

Aleksandra Mach

Uniwersytet Rzeszowski

Wybrane uwarunkowania zachowań zdrowotnych osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim

W artykule zaprezentowano wyniki badań, których celem było m.in. określenie poziomu zachowań zdrowotnych osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, w następujących wymiarach: prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienia psychiczne, praktyki zdrowotne. W badaniach położono nacisk na opis współzależności między zachowaniami zdrowotnymi a czynnikami poznawczo-afektywnymi, takimi jak: poczucie koherencji, kompetencja osobista, spostrzeganie siebie i innych ludzi. W związku z tym zastosowano analizę kanoniczną, która pozwoliła sprawdzić stopień współzależności pary zmiennych kanonicznych, zachowań zdrowotnych i czynników poznawczo-afektywnych. Na jej podstawie wyłoniono dwie konfiguracje zależności między analizowanymi zbiorami zmiennych kanonicznych. Stąd można mówić o dwóch wariantach interpretacyjnych otrzymanych zależności. Badaniami objęto 81 uczniów (33 kobiety i 48 mężczyzn) z niepełnosprawnością intelektualną, w stopniu lekkim, uczęszczających do szkół zawodowych specjalnych w trzech miastach województwa podkarpackiego: Jarosław, Leżajsk i Ropczyce. Wykorzystano cztery narzędzia badawcze: Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) Z. Juczyńskiego, Kwestionariusz do pomiaru poczucia koherencji SOC-13M w adaptacji M. Zwolińskiego, I. Jelonkiewicz i K. Kosińskiej-Dec, Skalę Kompetencji Osobistej (KompOs) – Z. Juczyńskiego i Skalę Spostrzegania Siebie i Innych Ludzi – J. Kochańskiego i J. Kirenki (SSSiL).

Słowa kluczowe: osoba z niepełnosprawnością intelektualną, zachowania zdrowotne, poczucie koherencji, kompetencja osobista, spostrzeganie siebie i innych ludzi

Selected determinants of health related behaviors of people with mild intellectual disability

The article presents the findings of a study aimed at, among others, determining the level of health related behaviors of people with mild intellectual disability in the following areas: proper eating habits, preventive health behaviors, positive attitude, health habits. The study was focused on describing the interdependence between health related behaviors and cognitive-affective factors such as: the feeling of coherence, personal competence, self-perception and perception others. Canonical analysis was applied, which allowed to determine the level of interdependence of a pair of canonical variables, health related behaviors and cognitive-affective factors. On the basis of the analysis two configurations of interdependence between the analyzed sets of canonical variables were identified, and therefore two interpretative variants of the obtained relations can be taken into consideration. The study comprised 81 students (33 women and 48 men) with mild

intellectual disabilities, attending special vocational schools in three cities in the Podkarpackie Voivodeship: Jarsoław, Leżajsk, Ropczyce. Four research tools were used: Index of Health Behaviors (Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ)) by Z. Juczyński, Questionnaire for determining the feeling of coherence (Kwestionariusz do pomiaru poczucia koherencji) SOC-13M adapted by M. Zwoliński, I. Jelonkiewicz and K. Kosińska-Dec, Personal Competence Scale (Skala Kompetencji Osobistej (KompOs)) by Z. Juczyński and Scale of Self-perception and Perception of Others (Skala Spostrzegania Siebie i Innych Ludzi) by J. Kocharński and J. Kirenko (SSSiL).

Keywords: intellectually disabled person, health related behavior, the feeling of coherence, personal competence, self-perception and perception of others

Wprowadzenie

Zachowania zdrowotne są kategorią, którą trudno jednoznacznie zdefiniować. Problem z precyzyjnym jej ujęciem wyjaśniają Irena Heszen i Helena Sęk [2012, s. 93] pisząc, iż „(...) związek zachowań ze zdrowiem jest wieloznaczny, ulega zmianie w toku rozwoju wiedzy o zdrowiu i chorobach oraz wymaga skonkretyzowania. Dotyczy to zarówno prostych nawyków codziennej higieny, jak i złożonych praktyk zdrowotnych”. Jak zaznaczają autorki istnieje pewna klasa zachowań, które można nazwać zachowaniami związanymi ze zdrowiem [Heszen, Sęk 2012, s. 93]. Niektórzy badacze twierdzą, że nie każde zachowanie związane ze zdrowiem jest zachowaniem zdrowotnym, podkreślając w tym ostatnim pojęciu konieczność świadomego udziału człowieka w realizowaniu celów zdrowotnych [Dolińska-Zygmunt 2001, za: Binkowska-Bury 2009, s. 17; Woynarowska 2013, s. 53]. Ewa Syrek [2009, s. 51–53] traktuje zachowania zdrowotne jako elementy stylu życia, które mogą sprzyjać zdrowiu (zachowania prozdrowotne) lub mu zagrażać (zachowania antyzdrowotne). Dotyczą one wyborów prozdrowotnych i antyzdrowotnych w zakresie: diety, higieny osobistej, snu, wypoczynku, życia seksualnego, stresu i umiejętności radzenia sobie z nim, stosowania używek, takich jak papierosy czy alkohol, narkotyków, środków psychotropowych, stosowania się do przepisów bezpieczeństwa drogowego, agresji i przemocy, pozyskiwania wsparcia społecznego, badań kontrolnych. Należy zaznaczyć, że w literaturze przedmiotu [Łuszczczyńska 2004, s. 14; Borzucka-Sitkiewicz 2005, s. 20; Banaszkiwicz, Andruszkiewicz 2008, s. 71; Binkowska-Bury 2009, s. 17; Syrek 2009, s. 51; Zadworna-Cieśak, Ogińska-Bulik 2011, s. 15; Heszen, Sęk 2012, s. 98; Woynarowska 2013, s. 55; Boczkowska 2015, s. 17; Duda 2016, s. 107] przedstawia się różne rodzaje zachowań zdrowotnych, o których z reguły sygnalizuje już sama definicja omawianej kategorii. Akcentuje się w niej na przykład formy aktywności jednostki będące przyczyną pozytywnych lub negatywnych konsekwencji zdrowotnych. Inne ujęcia uwypuklają sytuację zdrowotną osoby, a tym samym rodzaj i cel podejmowania lub unikania danej aktywności.

Jedną z bardziej popularnych definicji zachowań zdrowotnych jest ta, zaproponowana przez Davida S. Gochmana [1982, za: Juczyński 2012, s. 106; por. Zadworna-Cieślak, Ogińska-Bulik 2011, s. 14–15], gdyż ujmuje ona najpełniej omawiane zagadnienie. Według niego jest to kategoria podmiotowa obejmująca następujące cechy: przekonania, oczekiwania i przewidywania, motywy, myślenie, emocjonalne mechanizmy osobowości, a także wewnętrzne wzory zachowań związane z utrzymywaniem zdrowia oraz jego umacnianiem i przywracaniem [za: Heszen, Sęk 2012, s. 95; por. Ziarko 2006, s. 14; Zadworna-Cieślak, Ogińska-Bulik 2011, s. 12]. Michał Ziarko [2006, s. 14] twierdzi, że włączenie do definicji zachowań zdrowotnych tego typu elementów (przekonania, oczekiwania, charakterystyki osobowościowe) wskazują bardziej na uwarunkowania tych zachowań a nie na ich istotę. Inni badacze, jak np. Zygryd Juczyński [2012, s. 110] upatruje w tak prezentowanym ujęciu zaletę, tłumacząc, że „Jest to podejście bardzo szerokie, wychodzące poza sferę jawnych działań, lecz zgodne ze współczesną wiedzą rozwijaną przez psychologię zdrowia i uwzględniające wpływ na nasze zdrowie przekonań i oczekiwań, schematów myślowych i emocji”.

Ewa Syrek [2009, s. 51–52] podkreśla wieloczynnikowe determinanty zachowań zdrowotnych, a mianowicie społeczno-kulturowe i indywidualne (wzory, normy i wartości kulturowe, warunki ekonomiczne, religia, wykształcenie, dominujące standardy życia w danym środowisku i stopień identyfikacji z nimi, polityka społeczna, usytuowanie w strukturze społecznej, poziom świadomości zdrowotnej, ogólna filozofia życia, osobiste wartości i przekonania, indywidualne umiejętności życiowe, stan zdrowia).

Ewa Dyduch [2010, s. 174] twierdzi, że u osób z niepełnosprawnością intelektualną obserwuje się ograniczoną skalę zachowań prozdrowotnych oraz podatność na oddziaływanie czynników zagrażających zdrowiu. Przyczyną tego stanu rzeczy są złe nawyki i przyzwyczajenia nabyte w toku wychowania i socjalizacji w okresie dzieciństwa lub dorastania. Z jednej strony u podstaw aktywności zdrowotnej leżą czynniki podmiotowe zależne od samej jednostki, a z drugiej czynniki pozapodmiotowe uwzględniające kontekst społeczny, kulturowy i czynniki zewnętrzne. Studiując literaturę przedmiotu dotyczącą szeroko rozumianej problematyki zachowań zdrowotnych osób z niepełnosprawnością intelektualną zauważa się, że badacze z reguły koncentrują się na jednym wybranym ich rodzaju, np. aktywności fizycznej. Interesujące eksploracje nad problemem otyłości wśród osób z niepełnosprawnością intelektualną prowadzone są głównie przez specjalistów nauk medycznych. Celem badań Teresy Pop, Alicji Paluch i współautorów [2007, s. 219] była ocena masy ciała i określenie czynników wpływających na jej wielkość u dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym. Pomimo zadowalających wyników stwierdzono, że badani uczniowie znajdują się w grupie dzieci zagrożonych otyłością. Wyniki badań nie wskazują

jednoznacznie na genetyczne uwarunkowania otyłości, lecz uwypuklają rolę czynników środowiskowych, złych nawyków żywieniowych i zmniejszonej aktywności fizycznej (Pop, Paluch i in. 2007, s. 221–223). Istnieją zespoły genetyczne, które klinicznie charakteryzują się m.in. występowaniem otyłości [Matuszak, Bryl i in. 2010, s. 59]. Jej przyczynę upatruje się w populacji osób z niepełnosprawnością intelektualną często w schorzeniach metabolicznych i hormonalnych. Nie bez znaczenia pozostają jednak wspomniane już czynniki środowiskowe i społeczne. Niski status materialny niektórych rodzin z dzieckiem z niepełnosprawnością intelektualną może wiązać się z trudnościami w zapewnieniu odpowiedniej diety lub stylu życia, ale też leczenia czy rehabilitacji [Matuszak, Bryl i in. 2010, s. 60-61]. A zatem, istnieje konieczność wieloaspektowego podejścia do problemów zdrowotnych osób z niepełnosprawnością intelektualną i ich uwarunkowań. Potwierdzają to również Katarzyna Matuszak i Wiesław Bryl [2010, s. 239], którzy, na podstawie analizy różnych badań dotyczących występowania nadciśnienia tętniczego u omawianej populacji, wskazują jako przyczyny nie tylko nieprawidłowe zachowania zdrowotne, ale też zażywanie określonej grupy leków, często wpisanych w oddziaływania terapeutyczne. Ich zdaniem nadciśnienie tętnicze w tej grupie należy traktować podobnie jak u osób w normie intelektualnej, natomiast problemy komunikacyjne między pacjentem lub jego opiekunem a lekarzem mogą utrudniać identyfikację jego przyczyn.

W związku z tym, iż aktywność ruchowa jest jednym z głównych czynników podtrzymujących zdrowie, stanowi ona jeden z najczęściej podejmowanych przedmiotów badań z zakresu zachowań zdrowotnych. Badania prowadzone pod kierunkiem E. Dyduch [2012, s. 166] wykazały, że aktywność ruchowa dziewczynek z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim uczęszczających do klas II i III ogólnodostępnych szkół podstawowych jest niska. Zaobserwowano różne nieprawidłowości ruchowe, np.: niezgrabność, zwolnienie tempa ruchu, zakłócenia proporcji pomiędzy szybkością a precyzją ruchu spowodowane zbyt dużym lub zbyt małym napięciem mięśniowym. Podobne rezultaty badań uzyskała Marta Wieczorek [2008, s. 237] wśród uczniów w średnim wieku szkolnym z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, którzy osiągnęli niski poziom sprawności fizycznej. Chłopcy z niepełnosprawnością uzyskali istotnie niższy wynik w zakresie wszystkich mierzonych zdolności motorycznych od swoich pełnosprawnych rówieśników. Anna Lipert i Patrycja Marciniak [2015, s. 285–287] na podstawie badań własnych stwierdziły, że dorośli mieszkańcy domu pomocy społecznej biorą czynny udział w aktywności fizycznej, ale nieregularnie. Mają też świadomość zachowań prozdrowotnych, lecz potrzebują motywacji do ich podejmowania. Niestety, najbardziej popularną formą spędzania czasu wolnego okazało się oglądanie telewizji. Badania Diany Celebańskiej i Krystyny Gawlik

[2013, s. 29–33] dotyczące oceny poziomu aktywności fizycznej osób dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym i znacznym (uczestnicy warsztatów terapii zajęciowej, cechujący się dobrym stanem funkcjonalnym bez znaczących dysfunkcji ruchu) mierzonej ilości wykonywanych kroków, wykazały, że prowadzą one mało aktywny styl życia. U prawie połowy badanych stwierdzono nadmierną masę ciała. Znaczący spadek poziomu aktywności fizycznej zauważono w niedzielę, co zdaniem autorek, świadczy o biernym sposobie spędzania czasu wolnego, ale też o braku odpowiedniej stymulacji ze strony środowiska rodzinnego [zob. Nowak 2016, s. 58].

Jedną z przyczyn zaniedbywania przez rodziców czy opiekunów działań zmierzających do podejmowania prozdrowotnego stylu życia przez osoby z niepełnosprawnością jest ich niski poziom wiedzy w tym zakresie. Potwierdzeniem takiego stanu rzeczy są badania prowadzone w różnych wymiarach szeroko rozumianych zachowań zdrowotnych. Dotyczą one np. braku właściwej edukacji rodziców/opiekunów dzieci z niepełnosprawnością intelektualną lub fizyczną w zakresie potrzeb stomatologicznej opieki zdrowotnej [Borysewicz-Lewicka, Gerreth i in. 2011, s. 52]. Natalia Marciniak-Madejska [2014, s. 57] zwraca uwagę na niekorzystanie z profesjonalnych usług medycznych przez osoby z niepełnosprawnością zamieszkujące tereny wiejskie odległe od miast, m.in. z powodów rzadkich połączeń komunikacyjnych, czy nieprzystosowanych pojazdów komunikacji publicznej. Niedostateczna opieka medyczna lub pielęgnacyjna na obszarach wiejskich powoduje, że wielu pacjentów z niepełnosprawnością korzysta z usług nieprofesjonalistów, znachorów [Lishner, Richardson i in. 1996, s. 50, za: Marciniak-Madejska 2014, s. 58]. Badania Małgorzaty Krzywińskiej- Wiewiorowskiej, Barbary Stawińskiej- Witoszyńskiej i innych [2009, s. 80–81] dotyczące stanu zdrowia i występowania chorób u dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną wykazały, że spośród 180 uczniów potrzebujących zapewnienia czynnej opieki medycznej korzystało z niej jedynie 28. Biorąc pod uwagę potrzebę zapewnienia stałej opieki w poradniach specjalistycznych wskazano poradnię zdrowia psychicznego, następnie ortopedyczną, laryngologiczną, oraz logopedyczną, okulistyczną, przeciwpadaczkową, neurologiczną i endokrynologiczną.

W kontekście zachowań zdrowotnych zwraca się też uwagę na umiejętność gospodarowania czasem wolnym, a ten w grupie uczniów z niepełnosprawnością intelektualną jest z reguły zmniejszony poprzez udział w dodatkowych zajęciach rewalidacyjnych, czy też koniecznością częstszych wizyt u lekarzy specjalistów [Kaiser 2012, s. 52].

Założenia badań własnych

Przedmiotem podjętej analizy empirycznej są zachowania zdrowotne osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim oraz ich poznawczo-afektywne uwarunkowania w takich wymiarach, jak: poczucie koherencji, kompetencja osobista (poczucie własnej skuteczności), spostrzeganie siebie i innych ludzi w ujęciu realnym i idealnym. Na jej zakres składają się następujące problemy badawcze: Jaki jest poziom zachowań zdrowotnych osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim? Czy istnieje zależność między zachowaniami zdrowotnymi osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim a przejawianymi przez nie czynnikami poznawczo-afektywnymi w takich wymiarach, jak: poczucie koherencji, kompetencja osobista, spostrzeganie siebie i innych ludzi?

Podstawowe założenia badań odnoszą się do uznania, że zależności między zachowaniami zdrowotnymi a czynnikami poznawczo-afektywnymi, takimi jak: poczucie koherencji, kompetencja osobista, spostrzeganie siebie i innych ludzi w ujęciu realnym i idealnym przejawianymi przez osoby z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim są różne w poszczególnych wymiarach korelowanych zmiennych. Wymiary poznawczo-afektywne są istotnymi czynnikami różnicującymi zachowania zdrowotne osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. Wysokie poczucie koherencji, wysokie poczucie własnych kompetencji osobistych, pozytywne spostrzeganie siebie i innych ludzi ma dodatni związek z pozytywnymi zachowaniami zdrowotnymi. W prezentowanych badaniach położono jednak nacisk na opis współzależności między zachowaniami zdrowotnymi a czynnikami poznawczo-afektywnymi uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, a nie na uzyskanie informacji o związkach przyczynowych. Z. Juczyński [2012, s. 116], powołując się na wyniki badań innych autorów [DiMatteo, DiNicola 1982; Gochman 1982], zauważa, że szereg zachowań związanych ze zdrowiem jest podejmowanych z różnych powodów. Jednym z nich może być motywacja zdrowotna, ale też dla przykładu aktywność fizyczna bądź podjęcie diety wiązać się będzie z pragnieniem zmiany wyglądu zewnętrznego. Odnosząc się do kolejnych badaczy [Roysamb, Rise, Kraft 1997, za: Juczyński 2012, s. 107] autor twierdzi, że różne kategorie zachowań zdrowotnych są z reguły słabo ze sobą powiązane, a korelacja między praktykami zdrowotnymi jest bliska zeru. Stąd można mówić o wielowymiarowości, a nawet niezależności poszczególnych nawyków zdrowotnych. Natomiast stwierdza się istotne korelacje pomiędzy praktykami zdrowotnymi a różnymi zmiennymi psychologicznymi [Juczyński 2012, s. 108].

W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na szereg czynników warunkujących aktywność zdrowotną człowieka, a tym samym przedstawia się różne

ich kryteria i klasyfikacje. Najczęściej podkreśla się społeczno-kulturowe i podmiotowe (psychologiczne) podłoże tych zachowań. W podjętych badaniach uwzględniono jedynie wybrane dyspozycje psychologiczne, a mianowicie: poczucie koherencji, kompetencja osobista (poczucie własnej skuteczności), spostrzeganie siebie i innych ludzi w ujęciu realnym i idealnym. „Poczucie koherencji jest ogólnym nastawieniem orientacyjnym, wyrażającym trwałe i dynamiczne przekonanie o przewidywalności i racjonalności świata i własnego położenia życiowego” [za: Heszen, Sęk 2012, s. 81]. Jak twierdzi Aaron Antonovsky [1997, s. 219–221] ludzie z wysokim poczuciem koherencji częściej angażować się będą w zachowania prozdrowotne. Silne poczucie koherencji mobilizuje jednostkę do aktywności, podczas której człowiek uruchamia zasoby poznawcze. Dzięki tym zasobom dochodzi do zmniejszania stresorów, albo też człowiek ocenia je w kategoriach bodźców pozytywnych, czyli wyzwań [Antonovsky 1997, s. 219–221; Banaszkiwicz, Andruszkiewicz 2008, s. 79]. Poczucie koherencji tworzą trzy komponenty: poczucie zrozumiałości, poczucie zaradności (sterowalności) i poczucie sensowności. Pozostają one ze sobą w określonych związkach. Za najważniejszą składową poczucia koherencji uznaje się poczucie sensowności. Zakłada się, że silne poczucie sensowności wskazuje na tendencję wzrostową pozostałych komponentów, i odwrotnie, niskie jego poczucie wiąże się z tendencją spadkową całego zespołu [Heszen, Sęk 2012, s. 82].

Jak zauważa Z. Juczyński [2012, s. 95], istnieje przekonanie, że *uogólnione poczucie własnej skuteczności*, zwane też *poczuciem kompetencji osobistej*, znacząco wpływa na podjęcie działania i jest podstawowym warunkiem zmiany zachowania. Jest to zmienna uwzględniana w wielu modelach zachowań zdrowotnych. Własna skuteczność przyczynia się do efektywniejszego wykorzystania zasobów poznawczych, trafniejszej oceny sytuacji i skuteczniejszego poszukiwania sposobów radzenia sobie, gdy na drodze do realizacji celu pojawiają się trudności. Wynika to stąd, iż osoby o wysokiej własnej skuteczności cechuje niższy poziom emocji negatywnych utrudniających funkcjonowanie poznawcze [Łuszczczyńska 2004, s. 31]. Własna skuteczność wpływa na przekonania, procesy motywacyjne, procesy emocjonalne oraz na selekcję bodźców. Wysokie poczucie własnej skuteczności powoduje, że bodźce stresujące stają się wyzwaniem a nie zagrożeniem. Poczucie własnej skuteczności charakteryzują trzy wymiary: wielkość lub poziom, siła, ogólność. Wielkość przekonania odnosi się do trudności działania i posiadanej przez człowieka estymacji najlepszego możliwego wykonania zachowania. Siła decyduje o wytrwałości w działaniu pomimo doświadczanych trudności. Odnosi się ona do ufności, z jaką jednostka traktuje swoje oceny. Ogólność odnosi się do stopnia specyficzności/globalności sytuacji, w których zachowanie mogłoby z powodzeniem być zrealizowane [Bandura 1977, za: Schwarzer 1997, s. 179; por. Ziarko 2006, s. 30; Heszen, Sęk 2012 s. 116]. Wyróżnia się dwa rodzaje poczucia

własnej skuteczności: uogólnione, związane z przekonaniem człowieka, iż poradzi sobie w każdej sytuacji oraz specyficzne, związane z sytuacjami dobrze mu znanymi [Łuszczczyńska 2004, s. 33]. Jak zauważa M. Ziarko [2006, s. 31], w wielu badaniach stwierdzono związek pomiędzy poczuciem własnej skuteczności a podejmowaniem działań zdrowotnych.

I. Heszen i H. Sęk [2012, s. 163–164] opisując zasoby i deficyty determinujące zdrowie, jak i chorobę zaliczają cechy struktury Ja, konkretnie samoakceptację i optymalną samoocenę, poczucie tożsamości, poczucie sprawstwa, różne formy kontroli zdarzeń i samokontroli. Wspominają także o niekorzystnych dla zdrowia cechach poznawczych, takich jak na przykład, mała złożoność poznawcza, czy pesymistyczne spostrzeganie świata. Aktywność człowieka, cele i struktura jego czynności są w znaczący sposób uwarunkowane tym, jak człowiek spostrzega swoją sytuację i jak spostrzega innych ludzi [Kirenko, Parchomiuk 2006, s. 100]. Poczucie własnej wartości okazuje się być ważnym korelatem zachowań zdrowotnych człowieka [Zadworna-Cieślak, Ogińska-Bulik 2011, s. 95].

Korzystając z Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ) Z. Juczyńskiego, Skali Poczucia Koherencji (SOC-13M) w adaptacji M. Zwolińskiego, I. Jelonkiewicz i K. Kosińskiej-Dec, Skali Kompetencji Osobistej (KompOs) Z. Juczyńskiego i Skali Spostrzegania Siebie i Innych Ludzi J. Kochańskiego i J. Kirenki (SSSiL) przebadano 81 uczniów (33 kobiet i 48 mężczyzn) specjalnych szkół zawodowych z klas I, II i III. Wiek uczniów obejmował osoby między 16. a 22. rokiem życia, przy czym obydwie skrajne wartości dotyczyły niewielkiej liczby badanych (po jednej kobiecie i po dwóch mężczyzn w obydwu wartościach). Uczniowie w wieku 17 lat stanowili 23,5% wszystkich badanych (10 kobiet i 9 mężczyzn) i taki sam odsetek dotyczył uczniów w wieku 18 (10 kobiet i 9 mężczyzn) i 19 (4 kobiety i 9 mężczyzn) lat. Pięć kobiet i 6 mężczyzn miało 20 lat, z kolei u 2 kobiet i 5 mężczyzn odnotowano 21 lat. Badania przeprowadzono w marcu 2017 roku na terenie województwa podkarpackiego: w Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym w Ropczycach, w Ośrodku Szkolno-Wychowawczym im. Jana Pawła II w Jarosławiu i w Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym w Leżajsku.

Analiza wyników badań

Zachowania zdrowotne i czynniki poznawczo-afektywne badanych osób

Wyniki zawarte w tabeli 1 wskazują, że prawie połowa badanych uczniów (46,0%) przejawia niski poziom zachowań zdrowotnych i prawie tyle samo (44,0%) poziom średni. Jedynie 8 uczniów uzyskało poziom wysoki.

Tabela 1. Ogólny poziom zachowań zdrowotnych (ZZ) badanych kobiet i mężczyzn

Poziom ZZ	Kobiety		Mężczyźni		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Niski	17	51,5	20	42,0	37	46,0
Średni	14	42,5	22	46,0	36	44,0
Wysoki	2	6,0	6	12,0	8	10,0
Razem	33	100,0	48	100,0	81	100,0

Źródło: Badania własne.

Zastosowanie parametrycznego test t-Studenta dla par niezależnych pozwoliło na porównanie średnich zachowań zdrowotnych między badanymi kobietami i mężczyznami. Różnice średnich wyników w większości kategorii zachowań zdrowotnych, a także w ich ocenie globalnej okazały się nieistotne statystycznie (zob. tab. 2). A zatem, nie stwierdza się różnic między badanymi kobietami i mężczyznami w zakresie nawyków żywieniowych, nastawień psychicznych oraz praktyk zdrowotnych. Istotność statystyczną na poziomie ufności $p < 0,052$ stwierdzono tylko w jednej kategorii zachowań zdrowotnych dotyczących zachowań profilaktycznych. I tak, uczennice z niepełnosprawnością intelektualną w większym stopniu w stosunku do swoich kolegów unikają przeziębień, przestrzegają zaleceń lekarskich czy też korzystają z regularnych badań medycznych. Bardziej interesują się od badanych mężczyzn uzyskaniem informacji od innych, w jaki sposób ustrzec się przed różnymi chorobami. Starają się też uzyskać informacje medyczne i zrozumieć przyczyny zdrowia i choroby.

Tabela 2. Porównanie średnich wyników zachowań zdrowotnych badanych kobiet i mężczyzn

Kategorie	Badana grupa					
	kobiety (N=33)		mężczyźni (N=48)		porównanie średnich	
	M	SD	M	SD	t	p
Prawidłowe nawyki żywieniowe (PNZ]	17,697	3,771	18,688	4,203	-1,086	0,281
Zachowania profilaktyczne (ZP]	19,879	4,233	17,792	4,946	1,976	0,052*
Pozytywne nastawienia psychiczne (PNP]	19,636	4,293	19,250	3,987	0,415	0,679
Praktyki zdrowotne (PZ]	18,606	4,337	18,667	3,144	-0,073	0,942
Zachowania zdrowotne (wynik ogólny]	75,818	11,537	74,396	11,296	0,552	0,582

M – średnia arytmetyczna; SD – odchylenie standardowe; t – t-Studenta; * poziom istotności statystycznej ($p < ,05$)

Źródło: Badania własne.

Test t-Studenta dla par niezależnych zastosowano również dla porównania średnich wyników między badanymi kobietami i mężczyznami w zakresie poszczególnych czynników poznawczo-afektywnych. Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie w poczuciu koherencji we wszystkich wymiarach, tj. w poczuciu zrozumiałości, poczuciu zaradności i poczuciu sensowności badanych kobiet i mężczyzn. Średnie wyniki uzyskane w Skali Kompetencji Osobistej (uogólnione poczucie własnej skuteczności) również nie uzyskały istotności statystycznej, zarówno w podskali mierzącej poczucie siły, jak i podskali będącej wskaźnikiem poczucia wytrwałości. Jedynie w Skali Spostrzegania Siebie i Innych Ludzi stwierdzono różnice istotne statystycznie ($p < ,008$). Dotyczyły one kategorii dominacji w ujęciu realnym na korzyść kobiet. A zatem, badane uczennice postrzegają siebie jako bardziej ustępliwe i cierpliwe, ale też wykazują się większą skłonnością do przywództwa, w porównaniu do swoich kolegów (kobiety: $M=8,575$; $SD=1,275$; mężczyźni: $M=7,770$; $SD=1,574$). W pozostałych kategoriach spostrzegania siebie w ujęciu realnym, czyli w napędzie (odporność, aktywność, regeneracja sił), emocjonalności (skłonność do gniewu, odwaga, nastrój) i działaniu (dokładność, tempo pracy, wytrwałość) nie uzyskano różnic istotnych statystycznie. Brak istotnych rozbieżności między badanymi uczennicami i uczniami stwierdza się we wszystkich kategoriach spostrzegania siebie oraz innych ludzi w wymiarze idealnym. Badane kobiety bardziej pozytywnie od mężczyzn postrzegają innych ludzi, ale różnica istotna statystycznie dotyczy wyniku ogólnego (kobiety: $M=36,090$; $SD=4,125$; mężczyźni: $M=33,270$; $SD=4,537$; $p < ,002$) oraz kategorii napędu (kobiety: $M=9,363$; $SD=1,692$; mężczyźni: $M=8,062$; $SD=1,706$; $p < ,000$). A zatem, wyżej oceniają swoją odporność, aktywność i szybkość regeneracji sił.

Zależności między czynnikami poznawczo-afektywnymi a zachowaniami zdrowotnymi badanych osób

Zastosowanie analizy kanonicznej pozwoliło sprawdzić stopień współzależności pary zmiennych kanonicznych, zachowań zdrowotnych i czynników poznawczo-afektywnych. Przyjęto, że mianem kryteriów określono zachowania zdrowotne, a mianem predyktorów, czynniki poznawczo-afektywne. Na podstawie analizy statystycznej uwzględniającej ocenę globalną poszczególnych zmiennych w zbiorze predyktorów (poczucie koherencji, poczucie własnej kompetencji, spostrzeganie siebie i innych ludzi) wyłoniono dwie konfiguracje zależności między analizowanymi zbiorami zmiennych kanonicznych. Stąd można mówić o dwóch wariantach interpretacyjnych otrzymanych zależności (zob. tab. 3). I tak, w badanej grupie uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim

13,37% zmienności w zbiorze zmiennych zachowań zdrowotnych można wyjaśnić na podstawie 6 zmiennych czynników poznawczo-afektywnych (ogólna ocena) i 10,27% wariancji w zbiorze czynników poznawczo-afektywnych (ogólna ocena) na podstawie 4 zmiennych zachowań zdrowotnych ($R_c=0,550$, $p<0,000$).

Tabela 3. Macierz współczynników korelacji kanonicznej między zachowaniami zdrowotnymi a poszczególnymi czynnikami poznawczo-afektywnymi (wynik ogólny) badanych osób

Kryteria/predyktory		Zmienne kanoniczne	
		R _{cI}	R _{cII}
Zachowania zdrowotne	PNZ	0,024	-0,194
	ZP	0,817**	0,551**
	PNP	0,567**	-0,506**
	PZ	-0,710**	0,896**
R		0,550	0,466
P		0,000*	0,027*
Czynniki poznawczo-afektywne	kGLOB	-0,678**	0,094
	sKOMP	0,541**	-0,111
	JRSUM	0,394**	-0,449**
	JISUM	-0,280	-0,478**
	LRSUM	0,450**	0,541**
	LISUM	0,094	0,656**

PNZ – prawidłowe nawyki żywieniowe; ZP – zachowania profilaktyczne; PNP – pozytywne nastawienia psychiczne; PZ – praktyki zdrowotne; Glob – poczucie koherencji, wynik globalny; sKOMP – poczucie kompetencji osobistej (uogólnione poczucie własnej skuteczności), wynik globalny; JRSUM – realne spostrzeganie siebie, wynik globalny; JISUM – idealne spostrzeganie siebie, wynik globalny; LRSUM – realne spostrzeganie innych ludzi, wynik globalny; LISUM – idealne spostrzeganie innych ludzi, wynik globalny; * poziom istotności statystycznej $p<0,05$; ** ładunki o wartościach bezwzględnych większych lub równych 0,324 są istotne na poziomie $p<0,05$; R_c – współczynnik korelacji kanonicznej

Źródło: badania własne

Pierwsza silniejsza para kanoniczna pozwala stwierdzić, że badani uczniowie z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim przestrzegający zaleceń zdrowotnych i pozyskujący informacje na temat zdrowia i choroby, a więc podejmujący w tym zakresie zachowania profilaktyczne, jednakże zaniedbujący praktyki zdrowotne związane ze snem, rekreacją i aktywnością fizyczną, ale z pozytywnymi nastawieniami psychicznymi, czyli unikający zbyt silnych emocji, stresów i napięć, sytuacji wpływających przygnębiająco, wykazują się większym poczuciem kompetencji osobistej (poczuciem własnej skuteczności), a także

pozytywnym spostrzeganiem siebie i innych ludzi w ujęciu realnym. Jednocześnie osoby te cechuje niskie poczucie koherencji.

Druga para zmiennych kanonicznych ukazuje nieco inny obraz zależności. Osoby podejmujące praktyki zdrowotne związane z higienicznym trybem życia oraz zachowania profilaktyczne, ale z negatywnym nastawieniem psychicznym, posiadają niski poziom spostrzegania siebie w ujęciu realnym, jak i idealnym. Badani pozytywnie spostrzegają innych ludzi oraz tworzą pozytywne o nich wyobrażenia.

W celu dokładniejszego zobrazowania wielowymiarowych związków między dwoma zbiorami analizowanych zmiennych uwzględniono w zbiorze predyktorów poszczególne wymiary czynników poznawczo-afektywnych (zob. tab. 4). Wyniki analizy kanonicznej między 4 zmiennymi zachowań zdrowotnych a 9 zmiennymi czynników poznawczo-afektywnych wykazały, że w badanej grupie 9,75 % wariancji w zbiorze czynników poznawczo-afektywnych można wyjaśnić na podstawie zbioru zmiennych zachowań zdrowotnych i 18,11% zmienności w zbiorze zachowań zdrowotnych na podstawie zmiennych czynników poznawczo-afektywnych ($R_c = 0,553$, $p < 0,001$). A zatem, należy przyjąć, iż znajomość czynników poznawczo-afektywnych osób badanych może w największym stopniu wyjaśnić ich zachowania zdrowotne, aniżeli zachowania zdrowotne poziom lub zakres czynników poznawczo-afektywnych. Potwierdzeniem tego są również wskaźniki wariancji uzyskane w analizie kanonicznej uwzględniającej wskaźniki ogólne zmiennych niezależnych (w zbiorze predyktorów) (zob. tab. 4).

Struktura wzajemnych zależności między analizowanymi zmiennymi wskazuje na występowanie dwóch par kanonicznych. Pierwszy współczynnik korelacji kanonicznej zawiera 9 zmiennych: 3 ze zbioru kryteriów i 6 ze zbioru predyktorów. Wskazuje on, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim charakteryzujące się niskim poziomem zachowań profilaktycznych (nieprzestrzeganie zaleceń zdrowotnych, lekarskich, obojętność na ryzyko przeziębienia, nieprzejawianie zainteresowań profilaktycznych), negatywnym nastawieniem psychicznym (ignorowanie wskazówek na temat własnego zdrowia wyrażane przez innych, popadanie w sytuacje działające przygnębiająco, przeżywanie silnych emocji, napięć lub stresów, małe grono przyjaciół lub ich brak, uczucie gniewu, lęku lub depresji, rzadkie myślenie o charakterze pozytywnym), ale podejmujące praktyki zdrowotne dotyczące odpoczynku, unikania przepracowania, kontrolowania swojej wagi, wysypiania się, ograniczania palenia tytoniu, unikania nadmiernego wysiłku fizycznego, wykazują się poczuciem zrozumiałości, dotyczącej zachowania dobrze znanych im osób, odnalezienia się w danej sytuacji i odpowiedniego zareagowania, akceptacji własnych uczuć, przewidywania wydarzeń. Charakteryzują się one także poczuciem zaradności (sterowności), tzn. polegają na innych, czują się traktowane sprawiedliwie, rzadko przegrane. Sądzą,

że potrafią zapanować nad swoimi uczuciami. Badane osoby przejawiają jednak słabe poczucie siły. Nie zawsze potrafią znaleźć rozwiązanie w kłopotliwej sytuacji, skoncentrować się na jej pokonaniu. Spodziewa się wówczas niepowodzeń i nie wierzą w samodzielne poradzenie sobie z problemem. Cechuje je także niskie poczucie wytrwałości. Uczniowie ci rezygnują z wykonania ważnego zadania w sytuacji zmęczenia, albo gdy oceniają je jako trudne.

Tabela 4. Macierz współczynników korelacji kanonicznej między zachowaniami zdrowotnymi a poszczególnymi czynnikami poznawczo-afektywnymi badanych osób

Kryteria/predyktory		Zmienne kanoniczne	
		R _{cI}	R _{cII}
Zachowania zdrowotne	PNZ	-0,069	-0,451**
	ZP	-0,836**	0,514**
	PNP	-0,507**	-0,343**
	PZ	0,727**	0,923**
R		0,553	0,493
P		0,001*	0,018*
Czynniki poznawczo-afektywne	ZR	0,449**	-0,022
	ZAR	0,469**	0,140
	SENS	0,263	0,320
	sA	-0,371**	-0,289
	sB	-0,360**	0,114
	JRSUM	-0,478**	-0,340**
	JISUM	0,087	0,040
	LRSUM	-0,366**	0,597**
LISUM	-0,123	0,649**	

PNZ – prawidłowe nawyki żywieniowe; ZP – zachowania profilaktyczne; PNP – pozytywne nastawienia psychiczne; PZ – praktyki zdrowotne; ZR – komponent poczucia koherencji: zrozumiałość, ZAR – komponent poczucia koherencji: zaradność; SENS – komponent poczucia koherencji: sensowność; sA – komponent kompetencji osobistej, poczucie skuteczności; sB – komponent kompetencji osobistej, poczucie wytrwałości; JRSUM – realne spostrzeganie siebie, wynik globalny; JISUM – idealne spostrzeganie siebie, wynik globalny; LRSUM – realne spostrzeganie innych ludzi, wynik globalny; LISUM – idealne spostrzeganie innych ludzi, wynik globalny; * poziom istotności statystycznej $p < 0,05$; ** ładunki o wartościach bezwzględnych większych lub równych 0,324 są istotne na poziomie $p < 0,05$; R_c – współczynnik korelacji kanonicznej

Źródło: Badania własne.

Powodem takiego zachowania są również, według nich, inne ciekawsze w danym czasie zajęcia. Badani w opisywanym modelu negatywnie spostrzegają siebie, a także innych ludzi. Na podstawie uzyskanych wyników można domniemywać, że badani doświadczają trudności w realizacji różnych zadań życiowych. Brak wiary we własne siły i niskie poczucie wartości, ale też realne ograniczenia poznawcze mogą przyczyniać się do mniejszego zainteresowania tymi zachowaniami zdrowotnymi, które wymagają wysiłku intelektualnego, zrozumienia zasadności ich podejmowania, opierające się o wiedzę przedmiotową. Negatywne spostrzeganie innych może blokować, zniechęcać tą grupę osób na poszukiwanie wyjaśnień związanych z kwestiami zdrowia lub choroby, ale i ignorowania obaw innych osób zaniepokojonych ich stanem zdrowia. Badani uczniowie nieradzący sobie z sytuacjami wywołującymi stres, napięcie, przygnębienie, z negatywnymi nastawieniami psychicznymi deklarują podejmowanie praktyk zdrowotnych, które wiążą się z odpoczynkiem, snem, unikaniem nadmiernego wysiłku fizycznego i przepracowania. Z należytą ostrożnością warto się zastanowić, czy taka sytuacja nie jest swego rodzaju symptomem izolowania się od codziennych wyzwań.

Drugą parę, słabszą, tworzy 7 zmiennych: wszystkie 4 zmienne ze zbioru kryteriów i tylko 3 zmienne ze zbioru predyktorów. A zatem uczniowie, którzy dbają o praktyki zdrowotne związane z aktywnością fizyczną, rekreacją, odpoczynkiem, wysypianiem się, unikaniem przepracowania, kontrolujący swoją wagę, a także przeświadczeni o podejmowaniu zachowań profilaktycznych, czyli przestrzegający zaleceń zdrowotnych, zgłaszający się na badania lekarskie, unikający przeziębień, próbujący uzyskać informacje medyczne i zrozumieć przyczyny zdrowia i choroby, ale też wykazujący się nieprawidłowymi nawykami żywieniowymi (np. dieta uboga w warzywa i owoce, pieczywo pełnoziarniste, spożywanie nadmiernej ilości tłuszczów zwierzęcych, cukru, lub żywności z konserwantami) i z negatywnymi nastawieniami psychicznymi, czyli odczuwający stany przygnębienia, gniewu, lęku i depresji, a być może też ignorujący wskazówki innych osób o swoim zdrowiu istotnie częściej wykazują się negatywnym spostrzeganiem siebie, ale pozytywnym spostrzeganiem innych ludzi zarówno w ujęciu realnym, jak i idealnym. Uzyskana konfiguracja zmiennych pozwala jedynie przypuszczać, że młodzież nieakceptująca siebie, doświadczająca stanów przygnębienia, negatywnych emocji, pozytywnie spostrzega innych i kreuje ich idealny wizerunek. Nie zamyka się (jak w pierwszym opisanym modelu) na otoczenie, a raczej próbuje je naśladować. Nie zawsze liczy się ze zdaniem innych ludzi w kwestii własnego zdrowia, ale w konsekwencji realizuje zalecenia zdrowotne. Stara się też zrozumieć mechanizmy związane ze zdrowiem. Odnieść można wrażenie, że jest to grupa uczniów pragnąca podążać za wzorcem, szukająca oparcia, czasem jednak wybierająca własne, bywa, że niekorzystne rozwiązania.

Zakończenie

Na podstawie przeprowadzonej analizy należy stwierdzić, że we wszystkich przedstawionych parach kanonicznych, zmienne po stronie kryteriów i predyktorów są dwubiegunowe, ze znakiem dodatnim, jak i ujemnym. Konstelacje cech opisowych wszystkich uzyskanych modeli nie zawsze się pokrywają. Spostrzeżenie to dotyczy również porównania otrzymanych modeli interpretacyjnych, z sumą globalną (zob. tab. 3) i z poszczególnymi wymiarami zmiennych w zbiorze predyktorów (zob. tab. 4).

Większość analizowanych zmiennych w pierwszej silniejszej parze kanonicznej znalazła swoją reprezentację w otrzymanej konfiguracji zależnościowej. Jedyne w zbiorze kryteriów kategoria prawidłowe nawyki żywieniowe nie uzyskała poziomu istotności statystycznej, zarówno w analizie kanonicznej uwzględniającej wyniki ogólne, jak i w tej z poszczególnymi wymiarami zmiennych niezależnych. W zbiorze predyktorów poziomu istotności statystycznej nie uzyskał wymiar spostrzegania siebie i innych ludzi w wymiarze idealnym w obydwu analizach kanonicznych oraz poczucie sensowności w analizie z poszczególnymi wymiarami zmiennych niezależnych. W drugiej parze kanonicznej dwie zmienne nie uzyskały poziomu istotności statystycznej we wszystkich wymiarach, czyli poczucie koherencji oraz poczucie kompetencji osobistej. W związku z tym z dużą ostrożnością należy przyjąć założenie o zależności między zachowaniami zdrowotnymi a czynnikami poznawczo-afektywnymi takimi jak: poczucie koherencji, kompetencja osobista oraz spostrzeganie siebie i innych ludzi w ujęciu realnym i idealnym, w badanej grupie osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

Uzyskane wyniki badań wpisują się w postulaty, podkreślające konieczność uwzględniania w praktyce edukacyjnej problematyki związanej z zachowaniami zdrowotnymi i jej uwarunkowaniami. Kształtowanie zachowań prozdrowotnych nie może być oderwane od wzmacniania zasobów osobistych człowieka. Zachowania prozdrowotne chronią nie tylko przed chorobą, ale także podnoszą jakość życia. Dla przykładu, aktywność fizyczna osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim wpływa pozytywnie nie tylko na zdolności motoryczne w zakresie np. zwinności, szybkości, wytrzymałości, ale też na funkcjonowanie psychiczne. Poprawia ich jakość życia i adaptację społeczną [Gworys, Jachułowska i in. 2017, s. 154]. Istnieje też błędne przekonanie, jak to, że większość dzieci z niepełnosprawnością jest podatniejsza na urazy, a zatem powinny unikać bardziej absorbujących zajęć sportowych. Tego typu nastawienia należy eliminować, zarówno u dzieci z niepełnosprawnością, ich rodziców, jak i szerszej społeczności [Murphy, Carbone 2008, s. 1059]. Konkludując, w kształtowaniu zachowań zdro-

wotnych człowieka nie tylko z niepełnosprawnością znaczącą rolę odgrywają kompetencje rodziców, nauczycieli, innych osób znaczących, czy decydentów. Zwiększone ryzyko problemów zdrowotnych może mieć wpływ na zaangażowanie w społeczeństwie [Verri, Cummins i in. za: Arvidsson, Granlund, Thyberg 2008, s. 11].

Bibliografia

- Antonovsky A. (1997), *Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia* (tłum. Jan Łuczyński) [w:] *Psychologia zdrowia*, Seria: *Nowe Tendencje w Psychologii 4*, I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Arvidsson P., Granlund M., Thyberg M. (2008), *Factors Related to Self-Rated Participation in Adolescents and Adults with Mild Intellectual Disability – A Systematic Literature Review*, „*Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*”, t. 21, nr 3, s. 277-291.
- Banaszkiewicz M., Andruszkiewicz A. (2008), *Rozdział 2.3. Zachowania zdrowotne* [w:] *Promocja zdrowia dla studentów studiów licencjackich kierunku pielęgniarstwo i położnictwo*, tom I: *Teoretyczne podstawy promocji zdrowia*, A. Andruszkiewicz, M. Banaszkiewicz (red.), Wydawnictwo Czelej Sp. z o.o., Lublin.
- Bandura A., (1977), *Self-efficacy. Toward a unifying theory of behavioral change*, „*Psychology Review*” nr 84, s. 191–215.
- Binkowska-Bury M. (2009), *Zachowania zdrowotne młodzieży akademickiej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów.
- Boczkowska M. (2015), *Zachowania zdrowotne młodzieży gimnazjalnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- Borysewicz-Lewicka M., Gerreth K., Wiśniewska K., Wysocki J. (2011), *Leczenie stomatologiczne jako część wymaganej opieki medycznej nad dziećmi niepełnosprawnymi- opinia rodziców*, „*Dental and Medical Problems*”, t. 48, nr 1, s. 45–53.
- Borzucka-Sitkiewicz K. (2005), *Kształtowanie zachowań zdrowotnych w procesie socjalizacji a styl życia młodzieży (w regionie górnośląskim)*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
- Celebańska D., Gawlik K. (2013), *Poziom aktywności fizycznej osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie*, „*Fizjoterapia. Kwartalnik Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii*”, t. 21, nr 3, s. 27–35, http://physiotherapyquarterly.pl/articles/3_2013_27-35.pdf [dostęp: 29.05.2017].
- DiMatteo M., DiNicola D.D. (1982), *Achieving patient compliance: The psychology of the medical practitioner's role*, Pergamon, Nowy Jork.
- Dolińska-Zygmunt G., (2001), *Orientacja salutogenetyczna w problematyce zdrowotnej. Model Antonovsky'ego* [w:] *Podstawy psychologii zdrowia*, G. Dolińska-Zygmunt (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.
- Duda M. (2016), *Poczucie jakości życia młodzieży z problemami zdrowotnymi*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- Dyduch E. (2010), *Uwarunkowania zachowań zdrowotnych osób z niepełnosprawnością intelektualną* [w:] *Aktualne problemy edukacji i rehabilitacji osób niepełnosprawnych w biegu życia*, Z. Palak, A. Bujnowska, A. Pawlak (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.

- Dyduch E. (2012), *Uwarunkowania aktywizacji fizycznej i aktywność ruchowa uczniów* z niepełnosprawnością intelektualną w szkole ogólnodostępnej [w:] *Aktywizacja ucznia z niepełnosprawnością w różnych obszarach jego edukacji*, P. Majewicz, A. Mikrut (red.), Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków.
- Gochman D.S. (1982), *Labels, systems and motives: Some perspectives for future research and programs*. „Health Education Quarterly”, nr 9, s. 167–173.
- Gworys K., Jachułowska I., Kowalewska E., Staniszevska M., Puzder A., Kujawa J. (2017), *Próba określenia zależności pomiędzy wzmożoną aktywnością ruchową a zmianami sprawności osób upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim*, „Szkice Humanistyczne”, t. XVII, nr 1 (vol. 42), s. 147–156.
- Heszen I., Sęk H. (2012), *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Juczyński Z. (2012), *Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia. Podręcznik, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego*, Warszawa.
- Kaiser I. (2012), *Miejsce aktywności fizycznej w różnych formach zajęć wolnoczasowych młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie w stopniu lekkim*, „Studia Periegetica. Zeszyty Naukowe Wielkopolskiej Wyższej Szkoły Turystyki i Zarządzania w Poznaniu”, z. 8, s. 49-66.
- Kirenko J., Parchomiuk M. (2006), *Edukacja i rehabilitacja osób z upośledzeniem umysłowym*, Wydawnictwo Akademickie Wyższej Szkoły Społeczno-Przyrodniczej im. Wincentego Pola, Lublin.
- Krzywińska-Wiewiorowska M., Stawińska-Witoszyńska B., Gromadecka-Sutkiewicz M., Ulatowska-Szostak E., Klos J. (2009), *Ocena występowania chorób utrudniających rehabilitację dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, nr 9(1), s. 78–81.
- Lipert A., Marciniak P. (2015), *Aktywność fizyczna osób niepełnosprawnych intelektualnie na przykładzie Domu Pomocy Społecznej w województwie kujawsko-pomorskim*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne”, t. 5, nr 3, s. 283–289.
- Lishner D.M., Richardson M., Levine P., Patrick D. (1996), *Access to primary health care among persons with disabilities in rural areas: A summary of the literature*, „The Journal Persons of Rural Health”, Winter, nr 12(1), s. 45–53.
- Łuszczynska A. (2004), *Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają?* Seria: *Psychologia w monografiach naukowych 7.*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Marciniak-Madejska N. (2014), *Osoby z niepełnosprawnością na wsi- bariery integracji społecznej*, „Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej”, nr 5, s. 51–67.
- Matuszak K., Bryl W. (2010), *Nadciśnienie tętnicze u osób niepełnosprawnych intelektualnie*, „Forum Zaburzeń Metabolicznych”, t. 1, nr 4, s. 236–240.
- Matuszak K., Bryl W., Pupek-Musialik D. (2010), *Otyłość u dzieci i młodzieży z upośledzeniem umysłowym*, „Forum Zaburzeń Metabolicznych”, t. 1, nr 1, s. 55–62.
- Murphy N.A., Carbone P.S. (2008), *Promoting the participation of children with disabilities in sports, recreation, and physical activities*, „Pediatrics” 2008; t. 121, nr 5, s. 1057–1061, <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/121/5/1057.full.pdf> [dostęp: 31.05.2017]
- Nowak A. (2016), *Rola aktywności ruchowej w życiu osób z niepełnosprawnością intelektualną*, „Zeszyty Naukowe. Zbliżenia Cywilizacyjne”, t. XII, nr 3, s. 44–60.

- Pop T., Paluch A., Skrzypiec J., Dudek J. (2007), *Masa ciała dzieci i młodzieży z upośledzeniem umysłowym*, „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego”, nr 3, s. 218–224.
- Roysamb E., Rise J., Kraft P., (1997), *On the structure and dimensionality of health-related behavior in adolescents*, „Psychology and Health”, nr 12, s. 437–452.
- Schwarzer R. (1997), *Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuacji zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejścia teoretyczne i nowy model* [w:] *Psychologia zdrowia*. Seria: *Nowe Tendencje w Psychologii 4*, I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Syrek E. (2009), *Rozdział 2. Środowisko, kultura i zdrowie* [w:] *Edukacja zdrowotna*. Seria: *Pedagogika wobec współczesności*, E. Syrek, K. Borzucka-Sitkiewicz (red.), Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa.
- Wieczorek M. (2008), *Sprawność fizyczna młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie jako czynnik warunkujący ich zdrowie*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, nr 89(2), s. 235–240.
- Wojnarowska B. (2013), *Część I. Edukacja zdrowotna – podstawy teoretyczne i metodyczne* [w:] *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, B. Wojnarowska (red.), Wydawnictwo Naukowe PWN SA, Warszawa.
- Zadworna-Cieślak M., Ogińska-Bulik N. (2011), *Zachowania zdrowotne młodzieży – uwarunkowania podmiotowe i rodzinne*, Difin SA, Warszawa.
- Ziarko M. (2006), *Zachowania zdrowotne młodych dorosłych – uwarunkowania psychologiczne*, Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Poznań.