



**JANUSZ KIRENKO** <sup>1</sup>, **DOMINIKA UBERMAN-KULZ** <sup>2</sup>

## **Styl życia zdrowotnego a radzenie sobie z problemami studentów kierunków nauczycielskich z różnym poziomem samooceny**

### **Healthy Lifestyle and Dealing with Problems Experienced by Teacher-trainees with Various Levels of Self-assessment**

<sup>1</sup> Profesor zwyczajny, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Wydział Pedagogiki i Psychologii, Polska

<sup>2</sup> Lekarz medycyny, Uniwersytet Rzeszowski, Wydział Pedagogiczny, Polska

#### **Streszczenie**

Przebadano 197 studentów kierunków nauczycielskich, w tym 175 kobiet (88,83%) i 22 mężczyzn (11,17%). Wiek badanych mieścił się w przedziale od 19 do 42 lat ze średnią na poziomie 24,93 roku. Byli to studenci pedagogiki, filologii angielskiej i germańskiej oraz pedagogiki przedszkolnej i wczesnoszkolnej z dwóch uczelni: Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie i Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie. Badanie przeprowadzono za pomocą Kwestionariusza Diagnostycznego „Mój Styl Życia” (LSQ – Cavendish), Kwestionariusza COPE (COPE – Carver, Scheier, Weintraub) i Skali Samooceny (SES – Rosenberg). Uzyskano specyficzną strukturę związków wybranych zmiennych: zależnej stylu życia zdrowotnego, niezależnej radzenia sobie z problemami i moderującej samooceny. Uwypuklano te, które mają znaczne oparcie w empirii. Zastosowana regresja wieloraka umożliwiła przyjęcie w miarę precyzyjnych charakterystyk otrzymanych związków pretendujących do miana autonomicznych wniosków.

**Słowa kluczowe:** styl życia zdrowotnego, samoocena, studenci kierunków nauczycielskich, strategie radzenia sobie z problemami

#### **Abstract**

The research was conducted among 197 teacher trainees, including 175 women and 22 men. Students' ages ranged between 19 and 42, with the average of 24.93. The respondents were the students of pedagogy, English studies, German studies, pre-school and early-school pedagogy from two higher education institutions, namely: Maria Curie-Skłodowska University in Lublin and Higher School of Economy and Innovation in Lublin. The research was conducted with the help of the diagnostic questionnaire “My Lifestyle” (LSQ – Cavendish), COPE questionnaire (COPE – Carver, Scheier, Weintraub) and self-assessment scale (SES – Rosenberg). A particular structure of relationships between various variables (such as healthy lifestyle dependent variable, independent variable of dealing with problems, and moderating self-assessment) was shown. Those which

are essential as emerging from empirical results were highlighted. Relationship characteristics can be considered as autonomous conclusions.

**Keywords:** teacher trainees, healthy lifestyle, self-assessment, dealing with problems

---

## Wstęp

Pomocowy charakter zawodu nauczyciela ukierunkowanego na pracę z drugą osobą ma szczególną wartość społeczną, stąd on sam, jak szczegółowo określa Karta Nauczyciela, powinien być świadomy swoich zadań i charakteryzować się realistycznym stosunkiem do osób powierzonych jego opiece. Wymaga się od niego, by posiadał pełną zdolność do podjęcia czynności prawnych, przestrzegał podstawowych zasad moralnych oraz spełniał warunki zdrowotne niezbędne do wykonywania zawodu. Musi być także odpowiedzialny za organizowany proces dydaktyczno-wychowawczy, co ukierunkowuje go na współpracę z różnymi środowiskami społecznymi ucznia, zwłaszcza z rodziną.

Działalność nauczyciela jest zawsze długofalowa, skierowana ku przyszłości. Coraz więcej jednak zadań stawianych przed nim powoduje występowanie zjawisk, które śmiało można określić mianem patologizacji zawodu. Nie sposób tutaj mówić o nich, jest ich bowiem tak wiele, różnej promencji, że nie bez powodu jednym z najważniejszych następstw uprawiania tego zawodu jest zjawisko wypalenia zawodowego, stąd i problemy zdrowotne, które jeszcze dwie lub trzy dekady temu nie występowały w takim nasileniu jak obecnie (Kirenko, 2016). Pojęcie stylu życia jest wieloznaczne. Najczęściej odwołuje się do indywidualnego sposobu bycia, ogółu motywów, cech, zainteresowań, wartości, zachowań, sposobu postrzegania świata i reagowania na niego. Stanowi zbiór codziennych zachowań i działań członków danej zbiorowości umożliwiający ich społeczną identyfikację (Ostrowska, 1999). Gawęł (2003, s. 22) określa to mianem mniej lub bardziej uświadamianej „strategii” życiowej. Nie uzewnętrznia się jednak tylko w zachowaniach i aktywności, ale także w motywacjach tych zachowań oraz celach, wartościach, treściach, którym przypisuje się pewne znaczenie, gdyż jako przedmiot dążeń człowieka nadają owym zachowaniom i aktywnościom określony kierunek (Taranowicz, Majchrowska, Kawczyńska-Butrym, 2000). Styl życia w największym również stopniu determinuje zdrowie ludzkie jako funkcja możliwości, uwarunkowań i wyborów, całokształtu powiązanych ze sobą zachowań, zwyczajów i nawyków, które mogą mieć wpływ na poziom ryzyka przedwczesnego rozwoju określonych chorób (zob. Drabik, Wróblewska, 1999).

W strategii WHO wypracowanej dla regionu europejskiego przyjęto, że odnosi się do sposobu życia opartego na związku między warunkami życia a indywidualnymi wzorcami zachowań, które są korzystne lub szkodliwe dla zdrowia. Elementem współtworzącym tutaj styl życia jest świadomy wybór zachowań (nazywanych zachowaniami zdrowotnymi) służących utrzymaniu i wzmacnianiu

zdrowia przez wykorzystywanie wszelkich dostępnych środków, a także przez kształtowanie otoczenia przyjaznego zdrowiu (Woitas-Ślubowska, 1997). Znaczenie stylu życia jest również warunkowane przez osobiste przekonania jednostki, uznawane przez nią wartości, normy społeczne i kulturowe, sposób funkcjonowania społeczności, do której należy, warunki życia i pracy oraz polityczną, ekonomiczną i organizacyjną strukturę społeczeństwa. Kiedy we wzorcu codziennego postępowania człowieka zdaniem Tylki (2008) dominują zachowania sprzyjające zdrowiu, mówimy wówczas o zdrowym stylu życia. Jest on pożądaną wartością tak samo jak zdrowie, do którego ten określony wzorzec postępowania prowadzi.

Silny związek między stylem życia a zdrowiem doprowadził do wartościowania stylów życia. Można mówić zarówno o pozytywnym, inaczej zdrowym stylu życia, czyli wzorcu godnym naśladowania, jak i negatywnym, a zatem niezdrowym, patologicznym, który zagraża dobrostanowi psychofizycznemu i może obniżyć jakość bytu człowieka. Prozdrowotny styl życia to naśladowanie wzorów świadomych zachowań związanych ze zdrowiem, będących efektem wyborów dokonywanych przez ludzi na podstawie dostępnych, determinowanych ich sytuacją życiową alternatyw, których hierarchia ważności jest trudna do ustalenia. Do najważniejszych należą: dbałość o ciało, aktywność fizyczna, racjonalne żywienie, hartowanie się, odpowiednia jakość i czas snu, dawanie wsparcia społecznego i korzystanie z niego, unikanie stresu i radzenie sobie z nim, samokontrola zdrowia i samobadanie, poddawanie się badaniom profilaktycznym, bezpieczne zachowania w życiu codziennym, niepalenie tytoniu, ograniczone używanie alkoholu, nienadużywanie leków niezleconych przez lekarza oraz nienadużywanie innych substancji psychoaktywnych (zob. Woynarowska, 2008).

Przyjmując, iż stan zdrowia jest najistotniejszym czynnikiem stylu życia, działania mające na celu jego poprawę lub wzmocnienie muszą się odwoływać do danych dotyczących tego, czym ten styl życia jest, od czego zależy, jak można go scharakteryzować oraz jak wpłynąć na jego zmianę (Ostrowska, 1999). Pojęcie sytuacji trudnej zaś znaczeniowo zbliżone jest do terminów „stres” lub „sytuacja stresowa” doświadczana przez człowieka jako wynik jego subiektywnej oceny poznawczej (zob. Lazarus, Folkman, 1984), oceniana w wielu kategoriach odnoszących się do możliwości zapanowania nad nią. Jest zatem procesem adaptacyjnym zmierzającym do usunięcia przeszkody lub wyeliminowania przyczyny trudności oraz poprawy samopoczucia i nastroju, a także uwolnienia się od negatywnych emocji. Radzenie sobie może więc spełniać funkcję zadaniową, bo skoncentrowaną na problemie, oraz regulacyjną, czyli skoncentrowaną na emocjach (Lazarus, Folkman, 1984). Nie są one całkowicie rozłączne i niezależne. W konkretnej sytuacji stresowej przeplatają się i wzajemnie na siebie oddziałują. Występuje duża różnorodność indywidualnych wzorców radzenia sobie,

a o tym, która z funkcji procesu radzenia sobie będzie podstawowa oraz jaka będzie dynamika przemian jednej w drugą, decydują przede wszystkim: indywidualne znaczenie, jakie nadawane jest transakcji stresowej przez procesy oceny poznawczej, oraz możliwości zaradcze danej osoby.

Adekwatność funkcjonalna strategii oraz umiejętność prawidłowego ich doboru zależą od posiadanego przez jednostkę repertuaru strategii zaradczych i od ogólnej orientacji człowieka w swoim otoczeniu i jego wymaganiach (Ratajczak 2000), czyli warunkowane są jednak nie tylko sposobem spostrzegania wymagań, jakie niesie dana sytuacja, ale również charakterystycznym dla danej osoby stylem radzenia sobie ze stresem. Przy czym styl i strategię radzenia sobie ze stresem różnią się w zakresie zastosowania. Lazarus i Folkman (1984) zdefiniowali radzenie sobie (*coping*) jako „stale zmieniający się wysiłek poznawczy i behawioralny, skierowany na wymagania zewnętrzne i/lub wewnętrzne, które oceniane są przez jednostkę jako obciążające i przekraczające jej możliwości”, w celu ukształtowania nowych sposobów spełniania wymagań sytuacji. Dlatego też podejmowane przez jednostkę działania w sytuacji stresowej mogą zmierzać do: zmiany sytuacji, usunięcia przeszkody lub wyeliminowania przyczyny trudności oraz do poprawy samopoczucia i nastroju, czyli uwolnienia się od negatywnych emocji. Radzenia sobie może zatem spełniać funkcję instrumentalną (zadaniową, skoncentrowaną na problemie) oraz regulacyjną (skoncentrowaną na emocjach) (por. Terelak, 1995).

Skuteczne radzenie sobie ukierunkowane na rozwiązanie problemu wymaga realistycznej i trafnej oceny zarówno stresorów, jak i dostępnych zasobów. Nie zawsze bowiem radzenie sobie skoncentrowane na zadaniu musi być skierowane wyłącznie na stresor. Często bardziej korzystne będą działania skierowane na zmianę zachowania jednostki (Sheridan, Radmacher, 1998). Przyjmuje się, że strategię ukierunkowane na rozwiązanie problemu stosowane są przez osoby oceniające swoją sytuację w perspektywie swobody i możliwości działania. Po strategię skoncentrowane na problemie sięga się w sytuacji, która będzie podlegała kontroli, w przeciwnym razie wybiera się strategię skoncentrowane na emocjach (por. Sheridan, Radmacher, 1998; Heszen-Niejodek, 2008; Zubrzycka-Maciąg, 2013).

Efektywne radzenie sobie ze stresem wymaga bogatego i zróżnicowanego repertuaru czynności zaradczych umiejętnie dopasowywanych do zmieniających się warunków stresogennej transakcji. Natomiast samoocena najczęściej utożsamiana jest z komponentem obrazu własnej osoby. Spełnia ona trzy zasadnicze funkcje: poznawczo-uświadamiającą, wartościującą-oceniającą oraz integrująco-scalającą, dzięki którym człowiek zdaje sobie sprawę, jakie miejsce zajmuje w świecie i jakie łączy go z nim związki, dostrzega wartości własne i innych ludzi oraz łączy wszystkie strony bytu, integrując swoją osobowość i nią kierując (Kirenko, 2002). Kształtowana jest zatem przez osobnicze działanie, samoobserwację, wysłuchiwanie osób znaczących, porównywanie siebie z innymi,

a nade wszystko samoświadomość. Najczęściej wyróżnia się jej postać globalną i cząstkową, które mogą się różnić na wiele sposobów, m.in. ze względu na poziom, stałość lub wartości własnych sądów. Tutaj istotny jest ten pierwszy, czyli poziom, wysoki lub niski, którego miarą jest stopień stawianych sobie trudności. Podejmowanie się wykonania trudnych zadań oznacza posiadanie wysokiego poziomu samooceny i odwrotnie, gdzie niska samoocena jest równoznaczna z brakiem wiary we własne siły, ciągłym niezadowoleniem z siebie, poczuciem bezradności oraz przekonaniem, że jest się kimś gorszym od innych. Natomiast osoby z wysoką samooceną są towarzyskie, tolerancyjne dla samych siebie oraz życzliwie nastawione do innych, a ich stosunki z otoczeniem odznaczają się dużą efektywnością społeczną, dzięki czemu zajmują wysokie pozycje społeczne (zob. Kirenko, Zubrzycka-Maciąg, 2011; Zubrzycka-Maciąg, 2013). Samoocena człowieka ma ścisły związek zarówno z jego stylem życia, jak i radzeniem sobie z problemami, chociaż nie zawsze potwierdzają to wyniki prowadzonych badań.

### **Metoda badań**

Coraz liczniejsze badania nad psychospołecznym funkcjonowaniem nauczycieli, a od niedawna studentów kierunków nauczycielskich, w tym nad występowaniem związków między stylem życia a radzeniem sobie w sytuacjach trudnych w tych grupach badanych, sprawiają, iż włączane są w nie kolejne zmienne pośredniczące o charakterze moderującym. I o ile w literaturze przedmiotu dostępne są wyniki badań z zakresu stylu życia nauczycieli (Kirenko, 2016) i ich radzenia sobie w sytuacjach trudnych badanych (zob. Zubrzycka-Maciąg, Kirenko, 2015; Kirenko, Zubrzycka-Maciąg, 2017), o tyle brakuje takowych wskaźujących na istnienie związków pomiędzy tymi zmiennymi w obrębie moderującej roli samooceny. Dlatego podstawowy problem badawczy zawiera się w pytaniu o związki pomiędzy tak przyjętymi zmiennymi, a celem niniejszych badań jest ocena tychże związków.

Postawione pytania badawcze dotyczyły zatem ustalenia poziomów stylu życia zdrowotnego i radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Oddzielnie pytano o typ, tutaj poziom samooceny, oraz o związki między poziomami stylu życia zdrowotnego wśród wszystkich badanych studentów kierunków nauczycielskich i w obrębie poszczególnych typów/poziomów samooceny a ich poziomem radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Hipotezę ogólną sformułowano zatem do pytań o związki między stylem życia a radzeniem sobie z problemami, które są różne w poszczególnych wymiarach korelowanych zmiennych, zwłaszcza wśród osób, u których decydujące znaczenie odgrywają poszczególne poziomy samooceny. Stąd poszczególne komponenty stylu życia wiążą się dodatnio ze strategiami radzenia sobie w sytuacjach trudnych, natomiast poziom samooceny moderuje niniejszy związek.

Materiał badawczy zebrano za pomocą metody sondażu diagnostycznego, w którego skład wchodziły następujące narzędzia badawcze: Kwestionariusz Diagnostyczny „Mój Styl Życia” (LSQ – Cavendish), Kwestionariusz COPE (COPE – Carver, Scheier, Weintraub) i Skala Samooceny (SES – Rosenberg). Kwestionariusz Diagnostyczny „Mój Styl Życia” składa się z 50 twierdzeń pogrupowanych w 10 obszarach różnych aspektów życia i szeroko pojmowanego zdrowia. Są to: spożywanie alkoholu (PA), palenie tytoniu (PT), ciśnienie krwi (CK), waga ciała (WC), sprawność fizyczna (SF), stres i niepokój wewnętrzny (SNW), bezpieczeństwo jazdy samochodem (BJS), relacje z innymi (RI), odpoczynek i sen (OS) oraz ogólne zadowolenie z życia (OZZ). Zadaniem osób badanych było zaznaczenie tych twierdzeń, które są zgodne z ich stylem życia. Wyniki są sumowane (MSŻsum):

- 40–50 pkt wskazuje na zdrowszy, aktywniejszy od przeciętnej styl życia,
- 25–39 pkt oznacza przeciętny styl życia,
- 0–24 pkt wskazuje na styl życia stanowiący potencjalne zagrożenie zdrowia, gdzie brak poprawy stylu życia może mieć negatywne skutki dla szeroko rozumianego zdrowia, samopoczucia: fizycznego, psychicznego, emocjonalnego i społecznego,
- wynik mniejszy niż 3 pkt w pojedynczym obszarze wskazuje na potrzebę zmiany, poprawę w tej sferze życia zdrowotnego (Garbaciak, Olex-Mierzejewska, 2003; zob. Kirenko, 2016).

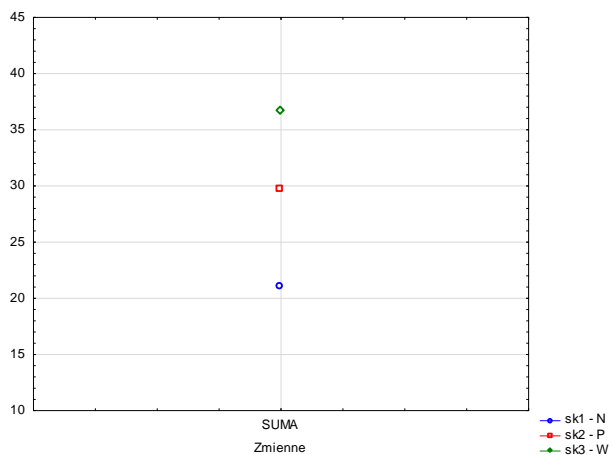
Natomiast Kwestionariusz COPE pozwala ustalić możliwości radzenia sobie w sytuacjach trudnych ujętych w aspekcie 8 stylów i 8 strategii, czyli dyspozycji do radzenia i sytuacyjności radzenia zagregowanych w następujących skalach: koncentracja na problemie (KP), zaprzeczenie (Z), koncentracja na emocjach i ich wyładowaniu (KEW), poszukiwanie emocjonalnego wsparcia (PEW), akceptacja (A), zwracanie się ku religii (ZR), poczucie humoru (PH), używanie alkoholu lub innych środków odurzających (UASO). Każde twierdzenie oceniane jest na 4-stopniowej skali. Właściwości psychometryczne kwestionariusza są satysfakcjonujące (zob. Wrześniewski, 1996; por. Byra, 2012). W przypadku zaś zmiennej moderującej skorzystano ze Skali SES – narzędzia przeznaczonego do oceny poziomu ogólnej samooceny, ujawnianego w samoopisie, czyli względnie stałej dyspozycji rozumianej jako świadoma postawa (pozytywna lub negatywna) wobec „ja”, a nie chwilowy stan. Składa się ona z 10 twierdzeń diagnostycznych. Zadaniem osoby badanej jest ustosunkowanie się do każdego twierdzenia poprzez zakreślenie odpowiedniej odpowiedzi na 4-stopniowej skali. Obliczenia wykonuje się zgodnie z kluczem. Polskiej adaptacji dokonały Dzwonkowska, Lachowicz-Tabaczek i Łaguna (2008).

Ogółem przebadano 197 studentów kierunków nauczycielskich, w tym 175 kobiet (88,83%) i 22 mężczyzn (11,17%). Wiek badanych mieścił się w przedziale 19–42 lat, ze średnią na poziomie 24,93 roku. Byli to studenci pedagogiki

(88 osób – 44,67%), filologii angielskiej i germańskiej (64 osoby – 32,49%) oraz pedagogiki przedszkolnej i wczesnoszkolnej (45 osób – 22,84%) z dwóch uczelni: Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie (110 osób – 55,84%) i Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie (87 osób – 44,16%). Najwięcej osób, bo 126 (63,96%), to studenci I stopnia, pozostałe 71 osób (36,04%) – II. Przeważali studenci studiów stacjonarnych (119 osób – 60,41%) nad niestacjonarnymi (78 osób – 39,59%). W większości przypadków były to osoby stanu wolnego (126 osób – 63,93%), zamieszkałe w miastach (120 osób – 60,91%), spośród których 158 (80,20%) zamierza podjąć pracę po ukończeniu studiów w szkole lub innej placówce oświatowej.

## Wyniki analiz

Określenie poziomów samooceny przez badanych studentów kierunków nauczycielskich było możliwe dzięki ustaleniu ich hierarchicznie zorganizowanych struktur, co osiągnięto po zastosowaniu analizy skupień metodą *k*-średnich.



**Rysunek 1. Typy/poziomy samooceny badanych osób bezrobotnych**

Źródło: opracowanie własne.

Na jej podstawie wyodrębniono trzy skupienia, które nie są podobne do siebie (rys. 1). Różnicuje je stopień nasilenia analizowanych komponentów, stąd takie, a nie inne ich typy, w czym wyraża się specyfika wyodrębnionych grup badanych osób. Najwięcej badanych osób, bo 88 (44,67%), wchodzi w skład skupienia nr 2 i jest to dominujący typ nasilenia przejawianej samooceny wśród badanych studentów. Charakteryzuje się przeciętnym poziomem świadomej, subiektywnej postawy wobec siebie, wobec innych, emocji związanych z własną osobą i emocji powiązanych z poznawczymi sędziami o sobie wobec innych, emocji związanych z własną osobą, powiązaną z poznawczymi sędziami o sobie

(Rosenberg, za: Dzwonkowska, Lachowicz-Tabaczek, Łaguna, 2008, s. 7–8). Drugi ze względu na liczebność badanych osób jest typ skupienia nr 3 określony tutaj mianem wysokiego poziomu samooceny. Zakwalifikowanych do niego zostało 69 osób (35,03%). Natomiast typ skupienia nr 1 tworzą studenci z niskim poziomem samooceny i jest to grupa o najniższej frekwencji badanych osób, bo 40 (20,30%). Poziomy przejawianego stylu życia zdrowotnego w 10 jego komponentach oraz radzenia sobie w sytuacjach trudnych badanych studentów z różnym poziomem samooceny określono za pomocą jednoczynnikowej analiza wariancji (ANOVA), której wyniki zaprezentowano w tabelach 1–2.

**Tabela 1. Styl życia badanych osób z różnym poziomem samooceny – ANOVA**

Zmienne	F	Por. wewnątrzgrupowe		
PA	0,281	{N}3,846	{W}3,618	{P}3,574
PT	0,903	{N}2,641	{W}3,163	{P}2,901
CK	0,186	{N}2,487	{W}2,654	{P}2,604
WC	3,918*	{N}1,512	{W}2,436*	{P}2,039~
SF	1,229	{N}2,230	{W}1,909	{P}1,811
SNW	16,761*	{N}1,205	{W}3,181*	{P}2,465*
BJS	2,815~	{N}3,128	{W}3,800*~	{P}3,396
RI	3,680*	{N}3,230	{W}3,945*	{P}3,663~
OS	5,111*	{N}1,794	{W}2,727*	{P}2,396*
OZZ	6,865*	{N}2,128	{W}3,418*	{P}2,871~
MSZ	6,401*	{N}24,205	{W}30,855*	{P}27,723*

\* –  $p < 0,05$ ; ~ – zbliżone do istotności

Źródło: opracowanie własne.

Niemal we wszystkich obszarach i w wyniku ogólnym stylu życia, bo w 9 spośród 11, średnie arytmetyczne badanych studentów kierunków nauczycielskich z wysokim poziomem samooceny są wyższe od analogicznych otrzymanych w grupie studentów z niskim i przeciętnym poziomem samooceny. W 7 też obszarach uzyskane wartości testu  $F^0$  dla trzech równocześnie porównywanych grup były istotne statystycznie lub zbliżone do poziomu ufności (tab. 1). Podobny kierunek zróżnicowania występuje między studentami z przeciętnym i niskim poziomem samooceny, czyli na korzyść tej pierwszej grupy. Można zatem stwierdzić, iż poziom przejawianej samooceny u badanych studentów silnie różnicuje ujawniony przez nich styl życia, a kierunek zależności jest jednoznacznie określony w stronę studentów z wysokim poziomem samooceny, czyli im wyższy jej poziom, tym wyższa jakość życia zdrowotnego. Zatem badani studenci z wysokim poziomem samooceny w istotnie wyższym nasileniu niż studenci z przeciętnym i niskim poziomem samooceny, a ci drudzy w stosunku do ostatnich, ujawniają prozdrowotne zachowania w takich obszarach, jak: waga ciała, stres i niepokój wewnętrzny, bezpieczna jazda samochodem, relacje z innymi, odpoczynek i sen oraz ogólne zadowolenie z życia. Również nieco



mniej palą tytoniu oraz doświadczają problemów z ciśnieniem krwi. W większym nasileniu ujawniają problemy ze spożywaniem alkoholu, chociaż piją jego niewielkie ilości i nie traktują tego jako lekarstwa na problemy czy stresy dnia codziennego oraz nie odczuwają poczucia winy w związku z jego spożywaniem. Zawód nauczyciela, który chcą wykonywać, obarczony jest dużą odpowiedzialnością, stąd osoby go wykonujące nie mogą sobie pozwolić na niedyspozycję czy utratę zaufania, a ponadto będąc dobrze wykształconymi, znają zagrożenia płynące z nadużywania alkoholu (zob. Kirenko, Zubrzycka-Maciąg, 2017).

Znacznie gorzej jest w przypadku kategorii dotyczącej sprawności fizycznej badanych studentów z wysokim poziomem samooceny, którzy wykazują niskie jej nasilenie – na tyle niskie, że w tym pojedynczym obszarze wskazują na potrzebę zmiany, poprawę w tej sferze życia zdrowotnego. Są bowiem mniej aktywni fizycznie, szybciej się męczą, co jest o tyle zastanawiające, o ile weźmiemy pod uwagę ich stosunkowo niski wiek, chociaż ujawnione zaniedbania mogą wynikać z wielu czynników, w tym o charakterze osobowym i osobistym oraz środowiskowym (zob. Kirenko, Zubrzycka-Maciąg, 2017). Wyższe tutaj wskaźniki, czyli w obszarze picia alkoholu i sprawności fizycznej, są udziałem studentów z niskim poziomem samooceny. Pomimo uzyskania oczekiwanych związków trudno jednak być usatysfakcjonowanym otrzymanymi wynikami, skoro badani studenci wykazują jedynie przeciętny styl życia, czego reprezentacją są średnie wyniki globalnego stylu życia skłaniające niekiedy do stwierdzeń, zwłaszcza w odniesieniu do grupy z niskim poziomem samooceny, o potencjalnym zagrożeniu zdrowia, gdzie brak poprawy może skutkować negatywne w obszarze szeroko rozumianego zdrowia, zwłaszcza samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, niekorzystnie wpływając na odniesienie sukcesu, w tym poczucie spełnienia. Niniejsze wyniki są zbieżne z dotychczasowymi rezultatami badań, zwłaszcza wśród nauczycieli (zob. Zsynarska, Bernard, 2007; Duda-Zalewska, 2012; Woynarowska-Soldan, Więziak-Białowolska, 2012; Kirenko, 2016; Kirenko, Zubrzycka-Maciąg, 2017).

**Tabela 2. Radzenie sobie w sytuacjach trudnych badanych osób z różnym poziomem samooceny – ANOVA**

Zmienne	F	Por. wewnątrzgrupowe		
KP	3,021~	{N}35,923	{W}38,818*	{P}38,525*
Z	1,423	{N}8,256	{W}7,472	{P}7,683
KEW	0,045	{N}9,564	{W}9,545	{P}9,643
PEW	5,007*	{N}10,410	{W}11,764*	{P}11,515*
A	0,011	{N}13,795	{W}13,873	{P}13,822
ZR	1,658	{N}10,256	{W}10,091	{P}10,970~
PH	4,694*	{N}8,923*	{W}7,436	{P}7,772
UASO	6,581*	{N}6,743*	{W}5,072	{P}5,544

\* –  $p < 0,05$ ; ~ – zbliżone do istotności

Źródło: opracowanie własne.

Przeprowadzona analiza wariancyjna (tab. 2) wskazuje na występowanie zależności między zmiennymi samooceny i radzenia sobie z problemami u badanych studentów. Poziomy nasilenia strategii radzenia sobie studentów kierunków nauczycielskich w wyodrębnionych poziomach samooceny są istotnie statystycznie zróżnicowane w 4 spośród 8 wymiarów COPE, a mianowicie: koncentracji na problemie, poszukiwaniu emocjonalnego wsparcia, poczuciu humoru oraz używania alkoholu lub innych środków odurzających, gdzie wartości testu  $F^0$  dla trzech jednocześnie porównywanych poziomów samooceny okazały się większe od wartości krytycznej na najwyższym jego poziomie lub zbliżonym do niego. Najwyższy poziom nasilenia reakcji koncentracji na problemie wystąpił w grupach studentów z wysokim i przeciętnym poziomem samooceny. Ujawniają oni w istotnie większym nasileniu w porównaniu do studentów z niskim poziomem samooceny nastawienia na rozwiązywanie problemów, konstruowanie planu działania i realizowanie go w taki sposób, krok po kroku, by nie rozpraszały ich inne myśli i działania. Często odkładają oni inne czynności, aby koncentrować się wyłącznie na aktualnie wykonywanym zadaniu. Identycznie strategia emocjonalnego wsparcia, czyli poszukiwanie uczuciowego oparcia, współczucia i zrozumienia u przyjaciół lub rodziny, istotnie silniej występuje u studentów z wysokim i przeciętnym poziomem samooceny. Odmienny rozkład wyników wystąpił w dwóch pozostałych strategiach radzenia sobie w sytuacji trudnej, gdzie studenci z niskim poziomem samooceny istotnie częściej niż pozostali, zwłaszcza z wysoką samoocena, cechują się wyższym poziomem humoru, śmiania się, dworowania sobie czy strojenia żartów, dając tym samym upust emocjom, ale też częściej spożywają alkohol lub przyjmują inne środki odurzające, żeby mniej myśleć o danym problemie i łatwiej przez niego przejść. Taki rozkład wyników w sposób szczególny daje asumpt do kolejnych analiz o charakterze korelacyjnym. Stosując zatem analizę regresji wielokrotnej krokowej, scharakteryzowano związki między wskaźnikami zmiennych zależnych stylu życia zdrowotnego a zmiennymi niezależnymi radzenia sobie z problemami w obrębie badanej grupy studentów kierunków nauczycielskich i jej trzech poziomów samooceny (tab. 3).

W grupie badanych studentów kierunków nauczycielskich największy udział, bo na poziomie istotnym statystycznie, w zmienności wyników zmiennych zależnych stylu życia zdrowotnego mają jedynie dwie strategie radzenia sobie z problemami: poszukiwanie emocjonalnego wsparcia i zaprzeczanie. W dwóch też komponentach stylu życia co najmniej jedna z powyższych strategii znajduje się w modelu regresyjnym. Stąd analizowane tu wymiary stresu i niepokoju wewnętrznego oraz relacji z innymi w największym stopniu warunkowane są poszukiwaniem uczuciowego oparcia, współczucia i zrozumienia u przyjaciół lub rodziny, a w przypadku pierwszego komponentu jeszcze strategią zaprzeczania, czyli nieprzyjmowaniem do wiadomości tego, co się w rzeczywistości wydarzyło, zachowując się tak, jakby się nic nie stało. Zdecydowanie częściej natomiast nie wiążą się istotnie statystycznie co najmniej z 6 komponentami: ze strategiami

używania alkoholu lub innych środków odurzających, akceptacji i nieco rzadziej koncentracji na emocjach i ich wyładowaniu oraz poczucia humoru.

**Tabela 3. Wyniki analizy regresji wielokrotnej: wskaźniki zmiennej zależnej asertywności i zmiennych niezależnych radzenia sobie w sytuacjach trudnych i samooceny w badanych grupach**

Z. Wyj.	Całość			N			W			P		
	Pred.	$\beta$	R2	Pred.	B	R2	Pred.	$\beta$	R2	Pred.	B	R2
PA	KEW KP UASO	-0,09 -0,13~ -0,10	0,02	KEW PH A	-0,60* -0,39* -0,28*	0,32	PH Z	0,29* 0,16	0,10	UASO	-0,28*	0,07
PT	UASO ZR KEW	-0,20* -0,17* 0,10	0,05	UASO PH KEW Z	-0,55* 0,46* 0,36* -0,25	0,36	PEW KEW Z ZR	-0,30* 0,28* 0,21~ -0,14	0,12	UASO A	-0,17~ -0,14	0,02
CK	A UASO KP ZR	0,12 -0,11 -0,12 0,09	0,01	PH	-0,21	0,02	KP KEW PH A Z	-0,41* 0,17 0,19 0,25~ 0,17	0,09	ZR UASO PH	0,17~ -0,20~ 0,11	0,04
WC	UASO A PEW	-0,22* -0,19* 0,12~	0,07	UASO PEW PH	-0,44* 0,21 -0,16	0,39	A UASO	-0,27* -0,22~	0,07	A ZR KEW	-0,27* 0,22~ -0,11	0,04
SF	A	-0,11	0,00	ZR PH KP PEW A	-0,28~ -0,52* -0,81* 0,34~ 0,33	0,25	Z UASO PEW	0,42* -0,33* -0,26*	0,17	KEW	-0,11	0,00
SNW	UASO Z A PEW	-0,30* 0,21* -0,24* 0,15*	0,11	PEW A Z	0,55* -0,56* -0,28~	0,21	A UASO KP Z PH	-0,22 -0,35* -0,23 0,16 -0,14	0,18	Z A UASO ZR PH	0,20 -0,29* -0,23~ 0,19 0,17	0,07
BJS	PH KEW UASO A KP Z	-0,07 0,07 -0,14 -0,16~ 0,15 0,12	0,02	KEW Z PH UASO KP A ZR PEW	0,57* -0,24 0,38* -0,23 0,67* -0,24 -0,21 -0,26	0,53	Z A KP	0,29* -0,28~ 0,16	0,11	PH	-0,14	0,01
RI	PEW KEW Z	0,21* -0,15* 0,13~	0,08	ZR Z PEW	-0,37* 0,25 0,22	0,11	KP	-0,17	0,01	PEW KEW Z A	0,21* -0,19~ 0,16 0,14	0,06
OS	UASO A Z	-0,32* -0,10 0,11	0,06	KEW	0,23	0,03	A UASO KP ZR	-0,24 -0,24~ -0,21 -0,16	0,17	KEW UASO ZR Z	-0,26* -0,27* 0,15 0,17	0,10
OZŻ	UASO Z KEW PEW	-0,17~ 0,13 -0,13~ 0,10	0,03	KEW KP	0,21 0,19	0,07	KP A UASO Z KEW	-0,28~ -0,18 -0,19 0,17 -0,12	0,04	KEW ZR	-0,26* 0,20*	0,06
MSŻ	UASO Z A PEW	-0,32* 0,14~ -0,16* 0,09	0,08	UASO KEW ZR	-0,44* 0,21 -0,19	0,22	A Z UASO KP PH	-0,20 0,28* -0,22 -0,19 0,14	0,17	KEW ZR ASO KP	-0,17~ 0,20~ -0,14 -0,14	0,04

\* –  $p < 0,05$ ; ~ – zbliżone do istotności

Źródło: opracowanie własne.

Natomiast w grupie badanych studentów z niską samooceną największy udział w wyjaśnianiu zmienności komponentu palenia tytoniu na poziomie statystycznej ufności mają strategie koncentracji na emocjach i ich wyładowaniu oraz poczucia humoru z opozycyjną strategią używania alkoholu lub innych środków odurzających. Tymczasem komponent bezpiecznej jazdy samochodem silnie powiązany jest również ze strategiami koncentracji na emocjach i ich wyładowaniu oraz poczucia humoru, czyli dawania upustu emocjom, zwłaszcza gdy źle się dzieje, chociaż i dworowania sobie oraz strojenia żartów, ale i strategią koncentracji na problemie, inaczej nastawieniu na rozwiązywanie problemów, konstruowanie planu działania i realizowanie go w taki sposób, krok po kroku, by nie rozpraszały go inne myśli i działania.

Dodatkowo komponent stresu i niepokoju wewnętrznego tworzy fuzję ze strategią poszukiwania emocjonalnego wsparcia, stojąc jednocześnie w opozycji do strategii akceptacji, czyli rozmawiania o tym, co się czuje, opowiadania o swoich uczuciach, poszukiwaniu pozytywnych rzeczy w tym, co się wydarzyło, uczenia się z tym żyć. Pozostałe wskaźniki korelacyjne ze znakiem ujemnym informują jedynie o braku związku między nimi, zaś wśród badanych studentów z wysoką samooceną 5 modeli regresyjnych zmiennych zależnych stylu życia zdrowotnego warunkowanych jest na poziomie statystycznej istotności trzema strategiami radzenia sobie w sytuacjach trudnych, chociaż dominująca tutaj jest strategia zaprzeczania, silnie korelując z ogólnym wskaźnikiem stylu życia oraz komponentami sprawności fizycznej i bezpiecznej jazdy samochodem. Pozostałe dwie łączą się kolejno: poczucie humoru ze spożywaniem alkoholu, a koncentracja na emocjach i ich wyładowaniu z paleniem tytoniu. W opozycji zaś do 4 komponentów istotnie stoją strategie poszukiwania emocjonalnego wsparcia, koncentracji na problemie, akceptacji oraz spożywania alkoholu lub przyjmowania innych środków odurzających, tworząc adekwatne konfiguracje. Tymczasem wśród studentów z przeciętnym poziomem samooceny otrzymane modele regresyjne są bardzo ubogie, ponieważ zmienne stylu życia tworzą tutaj jedynie dwie fuzje, gdzie komponent relacji z innymi silnie powiązany jest ze strategią poszukiwania emocjonalnego wsparcia, a komponent ogólnego zadowolenia z życia ze strategią zwracania się ku religii, wiary i Boga. Opozycjonują je natomiast strategie koncentracji na emocjach, spożywania alkoholu lub przyjmowania innych środków odurzających oraz akceptacji.

## **Podsumowanie**

Przeprowadzone analizy ujawniają specyficzną strukturę związków między stylem życia zdrowotnego a radzeniem sobie z problemami studentów kierunków nauczycielskich z różnym poziomem samooceny. Wyeksponowano szczególnie te, które miały istotne oparcie w empirii natomiast wyniki zastosowanej regresji wielorakiej krokowej pozwoliły na ustalenie precyzyjnych charaktery-

styk otrzymanych związków, w tym przypadku pretendujących do miana autonomicznych wniosków.

Wyeksponowano szczególnie te, które miały istotne oparcie w empirii, dlatego też regresja wieloraka krokowa, której wyniki pozwalają na ustalenie precyzyjnych charakterystyk otrzymanych związków, tutaj pretendujących do miana autonomicznych wniosków. Oczywiście, że niektóre z nich należy traktować jedynie jako propozycje dalszych analiz, zwłaszcza gdy odnoszą się do weryfikacji szczegółowych hipotez z udziałem zmiennych niezależnych strategii radzenia sobie z problemami rozpatrywanych w kontekście wysokiej, przeciętnej i niskiej samooceny. W ten sposób ograniczono bowiem margines nadinterpretacji, ale czy słusznie w sytuacji, gdy otrzymane modele regresyjne były znacznie pełniejsze, a tutaj ich analizy skoncentrowane były jedynie na wskaźnikach istotnych statystycznie? Dlatego warto w szerszym opracowaniu raz jeszcze przyrzeć się otrzymanym wynikom, dokonując ich pogłębionych eksploracji, co niebawem nastąpi, tym bardziej że struktura otrzymanych tutaj związków jest bardzo zróżnicowana, co wynika z jej prezentacji. Wartości dominant w porównywanych wskaźnikach są na tyle wyraziste, na ile jest to widoczne w wymiarze przeprowadzenia analiz ilościowych, zwłaszcza w wymiarze związków między stylem życia zdrowotnego a samooceną badanych studentów. Niniejsze wyniki niewątpliwie są zbieżne z dotychczasowymi danymi, przede wszystkim w odniesieniu do populacji nauczycieli, potwierdzając tym samym przypuszczenie o ich złożonym charakterze, czego przykładem mogą być rezultaty wcześniejszych dociekań Kirenki (2016) oraz Kirenki i Zubrzyckiej-Maciąg (2017).

## Literatura

- Byra, S. (2012). *Przystosowanie do życia z niepełnosprawnością ruchową i chorobą przewlekłą. Struktura i uwarunkowania*. Lublin: Wyd. UMCS.
- Drabik, J., Wróblewska, A. (1999). Styl życia rodziców u progu szkoły podstawowej. W: J.B. Karski (red.) *Promocja zdrowia* (s. 70–81). Warszawa: Wyd. IGNIS.
- Duda-Zalewska, A., (2012). Zachowania zdrowotne nauczycieli a staż pracy w zawodzie. *Hygeia Public Health*, 47(2), 183–187.
- Dzwonkowska, I., Lachowicz-Tabaczek, K., Łaguna, M. (2008). *Samoocena i jej pomiar. Polska adaptacja skali SES M. Rosenberga*. Podręcznik. Warszawa: PTP.
- Heszen-Niejodek, I. (2008). *Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie*. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 3: *Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej* (s. 465-492). Gdańsk: GWP.
- Garbaciak, W., Olex-Mierzejewska, D. (2003). Próba polskiej adaptacji kwestionariusza „Life style questionnaire”. *AnnalesUniversitatisMariae Curie-Skłodowska, LVIII, XIII, 70, Sectio D*, 387–389.
- Gawel, A. (2003). *Pedagodzy wobec wartości zdrowia*. Kraków: Wyd. UJ.
- Kirenko, J. (2002). *Wsparcie społeczne osób z niepełnosprawnością*. Ryki: Wyd. WSUPiZ.
- Kirenko, J. (2016). Styl życia nauczycieli i jego socjodemograficzne uwarunkowania. *Lubelski Rocznik Pedagogiczny*, XXXV, 3, 121–136.
- Kirenko, J., Zubrzycka-Maciąg, T. (2011). *Współczesny nauczyciel. Studium wypalenia zawodowego*. Lublin: Wyd. UMCS.

- Kirenko, J., Zubrzycka-Maciąg, T. (2017). *Zachowania zdrowotne nauczycieli. Badania empiryczne*. Lublin: Wyd. UMCS.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Ostrowska, A. (1999). *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*. Warszawa: Wyd. IFiS PAN.
- Ratajczak, Z. (2000). Stres – radzenie sobie – koszty psychologiczne. W: I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne* (s. 133-149). Katowice: Wyd. UŚ.
- Sheridan, C.L., Radmacher S.A. (1998). *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Taranowicz, I., Majchrowska, A., Kawczyńska-Butrym, Z. (2000). *Elementy socjologii dla pielęgniarzek*. Lublin: Wyd. Czelej.
- Terelak, J. (1995). *Stres psychologiczny*. Bydgoszcz: Branta.
- Tylka, J. (2008). *Zdrowie menedżera. Styl życia a zdrowie i choroba*. Warszawa: Difin.
- Woitas-Ślubowska, D. (1997). Kierunki przemian stylu życia uczniów w dwudziestoleciu (1973–1992) na tle zmian pozytywnych i negatywnych mierników zdrowia. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 10–11, 82–98.
- Wojnarowska, B. (2008). *Edukacja zdrowotna*. Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.
- Wojnarowska-Sołdan, M., Więziak-Białowolska, D. (2012). Samoocena zdrowia i dbałość o zdrowie nauczycieli. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 93(4), 739–745.
- Wrześniewski, K. (1996). Stres a strategie radzenia sobie ze stresem. Problemy pomiaru. W: I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne* (s. 44-64). Katowice: Wyd. UŚ.
- Zsynarska, M., Bernard, D. (2007). Zachowania prozdrowotne nauczycieli w województwie wielkopolskim – część I. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 88(2), 182–188.
- Zubrzycka-Maciąg, T. (2013). *Psychospołeczne uwarunkowania stresu nauczycielek szkół podstawowych i gimnazjów*. Lublin: Wyd. UMCS.
- Zubrzycka-Maciąg, T., Kirenko, J. (2015). *Asertywność nauczycieli. Badania empiryczne*. Lublin: Wyd. UMCS.