wskaźnik odchylenia standardowego równy 28,64 świadczy o znacznie większym zróżnicowaniu poczucia koherencji u pielęgniarek.

Poczucie koherencji wśród przedstawicieli innego zawodu medycznego określili Rębak i Głuszek (2012). Objęli oni badaniami grupę ponad 330 ratowników medycznych. Średni poziom poczucia koherencji wyniósł 142,2, przy wartości odchylenia standardowego 21,9. Jest to wynik podobny do uzyskanego u badanych nauczycieli, choć w ich grupie stwierdzono mniejsze zróżnicowanie cechy.

Inną grupą zawodową objętą badaniami poczucia koherencji byli żołnierze pełniący obowiązki dowódcze (Piórowski, 2008). Poprzez analizę struktury ich obowiązków, w której występują nie tylko zadania *stricte* dowódcze, ale i wychowawcze, grupę tę można w pewien sposób powiązać z badanymi nauczycielami. Poziom poczucia koherencji wykazany u oficerów i podoficerów wyniósł 133,24, co jest wynikiem wyraźnie niskim na tle wcześniej przedstawionych. Piórowski w swoich analizach podaje również stan poczucia koherencji zarejestrowany w badaniach grupy kontrolnej, złożonej z przedstawicieli różnych grup zawodowych – lekarzy, nauczycieli, strażaków. Średni poziom koherencji w tej grupie wyniósł 149,8.

W dostępnych opracowaniach nie występują dane liczbowe dotyczące związków poczucia koherencji z przejawami zachowań zdrowotnych. Jednak część autorów wskazuje na oddziaływanie poczucia koherencji na poczucie własnej wartości czy poziom samooceny własnych działań i możliwości. Poglądy te są zbieżne z wynikami przedstawionych tu badań dotyczących związków poczucia koherencji z samooceną aktywności i sprawności fizycznej czy zdrowia i stylu życia.

Z pewnością trudności napotkane podczas zbierania materiału do dyskusji upoważniają do stwierdzenia, że liczba badań nad poczuciem koherencji – dotyczących nie tylko nauczycieli, ale i innych grup zawodowych – jest ciągle niewystarczająca. Jej zwiększenie i usystematyzowanie badań z pewnością umożliwiłyby doskonalenie przygotowania i kwalifikowania kadr do ogromnie ważnego społecznie i jednostkowo procesu edukacji zdrowotnej.

WNIOSKI

1. Nauczyciele zdrowia jako przodownicy (liderzy) upowszechniania wzorów kultury zdrowotnej oraz kandydaci do tej roli wykazują się wyższą dojrzałością zachowań zdrowotnych niż nauczyciele innych przedmiotów, którzy mogą potencjalnie służyć wsparciem edukacyjnym.

2. Zachowania zdrowotne, które stanowią o stylu życia nauczycieli, nie należą do wzorcowych. Oznacza to, że w pewnych zakresach przyczynowości edukacyjnej oczekiwana internalizacja wzorów kultury zdrowotnej wśród uczniów może się nie dokonywać.

3. U nauczycieli obserwuje się wysokie poczucie koherencji. Zauważalna jest zależność między poczuciem koherencji nauczycieli wychowania fizycznego a pełnioną rolą edukacyjną w kulturze zdrowotnej.

4. Zachodzi zależność między poczuciem koherencji a zachowaniami zdrowotnymi nauczycieli. Nauczyciele o wyższym poczuciu koherencji wykazują się dojrzałością zachowań zdrowotnych.

BIBLIOGRAFIA

- Antonovsky, A. (2005). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: IPiN.
- Binkowska-Bury, M., Marć, M., Boratyn-Dubiel, L. (2006). Poczucie koherencji a motyw wyboru zawodu pielęgniarki i położnej. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego*, 1, 34–40.
- Conner, M., Norman, P. (red.) (2005). *Predicting health behaviour: research and practice with social cognition models*. Berkshire: Open University Press.

- Duda-Zalewska, A. (2012). Zachowania zdrowotne nauczycieli a staż pracy w zawodzie. *Hygeia Public Health*, 47(2), 183–187.
- Glanz, K., Rimer, B.K., Viswanath, K. (2008). *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. San Francisco: Wiley & Sons.
- GUS (2006). *Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r.* Warszawa: GUS.
- Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN.
- Kisilowska, M. (2008). Health information literacy. Biblioteki na zdrowie! *Seria III: ePublikacje Instytutu INiB UJ. Red. Maria Kocójowa. Nr 5. Biblioteka: klucz do sukcesu użytkowników*, 225–232. Pobrano z: <http://eprints.rclis.org/14302/1/kisilowska-n.pdf> [dostęp: 15.05.2017].
- Lubrańska, A. (2012). Środowisko pracy a wypalenie zawodowe – analiza wzajemnych relacji na przykładzie badań reprezentantów różnych obszarów aktywności. *Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Psychologica*, 16, 35–45.
- Łysoń, P. (red.) (2013). *Uczestnictwo Polaków w sporcie i rekreacji ruchowej w 2012 r.* Warszawa: GUS.
- Ostrowska, A. (1999). *Styl życia a zdrowie*. Warszawa: IFiS PAN.
- Pawłucki, A. (2013). *Nauki o kulturze fizycznej. Studia i Monografie AWF we Wrocławiu*, 117. Wrocław: AWF.
- Piórowski, K. (2008). Poczucie koherencji a style radzenia sobie ze stresem dowódców – żołnierzy zawodowych. *Polskie Forum Psychologiczne*, 13(1), 50–60.
- Prażmowska, B., Dziubak, M., Morawska, S., Stach, J. (2011). Wybrane zachowania zdrowotne nauczycieli szkół średnich. *Problemy Pielęgniarstwa*, 19(2), 210–218.
- Rębak, D., Głuszec, S. (2012). Poczucie koherencji jako wykładnik w prognozowaniu aktywności zawodowej ratowników medycznych. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2, 103–107.
- 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.
- Siwiński, W. (2009). Kultura fizyczna jako dział wychowania zdrowotnego w nowoczesnym społeczeństwie. W: Z. Dziubiński, K.W. Janowski (red.), *Kultura fizyczna w społeczeństwie nowoczesnym* (s. 346–353). Warszawa: AWF.
- Świętochowski, W. (2004). Poczucie koherencji a wypalenie się w zawodzie nauczyciela. *Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Psychologica*, 8, 55–66.
- Woynarowska, B. (2008). *Edukacja zdrowotna*. Warszawa: PWN.
- Woynarowska-Sołdan, M., Węziak-Białowolska, D. (2012). Samoocena zdrowia i dbałość o zdrowie u nauczycieli. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 93(4), 739–745.
- Zysnarska, M., Bernard, D. (2007). Zachowania prozdrowotne nauczycieli w województwie wielkopolskim. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 88(2), 183–187.

Abstract

Sense of coherence and health behaviours among health teachers

Background. The purpose of the study is to explain the dependence of teachers' participation in the dissemination of health culture patterns from their sense of coherence and lifestyle behaviours. It was assumed that the teachers who acted as process leaders and those supporting them did not differ in the maturity of their health behaviours. The teachers' health behaviours are followed by their pupils and lead to the internalization of health culture patterns. **Material and methods.** The authors applied a diagnostic survey, with a health behaviour questionnaire and the SOC-29 life-orientation questionnaire. The studied group of 98 teachers was divided into three subgroups: those who had formal competence of a health teacher, those applying for the competence during postgraduate studies, and those who applied for formal pedagogical competencies during postgraduate education. **Results.** The registered manifestations of health behaviours can be considered as correct; they do not guarantee, however, positive effects of the pedagogical influence by means of own example. As compared with other professional groups, the sense of coherence among the studied teachers is high. **Conclusions.** The research showed a relationship between the status of health behaviours and the sense of coherence on one hand and the role played by the teachers in the process of health education on the other. A relationship between the level of their sense of coherence and selected health behaviours was also observed. **Key words:** health education, health pedagogy, health behaviours of teachers, sense of coherence

Praca wpłynęła do Redakcji: 20.07.2017

Po recenzji: 23.07.2017

Zaakceptowano do druku: 11.08.2017

Adres do korespondencji:

Ryszard Bartoszewicz
Katedra Pedagogiki Kultury Fizycznej
Akademia Wychowania Fizycznego
ul. Witelona 25
51-617 Wrocław
e-mail: ryszard1959bar@gmail.com

Jak cytować:

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