

AKADEMIA KALISKA
IM. PREZYDENTA STANISŁAWA WOJCIECHOWSKIEGO
WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU

MGR KAMIŁA KMIEĆ

**Zachowania zdrowotne nauczycieli
w kontekście uwarunkowań socjodemograficznych**

Rozprawa na stopień doktora

w dziedzinie **nauk medycznych i nauk o zdrowiu**
w dyscyplinie **nauki o zdrowiu**

Promotor: prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Katarzyna Sygit

Promotor pomocniczy: dr n. med. Barbara Kołłątaj

Kalisz, 2022

Składam serdeczne podziękowania moim Promotorom

Pani prof. dr hab. n.med. i n. o zdr. Katarzynie Sygit

*za nieocenioną pomoc udzieloną w trakcie przygotowywania rozprawy doktorskiej,
inspirację do zgłębiania zagadnień naukowych, cierpliwość
a przede wszystkim za wsparcie i zaufanie dzięki którym było możliwe
rozpoczęcie niesamowitej przygody naukowej.*

Pani dr n.med. Barbarze Kollątaj

za poświęcony czas oraz cenne rady związane z niniejszą pracą.

Specjalne podziękowania

*składam mojej najbliższej Rodzinie,
w szczególności moim **wspaniałym Rodzicom: Marzenie i Markowi,**
za nieustanne wsparcie, motywację oraz niegasnącą wiarę we mnie.*

Spis treści

Wykaz skrótów	5
Wstęp	6
I. Wprowadzenie	8
1. Zdrowie i jego determinanty w świetle literatury przedmiotu	8
1.1 Definiowanie pojęcia zdrowia, promocji zdrowia oraz profilaktyki	8
1.2 Modele czynników warunkujących zdrowie i dbałość o zdrowie	13
1.3 Zachowania zdrowotne	17
1.4 Prozdrowotny styl życia	20
2. Wybrane zagrożenia zdrowia nauczyciela	23
2.1 Niezdrowy tryb życia i jego skutki	23
2.2 Stres i wypalenie zawodowe w pracy nauczyciela	27
2.3 Pedagogzy wobec wartości zdrowia	30
II. Założenia, cele i hipotezy badawcze	34
III. Materiał i metodyka badań	36
IV. Wyniki badań. Omówienie	41
1. Charakterystyka badanej grupy nauczycieli	41
2. Samoocena stanu zdrowia badanych	42
3. Styl życia badanych	45
4. Satysfakcja z życia badanych, według Skali Satysfakcji z Życia (SWLS)	53
5. Analiza wyników badań z zastosowaniem Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ)	55
6. Kryteria oceny zdrowia badanych, według Listy Kryteriów Zdrowia (LKZ)	57
7. Testowanie hipotez badawczych	58
7.1 Wskazanie czynników socjodemograficznych (płeć, wiek, BMI, staż pracy, zadowolenie z wyboru zawodu, stan cywilny, sytuacja materialna rodziny) determinujących zachowania zdrowotne nauczycieli.	58
7.2. Wskazanie, które ze zmiennych uzyskanych ze skali IZZ (Inwentarz Zachowań Zdrowotnych): nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienie psychiczne, praktyki zdrowotne mają najsilniejszy wpływ na stan zdrowia nauczycieli (subiektywna ocena stanu zdrowia)	103
7.3. Wskazanie, które z wymiarów rozumienia zdrowia (skala LKZ – Lista Kryteriów Zdrowia) wpływa na zachowania zdrowotne nauczycieli (nawyki żywieniowe, aktywność fizyczna, forma wypoczynku, stosowane używki)	104

7.4.Wskazanie, jak zadowolenie z życia (skala SWLS – Skala Satysfakcji z Życia) wpływa na zachowania zdrowotne nauczycieli (nawyki żywieniowe, aktywność fizyczna, forma wypoczynku, stosowane używki).....	136
V.Dyskusja.....	140
VI.Wnioski.....	147
VII.Piśmiennictwo	149
VIII.Streszczenie.....	175
IX.Summary.....	179
X.Aneks	182
1.Spis tabel.....	182
2.Spis rycin	188
3.Spis rysunków	188
4.Narzędzia badawcze.....	189
4.1 Autorski Kwestionariusz Ankiety	189
4.2 Kwestionariusz – Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ)	198
4.3 Kwestionariusz – Lista Kryteriów Zdrowia (LKZ).....	200
4.4 Kwestionariusz – Skala Satysfakcji z Życia (SWLS)	202
5.Zgoda Komisji Bioetycznej.....	203

Wykaz skrótów

- **N** – liczba
- **K** – kobieta
- **M** – mężczyzna
- **Mdn** – mediana
- **SD** – odchylenie standardowe
- **IQR/2** - odchylenie ćwiartkowe
- **CV** – współczynnik zmienności
- **BMI** – Body Mass Index (wskaźnik masy ciała)
- **CBOS** – Centrum Badania Opinii Społecznej
- **IZZ** – Inwentarz Zachowań Zdrowotnych
- **LKZ** – Lista Kryteriów Zdrowia
- **SWLS** - Skala Satysfakcji z Życia
- **A** – wiek badanych: **<35**
- **B** – wiek badanych: **35-45 lat**
- **C** – wiek badanych: **>45 lat**
- **D** – BMI **<25.00**
- **E** – BMI **25.00-29.99**
- **F** – BMI **>30**
- **G** – długość stażu pracy: **<10**
- **H** – długość stażu pracy: **10-30 lat**
- **I** – długość stażu pracy: **>30 lat**
- **J** – poziom zadowolenia z wykonywanego zawodu (wg skali od 1 do 10): **1-4**
- **L** – poziom zadowolenia z wykonywanego zawodu (wg skali od 1 do 10): **5-7**
- **Ł** – poziom zadowolenia z wykonywanego zawodu (wg skali od 1 do 10): **8-10**
- **O** – stan cywilny: **singiel**
- **P** – stan cywilny: **związek nieformalny**
- **R** – stan cywilny: **związek formalny**
- **S** – sytuacja materialna: **zła/przeciętna**
- **T** – sytuacja materialna: **dobra/bardzo dobra**

Wstęp

Zagadnienie *zachowań zdrowotnych* jest już od wielu lat przedmiotem rozważań zarówno teoretycznych, jak i badań naukowców z różnych dziedzin nauki. Ze względu na często odmienne, specyficzne dla każdej z dyscyplin podejście do przedmiotu badań, powstały różnorodne koncepcje definiowania i klasyfikowania zachowań zdrowotnych [81,120,126,130,131,132,139,152,180,263].

Zachowania zdrowotne dzielimy na: sprzyjające zdrowiu (prozdrowotne, pozytywne) oraz antyzdrowotne (negatywne, zwane autodestrukcyjnymi). Zachowania zdrowotne służą wzmocnieniu zdrowia oraz zapobieganiu chorobie. Zachowania antyzdrowotne przyczyniają się do powstania zaburzeń stanu zdrowia, negatywnych oddziaływań w sferze fizycznej, emocjonalnej oraz psychospołecznej [120,130,131,132,200,213,265,270].

Ważne znaczenie z perspektywy stosowania mechanizmów wpływu społecznego, ma poziom świadomości własnych zachowań zdrowotnych. To właśnie od poziomu naszej świadomości zależy kształtowanie zachowań prozdrowotnych i antyzdrowotnych [130,131, 265,291,292].

Na kształtowanie prawidłowych zachowań zdrowotnych ma wpływ wiele czynników leżących po stronie jednostki, jak i otoczenia [48,158,198,265,291].

Modelowanie zachowań przez rodziców/opiekunów we wczesnych latach życia dziecka, skutkuje wykształceniem określonych nawyków. Proces ten powinien być następnie wzmocniany lub w razie potrzeby modyfikowany w ramach dalszej socjalizacji, zachodzącej w środowisku przedszkolnym, dalej szkolnym i rówieśniczym. Należy podkreślić znaczącą rolę nauczyciela w kształtowaniu prawidłowych zachowań zdrowotnych. Jego postawa i wzór mają stanowić fundament dla dalszego kształtowania prawidłowego rozwoju dziecka. Prawidłowa postawa zdrowotna ukształtowana we wczesnych okresach rozwojowych wpływa na stan zdrowia oraz styl życia człowieka dorosłego [7,50,78,212,255,281].

Do demograficzno-społecznych uwarunkowań zachowań zdrowotnych należy wymienić: wiek, płeć, stan cywilny, sytuację rodzinną, wykształcenie, zawód, sytuację materialną. Naukowcy podkreślają, iż świadomość oraz praktykowanie prawidłowych zachowań zdrowotnych zwiększa się wraz z wiekiem. Wykształcenie, stan cywilny czy sytuacja ekonomiczna różnicują postawy wobec zdrowia i choroby. Osoby

z wykształceniem wyższym częściej prezentują zachowania prozdrowotne, co starano się dowieść w niniejszej dysertacji [139,158,170,177,179,188].

Dbanie o kondycję zdrowotną jest ważne – tak uważa według CBOS z 2018 r. - 81% dorosłych Polaków. Jednak realnym wskaźnikiem oceny postawy względem własnego zdrowia są jej konkretne zachowania. Okazuje się, że chociaż większość Polaków deklaruje dbałość o zdrowie, nie znajduje to odzwierciedlenia w praktyce dnia codziennego [21,44,45,58,215,257,258].

Zachowania zdrowotne stanowią bardzo ważny element aktywności życiowej człowieka. Wiedza dotycząca zachowań zdrowotnych sprzyjających zdrowiu oraz sposobów niwelowania zachowań nieprawidłowych powinna w dużej mierze przyczynić się do polepszenia zdrowia społeczeństwa [130,131,132,139,152,180].

Szkoła w Polsce, jak i na całym świecie jest środowiskiem edukacyjnym, w której rozwijają się i utrwalają kulturowe oraz zdrowotne wzorce zachowań dzieci i młodzieży. W związku z tym niezwykle ważne jest promowanie zdrowia w środowisku szkolnym. Rola taka przypada nauczycielowi, który powinien cechować się wysoką świadomością zdrowotną, ale i postępowaniem, które chce przekazać młodemu pokoleniu. Istotne miejsce w procesie promowania zdrowia przypada edukacji zdrowotnej. Jest to związane z powierzeniem nauczycielowi roli „przewodnika zdrowia”. Ma on, oprócz rodziców, największą szansę stania się kreatorem procesu promocji zdrowia wśród dzieci i młodzieży. Rolę nauczyciela w tym procesie przedstawia Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), poprzez podkreślenie konieczności włączenia nauczyciela w proces wychowania młodego pokolenia do wartości zdrowia i prowadzenia zdrowego stylu życia. Jest to zadanie, któremu sprostają nauczyciele „przewodnicy”, posiadający niezbędną wiedzę o uwarunkowaniach zdrowia, swoim zachowaniem, stylem życia i podejmowaną działalnością zachęcają dzieci, członków społeczności lokalnej do aktywności na rzecz zdrowia [2,7,67,78,106,114,147].

Jakie są zatem zachowania zdrowotne nauczycieli? Czy pedagodzy przywiązują znaczącą rolę do własnego zdrowia? Czy sami podejmują działania mające na celu utrzymanie, jak i poprawę własnego zdrowia? Czy stanowią autorytet do naśladowania dla młodego pokolenia, jak i osób im najbliższych?

Na powyższe pytania, jak i inne dotyczące zachowań zdrowotnych nauczycieli odpowiedzą badania przeprowadzone na potrzeby niniejszej dysertacji.

I. Wprowadzenie

1. Zdrowie i jego determinanty w świetle literatury przedmiotu

1.1 Definiowanie pojęcia zdrowia, promocji zdrowia oraz profilaktyki

W hierarchii wartości cenionych przez człowieka, zdrowie zajmuje szczególne miejsce. Słowo „zdrowie” pojawia się bardzo często również w codziennym życiu. Zdrowie wskazywane jest jako fundamentalny element pomyślnego i satysfakcjonującego życia. Należy zwrócić uwagę, że pojęcie zdrowia inaczej będzie definiowane przez ludzi reprezentujących różne zawody, w tym w szczególności tych zajmujących się tematyką zdrowia, a inaczej przez „zwykłych ludzi”. Złożoność znaczenia tego pojęcia skutkuje wyodrębnieniem w piśmiennictwie podziału na ujęcie profesjonalne i ujęcie potoczne definicji zdrowia [35,39,42,44,48,53,91,93,113,116,194,202].

Definiowanie pojęcia zdrowia w kulturze europejskiej rozpoczął Hipokrates z Kos, określany również mianem „ojca medycyny europejskiej”. Wskazał, że zdrowie należy nierozłącznie definiować z chorobą. W myśl poglądów Hipokratesa, głównymi determinantami stanu zdrowia i choroby są cztery płyny ustrojowe: krew, śluz, żółć i czarna żółć. Wyznacznikiem stanu zdrowia jest stopień zachowania równowagi tych czterech płynów. Uważał, że samopoczucie człowieka zależy od równowagi zewnętrznej, czyli równowagi między człowiekiem a otaczającym go środowiskiem. Zachowanie równowagi zewnętrznej skutkuje zachowaniem równowagi wewnętrznej, co w efekcie przynosi dobre zdrowie. Teoria Hipokratesa ujmująca zdrowie jako dobre samopoczucie a chorobę jako zły stan samopoczucia człowieka, cechowała się subiektywizmem, gdyż zawężała pojęcie do indywidualnych odczuć. Obiektywizm pojawia się w określeniu, że zdrowie zależy od równowagi między człowiekiem a otoczeniem zewnętrznym [131,132,133,228,271,272,273].

Na przestrzeni kolejnych wieków, pojęcie zdrowia ulegało zmianom. Pierwotnie główną rolę w oddziaływaniu na zdrowie przypisywano czynnikom biologicznym. W toku badań zaczęto dostrzegać również wpływ czynników społecznych na zdrowie człowieka. Wielu autorów wskazuje, że momentem przełomowym oddzielającym medyczne ujęcie zdrowia od współczesnych teorii była koncepcja ogłoszona w 1941 roku przez G.Sigeristę. W swoich poglądach, G.Sigerist wskazał, aby nie definiować zdrowia tylko przez pryzmat

braku chorób. Zdrowie ma być rozpatrywane jako coś pozytywnego, czemu towarzyszy radość z wypełniania obowiązków w codziennym życiu człowieka. Poglądy reprezentowane przez G. Sigerista stały się podstawą do wypracowania definicji zdrowia w Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO) w 1946r. Zgodnie z zapisami, zdrowie określono jako „stan pełnego dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego, społecznego a nie wyłącznie brak choroby lub niedomagania (ułomności)” (Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Dz. U. z 1948r. Nr 61, poz. 477) [10,18,44,45,91,132,133,228].

W przedstawionej koncepcji zaakcentowano nowe elementy:

- ✓ ujęcie zdrowia jako coś pozytywnego, jako dobrostanu,
- ✓ wielowymiarowość, czyli połączenie aspektu fizycznego, psychicznego i społecznego,
- ✓ podkreślenie subiektywnej oceny zdrowia.

Definicja przyjęta przez WHO stała się najczęściej cytowaną i spowodowała, iż podjęto próby zmierzające do definiowania zdrowia w ujęciu pozytywnym. Traktując zdrowie jako coś pozytywnego należy odnieść się tutaj do dobrej jakości życia, optymizmu, poczucia szczęścia, dobrej sprawności fizycznej, możliwości rozwoju itd. Jest to zatem zbiór wielu elementów składających się na dobre samopoczucie, na odczuwanie dobrostanu. Każdy człowiek w sposób subiektywny określa stan swojego zdrowia [10,18,44,45,91,132,133,274].

Koncepcja zaprezentowana przez WHO ukazała nowe spojrzenie na zdrowie istoty ludzkiej. Nakreśliła nowe wymiary zdrowia, które do tej pory skupione było tylko i wyłącznie na aspekcie biomedycznym. Wymiary te wzajemnie się przenikają, są ze sobą powiązane i w ten sposób tworzą całość, jest to tzw. holistyczne podejście do zdrowia. Elementami składowymi zdrowia jest jego wymiar fizyczny, psychiczny, społeczny, duchowy, seksualny i prokreacyjny [10,18,44,45,91,132,133,228,281].

Zdrowie fizyczne odnosi się do prawidłowego funkcjonowania wszystkich narządów i układów ciała ludzkiego. W obrębie zdrowia psychicznego najczęściej wyróżnia się zdrowie umysłowe (mentalne) i zdrowie emocjonalne. Zdrowie umysłowe przejawia się w zdolności jasnego i spójnego myślenia, zdolności uczenia się i wykorzystania swojego intelektu. Zdrowie emocjonalne charakteryzuje się zdolnością do prawidłowego wyrażania swoich emocji adekwatnie do sytuacji, ich kontroli a także w umiejętności radzenia sobie ze stresem, problemami, napięciem, lękiem czy też depresją. Zdrowie społeczne odnosi się do zdolności podejmowania prawidłowych relacji interpersonalnych z innymi ludźmi. Jeszcze trudniej zdefiniować zdrowie duchowe. Wielu

autorów koncentruje się tutaj nie tylko na przekonaniach religijnych, moralnych, ale na poczuciu wewnętrznego spokoju jednostki i życia w zgodzie z samym sobą. Seksualny wymiar zdrowia odnosi się zaś do komponentów o charakterze biologicznym, emocjonalnym, intelektualnym i społecznym tworzących całościowo dobrostan związany z seksualnością człowieka. Zdrowie prokreacyjne ma ściśle powiązanie ze zdrowiem seksualnym. Nie można rozpatrywać tego pojęcia tylko i wyłącznie pod kątem braku chorób układu rozrodczego na każdym etapie życia [10,44,45,91,132,133].

Powyższe wymiary zdrowia odnosiły się tylko i wyłącznie do jednostki. Nie można jednak zapominać, że jednostka funkcjonuje w danej zbiorowości. Mając na uwadze zdrowie zbiorowości, wyodrębniono zdrowie publiczne obejmujące swym zakresem problemy zdrowotne populacji, system usług zdrowotnych, system opieki medycznej [45,91,131,132,228,281].

Zainteresowanie zdrowiem zostało wyrażone również przez przedstawicieli nauk społecznych. Pierwszą definicję zdrowia w ujęciu socjologicznym zaprezentował T. Parsons wskazując, że „zdrowie jest stanem, w którym jednostka wykazuje optymalną umiejętność pełnienia ról i zadań wyznaczonych jej przez proces socjalizacji” (T.Parsons,1969, s.340) [189,228,253,266].

Wśród wielu tez reprezentowanych przez grono przedstawicieli różnych dyscyplin podkreśla się, że niemożliwym jest sformułowanie jednej definicji określającej zdrowie, ciało i chorobę. Eksperti z zakresu zdrowia publicznego wskazują, aby definiując zdrowie uwzględniać cel któremu ma służyć [10,24,87,228,243,269].

Ujęcie potoczne definicji zdrowia odnosi się do „zwykłych ludzi”, laików. Definiowanie zdrowia przez każdego człowieka jest kształtowane poprzez ogół doświadczeń własnych, jak i osób ze środowiska w którym funkcjonuje. Czynniki społeczno-demograficzne, które mają wpływ na rozumienie pojęcia zdrowia, to: wiek, status ekonomiczno-społeczny, wykształcenie, doświadczenie życiowe. Dla większości osób dorosłych o zdrowiu stanowi brak dolegliwości chorobowych, brak konieczności korzystania z interwencji medycznej czy też dobre samopoczucie. Niemniej, pojmowanie zdrowia przez laików ma również charakter wieloznaczny i złożony. W zależności od indywidualnej sytuacji danego człowieka, zdrowie może być pojmowane w różnorodny sposób. Ludzie odwołują się nie tylko do wymiaru fizycznego wskazując brak dolegliwości bólowych, ale akcentują również znaczenie wymiaru psychicznego oraz dobre funkcjonowanie w życiu codziennym [3,9,10,26,33,34,228,232].

Rozwój cywilizacji spowodował jednak, że ludzie nie zauważyli negatywnych skutków tego procesu dla swojego zdrowia. Co więcej, nastąpił dynamiczny rozwój czynników zagrażających zdrowiu a zasoby zdrowotne ulegały stopniowemu wyczerpywaniu. Aby zahamować ten proces, podjęto badania nad postawami ludzkimi w obrębie zdrowia [131,132,174,193,228].

Efektom badań było powstanie idei promocji zdrowia. Rozwój tego nurtu nastąpił w latach siedemdziesiątych XX wieku. Zainteresowanie tym obszarem wykazano w Raporcie „Nowe perspektywy dla zdrowia Kanadyjczyków” ministra Kanady M. Lalonde’a w 1974 roku. M. Lalonde przedstawił pierwszą na świecie narodową strategię polityki zdrowotnej zawierającą koncepcję promocji zdrowia [116,141,142,226,228,288].

Najczęściej stosowaną jednak definicją w zakresie promowania zdrowia jest ujęcie przedstawione w Karcie Ottawskiej Promocji Zdrowia w Ottawie w Kanadzie w 1986 roku. Zgodnie z tą definicją promocję zdrowia określono jako „proces umożliwiający ludziom kontrolę nad własnym zdrowiem i jego poprawę”(B.Woynarowska, 2007, s.131) [269]. Strategie promocji zdrowia ujęte w Karcie Ottawskiej są powszechnie akceptowane na świecie i nadal wyznaczają działania służące osiągnięciu celu. Zapisy Karty Ottawskiej wskazują na pięć głównych obszarów działania:

- ✓ Prowadzenie polityki zdrowia publicznego – rządy państw winny prowadzić politykę sprzyjającą tworzeniu i funkcjonowaniu mechanizmów gwarantujących dostęp społeczeństwu do fundamentalnych zasobów dla zdrowia: żywności, mieszkania, ubioru i pracy przynoszącej satysfakcję,
- ✓ Tworzenie środowisk korzystnych dla zdrowia w miejscach codziennego funkcjonowania ludzi – miejsce pracy, nauki, w domu, w środowisku lokalnym,
- ✓ Wzmacnianie inicjatyw, kampanii społeczności na rzecz propagowania zdrowia- poprzez motywowanie i stwarzanie możliwości aktywnego uczestnictwa w ustalaniu działań, możliwość podejmowania decyzji, realizację określonych celów a także budowanie poczucia odpowiedzialności za zdrowie przez społeczności lokalne oraz grupy społeczne,
- ✓ Rozwijanie indywidualnych umiejętności jednostki na rzecz zdrowia - poprzez edukację czy też dostęp do informacji możliwe jest kształtowanie określonych postaw życiowych. Dzięki temu, człowiek będzie potrafił dokonywać wyborów mających służyć zdrowiu,
- ✓ Transformacja systemu służby zdrowia – służba zdrowia ma pełnić funkcje nie tylko o charakterze diagnostycznym czy leczniczym, ale powinna również pomagać

ludziom w zakresie budowania świadomości dbania o zdrowie oraz wskazywać właściwe umiejętności [269,270,271].

J.Catford, D.Nutbeam skupiają się w swej definicji na podjęciu działań zapobiegawczych oraz aktywności w obrębie zdrowia pozytywnego, co w konsekwencji skutkuje podejmowaniem wyborów służących dobremu zdrowiu [28,228,257,258].

Promocja zdrowia ma na celu propagowanie idei zdrowia w wymiarze pozytywnym. Punkt wyjścia dla podejmowania wszelkich działań stanowi zdrowie. Inicjatywy mają służyć pomnażaniu oraz wzmacnianiu potencjału zdrowia. Odpowiedzialność za osiągnięcie wyznaczonych celów spoczywa w dużej mierze na wszystkich ludziach tworzących dane społeczeństwo. Kluczowym elementem globalnej strategii promowania zdrowia jest edukacja zdrowotna. Proces promocji zdrowia nie będzie skuteczny, jeżeli człowiek nie będzie posiadał odpowiednich kompetencji umożliwiających mu zrozumienie zasadności podejmowanych działań. Elementy edukacji zdrowotnej powinny być umiejscowione na wszystkich płaszczyznach życia społecznego człowieka. Należy skupiać się przede wszystkim na promowaniu działań mających na celu zapobieganie zjawiskom szkodliwym dla zdrowia a służyć temu mają działania profilaktyczne [24,26,28,34,35,80,132,178,269].

W obszarze medycznym wyróżniono trzy poziomy działań profilaktycznych:

- ✓ Profilaktyka pierwszej fazy to ogół działań mających na celu zapobieganie chorobie i zmniejszenie ryzyka jej wystąpienia. Wyodrębniono tzw. działania swoiste i działania nieswoiste. Działania swoiste to na przykład stosowanie szczepień ochronnych czy zapobieganie zanieczyszczeniom środowiska. Działania nieswoiste odnoszą się do kreowania prawidłowych postaw prozdrowotnych poprzez edukację i wychowanie zdrowotne,
- ✓ Profilaktyka drugiej fazy ukierunkowana jest na diagnostykę mającą służyć wczesnemu wykrywaniu stanu chorobowego oraz wskazywaniu przyczyn. Przykładem mogą być tutaj badania przeglądowe czy też bilanse zdrowia,
- ✓ Profilaktyka trzeciej fazy obejmuje działania ukierunkowane na postać choroby i mają służyć zniwelowaniu jej skutków dla człowieka [24,26,132,178,269,289].

Profilaktyki nie można jednak zawęzić tylko do obszaru medycznego, gdyż dotyczy wszystkich sfer życia społecznego. Podejmowane aktywności koncentrują się wokół zmniejszenia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożeń oraz na utrzymaniu stanu dotychczasowego. Na każdym szczeblu profilaktyki nieodłącznym elementem jest

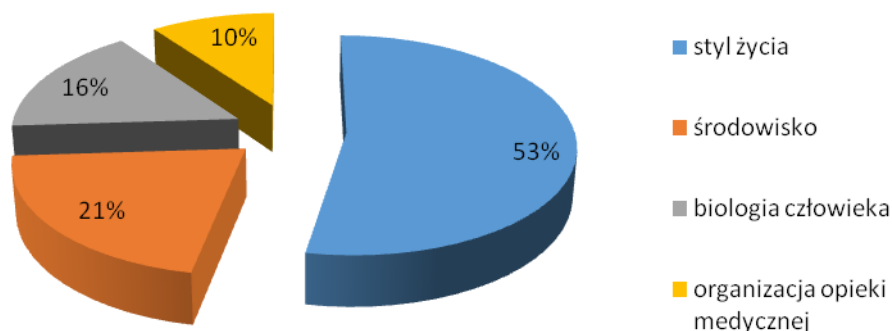
właściwa edukacja zdrowotna. Warunkiem skuteczności podejmowanych działań jest aktywne uczestnictwo w tym procesie nie tylko osób kształtujących określone strategie, ale i odbiorców tych idei [132,133,170,179,260,262].

1.2 Modele czynników warunkujących zdrowie i dbałość o zdrowie

Nieodłącznym komponentem edukacji zdrowotnej, obok zdrowia, są czynniki determinujące zdrowie. Poznanie czynników mających wpływ na zdrowie, pozwala człowiekowi na jeszcze lepsze i efektywniejsze podjęcie działań służących umacnianiu jego potencjału [179,180,226,228,229].

Czynniki warunkujące zdrowie cechuje różnorodność. Ich rola i hierarchia zmieniała się w zależności od zmiany modelu zdrowia. Biomedyczny model zdrowia stawiał akcent na opiekę medyczną, której przypisywano główną rolę w kreowaniu poprawy zdrowia społeczeństwa. Zauważono jednak, że podejmowane działania nie przynoszą pożądanego skutku. Poglądy na temat czynników warunkujących zdrowie zmieniła treść raportu kanadyjskiego ministra zdrowia M. Lalonde'a z 1974 roku. W dokumencie ujęto cztery grupy czynników determinujących zdrowie:

- ✓ styl życia – ogół działań jednostki wpływających na jego zdrowie podlegających kontroli jednostki (około 53% wpływu),
- ✓ środowisko – elementy środowiska zewnętrznego w stosunku do człowieka na które człowiek nie ma wpływu lub jest on znikomy (około 21% wpływu),
- ✓ biologia człowieka – uwarunkowania genetyczne (około 16 % wpływu),
- ✓ organizacja opieki medycznej – struktura, funkcjonowanie, jakość świadczeń medycznych (około 10 % wpływu) [10,57,71,72,82,91,102,131,141,142,228,269,277].



Rycina 1. Determinanty zdrowia jednostki według koncepcji M.Lalonde'a (opracowanie własne wg: Lalonde 1974)

Źródło: Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians. A Working Document, Government of Canada, Ottawa 1974 (Cat. No H31-1374).

<https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf> [data dostępu: 08.02.2022] [142].

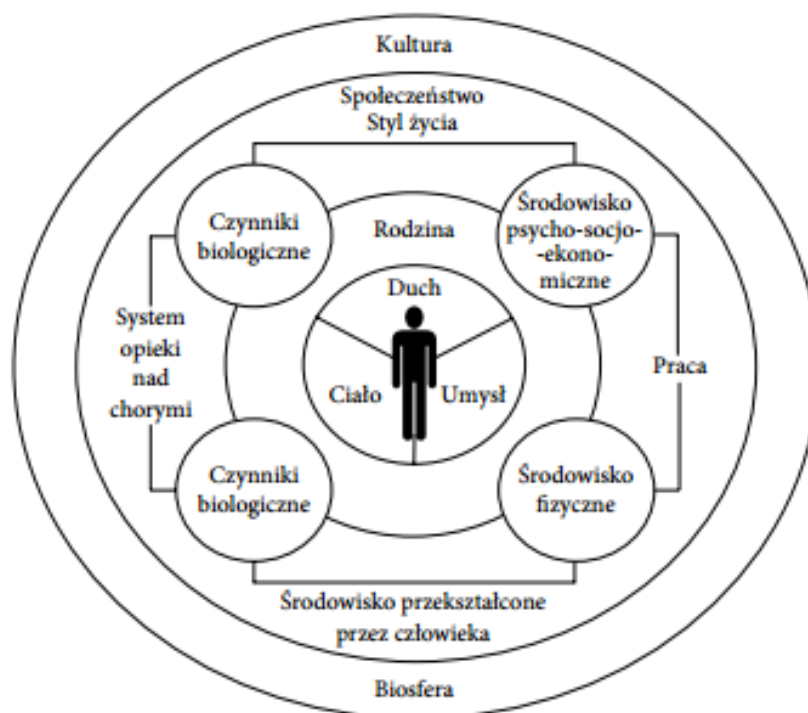
Koncepcja autorstwa M. Lalonde'a określana również mianem „pól zdrowotnych Lalonde'a” uświadomiła ludziom ogromne znaczenie stylu życia dla zachowania dobrego zdrowia. W toku dalszych badań okazało się, że istotne są również czynniki społeczno-ekonomiczne, które wymieniono w strategii: „Inwestycja dla zdrowia Kanadyjczyków” w 1994 roku [141,142,270].

W treści dokumentu odwołano się do następujących determinantów:

- ✓ zarobki i status społeczny – wyższe zarobki gwarantem lepszego zdrowia,
- ✓ sieci wsparcia społecznego – pomoc i wsparcie ze strony rodziny czy też osób społeczności w której żyjemy, ogranicza ryzyko chorób,
- ✓ edukacja – im wyższe wykształcenie, tym lepsza praca, lepsze wynagrodzenie sprzyjające lepszemu zdrowiu,
- ✓ zatrudnienie i warunki pracy – bezrobocie sprzyja występowaniu stanów chorobowych,
- ✓ środowisko fizyczne – stan środowiska naturalnego, jak i środowiska zbudowanego przez człowieka (miejsce zamieszkania czy miejsce pracy),
- ✓ biologia i wyposażenie genetyczne – uwarunkowania biologiczne organizmu, w tym głównie dziedzictwo genetyczne jednostki,
- ✓ zachowania zdrowotne i umiejętności radzenia sobie – odpowiednia wiedza i umiejętności sprzyjają dokonywaniu właściwych wyborów w zakresie zdrowia,

- ✓ prawidłowy rozwój w dzieciństwie – rozwój człowieka począwszy od okresu płodowego i wczesnego dzieciństwa ma wpływ na rozwój w kolejnych latach życia,
- ✓ służba zdrowia – prawidłowa organizacja systemu opieki zdrowotnej wspomaga zdrowie i ogranicza rozwój chorób [57,71,72,82,91,102,131,141,142,228].

Sieć skomplikowanych powiązań między człowiekiem a otaczającym go środowiskiem znalazła odzwierciedlenie w społeczno - ekologicznym modelu zdrowia, nazywanym również Mandalą zdrowia (The Mandala of Health). Twórcami tej koncepcji byli T.Hancock i F.Perkins. Dokument został opracowany przez Departament Zdrowia Publicznego Miasta Toronto. Mandala zdrowia prezentuje człowieka stanowiącego centrum modelu składającego się z ciała, duszy i intelektu. Człowiek podlega wpływom różnych czynników, przy czym to krąg rodziny jest tym, który w największym stopniu kształtuje określony system wartości, w tym także postawy wobec zdrowia [57,71,72,82,102,131,141,142,228,269].



Rysunek 1. Mandala Zdrowia – model ekosystemu zdrowia.

Źródło: Woynarowska B. *Edukacja zdrowotna*. Wyd. PWN, Warszawa 2007, s. 29 [269].

Model ten wskazał cztery grupy czynników determinujących zdrowie jednostki i rodziny:

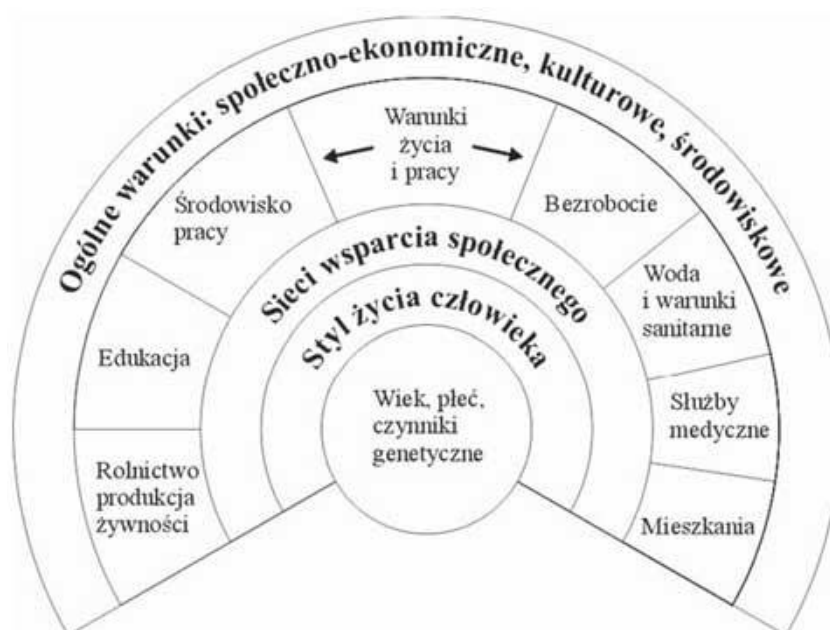
- czynniki biologiczne do których zaliczamy: uwarunkowania genetyczne, cechy biologiczne, system odpornościowy, cechy anatomiczne i fizjologiczne,
- zachowania indywidualne – człowiek dokonuje określonych wyborów w codziennym życiu, stosowanie używek, działania profilaktyczne; nie można jednak rozpatrywać każdego z tych czynników osobno, gdyż dopiero zespół pewnych zachowań może wskazać na przyczyny tego stanu,
- środowisko fizyczne – status mieszkaniowy, praca, otoczenie człowieka,
- środowisko psycho-socjo-ekonomiczne, czyli podatność na przekaz informacyjny, status społeczno-ekonomiczny, czynniki psychologiczne.

Najszersze kręgi Mandali obejmują:

- kulturę – przekonania, wartości,
- biosferę – obejmuje wszystkie żywe organizmy [21,39,44,83,124,132,138,187,269].

Mandala zdrowia traktuje zatem człowieka całościowo.

W 1991 roku G. Dahlgren i M. Whitehead opracowali model zwany „Tęczą czynników zdrowia”. Wskazali cztery grupy czynników, w których centrum umieścili czynniki biologiczne, takie jak: płeć, wiek, czynniki genetyczne, styl życia, sieci wsparcia społecznego oraz czynniki społeczno-ekonomiczne, środowiskowe i kulturowe [132,133,226,228,258,269,270].



Rysunek 2. Tęcza czynników zdrowia (G. Dahlgren, M. Whitehead 1991)

Źródło: Woynarowska B. *Edukacja zdrowotna*. Wyd. PWN, Warszawa 2007, s. 46 [269].

Dostrzeżono nie tylko uwarunkowania indywidualne zdrowia człowieka, ale poszerzono zakres o społeczno-ekonomiczne, środowiskowe i kulturowe, co w efekcie spowodowało zainteresowanie tematyką zdrowia przedstawicieli różnych dziedzin nauki [132,226,228,258,269,270].

1.3 Zachowania zdrowotne

Mianem zachowań zdrowotnych określa się te zachowania, które „w świetle współczesnej wiedzy medycznej zwykle wywołują określone (pozytywne lub negatywne) skutki zdrowotne” (B.Woynarowska, 2007, s. 52) [269].

Obszar zachowań zdrowotnych stanowi przedmiot wielu rozważań na płaszczyźnie teoretycznej oraz badań naukowych przedstawicieli różnych dziedzin nauki. Ze względu na złożoność tego pojęcia, wypracowano wiele definicji i klasyfikacji zachowań zdrowotnych [10,20,22,49,65,85,128,132,133,148,160,228,291].

E. Mazurkiewicz definiuje zachowania zdrowotne jako postawy, zwyczaje, wartości, nawyki reprezentowane przez jednostkę i grupę społeczną w obszarze zdrowia oraz sposób pojmowania przez jednostkę zdrowia [269,270].

A.Titkow opiera zachowania zdrowotne na ludzkim zachowaniu w sferze zdrowia i choroby [145,269].

W świetle koncepcji K. Puchalskiego wskazuje się na wybrane przez obserwatora czy też podmiot działania, zachowania (typy zachowań), które w obrębie określonego systemu wiedzy (przekonań potocznych, ideologii społecznej czy też danej koncepcji naukowej) pozostają w przyjętej opcji związku ze zdrowiem, ujmowanym zgodnie z ustalonym w tym systemie wiedzy [132,133,202,269].

Jeżeli przyjąć praktyczny aspekt zachowań zdrowotnych, wyróżnić można dwa kryteria podziału:

- 1) ze względu na stan świadomości i celowość jej działania,
- 2) ze względu na skutki zachowań dla zdrowia człowieka [202].

W ramach pierwszego kryterium wyróżniono dwie podgrupy:

- zachowania zdrowotne – świadome działanie człowieka ukierunkowane na umocnienie lub zwiększenie potencjału zdrowotnego, niezależnie od skuteczności tego działania,

- zachowania związane ze zdrowiem – nieświadome działanie człowieka w ramach codziennych czynności określanych mianem nawyków lub reakcją na określoną sytuację, działanie takie skutkuje pozytywnie lub negatywnie dla zdrowia [76,202,234,269,276].

Biorąc pod uwagę skutki zachowań dla zdrowia człowieka, można wyodrębnić dwie podgrupy:

- zachowania pozytywne, zwane również prozdrowotnymi – działania mające na celu umacniać zdrowie, zwiększać jego potencjał, chronić przed zagrożeniami lub też sprzyjać powrotowi do zdrowia. Działania powinny opierać się na właściwym żywieniu, podejmowaniu aktywności fizycznej, zdolności do radzenia sobie ze stresem. Brak przejawów takich zachowań może mieć negatywny wpływ na zdrowie człowieka,

- zachowania negatywne określane mianem antyzdrowotnych – są ryzykowne dla zdrowia, przyczyniają się do powstawania zaburzeń stanu zdrowia, negatywnych oddziaływań w sferze fizycznej, psychospołecznej i emocjonalnej. Do grona takich zachowań zalicza się: nieprawidłowe odżywanie, brak aktywności fizycznej, stosowanie substancji psychoaktywnych czy ryzykowane zachowania seksualne. Takie zachowania są uznawane jako ryzykowne lub problemowe [10,25,34,35,74,94,98,132,150,171,180,219].

Inna typologia zachowań zdrowotnych dokonuje ich podziału, zarówno w odniesieniu do ludzi zdrowych, jak i tych w chorobie. Wyróżnia się:

- „niedziałanie zdrowotne” – człowiek nie podejmuje żadnych działań skierowanych na zdrowie, mimo iż ma świadomość konieczności podjęcia takiego działania,

- medyczne – człowiek aktywnie korzysta z instytucji służby zdrowia i świadczeń medycznych,

- prewencyjne – działanie mające służyć zapobieganiu stanom chorobowym, wykrywaniu choroby we wczesnym stadium oraz zapobieganiu urazom; może się to odbywać np. poprzez stosowanie szczepień ochronnych, korzystanie z badań profilaktycznych czy zapinanie pasów bezpieczeństwa w samochodzie,

- promocyjne – podejmowanie aktywności mających służyć wzmocnieniu potencjału zdrowia [34,35,55,94,98,132,219,220,221,269].

Inne grupy zachowań mają odniesienie tylko do ludzi chorych. Wyodrębniono dwie grupy zachowań:

- zachowania w chorobie – jest to sposób reakcji człowieka na stan choroby, decyzje jakie podejmuje w zakresie wizyty u lekarza, korzystanie z różnorodnych form zaradczych. Determinanty tego zachowania są różnorodne i zależne od wieku, płci, posiadanej wiedzy czy chęci szukania pomocy,

- samoopieka – człowiek chory podejmuje działania samodzielnie, ograniczając się do pomocy terapeuty i osób z otoczenia [34,35,55,94,157,228,269,279].

Zachowania zdrowotne człowieka ulegają zmianie w ciągu całego życia. Na określone podejście do obszaru zdrowia ma wpływ bardzo wiele różnorodnych czynników: wiek, płeć, osobowość, role społeczne, czynniki środowiskowe, stan zdrowia. L.W. Green i M. W. Kreuter podjęli się dokonania klasyfikacji tych czynników i wyodrębnili trzy grupy czynników mających wpływ na zachowania zdrowotne:

- czynniki predysponujące – przekonania, wartości, posiadana wiedza, postawy,
- czynniki umożliwiające – akty prawne, umiejętności istotne dla zdrowia, podejmowana polityka zdrowotna na szczeblu krajowym i lokalnym, dostępność, sposób funkcjonowania i jakość systemu opieki zdrowotnej,
- czynniki wzmacniające – normy obyczajowe, społecznie akceptowalne zachowania w kręgu rodzinnym, wśród rówieśników, w szkole, w zakładzie pracy.

Proces kształtowania się określonych zachowań zdrowotnych jest uwarunkowany wieloma czynnikami zarówno ze strony jednostki, jak i otoczenia zewnętrznego [148,152,161,164,180,201,208,233].

Zachowania zdrowotne kształtują się już od wczesnego okresu życia człowieka i mają wpływ na styl życia oraz stan zdrowia na etapie dorosłego życia. Rodzice, środowisko przedszkolne, szkolne, rówieśnicze a następnie środowisko zawodowe i towarzyskie kreują określone wzorce zachowań. Wypracowane przez człowieka modele zachowań, przyjmujących formę nawyków określają podejście człowieka do zdrowia, sposobu odżywiania się, podejmowanej aktywności fizycznej czy też profilaktyki zdrowotnej [10,48,100,102,132,133].

Istotny w budowaniu określonych zachowań jest kontekst społeczny i kulturowy. Środowisko kulturowe w którym żyje człowiek ma wpływ na sposób postrzegania zdrowia i choroby, postępowania wobec własnej choroby, jak i innych chorych, stan wiedzy w zakresie zdrowia i choroby, poziom życia danej zbiorowości, podejście chorych do instytucji medycznych i reprezentantów zawodów medycznych, styl życia członków danej zbiorowości [98,180,181].

W procesie postępu technologicznego nastąpił wzrost roli mediów w przekazie informacji, również z zakresu zdrowia. Niewątpliwie umożliwia to dostęp do informacji szerszemu gronu odbiorców a tym samym ma również wpływ na zmiany w zachowaniach zdrowotnych. Biorąc pod uwagę pozytywne skutki, należy wspomnieć o licznych kampaniach i ruchach społecznych promujących wiedzę na temat zdrowia i choroby.

Przekaz mediów ma jednak i negatywne skutki dla ludzkiego zdrowia, na przykład poprzez rozpowszechnianie treści motywujących do głodzenia się [52,152,232,249,275].

Koniecznym jest również odwołanie się do czynników demograficzno-społecznych kształtujących określone zachowania zdrowotne. W toku wielu badań wskazano, że wiek ma wpływ na określone praktyki prozdrowotne. Wraz z wiekiem zwiększa się świadomość w zakresie praktyk służących zdrowiu. Naukowcy wykazali również, że płeć warunkuje zachowania zdrowotne. Odwołano się do badań w których wykazano, że kobiety częściej kontrolują stan swojego zdrowia aniżeli mężczyźni. Nie mniejsze znaczenie ma również wykształcenie, stan cywilny, status materialny, wykonywany zawód oraz sytuacja rodzinna. Wykazano, że wyższe wykształcenie i posiadanie dzieci sprzyja zachowaniom prozdrowotnym. Wyższy status ekonomiczny stwarza możliwości lepszego dostępu do leków czy też dostępu do różnorodnych aktywności sportowych [77,81,107,112,121,130,168, 179].

Zwrócono uwagę na rolę czynników osobowościowych w zachowaniach zdrowotnych. Autorzy skupiają się przede wszystkim na czynnikach określanych mianem antyzdrowotnych lub ryzykownych (np. stosowanie środków narkotycznych). Cechy osobowości człowieka takie jak np. niska samoocena, niedojrzałość emocjonalna czy też słaba odporność na stres sprzyjają negatywnym zachowaniom [3,33,167,180].

Na zachowania zdrowotne mają wpływ również tzw. zasoby osobiste jednostki, w tym przede wszystkim przekonania i oczekiwania jednostki. Należy tutaj wymienić:

- poczucie koherencji – im wyższe, tym bardziej prozdrowotne zachowania,
- optymizm życiowy – oddziałuje pozytywnie w wymiarze fizycznym i psychicznym na człowieka,
- poczucie własnej skuteczności – im wyższe, tym lepsza motywacja do określonych działań,
- wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia – osoby odznaczające się wewnętrznym poczuciem umiejscowienia kontroli, częściej przejawiają aktywność prozdrowotną [24,33,124,167].

1.4 Prozdrowotny styl życia

Termin „styl życia” występuje w obszarze wielu dziedzin nauki. Ze względu na złożoność, powstało wiele definicji i koncepcji określających to pojęcie. Autorzy

są zgodni, że ma uwarunkowanie kulturowe i związany jest z przynależnością społeczną [6,10,22,44,81,126,179,233,269].

Według koncepcji A.Sicińskiego styl życia określa się jako ogół codziennych zachowań charakterystycznych dla danej jednostki lub zbiorowości pozwalających odróżnić ją od innych [132,215,228].

L.W.Green i M.W.Kreuter wskazali, że jest to określony wzorzec zachowań na który wpływ ma ogół czynników: kulturowych, geograficznych, społeczno-ekonomicznych, relacji społecznych czy też osobowość człowieka. (B.Woynarowska, 2007 s. 50.) [131, 269].

Koncepcja K. Wrześniewskiego definiowała styl życia jako zbiór zachowań, reakcji i określonych elementów osobowości manifestowanych w sposób jawny [39,44,102,126, 228,269].

Styl życia odnosi się zarówno do funkcjonowania jednostki, jak i do całej grupy społecznej. Jednostka w toku procesu socjalizacyjnego wykształca pewne wzory zachowań i reakcje. Wzorce te są wynikiem oddziaływania na jednostkę kręgu rodzinnego, grupy rówieśniczej, środowiska szkolnego oraz środków masowego przekazu. Zachowania jednostki są jednak dynamiczne, podlegają określonym zmianom w zależności od doświadczeń i ponownych interpretacji w różnych sytuacjach społecznych [39,44,102,126,228,269,275,276].

Dostrzeżenie znaczącej roli stylu życia w aspekcie zdrowia (Poła zdrowia M. Lalonde'a), spowodowało podjęcie licznych badań i inicjatyw mających na celu zmianę zachowań zdrowotnych oraz pogłębienie wiedzy z zakresu wpływu stylu życia na zdrowie. W świetle wielu analiz, najczęściej stosowanymi terminami są: „zdrowy lub niezdrowy styl życia”, „styl życia sprzyjający lub zagrażający zdrowiu” oraz „prozdrowotny styl życia” (B. Woynarowska, 2007, s.51) [131,132,133,269].

Ze względu na złożoność pojęcia „prozdrowotnego stylu życia” trudno jest wypracować jego uniwersalną definicję. Koncepcja autorstwa W. C. Cockerham'a wskazuje, że są to wzory świadomych zachowań związanych ze zdrowiem będące wynikiem dokonywanych wyborów w danej sytuacji życiowej. Natomiast T. Abel ujął w swej teorii nie tylko wzory zachowań, ale również wartości i postawy jednostki uwarunkowane czynnikami społecznymi, kulturowymi i ekonomicznymi [10,33,35,98,196].

Dążąc jednak do wypracowania uproszczonego schematu działań, wyodrębniono cztery grupy zachowań w ramach prozdrowotnego stylu życia:

- Zachowania w obszarze zdrowia fizycznego:

- dbałość o ciało i najbliższe otoczenie,
- podejmowanie aktywności fizycznej,
- racjonalne odżywianie,
- hartowanie organizmu,
- czas trwania i jakość snu,
- Zachowania w obszarze zdrowia psychospołecznego:
 - bycie dawcą i odbiorcą wsparcia społecznego,
 - niwelowanie ryzyka stresu oraz umiejętność radzenia sobie z problemami i stresem,
- Zachowania zapobiegawcze:
 - kontrola własnego zdrowia, samobadanie,
 - korzystanie z badań profilaktycznych,
 - zachowania sprzyjające codziennemu bezpieczeństwu (w szczególności w miejscu pracy, w ruchu drogowym),
 - bezpieczne życie seksualne,
- Niepodejmowanie zachowań ryzykownych:
 - brak nikotynizmu,
 - ograniczenie spożycia alkoholu,
 - ograniczenie leków nieprzepisanych przez lekarza,
 - niestosowanie substancji psychoaktywnych [48,49,81,105,179,200,202,209,228,263,269,282].

Określenie „prozdrowotny” odnosi się do działań korzystnych dla zdrowia, sprzyjających wzmocnieniu jego potencjału. Niemożliwym jest wypracowanie jednej ogólnej listy działań wspierających prozdrowotny styl życia, gdyż wpływa na to szereg determinantów demograficznych i środowiskowych. Termin ten inaczej będzie określony przez profesjonalistów a inaczej przez „zwykłych ludzi”. Należy pamiętać, że skuteczność wyodrębnionych działań prozdrowotnych opiera się na właściwej edukacji zdrowotnej wdrożonej w zakresie kształcenia dzieci i młodzieży[81,105,179,200,202,228,263,269,270,276].

2. Wybrane zagrożenia zdrowia nauczyciela

2.1 Niezdrowy tryb życia i jego skutki

Praca jest dla większości ludzi podstawową formą aktywności. Jest postrzegana jako wartość, jako źródło korzyści materialnych, jako środek do realizacji celów czy też osobistych marzeń. Zatrudnienie, ale i warunki pracy stanowią jedne z wielu determinant zdrowia człowieka. Czynniki występujące w środowisku pracy mogą być przyczyną występowania albo nasilenia dolegliwości chorobowych. Stąd też ważnym jest, aby człowiek potrafił dbać o swoje zdrowie nie tylko w miejscu pracy, ale także po jej zakończeniu [2,10,39,78,105,106,114,171,179,212,213].

Świadome działania służące poprawie lub też utrzymaniu dobrego zdrowia przejawiają się głównie poprzez: aktywność fizyczną, racjonalne odżywianie, niepalenie tytoniu, umiarkowane spożycie alkoholu, niestosowanie substancji psychoaktywnych, radzenie sobie ze stresem oraz odpowiednią długość i jakość snu [19,27,39,40,42,44,57,188,215].

W literaturze fachowej istnieje wiele definicji aktywności fizycznej. B. Woynarowska definiuje aktywność fizyczną jako „wszelkie czynności i zajęcia związane z wysiłkiem fizycznym, ruchem (pracą mięśni), w czasie których czynność serca i oddech przyspiesza się, pojawia się uczucie ciepła (i często pocenie się) (B.Woynarowska, 2007, s.318) [4,13,43,47,95,96,269].

Można wyróżnić trzy główne kategorie aktywności fizycznej:

- ✓ ogólną aktywność fizyczną – wszystkie działania angażujące mięśnie podejmowane przez człowieka np. czynności porządkowe w ogródku czy chodzenie po zakupy,
- ✓ aktywność wydolnościową – związana z wykonywaniem ćwiczeń dynamicznych i rytmicznych (tlenowe i cardio), które angażują duże partie ciała, np. jazda na rowerze, pływanie, szybki marsz,
- ✓ ćwiczenia mające na celu osiągnięcie siły mięśniowej i gibkości – zalicza się tutaj trening siłowy, oporowy oraz ćwiczenia rozciągające [95,96,223,224,269].

Regularne podejmowanie aktywności fizycznej sprzyja profilaktyce chorób sercowo-naczyniowych. Wskazuje się również na zapobieganie cukrzycy, otyłości, nadciśnieniu, chorobie niedokrwiennej serca, chorobom naczyniowym mózgu czy też niektórym typom nowotworów. Ponadto pozytywnymi efektami aktywności fizycznej są również wzrost masy mięśniowej i kostnej oraz poprawa tężyzny i sprawności ciała.

Odpowiednio dobrana aktywność fizyczna sprzyja poprawie samopoczucia. Wspomaga utrzymanie właściwego zdrowia psychicznego, następuje m.in. poprawa w stanach depresyjnych czy też obniżenie stanów lękowych. Wykazano, że aktywność ruchowa może cofać istniejące zaburzenia zdrowia psychicznego. Aktywność fizyczna u osób starszych opóźnia proces demencji. Systematyczne podejmowanie aktywności fizycznej pomaga zapewnić dobre zdrowie oraz poczucie szczęścia (poprzez tzw. endorfiny uwalniające się pod wpływem wysiłku). Tym samym osoby, które systematycznie podejmują takie działania cieszą się lepszą jakością życia [1,16,43,56,73,92,95,96,110,146,195,216,250].

Aktywność fizyczna spełnia różne funkcje w cyklu życia człowieka w zależności od fazy rozwoju. W początkowym okresie życia człowieka wspomaga jego rozwój fizyczny, następnie pomaga podtrzymać ten stan rozwoju a w momencie osiągnięcia wieku podeszłego, ogranicza wpływ niekorzystnych zmian. Wzrasta świadomość społeczna w zakresie problemów zdrowotnych w obszarze tzw. chorób cywilizacyjnych, jak i skutków braku ruchu wynikającego z postępu technologicznego. Jednocześnie osoby dorosłe rzadko podejmują aktywność fizyczną tłumacząc ten fakt brakiem czasu, intensywną pracą zawodową czy też brakiem motywacji. Postęp techniczny, automatyzacja pracy oraz poprawa komfortu życia sprawiły, że ludzie mogą zaspokajać swoje potrzeby przy niskim wysiłku fizycznym [95,96,110,146,195,216,259,280,287].

Kolejnym ważnym czynnikiem mającym znaczenie dla zdrowia jest racjonalne odżywianie. Człowiek decyduje o wyborze żywności, sposobie jej nabywania, przechowywania, przygotowywania oraz ustala ilość i częstość spożywanych posiłków. Żywność jest niezbędna człowiekowi do życia. Energia, którą pozyskuje się z pokarmu wspomaga utrzymanie funkcji życiowych, takich jak: oddychanie, pracę układu krążenia, utrzymanie odpowiedniej temperatury ciała, aktywność fizyczną czy też odkładanie tkanki tłuszczowej. Postęp technologiczny sprawił, że społeczeństwo oszczędza czas i siły w trakcie wykonywania pracy fizycznej. Co więcej, człowiek korzysta z wielu środków transportu do przemieszania się, co powoduje nie tylko oszczędność czasu, ale mniejszą ilość zużywanej energii. Pożywienie jest łatwo dostępne. W konsekwencji w dzisiejszym społeczeństwie można zaobserwować nadmierną podaż energii, której nie można wydatkować w codziennym życiu. Efektem tego procesu jest przyrost tkanki tłuszczowej, co sprzyja nadwadze oraz otyłości [15,17,69,70,84,103,118,127,140,154,173,211,251].

Nadwaga i otyłość stanowią również podłoże do powstania ryzyka wielu chorób: układu krążenia, cukrzycy typu 2, miażdżycy, żylaków kończyn dolnych, zatorowości

płucnej, chorób autoimmunologicznych, zaburzeń ze strony układu rozrodczego, zmian skórnych, nowotworów a nawet może doprowadzić do zgonu. Należy jednak pamiętać, że przyczyn zaburzeń odżywiania należy upatrywać nie tylko w nieprawidłowym odżywianiu, ale także czynnikach genetycznych, środowiskowych i społeczno-kulturowych [37,38,66,125,140,159,192,204,218,227].

Istotny jest problem występowania niedoborów żywieniowych, które również stanowią czynnik ryzyka. Niedożywienie może wynikać z trudnej sytuacji ekonomicznej, ale może być także celowym działaniem służącym osiągnięciu szczupłej sylwetki. Współczesny przekaz medialny promujący kult szczupłej sylwetki oraz liczne diety odchudzające sprzyjają występowaniu zjawiska zaburzeń odżywiania, w szczególności wśród młodzieży. Wywołuje to występowanie takich chorób, jak anoreksja (jadłowstręt psychiczny) czy też bulimia (żarłoczność psychiczna) [211,218,240,251,268,283].

Zalecane jest odżywianie zgodne z tzw. piramidą zdrowego żywienia. Każdy posiłek powinien zawierać owoce, warzywa oraz wodę jako napój. Codziennie powinno się spożywać produkty zbożowe, pieczywo pełnoziarniste, nabiał i oliwę z oliwek. Dopuszczalne jest picie herbaty, kawy. Człowiek rzadziej powinien spożywać ryby, jaja, mięso, ziemniaki, słodczyce, suszone owoce. Ograniczeniom powinno podlegać spożycie mięsa czerwonego i tłustego mięsa. Niewskazane są również tłuszcze utwardzane, żywność przetworzona, produkty słodzone czy też produkty zawierające duże ilości konserwantów. Należy pamiętać, że integralną część tej piramidy jest właśnie aktywność fizyczna [69,70,84,173,223,241,269,270].

Na stan zdrowia człowieka, oprócz aktywności fizycznej i prawidłowego odżywiania ma również wpływ palenie tytoniu oraz nadmierne spożywanie alkoholu.

Palenie tytoniu oraz inhalacja dymu papierosowego są traktowane za wyjątkowo szkodliwe i zwiększają ryzyko wystąpienia wielu chorób. Wpływa negatywnie na funkcjonowanie całego organizmu a także prowadzi do uzależnienia. Nałóg ten powoduje, że osoby palące częściej są narażone na występowanie chorób związanych z paleniem tj. chorób układu oddechowego, chorób serca, udaru mózgu i nowotworów. Składniki rakotwórcze znajdujące się w dymie papierosowym przyczyniają się do występowania nowotworów płuc, jamy ustnej, przełyku, krtani, nosa, żołądka, pęcherza moczowego, nerek, trzustki. Do innych chorób wywołanych szkodliwym działaniem nikotyny należą między innymi: nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, rozedma płuc, zaostrzenie astmy oskrzelowej, wrzody żołądka i dwunastnicy, obniżona płodność, ślepotą [9,12,14,46,99,101,145,163,175,235,284,285].

Alkohol jest substancją, którego spożywanie w nadmiernych ilościach działa toksycznie na organizm. Regularne spożywanie alkoholu w nadmiernych ilościach sprzyja zwiększeniu ryzyka wystąpienia nowotworów złośliwych tj. raka jelita grubego, raka przełyku, raka piersi, raka w obrębie głowy i szyi, szczególnie raka jamy ustnej, marskości wątroby a także może doprowadzić do zgonu człowieka. Nadmierne spożywanie tej substancji prowadzi również do uzależnienia. Choroba alkoholowa wpływa na organizm człowieka nie tylko pod względem biologicznym, ale ma również wpływ na funkcjonowanie człowieka w społeczeństwie. Nadużywanie alkoholu prowadzi do problemów w sferze osobistej (utrata więzi z bliskimi, rozpad małżeństw, wzrost agresji, ubóstwo, trudności w kontaktach z innymi ludźmi), zawodowej (nieobecność w pracy, zaniechywanie obowiązków służbowych, ryzyko utraty pracy), prawnej (postępowanie niezgodne z prawem, popełnienie przestępstw) [51,59,62,64,144,153,197, 210,267,286].

Wśród czynników wpisujących się w codzienne życie człowieka i mających wpływ na zdrowie, nie można pominąć również stresu. Każdy człowiek ma określone sytuacje lub rzeczy, które wywołują u niego stan napięcia czyli stają się źródłem stresu. W momencie odczuwania stresu zmienia się funkcjonowanie organizmu: pojawia się przyspieszony oddech, przyspiesza akcja serca i przemiana materii, wzrasta wydzielanie hormonów, następuje wzrost ciśnienia krwi. Dodatkowo człowiek odczuwa niepokój, zaburzenia koncentracji, tiki nerwowe, utratę albo wzmożony apetyt czy też bezsenność. Skutki stresu nie są odczuwalne natychmiast, ale w dłuższej perspektywie czasu wywołują dolegliwości chorobowe. Do takich chorób można zaliczyć: wyczerpanie fizyczne, nerwicę, depresję, zaburzenia lękowe, nadciśnienie tętnicze, uzależnienia (nikotyna, alkohol, środki psychoaktywne) oraz zawał mięśnia sercowego. Kluczowa jest zatem umiejętność radzenia sobie ze stresem. Służą temu różnorodne praktyki antystresowe obejmujące zarówno ćwiczenia fizyczne, jak i ćwiczenia relaksacyjne poprawiające kondycję psychiczną. Ważna jest również długość i jakość snu. Sen pełniący funkcję regeneracyjną dla organizmu stanowi ważny element zdrowego trybu życia. Brak snu wywołuje dolegliwości psychofizyczne dla organizmu (ból i zawroty głowy, ból układu mięśniowo-szkieletowego, problemy z koncentracją, mniejszą odporność na stres) [75,136,137,236,248,290].

2.2 Stres i wypalenie zawodowe w pracy nauczyciela

Aktywność zawodowa jest dla człowieka źródłem dochodu, ale także źródłem satysfakcji i zadowolenia. Zawód nauczyciela wymaga ciągłego kontaktu z innymi ludźmi. Specyfika tego kontaktu odnosi się do faktu, że są to osoby znajdujące się na takim etapie swojego życia, kiedy to następuje rozwój określonych funkcji psychologicznych i społecznych. Dodatkowo ta interakcja pomiędzy nauczycielem a uczniem wywołuje trwałe lub nietrwałe zmiany u tych młodych osób. Rola nauczyciela odnosi się nie tylko do przekazywania wiedzy i doświadczenia, ale skutkuje kształtowaniem wśród uczniów określonych cech psychospołecznych i zachowań [78,105,106,112,172,176].

Wielowymiarowość pracy nauczyciela wymaga posiadania określonych kompetencji zawodowych, ale również odpowiednich cech osobowościowych. W szczególności należy tutaj zwrócić uwagę na poczucie odpowiedzialności. Nauczyciel bowiem odpowiada za powierzone mu dzieci, nie tylko w zakresie obecnego czasu, ale również w kontekście przyszłości tych młodych osób. Wychowawczy wpływ nauczyciela na dziecko może wpłynąć na jego przyszłe życie [107,147,155,156,189].

Aktywność zawodowa nauczyciela wymusza na nim pełnienie jednocześnie wielu ról, a to skutkuje szerokim zakresem zadań i obowiązków. Nauczyciel ma być:

- ✓ dydaktykiem – poprzez nauczanie,
- ✓ wychowawcą – poprzez kreowanie i wspomaganie sfer osobowości ucznia,
- ✓ administratorem – poprzez nadzór nad klasą,
- ✓ opiekunem – poprzez prowadzenie zajęć ponadprogramowych,
- ✓ reprezentantem autorytetu szkoły,
- ✓ członkiem zespołu konsultacyjnego [107].

Oczekiwania względem nauczyciela są nie tylko ze strony dyrekcji szkoły, uczniów, ale i rodziców. Pożądane jest, aby nauczyciel skutecznie nauczał, obiektywnie oceniał przy jednoczesnej umiejętności wczuwania się w przeżycia swoich uczniów. Podkreśla się również, aby potrafił utrzymać dyscyplinę wśród uczniów bez efektu wywoływania stresu wśród wychowanków. Nauczyciel powinien pobudzać uczniów do aktywności, do rozwoju sił twórczych [107,189,199,222].

Niejednokrotnie nauczyciel musi zmagać się z agresywnymi zachowaniami wśród uczniów, co dodatkowo potęguje obciążenie i stanowi źródło problemów emocjonalnych czy też stanów nerwicowych nauczyciela. Agresja nie jest skierowana tylko i wyłącznie we wzajemnych kontaktach uczniowskich, lecz bardzo często jest ona skierowana w stronę

nauczyciela. Zachowania te mają charakter manipulacyjny lub też jawny np. poprzez używanie wulgarnych słów przez ucznia względem nauczyciela. W wychowawcy rodzi się wtedy uczucie bezradności oraz frustracji [106,107,181,269].

Praca nauczyciela wymaga kontaktu z rodzicami uczniów. Relacje te określa się mianem trudnych ze względu na narastającą postawę roszczeniową rodziców. Rodzice chcą mieć wpływ na program nauczania, metody wychowawcze czy też obsadę nauczycieli, co tradycyjnie było domeną profesjonalistów.

Dodatkowym obciążeniem jest z pewnością fakt, że jest to profesja o dużej ekspozycji społecznej. Nauczyciel poddawany jest nie tylko ciągłej kontroli, ocenie ze strony przełożonych, ale i całego społeczeństwa.

Szerokie spektrum oczekiwań, zadań powoduje, że zawód nauczyciela jest szczególnie obciążony stresem. C.Kyriacou i J. Sutcliffe zdefiniowali stres nauczycielski jako „wystąpienie syndromu negatywnych emocji, które są rezultatem wykonywanego zawodu” (C.Kyriacou, J.Sutcliffe, 1978, s. 159) [185,236,248].

Jako czynniki obciążające w pracy nauczyciela wskazuje się: ograniczenia w zakresie zarządzania pracą przez bezpośrednich przełożonych, małe możliwości swobodnego działania i ograniczone możliwości samodzielnego podejmowania decyzji, poczucie odpowiedzialności za drugiego człowieka, notoryczne przeciążenie psychiczne oraz brak uznania dla wykonywanej profesji [63,137,149].

Czynnikiem stresogennym jest niewłaściwa atmosfera w gronie pedagogicznym uwarunkowana przede wszystkim zjawiskiem niezdrowej rywalizacji. Nauczyciele dążąc do uzyskania awansu zawodowego i w obawie o utratę pracy wywołują wzajemne konflikty [149].

Nauczyciele wskazują również, że źródłem odczuwania stresu jest także niewłaściwe zarządzanie placówką przez przełożonych, co w efekcie dezorganizuje ich pracę. Wspomina się o nieradzeniu sobie ze złymi zachowaniami wychowanków oraz braku wsparcia ze strony kierownictwa oraz współpracowników [185,248].

W świetle licznych badań wskazuje się, że zawód nauczyciela charakteryzuje się dużym obciążeniem psychicznym, co z kolei ma wpływ na funkcjonowanie w obszarze zawodowym i osobistym [63,105,106,119,177].

Liczne czynniki stresogenne powodują zaburzenia w zakresie zdrowia fizycznego i psychicznego. Organizm człowieka narażonego na doświadczanie długotrwałego stresu jest narażony na poważne schorzenia m.in. układu kostnego i mięśniowego, nadciśnienia tętniczego, obniżenia odporności, owrzodzeń żołądka i dwunastnicy, zawałów mięśnia

sercowego. Stres jest również przyczyną zmian w zachowaniu np. zaburzeń mowy czy wzmożonej ruchliwości [190,207,252].

Nauczyciel narażony na długotrwały stres może odczuwać takie dolegliwości jak: suchość w ustach, chrypka, bóle głowy, uczucie zdenerwowania, frustracja, dekoncentracja, zaburzenia pamięci, agresywne zachowanie, niepokój, napięcie, bezsenność. Badania wskazują, że kobiety częściej aniżeli mężczyźni odczuwają bóle głowy, dekoncentrację, problemy z pamięcią w sytuacjach stresowych. Reakcji na stres u kobiet towarzyszy na ogół płacz, zaburzenia w płynności wypowiedzi, brak pewności siebie [75,119,155,248].

Długotrwały stres połączony z brakiem umiejętności w jego niwelowaniu może skutkować wypaleniem zawodowym.

Syndrom wypalenia zawodowego opisał H.J.Freudenberger w 1974 roku. W toku obserwacji grupy wolontariuszy zauważył u nich stopniową utratę energii, motywacji i zaangażowania w podejmowane działania charytatywne. Do tego dołączyły liczne symptomy psychosomatyczne. Roczna obserwacja prowadzona przez badacza pozwoliła na stwierdzenie widocznego wyczerpania sił wśród wolontariuszy i nazwanie tego zjawiska mianem „wypalenia” (burnout) [31,32,54,60,61,97,111,117,186].

Najczęściej cytowaną i wykorzystywaną teorią wypalenia zawodowego jest koncepcja autorstwa Ch.Maslach. W myśl tej koncepcji wypalenie zawodowe to trójwymiarowy zespół czynników na które składają się: wyczerpanie emocjonalne, depersonalizacja i obniżone poczucie osobistych dokonań występujący u osób pracujących z ludźmi [60,61,68,97,111,117,169,217,237].

Nauczyciel, który nie potrafi poradzić sobie z obciążeniami zaczyna odczuwać coraz większe zmęczenie i emocjonalne wyczerpanie. Przekłada się to na coraz większy dystans względem uczniów. Do tego odczuwalna jest dezorientacja w połączeniu z brakiem motywacji i chęci angażowania się w dalsze działania. Nauczyciel odczuwa rezygnację a w efekcie następuje pogodzenie się z zaistniałym stanem [90,109,186,205,214].

Do objawów syndromu wypalenia zawodowego należy zaliczyć można m.in.:

- brak entuzjazmu w zakresie wykonywanej pracy,
- poczucie wykonywania zadań pod przymusem (gdy wcześniej były wykonywane z naturalnym entuzjazmem),
- odkładanie w czasie określonych zadań,
- narastającą frustrację i przenoszenie złych emocji z pracy do domu,

- unikanie wykonywania czynności zawodowych,
- poczucie, że nauczanie to niepotrzebny trud,
- niechęć do spotkań towarzyskich,
- uczucie zmęczenia tuż po przebudzeniu,
- brak apetytu lub nadmierny apetyt [31,104,117,151,247].

Skutki wypalenia zawodowego są odczuwalne nie tylko dla osoby, której dotyczy bezpośrednio, ale i dla placówki stanowiącej jej miejsce pracy. Należy tutaj wspomnieć o takich konsekwencjach, jak: nieobecność pracowników, częsta rotacja kadry pedagogicznej, wydatki na poczet zwolnień chorobowych, pogorszenie relacji między współpracownikami, mniejsza produktywność, konieczność ponoszenia wydatków na zatrudnianie dodatkowej kadry [186,237].

Wypalenie zawodowe wśród nauczycieli stanowi istotny problem o charakterze społecznym i pedagogicznym. Zawód nauczyciela ma swoją tradycję, kodeks postępowania. Wymaga wysokiego stopnia profesjonalizmu i zaangażowania w sprawę szkoły, jak i środowiska. Zawód, który wymaga nie tylko posiadania odpowiednich kompetencji, kontaktu z drugim człowiekiem, funkcjonowania i radzenia sobie w sytuacjach trudnych jest szczególnie obciążony ryzykiem stresu i wypalenia zawodowego. Dlatego też znaczące jest kreowanie właściwych zachowań zdrowotnych wśród nauczycieli, które pozwolą nie tylko przekazać młodym pokoleniom właściwe wzorce, ale i wspomogą dbanie o własne zdrowie [8,122,135,186,212,231,237].

2.3 Pedagodzy wobec wartości zdrowia

Postawy i zachowania zdrowotne mają złożony charakter. Łączą w sobie komponent emocjonalny, przekonania oraz tendencje do pozytywnego lub negatywnego zachowania. Na przestrzeni całego życia człowieka postawy i zachowania zdrowotne są kształtowane poprzez wpływ najbliższego otoczenia, własne doświadczenia oraz w wyniku podnoszenia kompetencji zdrowotnych [81,98,170,242,261].

Każdy człowiek rozumie inaczej pojęcie zdrowia czy też pojęcie dbałości, troski o zdrowie. W społeczeństwie polskim można wyróżnić zasadniczo dwa wzory dbałości o zdrowie: zachowania medyczne i zachowania prozdrowotne. Zachowania medyczne obejmują korzystanie z usług medycznych i koncentrują się na procesie leczenia. Takie zachowanie charakteryzuje przede wszystkim starszą część społeczeństwa. Zachowania

prozdrowotne dostrzega się głównie u młodszego pokolenia posiadającego wyższe wykształcenie, wyższy status społeczno-zawodowy, na ogół mieszkających w mieście [21,23,33,36,41,89,162,207,254].

Określone postawy wobec zdrowia są zależne również od kontekstu społecznego i kulturowego w jakim funkcjonuje jednostka. Wymiar kulturowy rzutuje na poziom życia danej zbiorowości, sposób postrzegania oraz opisywania zdrowia i choroby, na postawę wobec swojego stanu choroby i innych członków danej grupy, warunkuje zachowania wobec instytucji systemu medycznego [143,177,265,272].

Determinantami o charakterze demograficzno-społecznym są: płeć, wiek, sytuacja rodzinna, wykształcenie, stan cywilny, rodzaj wykonywanego zawodu i status materialny. Zauważono, że świadomość prozdrowotna oraz czynne praktykowanie takich działań zwiększa się wraz z wiekiem jednostki. Obserwuje się częstsze występowanie zachowań prozdrowotnych wśród osób z wyższym wykształceniem posiadających dzieci. Wyższy status ekonomiczny stanowi o lepszym dostępie do leków, usług medycznych, zajęć sportowych oraz lepszej jakości produktów żywnościowych [39,106,107].

Zachowania zdrowotne są uzależnione również od czynników osobowościowych. Autorzy koncentrują się głównie na cechach osobowości sprzyjających zachowaniom antyzdrowotnym. Do takich cech należy zaliczyć między innymi: słabą odporność na stres, niedojrzałość emocjonalną, niską samoocenę, trudności w wyrażaniu uczuć [233,254].

Świadomość zdrowotna człowieka jest kształtowana w procesie całego życia, ze szczególnym akcentem na etap dzieciństwa i dorastania. Zachowania wobec zdrowia stanowią nieodłączny element procesu socjalizacji uwzględniając wpływ: rodziny, szkoły, rówieśników czy też mediów. Kształtujące się postawy znajdują potem odzwierciedlenie w hierarchii wartości danego człowieka a w efekcie są wskaźnikiem postaw wobec własnego zdrowia [91,93,94].

Promowanie postaw prozdrowotnych powinno odbywać się na wszystkich etapach rozwoju człowieka, ze szczególnym akcentem na wiek przedszkolny (3-5 lat) i wiek szkolny (7-12 lat), gdyż są to najbardziej sprzyjające okresy rozwoju zachowań, osobowości i nawyków ruchowych [10,80,228,269,299].

Środowisko szkolne jest środowiskiem edukacyjnym stanowiącym miejsce rozwoju i utrwalania wzorców kulturowych oraz zdrowotnych dzieci. Szkoła powinna dbać o rozwój dzieci na wielu płaszczyznach, stąd też jest najlepszym miejscem do podjęcia działań w aspekcie promocji zdrowia. Działania prozdrowotne skierowane do młodego

pokolenia mają wpływ na kształtowanie ich postaw i zachowań, co w późniejszej perspektywie może przynieść wymierne korzyści dla dorosłej już części społeczeństwa [114,134,158].

W procesie kształtowania właściwych postaw prozdrowotnych kluczową rolę odgrywa edukacja zdrowotna. B. Woynarowska definiuje edukację zdrowotną jako „całościowy proces uczenia się ludzi jak żyć, aby zachować i doskonalić zdrowie własne i innych oraz w przypadku wystąpienia choroby lub niepełnosprawności aktywnie uczestniczyć w jej leczeniu, radzić sobie i zmniejszać jej negatywne skutki” (B.Woynarowska, 2007, s. 103) [269].

Postawa nauczyciela wobec własnego zdrowia znacząco wpływa na model edukacji zdrowotnej i efektywność jej realizacji w środowisku szkolnym. Zdrowie należy postrzegać również jako zasób dla edukacji. Dzięki dobremu zdrowiu dziecko może podejmować systematyczną naukę, rozwijać swoje talenty i zdobywać nowe umiejętności [105,106,107,206,207].

Obecnie można zauważyć znaczącą rolę przekazów mediów (zwłaszcza Internetu) w propagowaniu oświaty zdrowotnej. Jednakże nadal znaczące są społeczne oczekiwania, aby to środowisko szkolne stanowiło autorytet i wyznaczało kierunki właściwych zachowań. Każdy pedagog, niezależnie od specjalności, powinien stać się edukatorem zdrowego stylu życia [24,25,232,233,243].

Nauczyciel przyjmuje na siebie rolę przewodnika, lidera, doradcy, kreatora zdrowia. WHO akcentuje konieczność włączenia się w proces promocji zdrowia wszystkich nauczycieli i prowadzenia takiego trybu życia, który sprzyja wychowaniu prozdrowotnemu. Nauczyciel jest odpowiedzialny za przekazywanie uczniom właściwej wiedzy o zdrowiu, kreowanie postaw prozdrowotnych, wspomaganie tworzenia odpowiednich nawyków, zachowań, umiejętności, sprawności służących zachowaniu dobrego zdrowia. Efektywność podjętych działań zależy od wielu czynników, jednakże decydującą rolę odgrywa tutaj postawa nauczyciela, który swoim zachowaniem powinien motywować wychowanków i członków lokalnej społeczności do podejmowania aktywności na rzecz zdrowia. Skuteczność podejmowanego w tym zakresie wysiłku zależy właśnie od osobistej postawy nauczyciela. Prawidłowa postawa prozdrowotna sprzyja chęci naśladowania przez uczniów. Dzięki temu, korzyści z zachowań prozdrowotnych będzie czerpał nie tylko nauczyciel, ale i młode pokolenie. Pedagoga jako przewodnika powinno cechować przekonanie, że zdrowie jest zasobem dla społeczeństwa oraz najwyższą wartością dla jednostki [147,177,246].

Szczególne znaczenie przypisuje się nauczycielom wychowania fizycznego pełniącym pierwszoplanową rolę w promowaniu zdrowych zachowań, w tym głównie w promowaniu aktywności fizycznej wśród wychowanków. Wzrost tendencji do prowadzenia biernego trybu życia skutkującego zjawiskami nadwagi i otyłości, powoduje wzrost znaczenia aktywności ruchowej. Kompetencje nauczyciela powinny opierać się nie tylko na kształtowaniu wartości ciała, ale i pobudzaniu do rozwoju osobowościowego ucznia [115,181,183,184,225,230,239,244].

Edukacja przyniesie wymierne korzyści pod warunkiem zdrowych praktyk podjętych przez nauczyciela w życiu codziennym. Tymczasem można zaobserwować występowanie wielu błędów żywieniowych w polskim społeczeństwie. Nieregularne spożywanie posiłków, nadmierne spożywanie posiłków przygotowanych z produktów wysoko przetworzonych skutkuje występowaniem wielu chorób cywilizacyjnych, w szczególności otyłości. Kluczowe dla wzmacniania zdrowia jest podejmowanie aktywności fizycznej. Mimo, że zwiększa się świadomość społeczeństwa w zakresie znaczenia tej formy spędzania czasu, obserwuje się obniżenie poziomu aktywności fizycznej, zarówno wśród dzieci, jak i dorosłych. Sedentarny sposób spędzania wolnego czasu przynosi korzyści wpływając na rozwój intelektualny i psychiczny, ale jednocześnie długotrwałe spędzanie czasu przed telewizorem czy komputerem skutkuje wadami kręgosłupa, bólami pleców czy też ogólnym zmęczeniem psychicznym. Nauczyciel, którego aktywność ruchowa jest ograniczona, nie będzie stanowił dobrego przykładu dla dzieci i młodzieży. Przekazywane treści edukacyjne będą odznaczały się wiarygodnością, będą efektywne i atrakcyjne pod warunkiem osobistych, prozdrowotnych postaw osoby przekazującej wiedzę [73,96,108,123,129,264].

Istotne jest zachęcanie pedagogów do podejmowania refleksji nad własnym zdrowiem, nad dbałością o zdrowie, gdyż jest to ważne nie tylko dla nich, ale także dla obecnego i przyszłego zdrowia ich uczniów i wychowanków.

II. Założenia, cele i hipotezy badawcze

1. Cel główny pracy i cele szczegółowe

„Badanie naukowe jest wieloetapowym procesem zróżnicowanych działań mających zapewnić nam obiektywne, dokładne i wyczerpujące poznanie dobrego wycinka rzeczywistości przyrodniczej, społecznej lub kulturowej” (W.Zaczyński, 1968, s.9) [278].

Przed rozpoczęciem badań należy sformułować problem badawczy. Według M. Łobockiego „problemy badawcze, są to pytania, na które szukamy odpowiedzi na drodze badań naukowych. Odpowiedzi szukamy przez własny wysiłek, nie zaś poprzez oczekiwanie gotowej odpowiedzi od innego człowieka” (T.Pilch, 1977, s.59) [191].

Celem głównym niniejszej pracy jest ocena zachowań zdrowotnych nauczycieli szkół podstawowych w kontekście uwarunkowań socjodemograficznych.

W celu realizacji głównego problemu badawczego sformułowano następujące problemy badawcze:

1. Jakie czynniki socjodemograficzne determinują zachowania zdrowotne nauczycieli?
2. Jakie nawyki zdrowotne posiadają badani w zakresie zasad żywieniowych, aktywności fizycznej, stosowania substancji psychoaktywnych?
3. Które ze zmiennych uzyskanych ze skali IZZ (Inwentarz Zachowań Zdrowotnych): nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienie psychiczne, praktyki zdrowotne mają najsilniejszy wpływ na stan zdrowia nauczycieli?
4. Który z wymiarów rozumienia zdrowia (skala LKZ – Lista Kryteriów Zdrowia) wpływa na zachowania zdrowotne nauczycieli?
5. Czy zadowolenie z życia (skala SWLS – Skala Satysfakcji z Życia) wpływa na zachowania zdrowotne nauczycieli?

2. Hipotezy badawcze

Kolejnym etapem badawczym jest sformułowanie hipotez badawczych, antycypacji kierunku i jak twierdzi R. Mayntz relacji między pewnymi zjawiskami [162].

Hipoteza główna pracy brzmi następująco:

Zachowania zdrowotne nauczycieli są zależne od czynników socjodemograficznych.

Hipotezy szczegółowe:

Przypuszcza się w świetle literatury przedmiotu, że:

1. Zmienne opisowe: płeć, wiek, masa ciała, staż pracy, sytuacja materialna determinują zachowania zdrowotne nauczycieli.
2. Zachowania zdrowotne badanych m.in. niska aktywność fizyczna, nieprawidłowe odżywianie, stosowanie substancji psychoaktywnych wpływają na stan zdrowia nauczycieli.
3. Wśród zmiennych skali IZZ (Inwentarz Zachowań Zdrowotnych) najsilniejszą korelację ze stanem zdrowia mogą mieć praktyki zdrowotne.
4. Wymiary rozumienia zdrowia, według LKZ (Lista Kryteriów Zdrowia) oraz zadowolenie z życia, według SWLS (Skala Satysfakcji z Życia) mogą wpływać na zachowania zdrowotne nauczycieli.

III. Materiał i metodyka badań

Metodą według J. Sztumskiego jest „system założeń i reguł pozwalających na takie uporządkowanie praktycznej i teoretycznej działalności, aby można było osiągnąć cel, do którego się świadomie zmierza” (J.Sztumski, 1999, s.66) [238].

Badania własne przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego. Zastosowaną techniką był kwestionariusz ankiety, który według wyżej wymienionego autora sformułowany został z pytań ścisłych, konkretnych i jednoprotblemowych. Wszystkie badania zostały przeprowadzone osobiście w szkołach wskazanych w tabeli nr 1.

1. Narzędzia badawcze

Narzędziami badawczymi zastosowanymi w pracy były:

1. *Autorski kwestionariusz ankiety nt. zachowań zdrowotnych nauczycieli*. Ankieta składa się z 38 pytań dotyczących danych demograficznych i społecznych, stylu życia, zachowań żywieniowych, stosowania używek oraz stanu zdrowia - również z uwzględnieniem zachowań zdrowotnych nauczycieli w dobie pandemii.
2. *Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ)* autorstwa Z. Juczyńskiego. Kwestionariusz składa się on z 24 stwierdzeń opisujących różnego rodzaju zachowania związane ze zdrowiem. Jego zastosowanie pozwala na określenie stopnia nasilenia czterech różnych kategorii zdrowotnych: nawyki żywieniowe (w tym np. spożywanie warzyw i owoców, pieczywa pełnoziarnistego, unikanie słodczy oraz nadmiernej ilości soli), zachowania profilaktyczne (np. regularne badania profilaktyczne, przestrzeganie zaleceń lekarskich, systematyczna kontrola masy ciała), pozytywne nastawienie psychiczne (np. unikanie sytuacji stresowych, lęku, jak i gniewu, ustabilizowane życie rodzinne) oraz praktyki zdrowotne (np. prawidłowe nawyki dotyczące aktywności fizycznej, czas przeznaczony na sen).
3. *Lista Kryteriów Zdrowia (LKZ)* autorstwa Z. Juczyńskiego. Składa się ona z 25 stwierdzeń, które mają na celu pokazanie, co badany rozumie pod pojęciem *zdrowia*. Zastosowanie tego kwestionariusza pozwala określić różne wymiary zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego. Wyniki badania pozwalają ustalić preferencje badanego.

4. *Skala Satysfakcji z Życia (SWLS)* autorstwa Z. Juczyńskiego. Skala zawiera pięć stwierdzeń. Badany ocenia, w jakim stopniu każde z nich odnosi się do jego dotychczasowego życia. Wynikiem pomiaru jest ogólny wskaźnik poczucia zadowolenia z życia.

Do kompletu narzędzi badawczych zostało dołączone oświadczenie badanego dotyczące zgody na udział w badaniu a każdy z badanych otrzymał informację nt. przeprowadzanego badania.

Przed rozpoczęciem badań właściwych przeprowadzono badania pilotażowe sprawdzające narzędzia badawcze oraz organizację badań.

Badania właściwe zostały przeprowadzone w okresie od września 2021 roku do grudnia 2021 roku wśród 500 nauczycieli szkół podstawowych gmin powiatu kaliskiego, po uzyskaniu wcześniejszej zgody dyrektorów szkół na przeprowadzenie badania. Dobór szkół do badań miał charakter celowy: spośród szkół podstawowych powiatu kaliskiego dobrano drogą losową szkoły, które zostały wykazane w tabeli nr 1. Ostatecznie do badań zakwalifikowano 315 poprawnie wypełnionych przez nauczycieli kwestionariuszy ankiet.

Tabela 1. *Wykaz szkół podstawowych objętych badaniami*

Lp.	Nazwa szkoły	Adres	Powiat	Ogólna liczba nauczycieli objętych badaniami	Liczba zakwalifikowanych prawidłowo wypełnionych kwestionariuszy ankiet
1.	Szkoła Podstawowa im. Adama Chodyńskiego w Cekowie-Kolonii	Ceków – Kolonia 2 62-834 Ceków	kaliski	20	7
2.	Szkoła Podstawowa w Aleksandrii	Aleksandria 122 62-874 Brzeziny	kaliski	15	8
3.	Szkoła Podstawowa im. Józefa Wybickiego w Liskowie	ul. Ks. Wacława Blizińskiego 44a 62-850 Lisków	kaliski	25	17

4.	Szkoła Podstawowa im. Jana Pawła II w Starej Kakawie	Stara Kakawa 57 62-872 Godziesze	kaliski	12	6
5.	Szkoła Podstawowa w Brzezinach	ul. Wrocławska 17 62-874 Brzeziny	kaliski	35	17
6.	Zespół Szkolno-Przedszkolny w Strzałkowie	Strzałków 65 62-850 Lisków	kaliski	17	10
7.	Szkoła Podstawowa w Morawinie	Morawin 27 62-834 Morawin	kaliski	18	8
8.	Szkoła Podstawowa w Kosmowie	Kosmów-Kolonia 46 62-834 Kosmów	kaliski	20	13
9.	Zespół Szkół w Jankowie Pierwszym	Janków Pierwszy 78 62-814 Blizanów	kaliski	20	8
10.	Szkoła Podstawowa w Ciepielewie	Ciepielew Pierwszy 10 62-850 Ciepielew	kaliski	10	7
11.	Szkoła Podstawowa w Zakrzymie	Zakrzym 1 62-850 Lisków	kaliski	15	8
12.	Zespół Szkolno-Przedszkolny w Blizanowie Drugim	Blizanów Drugi 56 62-814 Blizanów	kaliski	30	22
13.	Szkoła Podstawowa im. Janusza Kusocińskiego w Opatówku	ul. Szkolna 3 62-860 Opatówek	kaliski	40	22
14.	Szkoła Podstawowa im. Wincentego Pola w Stawiszynie	ul. Szkolna 8 62-820 Stawiszyn	kaliski	30	21
15.	Szkoła Podstawowa im. Jana III Sobieskiego w Zbiersku	Zbiersk-Cukrownia 144 62-830 Zbiersk-Cukrownia	kaliski	20	14
16.	Szkoła Podstawowa im. Ks. Jana Twardowskiego w Żydowie	ul. Szkolna 72 62-872 Żydów	kaliski	10	6

17.	Zespół Szkół Nr 1 w Godzieszach Wielkich	ul. Ks. A. Kordeckiego 8 62-872 Godziesze Wielkie	kaliski	30	25
18.	Zespół Szkolno- Przedszkolny nr 3	ul. Św. Michała 1 62-821 Kalisz	kaliski	18	10
19.	Szkoła Podstawowa nr 1 im. Konstytucji 3 Maja w Kaliszu	ul. 3 Maja 16 62-800 Kalisz	kaliski	35	26
20.	Szkoła Podstawowa nr 16 im. Powstańców Wielkopolskich 1918- 1919 w Kaliszu	ul. Fabryczna 13/15 62-800 Kalisz	kaliski	30	24
21.	Szkoła Podstawowa im. Polski Niepodległej w Rychnowie	Rychnów 16 62-814 Rychnów	kaliski	20	15
22.	Zespół Szkół w Piotrowie	Piotrów 65 62-814 Piotrów	kaliski	30	21
	Suma			500	315

2. Wymagania etyczne

Udział w badaniu był dobrowolny i polegał na wypełnieniu czterech kwestionariuszy ankiet (jednego autorskiego kwestionariusza ankiety oraz trzech wystandaryzowanych kwestionariuszy). Badany na każdym etapie mógł odstąpić od wypełnienia kwestionariusza. Od momentu wyrażenia zgody na udział w badaniu, zebrane informacje dotyczące badanych były przechowywane w miejscu uniemożliwiającym dostęp do nich osobom nieupoważnionym.

Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Akademii Kaliskiej im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego - Uchwała nr 3/2021 z dnia 23 września 2021 r.

3. Analizy statystyczne

Zmienne ilościowe i kategoryjne (nominalne i porządkowe) przedstawiono z wykorzystaniem metod statystyki opisowej. Dla zmiennych ilościowych wyznaczono następujące miary: tendencji centralnej (średnia (M) i mediana (Mdn)) i zmienności (odchylenie standardowe (SD) i odchylenie ćwiartkowe (IQR/2) oraz współczynnik zmienności (CV)). Dla zmiennych kategoryjnych wyznaczono miary struktury: licznosc (N) i częstość (%). Wybrane dane wizualizowano za pomocą histogramów oraz wykresów pudełkowych.

Do wnioskowania statystycznego wykorzystano podejście oparte na testowaniu hipotez zerowych. Testy statystyczne dobierano w zależności od rodzaju skali pomiarowej zmiennej zależnej oraz od liczby poziomów (wariantów) zmiennej zależnej. Do analizy współzależności dwóch zmiennych wykorzystano metody oceny korelacji. Dla testów dwustronnych weryfikowano hipotezy dwustronne.

Do oceny różnic między próbami przy zmiennych wyrażonych na skali nominalnej zastosowano tabele krzyżowe i test χ^2 Pearsona. Natomiast dla zmiennych zależnych wyrażonych na skali porządkowej różnice między próbami oceniano za pomocą testu U Manna-Whitney'a (dla dwóch prób) lub testu ANOVA rang Kruskala-Wallisa (dla więcej niż dwóch prób). W przypadku zmiennych zależnych opisanych za pomocą skali ilościowej różnice między próbami oceniano za pomocą testu t-Studenta. Analizę korelacji przeprowadzono wyliczając współczynnik gamma (γ) Goodmana i Kruskala, który jest jedną z miar oceny zależności pomiędzy dwiema zmiennymi porządkowymi. Współczynnik gamma przyjmuje wartości z przedziału od -1 do +1, przy czym wartości dążące do jedności oznaczają wysoki stopień zgodności uporządkowania obu zmiennych, co oznacza silną korelację.

Wszystkie obliczenia wykonano z użyciem oprogramowania STATISTICA wersja 13.3 PL (TIBCO Software). Zakładany *a priori* poziom istotności statystycznej poniżej którego odrzucano hipotezę zerową wynosił 0,05.

IV. Wyniki badań. Omówienie

1. Charakterystyka badanej grupy nauczycieli

W badanej grupie nauczycieli (N=315, 100,0%) zdecydowaną większość stanowiły kobiety (N=277, 87,9%), osoby zamieszkujące tereny wiejskie (N = 188, 59,7%) oraz osoby pozostające w związku małżeńskim (N=235, 74,6%). Wszyscy legitymowali się dyplomem ukończenia studiów wyższych. Średni wiek badanych kształtował się na poziomie 46,1 lat (SD = 9,62, min.-maks. 23-85 lat), a średni staż pracy – 22,1 lat (SD= 10,46, min.-maks. 0,5-41,0 lat). Badani określili sytuację materialną swojej rodziny jako przeciętną lub dobrą (odpowiednio N=122, 38,7%; N=168, 53,3%) (Tabela 2).

Tabela 2. Zestawienie wybranych cech demograficznych i społecznych badanej grupy nauczycieli (N = 315)

	N	%
Płeć		
kobieta	277	87,9
mężczyzna	38	12,1
Miejsce zamieszkania		
wieś	188	59,7
<100 tys.	90	28,6
>100 tys.	37	11,7
Wykształcenie		
wyższe	315	100,0
Stan cywilny		
singiel	71	22,5
związek nieformalny	9	2,9
związek formalny	235	74,6
Sytuacja materialna rodziny		
zła	3	1,0
przeciętna	122	38,7
dobra	168	53,3
bardzo dobra	22	7,0
Grupy wiekowe		
≤ 30 lat	24	7,6
31-40 lat	70	22,2
41-50 lat	115	36,5
>50 lat	105	33,7

Staż pracy		
≤5	19	6,0
6-10	29	9,2
11-15	46	14,6
16-20	57	18,1
21-25	53	16,8
26-30	34	10,8
31-35	32	10,2
>35	45	14,3

Badani wysoko ocenili swoje zadowolenie z wyboru zawodu nauczyciela ($M \pm SD$: $8,31 \pm 1,84$; min.-maks. 1-10), i tylko nieco gorzej ogólny poziom satysfakcji z wykonywanej pracy ($M \pm SD$: $7,95 \pm 1,94$; min.-maks. 1-10) (Tabela 3).

Tabela 3. Zestawienie wybranych cech demograficznych i społecznych badanej grupy nauczycieli ($N = 315$)

	M	SD	Mdn	IQR/2	Mini	Maks	CV [%]
Wiek	46,10	9,62	46,0	7,5	23,0	85,0	20,9
Staż	22,10	10,46	21,0	8,0	0,5	41,0	47,3
Zadowolenie z wyboru zawodu	8,31	1,84	9,0	1,5	1,0	10,0	22,1
Satysfakcja z pracy zawodowej	7,95	1,94	8,0	1,5	1,0	10,0	24,4

M – średnia, Mdn – mediana, SD – odchylenie standardowe, IQR/2 – odchylenie ćwiartkowe, CV – współczynnik zmienności.

2. Samoocena stanu zdrowia badanych

Średnia wartość indeksu masy ciała (BMI) kształtowała się na poziomie 24,47 ($SD=3,84$, min.-maks. 16,7-38,1). Wśród badanych nauczycieli ponad 28% ($N=91$) stanowiły osoby, których BMI wskazywało na występowanie nadwagi, a blisko 10% ($N=31$) to osoby z otyłością. Niewielką grupę stanowiły natomiast osoby z BMI $<18,50$, co oznacza występowanie u nich niedowagi ($N=7$, 2,2%) (Tabela 4,5).

Tabela 4. Wybrane cechy antropometryczne w badanej grupie nauczycieli ($N = 315$)

	M	SD	Mdn	IQR/2	Mini	Maks	CV [%]
Masa ciała	68,68	13,07	65,0	7,5	45,0	110,0	19,0
Wzrost	166,31	13,82	166,0	3,5	17,0	190,0	8,3
BMI	24,47	3,84	23,5	2,5	16,7	38,1	15,7

M – średnia, Mdn – mediana, SD – odchylenie standardowe, IQR/2 – odchylenie ćwiartkowe, CV – współczynnik zmienności

Tabela 5. Częstość występowania poszczególnych kategorii BMI w badanej grupie nauczycieli (N = 315)

Kategorie BMI	N	%
niedowaga (BMI <18,50)	7	2,2
norma (BMI od 18,50 do 24,99)	186	59,0
nadwaga (BMI od 25,00 do 29,99)	91	28,9
otyłość (BMI ≥30,00)	31	9,8

Badani dostrzegali związek między sytuacją materialną swojej rodziny a stanem zdrowia. Zależność taką wskazało łącznie N=207 badanych (65,7%), przy czym aż 37,8% (N=119) oceniło, że związek ten jest znaczący (Tabela 6).

Tabela 6. Subiektywna ocena związku między sytuacją materialną rodziny a jej wpływem na stan zdrowia w badanej grupie nauczycieli (N=315)

Czy sytuacja materialna ma przełożenie na stan zdrowia?	N	%
Tak, ma znaczący wpływ	119	37,8
Tak, ma niewielki wpływ	88	27,9
Nie, nie ma wpływu	77	24,4
Brak związku	31	9,8

Spośród wskazanych chorób przewlekłych, badani najczęściej deklarowali występowanie nadciśnienia tętniczego (N=51, 16,2%) oraz chorób tarczycy (N=77, 24,4%). W grupie „innych chorób” często wymieniane były choroby związane z układem hormonalnym (Tabela 7).

Tabela 7. Częstość występowania wybranych chorób przewlekłych w badanej grupie nauczycieli (N = 315)

Choroba przewlekła	N	%
Choroby tarczycy	77	24,4
Nadciśnienie tętnicze krwi	51	16,2
Choroba alergiczna	24	7,6
Otyłość	13	4,1
Depresja	11	3,5
Cukrzyca	8	2,5
Miażdżyca	5	1,6
Choroba niedokrwienna serca	5	1,6
Osteoporoza	3	1,0
Inne choroby	56	17,8

Spośród wielu różnych dolegliwości odczuwanych przez badanych nauczycieli w ostatnich 3 miesiącach dominowały: bóle kręgosłupa (N=124, 39,4%), osłabienie wzroku (N=100, 31,7%) oraz zaburzenia snu (N=86, 27,3%) i bóle głowy (N=76, 24,1%) (Tabela 8).

Tabela 8. Dolegliwości w ostatnich 3 miesiącach w ocenie subiektywnej badanych nauczycieli (N = 315)

Dolegliwości odczuwane w ostatnich 3 miesiącach	N	%
Bóle kręgosłupa	124	39,4
Oslabienie wzroku	100	31,7
Zaburzenia snu	86	27,3
Bóle głowy	76	24,1
Ogólny niepokój lęk	51	16,2
Bóle stawów	40	12,7
Oslabienie sluchu	21	6,7
Duszność wysiłkowa	20	6,3
Obrzęki podudzi	19	6,0
Ból w klatce piersiowej	18	5,7
Ból brzucha	16	5,1
Zawroty głowy	14	4,4
Zaparcia	12	3,8
Kaszel	8	2,5
Biegunka	7	2,2
Brak apetytu	5	1,6
Nudności	4	1,3
Spadek masy ciała	4	1,3
Wymioty	1	0,3

Badani wysoko ocenili swój stan zdrowia. W subiektywnej ocenie stan ten „dobrze” i „bardzo dobrze” zadeklarowało łącznie 74,9% badanych (N = 236). Jedynie N=4 badanych wskazało odpowiedź „bardzo zła” lub „zła” co stanowi 1,2% całej grupy. Ponadto, jedynie jeden badany wskazał, że odczuwany zły stan zdrowia jest związany z trwającą pandemią COVID-19 (Tabela 9).

Tabela 9. Samoocena stanu zdrowia badanych nauczycieli (N = 315)

Samoocena stanu zdrowia	N	%
Bardzo zła	2	0,6
Zła	2	0,6
Mierna	75	23,8
Dobra	197	62,5
Bardzo dobra	39	12,4

Około 14% badanych (N=43) zadeklarowało, że w ostatnich dwóch latach byli hospitalizowani z czego 32 osoby w tym czasie miały jednokrotny pobyt w szpitalu. Ponad połowa badanych (N=182, 57,8%) przyjmuje regularnie leki z polecenia lekarza. Dodatkowo, badani zadeklarowali, że przyjmują także leki bez wskazań lekarskich. Spośród tych leków dominują leki przeciwbólowe (N=228, 72,4%) (Tabela 10).

Tabela 10. Wybrane aspekty związane ze zdrowiem badanych nauczycieli (N = 315)

	N	%
Hospitalizacje w ostatnich 2 latach		
Nie	272	86,3
Tak	43	13,7
Liczba hospitalizacji w ostatnich 2 latach		
1	32	10,2
2	5	1,6
3	2	0,6
4 i więcej	4	1,3
Przyjmowane leki ze wskazań lekarskich		
Nie	133	42,2
Tak	182	57,8
Przyjmowane leki bez wskazań lekarskich		
leki przeciwbólowe	228	72,4
leki uspokajające	50	15,9
leki nasenne	21	6,7
leki obniżające ciśnienie tętnicze krwi	10	3,2
inne leki, jakie	28	8,9

3. Styl życia badanych

Badani nauczyciele w zdecydowanej większości zadeklarowali, że starają się przestrzegać zasad zdrowego stylu życia (N=282, 89,5%). Równocześnie ponad połowa badanych nie uczestniczyła w ostatnich 2 latach w żadnym szkoleniu, warsztatach czy prelekcjach dotyczących zdrowego stylu życia (N=184, 58,%). Natomiast badani wskazywali, że aktualnie trwająca pandemia COVID-19 wpłynęła znacząco (N=50, 15,9%) lub w pewnym stopniu (N=138, 43,8%) na ich nieprawidłowe zachowania zdrowotne (Tabela 11).

Tabela 11. Przestrzeganie zasad zdrowego stylu życia oraz wpływ pandemii COVID-19 na negatywne zachowania zdrowotne badanych nauczycieli (N=315)

	N	%
Przestrzeganie zasad zdrowego stylu życia		
staram się przestrzegać	282	89,5
jest mi to obojętne	6	1,9
nie przestrzegam	27	8,6
Uczestnictwo w szkoleniach / warsztatach dotyczących zdrowego stylu życia w ostatnich 2 latach		
żadnym	184	58,4
jednym	62	19,7
kilku	65	20,6
kilkunastu	4	1,3
Wpływ pandemii COVID-19 na nieprawidłowe zachowania zdrowotne		
tak, znacząco	50	15,9
tak, w małym stopniu	138	43,8
nie	114	36,2
nie mam zdania	13	4,1

Spośród różnych rodzajów źródeł informacji dotyczących prozdrowotnych zachowań, badani wskazywali, że najczęściej korzystają ze źródeł internetowych (N=245, 77,8%), z fachowej literatury (N=145, 46,0%) oraz od rodziny, znajomych i bliskich (N=119, 37,8%). Jedynie 6% badanych (N=19) wskazało lekarza, jako źródło informacji dotyczącej zdrowego stylu życia (Tabela 12).

Tabela 12. Źródła czerpania wiedzy na temat zdrowia w grupie badanych nauczycieli (N = 315)

Źródła informacji	N	%
Internet	245	77,8
Fachowa literatura (książki, czasopisma naukowe itd.)	145	46,0
Znajomi/rodzina/bliscy	119	37,8
Czasopisma dla kobiet	40	12,7
Prasa codzienna	30	9,5
Lekarz (rodzinny lub specjalista)	19	6,0
Inne źródła	2	0,6

➤ Używki

Spośród wskazanych przez badanych różnych rodzajów używek, okazjonalnie picie alkoholu zadeklarowało N=208 nauczycieli (66,0%), przy N=92 (29,2%) osobach niepijących alkoholu w ogóle. Średnie spożycie alkoholu deklarowane w trakcie badania

wyniosło 3,75 lampki (SD=3,14). Dodatkowo, średnio 7,43 (SD=6,96), to liczba dni spożywania alkoholu w jednym miesiącu. Natomiast do okazjonalnego palenia tytoniu przyznało się jedynie N=12 badanych (3,8%), przy czym regularnie pali wyroby tytoniowe N=25 nauczycieli (7,9%). Badani średnio wypalają 38,39 (SD=38,14) sztuk papierosów na tydzień. Średni czas trwania nałogu palenia tytoniu wynosiła 15,46 lat (SD=9,34). Stosowanie innych używek, jak kawa deklarowało natomiast N=7 badanych (N=8,6) (Tabela 13).

Tabela 13. Deklaracje związane ze stosowaniem używek w grupie badanych nauczycieli (N = 315)

	N	%
Palenie papierosów		
nie palę	242	76,8
nie palę, ale paliłem w przeszłości	36	11,4
okazjonalnie	12	3,8
palę	25	7,9
Picie alkoholu		
nie piję	92	29,2
nie piję, ale piłem w przeszłości	9	2,9
okazjonalnie	208	66,0
piję obecnie	6	1,9
Inne używki		
Kawa	27	8,6

➤ Aktywność fizyczna

Blisko 2/3 badanych spędza jedynie od 1 do 3 godzin w tygodniu na dodatkowej aktywności fizycznej (N=194, 61,6%). Częstszą aktywność fizyczną deklaruje N=70 badanych, co stanowi jedynie 22,2% całej grupy. Systematyczną aktywność fizyczną podejmuje N=51 badanych (16,2%), a czasami N=139 (44,1%). Spośród preferowanych form aktywności fizycznej, badani wskazywali spacer (N=207, 65,7%) oraz jazdę na rowerze (N=180, 57,1%). Negatywny wpływ aktualnie trwającej pandemii COVID-19 na aktywność fizyczną dostrzega łącznie N=219 badanych (69,5%) z czego N=86 (27,3%) widzi znaczący spadek w tym czasie swojej aktywności fizycznej. Badani wskazali także ile czasu tygodniowo spędzają na czynnościach sedentarnych, takich jak spędzanie czasu przed komputerem czy TV. Blisko 14% badanych (N=43) spędza na tego rodzaju aktywnościach ponad 5 h dziennie. Natomiast blisko 20% badanych deklaruje, że na takie czynności poświęca dziennie mniej niż 1 godzinę (Tabela 14).

Tabela 14. Aktywność fizyczna wśród badanych nauczycieli (N = 315)

Tygodniowy poziom aktywności fizycznej			
	brak aktywności	51	16,2
	1-3 h/tyg.	194	61,6
	4-6 h/tyg.	46	14,6
	>6 h/tyg.	24	7,6
Preferowana forma aktywności fizycznej			
	spacer	207	65,7
	jazda na rowerze	180	57,1
	turystyka piesza	57	18,1
	pływanie	45	14,3
	<i>Nordic walking</i>	42	13,3
	fitness	39	12,4
	bieganie	37	11,7
	taniec	27	8,6
	inne rodzaje aktywności	26	8,3
Systematyczna aktywność fizyczna			
	nie	125	39,7
	tak, czasami	139	44,1
	tak, zawsze	51	16,2
Wpływ pandemii COVID-19 na spadek aktywności fizycznej			
	nie	93	29,5
	tak, niewielki	133	42,2
	tak, znaczący	86	27,3
	nie mam zdania	3	1,0
Czas spędzany na czynnościach sedentarnych			
	<1 h/dzień	62	19,7
	1-2 h/dzień	101	32,1
	3-4 h/dzień	109	34,6
	5-6 h/dzień	33	10,5
	7 i więcej h/dzień	10	3,2

Spośród preferowanych form spędzania wolnego czasu, badani najczęściej wskazywali czytanie (N=218, 69,2%), spotkania ze znajomymi (N=184, 58,4%) oraz wykonywanie obowiązków domowych (N=156, 49,5%) i sen/odpoczynek (N=151, 47,9%). Natomiast podejmowanie różnych formy aktywności fizycznej w czasie wolnym deklarowało 40% badanych (N=126) (Tabela 15).

Tabela 15. Preferowane formy spędzania czasu wolnego wśród badanych nauczycieli (N = 315)

Preferowane formy spędzania czasu wolnego	N	%
Czytanie	218	69,2
Spotkania ze znajomymi	184	58,4
Wykonywanie obowiązków domowych	156	49,5
Sen i odpoczynek	151	47,9
Podejmowanie różnych form aktywności fizycznej	126	40,0
Kino/teatr	102	32,4
Oglądanie TV	91	28,9
Spędzanie czasu przed komputerem	36	11,4
Inne	25	7,9

➤ Dieta

Blisko 2/3 badanych deklaroowało, że spożywa zwykle od 4 do 5 posiłków w ciągu dnia (N=200, 63,5%). Jedynie 2,9% badanych nauczycieli (N=9) spożywa 3 lub mniej posiłków dziennie. Duża grupa badanych deklaruje, że spożywa więcej niż 5 posiłków (N=106, 33,7%).

Najczęściej spożywanym posiłkiem każdego dnia jest śniadanie (N=256, 81,3%) oraz obiad (N=289, 91,7%) i nieco rzadziej kolacja (N=236, 74,9%). Znacznie mniej popularne na co dzień jest spożywanie drugiego śniadania (N=167, 53,0%) oraz podwieczorku (N=119, 37,8%) (Tabela 16).

Tabela 16. Częstotliwość spożywania posiłków przez badaną grupę nauczycieli (N=315)

	N	%
Liczba posiłków spożywana w ciągu dnia		
3 i mniej	9	2,9
od 4 do 5	200	63,5
więcej niż 5	106	33,7
Częstość spożywania śniadania		
codziennie	256	81,3
kilka razy w tyg.	36	11,4
razy w tyg.	16	5,1
razy w mies.	2	0,6
nigdy	5	1,6
Częstość spożywania drugiego śniadania		
codziennie	167	53,0
kilka razy w tyg.	78	24,8
razy w tyg.	16	5,1

	razy w mies.	14	4,4
	nigdy	40	12,7
Częstość spożywania obiadu			
	codziennie	289	91,7
	kilka razy w tyg.	24	7,6
	razy w tyg.	2	0,6
	razy w mies.	0	0,0
	nigdy	0	0,0
Częstość spożywania podwieczorku			
	codziennie	119	37,8
	kilka razy w tyg.	94	29,8
	razy w tyg.	32	10,2
	razy w mies.	10	3,2
	nigdy	60	19,0
Częstość spożywania kolacji			
	codziennie	236	74,9
	kilka razy w tyg.	43	13,7
	razy w tyg.	19	6,0
	razy w mies.	6	1,9
	nigdy	11	3,5

Większość posiłków badani spożywają w domu, wyjątkiem jest drugie śniadanie, które jest najczęściej spożywane na terenie szkoły (N=223, 70,8%). Ponad 90% badanych (N=295) spożywa natomiast kolację wyłącznie w domu. Nieco rzadziej w domu spożywany jest obiad (N=279, 88,6%) oraz pierwsze śniadanie (N=274, 87,0%) (Tabela 17).

Tabela 17. Miejsce spożywania posiłków przez badaną grupę nauczycieli (N = 315)

	N	%
Pierwsze śniadanie		
w domu	274	87,0
w barach	0	0,0
w szkole	32	10,2
u bliskich	1	0,3
u innych	1	0,3
nie spożywam	7	2,2
Drugie śniadanie		
w domu	24	7,6
w barach	0	0,0
w szkole	223	70,8
u bliskich	1	0,3
u innych	18	5,7
nie spożywam	49	15,6

Obiad			
	w domu	279	88,6
	w barach	6	1,9
	w szkole	20	6,3
	u bliskich	2	0,6
	u innych	7	2,2
	nie spożywam	1	0,3
Podwieczorek			
	w domu	235	74,6
	w barach	0	0,0
	w szkole	7	2,2
	u bliskich	2	0,6
	u innych	7	2,2
	nie spożywam	64	20,3
Kolacja			
	w domu	295	93,7
	w barach	2	0,6
	w szkole	1	0,3
	u bliskich	4	1,3
	u innych	0	0,0
	nie spożywam	13	4,1

Ponad połowa badanych (N=180, 57,1%) deklaruje, iż w dobie pandemii COVID-19 nie nastąpiły zmiany zachowań żywieniowych. Istotnym jest jednak fakt, iż N=39 (12,4%) stwierdziła, że takie zmiany zaszły – z przewagą zachowań żywieniowych nieprawidłowych (Tabela 18).

Tabela 18. Zmiana zachowań żywieniowych wśród badanych nauczycieli (N = 315)

Zmiany zachowań żywieniowych w czasie pandemii COVID-19	N	%
Brak zmiany	180	57,1
Zmiana z przewagą nieprawidłowych zachowań	39	12,4
Zmiana zachowań z zachowaniem balansu	76	24,1
Zmiana z przewagą prawidłowych zachowań	20	6,3

Analiza częstości spożycia wybranych grup produktów wskazuje, że nauczyciele dość często spożywają warzywa i owoce każdego dnia (odpowiednio N=246, 78,1% oraz N=253, 80,3%). Każdego dnia spożywane są produkty mleczne, co deklarowało N=107 badanych (34,0%). Rzadziej spożywany był drób i ryby, dla których w przeważającej większości częstość spożycia wynosiła kilka razy w tygodniu (N=171, 54,3%) lub raz w tygodniu (ryby: N=158, 50,2%). Najczęściej raz w tygodniu spożywane było także

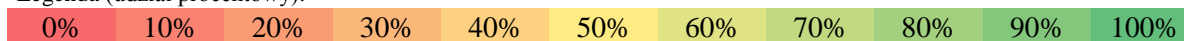
mięso czerwone (N=123, 39,0%). Natomiast spożycie produktów zbożowych oraz słodczy było bardzo zróżnicowane, bez wyraźnej przewagi którejś z kategorii częstotliwości. Najbardziej spożywaną kategorią produktów były „fast food”, dla której aż 37,8% badanych (N=119) wybrało odpowiedź, że „nigdy nie spożywa” (Tabela 19).

Tabela 19. Deklarowana częstość spożycia wybranych kategorii produktów żywnościowych przez badanych nauczycieli

	N	%
Warzywa		
1-kilka x dziennie	129	41.0
2-raz dziennie	117	37.1
3-kilka x w tyg.	13	4.1
4-raz w tyg.	51	16.2
5-raz w miesiącu	5	1.6
6-kilka x w miesiącu	129	41.0
7-nie spożywam	0	0.0
Owoce		
1-kilka x dziennie	120	38.1
2-raz dziennie	133	42.2
3- kilka x w tyg.	10	3.2
4- raz w tyg.	46	14.6
5-raz w miesiącu	1	0.3
6-kilka x w miesiącu	3	1.0
7-nie spożywam	2	0.6
Ryby		
1-kilka x dziennie	2	0.6
2-raz dziennie	4	1.3
3- kilka x w tyg.	158	50.2
4- raz w tyg.	27	8.6
5-raz w miesiącu	71	22.5
6-kilka x w miesiącu	43	13.7
7-nie spożywam	10	3.2
Drób		
1-kilka x dziennie	9	2.9
2-raz dziennie	17	5.4
3- kilka x w tyg.	67	21.3
4- raz w tyg.	171	54.3
5-raz w miesiącu	7	2.2
6-kilka x w miesiącu	37	11.7
7-nie spożywam	7	2.2
Mięso czerwone (wołowina/wieprzowina)		
1-kilka x dziennie	5	1.6
2-raz dziennie	14	4.4
3- kilka x w tyg.	66	21.0
4- raz w tyg.	123	39.0
5-raz w miesiącu	26	8.3
6-kilka x w miesiącu	68	21.6
7-nie spożywam	13	4.1

Produkty zbożowe			
1-kilka x dziennie	89	28.3	
2-raz dziennie	71	22.5	
3- kilka x w tyg.	51	16.2	
4- raz w tyg.	88	27.9	
5-raz w miesiącu	2	0.6	
6-kilka x w miesiącu	12	3.8	
7-nie spożywam	2	0.6	
Produkty mleczne			
1-kilka x dziennie	61	19.4	
2-raz dziennie	107	34.0	
3- kilka x w tyg.	41	13.0	
4- raz w tyg.	73	23.2	
5-raz w miesiącu	4	1.3	
6-kilka x w miesiącu	18	5.7	
7-nie spożywam	11	3.5	
Słodycze			
1-kilka x dziennie	49	15.6	
2-raz dziennie	75	23.8	
3- kilka x w tyg.	26	8.3	
4- raz w tyg.	87	27.6	
5-raz w miesiącu	14	4.4	
6-kilka x w miesiącu	47	14.9	
7-nie spożywam	17	5.4	
Fast food			
1-kilka x dziennie	3	1.0	
2-raz dziennie	1	0.3	
3- kilka x w tyg.	11	3.5	
4- raz w tyg.	5	1.6	
5-raz w miesiącu	106	33.7	
6-kilka x w miesiącu	70	22.2	
7-nie spożywam	119	37.8	

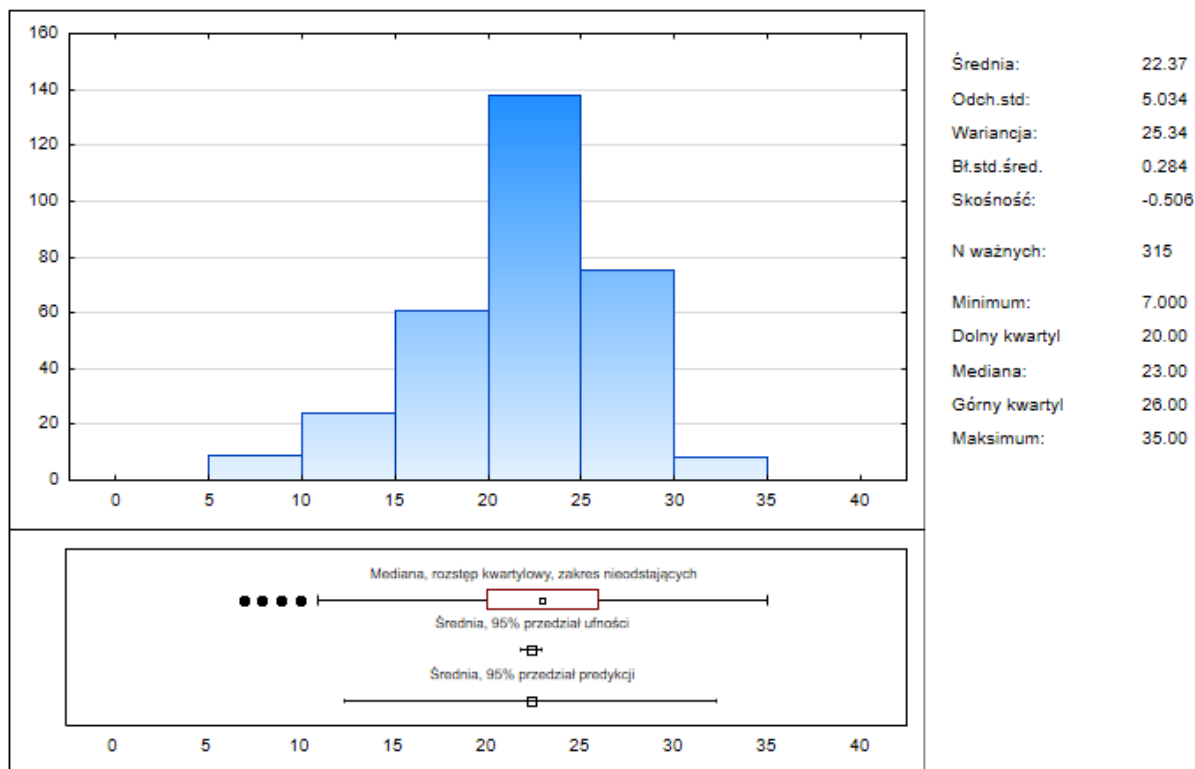
Legenda (udział procentowy):



4. Satysfakcja z życia badanych, według Skali Satysfakcji z Życia (SWLS)

Ocenę poziomu satysfakcji z życia mierzono za pomocą standaryzowanego narzędzia – Skala Satysfakcji z Życia (SWLS), która pozwala na przeliczenie uzyskanego sumarycznego wyniku punktowego na skalę stenową na podstawie opracowanych norm dla polskiej populacji zdrowych osób dorosłych z uwzględnieniem płci i wieku badanych. Wyniki surowe dla sumarycznej punktacji wskazują na niewielką lewostronną asymetrię (skośność= -0,506) przy średnim wyniku wynoszącym 22,37 (SD=5,03) i medianie równej

23,0. Wyniki te oznaczają pewną przewagę osób badanych o przeciętnym i wysokim poziomie satysfakcji z życia w stosunku do osób o niskim poziomie (Rycina 2).



Rycina 2. Charakterystyka punktacji uzyskanej z pomiaru za pomocą Skali Satysfakcji z Życia w grupie badanych nauczycieli (N = 315)

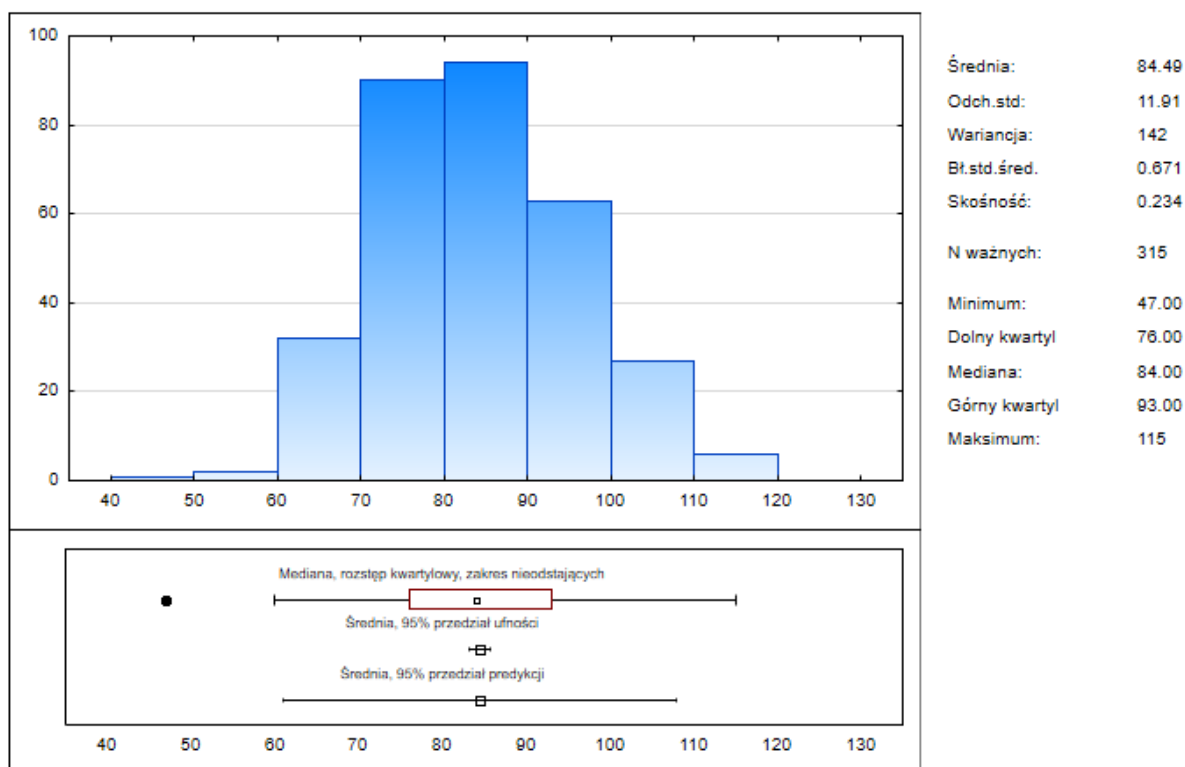
Przeliczone wyniki punktowe na skalę stenową pozwoliły wyodrębnić trzy grupy badanych, charakteryzujących się niskim, przeciętnym i wysokim poziomem satysfakcji z życia (Tabela 20).

Tabela 20. Poziom satysfakcji z życia badanych

Interpretacja wyników pomiaru Skalą Satysfakcji z Życia	N	%
Niski poziom satysfakcji	24	7.62
Przeciętny poziom satysfakcji	153	48.57
Wysoki poziom satysfakcji	138	43.81

5. Analiza wyników badań z zastosowaniem Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ)

Ocenę zachowań związanych ze zdrowiem mierzono za pomocą standaryzowanego narzędzia – Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ), która pozwala na przeliczenie uzyskanego sumarycznego wyniku punktowego (tzw. ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych) na skalę stenową na podstawie opracowanych norm dla polskiej populacji zdrowych osób dorosłych z uwzględnianiem płci i wieku badanych. Wyniki surowe dla sumarycznej punktacji wskazują na niewielką prawostronną asymetrię (skośność=0,234) przy średnim wyniku wynoszącym 84,49 (SD = 11,91) i medianie równej 84,0. Wyniki te oznaczają pewną przewagę osób badanych o niskim i przeciętnym poziomie zachowań zdrowotnych w stosunku do osób o wysokim poziomie (Rycina 3).



Rycina 3. Charakterystyka ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych wg Inwentarza Zachowań Zdrowotnych w grupie badanych nauczycieli ($N = 315$)

Przeliczone wyniki punktowe na skalę stenową pozwoliły wyodrębnić trzy grupy badanych, charakteryzujących się niskim, przeciętnym i wysokim poziomem nasilenia zachowań zdrowotnych (Tabela 21).

Tabela 21. Grupy badanych o różnym poziomie ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych

Poziom ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych	N	%
Niskie nasilenie zachowań zdrowotnych	28	8.89
Przeciętne nasilenie zachowań zdrowotnych	195	61.90
Wysokie nasilenie zachowań zdrowotnych	92	29.21

Ponieważ Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) poza wyliczeniem ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych pozwala także wyodrębnić poszczególne kategorie tych zachowań (nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienie psychiczne, praktyki zdrowotne), to uzyskane wyniki przeliczono także na te cztery kategorie uwzględniając średni wynik punktacji w każdej podskali (Tabela 22).

Tabela 22. Charakterystyka opisowa poszczególnych kategorii zachowań zdrowotnych wg Inwentarza Zachowań Zdrowotnych

Kategorie zachowań zdrowotnych	M	SD	Mdn	IQR/2	Mini	Maks	CV [%]
Prawidłowe nawyki żywieniowe	3.52	0.67	3.50	0.50	1.67	5.00	19.1
Zachowania profilaktyczne	3.50	0.72	3.50	0.50	1.67	7.00	20.7
Pozytywne nastawienie psychiczne	3.65	0.59	3.67	0.50	1.83	5.00	16.3
Praktyki zdrowotne	3.39	0.56	3.33	0.42	1.83	4.67	16.5

M – średnia, Mdn – mediana, SD – odchylenie standardowe, IQR/2 – odchylenie ćwiartkowe, CV – współczynnik zmienności

6. Kryteria oceny zdrowia badanych, według Listy Kryteriów Zdrowia (LKZ)

Kwestionariusz Lista Kryteriów Zdrowia (LKZ) zawiera 24 stwierdzenia będące dokończeniem zdania „Być zdrowym oznacza dla mnie...” (nazywane kryteriami zdrowia). Respondenci wybierają 5 z nich najlepiej odpowiadających ich postrzeganiu „bycia zdrowym” i przyznają im punkty, od 5 punktów dla najważniejszego do 1 punktu dla najmniej ważnego z wybranych kryteriów zdrowia. Pozostałe (niewybrane) kryteria otrzymują 0 punktów. Tak więc, im większa liczba punktów, tym ważniejsze dla respondentów jest dane kryterium zdrowia.

Najważniejszymi dla respondentów kryteriami zdrowia, były:

- nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych;
- mieć sprawne wszystkie części ciała;
- dożyć późnej starości;
- czuć się szczęśliwym przez większość czasu (Tabela 23).

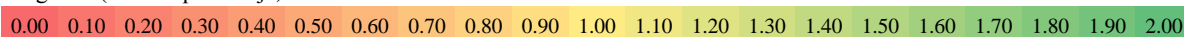
Tabela 13. Kryteria zdrowia w ocenie subiektywnej badanych (N = 315)

Kryterium zdrowia	M	SD	Mdn	IQR/2	Min	Max	CV [%]
Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych	1.57	1.87	0.00	1.50	0.0	5.0	118.8
Mieć sprawne wszystkie części ciała	1.57	2.02	0.00	2.00	0.0	5.0	128.3
Dożyć późnej starości	1.41	2.05	0.00	2.00	0.0	5.0	144.9
Czuć się szczęśliwym przez większość czasu	1.23	1.88	0.00	1.50	0.0	5.0	152.4
Dbać o wypoczynek, sen	0.94	1.51	0.00	1.00	0.0	5.0	161.1
Umieć się cieszyć z życia	0.90	1.56	0.00	0.50	0.0	5.0	172.6
Nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność	0.85	1.53	0.00	0.50	0.0	5.0	180.5
Należycie się odżywiać	0.84	1.50	0.00	0.50	0.0	5.0	179.0
Czuć się dobrze	0.78	1.51	0.00	0.50	0.0	5.0	191.9
Prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza	0.70	1.44	0.00	0.00	0.0	5.0	205.0
Akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki	0.54	1.22	0.00	0.00	0.0	5.0	227.6
Potrafić pracować bez napięcia i stresu	0.53	1.24	0.00	0.00	0.0	5.0	233.3
Potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi	0.48	1.21	0.00	0.00	0.0	5.0	253.8
Mieć pracę, różnorodne zainteresowania	0.37	1.08	0.00	0.00	0.0	5.0	288.1
Nie palić tytoniu	0.33	0.98	0.00	0.00	0.0	5.0	297.9

Umieć rozwiązywać swoje problemy	0.32	0.93	0.00	0.00	0.0	5.0	294.4
Mieć dobry nastrój	0.32	0.95	0.00	0.00	0.0	5.0	295.9
Mieć odpowiednią wagę ciała	0.31	0.87	0.00	0.00	0.0	4.0	280.7
Jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa	0.23	0.79	0.00	0.00	0.0	5.0	335.1
Umieć przystosowywać się do zmian w życiu	0.21	0.80	0.00	0.00	0.0	5.0	374.0
Pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale	0.17	0.66	0.00	0.00	0.0	4.0	378.9
Mieć zdrowe oczy, włosy, cerę	0.16	0.70	0.00	0.00	0.0	5.0	444.1
Być odpowiedzialnym	0.12	0.63	0.00	0.00	0.0	5.0	512.0
Potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami	0.08	0.48	0.00	0.00	0.0	5.0	587.6

M – średnia, Mdn – mediana, SD – odchylenie standardowe, IQR/2 – odchylenie ćwiartkowe, CV – współczynnik zmienności

Legenda (średnia punktacja):



7. Testowanie hipotez badawczych

7.1 Wskazanie czynników socjodemograficznych (płeć, wiek, BMI, staż pracy, zadowolenie z wyboru zawodu, stan cywilny, sytuacja materialna rodziny) determinujących zachowania zdrowotne nauczycieli.

➤ Zachowania zdrowotne w zależności od płci badanych

• Nawyki żywieniowe

W grupie badanych kobiet 87,36% (N=242) deklarowało spożywanie I śniadania w domu, natomiast w grupie mężczyzn 84,21% (N=84,21) (p=0,948). Drugi posiłek w ciągu dnia jest spożywany najczęściej przez grupę badanych kobiet i mężczyzn w szkole (odpowiednio K/M: N=203, 73,29% / N=20, 52,63%; (p=0,057)). Natomiast obiad, podwieczorek i kolacja najczęściej spożywany jest w domu (odpowiednio K/M: N=248, 89,53% / N=31, 81,58% (p=0,322); N=213, 76,90% / N=22, 57,89% (p=0,075); N=258, 93,14% / N=37, 97,37% (p=0,263)). Niepokojący jest fakt, iż większość badanych zarówno kobiet i mężczyzn podjada między posiłkami (odpowiednio K/M: N=144, 51,99% / N=17, 44,74%; (p=0,402)). Badani stwierdzili również, iż w dobie pandemii nie nastąpiły

zmiany w ich odżywianiu: w grupie kobiet tak stwierdziło N=158, 57,04%, a w grupie mężczyzn N=22, 57,89% (p=0,991).

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono brak istotnej statystycznie różnicy pomiędzy wpływem płci na zachowania zdrowotne (Tabela 24).

Tabela 24. Miejsce spożywania posiłków oraz odżywianie w dobie pandemii wg płci badanych nauczycieli

	Kobiety (N = 277)		Mężczyźni (N = 38)		χ^2	p*
	N	%	N	%		
Miejsce spożycia I śniadania						
w domu	242	87,36	32	84,21	0,728	0,948
w szkole	27	9,75	5	13,16		
u bliskich	1	0,36	0	0,00		
w innych	1	0,36	0	0,00		
nie spożywam	6	2,17	1	2,63		
Miejsce spożycia II śniadania						
w domu	18	6,50	6	15,79	9,169	0,057
w szkole	203	73,29	20	52,63		
u bliskich	1	0,36	0	0,00		
w innych	16	5,78	2	5,26		
nie spożywam	39	14,08	10	26,32		
Miejsce spożycia obiadu						
w domu	248	89,53	31	81,58	5,843	0,322
w barach	4	1,44	2	5,26		
w szkole	17	6,14	3	7,89		
u bliskich	1	0,36	1	2,63		
w innych	6	2,17	1	2,63		
nie spożywam	1	0,36	0	0,00		
Miejsce spożycia podwieczorku						
w domu	213	76,90	22	57,89	8,501	0,075
w szkole	6	2,17	1	2,63		
u bliskich	1	0,36	1	2,63		
w innych	6	2,17	1	2,63		
nie spożywam	51	18,41	13	34,21		
Miejsce spożycia kolacji						
w domu	258	93,14	37	97,37	5,246	0,263
w barach	1	0,36	1	2,63		
w szkole	1	0,36	0	0,00		
u bliskich	4	1,44	0	0,00		
nie spożywam	13	4,69	0	0,00		
Czy podjada pomiędzy posiłkami?						
nie	133	48,01	21	55,26	0,703	0,402
tak	144	51,99	17	44,74		
Czy w pandemii nastąpiły zmiany w odżywianiu?						
nie	158	57,04	22	57,89	0,109	0,991
tak, przewaga nieprawidłowego	34	12,27	5	13,16		
tak, nieznaczna	67	24,19	9	23,68		
tak, przewaga prawidłowego	18	6,50	2	5,26		

* test χ^2 Pearsona

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, iż badana grupa mężczyzn spożywała istotnie więcej posiłków niż badana grupa kobiet (odpowiednio K/M: N=82, 29,60% / N=24, 63,16%; $z = -4,134$; $p < 0,001$). Natomiast istotnym jest, iż grupa badanych kobiet częściej niż badana grupa mężczyzn spożywała wszystkie posiłki – za wyjątkiem kolacji (odpowiednio K/M I śniadanie: N=231, 83,39% / N=25, 65,79%; $z = -2,496$; $p = 0,013$; II śniadanie: N=152, 54,87% / N=15, 39,47%; $z = -2,074$; $p = 0,038$; obiad: N=258, 93,14% / N=31, 81,58%; $z = -2,394$; $p = 0,017$ oraz podwieczorek: N=110, 39,71% / N=9, 23,68%; $z = -2,369$; $p = 0,018$).

Mężczyźni spożywają istotnie statystycznie więcej posiłków niż kobiety. Z wyjątkiem kolacji pozostałe posiłki są spożywane częściej przez K niż M (Tabela 25).

Tabela 25. Częstotliwość spożywania posiłków w ciągu dnia wg płci badanych nauczycieli

	Kobiety (N = 277)		Mężczyźni (N = 38)		z	p*
	N	%	N	%		
Liczba posiłków w ciągu dnia						
<3	9	3,25	0	0,00	-4,134	<0,001
od 4 do 5	186	67,15	14	36,84		
>5	82	29,60	24	63,16		
Spożycie I śniadania						
codziennie	231	83,39	25	65,79	-2,496	0,013
kilka razy w tygodniu	27	9,75	9	23,68		
razy w tygodniu	13	4,69	3	7,89		
razy w miesiącu	2	0,72	0	0,00		
nigdy	4	1,44	1	2,63		
Spożycie II śniadania						
codziennie	152	54,87	15	39,47	-2,074	0,038
kilka razy w tygodniu	68	24,55	10	26,32		
razy w tygodniu	14	5,05	2	5,26		
razy w miesiącu	11	3,97	3	7,89		
nigdy	32	11,55	8	21,05		
Spożycie obiadów						
codziennie	258	93,14	31	81,58	-2,394	0,017
kilka razy w tygodniu	17	6,14	7	18,42		
razy w tygodniu	2	0,72	0	0,00		
razy w miesiącu	0	0,00	0	0,00		
nigdy	0	0,00	0	0,00		
Spożycie podwieczorków						
codziennie	110	39,71	9	23,68	-2,369	0,018
kilka razy w tygodniu	83	29,96	11	28,95		
razy w tygodniu	27	9,75	5	13,16		
razy w miesiącu	9	3,25	1	2,63		
nigdy	48	17,33	12	31,58		

Spożycie kolacji							
codziennie	207	74,73	29	76,32	0,380	0,704	
kilka razy w tygodniu	37	13,36	6	15,79			
razy w tygodniu	16	5,78	3	7,89			
razy w miesiącu	6	2,17	0	0,00			
nigdy	11	3,97	0	0,00			

* test U Manna-Whitney'a

W wyniku przeprowadzonej analizy stwierdzono, iż warzywa i owoce są spożywane kilka razy dziennie częściej przez badaną grupę kobiet niż mężczyzn (odpowiednio K/M: N=118, 42,60% / N=11, 28,95%; $z = -1,931$; $p = 0,053$). Istotnym jest, iż słodczyce są spożywane kilka razy w tygodniu w większości przez badaną grupę kobiet aniżeli mężczyzn (odpowiednio K/M: N=80, 28,88% / N=7, 18,42%; $z = -0,211$; $p = 0,833$).

Znaczącym jest fakt, iż mężczyźni istotnie częściej niż kobiety spożywają mięso czerwone (wołowe/wieprzowe) (odpowiednio K/M: N=103, 37,18% / N=20, 52,63%; $z = 2,131$; $p = 0,033$) oraz produkty mleczne (odpowiednio K/M: N=50, 18,05% / N=11, 28,95%; $z = 2,073$; $p = 0,038$) (Tabela 26).

Tabela 26. Częstotliwość spożywania wybranych produktów spożywczych wg płci badanych

	Kobiety (N = 277)		Mężczyźni (N = 38)		z	p*
	N	%	N	%		
Warzywa						
kilka razy dziennie	118	42,60	11	28,95	-1,931	0,053
raz dziennie	103	37,18	14	36,84		
raz w tygodniu	10	3,61	3	7,89		
kilka razy w tygodniu	41	14,80	10	26,32		
raz w miesiącu	0	0,00	0	0,00		
kilka razy w miesiącu	5	1,81	0	0,00		
nie spożywam	0	0,00	0	0,00		
Owoce						
kilka razy dziennie	109	39,35	11	28,95	-1,616	0,106
raz dziennie	118	42,60	15	39,47		
raz w tygodniu	6	2,17	4	10,53		
kilka razy w tygodniu	38	13,72	8	21,05		
raz w miesiącu	1	0,36	0	0,00		
kilka razy w miesiącu	3	1,08	0	0,00		
nie spożywam	2	0,72	0	0,00		
Ryby						
kilka razy dziennie	2	0,72	0	0,00	1,039	0,299
raz dziennie	4	1,44	0	0,00		
raz w tygodniu	134	48,38	24	63,16		
kilka razy w tygodniu	25	9,03	2	5,26		
raz w miesiącu	64	23,10	7	18,42		
kilka razy w miesiącu	41	14,80	2	5,26		
nie spożywam	7	2,53	3	7,89		

Drób						
kilka razy dziennie	8	2,89	1	2,63	1,059	0,290
raz dziennie	14	5,05	3	7,89		
raz w tygodniu	58	20,94	9	23,68		
kilka razy w tygodniu	150	54,15	21	55,26		
raz w miesiącu	5	1,81	2	5,26		
kilka razy w miesiącu	36	13,00	1	2,63		
nie spożywam	6	2,17	1	2,63		
Mięso wołowe/wieprzowe						
kilka razy dziennie	5	1,81	0	0,00	2,131	0,033
raz dziennie	10	3,61	4	10,53		
raz w tygodniu	58	20,94	8	21,05		
kilka razy w tygodniu	103	37,18	20	52,63		
raz w miesiącu	24	8,66	2	5,26		
kilka razy w miesiącu	64	23,10	4	10,53		
nie spożywam	13	4,69	0	0,00		
Produkty zbożowe (makarony, kasze, produkty mączne)						
kilka razy dziennie	76	27,44	13	34,21	0,535	0,593
raz dziennie	65	23,47	6	15,79		
raz w tygodniu	43	15,52	8	21,05		
kilka razy w tygodniu	79	28,52	9	23,68		
raz w miesiącu	1	0,36	1	2,63		
kilka razy w miesiącu	11	3,97	1	2,63		
nie spożywam	2	0,72	0	0,00		
Produkty mleczne						
kilka razy dziennie	50	18,05	11	28,95	2,073	0,038
raz dziennie	92	33,21	15	39,47		
raz w tygodniu	38	13,72	3	7,89		
kilka razy w tygodniu	66	23,83	7	18,42		
raz w miesiącu	4	1,44	0	0,00		
kilka razy w miesiącu	16	5,78	2	5,26		
nie spożywam	11	3,97	0	0,00		
Słodycze						
kilka razy dziennie	44	15,88	5	13,16	-0,211	0,833
raz dziennie	65	23,47	10	26,32		
raz w tygodniu	22	7,94	4	10,53		
kilka razy w tygodniu	80	28,88	7	18,42		
raz w miesiącu	10	3,61	4	10,53		
kilka razy w miesiącu	40	14,44	7	18,42		
nie spożywam	16	5,78	1	2,63		
Fast food						
kilka razy dziennie	3	1,08	0	0,00	1,343	0,179
raz dziennie	0	0,00	1	2,63		
raz w tygodniu	9	3,25	2	5,26		
kilka razy w tygodniu	4	1,44	1	2,63		
raz w miesiącu	93	33,57	13	34,21		
kilka razy w miesiącu	59	21,30	11	28,95		
nie spożywam	109	39,35	10	26,32		

* test U Manna-Whitney'a

- Aktywność fizyczna

Wyniki przeprowadzonych badań pokazały, iż mężczyźni istotnie częściej deklarują podejmowanie aktywności fizycznej w ciągu tygodnia (odpowiednio K/M: N=10, 3,61% / N=14, 36,84%; $z = -6,032$; $p < 0,001$), a także spędzają mniejszą ilość czasu na czynnościach sedentarnych (oglądanie TV, gry, pracę z komputerem) (odpowiednio K/M: N=47, 16,97% / N=15, 39,47%; $z = 2,129$; $p = 0,033$) (Tabela 27).

Tabela 27. Czas na aktywność fizyczną oraz zajęcia sedentarne wg płci badanych nauczycieli

	Kobiety (N = 277)		Mężczyźni (N = 38)		z	p*
	N	%	N	%		
Ile tygodniowo poświęca na aktywność fizyczną?						
brak aktywności	50	18,05	1	2,63	-6,032	<0,001
1-3 h/tyg.	180	64,98	14	36,84		
4-6 h/tyg.	37	13,36	9	23,68		
>6 h/tyg.	10	3,61	14	36,84		
Ile czasu w ciągu dnia oglądanie TV, gry, pracę z komputerem?						
<1 h/dzień	47	16,97	15	39,47	2,129	0,033
1-2 h/dzień	93	33,57	8	21,05		
3-4 h/dzień	98	35,38	11	28,95		
5-6 h/dzień	29	10,47	4	10,53		
7 i więcej h/dzień	10	3,61	0	0,00		

* test U Manna-Whitney'a

Wyniki przeprowadzonych badań pokazały, iż najbardziej preferowaną formą aktywności fizycznej wśród badanych był spacer (odpowiednio K/M: N=187, 67,51% / N=20, 52,63%; $p = 0,070$) oraz jazda na rowerze (odpowiednio K/M: N=154, 55,60% / N=26, 68,42%; $p = 0,134$).

Mężczyźni jednak istotnie częściej wybierają pływanie (odpowiednio K/M: N=34, 12,27% / N=11, 28,95%; $p = 0,006$), natomiast kobiety *Nordic walking* (odpowiednio K/M: N=42, 15,16% / N=0, 0,00%; $p = 0,010$) i bieganie (odpowiednio K/M: N=28, 10,11% / N=9, 23,68%; $p = 0,015$) (Tabela 28).

Tabela 28. Podejmowanie wybranych formy aktywności fizycznej wg płci badanych

	Kobiety (N = 277)		Mężczyźni (N = 38)		χ^2	p*
	N	%	N	%		
Spacer	187	67,51	20	52,63	3,283	0,070
Nordic walking	42	15,16	0	0,00	6,648	0,010
Bieganie	28	10,11	9	23,68	5,941	0,015
Taniec	26	9,39	1	2,63	1,945	0,163
Pływanie	34	12,27	11	28,95	7,586	0,006
Jazda na rowerze	154	55,60	26	68,42	2,244	0,134
Turystyka piesza	50	18,05	7	18,42	0,003	0,956
Fitness	37	13,36	2	5,26	2,018	0,155

* test χ^2 Pearsona

Wyniki badań pokazały, iż mężczyźni istotnie częściej podejmują systematyczną aktywność fizyczną niż kobiety (odpowiednio K/M: N=33, 14,54% / N=18, 48,65%; $p < 0,001$). W dobie pandemii natomiast badani zaobserwowali niewielki spadek własnej aktywności fizycznej (odpowiednio K/M: N=115, 41,52% / N=18, 47,37%; $p = 0,059$) (Tabela 29).

Tabela 29. Systematyczność podejmowanej aktywności fizycznej oraz jej spadek w dobie pandemii wg płci badanych

	Kobiety (N = 277)		Mężczyźni (N = 38)		χ^2	p*
	N	%	N	%		
Czy podejmuje aktywność fizyczną systematycznie						
nie	71	31,28	3	8,11	25,979	<0,001
tak, czasami	123	54,19	16	43,24		
tak, zawsze	33	14,54	18	48,65		
Czy w pandemii nastąpił znaczący spadek aktywności fizycznej?						
nie	77	27,80	16	42,11	7,454	0,059
tak, niewielki	115	41,52	18	47,37		
tak, znaczący	82	29,60	4	10,53		
nie mam zdania	3	1,08	0	0,00		

* test χ^2 Pearsona

- Forma wypoczynku

Mężczyźni istotnie częściej wybierają spędzanie czasu przed komputerem (odpowiednio K/M: N=27, 9,75% / N=9, 23,68%; $p = 0,011$) oraz aktywność fizyczną

(odpowiednio K/M: N=105, 37,91% / N=21, 55,26%; p=0,041) natomiast kobiety wykonywanie obowiązków domowych (odpowiednio K/M: N=143, 51,62% / N=13, 34,21%; p=0,044) oraz kino/teatr (odpowiednio K/M: N=95, 34,30% / N=7, 18,42%; p=0,050 (Tabela 30).

Tabela 30. Wybrane formy spędzania czasu wolnego wg płci badanych

	Kobiety (N = 277)		Mężczyźni (N = 38)		χ^2	p*
	N	%	N	%		
Wykonywanie obowiązków domowych	143	51,62	13	34,21	4,054	0,044
Spędzanie czasu przed komputerem	27	9,75	9	23,68	6,412	0,011
Oglądanie TV	76	27,44	15	39,47	2,357	0,125
Czytanie	201	72,56	17	44,74	12,141	<0,001
Podejmowanie różnych form aktywności fizycznej	105	37,91	21	55,26	4,195	0,041
Spotkania ze znajomymi	166	59,93	18	47,37	2,170	0,141
Kino/teatr	95	34,30	7	18,42	3,846	0,050
Sen i odpoczynek	135	48,74	16	42,11	0,589	0,443

* test χ^2 Pearsona

- Stosowane używki

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, iż spośród badanych pali papierosy N=21 (7,58%) kobiet oraz N=4 (10,53%) mężczyzn (p=0,824).

Mężczyźni istotnie częściej niż kobiety deklarowali, że w przeszłości nadużywali alkoholu (odpowiednio K/M: N=7, 2,53% / N=2, 5,26%) a także, że obecnie spożywają nadmierne ilości alkoholu (odpowiednio K/M: N=2, 0,72%; N=4, 10,53%, p<0,001) (Tabela 31).

Tabela 31. Stosowanie używek wśród badanych w zależności od płci

	Kobiety (N = 277)		Mężczyźni (N = 38)		χ^2	p*
	N	%	N	%		
Palenie papierosów						
nie palę	215	77,62	27	71,05	0,905	0,824
nie palę, ale paliłem w przeszłości	31	11,19	5	13,16		
okazjonalnie	10	3,61	2	5,26		
palę	21	7,58	4	10,53		

Picie alkoholu							
nie piję	83	29,96	9	23,68	18,388	<0,001	
nie piję, ale piłem w przeszłości	7	2,53	2	5,26			
okazyjnie	185	66,79	23	60,53			
piję obecnie	2	0,72	4	10,53			
Picie kawy							
nie	256	92,42	32	84,21	2,873	0,090	
tak	21	7,58	6	15,79			

* test χ^2 Pearson

Mężczyźni spożywają istotnie statystycznie większą ilość alkoholu w przeliczeniu na „lampki” niż kobiety ($p=0,009$) (Tabela 32).

Tabela 32. Ilość spożywanego alkoholu w zależności od płci badanych

	Kobiety (N = 175)		Mężczyźni (N = 16)		z	p*
	Mdn	IQR/2	Mdn	IQR/2		
Ilość spożywanego alkoholu w miesiącu (lampka)	3,0	1,00	4,0	1,25	-2,626	0,009

Mdn – mediana, IQR/2 – odchylenie ćwiartkowe

* test U Manna-Whitney'a

➤ Zachowania zdrowotne w zależności od wieku badanych

- Nawyki żywieniowe

Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi a wiekiem badanych. I śniadanie było najczęściej spożywane w domu wśród badanych w wieku: <35 lat, 35-45 lat oraz >45 lat (odpowiednio A/B/C: N=29, 85,29% / N=100, 82,64% / N=145, 90,63%; $p=0,050$). Natomiast II śniadanie było najczęściej spożywane w szkole wśród badanych w wieku <35 lat, 35-45 lat oraz >45 lat (odpowiednio A/B/C: N=24, 70,59% / N=81, 66,94% / N=118, 73,75%; $p=0,279$). Obiad, podwieczorek i kolacja najczęściej są spożywane przez badanych bez względu na wiek w domu (odpowiednio A/B/C: N=30, 88,24% / N=105, 86,78% / N=144, 90,00%; $p=0,595$; N=29, 85,29% / N=95, 78,51% / N=111, 69,38%; $p=0,590$; N=34, 100% / N=110, 90,91% / N=151, 94,38%; $p=0,556$).

Pomiędzy posiłkami podjada najczęściej badanych w wieku >45 lat (N=81, 50,63%; p=0,761). Istotnym jest fakt, iż N=35 (28,93%) badanych w wieku 35-45 lat stwierdziło, iż w okresie pandemii nastąpiła nieznaczna zmiana odżywiania, która nie miała istotnego wpływu na ich stan zdrowia (Tabela 33).

Tabela 33. Miejsce spożywania posiłków wg wieku badanych

	< 35 lat (A) (N = 34)		35-45 lat (B) (N = 121)		>45 lat (C) (N = 160)		χ^2	p*
	N	%	N	%	N	%		
Miejsce spożycia I śniadania								
w domu	29	85,29	100	82,64	145	90,63	15,491	0,050
w szkole	4	11,76	16	13,22	12	7,50		
u bliskich	0	0,00	0	0,00	1	0,63		
w innych	1	2,94	0	0,00	0	0,00		
nie spożywam	0	0,00	5	4,13	2	1,25		
Miejsce spożycia II śniadania								
w domu	5	14,71	13	10,74	6	3,75	9,801	0,279
w szkole	24	70,59	81	66,94	118	73,75		
u bliskich	0	0,00	0	0,00	1	0,63		
w innych	2	5,88	6	4,96	10	6,25		
nie spożywam	3	8,82	21	17,36	25	15,63		
Miejsce spożycia obiadu								
w domu	30	88,24	105	86,78	144	90,00	8,346	0,595
w barach	1	2,94	0	0,00	5	3,13		
w szkole	2	5,88	11	9,09	7	4,38		
u bliskich	0	0,00	1	0,83	1	0,63		
w innych	1	2,94	3	2,48	3	1,88		
nie spożywam	0	0,00	1	0,83	0	0,00		
Miejsce spożycia podwieczorku								
w domu	29	85,29	95	78,51	111	69,38	6,514	0,590
w szkole	1	2,94	2	1,65	4	2,50		
u bliskich	0	0,00	1	0,83	1	0,63		
w innych	0	0,00	2	1,65	5	3,13		
nie spożywam	4	11,76	21	17,36	39	24,38		
Miejsce spożycia kolacji								
w domu	34	100,0	110	90,91	151	94,38	6,825	0,556
w barach	0	0,00	1	0,83	1	0,63		
w szkole	0	0,00	1	0,83	0	0,00		
u bliskich	0	0,00	1	0,83	3	1,88		
nie spożywam	0	0,00	8	6,61	5	3,13		
Czy podjada pomiędzy posiłkami?								
nie	15	44,12	58	47,93	81	50,63	0,547	0,761
tak	19	55,88	63	52,07	79	49,38		

Czy w pandemii nastąpiły zmiany w odżywianiu?									
nie	17	50,00	66	54,55	97	60,63	6,170	0,404	
tak, przewaga nieprawidłowego	6	17,65	15	12,40	18	11,25			
tak, nieznaczna przewaga prawidłowego	7	20,59	35	28,93	34	21,25			
	4	11,76	5	4,13	11	6,88			

* test χ^2 Pearsona

Wyniki badań dowiodły, iż spożycie I śniadania jest częstsze wraz z wiekiem badanych. Zatem częstość spożywania pierwszego śniadania koreluje dodatnio z wiekiem ($z=2,603$, $p=0,009$) (Tabela 34).

Tabela 34. Korelacja częstości spożywanych posiłków w zależności od wieku badanych

	γ -Kruskala-Goodmana*	z	p
Liczba posiłków w ciągu dnia	0,05	0,698	0,485
Spożycie I śniadania	0,20	2,603	0,009
Spożycie II śniadania	-0,01	-0,230	0,818
Spożycie obiadów	0,19	1,600	0,110
Spożycie podwieczorków	-0,00	-0,086	0,932
Spożycie kolacji	-0,07	-0,991	0,322

* współczynnik korelacji gamma

Analiza wyników badań pokazała, iż istnieje dodatnia korelacja między wiekiem a częstością spożycia owoców ($z=2,804$, $p=0,005$) oraz istnieje ujemna korelacja między wiekiem a częstością spożycia produktów mlecznych ($z= -2,538$, $p=0,011$) oraz fast foodów ($z= -8,507$, $p<0,001$) (Tabela 35).

Tabela 35. Korelacja częstości spożywania wybranych produktów wg wieku badanych

	γ -Kruskala-Goodmana*	z	p
Warzywa	0,02	0,423	0,673
Owoce	0,16	2,804	0,005
Ryby	0,01	0,141	0,888
Drób	0,00	0,074	0,941
Mięso wołowe/wieprzowe	-0,06	-1,081	0,279
Produkty zbożowe	-0,07	-1,323	0,186
Produkty mleczne	-0,13	-2,538	0,011
Słodycze	-0,02	-0,304	0,761
Fast food	-0,44	-8,507	<0,001

* współczynnik korelacji gamma

- Aktywność fizyczna

Analiza wyników badań pokazała, iż istnieje dodatnia korelacja między czasem w ciągu dnia poświęconym na czynności sedentarne a wiekiem badanych ($z=3,661$, $p<0,001$) (Tabela 36).

Tabela 36. Korelacja czasu na aktywność fizyczną oraz zajęcia sedentarne wśród badanych

	γ -Kruskala-Goodmana*	z	p
Czas tygodniowo poświęcany na aktywność fizyczną	-0,05	-0,829	0,407
Czas w ciągu dnia poświęcony na czynności sedentarne (oglądanie TV, gry, pracę z komputerem)	0,19	3,661	<0,001

* współczynnik korelacji gamma

Najbardziej preferowaną formą aktywności fizycznej dla badanych bez względu na wiek jest spacer (odpowiednio A/B/C: $N=23$, 67,65% / $N=83$, 68,60% / $N=101$, 63,13%; $p=0,613$). Natomiast fitness (odpowiednio A/B/C: $N=12$, 35,29% / $N=14$, 11,57% / $N=13$, 8,13%; $p<0,001$) bieganie (odpowiednio A/B/C: $N=6$, 17,65% / $N=22$, 18,18% / $N=9$, 5,63%; $p=0,003$) i jazda na rowerze (odpowiednio A/B/C: $N=23$, 67,65% / $N=78$, 64,46% / $N=79$, 49,38%; $p=0,017$) są istotnie statystycznie częściej preferowane przez młodsze osoby niż starsze (Tabela 37).

Tabela 37. Wybrane formy aktywności fizycznej wg wieku badanych

	< 35 lat (A) (N = 34)		35-45 lat (B) (N = 121)		>45 lat (C) (N = 160)		χ^2	p^*
	N	%	N	%	N	%		
Spacer	23	67,65	83	68,60	101	63,13	0,978	0,613
Nordic walking	2	5,88	15	12,40	25	15,63	2,453	0,293
Bieganie	6	17,65	22	18,18	9	5,63	11,760	0,003
Taniec	5	14,71	14	11,57	8	5,00	5,625	0,060
Pływanie	7	20,59	18	14,88	20	12,50	1,554	0,460
Jazda na rowerze	23	67,65	78	64,46	79	49,38	8,121	0,017
Turystyka piesza	6	17,65	19	15,70	32	20,00	0,864	0,649
Fitness	12	35,29	14	11,57	13	8,13	19,200	<0,001

* test χ^2 Pearsona

Systematyczna aktywność fizyczna podejmuje jest „zawsze” przez: $N=9$ (28,15%) badanych w wieku <35 lat, $N=16$ (15,53%) w wieku 35-45 lat oraz $N=26$ (20,16%)

w wieku >45 lat. Istotnym jest, iż w dobie pandemii nastąpił znaczny spadek podejmowanej systematycznie aktywności fizycznej przez badanych (odpowiednio A/B/C/: N=6, 17,65% / N=32, 26,45%; N=48, 30%; p=0,310).

Nie stwierdzono różnicy istotnej statystycznie pomiędzy systematycznym podejmowaniem aktywności fizycznej a wiekiem badanych (Tabela 38).

Tabela 38. Systematyczność aktywności fizycznej oraz jej spadek w dobie pandemii wg wieku badanych

	< 35 lat (A) (N = 34)		35-45 lat (B) (N = 121)		>45 lat (C) (N = 160)		χ^2	p*
	N	%	N	%	N	%		
Czy podejmuje aktywność fizyczną systematycznie								
nie	9	28,13	25	24,27	40	31,01	4,973	0,290
tak, czasami	14	43,75	62	60,19	63	48,84		
tak, zawsze	9	28,13	16	15,53	26	20,16		
Czy w pandemii nastąpił znaczący spadek aktywności fizycznej?								
nie	14	41,18	33	27,27	46	28,75	7,118	0,310
tak, niewielki	14	41,18	56	46,28	63	39,38		
tak, znaczący	6	17,65	32	26,45	48	30,00		
nie mam zdania	0	0,00	0	0,00	3	1,88		

* test χ^2 Pearsona

- Forma wypoczynku

Badani w wieku <35 lat preferują spędzanie czasu wolnego na spotkaniach ze znajomymi (N=22, 64,71%), a badani w wieku 35-45 oraz >45 lat przede wszystkim na czytaniu (odpowiednio B/C: N=88, 72,73% / N=112, 70,00%; p=0,083).

W wyniku przeprowadzonych analiz nie stwierdzono różnicy istotnej statystycznie pomiędzy spędzaniem czasu wolnego a wiekiem badanych (Tabela 39).

Tabela 39. Formy spędzania czasu wolnego wg wieku badanych

	< 35 lat (A) (N = 34)		35-45 lat (B) (N = 121)		>45 lat (C) (N = 160)		χ^2	p*
	N	%	N	%	N	%		
Wykonywanie obowiązków domowych	20	58,82	58	47,93	78	48,75	1,337	0,512
Spędzanie czasu przed komputerem	3	8,82	9	7,44	24	15,00	4,148	0,126
Oglądanie TV	10	29,41	37	30,58	44	27,50	0,323	0,851

Czytanie	18	52,94	88	72,73	112	70,00	4,972	0,083
Podejmowanie różnych form aktywności fizycznej	12	35,29	53	43,80	61	38,13	1,277	0,528
Spotkania ze znajomymi	22	64,71	77	63,64	85	53,13	3,755	0,153
Kino/teatr	11	32,35	38	31,40	53	33,13	0,093	0,955
Sen i odpoczynek	20	58,82	56	46,28	75	46,88	1,820	0,403

* test χ^2 Pearsona

- Stosowane używki

Wyniki badań pokazały, iż w grupie badanych w wieku młodszym do 45 roku życia palenie papierosów jest stosunkowo częstsze, aniżeli w grupie osób starszych (odpowiednio A/B/C: N=30, 88,24% / N=98, 80,99% / N=114, 71,25%; $p=0,032$). A zatem osoby starsze istotnie rzadziej palą papierosy niż osoby młodsze ($p=0,032$). Natomiast okazjnie po alkohol sięga znaczna część badanych bez względu na wiek (odpowiednio A/B/C: N=19, 55,88% / N=76, 62,81% / N=113, 70,63%; $p=0,181$) (Tabela 40).

Tabela 40. Stosowanie używek w zależności od wieku badanych

	< 35 lat (A) (N = 34)		35-45 lat (B) (N = 121)		>45 lat (C) (N = 160)		χ^2	p*
	N	%	N	%	N	%		
Palenie papierosów								
nie palę	30	88,24	98	80,99	114	71,25	13,803	0,032
nie palę, ale paliłem w przeszłości	0	0,00	13	10,74	23	14,38		
okazjonalnie palę	3	8,82	4	3,31	5	3,13		
	1	2,94	6	4,96	18	11,25		
Picie alkoholu								
nie piję	13	38,24	37	30,58	42	26,25	8,879	0,181
nie piję, ale piłem w przeszłości	0	0,00	5	4,13	4	2,50		
okazjnie piję obecnie	19	55,88	76	62,81	113	70,63		
	2	5,88	3	2,48	1	0,63		
Picie kawy								
nie	32	94,12	112	92,56	144	90,00	0,929	0,629
tak	2	5,88	9	7,44	16	10,00		

* test χ^2 Pearsona

W wyniku przeprowadzonych badań nie stwierdzono istotnie statystycznej korelacji pomiędzy ilością spożywanego alkoholu w miesiącu a wiekiem badanych ($z=0,382$, $p=0,702$) (Tabela 41).

Tabela 41. Korelacja pomiędzy ilością spożywanego alkoholu a wiekiem badanych

	γ -Kruskala-Goodmana*	z	p
Ilość spożywanego alkoholu w miesiącu (lampka)	0,02	0,382	0,702

* współczynnik korelacji gamma

➤ Zachowania zdrowotne w zależności od wskaźnika BMI badanych

- Nawyki żywieniowe

Analiza przeprowadzonych wyników badań pokazała, iż wśród badanych bez względu na wskaźnik BMI śniadanie spożywane jest najczęściej w domu ($p=0,316$), natomiast II śniadanie w szkole ($p=0,928$). Obiad, podwieczorek oraz kolacja spożywane są przez badanych najczęściej w domu (odpowiednio D/E/F: $N=175$, 90,67% / $N=79$, 86,81% / $N=25$, 80,65%; $p=0,123$; $N=147$, 76,17% / $N=65$, 71,43% / $N=23$, 74,19%; $p=0,491$; $N=180$, 93,26% / $N=86$, 94,51% / $N=29$, 93,55%; $p=0,334$).

Osoby z wyższym wskaźnikiem BMI wskazywały, że pandemia wpłynęła na ich nawyki żywieniowe negatywnie (przewaga nieprawidłowych zachowań żywieniowych) (Tabela 42).

Tabela 42. Miejsce spożywania posiłków w zależności od wskaźnika BMI badanych

	<25.00 (D) (N = 193)		25.00-29.99 (E) (N = 91)		≥30.00 (F) (N = 31)		χ^2	p*
	N	%	N	%	N	%		
Miejsce spożycia I śniadania								
w domu	172	89,12	79	86,81	23	74,19	9,317	0,316
w szkole	16	8,29	9	9,89	7	22,58		
u bliskich	0	0,00	1	1,10	0	0,00		
w innych	1	0,52	0	0,00	0	0,00		
nie spożywam	4	2,07	2	2,20	1	3,23		

Miejsce spożycia II śniadania									
w domu	13	6,74	8	8,79	3	9,68	3,103	0,928	
w szkole	141	73,06	63	69,23	19	61,29			
u bliskich	1	0,52	0	0,00	0	0,00			
w innych	10	5,18	6	6,59	2	6,45			
nie spożywam	28	14,51	14	15,38	7	22,58			
Miejsce spożycia obiadu									
w domu	175	90,67	79	86,81	25	80,65	15,243	0,123	
w barach	3	1,55	2	2,20	1	3,23			
w szkole	11	5,70	7	7,69	2	6,45			
u bliskich	1	0,52	0	0,00	1	3,23			
w innych	3	1,55	3	3,30	1	3,23			
nie spożywam	0	0,00	0	0,00	1	3,23			
Miejsce spożycia podwieczorku									
w domu	147	76,17	65	71,43	23	74,19	7,429	0,491	
w szkole	4	2,07	2	2,20	1	3,23			
u bliskich	1	0,52	0	0,00	1	3,23			
w innych	3	1,55	4	4,40	0	0,00			
nie spożywam	38	19,69	20	21,98	6	19,35			
Miejsce spożycia kolacji									
w domu	180	93,26	86	94,51	29	93,55	9,096	0,334	
w barach	0	0,00	1	1,10	1	3,23			
w szkole	1	0,52	0	0,00	0	0,00			
u bliskich	3	1,55	0	0,00	1	3,23			
nie spożywam	9	4,66	4	4,40	0	0,00			
Czy podjada pomiędzy posiłkami?									
nie	98	50,78	42	46,15	14	45,16	0,720	0,698	
tak	95	49,22	49	53,85	17	54,84			
Czy w pandemii nastąpiły zmiany w odżywianiu?									
nie	120	62,18	48	52,75	12	38,71	19,304	0,004	
tak, przewaga nieprawidłowego	14	7,25	15	16,48	10	32,26			
tak, nieznaczna	45	23,32	24	26,37	7	22,58			
tak, przewaga prawidłowego	14	7,25	4	4,40	2	6,45			

* test χ^2 Pearsona

Jak pokazały badania wśród nauczycieli którzy częściej spożywają obiad występuje niższy wskaźnik masy ciała BMI ($p=0,001$), a zatem częstość spożywania obiadów koreluje ujemnie z BMI (Tabela 43).

Tabela 43. Korelacja częstości spożywanego posiłków w zależności od wskaźnika BMI badanych

	γ -Kruskala-Goodmana*	z	p
Liczba posiłków w ciągu dnia	-0,05	-0,684	0,494
Spożycie I śniadania	0,07	0,782	0,434
Spożycie II śniadania	-0,10	-1,619	0,105
Spożycie obiadów	-0,39	-3,422	0,001
Spożycie podwieczorków	0,02	0,379	0,704
Spożycie kolacji	-0,00	-0,030	0,976

* współczynnik korelacji gamma

Wyniki przeprowadzonych badań pokazały, iż istnieje dodatnia korelacja między BMI badanych a spożyciem mięsa czerwonego (wołowe/wieprzowe) ($z=2,592$, $p=0,010$), produktów zbożowych ($z=2,625$, $p=0,009$) oraz mlecznych ($z=2,925$, $p=0,003$) (Tabela 44).

Tabela 44. Korelacja spożywania wybranych produktów ze wskaźnikiem BMI badanych

	γ -Kruskala-Goodmana*	z	p
Warzywa	0,11	1,795	0,073
Owoce	-0,11	-1,821	0,069
Ryby	0,04	0,680	0,497
Drób	0,09	1,377	0,169
Mięso wołowe/wieprzowe	0,15	2,592	0,010
Produkty zbożowe	0,15	2,625	0,009
Produkty mleczne	0,17	2,925	0,003
Słodycze	0,01	0,220	0,826
Fast food	-0,06	-0,955	0,339

* współczynnik korelacji gamma

- Aktywność fizyczna

Analiza wyników badań pokazała, iż brak jest istotnej statystycznie korelacji między BMI badanych a czasem poświęconym na aktywność fizyczną i zajęcia sedentarne (Tabela 45).

Tabela 45. Korelacja czasu aktywności fizycznej i zajęć sedentarnych z BMI badanych

	γ -Kruskala-Goodmana*	z	p
Czas tygodniowo poświęcany na aktywność fizyczną	0,09	1,378	0,168
Czas w ciągu dnia poświęcony na czynności sedentarne (oglądanie TV, gry, pracę z komputerem)	0,03	0,586	0,558

* współczynnik korelacji gamma

Najbardziej preferowaną formą aktywności fizycznej przez badanych bez względu na wskaźnik masy ciała BMI jest spacer (odpowiednio D/E/F: N=127, 65,80% / N=60, 65,93% / N=20, 64,52%; p=0,989).

Jednakże, osoby z wyższym BMI istotnie rzadziej wybierają fitness jako formę aktywności w porównaniu z osobami o niższych wartościach BMI (odpowiednio D/E/F: N=32, 16,58% / N=6, 6,59% / N=1, 3,23%; p=0,015) (Tabela 46).

Tabela 46. Preferowane formy aktywności fizycznej w zależności od wskaźnika BMI badanych

	< 25.00 (D) (N = 193)		25.00-29.99 (E) (N = 91)		≥30.00 (F) (N = 31)		χ^2	p*
	N	%	N	%	N	%		
Spacer	127	65,80	60	65,93	20	64,52	0,022	0,989
Nordic walking	20	10,36	17	18,68	5	16,13	3,936	0,140
Bieganie	24	12,44	10	10,99	3	9,68	0,267	0,875
Taniec	22	11,40	4	4,40	1	3,23	5,124	0,077
Pływanie	24	12,44	17	18,68	4	12,90	2,024	0,363
Jazda na rowerze	111	57,51	54	59,34	15	48,39	1,161	0,560
Turystyka piesza	41	21,24	13	14,29	3	9,68	3,664	0,160
Fitness	32	16,58	6	6,59	1	3,23	8,342	0,015

* test χ^2 Pearsona

Wyniki badań pokazały, iż nie ma istotnej różnicy statystycznej pomiędzy systematycznym podejmowaniem aktywności fizycznej a BMI badanych (p=0,500) oraz pomiędzy znaczącym spadkiem aktywności fizycznej w dobie pandemii a BMI badanych (p=0,102) (Tabela 47).

Tabela 47. Systematyczność podejmowanej aktywności fizycznej oraz poziom aktywności fizycznej w dobie pandemii wg wskaźnika BMI badanych

	< 25.00 (D) (N = 160)		25.00-29.99 (E) (N = 78)		≥30.00 (F) (N = 26)		χ^2	p*
	N	%	N	%	N	%		
Czy podejmuje aktywność fizyczną systematycznie								
nie	47	29,38	21	26,92	6	23,08	3,354	0,500
tak, czasami	84	52,50	38	48,72	17	65,38		
tak, zawsze	29	18,13	19	24,36	3	11,54		

Czy w pandemii nastąpił znaczący spadek aktywności fizycznej?									
nie	68	35,23	20	21,98	5	16,13	10,594	0,102	
tak, niewielki	75	38,86	45	49,45	13	41,94			
tak, znaczący	48	24,87	25	27,47	13	41,94			
nie mam zdania	2	1,04	1	1,10	0	0,00			

* test χ^2 Pearsona

- Forma wypoczynku

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, iż osoby z wyższymi wartościami BMI istotnie częściej wybierają spędzanie czasu przed komputerem niż osoby z niższymi wartościami BMI (odpowiednio D/E/F: N=11, 5,70% / N=15, 16,48% / N=10, 32,26; $p < 0,001$). Natomiast osoby z niższymi wartościami BMI istotnie częściej wybierają spędzanie czasu na czytaniu niż osoby z wyższymi wartościami BMI (odpowiednio D/E/F: N=130, 67,36% / N=71, 78,02% / N=17, 54,84%; $p = 0,036$) (Tabela 48).

Tabela 48. Spędzanie czasu wolnego wg wskaźnika BMI badanych

	< 25.00 (D) (N = 193)		25.00-29.99 (E) (N = 91)		≥30.00 (F) (N = 31)		χ^2	p*
	N	%	N	%	N	%		
Wykonywanie obowiązków domowych	92	47,67	49	53,85	15	48,39	0,962	0,618
Spędzanie czasu przed komputerem	11	5,70	15	16,48	10	32,26	21,842	<0,001
Oglądanie TV	52	26,94	28	30,77	11	35,48	1,169	0,557
Czytanie	130	67,36	71	78,02	17	54,84	6,631	0,036
Podjęcie różnych form aktywności fizycznej	78	40,41	33	36,26	15	48,39	1,452	0,484
Spotkania ze znajomymi	115	59,59	54	59,34	15	48,39	1,424	0,491
Kino/teatr	67	34,72	29	31,87	6	19,35	2,893	0,235
Sen i odpoczynek	93	48,19	43	47,25	15	48,39	0,024	0,988

* test χ^2 Pearsona

- Stosowane używki

Analiza przeprowadzonych wyników badań pokazała, iż większość badanych bez względu na wskaźnik masy ciała BMI nie paliło nigdy papierosów i nie pali obecnie (odpowiednio D/E/F: N=145, 75,13% / N=72, 79,12% / N=25, 80,65%; p=0,824). Natomiast niepokojący jest fakt, iż większość badanych bez względu na wskaźnik masy ciała BMI okazjonalnie sięga po napoje alkoholowe (odpowiednio D/E/F: N=128, 66,32% / N=58, 63,74% / N=22, 70,97%; p=0,604). Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy pomiędzy stosowaniem używek a wskaźnikiem BMI (Tabela 49).

Tabela 49. Stosowanie używek przez badanych w zależności od wskaźnika BMI

	< 25.00 (D) (N = 193)		25.00-29.99 (E) (N = 91)		≥30.00 (F) (N = 31)		χ^2	p*
	N	%	N	%	N	%		
Palenie papierosów								
nie palę	145	75,13	72	79,12	25	80,65	2,878	0,824
nie palę, ale paliłem w przeszłości	25	12,95	8	8,79	3	9,68		
okazjonalnie	9	4,66	2	2,20	1	3,23		
palę	14	7,25	9	9,89	2	6,45		
Picie alkoholu								
nie piję	56	29,02	30	32,97	6	19,35	4,541	0,604
nie piję, ale piłem w przeszłości	6	3,11	1	1,10	2	6,45		
okazjonalnie	128	66,32	58	63,74	22	70,97		
piję obecnie	3	1,55	2	2,20	1	3,23		
Picie kawy								
nie	177	91,71	82	90,11	29	93,55	0,399	0,819
tak	16	8,29	9	9,89	2	6,45		

* test χ^2 Pearsona

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono brak istotnej statystycznie korelacji między ilością spożywanego alkoholu a wskaźnikiem BMI (z=0,228, p=0,820) (Tabela 50).

Tabela 50. Korelacja ilości spożywanego alkoholu a wskaźnik BMI badanych

	γ -Kruskala-Goodmana*	z	p
Ilość spożywanego alkoholu w miesiącu (lampka)	0,02	0,228	0,820

* współczynnik korelacji gamma

➤ **Zachowania zdrowotne w zależności od stażu pracy badanych**

• Nawyki żywieniowe

Spożycie I śniadania, obiadu, podwieczorku i kolacji wśród badanych bez względu na staż pracy spożywane jest najczęściej w domu (odpowiednio G/H/I: N=35, 87,50% / N=171, 86,36% / N=68, 88,31%; p=0,321; N=34, 85,00% / N=175, 88,38% / N=70, 90,91%; p=0,225; N=33, 82,50% / N=144, 72,73% / N=58, 75,32%; p=0,795; N=38, 95,00% / N=185, 93,43% / N=72, 93,51%; p=0,436). Stwierdzono, brak istotnego statystycznie wpływu stażu pracy na miejsce spożywania posiłków (Tabela 51).

Tabela 51. Miejsce spożywania posiłków wg stażu pracy badanych

	<10 lat (G) (N = 40)		10-30 lat (H) (N = 198)		>30 lat (I) (N = 77)		χ^2	p*
	N	%	N	%	N	%		
Miejsce spożycia I śniadania								
w domu	35	87,50	171	86,36	68	88,31	9,263	0,321
w szkole	4	10,00	20	10,10	8	10,39		
u bliskich	0	0,00	1	0,51	0	0,00		
w innych	1	2,50	0	0,00	0	0,00		
nie spożywam	0	0,00	6	3,03	1	1,30		
Miejsce spożycia II śniadania								
w domu	6	15,00	14	7,07	4	5,19	8,357	0,399
w szkole	28	70,00	141	71,21	54	70,13		
u bliskich	0	0,00	0	0,00	1	1,30		
w innych	2	5,00	10	5,05	6	7,79		
nie spożywam	4	10,00	33	16,67	12	15,58		
Miejsce spożycia obiadu								
w domu	34	85,00	175	88,38	70	90,91	12,982	0,225
w barach	1	2,50	2	1,01	3	3,90		
w szkole	3	7,50	15	7,58	2	2,60		
u bliskich	0	0,00	1	0,51	1	1,30		
w innych	1	2,50	5	2,53	1	1,30		
nie spożywam	1	2,50	0	0,00	0	0,00		
Miejsce spożycia podwieczorku								
w domu	33	82,50	144	72,73	58	75,32	4,644	0,795
w szkole	1	2,50	5	2,53	1	1,30		
u bliskich	0	0,00	1	0,51	1	1,30		
w innych	0	0,00	4	2,02	3	3,90		
nie spożywam	6	15,00	44	22,22	14	18,18		

Miejsce spożycia kolacji									
w domu	38	95,00	185	93,43	72	93,51	7,978	0,436	
w barach	0	0,00	2	1,01	0	0,00			
w szkole	0	0,00	1	0,51	0	0,00			
u bliskich	0	0,00	1	0,51	3	3,90			
nie spożywam	2	5,00	9	4,55	2	2,60			
Czy podjada pomiędzy posiłkami?									
nie	20	50,00	95	47,98	39	50,65	0,181	0,914	
tak	20	50,00	103	52,02	38	49,35			
Czy w pandemii nastąpiły zmiany w odżywianiu?									
nie	25	62,50	112	56,57	43	55,84	5,079	0,534	
tak, przewaga nieprawidłowego	4	10,00	24	12,12	11	14,29			
tak, nieznaczna	7	17,50	53	26,77	16	20,78			
tak, przewaga prawidłowego	4	10,00	9	4,55	7	9,09			

* test χ^2 Pearsona

Analiza wyników badań pokazała, iż w przypadku badanych z dłuższym stażem pracy częstości spożywania I śniadania jest znacząco większa, a więc częstość spożywania I śniadania koreluje dodatnio z długością stażu pracy ($p=0,003$) (Tabela 52).

Tabela 52 . Korelacja częstości spożywanych posiłków wg stażu pracy badanych

	γ -Kruskala-Goodmana*	z	p
Liczba posiłków w ciągu dnia	-0,03	-0,353	0,724
Spożycie I śniadania	0,27	3,009	0,003
Spożycie II śniadania	0,05	0,706	0,480
Spożycie obiadów	0,22	1,571	0,116
Spożycie podwieczorków	0,08	1,258	0,209
Spożycie kolacji	-0,12	-1,531	0,126

* współczynnik korelacji gamma

Istnieje dodatnia korelacja między długością stażu pracy a spożyciem owoców ($z=3,054$, $p=0,002$) oraz istnieje ujemna korelacja między długością stażu pracy a spożyciem produktów mlecznych ($z= -2,062$, $p=0,039$) oraz fast foodów ($z= -6,933$, $p<0,001$) (Tabela 53).

Tabela 53. Korelacja spożywania wybranych produktów z długością stażu pracy badanych

	γ -Kruskala-Goodmana*	z	p
Warzywa	0,00	0,035	0,972
Owoce	0,20	3,054	0,002
Ryby	0,06	0,945	0,344
Drób	-0,01	-0,146	0,884
Mięso wołowe/wieprzowe	-0,10	-1,683	0,092
Produkty zbożowe	0,01	0,101	0,920
Produkty mleczne	-0,12	-2,062	0,039
Słodycze	0,02	0,334	0,739
Fast food	-0,42	-6,933	<0,001

* współczynnik korelacji gamma

- Aktywność fizyczna

Wyniki badań pokazały, iż istnieje dodatnia korelacja między długością stażu pracy a czasem spędzonym na czynnościach sedentarnych ($z=3,428$, $p=0,001$) (Tabela 54).

Tabela 54. Czas poświęcany na aktywność fizyczną i zajęcia sedentarne a staż pracy badanych

	γ -Kruskala-Goodmana*	z	p
Czas tygodniowo poświęcany na aktywność fizyczną	0,04	0,567	0,571
Czas w ciągu dnia poświęcony na czynności sedentarne (oglądanie TV, gry, pracę z komputerem)	0,21	3,428	0,001

* współczynnik korelacji gamma

Jazda na rowerze okazała się najczęstszą formą wyboru aktywności badanych bez względu na długość stażu pracy (odpowiednio G/H/I: $N=27$, 67,50% / $N=114$, 57,58% / $N=39$, 50,65%; $p=0,213$). Jednakże osoby z dłuższym stażem pracy bardziej preferują *Nordic walking* niż osoby o krótszym stażu pracy (odpowiednio G/H/I: $N=0$, 0,00% / $N=27$, 13,64% / $N=15$, 19,48%; $p=0,013$). Natomiast osoby z krótszym stażem pracy bardziej preferują bieganie (odpowiednio G/H/I: $N=7$, 17,50% / $N=27$, 13,64% / $N=3$, 3,90%; $p=0,038$) oraz fitness (odpowiednio G/H/I: $N=14$, 35,00% / $N=19$, 9,60% / $N=6$, 7,79%; $p<0,001$) niż osoby o dłuższym stażem (Tabela 55).

Tabela 55. Formy aktywności fizycznej w zależności od stażu pracy badanych

	<10 lat (G) (N = 40)		10-30 lat (H) (N = 198)		>30 lat (I) (N = 77)		χ^2	p*
	N	%	N	%	N	%		
Spacer	26	65,00	123	62,12	58	75,32	4,300	0,116
Nordic walking	0	0,00	27	13,64	15	19,48	8,688	0,013
Bieganie	7	17,50	27	13,64	3	3,90	6,537	0,038
Taniec	3	7,50	19	9,60	5	6,49	0,748	0,688
Pływanie	6	15,00	31	15,66	8	10,39	1,275	0,529
Jazda na rowerze	27	67,50	114	57,58	39	50,65	3,093	0,213
Turystyka piesza	6	15,00	36	18,18	15	19,48	0,359	0,836
Fitness	14	35,00	19	9,60	6	7,79	21,775	<0,001

* test χ^2 Pearsona

Większość badanych bez względu na długość stażu pracy deklaruje, iż „czasami” podejmuje systematyczną aktywność fizyczną (odpowiednio: G/H/I: N=16, 43,24% / N=88, 55,70% / N=35, 50,72%; p=0,673). Jednakże osoby z dłuższym stażem pracy znacznie częściej deklarują, że pandemia wpłynęła na spadek ich aktywności fizycznej w porównaniu do osób o krótszym stażu pracy (odpowiednio G/H/I: N=14, 35,00% / N=93, 46,97% / N=26, 33,77%; p=0,031) (Tabela 56).

Tabela 56. Podejmowanie aktywności fizycznej oraz jej poziom w dobie pandemii w zależności od stażu pracy badanych

	<10 lat (G) (N = 40)		10-30 lat (H) (N = 198)		>30 lat (I) (N = 77)		χ^2	p*
	N	%	N	%	N	%		
Czy podejmuje aktywność fizyczną systematycznie								
nie	12	32.43	43	27.22	19	27.54	2.344	0.673
tak, czasami	16	43.24	88	55.70	35	50.72		
tak, zawsze	9	24.32	27	17.09	15	21.74		
Czy w pandemii nastąpił znaczący spadek aktywności fizycznej?								
nie	18	45.00	55	27.78	20	25.97	13.900	0.031
tak, niewielki	14	35.00	93	46.97	26	33.77		
tak, znaczący	8	20.00	49	24.75	29	37.66		
nie mam zdania	0	0.00	1	0.51	2	2.60		

* test χ^2 Pearsona

- Forma wypoczynku

Wyniki badań dowodzą, iż osoby z dłuższym stażem pracy częściej spędzają czas przed komputerem niż osoby o krótszym stażu pracy (odpowiednio G/H/I: N=4, 10,00% / N=17, 8,59% / N=15, 19,48%; p=0,037). Natomiast osoby z dłuższym stażem pracy częściej spędzają czas na czytaniu niż osoby o krótszym stażu pracy (odpowiednio G/H/I: N=20, 50,00% / N=140, 70,71% / N=58, 75,32%; p=0,014). Obowiązki domowe są istotnie częściej wskazywane przez osoby o pośrednim stażu pracy niż osoby o krótkim lub bardzo długim stażu pracy (odpowiednio G/H/I: N=24, 60,00% / N=87, 43,94% / N=45, 58,44%; p=0,036) (Tabela 57).

Tabela 57. Formy spędzania czasu wolnego przez badanych w zależności od stażu pracy

	<10 lat (G) (N = 40)		10-30 lat (H) (N = 198)		>30 lat (I) (N = 77)		χ^2	p*
	N	%	N	%	N	%		
Wykonywanie obowiązków domowych	24	60,00	87	43,94	45	58,44	6,676	0,036
Spędzanie czasu przed komputerem	4	10,00	17	8,59	15	19,48	6,593	0,037
Oglądanie TV	11	27,50	65	32,83	15	19,48	4,851	0,088
Czytanie	20	50,00	140	70,71	58	75,32	8,486	0,014
Podjęcie różnych form aktywności fizycznej	14	35,00	88	44,44	24	31,17	4,548	0,103
Spotkania ze znajomymi	26	65,00	120	60,61	38	49,35	3,710	0,156
Kino/teatr	9	22,50	65	32,83	28	36,36	2,360	0,307
Sen i odpoczynek	24	60,00	91	45,96	36	46,75	2,686	0,261

* test χ^2 Pearsona

- Stosowane używki

Jak wynika z badań, osoby z dłuższym stażem pracy istotnie częściej deklarują niepalenie papierosów niż osoby o krótszym stażu pracy (odpowiednio G/H/I: N=36, 90,00% / N=158, 79,80% / N=48, 62,34%; p=0,002). Znaczącym jest fakt, iż znaczna część badanych bez względu na długość stażu pracy sięga po napoje alkoholowe okazyjnie (odpowiednio G/H/I: N=24, 60,00% / N=131, 66,16% / N=53, 68,83; p=0,585) (Tabela 58).

Tabela 58. Stosowanie używek wg stażu pracy badanych

	<10 lat (G) (N = 40)		10-30 lat (H) (N = 198)		>30 lat (I) (N = 77)		χ^2	p*
	N	%	N	%	N	%		
Palenie papierosów								
nie palę	36	90,00	158	79,80	48	62,34	20,686	0,002
nie palę, ale paliłem w przeszłości	0	0,00	22	11,11	14	18,18		
okazjonalnie palę	3	7,50	6	3,03	3	3,90		
	1	2,50	12	6,06	12	15,58		
Picie alkoholu								
nie piję	14	35,00	57	28,79	21	27,27	4,680	0,585
nie piję, ale piłem w przeszłości	0	0,00	7	3,54	2	2,60		
okazyjnie piję obecnie	24	60,00	131	66,16	53	68,83		
	2	5,00	3	1,52	1	1,30		
Picie kawy								
nie	38	95,00	181	91,41	69	89,61	0,976	0,614
tak	2	5,00	17	8,59	8	10,39		

* test χ^2 Pearsona

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono brak istotnej statystycznie korelacji między ilością wypijanego alkoholu a stażem pracy ($z = -0,612$, $p = 0,540$) (Tabela 59).

Tabela 59. Korelacja pomiędzy ilością spożywanego alkoholu a stażem pracy badanych

	γ -Kruskala- Goodmana*	z	p
Ilość spożywanego alkoholu w miesiącu (lampka)	-0.04	-0.612	0.540

* współczynnik korelacji gamma

➤ **Zachowania zdrowotne badanych w zależności od ich zadowolenia z wykonywanego zawodu**

- Nawyki żywieniowe

I śniadanie, obiad, podwieczorek i kolacja w grupie badanych bez względu na stopień zadowolenia z wykonywanego zawodu są najczęściej spożywane w domu (odpowiednio: J/L/Ł: N=9, 75,00% / N=65, 94,20% / N=200, 85,47%; $p = 0,558$; N=11,

91,67% / N=57, 82,61% / N=211, 90,17%; p=0,592; N=8, 66,67% / N=44, 63,77% / N=183, 78,21% / p=0,212; N=11, 91,67% / N=67, 97,10% / N=217, 92,74%; p=0,320). W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono brak istotnego statystycznie wpływu poziomu zadowolenia z wykonywanego zawodu na miejsce spożywanego posiłków. Jednocześnie znaczna część badanych nie stwierdziła zmiany w zasadach żywieniowych w dobie pandemii (p=0,550) (Tabela 60).

Tabela 60. Miejsce spożywania posiłków przez badanych a zadowolenie z wykonywanego zawodu

	1-4 (J) (N = 12)		5-7 (L) (N = 69)		8-10 (Ł) (N = 234)		χ^2	p*
	N	%	N	%	N	%		
Miejsce spożycia I śniadania								
w domu	9	75,00	65	94,20	200	85,47	6,808	0,558
w szkole	2	16,67	3	4,35	27	11,54		
u bliskich	0	0,00	0	0,00	1	0,43		
w innych	0	0,00	0	0,00	1	0,43		
nie spożywam	1	8,33	1	1,45	5	2,14		
Miejsce spożycia II śniadania								
w domu	2	16,67	7	10,14	15	6,41	6,331	0,610
w szkole	8	66,67	52	75,36	163	69,66		
u bliskich	0	0,00	0	0,00	1	0,43		
w innych	0	0,00	4	5,80	14	5,98		
nie spożywam	2	16,67	6	8,70	41	17,52		
Miejsce spożycia obiadu								
w domu	11	91,67	57	82,61	211	90,17	8,373	0,592
w barach	0	0,00	3	4,35	3	1,28		
w szkole	1	8,33	5	7,25	14	5,98		
u bliskich	0	0,00	1	1,45	1	0,43		
w innych	0	0,00	2	2,90	5	2,14		
nie spożywam	0	0,00	1	1,45	0	0,00		
Miejsce spożycia podwieczorku								
w domu	8	66,67	44	63,77	183	78,21	10,820	0,212
w szkole	0	0,00	3	4,35	4	1,71		
u bliskich	0	0,00	0	0,00	2	0,85		
w innych	0	0,00	1	1,45	6	2,56		
nie spożywam	4	33,33	21	30,43	39	16,67		
Miejsce spożycia kolacji								
w domu	11	91,67	67	97,10	217	92,74	9,269	0,320
w barach	0	0,00	1	1,45	1	0,43		
w szkole	0	0,00	0	0,00	1	0,43		
u bliskich	1	8,33	0	0,00	3	1,28		
nie spożywam	0	0,00	1	1,45	12	5,13		
Czy podjada pomiędzy posiłkami?								
nie	7	58,33	30	43,48	117	50,00	1,352	0,509
tak	5	41,67	39	56,52	117	50,00		

Czy w pandemii nastąpiły zmiany w odżywianiu?									
nie	8	66,67	38	55,07	134	57,26	4,954	0,550	
tak, przewaga nieprawidłowego	0	0,00	12	17,39	27	11,54			
tak, nieznaczn	3	25,00	17	24,64	56	23,93			
tak, przewaga prawidłowego	1	8,33	2	2,90	17	7,26			

* test χ^2 Pearsona

Wyniki badań potwierdzają, iż częstość spożywania podwieczorków koreluje dodatnio ze stopniem zadowolenia z wykonywanego zawodu ($z=4,182$, $p<0,001$) (Tabela 61).

Tabela 61. Korelacja częstości spożywanego posiłków ze stopniem zadowolenia z wykonywanego zawodu

	γ -Kruskala-Goodmana*	z	p
Liczba posiłków w ciągu dnia	0,03	0,306	0,759
Spożycie I śniadania	0,15	1,563	0,118
Spożycie II śniadania	0,06	0,839	0,402
Spożycie obiadów	-0,10	-0,593	0,553
Spożycie podwieczorków	0,28	4,182	<0,001
Spożycie kolacji	0,01	0,060	0,952

* współczynnik korelacji gamma

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, brak istotnie statystycznego wpływu z wykonywanego zawodu na spożywanie wybranych produktów (Tabela 62).

Tabela 62. Spożywanie wybranych produktów spożywczych w zależności od zadowolenia z wykonywanego zawodu przez badanych

	γ -Kruskala-Goodmana*	z	p
Warzywa	0,13	1,750	0,080
Owoce	0,09	1,279	0,201
Ryby	0,13	1,781	0,075
Drób	-0,03	-0,472	0,637
Mięso wołowe/wieprzowe	-0,02	-0,247	0,805
Produkty zbożowe	-0,02	-0,301	0,764
Produkty mleczne	-0,02	-0,334	0,739
Słodycze	-0,03	-0,435	0,664
Fast food	0,10	1,452	0,147

* współczynnik korelacji gamma

- Aktywność fizyczna

Wyniki badań pokazały, iż nie ma istotnego statystycznego wpływu zadowolenia z wykonywanego zawodu na czas poświęcany na aktywność fizyczną i zajęcia sedentarne (Tabela 63).

Tabela 63. Czas poświęcony na wybraną formę spędzania czasu a zadowolenie z wykonywanego zawodu

	γ -Kruskala-Goodmana*	z	p
Czas tygodniowo poświęcany na aktywność fizyczną	-0,01	-0,196	0,845
Czas w ciągu dnia poświęcony na czynności sedentarne (oglądanie TV, gry, pracę z komputerem)	0,00	-0,071	0,944

* współczynnik korelacji gamma

Spacer okazał się najczęściej wybieraną formą aktywności fizycznej przez badanych bez względu na stopień zadowolenia z wykonywanego zawodu (odpowiednio J/L/Ł: N=8,66,67% / N=47, 68,12% / N=152, 64,96%; p=0,886). Wyniki badań pokazały, iż nie ma istotnego statystycznie wpływu poziomu zadowolenia z wykonywanego zawodu na wybór formy aktywności fizycznej (Tabela 64).

Tabela 64. Wybrane formy aktywności fizycznej przez badanych a zadowolenie z wykonywanego zawodu

	1-4 (J) (N = 12)		5-7 (L) (N = 69)		8-10 (Ł) (N = 234)		χ^2	p*
	N	%	N	%	N	%		
Spacer	8	66,67	47	68,12	152	64,96	0,241	0,886
Nordic walking	3	25,00	6	8,70	33	14,10	2,818	0,244
Bieganie	1	8,33	7	10,14	29	12,39	0,400	0,819
Taniec	0	0,00	4	5,80	23	9,83	2,275	0,321
Pływanie	1	8,33	9	13,04	35	14,96	0,520	0,771
Jazda na rowerze	8	66,67	45	65,22	127	54,27	3,068	0,216
Turystyka piesza	2	16,67	12	17,39	43	18,38	0,052	0,974
Fitness	0	0,00	9	13,04	30	12,82	1,765	0,414

* test χ^2 Pearsona

Systematyczna aktywność fizyczna jest podejmowana „czasami” przez większość badanych bez względu na poziom zadowolenia z wykonywanego zawodu (odpowiednio J/L/Ł: N=7, 63,64% / N=31, 53,45% / N=101, 51,59%; p=0,576). W dobie pandemii poziom aktywności badanych nie uległ zmianie. Nie stwierdzono różnicy istotnej

statystycznie pomiędzy zadowoleniem z wykonywanego zawodu a systematycznym podejmowaniem aktywności fizycznej (Tabela 65).

Tabela 65. Podejmowanie aktywności fizycznej oraz jej poziom w dobie pandemii a poziom zadowolenia z wykonywanego zawodu

	1-4 (J) (N = 12)		5-7 (L) (N = 69)		8-10 (Ł) (N = 234)		χ^2	p*
	N	%	N	%	N	%		
Czy podejmuje aktywność fizyczną systematycznie								
nie	3	27,27	19	32,76	52	26,67	2,890	0,576
tak, czasami	7	63,64	31	53,45	101	51,79		
tak, zawsze	1	9,09	8	13,79	42	21,54		
Czy w pandemii nastąpił znaczący spadek aktywności fizycznej?								
nie	5	41,67	16	23,19	72	30,77	3,396	0,758
tak, niewielki	4	33,33	29	42,03	100	42,74		
tak, znaczący	3	25,00	23	33,33	60	25,64		
nie mam zdania	0	0,00	1	1,45	2	0,85		

* test χ^2 Pearsona

- Forma wypoczynku

Większość badanych bez względu na poziom zadowolenia z wykonywanego zawodu preferuje w czasie wolnym spotkania ze znajomymi (odpowiednio J/L/Ł: N=9, 75,00% / N=37, 53,62% / N=138, 58,97%; p=0,360). Osoby z niższym poziomem zadowolenia z wykonywanego zawodu deklarują istotnie częściej spędzanie czasu przed komputerem niż osoby o wyższym poziomie zadowolenia z wykonywanego zawodu (odpowiednio J/L/Ł: N=4, 33,33% / N=8, 11,59% / N=24, 10,26%; p=0,049) (Tabela 66).

Tabela 66. Sposób spędzania czasu wolnego a poziom zadowolenia z wykonywanego zawodu

	1-4 (J) (N = 12)		5-7 (L) (N = 69)		8-10 (Ł) (N = 234)		χ^2	p*
	N	%	N	%	N	%		
Wykonywanie obowiązków domowych	7	58,33	33	47,83	116	49,57	0,452	0,798
Spędzanie czasu przed komputerem	4	33,33	8	11,59	24	10,26	6,008	0,049
Oglądanie TV	6	50,00	22	31,88	63	26,92	3,345	0,188

Czytanie	8	66,67	48	69,57	162	69,23	0,041	0,980
Podejmowanie różnych form aktywności fizycznej	4	33,33	24	34,78	98	41,88	1,350	0,509
Spotkania ze znajomymi	9	75,00	37	53,62	138	58,97	2,041	0,360
Kino/teatr	5	41,67	24	34,78	73	31,20	0,804	0,669
Sen i odpoczynek	2	16,67	36	52,17	113	48,29	5,210	0,074

* test χ^2 Pearsona

- Stosowane używki

Wyniki badań pokazały, iż większość badanych bez względu na poziom zadowolenia z wykonywanego zawodu nie pali papierosów (odpowiednio J/L/Ł: N=9, 75,00% / N=52, 75,36% / N=181, 77,35%; $p=0,826$) natomiast „okazyjnie” sięga po napoje alkoholowe (odpowiednio J/L/Ł: N=9, 75,00% / N=55, 79,71% / N=144, 61,54%; $p=0,091$). Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy pomiędzy stosowaniem używek a poziomem zadowolenia z wykonywanego zawodu (Tabela 67).

Tabela 67. Stosowanie używek a poziom zadowolenia z wykonywanego zawodu

	1-4 (J) (N = 12)		5-7 (L) (N = 69)		8-10 (Ł) (N = 234)		χ^2	p*
	N	%	N	%	N	%		
Palenie papierosów								
nie palę	9	75,00	52	75,36	181	77,35	2,863	0,826
nie palę, ale paliłem w przeszłości	2	16,67	6	8,70	28	11,97		
okazjonalnie	0	0,00	3	4,35	9	3,85		
palę	1	8,33	8	11,59	16	6,84		
Picie alkoholu								
nie piję	2	16,67	13	18,84	77	32,91	10,928	0,091
nie piję, ale piłem w przeszłości	1	8,33	1	1,45	7	2,99		
okazyjnie	9	75,00	55	79,71	144	61,54		
piję obecnie	0	0,00	0	0,00	6	2,56		
Picie kawy								
nie	11	91,67	64	92,75	213	91,03	0,204	0,903
tak	1	8,33	5	7,25	21	8,97		

* test χ^2 Pearsona

W wyniku przeprowadzania badań stwierdzono brak istotnego statystycznie wpływu poziomu zadowolenia z wykonywanego zawodu na ilość spożywanego alkoholu ($z = -1,824$, $p = 0,068$) (Tabela 68).

Tabela 68. Ilość spożywanego alkoholu a poziom zadowolenia z wykonywanego zawodu

	γ -Kruskala-Goodmana*	z	p
Ilość spożywanego alkoholu w miesiącu (lampka)	-0,11	-1,824	0,068

* współczynnik korelacji gamma

➤ Zachowania zdrowotne w zależności od stanu cywilnego badanych

- Nawyki żywieniowe

I śniadanie, obiad, podwieczorek i kolacja są spożywane zazwyczaj w domu przez większość badanych bez względu na stan cywilny (odpowiednio O/P/R: N=60, 84,51% / N=8, 88,89% / N=206, 87,66%; $p = 0,209$; N=57, 80,28% / N=8, 88,89% / N=214, 91,06%; $p = 0,052$; N=50, 70,42% / N=8, 88,89% / N=177, 75,32%; $p = 0,954$; N=68, 95,77% / N=7, 77,78% / N=220, 93,62%; $p = 0,104$). Jednakże osoby będące w związkach nieformalnych istotnie częściej spożywają II śniadanie w szkole niż osoby będące singlami lub w związkach formalnych (odpowiednio O/P/R: N=45, 63,38%, N=8, 88,89%, N=170, 72,34%, $p < 0,001$). Odwrotna zależność występuje w przypadku spożywania I śniadania (Tabela 69).

Tabela 69. Miejsce spożywanego posiłków wg stanu cywilnego badanych

	Singiel (O) (N = 71)		Związek nieformalny (P) (N = 9)		Związek formalny (R) (N = 235)		χ^2	p*
	N	%	N	%	N	%		
Miejsce spożycia I śniadania								
w domu	60	84,51	8	88,89	206	87,66	10,875	0,209
w szkole	10	14,08	0	0,00	22	9,36		
u bliskich	1	1,41	0	0,00	0	0,00		
w innych	0	0,00	0	0,00	1	0,43		
nie spożywam	0	0,00	1	11,11	6	2,55		

Miejsce spożycia II śniadania									
w domu	7	9,86	0	0,00	17	7,23	39,250	<0,001	
w szkole	45	63,38	8	88,89	170	72,34			
u bliskich	0	0,00	1	11,11	0	0,00			
w innych	5	7,04	0	0,00	13	5,53			
nie spożywam	14	19,72	0	0,00	35	14,89			
Miejsce spożycia obiadu									
w domu	57	80,28	8	88,89	214	91,06	18,208	0,052	
w barach	4	5,63	1	11,11	1	0,43			
w szkole	8	11,27	0	0,00	12	5,11			
u bliskich	1	1,41	0	0,00	1	0,43			
w innych	1	1,41	0	0,00	6	2,55			
nie spożywam	0	0,00	0	0,00	1	0,43			
Miejsce spożycia podwieczorku									
w domu	50	70,42	8	88,89	177	75,32	2,653	0,954	
w szkole	2	2,82	0	0,00	5	2,13			
u bliskich	0	0,00	0	0,00	2	0,85			
w innych	2	2,82	0	0,00	5	2,13			
nie spożywam	17	23,94	1	11,11	46	19,57			
Miejsce spożycia kolacji									
w domu	68	95,77	7	77,78	220	93,62	13,242	0,104	
w barach	0	0,00	0	0,00	2	0,85			
w szkole	1	1,41	0	0,00	0	0,00			
u bliskich	0	0,00	0	0,00	4	1,70			
nie spożywam	2	2,82	2	22,22	9	3,83			
Czy podjada pomiędzy posiłkami?									
nie	40	56,34	2	22,22	112	47,66	4,280	0,118	
tak	31	43,66	7	77,78	123	52,34			
Czy w pandemii nastąpiły zmiany w odżywianiu?									
nie	36	50,70	6	66,67	138	58,72	6,037	0,419	
tak, przewaga nieprawidłowego	9	12,68	2	22,22	28	11,91			
tak, nieznaczna	18	25,35	1	11,11	57	24,26			
tak, przewaga prawidłowego	8	11,27	0	0,00	12	5,11			

* test χ^2 Pearson

Badani bez względu na stan cywilny preferują zasady racjonalnego odżywiania. Większość badanych spożywa podstawowe posiłki w ciągu dnia. Stwierdzono brak istotnie statystycznego wpływu stanu cywilnego na częstotliwość spożywanych posiłków (Tabela 70).

Tabela 70. Częstotliwość spożywanego produktów w zależności od stanu cywilnego badanych

	Singiel (O) (N = 71)		Związek nieformalny (P) (N = 9)		Związek formalny (R) (N = 235)		z	p*
	N	%	N	%	N	%		
Liczba posiłków w ciągu dnia								
<3	3	4,23	0	0,00	6	2,55	1,655	0,437
od 4 do 5	39	54,93	7	77,78	154	65,53		
>5	29	40,85	2	22,22	75	31,91		
Spożycie I śniadania								
codziennie	53	74,65	8	88,89	195	82,98	2,521	0,284
kilka razy w tygodniu	11	15,49	0	0,00	25	10,64		
razy w tygodniu	7	9,86	0	0,00	9	3,83		
razy w miesiącu	0	0,00	0	0,00	2	0,85		
nigdy	0	0,00	1	11,11	4	1,70		
Spożycie II śniadania								
codziennie	34	47,89	7	77,78	126	53,62	4,194	0,123
kilka razy w tygodniu	16	22,54	2	22,22	60	25,53		
razy w tygodniu	6	8,45	0	0,00	10	4,26		
razy w miesiącu	4	5,63	0	0,00	10	4,26		
nigdy	11	15,49	0	0,00	29	12,34		
Spożycie obiadów								
codziennie	61	85,92	8	88,89	220	93,62	4,219	0,121
kilka razy w tygodniu	10	14,08	1	11,11	13	5,53		
razy w tygodniu	0	0,00	0	0,00	2	0,85		
razy w miesiącu	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
nigdy	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
Spożycie podwieczorków								
codziennie	31	43,66	3	33,33	85	36,17	0,184	0,912
kilka razy w tygodniu	17	23,94	3	33,33	74	31,49		
razy w tygodniu	5	7,04	2	22,22	25	10,64		
razy w miesiącu	1	1,41	0	0,00	9	3,83		
nigdy	17	23,94	1	11,11	42	17,87		
Spożycie kolacji								
codziennie	51	71,83	5	55,56	180	76,60	2,685	0,261
kilka razy w tygodniu	12	16,90	2	22,22	29	12,34		
razy w tygodniu	6	8,45	0	0,00	13	5,53		
razy w miesiącu	1	1,41	0	0,00	5	2,13		
nigdy	1	1,41	2	22,22	8	3,40		

* test ANOVA rang Kruskala-Wallis

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, iż:

- ✓ osoby będące w związkach nieformalnych istotnie rzadziej spożywają warzywa niż osoby będące singlami lub w związkach formalnych (z=9,128, p=0,010);

- ✓ osoby będące w związkach nieformalnych istotnie rzadziej spożywają ryby niż osoby będące singlami lub w związkach formalnych ($z=7,036$, $p=0,030$);
- ✓ osoby będące w związkach nieformalnych istotnie częściej spożywają fast foody niż osoby będące singlami lub w związkach formalnych ($z=6,639$, $p=0,036$) (Tabela 71).

Tabela 71. Częstotliwość spożywania wybranych produktów spożywczych w zależności od stanu cywilnego badanych

	Singiel (O) (N = 71)		Związek nieformalny (P) (N = 9)		Związek formalny (R) (N = 235)		z	p*		
	N	%	N	%	N	%				
Warzywa										
kilka razy dziennie	22	30,99	1	11,11	106	45,11	9,128	0,010		
raz dziennie	34	47,89	3	33,33	80	34,04				
raz w tygodniu	7	9,86	0	0,00	6	2,55				
kilka razy w tygodniu	8	11,27	3	33,33	40	17,02				
raz w miesiącu	0	0,00	0	0,00	0	0,00				
kilka razy w miesiącu	0	0,00	2	22,22	3	1,28				
nie spożywam	0	0,00	0	0,00	0	0,00				
Owoce										
kilka razy dziennie	25	35,21	4	44,44	91	38,72			0,176	0,916
raz dziennie	34	47,89	2	22,22	97	41,28				
raz w tygodniu	4	5,63	0	0,00	6	2,55				
kilka razy w tygodniu	7	9,86	1	11,11	38	16,17				
raz w miesiącu	0	0,00	0	0,00	1	0,43				
kilka razy w miesiącu	0	0,00	2	22,22	1	0,43				
nie spożywam	1	1,41	0	0,00	1	0,43				
Ryby										
kilka razy dziennie	2	2,82	0	0,00	0	0,00	7,036	0,030		
raz dziennie	1	1,41	1	11,11	2	0,85				
raz w tygodniu	42	59,15	1	11,11	115	48,94				
kilka razy w tygodniu	4	5,63	1	11,11	22	9,36				
raz w miesiącu	12	16,90	2	22,22	57	24,26				
kilka razy w miesiącu	8	11,27	3	33,33	32	13,62				
nie spożywam	2	2,82	1	11,11	7	2,98				
Drób										
kilka razy dziennie	4	5,63	0	0,00	5	2,13	0,035	0,983		
raz dziennie	4	5,63	1	11,11	12	5,11				
raz w tygodniu	13	18,31	2	22,22	52	22,13				
kilka razy w tygodniu	37	52,11	4	44,44	130	55,32				
raz w miesiącu	2	2,82	0	0,00	5	2,13				
kilka razy w miesiącu	8	11,27	1	11,11	28	11,91				
nie spożywam	3	4,23	1	11,11	3	1,28				
Mięso wołowe/wieprzowe										
kilka razy dziennie	3	4,23	0	0,00	2	0,85	1,559	0,459		
raz dziennie	4	5,63	1	11,11	9	3,83				
raz w tygodniu	12	16,90	1	11,11	53	22,55				
kilka razy w tygodniu	29	40,85	2	22,22	92	39,15				
raz w miesiącu	7	9,86	0	0,00	19	8,09				
kilka razy w miesiącu	10	14,08	4	44,44	54	22,98				
nie spożywam	6	8,45	1	11,11	6	2,55				

Produkty zbożowe (makarony, kasze, produkty mączne)								
kilka razy dziennie	19	26,76	2	22,22	68	28,94	0,206	0,902
raz dziennie	17	23,94	3	33,33	51	21,70		
raz w tygodniu	12	16,90	0	0,00	39	16,60		
kilka razy w tygodniu	20	28,17	3	33,33	65	27,66		
raz w miesiącu	1	1,41	0	0,00	1	0,43		
kilka razy w miesiącu	2	2,82	1	11,11	9	3,83		
nie spożywam	0	0,00	0	0,00	2	0,85		
Produkty mleczne								
kilka razy dziennie	14	19,72	1	11,11	46	19,57	2,194	0,334
raz dziennie	23	32,39	1	11,11	83	35,32		
raz w tygodniu	9	12,68	2	22,22	30	12,77		
kilka razy w tygodniu	18	25,35	4	44,44	51	21,70		
raz w miesiącu	2	2,82	0	0,00	2	0,85		
kilka razy w miesiącu	3	4,23	1	11,11	14	5,96		
nie spożywam	2	2,82	0	0,00	9	3,83		
Słodycze								
kilka razy dziennie	10	14,08	3	33,33	36	15,32	3,104	0,212
raz dziennie	20	28,17	3	33,33	52	22,13		
raz w tygodniu	8	11,27	0	0,00	18	7,66		
kilka razy w tygodniu	18	25,35	2	22,22	67	28,51		
raz w miesiącu	2	2,82	0	0,00	12	5,11		
kilka razy w miesiącu	7	9,86	1	11,11	39	16,60		
nie spożywam	6	8,45	0	0,00	11	4,68		
Fast food								
kilka razy dziennie	3	4,23	0	0,00	0	0,00	6,639	0,036
raz dziennie	1	1,41	0	0,00	0	0,00		
raz w tygodniu	6	8,45	2	22,22	3	1,28		
kilka razy w tygodniu	1	1,41	0	0,00	4	1,70		
raz w miesiącu	21	29,58	3	33,33	82	34,89		
kilka razy w miesiącu	16	22,54	3	33,33	51	21,70		
nie spożywam	23	32,39	1	11,11	95	40,43		

* test ANOVA rang Kruskala-Wallis

- Aktywność fizyczna

Wyniki przeprowadzonych badań pokazują, iż osoby będące singlami istotnie częściej podejmują aktywność fizyczną w tygodniu niż osoby będące w związkach nieformalnych (odpowiednio O/P/R: N=40, 56,34% / N=8, 88,89% / N=146, 62,13%; $z=7,146$; $p=0,028$) (Tabela 72).

Tabela 72. Czas poświęcany na aktywność fizyczną i zajęcia sedentarne w zależności od stanu cywilnego badanych

	Singiel (O) (N = 71)		Związek nieformalny (P) (N = 9)		Związek formalny (R) (N = 235)		z	p*
	N	%	N	%	N	%		
Ile tygodniowo poświęca na aktywność fizyczną?								
brak aktywności	8	11,27	1	11,11	42	17,87	7,146	0,028
1-3 h/tyg.	40	56,34	8	88,89	146	62,13		
4-6 h/tyg.	11	15,49	0	0,00	35	14,89		
>6 h/tyg.	12	16,90	0	0,00	12	5,11		
Ile czasu w ciągu dnia oglądanie TV, gry, pracę z komputerem?								
<1 h/dzień	15	21,13	2	22,22	45	19,15	1,432	0,489
1-2 h/dzień	26	36,62	2	22,22	73	31,06		
3-4 h/dzień	21	29,58	2	22,22	86	36,60		
5-6 h/dzień	8	11,27	1	11,11	24	10,21		
7 i więcej h/dzień	1	1,41	2	22,22	7	2,98		

* test ANOVA rang Kruskala-Wallis

Najbardziej preferowaną formą aktywności fizycznej przez badanych, bez względu na stan cywilny jest spacer (odpowiednio O/P/R: N=43, 60,56% / N=8, 88,89% / N=156, 66,38%; p=0,220). Natomiast osoby będące w związkach nieformalnych istotnie częściej deklarują pływanie jako formę relaksu niż osoby będące singlami i w związkach formalnych (odpowiednio O/P/R: N=20, 28,17% / N=3, 33,33% / N=22, 9,36%; p<0,001) (Tabela 73).

Tabela 73. Wybrane formy aktywności fizycznej badanych w zależności od ich stanu cywilnego

	Singiel (O) (N = 71)		Związek nieformalny (P) (N = 9)		Związek formalny (R) (N = 235)		χ^2	p*
	N	%	N	%	N	%		
Spacer	43	60,56	8	88,89	156	66,38	3,028	0,220
Nordic walking	7	9,86	3	33,33	32	13,62	3,873	0,144
Bieganie	9	12,68	1	11,11	27	11,49	0,078	0,962
Taniec	8	11,27	2	22,22	17	7,23	3,335	0,189
Pływanie	20	28,17	3	33,33	22	9,36	18,496	<0,001
Jazda na rowerze	42	59,15	4	44,44	134	57,02	0,711	0,701
Turystyka piesza	10	14,08	3	33,33	44	18,72	2,243	0,326
Fitness	12	16,90	0	0,00	27	11,49	2,781	0,249

* test χ^2 Pearsona

Wyniki badań pokazały, iż osoby będące w związkach formalnych istotnie rzadziej podejmują systematyczną aktywność fizyczną w porównaniu do singli i osób będących w związkach nieformalnych (odpowiednio O/P/R: N=28, 44,44% / N=5, 62,50% / N=106, 54,92%; p=0,031) (Tabela 74).

Tabela 74. Aktywność fizyczna oraz jej poziom w dobie pandemii a stan cywilny badanych

	Singiel (O) (N = 71)		Związek nieformalny (P) (N = 9)		Związek formalny (R) (N = 235)		χ^2	p*
	N	%	N	%	N	%		
Czy podejmuje aktywność fizyczną systematycznie								
nie	14	22,22	2	25,00	58	30,05	10,647	0,031
tak, czasami	28	44,44	5	62,50	106	54,92		
tak, zawsze	21	33,33	1	12,50	29	15,03		
Czy w pandemii nastąpił znaczący spadek aktywności fizycznej?								
nie	21	29,58	1	11,11	71	30,21	2,466	0,872
tak, niewielki	31	43,66	4	44,44	98	41,70		
tak, znaczący	18	25,35	4	44,44	64	27,23		
nie mam zdania	1	1,41	0	0,00	2	0,85		

* test χ^2 Pearsona

- Forma wypoczynku

Analiza badań pokazała, iż single istotnie częściej deklarują spędzanie wolnego czasu na oglądaniu TV niż osoby będące w związkach (odpowiednio O/P/R: N=29, 40,85% / N=2, 22,22% / N=60, 25,53%; p=0,040). Natomiast osoby będące w związkach nieformalnych istotnie częściej deklarują spędzanie wolnego czasu w kinie/teatrze niż osoby będące singlami lub w związkach formalnych (odpowiednio O/P/R: N=22, 30,99% / N=7, 77,78% / N=73, 31,06%; p=0,013) (Tabela 75).

Tabela 75. Forma spędzania czasu wolnego a stan cywilny badanych

	Singiel (O) (N = 71)		Związek nieformalny (P) (N = 9)		Związek formalny (R) (N = 235)		χ^2	p*
	N	%	N	%	N	%		
Wykonywanie obowiązków domowych	38	53,52	1	11,11	117	49,79	5,773	0,056
Spędzanie czasu przed komputerem	13	18,31	1	11,11	22	9,36	4,314	0,116
Oglądanie TV	29	40,85	2	22,22	60	25,53	6,424	0,040
Czytanie	52	73,24	7	77,78	159	67,66	1,116	0,572
Podjęmowanie różnych form aktywności fizycznej	30	42,25	4	44,44	92	39,15	0,295	0,863
Spotkania ze znajomymi	40	56,34	5	55,56	139	59,15	0,208	0,901
Kino/teatr	22	30,99	7	77,78	73	31,06	8,720	0,013
Sen i odpoczynek	36	50,70	7	77,78	108	45,96	3,798	0,150

* test chi² Pearsona

- Stosowane używki

Większość badanych bez względu na stan cywilny nie pali papierosów (odpowiednio O/P/R: N=53, 74,65% / N=4, 44,44% / N=185, 78,72%; p=0,060), natomiast spożywa alkohol okazyjnie (odpowiednio O/P/R: N=41, 57,75% / N=8, 88,89% / N=159, 67, 66%; p=0,126). Stwierdzono brak istotnego statystycznie wpływu stanu cywilnego na stosowanie używek przez badanych (Tabela 76).

Tabela 76. Stosowanie używek wg stanu cywilnego badanych

	Singiel (O) (N = 71)		Związek nieformalny (P) (N = 9)		Związek formalny (R) (N = 235)		χ^2	p*
	N	%	N	%	N	%		
Palenie papierosów								
nie palę	53	74,65	4	44,44	185	78,72	12,089	0,060
nie palę, ale paliłem w przeszłości	11	15,49	3	33,33	22	9,36		
okazjonalnie palę	0	0,00	1	11,11	11	4,68		
	7	9,86	1	11,11	17	7,23		

Picie alkoholu									
nie piję	25	35,21	0	0,00	67	28,51	9,977	0,126	
nie piję, ale piłem w przeszłości	2	2,82	1	11,11	6	2,55			
okazyjnie piję obecnie	41	57,75	8	88,89	159	67,66			
	3	4,23	0	0,00	3	1,28			
Picie kawy									
nie	64	90,14	8	88,89	216	91,91	0,295	0,863	
tak	7	9,86	1	11,11	19	8,09			

* test χ^2 Pearsona

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono brak istotnego statystycznie wpływu stanu cywilnego na ilość spożywanego alkoholu ($z=1,174$, $p=0,556$) (Tabela 77).

Tabela 77. Ilość spożywanego alkoholu a stan cywilny badanych

	Singiel (N = 71)		Związek nieformalny (N = 9)		Związek formalny (N = 235)		z	p*
	Mdn	IQR/2	Mdn	IQR/2	Mdn	IQR/2		
Ilość spożywanego alkoholu w miesiącu (lampka)	3,0	1,50	4,0	1,00	3,0	1,00	1,174	0,556

Mdn – mediana, IQR/2 – odchylenie ćwiartkowe

* test ANOVA rang Kruskala-Wallisa

➤ Zachowania zdrowotne badanych w zależności od ich sytuacji materialnej

- Nawyki żywieniowe

Pierwszy posiłek, obiad, podwieczorek i kolacja jest spożywana zazwyczaj w domu przez większość badanych bez względu na sytuację materialną (odpowiednio S/T: N=106, 84,80% / N=168, 88,42%; $p=0,396$; N=110, 88,00% / N=169, 88,95%; $p=0,453$ / N=97, 77,60% / N=138, 72,63%; $p=0,467$; N=117, 93,60% / N=178, 93,68%; $p=0,554$). Stwierdzono brak istotnego statystycznie wpływu stanu cywilnego na miejsce w którym jest spożywany posiłek (Tabela 78).

Tabela 78. Miejsce spożywania posiłków a sytuacja materialna badanych

	Zła/przeciętna (S) (N = 125)		Dobra/bardzo dobra (N = 190)		χ^2	p*
	N	%	N	%		
Miejsce spożycia I śniadania						
w domu	106	84,80	168	88,42	4,076	0,396
w szkole	16	12,80	16	8,42		
u bliskich	1	0,80	0	0,00		
w innych	0	0,00	1	0,53		
nie spożywam	2	1,60	5	2,63		
Miejsce spożycia II śniadania						
w domu	10	8,00	14	7,37	1,944	0,746
w szkole	92	73,60	131	68,95		
u bliskich	0	0,00	1	0,53		
w innych	7	5,60	11	5,79		
nie spożywam	16	12,80	33	17,37		
Miejsce spożycia obiadu						
w domu	110	88,00	169	88,95	4,702	0,453
w barach	4	3,20	2	1,05		
w szkole	9	7,20	11	5,79		
u bliskich	1	0,80	1	0,53		
w innych	1	0,80	6	3,16		
nie spożywam	0	0,00	1	0,53		
Miejsce spożycia podwieczorku						
w domu	97	77,60	138	72,63	3,571	0,467
w szkole	4	3,20	3	1,58		
u bliskich	0	0,00	2	1,05		
w innych	2	1,60	5	2,63		
nie spożywam	22	17,60	42	22,11		
Miejsce spożycia kolacji						
w domu	117	93,60	178	93,68	3,022	0,554
w barach	0	0,00	2	1,05		
w szkole	1	0,80	0	0,00		
u bliskich	2	1,60	2	1,05		
nie spożywam	5	4,00	8	4,21		
Czy podjada pomiędzy posiłkami?						
nie	60	48,00	94	49,47	0,066	0,798
tak	65	52,00	96	50,53		
Czy w pandemii nastąpiły zmiany w odżywianiu?						
nie	66	52,80	114	60,00	7,231	0,065
tak, przewaga nieprawidłowego	22	17,60	17	8,95		
tak, nieznaczna	32	25,60	44	23,16		
tak, przewaga prawidłowego	5	4,00	15	7,89		

* test χ^2 Pearsona

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, iż częstość spożywania kolacji koreluje dodatnio z sytuacją materialną rodziny ($z=2,080$, $p=0,037$) (Tabela 79).

Tabela 79. Częstość spożywanych posiłków a sytuacja materialna badanych

	γ -Kruskala-Goodmana*	z	p
Liczba posiłków w ciągu dnia	-0,04	-0,542	0,588
Spożycie I śniadania	0,09	1,047	0,295
Spożycie II śniadania	0,04	0,681	0,496
Spożycie obiadów	0,17	1,305	0,192
Spożycie podwieczorków	-0,04	-0,643	0,520
Spożycie kolacji	0,16	2,080	0,037

* współczynnik korelacji gamma

Wyniki prowadzonych badań pokazały, iż istnieje dodatnia korelacja między sytuacją materialną rodziny a częstością spożycia owoców ($z=2,004$, $p=0,045$) i drobiu ($z=2,643$, $p=0,008$). Istnieje natomiast ujemna korelacja między sytuacją materialną rodziny a częstością spożycia słodczy ($z= -3,213$, $p=0,001$) (Tabela 80).

Tabela 80. Spożywanie wybranych produktów a sytuacja materialna badanych

	γ -Kruskala-Goodmana*	z	p
Warzywa	0,09	1,391	0,164
Owoce	0,12	2,004	0,045
Ryby	0,04	0,701	0,483
Drób	0,16	2,643	0,008
Mięso wołowe/wieprzowe	0,05	0,912	0,362
Produkty zbożowe	-0,01	-0,163	0,870
Produkty mleczne	0,00	0,048	0,962
Słodczy	-0,18	-3,213	0,001
Fast food	-0,03	-0,479	0,632

* współczynnik korelacji gamma

- Aktywność fizyczna

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono brak istotnie statystycznego wpływu sytuacji materialnej badanych na czas poświęcany na aktywność fizyczną oraz zajęcia sedentarne (Tabela 81).

Tabela 81. Czas poświęcany na aktywność fizyczną oraz zajęcia sedentarne a sytuacja materialna badanych

	γ -Kruskala-Goodmana*	z	p
Czas tygodniowo poświęcany na aktywność fizyczną	0,07	1,166	0,244
Czas w ciągu dnia poświęcony na czynności sedentarne (oglądanie TV, gry, pracę z komputerem)	-0,06	-1,056	0,292

* współczynnik korelacji gamma

Spacer jest najczęściej wybieraną formą aktywności fizycznej przez badanych bez względu na sytuację materialną (odpowiednio S/T: N=82, 65,60% / N=125, 65,79% / p=0,972). Natomiast osoby o lepszej sytuacji materialnej rodziny istotnie częściej preferują taniec jako formę aktywności fizycznej niż osoby o gorszej sytuacji materialnej (odpowiednio S/T: N=5, 4,00% / N=22, 11,58%; p=0,019) (Tabela 82).

Tabela 82. Wybrane formy aktywności fizycznej a sytuacja materialna badanych

	Zła/przeciętna (S) (N = 125)		Dobra/bardzo dobra (N = 190)		χ^2	p*
	N	%	N	%		
Spacer	82	65,60	125	65,79	0,001	0,972
Nordic walking	15	12,00	27	14,21	0,319	0,572
Bieganie	10	8,00	27	14,21	2,805	0,094
Taniec	5	4,00	22	11,58	5,526	0,019
Pływanie	18	14,40	27	14,21	0,002	0,963
Jazda na rowerze	73	58,40	107	56,32	0,134	0,715
Turystyka piesza	21	16,80	36	18,95	0,235	0,628
Fitness	11	8,80	28	14,74	2,450	0,118

* test χ^2 Pearsona

Większość badanych bez względu na sytuację materialną „czasami” podejmuje systematyczną aktywność fizyczną (odpowiednio S/T: N=56, 54,37% / N=83, 51,55% / p=0,269). Natomiast osoby o lepszej sytuacji materialnej rodziny istotnie częściej wskazują na brak wpływu pandemii na ich aktywność fizyczną niż osoby o gorszej sytuacji materialnej (odpowiednio S/T: N=28, 22,40% / N=65, 34,21%; p=0,025) (Tabela 83).

Tabela 83. Aktywność fizyczna oraz jej poziom w dobie pandemii a sytuacja materialna badanych

	Zła/przeciętna (S) (N = 125)		Dobra/bardzo (T) dobra (N = 190)		χ^2	p*
	N	%	N	%		
Czy podejmuje aktywność fizyczną systematycznie						
nie	32	31,07	42	26,09	2,627	0,269
tak, czasami	56	54,37	83	51,55		
tak, zawsze	15	14,56	36	22,36		
Czy w pandemii nastąpił znaczący spadek aktywności fizycznej?						
Nie	28	22,40	65	34,21	9,310	0,025
tak, niewielki	51	40,80	82	43,16		
tak, znaczący	44	35,20	42	22,11		
nie mam zdania	2	1,60	1	0,53		

* test χ^2 Pearsona

- Forma wypoczynku

Większość badanych bez względu na sytuację materialną wybiera czytanie jako formę spędzania czasu wolnego (odpowiednio S/T: N=94, 75,20% / N=124, 65,26%; p=0,062). Natomiast osoby o gorszej sytuacji materialnej rodziny istotnie częściej deklarują spędzanie wolnego czasu przed komputerem niż osoby o lepszej sytuacji materialnej (odpowiednio S/T: N=21, 16,80% / N=15, 7,89%; p=0,015) (Tabela 84).

Tabela 84. Forma spędzania czasu wolnego a sytuacja materialna badanych

	Zła/przeciętna (S) (N = 125)		Dobra/bardzo (T) dobra (N = 190)		χ^2	p*
	N	%	N	%		
Wykonywanie obowiązków domowych	64	51,20	92	48,42	0,233	0,629
Spędzanie czasu przed komputerem	21	16,80	15	7,89	5,907	0,015
Oglądanie TV	40	32,00	51	26,84	0,976	0,323
Czytanie	94	75,20	124	65,26	3,493	0,062
Podejmowanie różnych form aktywności fizycznej	49	39,20	77	40,53	0,055	0,814
Spotkania ze znajomymi	76	60,80	108	56,84	0,486	0,486
Kino/teatr	43	34,40	59	31,05	0,386	0,535
Sen i odpoczynek	62	49,60	89	46,84	0,230	0,632

* test χ^2 Pearsona

- Stosowane używki

Znaczna część badanych bez względu na sytuację materialną nie pali papierosów (odpowiednio S/T: N=95, 76,00% / N=147, 77,37%; p=0,749) natomiast spożywa alkohol „okazyjnie” (odpowiednio S/T: N=81, 64,80%; N=127, 66,84%, p=0,900). Badania wykazały brak istotnie statystycznego wpływu sytuacji materialnej badanych na stosowanie używek (Tabela 85).

Tabela 85. Stosowanie używek a sytuacja materialna badanych

	Zła/przeciętna (S) (N = 125)		Dobra/bardzo (T) dobra (N = 190)		χ^2	p*
	N	%	N	%		
Palenie papierosów						
nie palę	95	76,00	147	77,37	1,217	0,749
nie palę, ale paliłem w przeszłości	17	13,60	19	10,00		
okazyjnie	4	3,20	8	4,21		
palę	9	7,20	16	8,42		
Picie alkoholu						
nie piję	39	31,20	53	27,89	0,582	0,900
nie piję, ale piłem w przeszłości	3	2,40	6	3,16		
okazyjnie	81	64,80	127	66,84		
piję obecnie	2	1,60	4	2,11		
Picie kawy						
nie	112	89,60	176	92,63	0,884	0,347
tak	13	10,40	14	7,37		

* test χ^2 Pearsona

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono brak istotnie statystycznego wpływu sytuacji materialnej rodziny na ilość spożywanego alkoholu w miesiącu (Tabela 86).

Tabela 86. Ilość spożywanego alkoholu wśród badanych w zależności od ich sytuacji materialnej

	γ -Kruskala-Goodmana*	z	p
Ilość spożywanego alkoholu w miesiącu (lampka)	-0.12	-1.753	0.080

* współczynnik korelacji gamma

7.2. Wskazanie, które ze zmiennych uzyskanych ze skali IZZ (Inwentarz Zachowań Zdrowotnych): nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienie psychiczne, praktyki zdrowotne mają najsilniejszy wpływ na stan zdrowia nauczycieli (subiektywna ocena stanu zdrowia)

Analiza wyników badań pokazała, iż:

- ✓ im bardziej pozytywne zachowania zdrowotne (IZZ (wynik stenowy)) tym wyższa subiektywna samoocena stanu zdrowia nauczycieli ($z=4,817$, $p<0,001$);
- ✓ im bardziej pozytywne nawyki żywieniowe tym wyższa subiektywna samoocena stanu zdrowia nauczycieli ($z=2,725$, $p=0,006$);
- ✓ im bardziej pozytywne nastawienie psychiczne tym wyższa subiektywna samoocena stanu zdrowia nauczycieli ($z=4,596$, $p<0,001$);
- ✓ im wyższe nasilenie praktyk zdrowotnych tym wyższa subiektywna samoocena stanu zdrowia nauczycieli ($z=5,492$, $p<0,001$);
- ✓ brak istotnej zależności między podejmowaniem zachowań profilaktycznych a subiektywną samooceną stanu zdrowia nauczycieli ($z=1,449$, $p=0,147$) (Tabela 87).

Tabela 87. Zmienne uzyskane ze skali IZZ wg stanu zdrowia badanych

	γ -Kruskala-Goodmana*	z	p
IZZ (wynik stenowy)	0,27	4,817	<0,001
Nawyki żywieniowe	0,15	2,725	0,006
Zachowania profilaktyczne	0,08	1,449	0,147
Pozytywne nastawienie psychiczne	0,25	4,596	<0,001
Praktyki zdrowotne	0,29	5,492	<0,001

* współczynnik korelacji gamma

7.3. Wskazanie, które z wymiarów rozumienia zdrowia (skala LKZ – Lista Kryteriów Zdrowia) wpływa na zachowania zdrowotne nauczycieli (nawyki żywieniowe, aktywność fizyczna, forma wypoczynku, stosowane używki).

Nawyki żywieniowe

- Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych

Wyniki przeprowadzonych badań znacząco pokazały, iż istnieje dodatnia korelacja między częstością spożywania słodczy a potrzebą nieodczuwania żadnych dolegliwości fizycznych ($z=2,218$, $p=0,027$) (Tabela 88).

Tabela 88. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ – „nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych” a nawyki żywieniowe badanych

	γ -Kruskala-Goodmana*	z	p
Liczba posiłków w ciągu dnia	0,01	0,089	0,929
Spożycie I śniadania	0,16	1,699	0,089
Spożycie II śniadania	0,09	1,437	0,151
Spożycie obiadów	0,09	0,698	0,485
Spożycie podwieczorków	-0,07	-1,161	0,246
Spożycie kolacji	0,05	0,571	0,568
Warzywa	-0,08	-1,248	0,212
Owoce	0,04	0,570	0,568
Ryby	-0,02	-0,400	0,689
Drób	-0,01	-0,101	0,920
Mięso wołowe/wieprzowe	0,01	0,184	0,854
Produkty zbożowe	0,07	1,137	0,256
Produkty mleczne	0,03	0,472	0,637
Słodycze	0,13	2,218	0,027
Fast food	-0,04	-0,582	0,561

* współczynnik korelacji gamma

- Mieć sprawne wszystkie części ciała

Analiza wyników badań pokazała, iż:

- ✓ istnieje dodatnia korelacja między liczbą spożywanych posiłków a potrzebą posiadania sprawnych wszystkich części ciała ($z=2,362$, $p=0,018$);
- ✓ istnieje dodatnia korelacja między częstością spożywania obiadów a potrzebą posiadania sprawnych wszystkich części ciała ($z=1,999$, $p=0,046$);

- ✓ istnieje dodatnia korelacja między częstością spożywaniem fast foodów a potrzebą posiadania sprawnych wszystkich części ciała ($z=2,888$, $p=0,004$) (Tabela 89).

Tabela 89. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ – „mieć sprawne wszystkie części ciała” a nawyki żywieniowe

	γ -Kruskala-Goodmana*	z	p
Liczba posiłków w ciągu dnia	0,17	2,362	0,018
Spożycie I śniadania	-0,10	-1,208	0,227
Spożycie II śniadania	0,02	0,339	0,735
Spożycie obiadów	0,28	1,999	0,046
Spożycie podwieczorków	-0,11	-1,843	0,065
Spożycie kolacji	0,10	1,256	0,209
Warzywa	-0,03	-0,540	0,589
Owoce	0,07	1,103	0,270
Ryby	-0,05	-0,865	0,387
Drób	-0,05	-0,748	0,455
Mięso wołowe/wieprzowe	0,01	0,138	0,890
Produkty zbożowe	0,10	1,831	0,067
Produkty mleczne	-0,09	-1,523	0,128
Słodycze	0,11	1,941	0,052
Fast food	0,17	2,888	0,004

* współczynnik korelacji gamma

- Dożyć późnej starości

Istnieje ujemna korelacja między częstością spożywania II śniadania a potrzebą dożycia późnej starości ($z= -1,976$, $p=0,048$) (Tabela 90).

Tabela 90. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ – „dożyć późnej starości” a nawyki żywieniowe

	γ -Kruskala-Goodmana*	z	p
Liczba posiłków w ciągu dnia	0,08	0,860	0,390
Spożycie I śniadania	-0,04	-0,319	0,750
Spożycie II śniadania	-0,16	-1,976	0,048
Spożycie obiadów	0,37	1,646	0,100
Spożycie podwieczorków	-0,04	-0,464	0,643
Spożycie kolacji	0,10	0,884	0,376
Warzywa	0,05	0,546	0,585
Owoce	0,10	1,204	0,229
Ryby	-0,03	-0,328	0,743
Drób	0,01	0,154	0,878
Mięso wołowe/wieprzowe	0,08	0,989	0,323
Produkty zbożowe	-0,02	-0,208	0,835

Produkty mleczne	0,07	0,826	0,409
Słodycze	-0,07	-0,861	0,389
Fast food	-0,11	-1,344	0,179

* współczynnik korelacji gamma

- Czuć się szczęśliwym przez większość czasu

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, iż:

- ✓ istnieje dodatnia korelacja między liczbą spożywanych posiłków a potrzebą odczuwania szczęścia przez większość czasu ($z=2,970$, $p=0,003$);
- ✓ istnieje ujemna korelacja między częstością spożywania II śniadania a potrzebą odczuwania szczęścia przez większość czasu ($z= -2,109$, $p=0,035$);
- ✓ istnieje dodatnia korelacja między częstością spożywania obiadów a potrzebą odczuwania szczęścia przez większość czasu ($z=2,978$, $p=0,003$);
- ✓ istnieje dodatnia korelacja między częstością spożywaniem drobiu a potrzebą odczuwania szczęścia przez większość czasu ($z=2,884$, $p=0,004$) (Tabela 91).

Tabela 91. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ – „czuć się szczęśliwym przez większość czasu” a nawyki żywieniowe

	γ -Kruskala- Goodmana*	z	p
Liczba posiłków w ciągu dnia	0,30	2,970	0,003
Spożycie I śniadania	-0,10	-0,821	0,412
Spożycie II śniadania	-0,19	-2,109	0,035
Spożycie obiadów	1,00	2,978	0,003
Spożycie podwieczorków	-0,14	-1,520	0,128
Spożycie kolacji	0,19	1,460	0,144
Warzywa	0,02	0,234	0,815
Owoce	-0,06	-0,596	0,551
Ryby	0,12	1,260	0,208
Drób	0,28	2,884	0,004
Mięso wołowe/wieprzowe	0,16	1,799	0,072
Produkty zbożowe	-0,11	-1,193	0,233
Produkty mleczne	0,04	0,484	0,628
Słodycze	-0,02	-0,193	0,847
Fast food	-0,16	-1,723	0,085

* współczynnik korelacji gamma

- Dbać o wypoczynek, sen

Wyniki badań pokazały, iż:

- ✓ istnieje ujemna korelacja między częstością spożywania I śniadania a potrzebą dbania o wypoczynek, sen ($z = -2,383$, $p = 0,017$);
- ✓ istnieje dodatnia korelacja między częstością spożywania drobiu a potrzebą dbania o wypoczynek, sen ($z = 2,345$, $p = 0,019$) (Tabela 92).

Tabela 92. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ – „dbać o wypoczynek, sen” a nawyki żywieniowe

	γ -Kruskala-Goodmana*	z	p
Liczba posiłków w ciągu dnia	-0,12	-1,499	0,134
Spożycie I śniadania	-0,20	-2,383	0,017
Spożycie II śniadania	0,12	1,790	0,073
Spożycie obiadów	0,11	0,724	0,469
Spożycie podwieczorków	0,03	0,416	0,677
Spożycie kolacji	0,09	1,053	0,292
Warzywa	0,11	1,621	0,105
Owoce	-0,00	-0,002	0,998
Ryby	0,02	0,271	0,786
Drób	0,16	2,345	0,019
Mięso wołowe/wieprzowe	0,07	1,044	0,296
Produkty zbożowe	-0,06	-0,925	0,355
Produkty mleczne	-0,00	-0,015	0,988
Słodycze	-0,11	-1,914	0,056
Fast food	0,04	0,640	0,522

* współczynnik korelacji gamma

- Umieć się cieszyć z życia

Analiza wyników badań pokazała, iż:

- ✓ istnieje ujemna korelacja między liczbą spożywanych posiłków a chęcią cieszenia się z życia ($z = -2,426$, $p = 0,015$);
- ✓ istnieje ujemna korelacja między częstością spożywania obiadów a chęcią cieszenia się z życia ($z = -2,167$, $p = 0,030$) (Tabela 93).

Tabela 93. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ – „umieć się cieszyć z życia” a nawyki żywieniowe

	γ -Kruskala-Goodmana*	z	p
Liczba posiłków w ciągu dnia	-0,18	-2,426	0,015
Spożycie I śniadania	-0,14	-1,704	0,088
Spożycie II śniadania	-0,07	-1,068	0,286
Spożycie obiadów	-0,25	-2,167	0,030

Spożycie podwieczorków	-0,02	-0,332	0,740
Spożycie kolacji	-0,02	-0,248	0,804
Warzywa	-0,07	-1,128	0,259
Owoce	-0,04	-0,632	0,528
Ryby	-0,05	-0,830	0,407
Drób	0,07	1,111	0,267
Mięso wołowe/wieprzowe	-0,02	-0,399	0,690
Produkty zbożowe	-0,06	-0,960	0,337
Produkty mleczne	-0,02	-0,332	0,740
Słodycze	-0,05	-0,946	0,344
Fast food	-0,02	-0,354	0,724

* współczynnik korelacji gamma

- Nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, iż, istnieje ujemna korelacja między liczbą spożywanych posiłków a chęcią niechorowania ($z = -2,034$, $p = 0,042$) (Tabela 94).

Tabela 94. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ – „nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność” a nawyki żywieniowe

	γ -Kruskala-Goodmana*	z	p
Liczba posiłków w ciągu dnia	-0,31	-2,034	0,042
Spożycie I śniadania	0,09	0,486	0,627
Spożycie II śniadania	0,24	1,767	0,077
Spożycie obiadów	0,35	1,074	0,283
Spożycie podwieczorków	0,13	1,062	0,288
Spożycie kolacji	0,09	0,544	0,586
Warzywa	0,09	0,709	0,478
Owoce	0,23	1,907	0,057
Ryby	-0,09	-0,781	0,435
Drób	0,12	1,005	0,315
Mięso wołowe/wieprzowe	0,18	1,569	0,117
Produkty zbożowe	-0,01	-0,096	0,923
Produkty mleczne	0,12	1,052	0,293
Słodycze	-0,13	-1,267	0,205
Fast food	-0,15	-1,253	0,210

* współczynnik korelacji gamma

- Należy się odżywiać

Analiza wyników badań pokazała, iż brak istotnej statystycznie zależności pomiędzy „należy się odżywiać” a nawykami żywieniowymi (Tabela 95).

Tabela 95. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ – „należy się odżywiać” a nawyki żywieniowe

	γ -Kruskala- Goodmana*	z	p
Liczba posiłków w ciągu dnia	-0,08	-0,669	0,503
Spożycie I śniadania	-0,14	-1,087	0,277
Spożycie II śniadania	-0,02	-0,148	0,882
Spożycie obiadów	0,01	0,047	0,963
Spożycie podwieczorków	-0,00	-0,036	0,971
Spożycie kolacji	-0,05	-0,425	0,671
Warzywa	-0,09	-0,966	0,334
Owoce	-0,14	-1,449	0,147
Ryby	-0,10	-1,011	0,312
Drób	0,15	1,506	0,132
Mięso wołowe/wieprzowe	0,08	0,843	0,399
Produkty zbożowe	-0,07	-0,822	0,411
Produkty mleczne	0,11	1,252	0,211
Słodycze	0,06	0,725	0,469
Fast food	0,04	0,366	0,714

* współczynnik korelacji gamma

- Czuć się dobrze

Wyniki badań pokazały, iż:

- ✓ istnieje ujemna korelacja między częstością spożywania obiadów a potrzebą czucia się dobrze ($z = -3,680$, $p < 0,001$);
- ✓ istnieje dodatnia korelacja między częstością spożywania warzyw a potrzebą czucia się dobrze ($z = 2,017$, $p = 0,044$);
- ✓ istnieje ujemna korelacja między częstością spożywania mięsa czerwonego a potrzebą czucia się dobrze ($z = -2,635$, $p = 0,008$);
- ✓ istnieje dodatnia korelacja między częstością spożywania produktów mlecznych a potrzebą czucia się dobrze ($z = 5,305$, $p < 0,001$) (Tabela 96).

Tabela 96. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ – „czuć się dobrze” a nawyki żywieniowe

	γ -Kruskala- Goodmana*	z	p
Liczba posiłków w ciągu dnia	-0,02	-0,238	0,812
Spożycie I śniadania	-0,18	-1,587	0,113
Spożycie II śniadania	-0,11	-1,181	0,238
Spożycie obiadów	-0,47	-3,680	<0,001
Spożycie podwieczorków	-0,02	-0,178	0,859
Spożycie kolacji	-0,09	-0,873	0,383
Warzywa	0,18	2,017	0,044
Owoce	0,17	1,810	0,070

Ryby	0,01	0,083	0,934
Drób	-0,08	-0,830	0,406
Mięso wołowe/wieprzowe	-0,22	-2,635	0,008
Produkty zbożowe	0,11	1,335	0,182
Produkty mleczne	0,46	5,305	<0,001
Słodycze	0,02	0,199	0,842
Fast food	-0,05	-0,581	0,561

* współczynnik korelacji gamma

- Prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, iż istnieje ujemna korelacja między częstością spożywania warzyw a potrzebą niechodzenia do lekarza ($z = -2,309$, $p = 0,021$) (Tabela 97).

Tabela 97. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ – „prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza” a nawyki żywieniowe

	γ -Kruskala-Goodmana*	z	p
Liczba posiłków w ciągu dnia	0,03	0,247	0,805
Spożycie I śniadania	-0,06	-0,435	0,664
Spożycie II śniadania	0,14	1,282	0,200
Spożycie obiadów	-0,05	-0,260	0,795
Spożycie podwieczorków	0,08	0,772	0,440
Spożycie kolacji	-0,23	-1,942	0,052
Warzywa	-0,23	-2,309	0,021
Owoce	-0,15	-1,389	0,165
Ryby	-0,17	-1,709	0,087
Drób	-0,01	-0,105	0,916
Mięso wołowe/wieprzowe	-0,05	-0,489	0,625
Produkty zbożowe	0,04	0,427	0,670
Produkty mleczne	0,02	0,194	0,846
Słodycze	0,11	1,125	0,260
Fast food	0,00	0,041	0,968

* współczynnik korelacji gamma

- Akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki

Analiza wyników badań pokazała, iż:

- ✓ istnieje dodatnia korelacja między częstością spożywania I śniadania a potrzebą akceptowania siebie ($z = 2,752$, $p = 0,006$);
- ✓ istnieje dodatnia korelacja między częstością spożywania kolacji a potrzebą akceptowania siebie ($z = 2,886$, $p = 0,004$);

- ✓ istnieje dodatnia korelacja między częstością spożywania drobiu a potrzebą akceptowania siebie ($z=3,000$, $p=0,003$);
- ✓ istnieje dodatnia korelacja między częstością spożywania mięsa czerwonego a potrzebą akceptowania siebie ($z=2,152$, $p=0,031$);
- ✓ istnieje dodatnia korelacja między częstością spożywania fast foodów a potrzebą akceptowania siebie ($z=2,531$, $p=0,011$) (Tabela 98).

Tabela 98. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ – „akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki” a nawyki żywieniowe

	γ -Kruskala-Goodmana*	z	p
Liczba posiłków w ciągu dnia	0,09	0,767	0,443
Spożycie I śniadania	0,49	2,752	0,006
Spożycie II śniadania	0,13	1,308	0,191
Spożycie obiadów	0,23	0,966	0,334
Spożycie podwieczorków	0,15	1,615	0,106
Spożycie kolacji	0,43	2,886	0,004
Warzywa	0,08	0,856	0,392
Owoce	0,15	1,562	0,118
Ryby	0,07	0,705	0,481
Drób	0,29	3,000	0,003
Mięso wołowe/wieprzowe	0,19	2,152	0,031
Produkty zbożowe	-0,05	-0,591	0,555
Produkty mleczne	0,01	0,171	0,864
Słodycze	0,01	0,137	0,891
Fast food	0,23	2,531	0,011

* współczynnik korelacji gamma

- Potrafić pracować bez napięcia i stresu

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, iż istnieje ujemna korelacja między częstością spożywania drobiu a chęcią pracy bez napięcia i stresu ($z= -2,618$, $p=0,009$) (Tabela 99).

Tabela 99. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ – „potrafić pracować bez napięcia i stresu” a nawyki żywieniowe

	γ -Kruskala-Goodmana*	z	p
Liczba posiłków w ciągu dnia	0,07	1,122	0,262
Spożycie I śniadania	0,09	1,069	0,285
Spożycie II śniadania	0,07	1,150	0,250
Spożycie obiadów	-0,10	-0,906	0,365
Spożycie podwieczorków	0,02	0,317	0,751
Spożycie kolacji	-0,12	-1,681	0,093

Warzywa	0,10	1,820	0,069
Owoce	-0,02	-0,339	0,735
Ryby	-0,02	-0,336	0,737
Drób	-0,15	-2,618	0,009
Mięso wołowe/wieprzowe	-0,04	-0,710	0,478
Produkty zbożowe	0,03	0,571	0,568
Produkty mleczne	-0,04	-0,727	0,467
Słodycze	0,02	0,397	0,692
Fast food	-0,04	-0,724	0,469

* współczynnik korelacji gamma

- Potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi

Analiza wyników badań pokazała, iż:

- ✓ istnieje ujemna korelacja między liczbą spożywanych posiłków a chęcią dobrego współżycia z innymi ludźmi ($z = -2,816$, $p = 0,005$);
- ✓ istnieje ujemna korelacja między częstością spożywanych obiadów a chęcią dobrego współżycia z innymi ludźmi ($z = -2,015$, $p = 0,044$);
- ✓ istnieje dodatnia korelacja między częstością spożywanych kolacji a chęcią dobrego współżycia z innymi ludźmi ($z = 2,326$, $p = 0,020$) (Tabela 100).

Tabela 100. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ – „potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi” a nawyki żywieniowe

	γ -Kruskala-Goodmana*	z	p
Liczba posiłków w ciągu dnia	-0,26	-2,816	0,005
Spożycie I śniadania	-0,07	-0,634	0,526
Spożycie II śniadania	0,08	0,999	0,318
Spożycie obiadów	-0,27	-2,015	0,044
Spożycie podwieczorków	0,07	0,900	0,368
Spożycie kolacji	0,26	2,326	0,020
Warzywa	-0,08	-1,064	0,287
Owoce	-0,10	-1,282	0,200
Ryby	-0,03	-0,355	0,722
Drób	0,15	1,862	0,063
Mięso wołowe/wieprzowe	-0,01	-0,125	0,901
Produkty zbożowe	0,10	1,423	0,155
Produkty mleczne	-0,07	-0,908	0,364
Słodycze	-0,13	-1,800	0,072
Fast food	-0,06	-0,788	0,431

* współczynnik korelacji gamma

- Mieć pracę, różnorodne zainteresowania

Analiza wyników badań pokazała, iż:

- ✓ istnieje dodatnia korelacja między częstością spożywanych podwieczorków a chęcią posiadania pracy i różnorodnych zainteresowań ($z=2,374$, $p=0,018$);
- ✓ istnieje ujemna korelacja między częstością spożywania drobiu a chęcią posiadania pracy i różnorodnych zainteresowań ($z= -1,990$, $p=0,047$) (Tabela 101).

Tabela 101. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ – „mieć pracę, różnorodne zainteresowania” a nawyki żywieniowe

	γ -Kruskala-Goodmana*	z	p
Liczba posiłków w ciągu dnia	0,04	0,520	0,603
Spożycie I śniadania	-0,01	-0,087	0,931
Spożycie II śniadania	-0,01	-0,193	0,847
Spożycie obiadów	-0,06	-0,473	0,636
Spożycie podwieczorków	0,16	2,374	0,018
Spożycie kolacji	-0,08	-1,047	0,295
Warzywa	0,04	0,659	0,510
Owoce	-0,03	-0,412	0,681
Ryby	0,13	1,844	0,065
Drób	-0,13	-1,990	0,047
Mięso wołowe/wieprzowe	-0,08	-1,197	0,231
Produkty zbożowe	-0,02	-0,339	0,735
Produkty mleczne	-0,07	-1,104	0,270
Słodycze	0,05	0,772	0,440
Fast food	0,08	1,167	0,243

* współczynnik korelacji gamma

- Nie palić tytoniu

Wyniki badań pokazały, iż:

- ✓ istnieje ujemna korelacja między liczbą spożywanych posiłków a chęcią niepalenia tytoniu ($z= -3,466$, $p=0,001$);
- ✓ istnieje ujemna korelacja między częstością spożywanych II śniadań ($z= -2,622$, $p=0,009$), obiadów ($z= -3,117$, $p=0,002$) i kolacji ($z= -4,075$, $p<0,001$) a chęcią niepalenia tytoniu;
- ✓ istnieje ujemna korelacja między częstością spożywania warzyw ($z= -2,454$, $p=0,014$), drobiu ($z= -3,242$, $p=0,001$), mięsa czerwonego ($z= -2,337$, $p=0,019$), produktów zbożowych ($z= -2,387$, $p=0,017$) i mlecznych ($z= -2,023$, $p=0,043$) a chęcią niepalenia tytoniu (Tabela 102).

Tabela 102. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ – „nie palić tytoniu” a nawyki żywieniowe

	γ -Kruskala- Goodmana*	z	p
Liczba posiłków w ciągu dnia	-0,52	-3,466	0,001
Spożycie I śniadania	-0,07	-0,391	0,696
Spożycie II śniadania	-0,33	-2,622	0,009
Spożycie obiadów	-0,52	-3,117	0,002
Spożycie podwieczorków	-0,01	-0,100	0,921
Spożycie kolacji	-0,49	-4,075	<0,001
Warzywa	-0,32	-2,454	0,014
Owoce	-0,02	-0,147	0,883
Ryby	-0,02	-0,182	0,856
Drób	-0,43	-3,242	0,001
Mięso wołowe/wieprzowe	-0,30	-2,337	0,019
Produkty zbożowe	-0,29	-2,387	0,017
Produkty mleczne	-0,25	-2,023	0,043
Słodczyce	-0,19	-1,578	0,115
Fast food	0,15	1,147	0,251

* współczynnik korelacji gamma

- Umieć rozwiązywać swoje problemy

Wyniki badań pokazały, iż:

- ✓ istnieje dodatnia korelacja między częstością spożywania I śniadania a chęcią rozwiązywania swoich problemów (z=2,043, p=0,041);
- ✓ istnieje dodatnia korelacja między częstością spożywania obiadu a chęcią rozwiązywania swoich problemów (z=2,334, p=0,020);
- ✓ istnieje dodatnia korelacja między częstością spożywania ryb (z=2,182, p=0,029) i drobiu (z=2,087, p=0,037) a chęcią rozwiązywania swoich problemów;
- ✓ istnieje ujemna korelacja między częstością spożywania fast foodów a chęcią rozwiązywania swoich problemów (z= -2,214, p=0,027) (Tabela 103).

Tabela 103. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ – „umieć rozwiązywać swoje problemy” a nawyki żywieniowe

	γ -Kruskala- Goodmana*	z	p
Liczba posiłków w ciągu dnia	-0,03	-0,175	0,861
Spożycie I śniadania	0,44	2,043	0,041
Spożycie II śniadania	0,08	0,659	0,510
Spożycie obiadów	1,00	2,334	0,020
Spożycie podwieczorków	-0,02	-0,141	0,888
Spożycie kolacji	0,06	0,412	0,680
Warzywa	0,23	1,885	0,059

Owoce	0,05	0,398	0,690
Ryby	0,26	2,182	0,029
Drób	0,24	2,087	0,037
Mięso wołowe/wieprzowe	0,18	1,600	0,110
Produkty zbożowe	0,13	1,231	0,218
Produkty mleczne	0,08	0,775	0,438
Słodycze	-0,16	-1,598	0,110
Fast food	-0,26	-2,214	0,027

* współczynnik korelacji gamma

- Mieć dobry nastrój

Stwierdzono w wyniku przeprowadzonych badań, iż istnieje ujemna korelacja między częstością spożywania ryb ($z = -2,004$, $p = 0,045$), drobiu ($z = -2,396$, $p = 0,017$) i produktów zbożowych ($z = -2,273$, $p = 0,023$) a potrzebą posiadania dobrego nastroju (Tabela 104).

Tabela 104. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ – „mieć dobry nastrój” a nawyki żywieniowe

	γ -Kruskala- Goodmana*	z	p
Liczba posiłków w ciągu dnia	-0,04	-0,579	0,563
Spożycie I śniadania	-0,16	-1,800	0,072
Spożycie II śniadania	-0,02	-0,237	0,813
Spożycie obiadów	-0,06	-0,436	0,663
Spożycie podwieczorków	0,02	0,341	0,733
Spożycie kolacji	0,04	0,441	0,660
Warzywa	-0,00	-0,055	0,956
Owoce	-0,09	-1,440	0,150
Ryby	-0,13	-2,004	0,045
Drób	-0,16	-2,396	0,017
Mięso wołowe/wieprzowe	0,03	0,506	0,613
Produkty zbożowe	-0,14	-2,273	0,023
Produkty mleczne	-0,07	-1,247	0,212
Słodycze	-0,07	-1,188	0,235
Fast food	-0,05	-0,730	0,465

* współczynnik korelacji gamma

- Mieć odpowiednią wagę ciała

Wyniki badań pokazały, iż:

- ✓ istnieje ujemna korelacja między częstością spożywania podwieczorków a chęcią posiadania odpowiedniej masy ciała ($z = -2,108$, $p = 0,035$);

- ✓ istnieje dodatnia korelacja między częstością spożywania produktów mlecznych a chęcią posiadania odpowiedniej masy ciała ($z=2,270$, $p=0,023$);
- ✓ istnieje ujemna korelacja między częstością spożywania słodczy a chęcią posiadania odpowiedniej masy ciała ($z= -2,254$, $p=0,024$) (Tabela 105).

Tabela 105. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ – „mieć odpowiednią wagę ciała” a nawyki żywieniowe

	γ -Kruskala-Goodmana*	z	p
Liczba posiłków w ciągu dnia	0,24	1,301	0,193
Spożycie I śniadania	0,50	1,662	0,096
Spożycie II śniadania	-0,00	-0,014	0,989
Spożycie obiadów	-0,32	-1,325	0,185
Spożycie podwieczorków	-0,31	-2,108	0,035
Spożycie kolacji	0,34	1,417	0,156
Warzywa	0,11	0,676	0,499
Owoce	0,02	0,130	0,896
Ryby	0,04	0,277	0,782
Drób	0,32	1,881	0,060
Mięso wołowe/wieprzowe	0,22	1,391	0,164
Produkty zbożowe	0,17	1,196	0,232
Produkty mleczne	0,31	2,270	0,023
Słodczy	-0,30	-2,254	0,024
Fast food	-0,15	-0,931	0,352

* współczynnik korelacji gamma

- Jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa

Wyniki badań pokazały, iż istnieje dodatnia korelacja między częstością spożywania drobiu a chęcią nieprzyjmowania leków ($z=2,955$, $p=0,003$) (Tabela 106).

Tabela 106. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ – „jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa” a nawyki żywieniowe

	γ -Kruskala-Goodmana*	z	p
Liczba posiłków w ciągu dnia	-0,32	-1,367	0,172
Spożycie I śniadania	0,43	1,310	0,190
Spożycie II śniadania	0,31	1,564	0,118
Spożycie obiadów	1,00	1,496	0,135
Spożycie podwieczorków	0,17	0,958	0,338
Spożycie kolacji	-0,10	-0,466	0,641
Warzywa	0,19	1,061	0,289
Owoce	0,01	0,078	0,938
Ryby	0,25	1,359	0,174
Drób	0,51	2,955	0,003
Mięso wołowe/wieprzowe	0,11	0,624	0,533
Produkty zbożowe	0,20	1,213	0,225

Produkty mleczne	0,21	1,204	0,229
Słodycze	-0,14	-0,845	0,398
Fast food	0,09	0,537	0,591

* współczynnik korelacji gamma

- Umieć przystosowywać się do zmian w życiu

Stwierdzono w wyniku przeprowadzonych badań, iż istnieje ujemna korelacja między częstością spożywania warzyw ($z = -2,506$, $p = 0,012$) i drobiu ($z = -2,202$, $p = 0,028$) a chęcią przystosowywania się do zmian w życiu (Tabela 107).

Tabela 107. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ – „umieć przystosować się do zmian w życiu” a nawyki żywieniowe

	γ -Kruskala- Goodmana*	z	p
Liczba posiłków w ciągu dnia	0,06	0,870	0,384
Spożycie I śniadania	0,01	0,127	0,899
Spożycie II śniadania	0,04	0,755	0,450
Spożycie obiadów	-0,03	-0,262	0,793
Spożycie podwieczorków	0,04	0,661	0,508
Spożycie kolacji	-0,10	-1,334	0,182
Warzywa	-0,14	-2,506	0,012
Owoce	0,04	0,634	0,526
Ryby	-0,04	-0,674	0,500
Drób	-0,13	-2,202	0,028
Mięso wołowe/wieprzowe	-0,08	-1,358	0,175
Produkty zbożowe	-0,11	-1,947	0,052
Produkty mleczne	-0,08	-1,525	0,127
Słodycze	0,02	0,313	0,755
Fast food	0,05	0,845	0,398

* współczynnik korelacji gamma

- Pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale

Wyniki przeprowadzonych badań ukazały, iż:

- ✓ istnieje ujemna korelacja między częstością spożywania II śniadania a chęcią ograniczenia lub rezygnacji spożycia alkoholu ($z = -2,205$, $p = 0,027$);
- ✓ istnieje dodatnia korelacja między częstością spożywania warzyw ($z = 2,766$, $p = 0,006$) i produktów mlecznych ($z = 2,869$, $p = 0,004$) a chęcią ograniczenia lub rezygnacji spożycia alkoholu (Tabela 108).

Tabela 108. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ – „pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale” a nawyki żywieniowe

	γ -Kruskala-Goodmana*	z	p
Liczba posiłków w ciągu dnia	0,04	0,492	0,622
Spożycie I śniadania	-0,07	-0,697	0,486
Spożycie II śniadania	-0,16	-2,205	0,027
Spożycie obiadów	0,36	1,881	0,060
Spożycie podwieczorków	-0,04	-0,500	0,617
Spożycie kolacji	0,09	0,894	0,372
Warzywa	0,22	2,766	0,006
Owoce	-0,04	-0,494	0,622
Ryby	0,05	0,702	0,483
Drób	0,04	0,459	0,646
Mięso wołowe/wieprzowe	0,10	1,452	0,146
Produkty zbożowe	0,12	1,733	0,083
Produkty mleczne	0,21	2,869	0,004
Słodycze	0,14	1,958	0,050
Fast food	0,08	1,028	0,304

* współczynnik korelacji gamma

- Mieć zdrowe oczy, włosy, cerę

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, iż:

- ✓ istnieje dodatnia korelacja między częstością spożywania obiadu ($z=3,016$, $p=0,003$) i kolacji ($z=2,137$, $p=0,033$) a chęcią posiadania zdrowych oczu, włosów i cery;
- ✓ istnieje ujemną korelacją między częstością spożywania mięsa czerwonego ($z= -2,885$, $p=0,004$) i słodczy ($z= -2,131$, $p=0,033$) a chęcią posiadania zdrowych oczu, włosów i cery (Tabela 109).

Tabela 109. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ – „mieć zdrowe oczy, włosy, cerę” a nawyki żywieniowe

	γ -Kruskala-Goodmana*	z	p
Liczba posiłków w ciągu dnia	0,05	0,459	0,646
Spożycie I śniadania	0,22	1,464	0,143
Spożycie II śniadania	0,10	0,995	0,320
Spożycie obiadów	1,00	3,016	0,003
Spożycie podwieczorków	0,10	1,048	0,295
Spożycie kolacji	0,29	2,137	0,033
Warzywa	0,04	0,428	0,669
Owoce	0,16	1,619	0,106
Ryby	0,02	0,213	0,831
Drób	-0,01	-0,140	0,889
Mięso wołowe/wieprzowe	-0,25	-2,885	0,004

Produkty zbożowe	-0,10	-1,129	0,259
Produkty mleczne	-0,05	-0,550	0,582
Słodycze	-0,18	-2,131	0,033
Fast food	-0,14	-1,485	0,138

* współczynnik korelacji gamma

- Być odpowiedzialnym

Wyniki badań wskazują, iż istnieje dodatnia korelacja między częstością spożywania produktów zbożowych ($z=2,452$, $p=0,015$) i słodyczy ($z=2,031$, $p=0,042$) a chęcią bycia odpowiedzialnym (Tabela 110).

Tabela 110. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ – „być odpowiedzialnym” a nawyki żywieniowe

	γ -Kruskala-Goodmana*	z	p
Liczba posiłków w ciągu dnia	-0,10	-1,153	0,249
Spożycie I śniadania	0,19	1,721	0,085
Spożycie II śniadania	-0,03	-0,361	0,718
Spożycie obiadów	-0,05	-0,315	0,753
Spożycie podwieczorków	0,00	0,054	0,957
Spożycie kolacji	-0,05	-0,562	0,574
Warzywa	0,09	1,342	0,179
Owoce	0,04	0,573	0,566
Ryby	0,09	1,329	0,184
Drób	0,06	0,864	0,388
Mięso wołowe/wieprzowe	0,02	0,287	0,774
Produkty zbożowe	0,16	2,425	0,015
Produkty mleczne	-0,10	-1,528	0,127
Słodycze	0,13	2,031	0,042
Fast food	0,09	1,290	0,197

* współczynnik korelacji gamma

- Potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami

Analiza wyników badań pokazała, iż:

- ✓ istnieje ujemna korelacja między częstością spożywania warzyw ($z= -2,496$, $p=0,013$) i fast foodów ($z= -2,112$, $p=0,035$) a chęcią panowania nad swoimi uczuciami i popędami;
- ✓ istnieje ujemna korelacja między częstością spożywania kolacji a chęcią panowania nad swoimi uczuciami i popędami ($z= -2,426$, $p=0,015$) (Tabela 111).

Tabela 111. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ – „potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami” a nawyki żywieniowe

	γ -Kruskala-Goodmana*	z	P
Liczba posiłków w ciągu dnia	0,15	1,747	0,081
Spożycie I śniadania	0,15	1,343	0,179
Spożycie II śniadania	-0,13	-1,847	0,065
Spożycie obiadów	-0,25	-1,944	0,052
Spożycie podwieczorków	-0,13	-1,949	0,051
Spożycie kolacji	-0,20	-2,426	0,015
Warzywa	-0,18	-2,496	0,013
Owoce	-0,12	-1,748	0,080
Ryby	0,04	0,604	0,546
Drób	-0,11	-1,507	0,132
Mięso wołowe/wieprzowe	-0,06	-0,882	0,378
Produkty zbożowe	-0,03	-0,411	0,681
Produkty mleczne	-0,06	-0,884	0,377
Słodycze	0,03	0,444	0,657
Fast food	-0,15	-2,112	0,035

* współczynnik korelacji gamma

➤ Aktywność fizyczna (tygodniowa aktywność fizyczna)

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, iż istnieje ujemna korelacja między czasem poświęcanym tygodniowo na aktywność fizyczną a chęcią posiadania pracy i różnorodnych zainteresowań ($z = -2,212$, $p = 0,027$) (Tabela 112).

Tabela 112. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ a tygodniowa aktywność fizyczna

	γ -Kruskala-Goodmana*	z	P
Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych	0,05	0,653	0,514
Mieć sprawne wszystkie części ciała	0,08	1,253	0,210
Dożyć późnej starości	0,02	0,195	0,846
Czuć się szczęśliwym przez większość czasu	0,16	1,668	0,095
Dbać o wypoczynek, sen	0,04	0,539	0,590
Umieć się cieszyć z życia	-0,11	-1,654	0,098
Nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność	0,11	0,836	0,403
Należycie się odżywiać	-0,07	-0,693	0,488
Czuć się dobrze	0,10	1,168	0,243
Prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza	-0,12	-0,998	0,318
Akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki	0,05	0,540	0,589

Potrafić pracować bez napięcia i stresu	0,06	0,950	0,342
Potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi	-0,06	-0,675	0,500
Mieć pracę, różnorodnie zainteresowania	-0,16	-2,212	0,027
Nie palić tytoniu	-0,10	-0,682	0,495
Umieć rozwiązywać swoje problemy	-0,15	-1,090	0,276
Mieć dobry nastrój	0,13	1,826	0,068
Mieć odpowiednią wagę ciała	0,32	1,959	0,050
Jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa	-0,44	-1,887	0,059
Umieć przystosowywać się do zmian w życiu	-0,10	-1,653	0,098
Pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale	-0,05	-0,639	0,523
Mieć zdrowe oczy, włosy, cerę	-0,02	-0,198	0,843
Być odpowiedzialnym	0,10	1,384	0,167
Potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami	-0,09	-1,077	0,282

* współczynnik korelacji gamma

➤ **Aktywność sedentarna (czas poświęcany na oglądanie TV, gry, pracę z komputerem)**

Analiza wyników badań pokazała, iż:

- ✓ istnieje ujemna korelacja między czasem poświęcanym tygodniowo na aktywność sedentarną a chęcią nieodczuwania żadnych dolegliwości fizycznych ($z = -3,395$, $p = 0,001$);
- ✓ istnieje ujemna korelacja między czasem poświęcanym tygodniowo na aktywność sedentarną a chęcią panowania nad swoimi uczuciami i popędami ($z = -3,395$, $p = 0,001$) (Tabela 113).

Tabela 113. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ a aktywność sedentarna

	γ -Kruskala-Goodmana*	z	p
Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych	-0,20	-3,395	0,001
Mieć sprawne wszystkie części ciała	-0,05	-0,774	0,439
Dożyć późnej starości	0,09	1,043	0,297
Czuć się szczęśliwym przez większość czasu	-0,07	-0,782	0,434
Dbać o wypoczynek, sen	0,00	0,004	0,996
Umieć się cieszyć z życia	0,01	0,212	0,832
Nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność	-0,04	-0,314	0,753
Należycie się odżywiać	0,06	0,637	0,524
Czuć się dobrze	0,03	0,377	0,706
Prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza	0,00	0,003	0,998
Akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki	0,02	0,211	0,833

Potrafić pracować bez napięcia i stresu	-0,01	-0,279	0,781
Potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi	0,11	1,514	0,130
Mieć pracę, różnorodnie zainteresowania	0,08	1,254	0,210
Nie palić tytoniu	0,00	0,028	0,978
Umieć rozwiązywać swoje problemy	-0,17	-1,504	0,133
Mieć dobry nastrój	0,00	0,046	0,963
Mieć odpowiednią wagę ciała	-0,16	-1,037	0,300
Jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa	-0,01	-0,036	0,971
Umieć przystosowywać się do zmian w życiu	0,04	0,799	0,424
Pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale	0,01	0,149	0,881
Mieć zdrowe oczy, włosy, cerę	0,15	1,627	0,104
Być odpowiedzialnym	-0,01	-0,166	0,868
Potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami	-0,20	-3,395	0,001

* współczynnik korelacji gamma

➤ Forma wypoczynku

- Wykonywanie obowiązków domowych

Wyniki badań pokazują, iż:

- ✓ grupa preferująca wykonywanie obowiązków domowych istotnie rzadziej odczuwa potrzebę dbania o wypoczynek i sen niż osoby niepreferujące tego rodzaju aktywności podczas czasu wolnego ($t_{df=313} = -2,019, p=0,044$);
- ✓ grupa preferująca wykonywanie obowiązków domowych istotnie rzadziej odczuwa potrzebę niepalenia tytoniu niż osoby niepreferujące tego rodzaju aktywności podczas czasu wolnego ($t_{df=313} = -2,213, p=0,028$) (Tabela 114).

Tabela 114. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ a forma wypoczynku: wykonywanie obowiązków domowych

	TAK (N = 156)		NIE (N = 159)		$t_{df=313}$	p*
	M	SD	M	SD		
Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych	1,51	2,08	1,32	2,01	0,804	0,422
Mieć sprawne wszystkie części ciała	1,39	1,94	1,08	1,81	1,495	0,136
Dożyć późnej starości	0,43	1,16	0,52	1,25	-0,679	0,498
Czuć się szczęśliwym przez większość czasu	0,41	1,05	0,23	0,80	1,751	0,081
Dbać o wypoczynek, sen	0,67	1,36	1,01	1,61	-2,019	0,044
Umieć się cieszyć z życia	0,92	1,49	0,96	1,54	-0,267	0,790
Nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność	0,17	0,63	0,18	0,69	-0,040	0,968
Należycie się odżywiać	0,32	0,94	0,34	1,02	-0,172	0,863
Czuć się dobrze	0,26	0,82	0,36	0,92	-0,972	0,332

Prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza	0,15	0,60	0,32	0,93	-1,962	0,051
Akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki	0,24	0,83	0,40	1,05	-1,550	0,122
Potrafić pracować bez napięcia i stresu	1,61	1,89	1,54	1,85	0,323	0,747
Potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi	0,46	1,14	0,60	1,32	-1,067	0,287
Mieć pracę, różnorodne zainteresowania	0,91	1,55	0,79	1,52	0,719	0,472
Nie palić tytoniu	0,07	0,41	0,25	0,90	-2,213	0,028
Umieć rozwiązywać swoje problemy	0,28	0,92	0,14	0,64	1,536	0,126
Mieć dobry nastrój	0,73	1,39	1,07	1,69	-1,939	0,053
Mieć odpowiednią wagę ciała	0,15	0,72	0,10	0,54	0,655	0,513
Jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa	0,13	0,63	0,03	0,26	1,895	0,059
Umieć przystosowywać się do zmian w życiu	1,71	2,05	1,44	1,98	1,166	0,244
Pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale	0,62	1,35	0,46	1,08	1,136	0,257
Mieć zdrowe oczy, włosy, cerę	0,39	1,12	0,36	1,04	0,267	0,790
Być odpowiedzialnym	0,75	1,46	0,82	1,55	-0,398	0,691
Potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami	0,69	1,42	0,72	1,48	-0,151	0,880

M – średnia, SD – odchylenia standardowe
* test t-Studenta

- Spędzanie czasu przed komputerem

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, iż grupa preferująca spędzanie czasu przed komputerem istotnie częściej odczuwa potrzebę bycia szczęśliwym przez większość czasu niż osoby niepreferujące tego rodzaju aktywności podczas czasu wolnego ($t_{df=313}=2,01$, $p=0,045$) (Tabela 115).

Tabela 115. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ a forma wypoczynku: spędzanie czasu przed komputerem

	TAK (N = 36)		NIE (N = 279)		$t_{df=313}$	p*
	M	SD	M	SD		
Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych	1,31	2,04	1,43	2,05	-0,33	0,739
Mieć sprawne wszystkie części ciała	1,39	1,95	1,21	1,87	0,53	0,594
Dożyć późnej starości	0,53	1,40	0,47	1,18	0,27	0,786
Czuć się szczęśliwym przez większość czasu	0,61	1,52	0,28	0,83	2,01	0,045
Dbać o wypoczynek, sen	0,69	1,51	0,86	1,50	-0,61	0,542
Umieć się cieszyć z życia	0,69	1,28	0,97	1,54	-1,03	0,303
Nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność	0,19	0,67	0,17	0,66	0,19	0,849
Należycie się odżywiać	0,31	0,89	0,33	1,00	-0,16	0,874
Czuć się dobrze	0,33	0,93	0,31	0,87	0,16	0,871

Prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza	0,00	0,00	0,27	0,83	-1,91	0,057
Akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki	0,58	1,23	0,29	0,90	1,77	0,077
Potrafić pracować bez napięcia i stresu	1,72	1,94	1,56	1,86	0,50	0,616
Potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi	0,31	1,01	0,56	1,26	-1,16	0,248
Mieć pracę, różnorodne zainteresowania	0,83	1,54	0,85	1,53	-0,06	0,953
Nie palić tytoniu	0,08	0,37	0,17	0,74	-0,68	0,496
Umieć rozwiązywać swoje problemy	0,25	0,87	0,21	0,79	0,30	0,766
Mieć dobry nastrój	0,69	1,26	0,93	1,59	-0,85	0,397
Mieć odpowiednią wagę ciała	0,25	0,94	0,11	0,58	1,27	0,205
Jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa	0,08	0,37	0,08	0,50	0,01	0,992
Umieć przystosowywać się do zmian w życiu	1,42	1,79	1,59	2,05	-0,49	0,625
Pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale	0,64	1,33	0,52	1,21	0,53	0,594
Mieć zdrowe oczy, włosy, cerę	0,28	1,06	0,39	1,08	-0,57	0,568
Być odpowiedzialnym	1,00	1,66	0,76	1,49	0,91	0,361
Potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami	0,75	1,59	0,70	1,43	0,20	0,842

M – średnia, SD – odchylenia standardowe
* test t-Studenta

- Oglądanie TV

W niniejszych badaniach stwierdzono, iż grupa preferująca spędzanie czasu oglądając TV istotnie rzadziej odczuwa potrzebę niepalenia tytoniu niż osoby niepreferujące tego rodzaju aktywności podczas czasu wolnego ($t_{df=313} = -2,39$, $p=0,018$) (Tabela 116).

Tabela 116. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ a forma wypoczynku: oglądanie TV

	TAK (N = 91)		NIE (N = 224)		$t_{df=313}$	p*
	M	SD	M	SD		
Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych	1,55	2,07	1,36	2,04	0,76	0,451
Mieć sprawne wszystkie części ciała	1,32	1,91	1,20	1,86	0,52	0,601
Dożyć późnej starości	0,48	1,22	0,47	1,21	0,07	0,945
Czuć się szczęśliwym przez większość czasu	0,37	1,00	0,29	0,91	0,68	0,497
Dbać o wypoczynek, sen	0,84	1,50	0,84	1,50	-0,02	0,982
Umieć się cieszyć z życia	0,77	1,46	1,01	1,53	-1,27	0,203
Nie chorować, najwyżej rzadko na grype, niestrawność	0,22	0,70	0,16	0,65	0,77	0,441
Należycie się odżywiać	0,33	0,88	0,33	1,02	-0,01	0,996
Czuć się dobrze	0,19	0,61	0,36	0,96	-1,61	0,108

Prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza	0,23	0,75	0,24	0,80	-0,06	0,953
Akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki	0,33	0,98	0,32	0,94	0,11	0,914
Potrafić pracować bez napięcia i stresu	1,53	1,81	1,59	1,90	-0,28	0,776
Potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi	0,38	1,07	0,59	1,30	-1,33	0,184
Mieć pracę, różnorodne zainteresowania	0,96	1,71	0,80	1,45	0,80	0,424
Nie palić tytoniu	0,01	0,10	0,22	0,83	-2,39	0,018
Umieć rozwiązywać swoje problemy	0,16	0,69	0,23	0,84	-0,68	0,497
Mieć dobry nastrój	1,00	1,57	0,86	1,55	0,72	0,475
Mieć odpowiednią wagę ciała	0,18	0,77	0,10	0,57	0,93	0,354
Jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa	0,08	0,45	0,08	0,50	-0,13	0,896
Umieć przystosowywać się do zmian w życiu	1,74	2,05	1,50	2,00	0,92	0,356
Pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale	0,45	1,12	0,57	1,26	-0,80	0,427
Mieć zdrowe oczy, włosy, cerę	0,23	0,91	0,43	1,14	-1,51	0,132
Być odpowiedzialnym	0,84	1,61	0,76	1,46	0,38	0,702
Potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami	0,75	1,43	0,69	1,45	0,33	0,740

M – średnia, SD – odchylenia standardowe

* test t-Studenta

- Czytanie

Wyniki badań pokazują, iż grupa preferująca spędzanie czasu czytając istotnie rzadziej odczuwa potrzebę dożycia późniejszego starości niż osoby niepreferujące tego rodzaju aktywności podczas czasu wolnego ($t_{df=313} = -2,631$, $p=0,009$) (Tabela 117).

Tabela 117. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ a forma wypoczynku: czytanie

	TAK (N = 218)		NIE (N = 97)		$t_{df=313}$	p*
	M	SD	M	SD		
Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych	1,33	2,01	1,59	2,13	-1,012	0,313
Mieć sprawne wszystkie części ciała	1,14	1,83	1,43	1,98	-1,271	0,205
Dożyć późniejszego starości	0,36	1,01	0,74	1,54	-2,631	0,009
Czuć się szczęśliwym przez większość czasu	0,31	0,95	0,33	0,90	-0,157	0,875
Dbać o wypoczynek, sen	0,79	1,45	0,95	1,61	-0,871	0,385
Umieć się cieszyć z życia	1,05	1,59	0,69	1,29	1,955	0,051
Nie chorować, najwyżej rzadko na grype, niestrawność	0,21	0,73	0,09	0,46	1,467	0,143
Należycie się odżywiać	0,32	0,95	0,35	1,06	-0,245	0,807
Czuć się dobrze	0,31	0,85	0,31	0,93	0,025	0,980

Prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza	0,26	0,81	0,18	0,72	0,897	0,370
Akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki	0,33	0,94	0,30	0,97	0,270	0,787
Potrafić pracować bez napięcia i stresu	1,60	1,88	1,53	1,85	0,309	0,758
Potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi	0,53	1,22	0,53	1,28	0,042	0,967
Mieć pracę, różnorodne zainteresowania	0,86	1,54	0,82	1,52	0,177	0,860
Nie palić tytoniu	0,19	0,77	0,08	0,51	1,282	0,201
Umieć rozwiązywać swoje problemy	0,22	0,81	0,19	0,77	0,403	0,687
Mieć dobry nastrój	0,86	1,57	0,99	1,52	-0,670	0,503
Mieć odpowiednią wagę ciała	0,15	0,72	0,06	0,38	1,158	0,248
Jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa	0,08	0,51	0,08	0,43	0,002	0,999
Umieć przystosowywać się do zmian w życiu	1,61	2,04	1,49	1,98	0,449	0,654
Pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale	0,49	1,21	0,64	1,24	-0,995	0,320
Mieć zdrowe oczy, włosy, cerę	0,39	1,11	0,35	1,00	0,264	0,792
Być odpowiedzialnym	0,87	1,57	0,60	1,34	1,467	0,143
Potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami	0,72	1,48	0,66	1,37	0,368	0,713

M – średnia, SD – odchylenia standardowe
* test t-Studenta

- Podjęmowanie różnych form aktywności fizycznej

W opracowanych badaniach stwierdzono brak istotnych statystycznie zależności podejmowania różnych form aktywności fizycznej a wymiarami rozumienia zdrowia według LKZ (Tabela 118).

Tabela 118. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ a forma wypoczynku: podejmowanie różnych form aktywności fizycznej

	TAK (N = 126)		NIE (N = 189)		t _{df=313}	p*
	M	SD	M	SD		
Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych	1,25	1,98	1,52	2,09	-1,124	0,262
Mieć sprawne wszystkie części ciała	1,21	1,89	1,24	1,87	-0,135	0,893
Dożyć późnej starości	0,55	1,29	0,43	1,15	0,856	0,393
Czuć się szczęśliwym przez większość czasu	0,37	1,01	0,29	0,88	0,738	0,461
Dbać o wypoczynek, sen	0,83	1,52	0,84	1,49	-0,046	0,963
Umieć się cieszyć z życia	0,93	1,54	0,95	1,50	-0,106	0,916
Nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność	0,17	0,69	0,17	0,64	0,000	1,000
Należycie się odżywiać	0,31	0,94	0,34	1,01	-0,304	0,762
Czuć się dobrze	0,43	1,05	0,23	0,73	1,958	0,051

Prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza	0,24	0,79	0,23	0,78	0,058	0,954
Akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki	0,38	1,02	0,28	0,90	0,921	0,358
Potrafić pracować bez napięcia i stresu	1,68	1,99	1,50	1,79	0,836	0,404
Potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi	0,57	1,33	0,50	1,17	0,483	0,630
Mieć pracę, różnorodne zainteresowania	0,89	1,56	0,82	1,51	0,390	0,696
Nie palić tytoniu	0,17	0,70	0,15	0,71	0,163	0,871
Umieć rozwiązywać swoje problemy	0,22	0,83	0,21	0,78	0,173	0,863
Mieć dobry nastrój	0,93	1,62	0,88	1,52	0,251	0,802
Mieć odpowiednią wagę ciała	0,07	0,48	0,16	0,72	-1,198	0,232
Jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa	0,05	0,33	0,11	0,56	-1,044	0,297
Umieć przystosowywać się do zmian w życiu	1,37	1,95	1,71	2,05	-1,486	0,138
Pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale	0,48	1,05	0,58	1,33	-0,715	0,475
Mieć zdrowe oczy, włosy, cerę	0,48	1,19	0,31	1,00	1,366	0,173
Być odpowiedzialnym	0,88	1,57	0,72	1,46	0,932	0,352
Potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami	0,56	1,22	0,80	1,57	-1,499	0,135

M – średnia, SD – odchylenia standardowe

* test t-Studenta

- Spotkania ze znajomymi

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, iż:

- ✓ grupa preferująca spędzanie czasu wolnego na spotkaniach ze znajomymi ma istotnie niższą potrzebę nieodczuwania żadnych dolegliwości fizycznych niż osoby niepreferujące tego rodzaju aktywności podczas czasu wolnego ($t_{df=313} = -2,993$, $p=0,003$);
- ✓ grupa preferująca spędzanie czasu wolnego na spotkaniach ze znajomymi ma istotnie niższą potrzebę niechorowania niż osoby niepreferujące tego rodzaju aktywności podczas czasu wolnego ($t_{df=313} = 2,284$, $p=0,023$);
- ✓ grupa preferująca spędzanie czasu wolnego na spotkaniach ze znajomymi ma istotnie wyższą potrzebę dbania o wypoczynek i sen niż osoby niepreferujące tego rodzaju aktywności podczas czasu wolnego ($t_{df=313} = 2,520$, $p=0,012$) (Tabela 119).

Tabela 119. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ a forma wypoczynku: spotkania ze znajomymi

	TAK (N = 184)		NIE (N = 131)		$t_{df=313}$	p*
	M	SD	M	SD		
Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych	1,13	1,86	1,82	2,23	-2,993	0,003
Mieć sprawne wszystkie części ciała	1,09	1,82	1,43	1,94	-1,565	0,119
Dożyć późnej starości	0,50	1,25	0,44	1,16	0,414	0,679
Czuć się szczęśliwym przez większość czasu	0,35	0,96	0,27	0,89	0,683	0,495
Dbać o wypoczynek, sen	1,02	1,63	0,59	1,25	2,520	0,012
Umieć się cieszyć z życia	1,03	1,54	0,82	1,47	1,216	0,225
Nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność	0,10	0,50	0,27	0,83	-2,284	0,023
Należy się odżywiać	0,32	0,95	0,35	1,03	-0,319	0,750
Czuć się dobrze	0,33	0,88	0,29	0,87	0,360	0,719
Prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza	0,20	0,73	0,28	0,86	-0,904	0,367
Akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki	0,30	0,88	0,35	1,04	-0,481	0,631
Potrafić pracować bez napięcia i stresu	1,61	1,93	1,52	1,79	0,444	0,657
Potrafić dobrze współpracować z innymi ludźmi	0,53	1,25	0,53	1,22	-0,051	0,960
Mieć pracę, różnorodne zainteresowania	0,93	1,58	0,73	1,46	1,199	0,231
Nie palić tytoniu	0,19	0,73	0,11	0,68	0,939	0,348
Umieć rozwiązywać swoje problemy	0,20	0,74	0,24	0,88	-0,450	0,653
Mieć dobry nastrój	0,96	1,60	0,82	1,49	0,816	0,415
Mieć odpowiednią wagę ciała	0,10	0,59	0,15	0,70	-0,681	0,496
Jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa	0,08	0,44	0,09	0,55	-0,279	0,780
Umieć przystosowywać się do zmian w życiu	1,76	2,12	1,31	1,84	1,927	0,055
Pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale	0,52	1,14	0,56	1,34	-0,254	0,800
Mieć zdrowe oczy, włosy, cerę	0,43	1,19	0,29	0,91	1,173	0,241
Być odpowiedzialnym	0,67	1,45	0,94	1,57	-1,544	0,124
Potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami	0,61	1,34	0,84	1,57	-1,401	0,162

M – średnia, SD – odchylenia standardowe

* test t-Studenta

- Kino/teatr

Analiza wyników badań pokazała, iż grupa preferująca spędzanie czasu wolnego w kinie/teatrze ma istotnie wyższą potrzebę niepalenia tytoniu niż osoby niepreferujące tego rodzaju aktywności podczas czasu wolnego ($t_{df=313}=2,376$, $p=0,018$) (Tabela 120).

Tabela 120. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ a forma wypoczynku: kino/teatr

	TAK (N = 102)		NIE (N = 213)		$t_{df=313}$	p*
	M	SD	M	SD		
Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych	1,27	2,00	1,48	2,07	-0,829	0,408
Mieć sprawne wszystkie części ciała	1,00	1,73	1,34	1,94	-1,520	0,130
Dożyć późnej starości	0,48	1,18	0,47	1,22	0,043	0,966
Czuć się szczęśliwym przez większość czasu	0,31	0,94	0,32	0,93	-0,049	0,961
Dbać o wypoczynek, sen	0,89	1,53	0,81	1,49	0,442	0,659
Umieć się cieszyć z życia	0,92	1,56	0,95	1,50	-0,147	0,883
Nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność	0,17	0,63	0,18	0,68	-0,147	0,883
Należyście się odżywiać	0,37	0,99	0,31	0,98	0,529	0,597
Czuć się dobrze	0,40	0,95	0,27	0,83	1,279	0,202
Prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza	0,31	0,90	0,20	0,73	1,230	0,219
Akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki	0,28	0,89	0,34	0,98	-0,470	0,639
Potrafić pracować bez napięcia i stresu	1,75	1,96	1,49	1,82	1,184	0,237
Potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi	0,37	1,06	0,61	1,31	-1,569	0,118
Mieć pracę, różnorodne zainteresowania	0,87	1,60	0,84	1,50	0,200	0,842
Nie palić tytoniu	0,29	1,01	0,09	0,49	2,376	0,018
Umieć rozwiązywać swoje problemy	0,25	0,84	0,19	0,77	0,651	0,516
Mieć dobry nastrój	0,73	1,44	0,99	1,61	-1,392	0,165
Mieć odpowiednią wagę ciała	0,09	0,56	0,14	0,67	-0,689	0,492
Jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa	0,07	0,51	0,09	0,47	-0,352	0,725
Umieć przystosowywać się do zmian w życiu	1,75	2,11	1,49	1,97	1,058	0,291
Pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale	0,64	1,26	0,49	1,20	1,013	0,312
Mieć zdrowe oczy, włosy, cerę	0,37	1,09	0,38	1,08	-0,023	0,981
Być odpowiedzialnym	0,79	1,47	0,78	1,52	0,081	0,935
Potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami	0,50	1,25	0,80	1,52	-1,746	0,082

M – średnia, SD – odchylenia standardowe

* test t-Studenta

- Sen i odpoczynek

W niniejszych badaniach stwierdzono, iż:

- ✓ grupa preferująca spędzanie czasu wolnego odpoczywając ma istotnie niższą potrzebę czucia się szczęśliwym przez większość czasu niż osoby niepreferujące tego rodzaju aktywności podczas czasu wolnego ($t_{df=313} = -2,054$, $p=0,041$);
- ✓ grupa preferująca spędzanie czasu wolnego odpoczywając ma istotnie wyższą potrzebę umiejętności pracy bez napięcia i stresu niż osoby niepreferujące tego rodzaju aktywności podczas czasu wolnego ($t_{df=313} = 2,136$, $p=0,033$) (Tabela 121).

Tabela 121. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ a forma wypoczynku: sen i odpoczynek

	TAK (N = 151)		NIE (N = 164)		$t_{df=313}$	p*
	M	SD	M	SD		
Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych	1,26	1,96	1,55	2,12	-1,286	0,199
Mieć sprawne wszystkie części ciała	1,20	1,84	1,26	1,91	-0,300	0,765
Dożyć późnej starości	0,48	1,19	0,47	1,23	0,102	0,919
Czuć się szczęśliwym przez większość czasu	0,21	0,71	0,42	1,10	-2,054	0,041
Dbać o wypoczynek, sen	0,83	1,48	0,84	1,52	-0,041	0,967
Umieć się cieszyć z życia	0,99	1,54	0,89	1,49	0,603	0,547
Nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność	0,12	0,59	0,23	0,72	-1,429	0,154
Należyście się odżywiać	0,32	0,97	0,34	1,00	-0,212	0,832
Czuć się dobrze	0,39	1,00	0,24	0,73	1,556	0,121
Prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza	0,23	0,78	0,24	0,80	-0,211	0,833
Akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki	0,25	0,81	0,38	1,06	-1,239	0,216
Potrafić pracować bez napięcia i stresu	1,81	1,90	1,36	1,82	2,136	0,033
Potrafić dobrze współpracować z innymi ludźmi	0,54	1,32	0,52	1,16	0,086	0,931
Mieć pracę, różnorodne zainteresowania	0,81	1,52	0,88	1,54	-0,367	0,714
Nie palić tytoniu	0,21	0,77	0,12	0,64	1,125	0,261
Umieć rozwiązywać swoje problemy	0,19	0,80	0,23	0,80	-0,441	0,659
Mieć dobry nastrój	0,87	1,50	0,93	1,61	-0,300	0,765
Mieć odpowiednią wagę ciała	0,15	0,73	0,10	0,53	0,765	0,445
Jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa	0,09	0,55	0,08	0,41	0,125	0,901
Umieć przystosowywać się do zmian w życiu	1,62	2,05	1,52	2,00	0,431	0,667
Pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale	0,60	1,26	0,48	1,19	0,922	0,357
Mieć zdrowe oczy, włosy, cerę	0,36	1,04	0,39	1,12	-0,268	0,789

Być odpowiedzialnym	0,77	1,52	0,79	1,50	-0,105	0,916
Potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami	0,67	1,44	0,74	1,45	-0,422	0,673

M – średnia, SD – odchylenia standardowe

* test t-Studenta

➤ Stosowane używki

• Palenie papierosów

Badania pokazały, iż grupa niepalących papierosy ma istotnie niższą potrzebę umiejętności przystosowywać się do zmian w życiu niż osoby palące ($t_{df=265} = -2,517$, $p=0,012$) (Tabela 122).

Tabela 122. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ a stosowanie używek: palenie tytoniu

	Nie palę (N = 242)		Palę (N = 25)		$t_{df=265}$	p*
	M	SD	M	SD		
Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych	1,41	2,08	1,40	1,94	0,021	0,983
Mieć sprawne wszystkie części ciała	1,14	1,82	1,44	2,04	-0,774	0,440
Dożyć późnej starości	0,45	1,16	0,64	1,32	-0,783	0,434
Czuć się szczęśliwym przez większość czasu	0,26	0,83	0,52	1,12	-1,466	0,144
Dbać o wypoczynek, sen	0,90	1,54	0,40	1,12	1,591	0,113
Umieć się cieszyć z życia	0,99	1,52	0,60	1,44	1,229	0,220
Nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność	0,19	0,70	0,16	0,55	0,209	0,835
Należycie się odżywiać	0,34	1,00	0,60	1,26	-1,209	0,228
Czuć się dobrze	0,29	0,83	0,24	0,72	0,284	0,776
Prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza	0,21	0,78	0,24	0,72	-0,154	0,878
Akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki	0,32	0,96	0,40	1,04	-0,404	0,687
Potrafić pracować bez napięcia i stresu	1,60	1,84	1,20	1,78	1,038	0,300
Potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi	0,56	1,29	0,48	1,05	0,292	0,770
Mieć pracę, różnorodne zainteresowania	0,90	1,59	0,52	1,36	1,158	0,248
Nie palić tytoniu	0,16	0,69	0,36	1,15	-1,303	0,194
Umieć rozwiązywać swoje problemy	0,24	0,85	0,08	0,28	0,910	0,364
Mieć dobry nastrój	0,93	1,59	0,88	1,62	0,137	0,891
Mieć odpowiednią wagę ciała	0,12	0,60	0,16	0,80	-0,310	0,757
Jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa	0,10	0,52	0,00	0,00	0,915	0,361

Umieć przystosowywać się do zmian w życiu	1,50	1,99	2,56	2,14	-2,517	0,012
Pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale	0,49	1,22	0,36	0,76	0,528	0,598
Mieć zdrowe oczy, włosy, cerę	0,38	1,09	0,36	1,04	0,071	0,944
Być odpowiedzialnym	0,77	1,49	0,48	1,29	0,934	0,351
Potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami	0,76	1,48	0,92	1,73	-0,506	0,613

M – średnia, SD – odchylenia standardowe
* test t-Studenta

- Picie alkoholu

Niniejsze badania pokazały, iż grupa niepijących alkohol ma istotnie niższą potrzebę posiadania pracy i różnorodnych zainteresowań niż osoby pijące okazjonalnie alkohol ($t_{df=298} = -2,519, p=0,012$) (Tabela 123).

Tabela 123. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ a stosowanie używek: picie alkoholu

	Nie piję (N = 92)		Piję okazjonalnie (N = 208)		$t_{df=298}$	p*
	M	SD	M	SD		
Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych	1,62	2,14	1,33	2,01	1,123	0,263
Mieć sprawne wszystkie części ciała	1,05	1,81	1,25	1,87	-0,866	0,387
Dożyć późnej starości	0,57	1,33	0,43	1,14	0,911	0,363
Czuć się szczęśliwym przez większość czasu	0,30	0,85	0,34	0,99	-0,270	0,787
Dbać o wypoczynek, sen	0,77	1,38	0,91	1,58	-0,744	0,458
Umieć się cieszyć z życia	1,12	1,58	0,84	1,46	1,480	0,140
Nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność	0,20	0,70	0,15	0,63	0,514	0,607
Należyście się odżywiać	0,47	1,24	0,26	0,82	1,715	0,087
Czuć się dobrze	0,29	0,92	0,30	0,82	-0,043	0,966
Prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza	0,21	0,78	0,24	0,79	-0,295	0,768
Akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki	0,36	1,05	0,29	0,88	0,601	0,548
Potrafić pracować bez napięcia i stresu	1,33	1,75	1,68	1,91	-1,527	0,128
Potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi	0,64	1,27	0,49	1,24	0,967	0,334
Mieć pracę, różnorodne zainteresowania	0,51	1,17	0,99	1,65	-2,519	0,012
Nie palić tytoniu	0,16	0,76	0,17	0,71	-0,058	0,954
Umieć rozwiązywać swoje problemy	0,32	1,05	0,17	0,67	1,458	0,146
Mieć dobry nastrój	1,04	1,58	0,81	1,53	1,222	0,223
Mieć odpowiednią wagę ciała	0,13	0,67	0,13	0,64	0,008	0,994
Jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa	0,14	0,67	0,06	0,39	1,269	0,206
Umieć przystosowywać się do zmian w życiu	1,32	1,94	1,70	2,04	-1,538	0,125

Pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale	0,46	1,16	0,56	1,23	-0,666	0,506
Mieć zdrowe oczy, włosy, cerę	0,30	0,92	0,41	1,15	-0,769	0,443
Być odpowiedzialnym	0,73	1,54	0,85	1,52	-0,616	0,539
Potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami	0,95	1,72	0,64	1,34	1,668	0,096

M – średnia, SD – odchylenia standardowe

* test t-Studenta

Niniejsze wyniki badań pokazały, iż:

- ✓ istnieje dodatnia korelacja między ilością wypijanych „lampek” alkoholu a chęcią nieodczuwania żadnych dolegliwości fizycznych ($z=2,077$, $p=0,038$);
- ✓ istnieje dodatnia korelacja między ilością wypijanych „lampek” alkoholu a chęcią posiadania umiejętności pracowania bez napięcia i stresu ($z=2,038$, $p=0,042$);
- ✓ istnieje ujemna korelacja między ilością wypijanych „lampek” alkoholu a chęcią niepalenia tytoniu ($z= -2,636$, $p=0,008$);
- ✓ istnieje ujemna korelacja między ilością wypijanych „lampek” alkoholu a chęcią nieprzyjmowania lekarstw ($z= -2,369$, $p=0,018$);
- ✓ istnieje ujemna korelacja między ilością wypijanych „lampek” alkoholu a chęcią bycia odpowiedzialnym ($z= -3,238$, $p=0,001$) (Tabela 124).

Tabela 124. Korelacja wymiarów rozumienia zdrowia wg LKZ a stosowanie używek: ilość spożywanego alkoholu

	γ -Kruskala-Goodmana*	z	p
Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych	0,15	2,077	0,038
Mieć sprawne wszystkie części ciała	0,01	0,182	0,855
Dożyć późnej starości	0,14	1,464	0,143
Czuć się szczęśliwym przez większość czasu	-0,01	-0,062	0,951
Dbać o wypoczynek, sen	-0,07	-0,960	0,337
Umieć się cieszyć z życia	-0,13	-1,763	0,078
Nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność	0,15	0,998	0,319
Należycie się odżywiać	0,22	1,878	0,060
Czuć się dobrze	0,06	0,580	0,562
Prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza	-0,12	-0,970	0,332
Akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki	-0,02	-0,205	0,838
Potrafić pracować bez napięcia i stresu	0,13	2,038	0,042
Potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi	0,07	0,701	0,483
Mieć pracę, różnorodne zainteresowania	-0,13	-1,754	0,079
Nie palić tytoniu	-0,41	-2,636	0,008
Umieć rozwiązywać swoje problemy	0,00	0,020	0,984
Mieć dobry nastrój	-0,01	-0,155	0,877

Mieć odpowiednią wagę ciała	0,04	0,246	0,806
Jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa	-0,54	-2,368	0,018
Umieć przystosowywać się do zmian w życiu	0,09	1,386	0,166
Pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale	-0,06	-0,719	0,472
Mieć zdrowe oczy, włosy, cerę	0,04	0,343	0,732
Być odpowiedzialnym	-0,25	-3,238	0,001
Potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami	0,11	1,300	0,194

* współczynnik korelacji gamma

- Picie kawy

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, iż:

- ✓ grupa pijących kawę ma istotnie niższą potrzebę dożycia późnej starości niż osoby niepijące kawy ($t_{df=313} = -1,984$, $p=0,048$);
- ✓ grupa pijących kawę ma istotnie wyższą potrzebę posiadania umiejętności pracy bez napięcia i stresu niż osoby niepijące kawy ($t_{df=313}=1,998$, $p=0,047$);
- ✓ grupa pijących kawę ma istotnie niższą potrzebę posiadania dobrego nastroju niż osoby niepijące kawy ($t_{df=313}= -1,994$, $p=0,047$);
- ✓ grupa pijących kawę ma istotnie wyższą potrzebę posiadania umiejętności przystosowywania się do zmian w życiu niż osoby niepijące kawy ($t_{df=313}=4,369$, $p<0,001$);
- ✓ grupa pijących kawę ma istotnie wyższą potrzebę bycia odpowiedzialnym niż osoby niepijące kawy ($t_{df=313}=2,265$, $p=0,024$) (Tabela 125).

Tabela 125. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ a stosowanie używek: picie kawy

	TAK (N = 27)		NIE (N = 288)		$t_{df=313}$	p*
	M	SD	M	SD		
Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych	1,89	2,19	1,37	2,03	1,265	0,207
Mieć sprawne wszystkie części ciała	0,81	1,59	1,27	1,90	-1,208	0,228
Dożyć późnej starości	0,04	0,19	0,52	1,25	-1,984	0,048
Czuć się szczęśliwym przez większość czasu	0,30	1,03	0,32	0,93	-0,123	0,902
Dbać o wypoczynek, sen	0,41	1,05	0,88	1,53	-1,564	0,119
Umieć się cieszyć z życia	0,52	1,37	0,98	1,52	-1,515	0,131
Nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność	0,00	0,00	0,19	0,69	-1,437	0,152
Należy się odżywiać	0,15	0,60	0,35	1,01	-1,006	0,315
Czuć się dobrze	0,11	0,42	0,33	0,90	-1,246	0,214
Prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza	0,52	1,31	0,21	0,72	1,966	0,050

Akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki	0,11	0,42	0,34	0,98	-1,201	0,231
Potrafić pracować bez napięcia i stresu	2,26	1,85	1,51	1,86	1,998	0,047
Potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi	0,33	1,00	0,55	1,26	-0,864	0,388
Mieć pracę, różnorodne zainteresowania	0,85	1,43	0,85	1,54	0,015	0,988
Nie palić tytoniu	0,15	0,53	0,16	0,72	-0,081	0,935
Umieć rozwiązywać swoje problemy	0,11	0,58	0,22	0,81	-0,693	0,489
Mieć dobry nastrój	0,33	0,88	0,95	1,60	-1,994	0,047
Mieć odpowiednią wagę ciała	0,22	0,85	0,11	0,61	0,843	0,400
Jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa	0,00	0,00	0,09	0,51	-0,925	0,356
Umieć przystosowywać się do zmian w życiu	3,15	1,83	1,42	1,97	4,369	<0,001
Pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale	0,33	0,92	0,56	1,25	-0,904	0,367
Mieć zdrowe oczy, włosy, cerę	0,22	0,80	0,39	1,10	-0,767	0,444
Być odpowiedzialnym	1,41	1,87	0,73	1,46	2,265	0,024
Potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami	0,78	1,25	0,70	1,46	0,274	0,784

M – średnia, SD – odchylenia standardowe

* test t-Studenta

7.4. Wskazanie, jak zadowolenie z życia (skala SWLS – Skala Satysfakcji z Życia) wpływa na zachowania zdrowotne nauczycieli (nawyki żywieniowe, aktywność fizyczna, forma wypoczynku, stosowane używki)

➤ Nawyki żywieniowe

Wyniki przeprowadzonych badań z wykorzystaniem kwestionariusza SWLS pokazały, iż istnieje dodatnia korelacja między częstością spożywania I i II śniadania (odpowiednio: $z=3,719$, $p<0,001$; $z=2,817$, $p=0,005$) oraz obiadów ($z=3,561$, $p<0,001$) a poziomem satysfakcji z życia. Natomiast istnieje dodatnia korelacja między częstością spożywania warzyw, owoców i ryb (odpowiednio: ($z=3,892$, $p<0,001$; $z=2,745$, $p=0,006$, $z=2,041$, $p=0,041$) a poziomem satysfakcji z życia (Tabela 126).

Tabela 126. Zadowolenie z życia wg SWLS w zależności od nawyków żywieniowych badanych

	γ -Kruskala-Goodmana*	z	p
Liczba posiłków w ciągu dnia	0,06	0,935	0,350
Spożycie I śniadania	0,27	3,719	<0,001
Spożycie II śniadania	0,15	2,817	0,005
Spożycie obiadów	0,38	3,561	<0,001
Spożycie podwieczorków	0,03	0,684	0,494
Spożycie kolacji	0,05	0,776	0,438
Warzywa	0,20	3,892	<0,001
Owoce	0,14	2,745	0,006
Ryby	0,10	2,041	0,041
Drób	0,04	0,740	0,459
Mięso wołowe/wieprzowe	0,03	0,657	0,511
Produkty zbożowe	0,05	1,031	0,303
Produkty mleczne	-0,04	-0,748	0,454
Słodycze	-0,05	-1,133	0,257
Fast food	0,04	0,780	0,435

* współczynnik korelacji gamma

➤ Aktywność fizyczna

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, iż brak jest istotnego statystycznie wpływu aktywności fizycznej na poziom satysfakcji z życia (Tabela 127).

Tabela 127. Zadowolenie z życia wg SWLS a aktywność fizyczna

	γ -Kruskala-Goodmana*	z	p
Czas poświęcany tygodniowo na aktywność fizyczną	0,06	0,935	0,350

* współczynnik korelacji gamma

➤ Zachowania sedentarne

Wyniki badań pozwoliły na wysunięcie stwierdzenia, iż istnieje ujemna korelacja między czasem spędzonym tygodniowo na czynnościach sedentarnych a poziomem satysfakcji z życia ($z = -2,003$, $p = 0,045$) (Tabela 128).

Tabela 128. Zadowolenie z życia wg SWLS w zależności od czynności sedentarnych

	γ -Kruskala-Goodmana*	z	p
Czas poświęcany tygodniowo na czynności sedentarne	-0,10	-2,003	0,045

* współczynnik korelacji gamma

➤ Forma wypoczynku

Przeprowadzone badania dowodzą, iż:

- ✓ średni poziom satysfakcji z życia jest istotnie niższy w grupie spędzających czas przed komputerem podczas czasu wolnego niż w grupie niepreferującej tej aktywności w czasie wolnym ($t_{df=313} = -2,658$, $p = 0,008$);
- ✓ średni poziom satysfakcji z życia jest istotnie niższy w grupie uprawiającej aktywność fizyczną w czasie wolnym niż w grupie niepreferującej tej aktywności w czasie wolnym ($t_{df=313} = -3,355$, $p = 0,001$);
- ✓ średni poziom satysfakcji z życia jest istotnie wyższy w grupie spędzającej czas na spotkaniach ze znajomymi niż w grupie niepreferującej tej aktywności w czasie wolnym ($t_{df=313} = 2,108$, $p = 0,036$) (Tabela 129).

Tabela 129. Zadowolenie z życia wg SWLS a forma wypoczynku

	TAK		NIE		$t_{df=313}$	p*
	M	SD	M	SD		
Wykonywanie obowiązków domowych	6,12	1,80	6,25	1,77	-0,646	0,519
Spędzanie czasu przed komputerem	5,44	2,36	6,28	1,68	-2,658	0,008
Oglądanie TV	6,21	1,91	6,17	1,74	0,176	0,860
Czytanie	6,09	1,77	6,38	1,80	-1,333	0,184
Podejmowanie różnych form aktywności fizycznej	5,91	1,83	6,59	1,64	-3,355	0,001
Spotkania ze znajomymi	6,36	1,58	5,93	2,02	2,108	0,036
Kino/teatr	6,21	1,83	6,17	1,76	0,171	0,864
Sen i odpoczynek	6,05	1,82	6,30	1,75	-1,287	0,199

M – średnia, SD – odchylenia standardowe

* test t-Studenta

➤ Stosowane używki

Jak wynika z badań, średni poziom satysfakcji z życia jest wyższy w grupie niepalących tytoniu niż w grupie palących ($t_{df=265}=2,174$, $p=0,031$) (Tabela 130).

Tabela 130. Zadowolenie z życia wg SWLS a stosowanie używek: palenie tytoniu

	Nie palę (N = 242)		Palę (N = 25)		$t_{df=265}$	p*
	M	SD	M	SD		
Satysfakcja z życia (wynik stenowy)	6,29	1,74	5,48	2,02	2,174	0,031

M – średnia, SD – odchylenia standardowe

* test t-Studenta

Wyniki niniejszych badań pokazują, iż brak jest istotnego statystycznie wpływu spożywania alkoholu okazjnie na poziom satysfakcji z życia ($t_{df=298}= -0,111$, $p=0,912$) (Tabela 131).

Tabela 131. Zadowolenie z życia wg SWLS a stosowanie używek: spożywanie alkoholu: okazjnie

	Nie piję (N = 92)		Piję okazjonalnie (N = 208)		$t_{df=298}$	p*
	M	SD	M	SD		
Satysfakcja z życia (wynik stenowy)	6,16	1,66	6,19	1,81	-0,111	0,912

M – średnia, SD – odchylenia standardowe

* test t-Studenta

Niniejsze wyniki badań pokazały, iż brak jest istotnego statystycznie wpływu ilości spożywanego alkoholu na poziom satysfakcji z życia ($z=0,249$, $p=0,803$) (Tabela 132).

Tabela 132. Zadowolenie z życia wg SWLS a stosowanie używek: ilość spożywanego alkoholu

	γ -Kruskala- Goodmana*	z	p
Ilość spożywanego alkoholu w miesiącu (lampka)	0,01	0,249	0,803

* współczynnik korelacji gamma

Stwierdzono w wyniku przeprowadzonych badań, iż brak jest istotnego statystycznie wpływu picia kawy na poziom satysfakcji z życia (Tabela 133).

Tabela 133. Zadowolenie z życia wg SWLS a stosowanie używek: picie kawy

	Pije kawę (N = 27)		Nie pije kawy (N = 288)		$t_{df=313}$	p*
	M	SD	M	SD		
Satysfakcja z życia (wynik stenowy)	6,37	1,84	6,16	1,78	0,577	0,565

M – średnia, SD – odchylenia standardowe

* test t-Studenta

V.Dyskusja

Zdrowie stanowi jedną z najważniejszych wartości w życiu każdego człowieka i jest uwarunkowana wieloma czynnikami, wśród których znaczącą rolę odgrywają zachowania związane ze zdrowiem, a składające się na styl życia. Zachowania prawidłowe (tzw. prozdrowotne) chronią przed zagrożeniami, zwiększają potencjał zdrowotny oraz służą walce z chorobami. W procesie kształtowania zachowań prozdrowotnych a jednocześnie przeciwdziałaniu zachowaniom antyzdrowotnym istotną rolę odgrywa edukacja zdrowotna. To szkoła, obok rodziny, jest odpowiedzialna za realizację i wdrażanie w życie dzieci edukacji zdrowotnej. Podnoszenie świadomości zdrowotnej ucznia, kształtowanie prawidłowych zachowań zdrowotnych, tworzenie odpowiednich nawyków zdrowotnych to najważniejsze z zadań stawianych przed nauczycielem. Podejmowanie takich działań sprawi, iż uczniowie będą podejmować właściwe decyzje dotyczące własnego zdrowia [21,22,24,105,106,114,130,131,132,176,179,199,221,242].

Działania szkoły w tym zakresie są znaczące, ale to rola nauczyciela jest najważniejsza, który powinien być kreatorem zdrowego stylu życia. Warunkiem skuteczności jest tutaj osobisty przykład pedagoga, który powinien stanowić wzorzec do naśladowania. Nauczyciel powinien reprezentować postawę prozdrowotną, tak aby każdy z uczniów chciał go naśladować i czerpać radość oraz korzyści zdrowotne wynikające z prowadzonego zdrowego stylu życia. Nauczyciel powinien być jednym z ważniejszych animatorów prawidłowego stylu życia nie tylko dla uczniów, ale i dla całego środowiska lokalnego [57,102,105,106,160,168,172,188, 265,269,273].

Badania nad zachowaniami zdrowotnymi oraz stylem życia nauczycieli obejmują nieliczne, a tym samym niereprezentatywne grupy z wybranych rejonów Polski. Badania nad zachowaniami zdrowotnymi nauczycieli prowadzili w Polsce m.in. Janusz Kirenko, Magdalena Woynarowska-Sołdan i Dorota Więziak-Białowolska, Monika Zysnarska i Dorota Bernard oraz Barbara Prażmowska, którzy jednoznacznie wykazali, iż zachowania zdrowotne nauczycieli odbiegają od prawidłowego modelu zachowań zdrowotnych [107,206,271,291].

Istotnym dla poprawy zachowań zdrowotnych nauczycieli w polskich szkołach należących do sieci szkół promujących zdrowie była próba wdrożenia w 2016 roku pod kierunkiem P. M. Woynarowskiej-Sołdan programu „*Promocja zdrowia wśród kadry szkolnej*”. Wyniki oceny podsumowującej projekt uznano za pozytywne i obiecujące.

Po zakończeniu projektu w 16 szkołach na 20 objętych niniejszym projektem kontynuowano działania w zakresie promocji zdrowia pracowników [270,271].

Liczne badania wskazują na występowanie w grupie zawodowej nauczycieli wielu problemów zdrowotnych m.in. nadwagi i otyłości. Problem ten dotyka obecnie osoby w różnym wieku nie tylko w Polsce, ale i na całym świecie. Badania prowadzone w Polsce pokazują, iż co czwarty dorosły Polak cierpi z powodu otyłości, a z nadwagą zmagają się co czwarty chłopiec i co trzecia dziewczynka w wieku szkolnym. Polacy na tle Europy tyją w zatrważającym tempie [38,211,225,228,230,251,260,269].

Z przeprowadzonych badań w grupie nauczycieli szkół podstawowych stwierdzono, iż 9,8% badanych cierpi z powodu otyłości a 28,9% ma nadwagę. Jest to ogólny problem, który stwierdzono również w innych badaniach prowadzonych m.in. w województwie śląskim, gdzie problem otyłości występuje u ponad 30,00% nauczycieli [203]. Badania prowadzone w innych ośrodkach naukowych nad niniejszym problemem zdrowotnym nauczycieli pokazały, iż konsekwencją znacznego przyrostu masy ciała są występujące choroby przewlekłe i liczne dolegliwości bólowe, z którymi zmagają się nauczyciele każdego dnia [10,27,55,59,190,251]. W badaniach przedstawionych w niniejszej dysertacji zwrócono również uwagę na niniejszy problem.

Najczęstszymi chorobami występującymi u badanych nauczycieli są choroby tarczycy – 24,4% oraz nadciśnienie tętnicze krwi – 16,2%, a wśród występujących dolegliwości występują: ból kręgosłupa – 39,4% oraz problemy ze wzrokiem – 31,7%. We Francji natomiast zaobserwowano wśród nauczycieli wzrost częstości chorób układu sercowo-naczyniowego oraz zaburzeń psychicznych i psychosomatycznych, które dotyczą 32% przypadków i są przyczyną wcześniejszego przejścia na emeryturę [59,71,72, 77].

Badania prowadzone w Polsce nad ogólnym stanem zdrowia nauczycieli, pokazały z jak dużymi problemami zdrowotnymi zmagają się pedagodzy. Stan zdrowia określono jako – zły (74,98%) [107]. W badaniach własnych nie trudno zauważyć, iż stan zdrowia nauczycieli (ocena subiektywna) oceniono na poziomie dobrym (62,5%). Jednakże nie można pominąć istotnej kwestii dotyczącej przewagi występujących nieprawidłowych zachowań zdrowotnych w badanej grupie, co w przyszłości może skutkować pogarszającym się stanem zdrowia [50,68,87,105,106,107,172,176].

Jak twierdzi A.M. Gracianon i wsp. na podstawie przeprowadzonych badań nauczyciele przyjmują systematycznie leki niezaordynowane przez lekarza m.in. leki uspokajające (45,7%). Badania przedstawione w niniejszej rozprawie również zwracają uwagę na ten fakt. Najczęściej badani deklarowali przyjmowanie leków przeciwbólowych

(72,4%) oraz uspokajających (15,9%). Problem przyjmowania leków bez konkretnego wskazania przez lekarza może skutkować w przyszłości wieloma problemami zdrowia fizycznego i zaburzeniami w obszarze zdrowia psychicznego [79,131,193].

Pandemia COVID-19 wywołana przez koronawirusa SARS-CoV-2 ma swój ogromny udział w zmianach zachowań zdrowotnych również, jak udowodniono w grupie badanych nauczycieli. Zaobserwowano u 43,8% badanych wpływ pandemii na zmianę zachowań zdrowotnych: z pro- na antyzdrowotne, co w przyszłości zapewne będzie skutkowało pogorszeniem stanu zdrowia [102,188,228, 230,240].

Rola nauczyciela, jako promotora zdrowia, to bezustanne doskonalenie wiedzy, umiejętności, które sprzyjają poprawie zdrowia, zarówno samej osoby zainteresowanej, ale także zdrowia uczniów i osób najbliższych. Niepokojącym jest jednak fakt, iż większość badanych (77,8%) zasięga informacji na temat szeroko pojętego zdrowia ze źródeł internetowych. Do podobnych spostrzeżeń doszedł R.L. Horta i wsp. twierdząc również, iż istotnym jest systematyczny i aktywny udział nauczycieli w kursach/warsztatach dotyczących zdrowia [88].

Często poruszonym tematem w literaturze przedmiotu jest problem stosowania używek u osób dorosłych m.in. palenia tytoniu i spożywania alkoholu. Jak pokazują badania prowadzone przez M. Goldberg i wsp. jest to problem, który dotyczy również nauczycieli we Francji. Do palenia tytoniu przyznaje się – 49,76% badanych, natomiast do systematycznego (przynajmniej 2 razy w tygodniu) spożywania alkoholu, aż 78,46% badanych [77]. Wyniki badań własnych pokazują jednakże, iż osoby palące tytoń to niespełna 8,00%, natomiast 66,00% badanych nauczycieli sięga okazjnie po alkohol.

Problem stosowania używek przez nauczycieli jest szeroko badany również w Australii i Kanadzie. Odsetek procentowy nauczycieli sięgających po alkohol systematycznie (min. 3 razy w tygodniu) jest zatrważający. W Kanadzie alkohol spożywa systematycznie – 13,15% a w Australii – 39,15% nauczycieli [165,166].

Problem stosowania używek jest problemem bardzo istotnym nie tylko z punktu widzenia zdrowotnego badanych, ale i roli jaką pełni nauczyciel w szkole, a więc: promotora zdrowia, opiekuna, mentora i wzoru do naśladowania dla wszystkich wychowanków [105,106,107,206,219].

Jednym z czynników warunkujących zdrowie człowieka jest aktywność fizyczna. Poziom aktywności fizycznej wśród nauczycieli jest stosunkowo niski. Jak wynika z badań prowadzonych przez M. Laaksonena nauczyciele poświęcają na aktywność fizyczną zaledwie od 2 do 4 godzin tygodniowo [139]. Według WHO poziom aktywności fizycznej

dla osoby dorosłej powinien wynosić min. 1 godzinę dziennie [1,13,43,110,280]. W badaniach przeprowadzonych na rzecz niniejszej rozprawy pokazano również występujący problem związany z niską aktywnością fizyczną nauczycieli – 61,6% podejmuje aktywność fizyczną od 1-3 godzin tygodniowo, a najczęściej wybieraną jest spacer jako forma aktywności fizycznej – tak zadeklarowało 65,7% badanych.

Kolejnym istotnym czynnikiem wpływającym na stan zdrowia jest prawidłowe odżywianie. W badaniach zaprezentowanych w niniejszej pracy uwzględniono m.in. częstość spożywanych posiłków, jak i rodzaj produktów najczęściej spożywanych przez badanych. Wyniki przedstawiają się następująco: 4-5 posiłków dziennie spożywa 63,5% badanych, natomiast owoce i warzywa spożywa 41,00%, słodczyce – 2 razy dziennie 23,8% oraz fast-foody 5 razy w miesiącu, aż 33,7% badanych. Do podobnych wniosków doszli inni badacze [77,88,130,139,182]. Badania te pokazały, iż występuje istotny problem z wyborem zdrowej żywności i przygotowaniem wartościowych pod względem składników odżywczych posiłków. Wyniki badań własnych pokazały, iż nauczyciele spożywają przynajmniej raz w tygodniu: fast-foody (48,67%), słodczyce (59,12%), stosują nadmierną ilość soli (55,14%) oraz wybierają napoje słodzone i gazowane (74,34%).

Badania dzieci i kadry pracowników szkół w Australii pokazują, jak duże znaczenie przykłada się do poprawy odżywiania. Od ponad 10 lat obserwowano występującą przewagę nieprawidłowych zachowań żywieniowych szczególnie wśród nauczycieli co skutkowało m.in. wzrostem występowania nadwagi (38,14%). Liczne programy edukacyjne znacznie przyczyniły się do poprawy niniejszej sytuacji [165].

W niniejszych badaniach własnych zastosowano standaryzowane kwestionariusze ankiety: SWLS, IZZ oraz LKZ.

Według kwestionariusza SWLS badani nauczyciele stwierdzili w większości, iż są w stopniu *przeciętnym* zadowoleni z życia (48,57%), co też wpływa na ich stosunek i motywację do wprowadzenia zmian w ich stylu życia. Stwierdzono, iż średni poziom satysfakcji z życia jest niższy w grupie spędzającej czas przed komputerem ($p=0,008$); natomiast stwierdzono dodatnią korelację pomiędzy częstością spożywania warzyw, owoców i ryb a poziomem satysfakcji z życia.

Według IZZ poziom zachowań zdrowotnych został określony przez większość badanych jako przeciętny – 61,90%. Obszar *zachowań profilaktycznych* był najczęściej wybieranym przez badanych, jako ten najistotniejszy dla zachowania dobrego zdrowia. Stwierdzono, że im bardziej pozytywne *nawyki żywieniowe, nastawienie psychiczne*

i wyższe nasilenie *praktyk zdrowotnych* tym wyższa subiektywna ocena stanu zdrowia nauczycieli.

Według LKZ najważniejszymi dla respondentów były następujące kryteria: „nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych” oraz „mieć sprawne wszystkie części ciała”. Stwierdzono ujemną korelację, między czasem poświęcanym na zajęcia sedentarne a chęcią nieodczuwania żadnych dolegliwości fizycznych ($p=0,001$), jak również badana grupa deklarująca spędzanie czasu przed komputerem, istotnie częściej odczuwa potrzebę bycia szczęśliwym ($p=0,045$).

Niestety różnorodność metod i narzędzi badawczych utrudnia porównanie wyników i śledzenie zmian w analizowanych zakresach problemowych. W badaniach własnych stwierdzono, iż znaczna część badanych (58,37%) nie jest zadowolonych z wyboru zawodu i swojego życia, co jest bardzo niepokojące. Natomiast badani nauczyciele przywiązują znaczącą wagę do badań profilaktycznych (46,32%), co jest bardzo pozytywnym kierunkiem w przyszłości w zapobieganiu chorobom i utrzymaniu dobrego stanu zdrowia. W badaniach tych zaobserwowano, iż dobre zdrowie fizyczne jest najważniejsze dla badanych m.in. nie odczuwanie bólu czy dobra sprawność fizyczna – tak sądzi 84,67% badanych. W badaniach wykonanych na potrzeby niniejszej dysertacji stwierdzono również, iż mniejsze znaczenie dla badanych ma zdrowie psychiczne – 32,35%. Do podobnych spostrzeżeń doszedł J. Kirenko i wsp. Badania niniejszych Autorów pokazują, iż ponad 67,00% nauczycieli szkół podstawowych w Polsce nie jest zadowolonych z wyboru zawodu i nie ma tym samym satysfakcji z wykonywanej pracy, co znacząco przekłada się na ich zdrowie fizyczne i psychiczne [106,107]. Badania J. Pyżalskiego również dowodzą, iż nauczyciele nie są zadowoleni z dotychczasowego życia (81,23%), co znacząco wpływa na ich stan zdrowia. Jednakże podejście badanych do badań profilaktycznych jest dowodem na chęć poprawy i utrzymania dobrego zdrowia na jak najwyższym poziomie [206].

W badaniach przedstawionych w niniejszej pracy stwierdzono wpływ płci na zachowania zdrowotne. Mężczyźni (63,16%) spożywają istotnie statystycznie więcej posiłków niż kobiety (29,60%), jak również deklarują większe spożycie mięsa czerwonego (kilka razy w tygodniu) (52,63%). Grupa badanych mężczyzn częściej deklaruje podejmowanie aktywności fizycznej (36,84%) oraz spędzanie czasu wolnego aktywniej niż kobiety (3,61%). W badaniach C. Caussidier i wsp. nad zachowania prozdrowotnymi kandydatów na nauczycieli kobiety stosunkowo częściej niż mężczyźni przejawiały skłonności do przestrzegania zasad zdrowego stylu życia oraz do zachowań o charakterze

profilaktycznym [29]. Natomiast w badaniach C.M. Chan i wsp. wśród nauczycieli pracujących zawodowo nie wykazano związków między płcią a skłonnością do przejawiania zachowań prozdrowotnych, potwierdzono jedynie występowanie zachowań profilaktycznych wśród nauczycielek [30].

Wyniki przeprowadzonych badań przez M. Laaksonena i wsp. oraz L. McLellana i wsp. potwierdziły istnienie korelacji między takimi czynnikami demograficznymi, jak: płeć, wiek i staż pracy a zachowaniami prozdrowotnymi nauczycieli. Nauczyciele z dłuższym stażem pracy częściej deklarowali sięganie po używki, takie jak tytoń, alkohol, przejawiali nieprawidłowe nawyki żywieniowe, ale poddawali się systematycznym badaniom profilaktycznym [139,165]. Konfrontując niniejsze badania z wynikami badań własnych, należy stwierdzić, iż w grupie badanych wraz z wiekiem zmieniają się zachowania żywieniowe, badani częściej spożywają owoce i warzywa, unikają dań typu fast-food, jednakże im dłuższy staż pracy tym większy spadek aktywności fizycznej. Używki natomiast spożywane są częściej przez badanych z krótszym stażem pracy.

W Brazylii zaobserwowano wśród nauczycieli z krótszym stażem pracy podejmowanie prawidłowych zachowań zdrowotnych – 61,23%. Negatywne zachowania zdrowotne były natomiast widoczne wśród nauczycieli z dłuższym stażem pracy – 69,41% [79,88].

Tendencja do pokazania wpływu statusu materialnego, na zachowania zdrowotne badanych nauczycieli jest widoczna w przypadku takich obszarów zdrowotnych, jak: aktywność fizyczna, wypoczynek, zadowolenie z życia oraz przybieranie na masie ciała [105,106,160,161,206,207,269]. W wynikach badań własnych respondenci określili w większości swój status materialny jako dobry (53,3%) oraz zły (38,7%), potwierdzając jednocześnie istotny wpływ statusu materialnego na ich zachowania zdrowotne.

Niepokojącym jest niski poziom aktywności fizycznej, ale i brak systematycznie podejmowanej aktywności fizycznej przez nauczycieli będących w związku formalnym (15,03%) oraz o dłuższym stażu pracy (21,74%). W większości nauczyciele wybierali następujące formy aktywności fizycznej: spacer (63,25%) oraz jazda na rowerze (55,60%). Potwierdzono otrzymane wyniki badań z wynikami badań innych autorów [77,79,88,165].

Zdaniem M. Muszalika i wsp. blisko połowa nauczycieli podejmuje aktywność fizyczną 3 razy w tygodniu, a najczęściej wybieraną formą aktywności jest jazda na rowerze (72,32%) oraz spacer (42,54%). Istnieje także związek między stanem cywilnym a zmianami w zachowaniach zdrowotnych badanych - nauczyciele stanu wolnego

przejawiają najbardziej prozdrowotny styl życia [171]. Do podobnych wniosków doszli również A. Kulik i wsp. oraz M. Laaksonen.

Niski poziom aktywności fizycznej zaobserwowano również wśród nauczycieli szkół w Kanadzie i Japonii. Aktywność fizyczna podejmowana przez nauczycieli w niniejszych krajach jest sporadyczna - od 2 do 3 godzin tygodniowo. Aby rozwiązać niniejszy problem wśród nauczycieli zaproponowano np. w ramach programu promocji zdrowia w szkołach w Kanadzie udział w zajęciach sportowych organizowanych przez szkołę, które to spełniły swoją rolę. Zainteresowanie zajęciami było stosunkowo duże – 43,6% [166,182]. W Brazylii sytuacja wygląda znacznie gorzej. Mimo tak niskiego poziomu aktywności fizycznej nauczycieli, wdrażanych programów dotyczących promocji zdrowia, poziom aktywności nie uległ zmianie [79]. W Kanadzie natomiast styl życia nauczycieli uległ znacznej poprawie. Jest on szczególnie widoczny w zakresie zwiększenia aktywności fizycznej – wzrost do 5 godzin tygodniowo zaobserwowano u 32,15% nauczycieli oraz spędzania czasu wolnego w formie aktywnej np. spaceru, prace porządkowe w domu czy zabawy z dziećmi [166].

Wyniki badań własnych, jak również innych autorów badań nad zachowaniami zdrowotnymi nauczycieli podkreślają, iż przeważają nieprawidłowe zachowania zdrowotne, które zależą od czynników socjodemograficznych [139,171].

W badaniach przedstawionych w niniejszej dysertacji skupiono się przede wszystkim na poszukiwaniu korelatów zachowań zdrowotnych wśród zmiennych socjodemograficznych. Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono specyficzną strukturę zależności rozpatrywanych zmiennych. Przeprowadzone analizy dostarczyły obszernego i bardzo interesującego materiału w zakresie zachowań zdrowotnych nauczycieli i korelatów tych zachowań zwłaszcza, iż w Polsce nie prowadzi się w tym zakresie wielu badań. W opracowaniu zastosowano analizy statystyczne, aby w przedstawionych danych margines nadinterpretacji mógł pozostać najmniejszy. Na tej podstawie wysunięto wnioski, które pokazują jaką postawę zdrowotną reprezentują nauczyciele. Niniejsze wnioski należałoby traktować jako propozycję do dalszych analiz, tym bardziej, iż w literaturze przedmiotu nie znajdziemy wielu przykładów, które służyłyby porównaniu. Mając na uwadze znaczenie zdrowia w życiu zawodowym, jak i osobistym nauczycieli, należy podkreślić potrzebę pogłębiania wiedzy oraz projektowania dalszych badań pod kątem uwarunkowań i zależności zachowań zdrowotnych nauczycieli.

VI. Wnioski

Przeprowadzone badania pozwoliły na przedstawienie wniosków i implikacji praktycznych:

1. Stwierdzono, iż istotnymi czynnikami warunkującymi zachowania zdrowotne badanych nauczycieli były: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny, staż pracy, warunki socjo-ekonomiczne.
2. W badanej grupie przeważały nieprawidłowe zachowania zdrowotne dotyczące m.in. niskiej aktywności fizycznej, stosowania używek: tytoniu i alkoholu, braku systematycznie podejmowanej aktywności fizycznej oraz preferowania wypoczynku sedentarnego.
 - 2.1. Pandemia spowodowała niewielkie zmiany w zachowaniach zdrowotnych: przewaga zachowań antyzdrowotnych.
3. Badanie satysfakcji z życia badanych, według Skali Satysfakcji z Życia (SWLS) wskazało nieznaczną przewagę badanych nauczycieli o przeciętnym i wysokim poziomie satysfakcji z życia w stosunku do osób o niskim poziomie.
4. Wyniki badań z zastosowaniem Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ) wskazały nieznaczną przewagę osób badanych o niskim i przeciętnym poziomie zachowań zdrowotnych w stosunku do osób o wysokim poziomie.
 - 4.1. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) pozwolił również na wyodrębnienie poszczególnych kategorii zachowań: nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienia psychiczne, praktyki zdrowotne, oraz wskazał, iż „zachowania profilaktyczne” badanych miały najsilniejszy wpływ na zachowania i stan ich zdrowia.
5. Do najważniejszych kryteriów zdrowia należą wg badanych nauczycieli (wg kwestionariusza LKZ) „nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych; mieć sprawne wszystkie części ciała; dożyć późniejszego starości; czuć się szczęśliwym przez większość czasu”.
6. Potwierdzono hipotezę główną i hipotezy szczegółowe, iż czynniki socjodemograficzne determinują zachowania zdrowotne nauczycieli.

Praktyczne implikacje:

1. Na podstawie wykonanych badań i otrzymanych wyników wskazanym byłoby kontynuowanie dalszych badań nad zachowaniami zdrowotnymi w celu lepszego poznania czynników mających istotny wpływ na stan zdrowia nauczycieli.
2. W związku z istniejącymi różnicami w zachowaniach zdrowotnych nauczycieli zależnymi od wieku, płci, wykształcenia, stanu cywilnego, miejsca zamieszkania, jak i warunków socjo-ekonomicznych należy podjąć działania ukierunkowane na edukację zdrowotną, którą należałoby objąć nauczycieli. Założeniem winno być zniwelowanie problemów związanych z występowaniem zachowań antyzdrowotnych, istniejących nierówności w zdrowiu a tym samym przekazanie przez nauczycieli swoim wychowankom wiedzy, umiejętności mających na celu wychowanie zdrowego pokolenia.

VII. Piśmiennictwo

1. Abi Nader P., Hilberg E., Schuna J.M., John D.H., Gunter K.B. *Association of Teacher-Level Factors With Implementation of Classroom-Based Physical Activity Breaks*. Journal of School Health 2019;89(6):435-443. DOI: 10.1111/josh.12754.
2. Adasiewicz E. *Relacje nauczyciela z rodzicami podstawa jego autorytetu*. Pedagogika Rodziny 2013,3(3):85-96.
3. Aleksandrowicz J. *Sumienie ekologiczne*. Wiedza Powszechna, Warszawa 1988.
4. Allison K.R., Philipneri A.N., Vu-Nguyen K., Manson H.E., Dwyer J.M., Hobin E., Ng B., Li Y. *School and classroom effects on Daily Physical Activity (DPA) policy implementation fidelity in Ontario classrooms: a multi-level analysis*. BMC Public Health 2018;18(1):802-806. DOI: 10.1186/s12889-018-5720-2.
5. Amschler D.H., McKenzie J.F. *Perceived sleepiness, sleep habits and sleep concerns of public school teachers, administrators and other personnel*. American Journal of Health Education 2010;41(2):102–109.
6. Antonovsky A. *The salutogenic model as a theory to guide health promotion*. Health Promotion International 1996, 11(1): 11-18.
7. Bandura A. *Social learning theory*. Prentice Hall Inc, Englewood Clifts 1977.
8. Barron K.A., Ford C.D., Wang H. *Heart Health in Teachers-Do We Need to Know More?* Journal of Occupational and Environmental Medicine 2021;63(8):706-707. DOI: 10.1097/JOM.0000000000002233.
9. Barrueco M., Hernandez-Mezquita M.A., Jimenez-Ruiz C., Torrecilla M., Vega M.T., Garrido E. *Attitudes of teachers about tobacco prevention at school*. Allergologia et Immunopathologia 2000;28(4):219–224.
10. Bąk-Sosnowska M., Skrzypulec-Plinta V. *Health behaviors, health definitions, sense of coherence, and general practitioners' attitudes towards obesity and diagnosing obesity in patients*. Archives of Medical Science 2017;13(6):433–440.
11. Beck F., Richard J.B., Leger D. *Insomnia and total sleep time in France: prevalence and associated socio-demographic factors in a general population survey*. Revue Neurologique 2013;169 (12): 956–964. DOI: 10.1016/j.neurol.2013.02.011.
12. Ben Abdelaziz A., Amira Z., Gaha K., Thabet H., Soltane I., Ghedira A. *Attitudes of Teachers to Tobacco Smoking*. Eastern Mediterranean Health Journal 2007;13(4):907–915.

13. Bergier J., Kapka-Skrzypczak L., Biliński P., Paprzycki P., Wojtyła A. *Physical activity of Polish adolescents and young adults according to IPAQ: a population based study*. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2012;19(1):109-115.
14. Bewley B.R., Johnson M.R., Banks M.H. *Teachers' smoking*. *Journal of Epidemiology Community Health* 1979;33(3):219–222.
15. Białek-Dratwa A., Kukielczak A., Czech N., Gętek M. *Kampanie społeczne przykładem sposobu propagowania zasad zdrowego żywienia*. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2020;93(2):414-419.
16. Biernat E. *Aktywność fizyczna w życiu współczesnego człowieka*, e-Wydawnictwo Narodowego Centrum Badania Kondycji Fizycznej 2014; s.1-4. <https://demo.ncbkf.pl> [dostęp: 05.03.2022].
17. Biernat J. *Żywność, żywność a zdrowie*. Wydawnictwo ASTRUM, Wrocław 2001.
18. Bik B. *Koncepcja promocji zdrowia* [w:] *Zdrowie publiczne, cz. II*. Czupryna A., Paździoch S., Ryś A., Włodarczyk W.C. (red.), Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2001, s.213-217.
19. Bin Y.S., Marshall N.S., Glozier N. *Sleeping at the Limits: The Changing Prevalence of Short and Long Sleep Durations in 10 Countries*. *American Journal of Epidemiology* 2013;177(8):826–833. DOI: 10.1093/aje/kws308.
20. Binkowska-Bury M. *Długookresowa ocena wzorów zachowań związanych ze zdrowiem młodzieży akademickiej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2014.
21. Bocięk A. *Jak dbać o zdrowie w XXI wieku?* *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2020;10 (1):57-63. DOI: 10.17219/pzp/110399.
22. Boczkowska M., Duda M. *Zachowania zdrowotne studentów kierunków nauczycielskich*. *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Psychologica* 2019;12(4):63-77. DOI: 10.24917/20845596.12.3.
23. Bortkiewicz A., Szyjkowska A., Siedlecka J., Makowiec-Dąbrowska T., Gadzicka E. *Wybrane choroby przewlekłe i ich czynniki ryzyka u nauczycieli*. *Medycyna Pracy* 2020;71(2):221-231. DOI: 10.13075/mp.5893.00831.
24. Borzucka-Sitkiewicz K. *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna. Poradnik dla edukatorów zdrowia*. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2006.
25. Broszkiewicz M., Drygas W. *Globalna kontrola tytoniu jako przykład dobrej praktyki implementacji strategii i obszarów promocji zdrowia według Karty*

- Ottawskiej [w:] Michalak J. (red.) *Zagrożenia zdrowia publicznego. Naukowe podstawy promocji zdrowia. Część 3*. Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2016, s. 77-109.
26. Bulska J. *Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia w Szkole Promującej Zdrowie – działalność na rzecz współpracy ze środowiskiem lokalnym*. Humanum Międzynarodowe Studia Społeczno-Humanistyczne 2017;25(2):155-162.
27. Burzyńska M., Marcinkowski J.T., Bryła M., Maniecka-Bryła I. *Life Expectancy i Healthy Life Years jako podstawowe miary oceny sytuacji zdrowotnej ludności*. Problemy Higieny i Epidemiologii 2010,91(4):530-536.
28. Catford J., Nutbeam D. *Towards definition of health education and health promotion*, [w:] Anderson R., Kickbusch I. (red.) *Health promotion: A resource book*. Copenhagen 1990, World Health Organization Regional Office for Europe, s. 127-128.
29. Caussidier C., El Hage F., Munoz F., Remki L., Larribi L., Khzami SE., Berger D., de Carvalho GS., Favre D. *In search of education model: teachers' conception in four Mediterranean countries*. Global Health Promotion 2011;18(4):5-15.
DOI: 10.1177/1757975911422962.
30. Chan C.M., Kitzmann K.M. *Exploratory factor analysis: health perceptions of Chinese early childhood educators in Hong Kong*. Health Promotion International 2010;25(4):412-424. DOI:daq031 10.1093/heapro/daq031 .
31. Chmielewska E. *Wypalenie zawodowe nauczycieli jako problem zdrowotny w XXI wieku*. Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Kadr Menedżerskich 2021;8(6):25-48.
32. Chojnacka-Szawłowska G. *Poczucie przewlekłego zmęczenia a radzenie sobie ze stresem* [w:] Martynowicz E. (red.) *Motywy, cele, wartości*. Wydawnictwo Impuls. Kraków 2004, s. 289-305.
33. Cianciara D. *Promocja zdrowia, czyli wszystkie ręce na pokład do zmniejszania nierówności w zdrowiu* [w:] Michalak J. (red.) *Zagrożenia zdrowia publicznego. Naukowe podstawy promocji zdrowia. Część 3*. Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2016, s. 189-212.
34. Cianciara D. *Trzy dekady promocji zdrowia – czas działać*. Problemy Higieny i Epidemiologii 2011; 92 (1):7-13.
35. Cianciara D. *Promocja zdrowia, zapobieganie chorobom i leczenie w kontekście wielu kultur – wskazówki z innych krajów*. Problemy Higieny i Epidemiologii 2012; 93(1):160-167.

36. Cianciara D., Urban E., Piotrowicz M., Gajewska M., Lewtak K. *Jak ulepszyć programy promocji zdrowia? Część I. Istota promocji zdrowia*. Hygeia Public Health 2018;53 (1):9-15.
37. Ciborowska H., Rudnicka A. *Dietetyka. Żywnienie zdrowego i chorego człowieka*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
38. Cook-Cottone C., Casey C.M., Feeley T.H., Baran J. *A meta-analytic review of obesity prevention in the schools: 1997–2008*. Psychology in the Schools 2009;46(8):695–719.
39. Curyło-Sikora P., Kaczmarska A. *Rola profilaktyki pozytywnej w kształtowaniu zdrowia holistycznego*. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2016;22(4):253-259, DOI:10.5604/20834543.1227605.
40. Davies N. *Healthier lifestyles: behaviour change*. Nursing Times 2011; 107(9): 20-23.
41. Denek K. *Zdrowie i jego promocja w edukacji dzieci, młodzieży i dorosłych*. Edukacja Dorosłych 1996; 2(2):9-13.
42. Denys A. *Problemy zdrowia Polaków w trzecim tysiącleciu* [w:] Denys A. (red.) *Zagrożenia zdrowia publicznego. Wybrane zagadnienia*. Wydawnictwo ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2014, s. 15-23.
43. Derbich J. *Aktywność ruchowa dla zdrowia w każdym wieku*. [w:] Umiastowska D. (red.) *Aktywność ruchowa ludzi w każdym wieku*. Wydawnictwo Promocyjne „Albatros” 2016; Szczecin, s. 7-8.
44. Domaradzki J. *O definicjach zdrowia i choroby*. Folia Medica Lodziensia 2013; 40(1):5-29.
45. Domaradzki J. *O skrytości zdrowia. O problemach z konceptualizacją pojęcia zdrowie*. Hygeia Public Health 2013;48(4):408-419.
46. Dossus L., Boutron-Ruault M.C., Kaaks R., Gram I., Vilier A., Fervers B. *Active and passive cigarette smoking and breast cancer risk: results from the EPIC cohort*. International Journal of Cancer 2014;134(8):1871-1888.
47. Drygas W., Jegier A. *Zalecenia dotyczące aktywności ruchowej w profilaktyce chorób krążenia*. [w:] Naruszewicz M (red.) *Kardiologia zapobiegawcza*. Wydawnictwo Verso, Szczecin 2003, s. 252-266.
48. Duda-Zalewska A. *Zachowania zdrowotne nauczycieli a staż pracy w zawodzie*. Hygeia Public Health 2012;47(2):183-187.

49. Duda-Zalewska A. *Zachowania zdrowotne nauczycieli szkół podstawowych w województwie mazowieckim* [rozprawa doktorska]. Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa 2010.
50. Dzieża J. *Funkcje nauczyciela pełnione i postulowane w szkole promującej zdrowie*. *Zdrowie Publiczne* 1997;107(5/6):109-111.
51. Dziukiewicz J. *Alkoholizm i nadużywanie alkoholu: powszechny problem społeczny i zdrowotny XXI wieku* [w:] Pujer K. *Problemy nauk społecznych, humanistycznych, ekonomicznych: konteksty i wyzwania*. Wydawnictwo Exante Wrocław 2017, s. 17-26.
52. Dziukiewicz J. *Mass media jako przestrzeń kreowania zachowań zdrowotnych społeczeństwa – dwie strony medalu*. *Media i Społeczeństwo* 2018; 9:127-142.
53. Dzwonkowska-Godula K. *Kulturowa geneza postawy wobec własnego zdrowia w świadomości kobiet i mężczyzn w różnym wieku* [w:] Malinowska E., Dzwonkowska-Godula K., Garncarek E., Czernecka J., Brzezińska J. (red.) *Kulturowe uwarunkowania postaw kobiet i mężczyzn w różnym wieku wobec swego wyglądu i zdrowia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego Łódź 2016; s. 339-373.
54. Erenkfeit K., Dudzińska L., Indyk A. *Wpływ środowiska pracy na powstanie wypalenia zawodowego*. *Medycyna Środowiskowa – Environmental Medicine* 2012; 15 (3):121-128.
55. Eriksson M., Lindström B. *Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review*. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2007;61: 9(7):939-944.
56. Errisuriz V.L., Dooley E.E., Burford K.G., Johnson A.M., Jowers E.M., Bartholomew J.B. *Implementation Quality Impacts Fourth Grade Students' Participation in Physically Active Academic Lessons*. *Prevention Science* 2021;22(7):950-959. DOI: 10.1007/s11121-021-01233-8.
57. Ervasti J., Kivimäki M., Pentti J., Salmi V., Suominen S., Vahtera J. *Work-related violence, lifestyle, and health among special education teachers working in Finnish basic education*. *Journal of School Health* 2012; 82(7):336–343. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1746-1561.2012.00707.x>.
58. Findholt N.E., Izumi B.T., Shannon J. *Food-related practices and beliefs of rural US elementary and middle school teachers*. *Rural Remote Health* 2016;16:3821-3826.

59. Franco M., Cooper R.S., Bilal U., Fuster V. *Challenges and opportunities for cardiovascular disease prevention*. The American Journal of Medicine 2011;124(2):95–102.
60. Freudenberger H.J. *Staff Burn –Out*. Journal of Social Issues 1974;30(1):159-165.
61. Freudenberger H.J., Richelson G. *Burnout: The high cost of high achievement*. Garden City NY: Doubleday 1980, s. 114-184.
62. Gache P., Michaud P., Landry U., Accietto C., Arfaoui S., Wenger O. *The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a French version*. Alcoholism, Clinical and Experimental Research 2005;29(11):2001–2007.
63. Gajda E., Biskupek-Wanot A., *Stres i jego skutki* [w:] Biskupek-Wanot A., Wanot B., Kasprowska-Nowak K. *Aktywność fizyczna i problematyka stresu*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego im. Jana Długosza w Częstochowie 2020, s. 84-93. DOI: 10.16926/afips.2020.07.
64. Gajewski P., Górecka D., Habrat B., Niżankowska-Mogilnicka E., Torbicki A., Zatoński W. *Podręczny przewodnik leczenia od uzależnienia od tytoniu dla lekarzy i pielęgniarek*. Medycyna Praktyczna 2002, 4 (suplement): 3-16.
65. Gałuszka A. *Assessment of health behaviors among students of selected majors*. Journal of Education, Health and Sport 2021;11(12):139-149. DOI: 10.12775/JEHS.2021.11.12.009.
66. Gardocka-Jałowiec A., Stańczyk P., Szalonka K. *Wpływ żywienia i żywności na stan zdrowia w świetle badań* [w:] Nowak W., Szalonka K. (red.) *Zdrowie i styl życia. Determinanty długości życia*. E-Wydawnictwo. Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa. Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego 2020; s. 95-113. DOI: 10.34616/23.20.112.
67. Gawęł A. *Pedagodzy wobec wartości zdrowia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2003.
68. Gawęł A., *Szkoła i nauczyciel wobec współczesnych wyzwań promocji zdrowia dzieci i młodzieży*. Lubelski Rocznik Pedagogiczny 2016;35(3):138-152. DOI: 10.17951/lrp.2016.35.3.137.
69. Gawęcki J., Mossor-Pietraszewska T. *Kompendium wiedzy o żywności, żywieniu i zdrowiu*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
70. Gawęcki J., Roszkowski W. *Żywność człowieka a zdrowie publiczne*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.

71. Gąska I., Sygit K., Cipora E., Sygit M., Krakowiak J. *Factors determining health behaviours of the 50+ population with cardiovascular diseases*. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2020; 27(1):99-105. DOI: 10.26444/aaem/118194.
72. Gąska I., Sygit K., Cipora E., Sygit M., Pacian A., Surmach M., Kaleta D., Rzeźnicki A. *Assessment of the Health Behaviours and Value-Based Health Analysis of People Aged 50+ Who Were Hospitalized Due to Cardiovascular Disease*. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021; 18(8):4221. DOI:10.3390/ijerph18084221.
73. Gieroba B. *Wpływ aktywności fizycznej na zdrowie psychiczne i funkcje poznawcze*, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2019;25(3):153-161. DOI:10.26444/monz/112259.
74. Giroto E., Mesas A.E., de Andrade S.M., Birolim M.M. *Psychoactive substance use by truck drivers: a systematic review*. *Occupational and Environmental Medicine* 2014;71(1):71-76. DOI: 10.1136/oemed-2013-101452.
75. Gluschkoff K., Elovainio M., Kinnunen U., Mullola S., Hintsanen M., Keltikangas-Järvinen, Hintsanen T. *Work stress, poor recovery and burnout in teachers*. *Occupational Medicine* 2016; 66(18):564-570. DOI: 10.1093/occmed/kqw086.
76. Głogowska-Gruszka A., Joško-Ochojska J. *Zaburzenia snu wśród nauczycieli wybranych szkół województwa śląskiego*. *Hygeia Public Health* 2014;49(3):512-518.
77. Goldberg M., Chastang J.F., Leclerc A., Zins M., Bonenfant S., Bugel I. *Socioeconomic, demographic, occupational, and health factors associated with participation in a long-term epidemiologic survey: a prospective study of the French GAZEL cohort and its target population*. *American Journal of Epidemiology* 2001;154(4):373–384.
78. Goldring R., Taie S., Riddles M. *National Center for Education Statistics; Washington, DC: 2014. Teacher Attrition and Mobility: Results From the 2012–13 Teacher Follow-up Survey (NCES 2014–077)*
79. Graciano A.M. Cardoso N.M., Teixeira S.A., Mattos F.F., Gomes V.E., Borges-Oliveira A.C. *Health promotion in Brazil: qualitative survey with primary school teachers*. *Health Promotion International* 2019;34(5):28-35. DOI: 10.1093/heapro/day061.
80. Green L.W., Kreuter M.W. *Health promotion planning: An educational and environmental approach*, Mayfield Publishing Company, MountainView 1991.

81. Gruszczyńska M., Bąk-Sosnowska M., Plinta R. *Zachowania zdrowotne jako istotny element aktywności życiowej człowieka. Stosunek Polaków do własnego zdrowia*. Hygeia Public Health 2015;50(4):558-565.
82. Guillemin F., Paul-Dauphin A., Virion J.M., Bouchet C., Briancon S. *The DUKE health profile: a generic instrument to measure the quality of life tied to health*. Sante Publique 1997;9(1):35–44.
83. Hancock T., Perkins F. *The Mandala of health: a conceptual model and teaching tool*. Health Promotion International 1985; 24(17):8-10.
84. Hartline-Grafton H.L., Rose D., Johnson C.C. *Are school employees role models of healthful eating? Dietary intake results from the ACTION worksite wellness trial*. Journal of the American Dietetic Association 2009;109:1548–1556.
85. Heszen I., Sęk H. *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
86. Higgins C.W., Dunn J.D., Warmack D. *Comparisons of attitudes of smoking and nonsmoking teachers toward smoking education in schools and the health consequences of smoking*. Health Education 1983;14(1):24–27.
87. Hildt-Ciupińska K., Bugajska J., *Rola zachowań prozdrowotnych w promocji zdrowia pracowników*. Bezpieczeństwo Pracy: Nauka i Praktyka 2011;9(3):10-13.
88. Horta R.L., Andersen C.S., Pinto R.O, Horta B.L., Oliveira-Campos M., Andreazzi M.A., Malta D.C. *Health promotion in school environment in Brazil*. Revista de Saude Publica 2017;51(1):27-32. DOI: 10.1590/S1518-8787.2017051006709.
89. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf [data dostępu: 08.02.2022].
90. Ickes M.J., McMullen J., Haider T. *Global school-based childhood obesity interventions: a review*. International Journal of Environmental Research and Public Health 2014;11:8940–8961.DOI: 10.3390/ijerph110908940.
91. Janaszczyk A., Wengler L., Popowski P. *Filozoficzne, społeczne i prawne aspekty nauk o zdrowiu*. Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych, Gdańsk 2012.
92. Jarosz M. *Nowotwory złośliwe. Jak zmniejszyć ryzyko zachorowania*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
93. Jarosz M.J., Kawczyńska-Butrym Z., Włoszczak – Szubzda A. *Modele komunikacyjne relacji lekarz-pacjent-rodzina*. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2012;18(3): 212-218.

94. Jaroszewska E. *Kultura jako czynnik warunkujący zdrowie, diagnozowanie chorób i ich leczenie*. Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje 2013;21(2):71-84.
95. Jasik J. *Aktywność fizyczna wybranych grup zawodowych. Podobieństwa i różnice w podejściu do problematyki aktywności fizycznej pracownika korporacji, pracownika służby zdrowia oraz nauczyciela*. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2015;21(3): 254-259. DOI: 10.5604/20834543.1165349.
96. Jegier A. *Regularna aktywność fizyczna jako ważny element promocji zdrowia i prewencji chorób przewlekłych* [w:] Jegier A., Krawczyk J. (red.) *Wybrane zagadnienia medycyny sportowej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 2012; 4; s. 52-69.
97. Kaczmarek A. *Wypalenie zawodowe – następstwo stresu zawodowego*. Nowoczesne Systemy Zarządzania 2019;14(1):65-78.
98. Kaczor-Szkodny P.M., Szkodny W. *Wybrane elementy wpływające na powstawanie i kształtowanie postaw i zachowań zdrowotnych*. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2021;27(1):45-49. DOI: 10.26444/monz/131778.
99. Kaleta D., Korytkowski P., Makowiec-Dąbrowska T. *Palenie papierosów w populacji osób czynnych zawodowo*. Medycyna Pracy 2013;64(3):359-371. DOI: 10.13075/mp.5893.2013.0031.
100. Kaleta D., Mróz J. *Percepcja relacji interpersonalnych a pozytywne zachowania zdrowotne dorosłych*. Problemy Higieny i Epidemiologii 2012; 93(4):779-784.
101. Kaleta D., Wojtysiak P., Usidame B., Dziankowska-Zaborszczyk E., Fronczak A., Korytkowski P., Makowiec-Dąbrowska T. *Heaviness of smoking among employed men and women in Poland*. International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health 2016;29(2):191-208. DOI: 10.13075/ijomeh.1896.00433.
102. Kasperk E. *Zachowania prozdrowotne nauczycieli*. G&P Oficyna Wydawnicza, Poznań 1999.
103. Katz D.L., Meller S. *Can we say what diet is best for health?* Annual Review of Public Health 2014;35(1):83-103. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-032013-182351.
104. Kawalec A., Pawlas K. *Czynniki środowiskowe wpływające na sen oraz zachowywanie higieny snu*. Problemy Higieny i Epidemiologii 2013; 94 (1):1-5.

105. Kealey K.A., Peterson A.V. Jr., Gaul M.A., Dinh K.T. *Teacher training as a behavior change process: principles and results from a longitudinal study*. Health Education & Behavior 2000;27(1):64–81.
106. Kirenko J., Uberman-Kulz D. *Styl życia zdrowotnego a radzenie sobie z problemami studentów kierunków nauczycielskich z różnym poziomem samooceny*. Edukacja-Technika-Informatyka 2019; 10(1):56-69.
107. Kirenko J., Zubrzycka-Maciąg T. *Zachowania zdrowotne nauczycieli. Badania empiryczne*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej Lublin 2017.
108. Kłós J., Gromadecka-Sutkiewicz M., Zysnarska M., Adamek R., Stawińska-Witoszyńska B. *Obraz aktywności fizycznej w przekazach internetowych*. Hygeia Public Health 2014;49(4):879-885.
109. Kłosiewicz-Latoszek L. *Otyłość jako problem społeczny, zdrowotny, leczniczy*. Problemy Higieny i Epidemiologii 2010;91(3):339-343.
110. Kocka K., Bartoszek A., Fus M., Rząca M., Łuczyk M., Bartoszek A., Muzyczka K., Nowicki G., Ślusarska B. *Nawyki żywieniowe i aktywność fizyczna młodzieży szkół ponadgimnazjalnych jako czynniki ryzyka wystąpienia otyłości*. Journal of Education, Health and Sport 2016;6(7):439-452.
DOI: 10.5281/zenodo.58452.
111. Kocór M. *Nauczyciel i szkoła a syndrom wypalenia zawodowego*. Wydawnictwo Mitel Rzeszów 2010.
112. Korzeniowska E., Puchalski K., *Edukacja zdrowotna pracowników – wyzwania związane z poziomem wykształcenia*. Medycyna Pracy 2012;63(1):55-71.
113. Kostyło H., *Rozumienie pojęcia zdrowia. Program edukacyjno-wychowawczy*. Miscellanea Anthropologica et Sociologica 2017;18(3):176-189.
114. Kovess-Masfety V., Sevilla-Dedieu C., Rios-Seidel C., Nerriere E., Chan Chee C. *Do teachers have more health problems? Results from a French cross-sectional survey*. BMC Public Health 2006;6(3):101-108.
DOI: 1471-2458-6-101 10.1186/1471-2458-6-101.
115. Kowalski M., Gawel A. *Zdrowie-wartość-edukacja*, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2007.
116. Kozłowska E., Marzec A., Kalinowski P., Bojakowska U. *Koncepcja zdrowia i jego ochrony w świetle literatury przedmiotu*. Journal of Education, Health and Sport 2016; 6(9):575-585. DOI: 10.5281/zenodo.155048.

117. Kraczla M. *Wypalenie zawodowe jako efekt długotrwałego stresu*. Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas. Zarządzanie 2013;2(4):69-81.
118. Krebs-Smith S.M., Pannucci T.E., Subar A.F. *Update of the healthy eating index: HEI-2015*. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics 2018;118(9):1591-1602. DOI: 10.1016/j.jand.2018.05.021.
119. Kretschmann R., Kirschner-Lis K., Lange-Schmidt I., Miller R., Rabens E., Thal J., Zitzner M. *Stres w zawodzie nauczyciela*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne Gdańsk 2004.
120. Kropornicka B., Baczevska B., Dragan W., Krzyżanowska E., Olszak C., Szymczuk E. *Zachowania zdrowotne studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie w zależności od miejsca zamieszkania*. Rozprawy Społeczne 2015;9(2):58-64.
121. Królikowska S. *Nierówności w stanie zdrowia między kobietami a mężczyznami w kontekście płci biologicznej oraz społeczno-kulturowej*. Acta Universitatis Lodziensis. Folia Sociologica 2011;39(6):33-52.
122. Kruczek A. *Humor nauczycieli i jego związki z przewlekłym zmęczeniem – mediacyjna rola poczucia stresu w pracy*. Medycyna Pracy 2019;70(3):343-361. DOI: 10.13075/mp.5893.00814.
123. Krzyżanowska K., Wawrzyniak S. *Tendencje zmian w zakresie aktywności fizycznej mieszkańców Polski*. Turystyka i Rozwój Regionalny 2020;13(4):79-89. DOI: 10.22630/TIRR.2020.13.7.
124. Kubiak M. *Psychologia zachowań zdrowotnych*. Pielęgniarstwo Polskie 2009; 2(32):128-132.
125. Kubik M.Y., Lytle L.A., Hannan P.J. *Food-related beliefs, eating behavior, and classroom food practices of middle school teachers*. Journal of School Health 2002;72:339–345.
126. Kubińska Z., Pańczuk A., Ławnik A. *Postawy wobec zdrowia jako jeden z przejawów kompetencji zdrowotnych*. Rozprawy Społeczne 2016;4(10):73-79.
127. Kucharska E. *Poprawa zdrowia poprzez prawidłowe żywienie i aktywność fizyczną*. [w:] Podgórska M. (red.) *Choroby XXI wieku – wyzwania w pracy fizjoterapeuty*. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania Gdańsk 2017, s. 258-272.
128. Kucharska K., Rychlicka I., Dugiel G. *Zachowania zdrowotne kobiet w aspekcie zdrowia reprodukcyjnego*. Polish Journal of Health and Fitness 2020;1(3):34-50.

129. Kuhn A., Kim E., Lane H.G., Wang Y., Deitch R., Turner L., Hager E.R., Parker E.A. *Associations between elementary and middle school teachers' physical activity promoting practices and teacher- and school-level factors*. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 2021; 19;18(1):66.
DOI: 10.1186/s12966-021-01129-4.
130. Kulik A., Grądziel J., Smotrycka A. *Zachowania zdrowotne studentek – charakterystyka i znaczenie zmiennych socjodemograficznych*. Problemy Higieny i Epidemiologii 2017;98(4):371-380.
131. Kulik T.B. *Edukacja zdrowotna w rodzinie i szkole*. Fundacja Uniwersytecka. Katolicki Uniwersytet Lubelski, Stalowa Wola 1997.
132. Kulik T.B., Latański M., *Zdrowie publiczne*. Czelej, Lublin 2002.
133. Kulik T.B., Pacian A. *Zdrowie publiczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014.
134. Kutrowska B. *Spojrzenie na rolę nauczyciela z perspektywy różnych oczekiwań społecznych* [w:] Rudnicki P., Kutrowska B., Nowak-Dziemianowicz M. (red.) *Nauczyciel; misja czy zawód? Społeczne i profesjonalne aspekty roli*. Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej Wrocław 2008, s. 49-60.
135. Kuźel A., Krajewska-Kułak E., Śmigelska-Kuzia J. *Percepcja depresji w wybranych grupach społecznych*. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2015;21(3): 295-302. DOI: 10.5604/20834543.1165356.
136. Kwiatkowski S.T. *Radzenie sobie ze stresem w zawodzie nauczyciela – raport z badań*. Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia 2018;31(3): 133-162. DOI:10.17951/j.2018.31.3.133-162.
137. Kyriacou C., Sutcliffe J. *Teacher stress: prevalence, sources and symptoms*. British Journal of Educational Psychology 1978; 48(3):159-167.
138. Laaksonen M., Prattala R., Helasoja V., Uutela A., Lahelma E. *Income and health behaviours. Evidence from monitoring surveys among Finnish adults*. Journal of Epidemiology and Community Health 2003;57(9):711–717.
139. Laaksonen M., Prattala R., Lahelma E. *Sociodemographic determinants of multiple unhealthy behaviours*. Scandinavian Journal of Public Health 2003;31(1):37–43.
140. Laguna M.C., Hecht A.A., Ponce J. *Teachers as healthy beverage role models: relationship of student and teacher beverage choices in elementary schools*. Journal of Community Health 2020;45(1):121-127. DOI: 10.1007/s10900-019-00717-7.

141. Lalonde M. *A New Perspective on the Health of Canadians. A Working Document, Government of Canada, Ottawa 1974* (Cat. No H31-1374). <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf> [data dostępu: 08.02.2022].
142. Lalonde M. *A New Perspective on the Health of Canadians*. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspecteng.pdf> [data dostępu: 24.01.2022].
143. Lane H.G., Deitch R., Wang Y. “*Wellness Champions for Change,*” a multi-level intervention to improve school-level implementation of local wellness policies: study protocol for a cluster randomized trial. *Contemporary Clinical Trials* 2018;75:29–39. DOI: 10.1016/j.cct.2018.10.008.
144. Laraqui O., Manar N., Laraqui S., Ghailan T., Charioui S., Deschamps F., Laraqui C.E. *Prevalence of consumption of psychoactive substances amongst dockers*. *International Maritime Health* 2018;69(2):118-125. DOI: 10.5603/IMH.2018.0017.
145. Launay M., Le Faou A.L., Sevilla-Dedieu C., Pitrou I., Gilbert F., Kovess-Masfety V. *Prevalence of tobacco smoking in teachers following anti-smoking policies: results from two French surveys (1999 and 2005)*. *European Journal of Public Health* 2010;20(2):151–156. DOI: 10.1093/eurpub/ckp149.
146. Lemanne D., Cassileth B., Gubili J. *The role of physical activity in cancer prevention, treatment, recovery, and survivorship*. *Oncology* (Williston Park, NY). 2013;27(6):580–585.
147. Lisowska E. *Zawodowe uwarunkowania zadowolenia z pracy wśród nauczycieli*. *Forum Pedagogiczne* 2017; 1(4):227-243. DOI: 10.21697/fp.2017.1.16.
148. Litwic-Kaminska K., Izdebski P. *Pojęcie i samoocena zdrowia oraz zachowania zdrowotne a poziom aktywności fizycznej w okresie wczesnej dorosłości*. *Medycyna Sportowa* 2012;3(4):167-168. DOI: 10.5604/1232406X.1023265.
149. Litzke S.M. *Stres, mobbing i wypalenie zawodowe*. Gdańskie Towarzystwo Psychologiczne, Gdańsk 2007.
150. Lizak D. *Szkoła jako środowisko wspierające kształtowanie prozdrowotnych postaw – kontekst pedagogiczno-zdrowotny*. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2014;1 (38):69-74.
151. Luckhaupt S.E., Tak S., Calvert G.M. *The prevalence of short sleep duration by industry and occupation in the National Health Interview Survey*. *Sleep* 2010;33(2):149–159.

152. Ludwisiak K., Polguy M., Majos A., Drygas W., *Wpływ mediów na zachowania zdrowotne młodych osób dorosłych*. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2016;22(2):145-150.
153. Lyubinets O., Kachmarska M., Sygit K., Cipora E., Grshybowskyj J. *Mortality and Alcohol as Its Cause-Comparative Characteristics of the Two Neighboring Countries: Ukraine and Poland*. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021;18(20): 10810-10816. DOI: 10.3390/ijerph182010810
154. Macdiarmid J., Blundell J. *Assessing dietary intake: who, what and why of under-reporting*. *Nutrition Research Reviews* 1998;11:231–253.
155. Makowiec- Dąbrowska T., Gadzicka E. , Siedlecka J., Dania M., Merecz-Kot D., Viebig P., Józwiak Z., Szykowska A., Kosobudzki M., Szymczak W., Bortkiewicz A. *Czynniki obciążające w pracy nauczycieli a zmęczenie*. *Medycyna Pracy* 2021;72(3): 283-303. DOI: 10.13075/mp.5893.01088.
156. Makowiec-Dąbrowska T. *Wpływ aktywności fizycznej w pracy i życiu codziennym na układ krążenia*. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2012;6(3):130-138.
157. Makowska B. *Zachowania zdrowotne nauczycieli i ich stosunek do promowania zdrowia w szkole*. [w:]: Wrona-Wolny W., Makowska B., Jawień B. (red.). *Nauczyciel w edukacji zdrowotnej*. *Zeszyty Naukowe. AWF, Kraków* 2002;86(1):119–122.
158. Chmielewska J. *Zachowania zdrowotne nauczycieli a jakość ich pracy zawodowej i życia osobistego*. *Relacje z badań*. *Ruch Pedagogiczny* 1999;3(4):55–67.
159. Malinowski J.A., Wasilewska-Ostrowska K.M. *Niewłaściwe odżywianie się jako problem społeczno-pedagogiczny - opinie studentów*. *Pedagogika Społeczna* 2020;2 (76):99-113. DOI: 10.35464/1642-672X.PS.2020.2.06.
160. Marmola M., Wańczyk-Welc A. *Zachowania zdrowotne a poczucie satysfakcji z życia u młodych dorosłych*. *Kwartalnik Naukowy Fides El Ratio* 2017;32(4):185-196.
161. Maroszek-Szymala A. *Zachowania zdrowotne kobiet i mężczyzn czynnych zawodowo*. *Nowiny Lekarskie* 2012;81(4):360-365.
162. Mayntz R., Holm K., Hübner P. *Wprowadzenie do metod socjologii empirycznej*. Warszawa, 1985.

163. Maziak W., Mzayek F., Moushareff M. *Smoking behaviour among schoolteachers in the north of the Syrian Arab Republic*. Eastern Mediterranean Health Journal 2000;6(2):352–358.
164. Mazur K. *Promocja zdrowia w działalności Państwowej Inspekcji Sanitarnej*. Studia Prawno-Ekonomiczne 2011; Tom 83, s. 169-190.
165. McLellan L., Rissel C., Donnelly N., Bauman A. *Health behaviour and the school environment in New South Wales, Australia*. Social Science & Medicine 1999;49(5):611–619.
166. Minister of Supply and Services Canada, *Strategies for Population Health Investing in the Health of Canadians*, Ottawa 1994, Publications, Health Canada Cat.No.H39-316/1994E https://publications.gc.ca/collections/collection_2016/sc-hc/H39-316-1994-eng.pdf [data dostępu: 08.02.2022].
167. Młynarska M., Rudnicka-Drożak E., Nowicki G., Misztal-Okońska P., Dyndur J., Majcher P. *Pojęcie zdrowia w opinii osób powyżej 65 roku życia*. Gerontologia Polska 2015;1(2):11-18.
168. Mocan N., Altindag D.T. *Education, cognition, health knowledge, and health behavior*. The European Journal of Health Economics: HEPAC: health economics in prevention and care. 2013. European Journal of Health Economics 2014;15(3):265-279. DOI: 10.1007/s10198-013-0473-4.
169. Mojsa-Kaja J., Golonka K., Marek T. *Job burnout and engagement among teachers – worklife areas and personality traits as predictors and of relationships with work*. International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health 2015;28 (1):102-119. DOI: 10.13075/ijomeh.1896.00238.
170. Mróz J., Kaleta K. *Struktura relacji w rodzinie pochodzenia a zachowania prozdrowotne dorosłych*. Problemy Higieny i Epidemiologii 2013;94(2):239-246.
171. Muszalik M., Zielińska-Więczkowska H., Kędziora-Kornatowska K., Kornatowski T. *Ocena wybranych zachowań sprzyjających zdrowiu wśród osób starszych w oparciu o Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Juczyńskiego w aspekcie czynników socjo-demograficznych*. Problemy Higieny i Epidemiologii 2013;94(3):509-513.
172. Myers-Clack S.A., Christopher S.E. *Effectiveness of a health course at influencing preservice teachers' attitudes toward teaching health*. Journal of School Health 2001;71(9):462–466.

173. Narodowe Centrum Edukacji Żywnościowej. Piramida Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej dla osób dorosłych. <https://ncez.pzh.gov.pl/abc-zywienia/zasady-zdrowego-zywienia/piramida-zdrowego-zywienia-i-aktywnosci-fizycznej-dla-osob-doroslych-2/> [data dostępu: 06.03.2022r.].
174. Niebrój L.T. *Defining health/illness: societal and or clinical medicine?* Journal of Physiology and Pharmacology 2006;57(4):251-262.
175. Nowak D., Wojciechowska M., Kopański Z., Brukwicka I., Uracz W., Rowiński J., Maslyak Z., Sklyarov I. *Skutki zdrowotne palenia tytoniu.* Journal of Clinical Healthcare 2014;4(4):14-18.
176. Nowak P.F. *Realizacja edukacji zdrowotnej w szkole w opiniach nauczycieli.* Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2012;18(3):171-175.
177. Nowak P.F., Charaśna-Blachucik J., Olejniczak D. *Dobre zdrowie w indywidualnej hierarchii wartości nauczycieli w kontekście satysfakcji życiowej i jej związków z innymi wartościami.* Terazniejszość – Człowiek - Edukacja 2017;2(78):69-78.
178. Nowak P.F., Szepelawy M., *The origins of health education – opinion of post-secondary-school pupils* [w:] Daniluk J. (red.) *Education vs. wellness.* Wydawnictwo NeuroCentrum Lublin 2009; s. 309-320.
179. Nowicki G., Ślusarska B. *Determinanty społeczno-demograficzne wartościowania zdrowia wśród pracujących osób dorosłych.* Hygeia Public Health 2011;46(2):280-285.
180. Nowicki G.J., Ślusarska B., Zboina B., Kocka K., Bartoszek A., Wiśniewska A. *Zakres rozumienia pojęcia „zachowania zdrowotne” oraz uwarunkowania aktywności zdrowotnej człowieka.* Acta Scientifica Academiae Ostroviensis, Sectio A, Nauki Humanistyczne, Społeczne i Techniczne 2018;11(1).
DOI: 10.33674/acta_1720181.
181. Ogińska- Bulik M. *Czynniki sprzyjające rozwojowi zachowań kompulsywnych związanych z wykonywaniem czynności* [w:] Ogińska-Bulik N. (red.) *Zachowania ryzykowne i szkodliwe dla zdrowia.* Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi Łódź 2010; s. 23-42.
182. Ohida T., Osaki Y., Mochizuki Y., Sekiyama M., Kawaguchi T., Ishii T, et al. *Smoking behaviors and attitudes among school teachers in Mie, Japan.* Journal of Epidemiology/Japan Epidemiological Association 2000;10(1):16–21.

183. O'Reilly M., Svirydzenka N., Adams S., Dogra N. *Review of mental health promotion interventions in schools*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2018;53(7):647-662. DOI: 10.1007/s00127-018-1530-1.
184. Ostrowska A. *Styl życia a zdrowie: z zagadnień promocji zdrowia*. Wydawnictwo IFiS PAN 1999.
185. Ostrowska M., Michcik A., *Stres w pracy – objawy, konsekwencje, przeciwdziałanie*. *Bezpieczeństwo Pracy: Nauka i Praktyka* 2014;5(4):12-15.
186. Ostrowska M., Michcik A., *Wypalenie zawodowe – przyczyny, objawy, skutki, zapobieganie*. *Bezpieczeństwo Pracy: Nauka i Praktyka* 2013;8(3):22-25.
187. Ostrzyżek A., Marcinkowski J.T. *Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka kliniczna*. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2012;93(4):682-686.
188. Ostrzyżek A., Marcinkowski J.T. *Jakość życia jako pozytywny wskaźnik zdrowia*. *Hygeia Public Health* 2020;47(4): 408-411.
189. Parsons T. *Struktura społeczna a osobowość*. Wydawnictwo PWE, Warszawa 1969.
190. Piątkowski W. *Choroba jako zjawisko socjologiczne. Wprowadzenie do wybranych koncepcji badawczych* [w:] Barański J., Piątkowski W. (red.) *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*. Wydawnictwo Atut, Wrocław 2002, s. 23-28.
191. Pilch T. *Zasady badań pedagogicznych*. Wrocław Zakład Narodowy im. Ossolińskich Wydawnictwo, 1977:59.
192. Pilch W., Janiszewska R., Makuch R., Mucha D., Pałka T. *Racjonalne odżywianie i jego wpływ na zdrowie*. *Hygeia Public Health* 2011;46(2):244-248.
193. Piontek B., Macha K. *Kategoria „zdrowie” i „choroba” i ich implikacje dla zarządzania systemem ochrony zdrowia*. *Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy* 2016; 48 (4):230-245. DOI: 10.15584/nsawg.2016.4.16.
194. Piotrowska-Jarzębska J., Białokoz-Kalinowska I., Motkowski R., Mikołuc B. *Oddziaływanie mass mediów na stan zdrowia dzieci i młodzieży*. *Przegląd Pediatryczny* 2001;31(3):191-192.
195. Plewa M., Markiewicz A. *Aktywność fizyczna w profilaktyce i leczeniu otyłości*. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii* 2006; 2(3):30-37.
196. Poczarska-Dec A. *Rola rodziców i nauczycieli wychowania fizycznego w kształtowaniu postaw prozdrowotnych*, *Rozprawy Społeczne* 2011;1(5):101-106.

197. Polańska K., Kaleta D. *Correlates of Alcohol Consumption Among a Socially-Disadvantaged Population in Poland*. International Journal of Environmental Research and Public Health 2020 Dec 4;17(23):9074. DOI: 10.3390/ijerph17239074.
198. Ponczek D., Olszowy I. *Styl życia młodzieży i jego wpływ na zdrowie*. Problemy Higieny i Epidemiologii 2012; 93(2):260-268.
199. Poraj G. *Od pasji do frustracji. Modele psychologicznego funkcjonowania nauczycieli*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego Łódź 2008.
200. Posłuszna M. *Zachowania prozdrowotne i ryzykowne dla zdrowia w społeczeństwie polskim*. Pielęgniarstwo Polskie 2011; 2 (40):91-94.
201. Prażmowska B., Dziubak M., Morawska S., Stach J. *Wybrane zachowania zdrowotne nauczycieli szkół średnich*. Problemy Pielęgniarstwa 2011;19(2):210-218.
202. Puchalski K. *Zdrowie w świadomości społecznej*, Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1997, s. 199-200.
203. Puciato D., Rozpara M., Młynarski W., Łoś A., Królikowka B. *Aktywność fizyczna dorosłych mieszkańców Katowic a wybrane uwarunkowania zawodowe i społeczno-ekonomiczne*. Medycyna Pracy 2013; 64 (5):649-657.
DOI: 10.13075/mp.5893.2013.0064.
204. Pyle S.A., Sharkey J., Yetter G., Felix E., Furlong M.J., Poston W.S.C. *Fighting an epidemic: The role of schools in reducing childhood obesity*. Psychology in the Schools 2006;43(3):361–376.
205. Pytel N. *Przyczyny i skutki zjawiska wypalenia zawodowego wśród osób wykonujących zawody służebne*. Homo et Societa. Wokół pracy socjalnej i pomocy społecznej 2020; 5(4):70-86. DOI: 10.4467/25436104HS.20.005.13238.
206. Pyżalski J. *Skutki oddziaływania warunków pracy na polskich nauczycieli* [w:] Pyżalski J., Merecz D. (red.) *Psychospołeczne warunki pracy polskich nauczycieli. Pomiędzy wypaleniem zawodowym a zaangażowaniem*. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2010, s. 31-46.
207. Riechmann-Wolf M., Jankowiak S., Schulz A., Hegewald J., Romero Starke K., Liebers F. *Self-reported cardiovascular health of teachers: results from the 5-year follow-up of the Gutenberg Health Study cohort*. International Archives of Occupational and Environmental Health. 2021;94(2):251-259.
DOI: 10.1007/s00420-020-01576-9.

208. Romanowska-Tołłoczko A., *Styl życia studentów oceniany w kontekście zachowań zdrowotnych*. Hygeia Public Health 2011; 46(1):89-93.
209. Rottermund J., Knapik A., Saulicz M., Myśliwiec A. *Czy aktywność fizyczna pedagogów jest wzorem do zachowań prozdrowotnych wychowanków?* Problemy Higieny i Epidemiologii 2014;95(3):667-672.
210. Ryszkowski A., Wojciechowska A., Kopański Z., Brukwicka I., Lishchynskyy Y., Mazurek M. *Objawy i skutki nadużywania alkoholu*, Journal of Clinical Healthcare 2015; 1(4):2-6.
211. Rzońca E., Bień A., Iwanowicz-Palus G. *Zaburzenia odżywiania – problem wciąż aktualny*. Journal of Education, Health and Sport 2016;6(12):267-273.
DOI: 10.5281/zenodo.198734.
212. Scheuch K., Haufe E., Seibt R. *Teachers' Health*. Detusches Ärzteblatt International 2015,112(20):347-356. DOI: 10.3238/arztebl.2015.0347.
213. Schultz N.S., Chui K.H., Economos C.D. *A qualitative investigation of factors that influence school employee health behaviors: implications for wellness programming*. Journal of School Health 2019; 45(12): 202-209. DOI: 10.1111/josh.12831.
214. Sęk H. *Wypalenie zawodowe u nauczycieli. Społeczne i podmiotowe uwarunkowania* [w:] Brzeziński J., Kwieciński Z. (red.) *Psychologiczno-edukacyjne aspekty przesilenia systemowego*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika Toruń 2000, s. 99-114.
215. Siciński A. *Wprowadzenie* [w:] Siciński A. (red.) *Style życie w miastach polskich (u progu kryzysu)*. Polska Akademia Nauk, Wrocław 1988, s.11-34.
216. Słopiecka A., Kamusińska E. *Formy wypoczynku preferowane przez kobiety*. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2012;18(1):1-7.
217. Sorokosz I. *Nauczyciel wobec agresji uczniowskiej w ocenie studentów kierunków pedagogicznych i nauczycieli*. Przegląd Naukowo-Metodyczny. Edukacja dla Bezpieczeństwa 2008; 1(6):40-47.
218. Sosińska A.L., Kowalik J., Kopański Z., Brukwicka I., Wojciechowska W. *Wiedza i zachowania prozdrowotne w zakresie prawidłowego odżywiania na podstawie badań młodzieży ponadgimnazjalnych*. Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue 2012;1(4):27-32.
219. Stasiła-Sieradzka M., Dobrowolska M. *Postawy i normy społecznego postępowania jako element kultury bezpieczeństwa pracy – próba diagnozy problemu*. Przegląd Górniczy 2016;72(12):54-58.

220. Stawarz B., Lewicka M., Sulima M., Wiktor H. *Zdrowie jako wartość w ocenie studentów z województwa podkarpackiego*. *Annales Academiae Medicae Silesiensis* 2014;68(4):226-232.
221. Stawarz B., Sulima M., Lewicka M., Brukwicka I., Wiktor H. *Health and determinants of health - a review of literature*. *Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue* 2014;3.(2): 4-10.
222. Stefańska - Klar R. *Psychologiczne aspekty pracy nauczyciela* [w:] Górniok-Naglik A. (red.) *Rekomendacje w zakresie teoretycznego przygotowania studentów do wykonywania zawodu nauczyciela*, Usługi Poligraficzne, Druk Cyfrowy i Offsetowy Korzonkiewicz Krzysztof, Bielsko-Biała 2014; s. 61-82.
223. Story M., Nanney M.S., Schwartz M.B. *Schools and obesity prevention: creating school environments and policies to promote healthy eating and physical activity*. *Milbank Q.* 2009;87(11):71–100.
224. Swift D.L., Lavie C.J., Johannsen N.M., Arena R., Earnest C.P., O’Keefe J.H. *Physical activity, cardiorespiratory fitness, and exercise training in primary and secondary coronary prevention*. *Circulation Journal: Official Journal of the Japanese Circulation Society* 2013;77(2):281–292. DOI: 10.1253/circj.cj-13-0007.
225. Swinburn B., Egger G., Raza F. *Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity*. *Preventive Medicine* 1999;29:563–570.
226. Sygit K., Sygit M., Wojtyła-Buciora P., Lubiniec O., Stelmach W., Krakowiak J. *Physical activity as an important element in organizing and managing the lifestyle of populations in urban and rural environments*. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2019; 26(1):8-12. DOI: 10.26444/aaem/99177.
227. Sygit K., Sygit M., Wojtyła-Buciora P., Lyubiniets O., Stelmach W., Krakowiak J. *Environmental variations of nutritional mistakes among Polish school-age adolescents from urban and rural areas*. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2019;26(3):483-488. DOI: <https://doi.org/10.26444/aaem/105262>
228. Sygit M. *Zdrowie publiczne*. Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2017.
229. Sygit-Kowalkowska E, Sygit K, Sygit M. *Emotional intelligence vs. Health behaviour in selected groups in late adulthood*. *Annals of Agricultural and Environment Medicine* 2015; 22(2): 338-343. DOI:10.5604/12321966.1152092.

230. Sykut A., Ślusarska B. *Otyłość a zaburzenia snu, zaburzenia wzorca żywienia oraz kontrola czynników związanych ze zdrowiem*. Journal of Education, Health and Sport 2016;6(5):266-275. DOI: 10.6084/m9.figshare.3382984.
231. Syrek E. *Teoretyczne podstawy współczesnej pedagogiki zdrowia jako subdyscypliny pedagogiki*. Pedagogika Społeczna 2019;2(72):9-23.
DOI: 10.35464/1642-672X.PS.2019.2.01.
232. Syrkiewicz-Światała M., Holecki T., Wojtynek E. *Znaczenie mass mediów w promocji zdrowia*. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2014;20(2):171-176.
233. Szalonka K. *Polityka kreowania prozdrowotnego stylu życia wśród dzieci i młodzieży*. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego Problemy Zarządzania, Finansów i Marketingu 2015;38:171-181.
234. Szalonka K. *Pożądanane zachowania zdrowotne polskich gospodarstw domowych*. Zeszyty Naukowe Polityki Europejskiej. Finanse i Marketing 2014;12(61):199-208.
235. Szczęch B., Dyzmann-Sroka A., Kubiak A., Trojanowski M., Malicki J. *Analiza świadomości zdrowotnych skutków palenia tytoniu wśród wybranych grup społecznych*. Problemy Higieny i Epidemiologii 2014;95(4):871-879.
236. Szczygieł M. *Stres w pracy nauczyciela – wybrane uwarunkowania*. Kultura-Społeczeństwo-Edukacja 2020;2(18):311-329.
237. Szempruch J., Cieśleńska B. *Wypalenie w pracy zawodowej nauczyciela*. Społeczeństwo. Edukacja. Język. 2021;13(2):37-51. DOI: 10.19251/sej/2021.13(3).
238. Sztumski J. *Wstęp do metod i technik badań społecznych*. Katowice 1999, s. 66.
239. Szymocha M., Bryła M., Maniecka-Bryła I. *Epidemia otyłości w XXI wieku*, Zdrowie Publiczne 2009;119 (2):207-212.
240. Ślusarska B., Dobrowolska B., Zarzycka B. *Metateoretyczny kontekst zachowań zdrowotnych w paradygmatach zdrowia*. Problemy Higieny i Epidemiologii 2013; 94 (4):667-674.
241. Śmiechowska M., *Wpływ palenia tytoniu na wybór sposobu żywienia i zachowania żywieniowe. Badania wstępne*. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2015;21(1): 107-111. DOI: 10.5604/20834543.1142369.
242. Świętochowski W., Wawrzków M. *Motywacja osób dorosłych do realizowania zachowań zdrowotnych*. Psychologia Wychowawcza 2020;17(6):81-95.
DOI: 10.5604/01.3001.0014.2651.

243. Tarkowski R., Kijanka A., Lishchynskyy Y., Brukwicka I, Kopański Z. *Spoleczne promowanie w ochronie zdrowia*. Journal of Clinical Healthcare 2017;4(4):10-13.
244. Tiszczenko E., Surmach M., Piecewicz – Szczęsna H. *Zachowania zdrowotne jako kluczowy czynnik zdrowia*. Zdrowie Publiczne 2009;119(1):86-89.
245. Titkow A. *Zachowania związane ze zdrowiem i chorobą jako element wiedzy o społeczeństwie* [w:] Ostrowska A. *Wstęp do socjologii medycyny*. Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Instytut Socjologii UW, Warszawa 1990, s. 87-112.
246. Tobiasz-Adamczyk B. *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1998.
247. Tucholska S. *Christiny Maslach koncepcja wypalenia zawodowego: etapy rozwoju*. Przegląd Psychologiczny 2001;44(3):301-317.
248. Tucholska S. *Stres zawodowy u nauczycieli: poziom nasilenia i symptomy*. Psychologia Wychowawcza 1999;42(3):227-246.
249. Turbiarz A., Kadłubowska M., Kolonko J., Bąk E. *Rola mediów w promocji zdrowia*. Problemy Pielęgniarstwa 2010;18(2):239-242.
250. Ucieklak-Jeż P., Bem A. *Aktywność fizyczna determinantą zdrowia populacji*. Ekonomia-Wroclaw Economic Review 2017;23(4):305-318.
DOI: 10.19195/2084-4093.23.4.24.
251. Urbańska B., Wojciechowska B., Kopański Z. *Żywność w dzieciństwie a otyłość w wieku dorosłym*. Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue 2012;1(3):14-19.
252. Vallet L.A., Degenne A. *Social origin of teachers by sex and teaching level: evolution between 1964 and 1997: picture of the teaching workforce at the end of the 90's*. Education et Formations 2000;56:154-161.
253. Vamos S. *Experiences of beginning health educators and changes in their high school students' health behaviors and attitudes*. Health Education & Behaviour 2007;34(2):376–389. DOI: 10.1177/1090198106288513.
254. Vercambre M.N., Gilbert F. *Respondents in an epidemiologic survey had fewer psychotropic prescriptions than nonrespondents: an insight into health-related selection bias using routine health insurance data*. Journal of Clinical Epidemiology 2012;65(11):1181–1189. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2012.05.002.
255. Virtanen M., Kivimaki M., Elovainio M., Linna A., Pentti J., Vahtera J. *Neighbourhood socioeconomic status, health and working conditions of school*

- teachers*. Journal of Epidemiology and Community Health 2007;61(4):326–330.
DOI: 61/4/326 10.1136/jech.2006.052878.
256. Wagner S., Banaszekiewicz M., Andruszkiewicz A., Strahl A., Miller A., Kubica A. *Zachowania zdrowotne i miejsce w hierarchii wartości młodzieży*. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2015;21(3):278-281.
257. Walentynowicz-Moryl K. *Spoleczny wymiar zdrowia*. Relacje. Studia z Nauk Społecznych 2016;1:71-81.
258. Walentynowicz-Moryl K. *Wielowymiarowe modele zdrowia*. Hygeia Public Health 2017; 52(1):1-5.
259. Wartecka-Ważyńska A. *Edukacyjna rola szkoły i nauczyciela wychowania fizycznego w kształtowaniu aktywności fizycznej młodzieży*. Studia Edukacyjne 2016; 42, s. 289-308.
260. Wąsowski M., Walicka M., Marcinkowska-Suchowierska E. *Otyłość – definicja, epidemiologia, patogenez*a. Postępy Nauk Medycznych 2013; 4(4):301-306.
261. Weyers S., Dragano N., Richter M., Bosma H. *How does socio economic position link to health behaviour? Sociological pathways and perspectives for health promotion*. Global Health Promotion 2010;17(2):25–33.
262. White R.L., Babic M.J., Parker P.D., Lubans D.R., Astell-Burt T., Lonsdale C. *Domain-specific physical activity and mental health: A meta-analysis*. American Journal of Preventive Medicine 2017;52(5):653-666.
DOI: 10.1016/j.amepre.2016.12.008.
263. Włodarczyk E. *Psychologia zachowań zdrowotnych a promocja zdrowia – wybrane zagadnienia*. Medyczna Wokanda 2019;12(6):61-89.
DOI: 10.32055/mw.2019.12.4.
264. Wojciechowska K. *Nauczyciel – przewodnikiem w procesie promowania zdrowia w szkole*. Roczniki Pedagogiczne 2014; Tom 6 (42):127-141.
265. Wojtyła A. *Closing the health gaps*. Annals of Agricultural and Environmental Medicine 2012;19(1):1-2.
266. Wojtyła A. *Differences in health - a global problem and its various aspects*. Annals of Agricultural and Environmental Medicine 2011;18(2):191-192.
267. Wojtyła-Buciora P., Klimberg A., Kapka-Skrzypczak L., Diatczyk J., Urbaniak M., Ulatowska-Szostak E., Boldowski T., Wojtyła, A., Marcinkowski J.T. *Monitoring risk behaviour in adolescent pupils regarding consumption*

- of psychoactive substances*. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2017; 24(2):350-355. DOI:10.26444/aaem/74449.
268. Wojtyła-Buciora P., Stawińska-Witoszyńska B., Klimberg A., Wojtyła A., Goździewska M., Wojtyła K., Piątek J., Wojtyła C. et.al. *Nutrition-related health behaviours and prevalence of overweight and obesity among Polish children and adolescents*. *Annals of Agricultural nad Environmental Medicine* 2013;20(2)332-340.
269. Woynarowska B. *Edukacja zdrowotna*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2017.
270. Woynarowska-Sołdan M., Tabak I. *Zdrowie subiektywne i dbałość o zdrowie nauczycieli i innych pracowników szkół podstawowych i gimnazjów*. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2013;11(4):349-357.
DOI: 10.4467/20842627OZ.14.034.2173.
271. Woynarowska-Sołdan M., Więziak-Białowolska D. *Samoocena zdrowia i dbałość o zdrowie u nauczycieli*. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2012;93(4):739-745.
272. Woźniak M., Brukwicka I., Kopański Z., Kollár R., Kollárová M., Bajger B. *Zdrowie jednostki i zbiorowości*. *Journal of Clinical Healthcare* 2015; 4(1):1-3.
273. Woźniak M., Brukwicka I., Kopański Z., Kollár R., Kollárová M., Bajger B. *Zdrowie jako wypadkowa działania różnych czynników*. *Journal of Clinical Healthcare* 2015; 4(3):15-20.
274. Woźniak M., Brukwicka I., Kopański Z., Kollár R., Kollárová M., Bajger B. *Zdrowie i kultura zdrowotna*. *Journal of Clinical Healthcare* 2015;2(4):10-14.
275. Wrona - Polańska H. *Kreowanie zasobów osobowych wyzwaniem promocji dla zdrowia. Perspektywa psychologiczna* [w:] Wrona- Polańska H., Mastalski J. (red.) *Promocja zdrowia w teorii i praktyce psychologicznej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego Kraków 2009, s.11-26.
276. Wrona-Polańska H. *Psychoedukacja jako forma promocji zdrowia*. *Debata Edukacyjna* 2013;6:78-88.
277. Wysocki M.J., Miller M. *Paradygmat Lalonde'a, Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne*. *Przegląd Epidemiologiczny* 2003;57(4):505-512.
278. Zaczyński W. *Praca badawcza nauczyciela*. WSiP, 1968: 9-18.

279. Zadarko-Domaradzka M., Matłosz P., Warchoń K. *Edukacja zdrowotna w szkolnej praktyce procesu wychowania fizycznego*. Problemy Higieny i Epidemiologii 2014;95 (3):673-678.
280. Zapała M., Kowalczyk B., Lubińska-Żądło B. *Aktywność fizyczna a styl życia kobiet w wieku produkcyjnym*. Medycyna Ogólna i Nauki i Zdrowiu 2015;21(4): 391-397. DOI: 10.5604/20834543.1186912.
281. Zatoński W.A. *One hundred years of health in Poland*. Journal of Health Inequalities 2019;5(1):11-19. DOI: <https://doi.org/10.5114/jhi.2019.87816>.
282. Zatoński W.A. *The alcohol crisis in Polish public health*. Journal of Health Inequalities 2019;5(2):122-123. DOI: <https://doi.org/10.5114/jhi.2019.91380>.
283. Zatoński W.A., Janik-Koncewicz K. *Nutrition and public health*. Journal of Health Inequalities 2016;2(1):61–62. DOI: <https://doi.org/10.5114/jhi.2016.61422>.
284. Zatoński W.A., Przewoźniak K., Sulkowska U., West R., Wojtyła A. *Tobacco smoking in countries of the European Union*. Annals of Agricultural and Environmental Medicine 2012;19(2):181-92.
285. Zatoński W. A., Zatoński M., Janik-Koncewicz K., Połtyn-Zaradna K., Wijatkowska K., Marciniak A. *Hundred years of cigarette smoking in Poland: tyree phases of the tobacco epidemic*. Journal of Health Inequalities 2017; 3 (2): 118-122. DOI: <https://doi.org/10.5114/jhi.2017.74200>.
286. Zatoński W.A., Zatoński M., Janik-Koncewicz K., Wojtyła, A. *Alcohol-Related Deaths in Poland During a Period of Weakening Alcohol Control Measures*. JAMA 2021;325(11):1108-1109. DOI:10.1001/jama.2020.25879.
287. Zawadzka D., Mazur J., Oblacińska A., *Samoocena sprawności fizycznej i witalności a aktywność fizyczna młodzieży szkolnej*. Problemy Higieny i Epidemiologii 2015;96(1):149-156.
288. Zielińska M. *Społeczne uwarunkowania zachowań zdrowotnych łódzkich kobiet w wieku prokreacyjnym*. Problemy Higieny i Epidemiologii 2008; 89(3):367-372.
289. Złotkowska R., Skiba M., Mroczek A., Bilewicz-Wyrozumska T., Król K., Lar K., Zbrojkiewicz E. *Negatywne skutki aktywności fizycznej oraz uprawiania sportu*. Hygeia Public Health 2015;50(1):41-46.
290. Zubrzycka - Maciąg T. *Źródła stresu w pracy nauczycieli różnych typów szkół*. Studium Vilnense A. 2012;9:183-186.
291. Zysnarska M., Bernad D. *Zachowania prozdrowotne nauczycieli w województwie wielkopolskim – część I*. Problemy Higieny i Epidemiologii 2007;88(2):183–187.

292. Żukowska Z. *Wychowanie prozdrowotne młodzieży udaną inwestycją w zdrowe społeczeństwo*. *Medycyna Sportowa* 2000;108(7):10-13.

VIII. Streszczenie

Zachowania zdrowotne nauczycieli w kontekście uwarunkowań socjodemograficznych

Wstęp. Zachowania zdrowotne stanowią bardzo ważny element aktywności życiowej człowieka. Wiedza dotycząca zachowań zdrowotnych sprzyjających zdrowiu oraz sposobów niwelowania zachowań nieprawidłowych powinna w dużej mierze przyczynić się do polepszenia zdrowia społeczeństwa.

Szkoła w Polsce jest środowiskiem edukacyjnym, w której rozwijają się i utrwalają kulturowe i zdrowotne wzorce zachowań dzieci i młodzieży. W związku z tym niezwykle ważne jest promowanie zdrowia w środowisku szkolnym. Rola taka przypada nauczycielowi, który powinien cechować się wysoką świadomością zdrowotną, ale i postępowaniem, które chce przekazać młodemu pokoleniu. Istotne miejsce w procesie promowania zdrowia przypada edukacji zdrowotnej. Jest to związane z powierzeniem nauczycielowi roli „przewodnika zdrowia”. Ma on, oprócz rodziców, największą szansę stania się kreatorem procesu promocji zdrowia wśród dzieci i młodzieży. Rolę nauczyciela w tym procesie przedstawia Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), poprzez podkreślenie konieczności włączenia nauczyciela w proces wychowania młodego pokolenia do wartości zdrowia i prowadzenia zdrowego stylu życia. Jest to zadanie, któremu sprostają nauczyciele „przewodnicy”, posiadający niezbędną wiedzę o uwarunkowaniach zdrowia, swoim zachowaniem, stylem życia i podejmowaną działalnością zachęca dzieci, członków społeczności lokalnej do aktywności na rzecz zdrowia.

Dotychczas niewiele przeprowadzono badań nad zachowaniami zdrowotnymi nauczycieli w Polsce i na świecie, a jeszcze mniej jest danych empirycznych wskazujących na występowanie w tej grupie zawodowej związków między zachowaniami zdrowotnymi a zmiennymi socjodemograficznymi.

Cel badań. Celem głównym niniejszej dysertacji jest ocena zachowań zdrowotnych nauczycieli szkół podstawowych w kontekście uwarunkowań socjodemograficznych.

Material i metody badawcze: w badaniu wzięło udział 315 nauczycieli szkół podstawowych powiatu kaliskiego. Metodą zastosowaną w badaniu był sondaż diagnostyczny. Zastosowano trzy kwestionariusze ankiety: Autorski Kwestionariusz Ankiety przygotowany na potrzeby niniejszej pracy oraz trzy wystandaryzowane kwestionariusze -

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ), Skalę Satysfakcji z Życia (SWLS) oraz Listę Kryteriów Zdrowia (LKZ). Wszystkie obliczenia wykonano z użyciem oprogramowania STATISTICA wersja 13.3 PL (TIBCO Software).

Wyniki badań. W badanej grupie nauczycieli (N=315, 100,0%) zdecydowaną większość stanowiły kobiety (N=277, 87,9%), natomiast mężczyźni (N=38, 12,1%). Średni wiek badanych kształtował się na poziomie 46,1 lat (SD = 9,62, min.-maks. 23-85 lat), a średni staż pracy – 22,1 lat (SD= 10,46, min.-maks. 0,5-41,0 lat). Badani wysoko ocenili swoje zadowolenie z wyboru zawodu nauczyciela (M±SD: 8,31±1,84; min.-maks. 1-10), i tylko nieco gorzej ogólny poziom satysfakcji z wykonywanej pracy (M±SD: 7,95 ±1,94; min.-maks. 1-10). Badani dostrzegali związek między sytuacją materialną swojej rodziny a stanem zdrowia. Zależność taką wskazało łącznie N=207 badanych (65,7%), przy czym aż 37,8% oceniło, że związek ten jest znaczący. Spośród wskazanych chorób przewlekłych, badani najczęściej deklarowali występowanie nadciśnienia tętniczego (N=51, 26,2%) oraz chorób tarczycy (N=77, 24,4%). Badani wysoko ocenili swój stan zdrowia. W subiektywnej ocenie stan ten „dobrze” i „bardzo dobrze” zadeklarowało łącznie 74,9% badanych (N = 236). Badani nauczyciele w zdecydowanej większości zadeklarowali, że starają się przestrzegać zasad zdrowego stylu życia (N=282, 89,5%). Spośród wskazanych przez badanych różnych rodzajów używek, okazjonalnie picie alkoholu zadeklarowało N=208 nauczycieli (66,0%), natomiast regularnie pali wyroby tytoniowe N=25 nauczycieli (7,9%). Blisko 2/3 badanych spędza jedynie od 1 do 3 godzin w tygodniu na dodatkowej aktywności fizycznej (N=194, 61,6%). Natomiast spośród preferowanych form spędzania wolnego czasu, badani najczęściej wskazywali czytanie (N=218, 69,2%) oraz spotkania ze znajomymi (N=184, 58,4%). Pocięszającym jest fakt, iż blisko 2/3 badanych deklarowało, że spożywa zwykle od 4 do 5 posiłków w ciągu dnia (N=200, 63,5%), jednakże ponad połowa badanych (N=161, 51,1%) deklaruje, że podjada między posiłkami.

Ocenę poziomu satysfakcji z życia mierzono za pomocą standaryzowanego narzędzia – Skala Satysfakcji z Życia (SWLS). Wyniki wskazują na pewną przewagę osób badanych o przeciętnym i wysokim poziomie satysfakcji z życia. Ocenę zachowań związanych ze zdrowiem mierzono za pomocą standaryzowanego narzędzia – Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ). Uzyskane wyniki wskazują pewną przewagę osób badanych o niskim i przeciętnym poziomie zachowań zdrowotnych w stosunku do osób o wysokim poziomie. Analizę kryteriów oceny zdrowia przeprowadzono wg Listy

Kryteriów Zdrowia (LKZ). Najważniejszymi dla respondentów kryteriami zdrowia, było „nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych”.

Wskazano czynniki socjodemograficzne (płeć, wiek, BMI, staż pracy, zadowolenie z wyboru zawodu, stan cywilny, sytuacja materialna rodziny), które determinują zachowania zdrowotne nauczycieli. Dokonano również wskazania, które ze zmiennych uzyskanych ze skali IZZ mają najsilniejszy wpływ na stan zdrowia nauczycieli (subiektywna ocena stanu zdrowia). Wyniki pokazały, iż to „zachowania profilaktyczne” osiągnęły najwyższy wpływ na zdrowie niniejszej grupy zawodowej. Dokonano również wskazania, które z wymiarów rozumienia zdrowia (wg LKZ) wpływa na zachowania zdrowotne nauczycieli. Stwierdzono m.in., iż istnieje dodatnia korelacja między częstością spożywania słodczy a potrzebą nieodczuwania żadnych dolegliwości fizycznych ($z=2,218$, $p=0,027$); istnieje ujemna korelacja między czasem poświęcanym tygodniowo na wypoczynek sedentarny a chęcią nieodczuwania żadnych dolegliwości fizycznych ($z=-3,395$, $p=0,001$); grupa preferująca spędzanie czas przed komputerem istotnie częściej odczuwa potrzebę bycia szczęśliwym przez większość czasu niż osoby niepreferujące tego rodzaju aktywności podczas czasu wolnego ($t_{df=313}=2,01$, $p=0,045$); grupa preferująca spędzanie czas wolnego odpoczywając ma istotnie wyższą potrzebę umiejętności pracy bez napięcia i stresu niż osoby niepreferujące tego rodzaju aktywności podczas czasu wolnego ($t_{df=313}=2,136$, $p=0,033$); istnieje dodatnia korelacja między ilością wypijanych „lampek” alkoholu a chęcią nieodczuwania żadnych dolegliwości fizycznych ($z=2,077$, $p=0,038$).

Wnioski. Stwierdzono, iż istotnymi czynnikami warunkującymi zachowania zdrowotne badanych nauczycieli były: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny, staż pracy, warunki socjo-ekonomiczne. W badanej grupie przeważały nieprawidłowe zachowania zdrowotne; natomiast pandemia spowodowała niewielkie zmiany w zachowaniach zdrowotnych: przewaga zachowań antyzdrowotnych. Badanie satysfakcji z życia badanych, według Skali Satysfakcji z Życia (SWLS) wskazało nieznaczną przewagę badanych nauczycieli o przeciętnym i wysokim poziomie satysfakcji z życia. Natomiast wyniki badań z zastosowaniem Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ) wskazały nieznaczną przewagę osób badanych o niskim i przeciętnym poziomie zachowań zdrowotnych. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) pozwolił również na wyodrębnienie poszczególnych kategorii zachowań: nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienia psychiczne, praktyki zdrowotne, oraz wskazał, iż „zachowania profilaktyczne” badanych miały najsilniejszy wpływ na zachowania i stan ich zdrowia. Do najważniejszych kryteriów zdrowia należą wg badanych nauczycieli (wg

kwestionariusza Lista kryteriów Zdrowia (LKZ)) „nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych” oraz „mieć sprawne wszystkie części ciała”. Potwierdzono hipotezę główną i hipotezy szczegółowe, iż czynniki socjodemograficzne determinują zachowania zdrowotne nauczycieli.

Słowa kluczowe: zdrowie, zachowania zdrowotne, styl życia, czynniki socjodemograficzne, nauczyciel.

IX. Summary

Health behaviors of teachers in the context of sociodemographic conditions

Introduction. Health behaviors constitute a very important element of a human life. Awareness of pro-health behaviors and ways of eliminating incorrect behaviors should significantly contribute to the improvement of the health of the society.

Schools in Poland are an educational environment in which the cultural and health behavior patterns of children and adolescents develop and consolidate. Therefore, it is extremely important to promote health as early as in the school environment. This role is given to teachers, who should be highly aware in terms of health behaviors they want to pass on to the younger generation. Health education plays an important role in the process of health promotion. It is related to entrusting the teacher with the role of a 'health guide'. Apart from parents, the teacher has the best chance of becoming a creator of the health promotion process among children and adolescents. The role of the teacher in this process is presented by the World Health Organization (WHO); the teacher must be included into the process of educating the young generation in terms of the value of health and leading a healthy lifestyle. This is a task for 'guiding teachers': those who have the necessary knowledge about the determinants of health, and whose behaviors, lifestyles and activities will encourage children, members of the local community, to be active for the health's sake.

So far, little research has been conducted on health behaviors of teachers in Poland and worldwide; there is even less empirical data indicating the existence of relationships between health behaviors and sociodemographic variables in this professional group.

The aim of the study. The main goal of this dissertation is to assess the health behaviors of primary school teachers in the context of sociodemographic determinants.

Material and research methods: 315 primary school teachers from Kalisz powiat participated in this study. The method used in the study was a diagnostic survey. Three survey questionnaires were used: author's survey questionnaire prepared for the needs of this study, and three standardized questionnaires - Inventory of Health-Related Behavior (IHB), the Satisfaction with Life Scale (SWLS), and List of Health Criteria (LHC). All calculations were performed using STATISTICA 13.3 PL (TIBCO Software).

Results. In the analyzed group of teachers (N = 315, 100.0%), the vast majority were women (N = 277, 87.9%, versus men: N = 38, 12.1%). The average age of the respondents was 46.1 (SD = 9.62, min-max 23-85 years), and the average work experience was 22.1 years (SD = 10.46, min-max. 0.5-41.0 years). The respondents were generally satisfied with their choice of career path (M±SD: 8.31±1.84; min-max 1-10), and reported only slightly lower overall satisfaction with their job (M±SD: 7.95±1.94; min-max 1-10). The respondents noticed a relationship between the financial situation of their family, and their health. Such a correlation was indicated by a total of N=207 respondents (65.7%), and as many as 37.8% assessed this relationship as ‘significant’. Among the reported chronic diseases, the respondents most often declared the presence of arterial hypertension (N=51, 26.2%) and thyroid diseases (N=77, 24.4%). The respondents assessed their health very favorably. In a subjective assessment, ‘good’ and ‘very good’ condition was declared by a total of 74.9% of respondents (N=236). The vast majority of the teachers declared that they tried to follow the principles of a healthy lifestyle (N=282, 89.5%). Among the various types of stimulants indicated by the respondents, occasional alcohol consumption was declared by N=208 teachers (66.0%), while N=25 teachers (7.9%) regularly smoked tobacco products. Nearly 2/3 of the respondents spent only 1 to 3 hours per week on additional physical activity (N=194, 61.6%). Among the preferred leisure activities, the respondents most often indicated reading (N=218, 69.2%) and meeting friends (N=184, 58.4%). It is comforting that nearly 2/3 of the respondents declared that they usually ate 4 to 5 meals per day (N=200, 63.5%); however, more than half of them (N=161, 51.1%) admitted snacking between meals.

Life satisfaction was measured by a standardized tool – the Satisfaction with Life Scale (SWLS). The results indicated a certain advantage of the respondents with an ‘average’ and ‘high’ level of life satisfaction. Assessment of health-related behaviors was measured by a standardized tool – the Inventory of Health-Related Behavior (IHB). The obtained results indicated a certain advantage of respondents with ‘low’ and ‘average’ level of health behavior in comparison to people with a ‘high’ level. The health evaluation criteria were analyzed with the List of Health Criteria (LHC). The most important health criterion for the respondents was ‘not feeling any physical ailments’.

Socio-demographic factors (gender, age, BMI, number of years of experience, satisfaction with the career path, marital status, family financial situation) which determined teachers' health behavior were identified. It was found which of the variables obtained from the IHB scale had the strongest impact on the health of teachers (subjective

health assessment). The results showed that 'preventive behavior' had the greatest impact on the health of this professional group. It was also determined which dimension of health awareness (according to LHC) influenced health behaviors of teachers. It was found, inter alia, that there was a positive correlation between the frequency of eating sweets and the desire 'not to feel any physical ailments' ($z=2.218$, $p=0.027$); there was a negative correlation between the time spent weekly on sedentary leisure and the desire 'not to feel any physical ailments' ($z=-3.395$, $p=0.001$); the group that preferred to spend the time in front of the computer significantly more often felt the need to 'be happy most of the time' than people who did not prefer that type of leisure activity ($t_{df=313}=2.01$, $p=0.045$); the group that preferred to rest in their free time had a significantly higher need for 'working without tension and stress' than people who did not prefer that type of leisure activity ($t_{df=313}=2.136$, $p=0.033$); there was a positive correlation between the number of glasses of alcohol and the desire 'not to feel any physical ailments' ($z=2,077$, $p=0,038$).

Conclusions. It was found that age, sex, place of residence, education, marital status, years of professional experience, and socio-economic conditions were significant factors that influenced the health behaviors of the analyzed teachers. In the study group, incorrect health behaviors prevailed; the pandemic caused slight changes in health behavior, but anti-health behavior still prevailed. The assessment of life satisfaction conducted with the Satisfaction with Life Scale (SWLS) indicated a slight advantage of the teachers with an 'average' and 'high' level of life satisfaction. Meanwhile, the results of Inventory of Health-Related Behavior (IHB) indicated a slight advantage of the respondents with a 'low' and 'average' level of health behaviors. The Inventory of Health-Related Behavior (IHB) also helped distinguish individual categories of behaviors: eating habits, preventive behaviors, positive mental attitudes, and health practices, and indicated that the respondents' preventive behaviors had the strongest impact on their behavior and health. For the teachers, the most important health criteria (according to the List of Health Criteria (LHC)) were 'not feeling any physical ailments' and 'having all body parts functional'. The main hypothesis and detailed hypotheses, i.e. that sociodemographic factors determine teachers' health behavior, were confirmed.

Key words: health, health behaviors, lifestyle, sociodemographic factors, teacher.

X. Aneks

1. Spis tabel

Tabela 1. Wykaz szkół podstawowych objętych badaniami.

Tabela 2. Zestawienie wybranych cech demograficznych i społecznych badanej grupy nauczycieli (N = 315).

Tabela 3. Zestawienie wybranych cech demograficznych i społecznych badanej grupy nauczycieli (N = 315).

Tabela 4. Wybrane cechy antropometryczne w badanej grupie nauczycieli (N = 315).

Tabela 5. Częstość występowania poszczególnych kategorii BMI w badanej grupie nauczycieli (N = 315).

Tabela 6. Subiektywna ocena związku między sytuacją materialną rodziny a jej wpływem na stan zdrowia w badanej grupie nauczycieli (N=315).

Tabela 7. Częstość występowania wybranych chorób przewlekłych w badanej grupie nauczycieli (N = 315).

Tabela 8. Dolegliwości w ostatnich 3 miesiącach w ocenie subiektywnej badanych nauczycieli (N = 315).

Tabela 9. Samoocena stanu zdrowia badanych nauczycieli (N = 315).

Tabela 10. Wybrane aspekty związane ze zdrowiem badanych nauczycieli (N = 315).

Tabela 11. Przestrzeganie zasad zdrowego stylu życia oraz wpływ pandemii COVID-19 na negatywne zachowania zdrowotne badanych nauczycieli.

Tabela 12. Źródła czerpania wiedzy na temat zdrowia w grupie badanych nauczycieli (N = 315).

Tabela 13. Deklaracje związane ze stosowaniem używek w grupie badanych nauczycieli (N = 315).

Tabela 14. Aktywność fizyczna wśród badanych nauczycieli (N = 315).

Tabela 15. Preferowane formy spędzania czasu wolnego wśród badanych nauczycieli (N=315).

Tabela 16. Częstość spożywania posiłków przez badaną grupę nauczycieli (N=315).

Tabela 17. Miejsce spożywania posiłków przez badaną grupę nauczycieli (N = 315).

Tabela 18. Zmiana zachowań żywieniowych wśród badanych nauczycieli (N = 315).

Tabela 19. Deklarowana częstość spożycia wybranych kategorii produktów żywnościowych przez badanych nauczycieli.

Tabela 20. Poziom satysfakcji z życia badanych.

Tabela 21. Grupy badanych o różnym poziomie ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych.

Tabela 22. Charakterystyka opisowa poszczególnych kategorii zachowań zdrowotnych wg Inwentarza Zachowań Zdrowotnych.

Tabela 23. Kryteria zdrowia w ocenie subiektywnej badanych (N=315).

Tabela 24. Miejsce spożywania posiłków oraz odżywianie w dobie pandemii wg płci badanych nauczycieli.

Tabela 25. Częstotliwość spożywania posiłków w ciągu dnia wg płci badanych nauczycieli.

Tabela 26. Częstotliwość spożywania wybranych produktów spożywczych wg płci badanych.

Tabela 27. Czas na aktywność fizyczną oraz zajęcia sedentarne wg płci badanych nauczycieli.

Tabela 28. Podejmowanie wybranych form aktywności fizycznej wg płci badanych.

Tabela 29. Systematyczność podejmowanej aktywności fizycznej oraz jej spadek w dobie pandemii wg płci badanych.

Tabela 30. Wybrane formy spędzania czasu wolnego wg płci badanych.

Tabela 31. Stosowanie używek wśród badanych w zależności od płci.

Tabela 32. Ilość spożywanego alkoholu w zależności od płci badanych.

Tabela 33. Miejsce spożywania posiłków wg wieku badanych.

Tabela 34. Korelacja częstości spożywanych posiłków w zależności od wieku badanych.

Tabela 35. Korelacja częstości spożywania wybranych produktów wg wieku badanych.

Tabela 36. Korelacja czasu na aktywność fizyczną oraz zajęcia sedentarne wśród badanych.

Tabela 37. Wybrane formy aktywności fizycznej wg wieku badanych.

Tabela 38. Systematyczność aktywności fizycznej oraz jej spadek w dobie pandemii wg wieku badanych.

Tabela 39. Formy spędzania czasu wolnego wg wieku badanych.

Tabela 40. Stosowanie używek w zależności od wieku badanych.

Tabela 41. Korelacja pomiędzy ilością spożywanego alkoholu a wiekiem badanych.

Tabela 42. Miejsce spożywania posiłków w zależności od wskaźnika BMI badanych.

Tabela 43. Korelacja częstości spożywanych posiłków w zależności od wskaźnika BMI badanych.

Tabela 44. Korelacja spożywania wybranych produktów ze wskaźnikiem BMI badanych.

Tabela 45. Korelacja czasu aktywności fizycznej i zajęć sedentarnych z BMI badanych.

Tabela 46. Preferowane formy aktywności fizycznej w zależności od wskaźnika BMI badanych.

Tabela 47. Systematyczność podejmowanej aktywności fizycznej oraz poziom aktywności fizycznej w dobie pandemii wg wskaźnika BMI badanych.

Tabela 48. Spędzanie czasu wolnego wg wskaźnika BMI badanych.

Tabela 49. Stosowanie używek przez badanych w zależności od wskaźnika BMI.

Tabela 50. Korelacja ilości spożywanego alkoholu a wskaźnik BMI badanych.

Tabela 51. Miejsce spożywania posiłków wg stażu pracy badanych.

Tabela 52 . Korelacja częstości spożywanych posiłków wg stażu pracy badanych.

Tabela 53. Korelacja spożywania wybranych produktów z długością stażu pracy badanych.

Tabela 54. Czas poświęcany na aktywność fizyczną i zajęcia sedentarne a staż pracy badanych.

Tabela 55. Formy aktywności fizycznej w zależności od stażu pracy badanych.

Tabela 56. Podejmowanie aktywności fizycznej oraz jej poziom w dobie pandemii w zależności od stażu pracy badanych.

Tabela 57. Formy spędzania czasu wolnego przez badanych w zależności od stażu pracy.

Tabela 58. Stosowanie używek wg stażu pracy badanych.

Tabela 59. Korelacja pomiędzy ilością spożywanego alkoholu a stażem pracy badanych.

Tabela 60. Miejsce spożywania posiłków przez badanych a zadowolenie z wykonywanego zawodu.

Tabela 61. Korelacja częstości spożywanych posiłków ze stopniem zadowolenia z wykonywanego zawodu.

Tabela 62. Spożywanie wybranych produktów spożywczych w zależności od zadowolenia z wykonywanego zawodu przez badanych.

Tabela 63. Czas poświęcony na wybraną formę spędzania czasu a zadowolenie z wykonywanego zawodu.

Tabela 64. Wybrane formy aktywności fizycznej przez badanych a zadowolenie z wykonywanego zawodu.

Tabela 65. Podejmowanie aktywności fizycznej oraz jej poziom w dobie pandemii a poziom zadowolenia z wykonywanego zawodu.

Tabela 66. Sposób spędzania czasu wolnego a poziom zadowolenia z wykonywanego zawodu.

Tabela 67. Stosowanie używek a poziom zadowolenia z wykonywanego zawodu.

Tabela 68. Ilość spożywanego alkoholu a poziom zadowolenia z wykonywanego zawodu.

Tabela 69. Miejsce spożywanych posiłków wg stanu cywilnego badanych.

Tabela 70. Częstotliwość spożywanych produktów w zależności od stanu cywilnego badanych.

Tabela 71. Częstotliwość spożywania wybranych produktów spożywczych w zależności od stanu cywilnego badanych.

Tabela 72. Czas poświęcany na aktywność fizyczną i zajęcia sedentarne w zależności od stanu cywilnego badanych.

Tabela 73. Wybrane formy aktywności fizycznej badanych w zależności od ich stanu cywilnego.

Tabela 74. Aktywność fizyczna oraz jej poziom w dobie pandemii a stan cywilny badanych.

Tabela 75. Forma spędzania czasu wolnego a stan cywilny badanych.

Tabela 76. Stosowanie używek wg stanu cywilnego badanych.

Tabela 77. Ilość spożywanego alkoholu a stan cywilny badanych.

Tabela 78. Miejsce spożywania posiłków a sytuacja materialna badanych.

Tabela 79. Częstość spożywanego posiłków a sytuacja materialna badanych.

Tabela 80. Spożywanie wybranych produktów a sytuacja materialna badanych.

Tabela 81. Czas poświęcany na aktywność fizyczną oraz zajęcia sedentarne a sytuacja materialna badanych.

Tabela 82. Wybrane formy aktywności fizycznej a sytuacja materialna badanych.

Tabela 83. Aktywność fizyczna oraz jej poziom w dobie pandemii a sytuacja materialna badanych.

Tabela 84. Forma spędzania czasu wolnego a sytuacja materialna badanych.

Tabela 85. Stosowanie używek a sytuacja materialna badanych.

Tabela 86. Ilość spożywanego alkoholu wśród badanych w zależności od ich sytuacji materialnej.

Tabela 87. Zmienne uzyskane ze skali IZZ wg stanu zdrowia badanych.

Tabela 88. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ – „nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych” a nawyki żywieniowe badanych.

Tabela 89. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ – „mieć sprawne wszystkie części ciała” a nawyki żywieniowe.

Tabela 90. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ – „dożyć późnej starości” a nawyki żywieniowe.

Tabela 91. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ – „czuć się szczęśliwym przez większość czasu” a nawyki żywieniowe.

Tabela 92. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ – „dbać o wypoczynek, sen” a nawyki żywieniowe.

Tabela 93. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ – „umieć się cieszyć z życia” a nawyki żywieniowe.

Tabela 94. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ – „nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność” a nawyki żywieniowe.

Tabela 95. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ – „należy się odżywiać” a nawyki żywieniowe.

Tabela 96. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ – „czuć się dobrze” a nawyki żywieniowe.

Tabela 97. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ – „prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza” a nawyki żywieniowe.

Tabela 98. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ – „akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki” a nawyki żywieniowe.

Tabela 99. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ – „potrafić pracować bez napięcia i stresu” a nawyki żywieniowe.

Tabela 100. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ – „dobrze współżyć z innymi ludźmi” a nawyki żywieniowe.

Tabela 101. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ – „mieć pracę, różnorodne zainteresowania” a nawyki żywieniowe.

Tabela 102. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ – „nie palić tytoniu” a nawyki żywieniowe.

Tabela 103. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ – „umieć rozwiązywać swoje problemy” a nawyki żywieniowe.

Tabela 104. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ – „mieć dobry nastrój” a nawyki żywieniowe.

Tabela 105. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ – „mieć odpowiednią wagę ciała” a nawyki żywieniowe.

Tabela 106. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ – „jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa” a nawyki żywieniowe.

Tabela 107. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ – „umieć przystosować się do zmian w życiu” a nawyki żywieniowe.

Tabela 108. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ – „pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale” a nawyki żywieniowe.

Tabela 109. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ – „mieć zdrowe oczy, włosy, cerę” a nawyki żywieniowe.

Tabela 110. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ – „być odpowiedzialnym” a nawyki żywieniowe.

Tabela 111. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ – „potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami” a nawyki żywieniowe.

Tabela 112. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ a tygodniowa aktywność fizyczna.

Tabela 113. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ a aktywność sedentarna.

Tabela 114. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ a forma wypoczynku: wykonywanie obowiązków domowych.

Tabela 115. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ a forma wypoczynku: spędzanie czasu przed komputerem.

Tabela 116. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ a forma wypoczynku: oglądanie TV.

Tabela 117. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ a forma wypoczynku: czytanie.

Tabela 118. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ a forma wypoczynku: podejmowanie różnych form aktywności fizycznej.

Tabela 119. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ a forma wypoczynku: spotkania ze znajomymi.

Tabela 120. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ a forma wypoczynku: kino/teatr.

Tabela 121. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ a forma wypoczynku: sen i odpoczynek.

Tabela 122. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ a stosowanie używek: palenie tytoniu.

Tabela 123. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ a stosowanie używek: picie alkoholu.

Tabela 124. Korelacja wymiarów rozumienia zdrowia wg LKZ a stosowanie używek: ilość spożywanego alkoholu.

Tabela 125. Wymiary rozumienia zdrowia wg LKZ a stosowanie używek: picie kawy.

Tabela 126. Zadowolenie z życia wg SWLS w zależności od nawyków żywieniowych badanych.

Tabela 127. Zadowolenie z życia wg SWLS a aktywność fizyczna.

Tabela 128. Zadowolenie z życia wg SWLS w zależności od czynności sedentarnych.

Tabela 129. Zadowolenie z życia wg SWLS a forma wypoczynku.

Tabela 130. Zadowolenie z życia wg SWLS a stosowanie używek: palenie tytoniu.

Tabela 131. Zadowolenie z życia wg SWLS a stosowanie używek: spożywanie alkoholu: okazjne.

Tabela 132. Zadowolenie z życia wg SWLS a stosowanie używek: ilość spożywanego alkoholu.

Tabela 133. Zadowolenie z życia wg SWLS a stosowanie używek: picie kawy.

2.Spis rycin

Rycina 1. Determinanty zdrowia jednostki według koncepcji M.Lalonde'a (opracowanie własne wg: Lalonde 1974)

Rycina 2. Charakterystyka punktacji uzyskanej z pomiaru za pomocą Skali Satysfakcji z Życia w grupie badanych nauczycieli (N = 315).

Rycina 3. Charakterystyka ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych wg Inwentarza Zachowań Zdrowotnych w grupie badanych nauczycieli (N = 315).

3.Spis rysunków

Rysunek 1. Mandala Zdrowia – model ekosystemu zdrowia.

Rysunek 2. Tęcza czynników zdrowia (G. Dahlgren, M. Whitehead 1991)

4. Narzędzia badawcze

4.1 Autorski Kwestionariusz Ankiety

ANKIETA dotycząca zachowań zdrowotnych nauczycieli

Szanowni Państwo,

Bardzo proszę o wypełnienie ankiety, nie zajmuje to dużo czasu, a zebrane informacje posłużą jedynie do celów naukowych. **Wybraną odpowiedź (bądź odpowiedzi) należy podkreślić, bądź uzupełnić puste wykropkowane miejsca.**

Bardzo dziękuję za poświęcony czas.

I. Dane demograficzne i społeczne

1. Płeć:

- a. kobieta b. mężczyzna

2. Wiek (w latach):

3. Masa ciała (w kg).....

4. Wysokość ciała (w cm).....

5. Miejsce zamieszkania:

- a. miasto poniżej 100 tys. mieszkańców
b. miasto powyżej 100 tys. mieszkańców
c. wieś

6. Wykształcenie:

- a. niepełne podstawowe
b. podstawowe
c. zawodowe
d. średnie, w tym policealne
e. wyższe, w tym licencjat

7. Staż pracy (w latach):.....

8. Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z wyboru wykonywanego zawodu

(skala od 1 do 10: 1-najniższa ocena, 10 - najwyższa ocena. Proszę wskazać właściwą ocenę)?:

1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

**9. Czy Pan/Pani ma satysfakcję z wykonywanego zawodu (skala od 1 do 10:
1-najniższa ocena, 10 - najwyższa ocena. Proszę wskazać właściwą ocenę)?:**

1—2—3—4—5—6—7—8—9--10

10. Stan cywilny:

- a. panna/kawaler
- b. mężatka/żonaty
- c. żyjący w separacji
- d. rozwiedziona/ny
- e. wdowa/wdowiec
- f. związek partnerski
- g. konkubinat

11. Sytuację materialną rodziny określam jako:

- a. bardzo dobrą
- b. dobrą
- c. przeciętną
- d. złą
- e. bardzo złą

12. Czy sytuacja materialna ma przełożenie na Pana/Pani stan zdrowia oraz całej rodziny?:

- a. tak znaczący
- b. tak niewielki
- c. nie ma
- d. nie dostrzegam powiązania zdrowia z sytuacją materialną

II – Wybrane informacje dotyczące stanu zdrowia

13. Z powodu jakich chorób leczy się Pan/Pani obecnie (można wskazać kilka odpowiedzi)?:

- a. nadciśnienie tętnicze krwi
- b. miażdżyca
- c. cukrzyca
- d. choroba niedokrwienna serca
- e. osteoporoza
- f. choroby tarczycy
- g. depresja
- h. otyłość

- i. choroba alergiczna, jaka?:
- j. inne choroby, jakie?:

14. Jakie dolegliwości odczuwa Pan/Pani, które utrzymują się przez okres, co najmniej ostatnich 3 miesięcy (można wskazać kilka odpowiedzi)?:

- a. bóle głowy, b. zawroty głowy, c. zaburzenia snu, d. ogólny niepokój, lęk,
- e. brak apetytu, f. ból w klatce piersiowej, g. duszność wysiłkowa, h. obrzęki podudzi, i. kaszel, j. ból brzucha, k. nudności, l. wymioty, ł. biegunka, m. zaparcia, n. osłabienie wzroku, o. osłabienie słuchu, p. spadek masy ciała, r. bóle kręgosłupa, w którym odcinku:.....s. bóle stawów, t. inne, jakie?:

15. Ile razy w ciągu ostatnich 2 lat był/a Pan/Pani hospitalizowany/a?:

- a. ile....., z jakiego powodu?.....
- b. nie

16. Czy przyjmuje Pan/Pani leki przepisane przez lekarza?:

- a. tak
- b. nie

17. Czy zdarza się Panu/Pani zażywać leki nie przepisane przez lekarza, takie jak (można wskazać kilka odpowiedzi) ?:

- a. leki przeciwbólowe
- b. leki nasenne
- c. leki uspokajające
- d. leki obniżające ciśnienie tętnicze krwi
- e. inne leki, jakie?

18. Jak obecnie ocenia Pan/Pani swój stan zdrowia. Jest on?:

- a. bardzo dobry
- b. dobry
- c. mierny (średni)
- d. zły
- e. bardzo zły

Na pyt. 19 odpowiadają osoby, które w powyższym pytaniu zaznaczyły odp. d lub e.

19. Czy zły stan Pana/Pani zdrowia (fizycznego/psychicznego/społecznego) jest obecnie powiązany z występującą pandemią COVID-19?:

- a. tak
- b. nie
- c. między innymi
- d. nie wiem – nie dostrzegam powiązania.

III. Wybrane informacje dotyczące stylu życia

20. Jaki jest Pana/Pani stosunek do przestrzegania zasad zdrowego stylu życia (np. prawidłowe odżywianie, podejmowanie systematycznej aktywności fizycznej, nie stosowanie używek, odpowiednia ilość snu itd.)?:

- a. staram się przestrzegać zasad zdrowego stylu życia
- b. nie przestrzegam zasad zdrowego stylu życia
- c. stosunek do zdrowego stylu życia jest mi całkiem obojętny

21. Z jakich źródeł czerpie Pan/Pani wiedzę na temat zdrowia?:

- a. z literatury fachowej (książki, czasopisma naukowe itd.)
- b. prasa codzienna
- c. czasopisma dla kobiet
- d. z internetu
- e. od znajomych, rodziny
- f. inne.....

22. Czy uczestniczył/a Pan/Pani w przeciągu ostatnich 2 lat w konferencjach (warsztatach, szkoleniach itd.) dotyczących zdrowego stylu życia?:

- a. kilkunastu
- b. kilku
- c. jednym
- d. żadnym

23. Czy w przeciągu ostatniego roku (w dobie pandemii COVID-19) zaobserwował/a Pan/Pani u siebie przewagę nieprawidłowych zachowań zdrowotnych (niską aktywność fizyczną, nieprawidłowe odżywianie, złą jakość snu itd.)?:

- a. tak znacząco
- b. tak – w niewielkim stopniu
- c. nie
- d. nie mam zdania

A. Stosowanie używek

24. Czy pali lub palił/a Pan/Pani papierosy?:

a. obecnie nie palę, ale paliłam/łem w przeszłości – proszę podać ilość wypalanych papierosów w tygodniu.....sztuk– ile lat Pan/Pani paliła?:

b. tak, palę obecnie – proszę podać ilość wypalanych papierosów w tygodniu..... sztuk
– ile lat Pan/Pani pali?:

c. palę okazjonalnie – ilość wypalanych papierosów w przeciągu jednego miesiąca.....sztuk
d. nie palę i nigdy nie paliłam/łem

25. Czy pije lub pił/a Pan/Pani alkohol?:

1. obecnie nie piję, ale piłem w przeszłości
-ile lat?:
-ile razy w ciągu miesiąca?:rodzaj najczęściej spożywanego alkoholu (piwo, wino, wódka, inny jaki?).....
-ilość spożywanego alkoholu w miesiącu (proszę podać w przeliczeniu na „lampkę” lub mililitr lub litr).....lampek.....ml.....l

2. tak, piję obecnie
- od ilu?: miesiący:.....lub lat.....
-ile razy w ciągu miesiąca?:
-rodzaj najczęściej spożywanego alkoholu (piwo, wino, wódka inny, jaki?).....
-ilość spożywanego alkoholu w miesiącu (proszę podać w przeliczeniu na „lampkę” lub mililitr lub litr).....lampek.....ml.....l

3. piję okazjonalnie
-ilość spożywane alkoholu w przeciągu miesiąca(proszę podać w przeliczeniu na „lampkę” lub mililitr lub litr)lampek.....ml.....l
4. nie piję i nigdy nie piłem

26. Czy stosuje Pan/Pani inne używki?:

a. tak, jakie?.....
b. nie

B. Podejmowana aktywność fizyczna

27. Ile czasu tygodniowo poświęca Pan/Pani na aktywność fizyczną (dodatkową formę aktywności poza obowiązkami domowymi: np. spacer, jazda na rowerze, pływanie itd.)?:

- a. 1-3 godzin w tygodniu
- b. 4 - 6 godzin w tygodniu
- c. powyżej 6 godzin w tygodniu
- d. nie jestem osobą aktywną fizycznie

Na pytanie nr 28-29 odpowiadają osoby, które w pytaniu 27 zaznaczyły odpowiedź od a-c

28. Jakie formy aktywności fizycznej Pan/Pani preferuje (można zaznaczyć kilka odpowiedzi)?:

- a. spacer
- b. nordic walking
- c. bieganie
- d. taniec
- e. pływanie
- f. jazda na rowerze
- g. turystyka piesza
- h. fitness
- i. inne, jakie?.....

29. Czy podejmuje Pan/Pani aktywność fizyczną systematycznie (w przeciągu całego roku bez względu na warunki pogodowe/niewielką ilość czasu/zmęczenie pracą)?:

- a. tak zawsze
- b. tak – z przerwami (nie dłuższymi niż 1 miesiąc)
- c. nie – podejmuję aktywność fizyczną sporadycznie.

30. Jakie formy spędzania czasu wolnego Pan/Pani preferuje (można zaznaczyć kilka odpowiedzi)?:

- a. wykonywanie obowiązków domowych
- b. spędzanie czas przed komputerem
- c. oglądanie TV
- d. czytanie
- e. podejmowanie różnych formy aktywności fizycznej
- f. spotkania ze znajomymi
- g. kino/teatr
- h. sen i odpoczynek
- i. inne, jakie?.....

31. Ile czasu w ciągu dnia poświęca Pan/Pani na oglądanie TV, gry komputerowe, pracę z wykorzystaniem komputera i inne czynności wykonywane w pozycji siedzącej?:

- a. mniej niż 1 godzinę dziennie
- b. 1-2 godziny dziennie
- c. 3-4 godziny dziennie

- d. 5-6 godzin dziennie
- f. więcej niż 7 godzin dziennie

32. Czy w przeciągu ostatniego roku (w dobie pandemii COVID-19) zauważył/a Pan/Pani znaczący spadek swojej aktywności fizycznej?:

- a. tak – znaczący
- b. tak – niewielki
- c. nie
- d. nie mam zdania

C. Zachowania żywieniowe

33. Jaka jest przeciętna ilość posiłków, którą spożywa Pan/Pani w ciągu dnia?:

- a. powyżej 5 posiłków
- b. 4-5 posiłków
- c. 3 posiłki
- d. mniej niż 3 posiłki

34. Jak często spożywa Pan/Pani wymienione niżej posiłki?:

(w każdym wierszu może pojawić się wyłącznie jeden krzyżyk, określ częstotliwość dla każdego posiłku)

	Codziennie	Kilka razy w tygodniu	Raz na tydzień lub rzadziej	Raz na miesiąc lub rzadziej	Nigdy
Pierwsze śniadanie					
Drugie śniadanie					
Obiad					
Podwieczorek					
Kolacja					

35. Gdzie najczęściej spożywa Pan/Pani wymienione niżej posiłki?:

(w każdym wierszu może pojawić się wyłącznie jeden krzyżyk, wyraż opinię na temat każdego posiłku)

	w domu	u bliskiej rodziny	w barach, restauracjach	w innych miejscach	w szkole	nie spożywa m

Pierwsze śniadanie						
Drugie śniadanie						
Obiad						
Podwieczorek						
Kolacja						

36. Czy podjada Pan/Pani pomiędzy posiłkami?:

a. tak (jakie produkty?).....

b. nie

37. Jak często spożywa Pan/Pani produkty z następujących grup?:

(dla każdego wiersza należy wybrać odpowiedź tylko jeden raz)

	kilka razy dziennie	raz dziennie	raz w tygodniu	kilka razy w tygodniu	raz w miesiąc u	kilka razy w miesiącu	nie spożywa m
Warzywa							
Owoce							
Ryby							
Drób							
Mięso wołowe/wiepr zowe							
Produkty zbożowe (makarony, kasze, produkty mączne)							
Produkty mleczne							
Słodycze							
Fast foody							

38. Czy w przeciągu ostatniego roku (w dobie pandemii COVID-19) zauważył/a Pan/Pani znaczące zmiany w odżywianiu (np. spożywanie niezdrowych produkty, podjadanie między posiłkami, większa objętość posiłków itd.) , które skutkowały np. przyrostem masy ciała, złym samopoczuciem, bólami brzucha itd.?

a. tak - zmiana sposobu odżywiania znacząca (z przewagą nieprawidłowego odżywiania),

- b. tak – zmiana sposobu odżywiania nieznaczna (równowaga pomiędzy prawidłowym a nieprawidłowym odżywianiem),
- c. nie – zmiana sposobu odżywiania nie nastąpiła,
- d. nie – zmiana nastąpiła, ale z przewagą przestrzegania zasad prawidłowego odżywiania.

Dziękuję za rzetelne wypełnienie ankiety

4.2 Kwestionariusz – Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ)

Z. Juczyński

IZZ

.....płeć M K wiek..... data badania.....

Poniżej podano przykłady różnych zachowań związanych ze zdrowiem. **Jak często w ciągu roku przestrzega Pan/Pani wymienionych poniżej zachowań?** Proszę odpowiedzieć szczerze wpisując do każdej kratki liczbę wyrażającą właściwą dla siebie odpowiedź:

1 – prawie nigdy;

2 – rzadko;

3 – od czasu do czasu;

4 – często;

5 – prawie zawsze

-
1. Jem dużo warzyw, owoców
 2. Unikam przeziębień
 3. Poważnie traktuję wskazówki osób wyrażających zaniepokojenie moim zdrowiem
 4. Wystarczająco dużo odpoczywam
 5. Ograniczam spożywanie takich produktów, jak tłuszcze zwierzęce, cukier
 6. Mam zanotowane numery służb pogotowia
 7. Unikam sytuacji, które wpływają na mnie przygnębiająco
 8. Unikam przepracowania
 9. Dbam o prawidłowe odżywianie
 10. Przestrzegam zaleceń lekarskich wynikających z moich badań
 11. Staram się unikać zbyt silnych emocji, stresów i napięć
 12. Kontroluję swoją wagę ciała
 13. Unikam spożywania żywności z konserwantami
 14. Regularnie zgłaszam się na badania lekarskie
 15. Mam przyjaciół i uregulowane życie rodzinne
 16. Wystarczająco dużo śpię
 17. Unikam soli i silnie solonej żywności
 18. Staram się dowiedzieć, jak inni unikają chorób

Proszę odwrócić kartkę

Copyright © 2012 by Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego Sp. z o.o.

ul. Belwederska 6A, 00-762 Warszawa

www.practest.com.pl

Jak często w ciągu roku przestrzega Pan/Pani wymienionych niżej zachowań?

1 – prawie nigdy;

2 – rzadko;

3 – od czasu do czasu;

4 – często;

5 – prawie zawsze

19. Unikam takich uczuć, jak gniew, lęk i depresja
20. Ograniczam palenie tytoniu
21. Jem pieczywo pełnoziarniste
22. Staram się uzyskać informacje medyczne i zrozumieć przyczyny zdrowia i choroby
23. Myślę pozytywnie
24. Unikam nadmiernego wysiłku fizycznego
25. Inne, jakie?.....
-

ZZ	sten	PN	ZP	PN	PZ

4.3 Kwestionariusz – Lista Kryteriów Zdrowia (LKZ)

Co dla Pani/Pana oznacza „być zdrowym”? poniżej podano stwierdzenia, które opisują różne znaczenia „bycia zdrowym”.

Instrukcja:

1. Najpierw należy uważnie przeczytać wszystkie podane stwierdzenia.

	Być zdrowym oznacza dla mnie:	A	B	C
1.	dożyć późnej starości	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	czuć się szczęśliwym przez większość czasu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	potrafić dobrze współżyć z innymi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	umieć rozwiązywać swoje problemy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	należycie się odżywiać	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	dbać o wypoczynek, sen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	nie palić tytoniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	mieć odpowiednią wagę ciała	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	mieć dobry nastrój	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	potrafić pracować bez napięcia i stresu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	mieć zdrowe, oczy, włosy, cerę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	umieć przystosować się do zmian w życiu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	umieć się cieszyć z życia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	być odpowiedzialnym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	A	B	C
19. potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. mieć sprawne wszystkie części ciała	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. mieć pracę, różnorodne zainteresowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. czuć się dobrze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. inne - jakie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Następnie należy jeszcze raz od początku czytać kolejne stwierdzenia i zaznaczać, wstawiając **znak X** w odpowiedniej kratce w kolumnie oznaczonej **literą A** te, które Pani/Pana zdaniem są bardzo ważne w ocenie zdrowia. Proszę dokonać wyboru, a potem wrócić do punktu 3.
- Spośród zaznaczonych w kolumnie A stwierdzeń należy wybrać 5 najważniejszych i zaznaczyć je **znakiem X** w kolumnie **B**. Jeżeli w kolumnie A zaznaczono mniej niż 5, to należy je uzupełnić.
Proszę dokonać wyboru, a potem, wrócić do punktu 4.
- Wybrane 5 kryteriów zdrowia należy uszeregować wpisując w kolumnie **C** dla kryterium najważniejszego 5 punktów, dla następujących 4,3,2, a dla najmniej ważnego 1.

Copyright © 2012 by Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego Sp. z o.o.

ul. Belwederska 6A, 00-762 Warszawa

www.practest.com.pl

4.4 Kwestionariusz – Skala Satysfakcji z Życia (SWLS)

E. Diener, R.A. Emmons, R.J. Larson i S. Griffin

SWLS

Adaptacja: Z. Juczyński

.....wiek.....płeć M K data badania.....

Poniżej podano kilka stwierdzeń, z którymi możesz się zgadzać lub nie. Używając skali od 1 do 7 wskaż – w jakim stopniu zgadzasz się z każdym stwierdzeniem wpisując w pustą kratkę odpowiednią cyfrę. Bądź szczery w swoich odpowiedziach.

Poszczególne punkty skali oznaczają:

- 1 – zupełnie nie zgadzam się
- 2 – nie zgadzam się
- 3 – raczej nie zgadzam się
- 4 – ani się zgadzam ani nie zgadzam
- 5 – raczej zgadzam się
- 6 – zgadzam się
- 7 – całkowicie zgadzam się

-
1. Pod wieloma względami moje życie zbliżone jest do ideału
 2. Warunki mojego życia są doskonałe
 3. Jestem zadowolony z mojego życia
 4. W życiu osiągnąłem najważniejszą rzecz, której chciałem
 5. Gdybym mógł jeszcze raz przeżyć swoje życie, to nie chciałbym prawie nic zmieniać
-

SAT	sten

Copyright © 2012 by Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego Sp. z o.o.
ul. Belwederska 6A, 00-762 Warszawa
www.practest.com.pl

5.Zgoda Komisji Bioetycznej