

Akademia Wychowania Fizycznego
im. Polskich Olimpijczyków
we Wrocławiu

Rozprawa doktorska

Mgr Okan Oruç

Tureckie, arabskie i kurdyjskie wzory kultury fizycznej
a zachowania zdrowotne i poczucie koherencji studentów
w Turcji

Promotor: dr hab. Ryszard Bartoszewicz, prof. AWF

Wrocław, 2024 rok

Spis treści

Spis treści.....	3
Wstęp.....	6
I. Podłoże teoretyczne badań.....	7
1. Zdrowie w życiu współczesnego człowieka.....	7
1.1. Współczesne definiowanie zdrowia.....	7
1.2. Klasyfikacje zdrowia.....	8
1.3. Modele zdrowia.....	9
1.4. Koncepcje zdrowia.....	11
1.5. Zróżnicowanie kulturowe w rozumieniu zdrowia.....	14
1.6. Zdrowie publiczne.....	15
1.7. Społeczne determinanty zdrowia.....	16
1.8. Znaczenie promocji zdrowia.....	18
1.9. Wyzwania i przyszłość zdrowia.....	19
2. Salutogeneza jako koncepcja praktykowania zdrowia.....	20
2.1 Definicja i komponenty poczucia koherencji.....	21
2.2 Mechanizmy wpływu poczucia koherencji na zdrowie.....	22
2.3 Ogólne zasoby odpornościowe i ich rola w zdrowiu.....	23
2.4. Przykłady zasobów zdrowotnych: wsparcie społeczne, edukacja, dostęp do opieki zdrowotnej.....	24
2.5. Znaczenie zachowań zdrowotnych w koncepcji salutogenetycznej.....	25
3. Salutogeneza w kontekście kulturowym.....	27
3.1. Jak różne kultury wpływają na postrzeganie i rozwijanie poczucia koherencji.....	27
3.2. Przykłady różnic kulturowych w kontekście tureckim.....	28
3.3. Promocja zdrowia w Turcji jako systemowe działania rządu.....	31
3.4. Szkoły wyższe jako centra promocji zdrowia w Turcji.....	34
4. Przegląd wybranych badań naukowych nad zachowaniami zdrowotnymi i poczuciem koherencji w Turcji.....	35
4.1. Badania nad zachowaniami zdrowotnymi.....	35
4.2. Badania nad stanem poczucia koherencji.....	37
4.3. Badania w środowiskach akademickich.....	39
II. Założenia metodologiczne.....	43
1. Cele i pytania badawcze.....	43
2. Metody, techniki i narzędzia badawcze.....	43

3. Grupa badawcza.....	45
III. Wyniki badań.....	47
1. Zachowania zdrowotne	47
2. Poczucie koherencji	58
3. Aktywność fizyczna.....	73
4. Teorie ugruntowane	82
4.1. Teoria ugruntowana Hamita – Yozgat	82
4.2. Teoria Ugruntowana Hatice – Yozgat.....	83
4.3. Teoria ugruntowana Furkana - Yozgat.....	84
4.4. Teoria ugruntowana Nazmiye - Yozgat	84
4.5. Teoria ugruntowana Aysegul - Yozgat	85
4.6. Teoria ugruntowana Zumrut – Yozgat	86
4.7. Teoria ugruntowana Erhan – Yozgat	86
4.8. Teoria ugruntowana Tugce – Yozgat.....	87
4.9. Teoria ugruntowana Edy – Yozgat.....	88
4.10. Teoria ugruntowana Semiha – Ankara.....	88
4.11. Teoria ugruntowana anonimowy respondent (A) – Ankara.....	89
4.12. Teoria ugruntowana A2 – Ankara	89
4.13. Teoria ugruntowana Gizem – Ankara	90
4.14. Teoria ugruntowana Barisa – Ankara.....	90
4.15. Teoria ugruntowana A3 – Ankara	91
4.16. Teoria ugruntowana Atabeya – Ankara	91
4.17. Teoria ugruntowana Cemre – Ankara	92
4.18. Teoria ugruntowana Hakana – Ankara.....	93
4.19. Teoria ugruntowana Lory – Hatay	93
4.20. Teoria ugruntowana Yesim - Hatay	94
4.21. Teoria ugruntowana Muhhameda - Hatay.....	94
4.22. Teoria ugruntowana Sabricana – Hatay.	95
4.23. Teoria ugruntowana Tugce - Hatay.....	95
4.24. Teoria ugruntowana Sevcan – Hatay	96
4.25. Teoria ugruntowana Furkana – Hatay.....	97
4.26. Teoria ugruntowana Alihana - Hatay	97
4.27. Teoria ugruntowana Merta - Hatay	98
4.28. Teoria ugruntowana Kubry - Adiyaman	98
4.29. Teoria ugruntowana Yusuf- Adiyaman	99

4.30. Teoria ugruntowana Ahmeta - Adiyaman.....	100
4.31. Teoria ugruntowana Busry - Adiyaman	100
4.32. Teoria ugruntowana Mehmeta - Adiyaman	101
4.33. Teoria ugruntowana Bayrama - Adiyaman	102
4.34. Teoria ugruntowana Osmana - Adiyaman	102
4.35. Teoria ugruntowana Onura - Adiyaman.....	103
4.36. Teoria ugruntowana Ibrahima - Adiyaman	104
4.37. Teoria ugruntowana Abdulkadira - Adiyaman.....	104
4.38. Teoria ugruntowana Ahmet - Adiyaman.....	105
4.39. Podsumowanie	106
V. Dyskusja	108
VI. Podsumowanie i wnioski.....	116
Zakończenie.....	124
Streszczenie	125
Abstract.....	126
Piśmiennictwo	128

Wstęp

Zachowania zdrowotne to kluczowy element wpływający na jakość życia i ogólny stan zdrowia jednostki. Szczególnie ważne stają się one w kontekście studentów, którzy często po raz pierwszy stają się odpowiedzialni za swoje decyzje zdrowotne, będąc jednocześnie pod wpływem licznych stresorów związanych z nauką, życiem społecznym i adaptacją do nowego środowiska. W związku z tym, badanie kulturowych uwarunkowań zachowań zdrowotnych studentów w Turcji staje się istotne zarówno z perspektywy naukowej, jak i praktycznej.

Turecja, jako kraj o bogatej i zróżnicowanej kulturze, oferuje unikalny kontekst do analizy wpływu kultury na zachowania zdrowotne. Kultura, definiowana jako zespół wartości, przekonań, norm i praktyk, które kształtują codzienne życie i podejmowane decyzje, odgrywa kluczową rolę w kształtowaniu nawyków zdrowotnych. W przypadku studentów, którzy są na etapie formowania swojego stylu życia, wpływ ten może być szczególnie silny.

W Turcji, tradycyjne wartości rodzinne, religia oraz wpływy zachodniej kultury mają istotne znaczenie dla zachowań zdrowotnych młodych ludzi. Na przykład, dieta śródziemnomorska, bogata w warzywa, owoce i zdrowe tłuszcze, jest częścią tureckiej tradycji kulinarnej, co może sprzyjać zdrowym nawykom żywieniowym. Z drugiej strony, presja społeczna i akademicka może prowadzić do zaniedbywania zdrowia psychicznego i fizycznego, co jest często obserwowane w populacji studentów na całym świecie.

Dodatkowo, Turcja jest zamieszкана przez trzy główne grupy narodowościowe: Turków, Arabów i Kurdów, co dodaje kolejny poziom złożoności do analizy. Każda z tych grup ma unikalne tradycje, wartości i praktyki zdrowotne, co może prowadzić do zróżnicowanych zachowań zdrowotnych. Zrozumienie tych różnic jest kluczowe dla wykazania, w jaki sposób kulturowe uwarunkowania wpływają na zdrowie studentów z różnych środowisk etnicznych.

Celem niniejszej dysertacji jest zbadanie, w jaki sposób kulturowe uwarunkowania wpływają na zachowania zdrowotne studentów w Turcji. Przeanalizowane zostaną zarówno pozytywne, jak i negatywne aspekty kultury, które kształtują nawyki zdrowotne. Badanie to wykorzysta zarówno metody jakościowe, jak i ilościowe, aby uzyskać kompleksowy obraz zjawiska. Zrozumienie tych uwarunkowań może przyczynić się do opracowania bardziej

efektywnych strategii promowania zdrowia wśród studentów, a także do wzbogacenia literatury naukowej na temat wpływu kultury na zachowania zdrowotne.

Zamysł badawczy oparty jest o koncepcję zdrowia i zachowań zdrowotnych zaczerpniętą z prac Aarona Antonovskiego. Jego teoria salutogenezy, koncentrująca się na czynnikach wspierających zdrowie i dobrostan, stanowi fundament dla zrozumienia, jak studenci różnych narodowości w Turcji radzą sobie ze stresem i jakie strategie zdrowotne stosują w codziennym życiu.

I. Podłoże teoretyczne badań

1. Zdrowie w życiu współczesnego człowieka

Zdrowie jest jednym z fundamentalnych aspektów ludzkiego życia, którego znaczenie i interpretacje ewoluowały na przestrzeni wieków. Jest to pojęcie wielowymiarowe, obejmujące nie tylko brak choroby, ale również dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny. W literaturze przedmiotu można znaleźć wiele definicji i klasyfikacji zdrowia, które odzwierciedlają różnorodność podejść do tego złożonego zagadnienia.

1.1. Współczesne definiowanie zdrowia

Jedną z najbardziej powszechnych i uznanych definicji zdrowia pochodzi od Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). WHO definiuje zdrowie jako „stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a nie tylko brak choroby lub niedomagania” (WHO, 1948). Ta definicja podkreśla holistyczne podejście do zdrowia, uwzględniające różne aspekty życia człowieka. Zgodnie z tym podejściem, zdrowie nie jest jedynie brakiem choroby, ale stanem, w którym człowiek cieszy się ogólnym dobrostanem fizycznym, psychicznym i społecznym.

Kolejną istotną definicją zdrowia jest przedstawiona przez Aarona Antonovskiego, twórcę koncepcji salutogenezy. Antonovsky definiuje zdrowie jako dynamiczny proces, w którym jednostka stara się utrzymać równowagę i dobrostan mimo obecności stresorów i czynników ryzyka. Jego teoria salutogenezy koncentruje się na zasobach zdrowotnych i czynnikach wspierających zdrowie, a nie tylko na prewencji i leczeniu chorób (Antonovsky, 1979). Antonovsky wprowadził pojęcie "poczucia koherencji" (sense of coherence), które odnosi się

do zdolności jednostki do zrozumienia, zarządzania i znalezienia sensu w życiu. Poczucie koherencji odgrywa kluczową rolę w radzeniu sobie ze stresem i utrzymaniu zdrowia.

W literaturze można również znaleźć bardziej specyficzne definicje zdrowia. Na przykład, zgodnie z podejściem biomedycznym, zdrowie jest definiowane jako stan, w którym wszystkie funkcje biologiczne organizmu działają poprawnie i bez zakłóceń. W tym ujęciu zdrowie jest mierzonym brakiem patologii i chorób, a diagnoza medyczna opiera się na obiektywnych testach i wskaźnikach (Engel, 1978). Biomedyczny model zdrowia koncentruje się głównie na fizycznych aspektach zdrowia, ignorując często psychiczne i społeczne czynniki wpływające na zdrowie jednostki.

Holistyczne podejście do zdrowia podkreśla, że zdrowie jest wynikiem złożonej interakcji między ciałem, umysłem i otoczeniem społecznym. Uwzględnia zarówno fizyczne, jak i psychiczne oraz społeczne aspekty zdrowia. Na przykład, zdrowie psychiczne odgrywa kluczową rolę w ogólnym stanie zdrowia jednostki, wpływając na zdolność do radzenia sobie ze stresem, podejmowania decyzji i budowania relacji międzyludzkich (Pilgrim, 2017).

Wreszcie, definicje zdrowia mogą również odzwierciedlać podejścia z różnych kultur i tradycji medycznych. Na przykład, w tradycyjnej medycynie chińskiej zdrowie jest postrzegane jako równowaga między różnymi elementami (yin i yang) oraz harmonijne funkcjonowanie energii życiowej (qi) w ciele (Kaptchuk, 2000). Takie podejścia podkreślają znaczenie równowagi i harmonii jako kluczowych elementów zdrowia.

Podsumowując, zdrowie jest pojęciem wielowymiarowym, które można definiować na wiele sposobów. Definicja WHO podkreśla holistyczne podejście, Antonovsky koncentruje się na dynamicznym procesie i zasobach zdrowotnych, a biomedyczne podejście skupia się na braku patologii. Różne definicje zdrowia odzwierciedlają różnorodność podejść do zrozumienia i promowania zdrowia w różnych kontekstach kulturowych i medycznych.

1.2. Klasyfikacje zdrowia

W literaturze przedmiotu istnieje wiele klasyfikacji zdrowia, które pozwalają na bardziej szczegółowe zrozumienie tego pojęcia. Jedną z najczęściej używanych klasyfikacji jest podział na zdrowie fizyczne, psychiczne i społeczne.

Zdrowie fizyczne odnosi się do sprawności ciała i jego funkcji. Obejmuje ono takie aspekty, jak odporność na choroby, wydolność fizyczną, siłę mięśniową oraz ogólną sprawność

organizmu. Zdrowie fizyczne jest często mierzone za pomocą wskaźników takich jak poziom cholesterolu, ciśnienie krwi, masa ciała czy wyniki badań diagnostycznych (Macera, 2008).

Zdrowie psychiczne to stan, w którym jednostka jest w stanie prawidłowo funkcjonować emocjonalnie i umysłowo. Obejmuje ono takie elementy jak zdolność do radzenia sobie ze stresem, stabilność emocjonalna, poziom samooceny oraz zdolność do budowania zdrowych relacji interpersonalnych. Zdrowie psychiczne jest często oceniane na podstawie poziomu satysfakcji z życia, występowania objawów depresji czy lęku oraz ogólnego samopoczucia psychicznego (Pilgrim 2017).

Zdrowie społeczne to zdolność jednostki do funkcjonowania w społeczeństwie i spełniania ról społecznych. Obejmuje ono umiejętność nawiązywania i utrzymywania relacji z innymi ludźmi, uczestnictwo w życiu społecznym oraz zdolność do adaptacji do zmian społecznych. Zdrowie społeczne jest mierzone na podstawie jakości relacji interpersonalnych, poziomu wsparcia społecznego oraz zaangażowania w działalność społeczną (Berkman i Kawachi, 2000).

Inną istotną klasyfikacją zdrowia jest podział na zdrowie pozytywne i negatywne. **Zdrowie negatywne** odnosi się do braku choroby lub patologii, zgodnie z podejściem biomedycznym. W tym ujęciu zdrowie jest definiowane przez brak objawów chorobowych i obecność normalnych funkcji biologicznych (Saracci, 1997). **Zdrowie pozytywne**, z kolei, koncentruje się na obecności pozytywnych cech zdrowotnych, takich jak dobre samopoczucie, wysoki poziom energii, zdolność do radzenia sobie ze stresem i aktywne uczestnictwo w życiu społecznym. Zdrowie pozytywne podkreśla znaczenie aktywnego dążenia do dobrostanu i rozwijania zasobów zdrowotnych (Ryff, 1989).

1.3. Modele zdrowia

W literaturze przedmiotu można znaleźć różne teorie i modele zdrowia, które pomagają zrozumieć, jakie czynniki wpływają na zdrowie i jak można je kształtować. Jednym z najważniejszych modeli jest **biopsychospołeczny** model zdrowia, który został zaproponowany przez George'a L. Engela. Model ten integruje podejście biomedyczne z psychologicznym i społecznym, uznając, że zdrowie jest wynikiem interakcji między czynnikami biologicznymi, psychicznymi i społecznymi (Engel, 1977). Biopsychospołeczny model zdrowia zakłada, że aby zrozumieć i skutecznie leczyć choroby, należy uwzględniać zarówno fizyczne, psychiczne, jak i społeczne aspekty zdrowia. Przykładem może być

leczenie depresji, które nie tylko koncentruje się na farmakoterapii, ale również na terapii psychologicznej i wsparciu społecznym.

Kolejnym ważnym modelem jest model **prewencji zdrowotnej** opracowany przez Don Nutbeam'a i Elizabeth Harris. Model ten koncentruje się na trzech poziomach prewencji: pierwotnym, wtórnym i trzeciorzędowym (Nutbeam i Harris, 2011)

Prewencja pierwotna obejmuje działania mające na celu zapobieganie wystąpieniu choroby, takie jak szczepienia, promocja zdrowego stylu życia i edukacja zdrowotna. Przykłady prewencji pierwotnej to kampanie antynikotynowe, programy promocji aktywności fizycznej oraz inicjatywy mające na celu poprawę diety w społeczeństwie. Celem tych działań jest zmniejszenie liczby nowych przypadków chorób poprzez eliminację czynników ryzyka.

Prewencja wtórna koncentruje się na wczesnym wykrywaniu i leczeniu chorób, aby zapobiec ich dalszemu rozwojowi. Przykłady prewencji wtórnej to regularne badania przesiewowe, takie jak mammografia czy kolonoskopia, które pozwalają na wczesne wykrycie nowotworów, oraz programy kontroli nadciśnienia, które mogą zapobiec rozwojowi powikłań sercowo-naczyniowych.

Prewencja trzeciorzędowa obejmuje działania mające na celu zmniejszenie negatywnych skutków choroby i poprawę jakości życia osób chorych. Przykłady prewencji trzeciorzędowej to rehabilitacja po zawale serca, terapia fizyczna dla osób z przewlekłymi chorobami układu mięśniowo-szkieletowego oraz wsparcie psychologiczne dla pacjentów z chorobami przewlekłymi.

Innym istotnym modelem zdrowia jest **ekologiczny** model zdrowia, który podkreśla znaczenie interakcji między jednostką a jej środowiskiem. Model ten zakłada, że zdrowie jednostki jest kształtowane przez szerokie spektrum czynników, w tym warunki społeczno-ekonomiczne, polityczne, kulturowe i środowiskowe (McLeroy, i inni 1988). Przykładem zastosowania tego modelu jest analiza wpływu zanieczyszczenia powietrza na zdrowie publiczne oraz opracowywanie strategii mających na celu poprawę jakości powietrza w miastach.

Podsumowując, różne modele zdrowia, takie jak biopsychospołeczny, prewencyjny czy ekologiczny oferują kompleksowe podejścia do zrozumienia i promowania zdrowia. Każdy z tych modeli podkreśla znaczenie różnorodnych czynników wpływających na zdrowie i dostarcza narzędzi do opracowywania skutecznych strategii zdrowotnych.

1.4. Koncepcje zdrowia

Patogenetyczna koncepcja zdrowia koncentruje się na identyfikacji, prewencji i leczeniu chorób oraz na eliminacji czynników ryzyka prowadzących do patologii. Głównym celem tego podejścia jest zrozumienie mechanizmów chorobowych i ich wpływu na organizm, a także opracowanie strategii zapobiegania i terapii schorzeń. W ramach tego podejścia zdrowie jest definiowane jako brak choroby, a interwencje medyczne skupiają się na diagnozowaniu i leczeniu objawów chorobowych (Engel, 1977).

Patogenetyczna koncepcja zdrowia ma swoje korzenie w modelu **biomedycznym**, który dominował w medycynie przez wiele dekad. Model ten zakłada, że każda choroba ma specyficzną przyczynę, którą można zidentyfikować i wyeliminować za pomocą odpowiednich interwencji medycznych. Diagnoza opiera się na obiektywnych testach i badaniach, a leczenie skupia się na eliminacji patogenu lub przywróceniu prawidłowej funkcji organizmu (Dubos, 1996).

Chociaż patogenetyczna koncepcja zdrowia odegrała kluczową rolę w rozwoju nowoczesnej medycyny i przyczyniła się do zwalczania wielu chorób zakaźnych i schorzeń przewlekłych, ma swoje ograniczenia. Nie uwzględnia holistycznych aspektów zdrowia, takich jak zdrowie psychiczne i społeczne, oraz często ignoruje wpływ czynników społeczno-ekonomicznych i środowiskowych na zdrowie jednostki (Engel, 1980).

Współczesne podejścia do zdrowia coraz częściej integrują elementy patogenetyczne z podejściem salutogenetycznym i holistycznym, uznając, że zdrowie jest wynikiem kompleksowej interakcji różnych czynników.

Holistyczne podejście do zdrowia zdobywa coraz większą popularność w literaturze przedmiotu, podkreślając nierozzerwalny związek między ciałem, umysłem i duchem. Ta koncepcja zakłada, że zdrowie jest wynikiem równowagi i harmonii między różnymi aspektami życia jednostki, a nie jedynie brakiem choroby (Sarris and Wardle, 2014). W ramach tego podejścia promuje się praktyki, które wspierają wszystkie wymiary zdrowia, takie jak medytacja, joga, zdrowe odżywianie i aktywność fizyczna.

Medytacja jest jedną z kluczowych praktyk holistycznych, która pomaga w osiągnięciu wewnętrznego spokoju i równowagi umysłowej. Badania wykazały, że regularna medytacja może zmniejszać poziom stresu, poprawiać koncentrację i ogólne samopoczucie (Goleman,

2013). Medytacja pomaga również w obniżeniu ciśnienia krwi i wzmacnia układ odpornościowy, co przyczynia się do lepszego zdrowia fizycznego.

Joga, jako praktyka łącząca fizyczne ćwiczenia z technikami oddechowymi i medytacyjnymi, jest kolejnym istotnym elementem holistycznego podejścia do zdrowia. Regularne praktykowanie jogi poprawia elastyczność, siłę mięśniową oraz równowagę, a także redukuje stres i poprawia jakość snu (Iyengar, 2013). Joga pomaga również w poprawie postawy ciała i ogólnej kondycji fizycznej, co jest istotne dla utrzymania zdrowia na dłuższą metę.

Zdrowe odżywianie odgrywa kluczową rolę w holistycznej koncepcji zdrowia. Spożywanie zrównoważonej diety bogatej w warzywa, owoce, białka i zdrowe tłuszcze jest niezbędne dla utrzymania prawidłowego funkcjonowania organizmu. Dieta śródziemnomorska, która jest często promowana w ramach holistycznego podejścia, została uznana za jedną z najzdrowszych diet na świecie, ze względu na jej korzystny wpływ na zdrowie serca, mózgu i ogólny stan zdrowia (Willett, 2013).

Aktywność fizyczna jest również nieodłącznym elementem holistycznego podejścia do zdrowia. Regularne ćwiczenia fizyczne przyczyniają się do poprawy kondycji fizycznej, utrzymania prawidłowej masy ciała, a także redukcji ryzyka wielu chorób przewlekłych, takich jak choroby serca, cukrzyca i nowotwory (Blair, i inni 2006). Ponadto, aktywność fizyczna ma pozytywny wpływ na zdrowie psychiczne, pomagając w redukcji objawów depresji i lęku oraz poprawie ogólnego samopoczucia.

Holistyczne podejście do zdrowia uwzględnia również inne aspekty życia, takie jak wsparcie społeczne, rozwój duchowy i równowaga między życiem zawodowym a prywatnym. Wsparcie społeczne, czyli posiadanie silnych relacji z rodziną, przyjaciółmi i społecznością, jest istotne dla zdrowia psychicznego i emocjonalnego (Berkman and Kawachi, 2000). Rozwój duchowy, niezależnie od religii czy wierzeń, pomaga w znalezieniu sensu i celu w życiu, co jest kluczowe dla ogólnego dobrostanu.

W literaturze przedmiotu coraz częściej podkreśla się znaczenie holistycznego podejścia do zdrowia jako skutecznej strategii promowania długoterminowego zdrowia i dobrostanu. Uznaje się, że zdrowie jest wynikiem złożonej interakcji między ciałem, umysłem i duchem, a osiągnięcie równowagi w tych obszarach jest kluczem do pełni zdrowia (Sarris and Wardle, 2014).

Koncepcja **salutogenetyczna** Aarona Antonovskiego odgrywa istotną rolę w nowoczesnym rozumieniu zdrowia, kładąc nacisk na czynniki promujące zdrowie i dobrostan, zamiast skupiać się jedynie na zapobieganiu chorobom. Antonovsky zaproponował tę koncepcję w kontrze do tradycyjnego podejścia patogenetycznego, które koncentruje się na przyczynach chorób i ich eliminacji (Antonovsky, 1987).

Centralnym elementem salutogenezy jest pojęcie "poczucia koherencji" (sense of coherence). Poczucie koherencji to globalna orientacja wyrażająca stopień, w jakim jednostka ma przekonanie, że świat jest zrozumiały, sensowny i zarządzalny. Antonovsky zdefiniował trzy kluczowe komponenty poczucia koherencji: zrozumiałość, zaradność i sensowność (Antonovsky, 1987).

Badania empiryczne potwierdzają, że wysoki poziom poczucia koherencji jest związany z lepszym zdrowiem fizycznym i psychicznym oraz wyższym poziomem dobrostanu. Osoby o wysokim poczuciu koherencji lepiej radzą sobie ze stresem, mają mniejsze ryzyko wystąpienia chorób przewlekłych i cieszą się lepszą jakością życia (Eriksson and Lindström, 2004).

Koncepcja salutogenezy znalazła zastosowanie w wielu dziedzinach, w tym w zdrowiu publicznym, psychologii i edukacji. W zdrowiu publicznym salutogeneza jest wykorzystywana do projektowania programów promocji zdrowia, które koncentrują się na wzmacnianiu zasobów zdrowotnych i poczucia koherencji w populacji (Lindström and Eriksson, 2009)

W psychologii koncepcja salutogenezy jest stosowana do badania, w jaki sposób ludzie radzą sobie ze stresem i jakie zasoby psychiczne pomagają im utrzymać zdrowie i dobrostan. W edukacji salutogeneza inspirowa programy szkolne, które mają na celu rozwijanie umiejętności radzenia sobie ze stresem i wzmacnianie poczucia koherencji u uczniów (Mittelmark, 2022).

Podsumowując, koncepcja salutogenezy Aarona Antonovskiego wprowadza nową perspektywę w rozumieniu zdrowia, kładąc nacisk na zasoby i mechanizmy wspierające zdrowie oraz poczucie koherencji, które są kluczowe dla utrzymania dobrostanu w obliczu wyzwań życiowych (Antonovsky, 1987).

1.5. Zróżnicowanie kulturowe w rozumieniu zdrowia

Zdrowie jest pojęciem, które różni się w zależności od kontekstu kulturowego. W różnych kulturach można znaleźć odmienne interpretacje zdrowia i choroby, co wpływa na praktyki zdrowotne i podejście do leczenia. W kulturach wschodnich, takich jak chińska czy indyjska, zdrowie jest często postrzegane jako równowaga między różnymi elementami oraz integracja ciała, umysłu i ducha (Kaptchuk, 2000).

W tradycyjnej medycynie chińskiej zdrowie jest definiowane jako równowaga między yin i yang oraz harmonijne krążenie energii qi w organizmie. Dysbalans między yin i yang lub zakłócenie przepływu qi może prowadzić do choroby. Terapie, takie jak akupunktura, ziołolecznictwo i tai chi, mają na celu przywrócenie równowagi i harmonii w ciele (Kaptchuk, 2000).

Podobnie w medycynie ajurwedyjskiej, która jest tradycyjną medycyną Indii, zdrowie jest postrzegane jako stan równowagi między trzema doszami: vata, pitta i kapha. Każda dosza reprezentuje różne elementy i funkcje organizmu, a ich równowaga jest kluczowa dla utrzymania zdrowia. Ajurweda kładzie nacisk na holistyczne podejście, obejmujące dietę, ziołolecznictwo, medytację i jogę jako środki wspierające zdrowie (Lad, 2002).

W kulturach zachodnich zdrowie jest często rozpatrywane w kontekście naukowym i medycznym, z naciskiem na diagnozowanie i leczenie chorób za pomocą zaawansowanych technologii medycznych. Biomedyczny model zdrowia koncentruje się na identyfikacji patologii i stosowaniu interwencji, takich jak leki, operacje i terapie fizyczne, w celu przywrócenia zdrowia (Engel, 1978).

Niemniej jednak, coraz większe znaczenie zyskują również podejścia holistyczne i integracyjne, które łączą elementy tradycyjnej medycyny z nowoczesnymi technologiami. Podejścia te uznają znaczenie psychologicznych, duchowych i społecznych aspektów zdrowia. Na przykład, integracyjne podejście do medycyny może obejmować zarówno tradycyjne terapie, takie jak akupunktura i medytacja, jak i nowoczesne interwencje medyczne, takie jak farmakoterapia i chirurgia (Jonas i Levin, 2013)

W kulturach afrykańskich zdrowie jest często postrzegane jako wynik równowagi między jednostką a jej otoczeniem, w tym relacji społecznych, duchowych i naturalnych. Tradycyjne praktyki zdrowotne obejmują ziołolecznictwo, rytuały duchowe i praktyki wspólnotowe, które mają na celu przywrócenie harmonii i równowagi w życiu jednostki (Janzen, 2004).

Współczesne podejścia do zdrowia coraz częściej uwzględniają różnorodność kulturową, uznając, że zrozumienie kulturowych kontekstów zdrowia i choroby jest kluczowe dla skutecznej opieki zdrowotnej. Integracja tradycyjnych i nowoczesnych praktyk zdrowotnych może prowadzić do bardziej holistycznego i zrównoważonego podejścia do zdrowia, które uwzględnia unikalne potrzeby i wartości różnych społeczności (Huff, Kline i Peterson, 2014).

Podsumowując, zróżnicowanie kulturowe w rozumieniu zdrowia podkreśla, jak różne kultury postrzegają zdrowie i chorobę oraz jak te interpretacje wpływają na praktyki zdrowotne. Zrozumienie tych różnic jest kluczowe dla rozwijania skutecznych strategii zdrowotnych, które są wrażliwe na kulturowe konteksty i potrzeby społeczności.

1.6. Zdrowie publiczne

Zdrowie publiczne jest istotnym aspektem w rozumieniu zdrowia, obejmującym działania mające na celu ochronę i poprawę zdrowia populacji poprzez zapobieganie chorobom, promowanie zdrowego stylu życia i zapewnianie dostępu do opieki zdrowotnej. Koncentruje się na identyfikacji i eliminacji czynników ryzyka, które mogą prowadzić do chorób oraz na edukacji zdrowotnej (Schneider, 2013).

W ramach zdrowia publicznego istnieje wiele programów i inicjatyw mających na celu poprawę zdrowia populacji. Na przykład programy szczepień są kluczowym elementem zdrowia publicznego, ponieważ skutecznie zapobiegają rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych. Szczepienia przyczyniły się do eliminacji wielu groźnych chorób, takich jak ospa prawdziwa, oraz znacząco zmniejszyły zachorowalność na inne choroby, jak odra czy polio (Riegelman i Kirkwood, 2016).

Kampanie edukacyjne dotyczące zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej są również ważnym elementem zdrowia publicznego. Te inicjatywy mają na celu zwiększenie świadomości na temat znaczenia zdrowej diety i regularnej aktywności fizycznej dla utrzymania dobrego zdrowia. Kampanie te często obejmują szeroko zakrojone działania, takie jak warsztaty, programy szkolne, reklamy i inicjatywy społeczne, które promują zdrowe nawyki żywieniowe i aktywność fizyczną jako integralną część codziennego życia (Glanz, i inni, 2015).

Programy prewencji chorób zakaźnych, takie jak kampanie promujące higienę rąk, bezpieczne praktyki seksualne i odpowiednie środki ostrożności w kontaktach z zakażonymi, są niezbędne dla ochrony zdrowia publicznego. Te programy mają na celu zmniejszenie

ryzyka rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych i zwiększenie świadomości na temat metod prewencji (Heymann, 2014).

Zdrowie publiczne obejmuje również działania związane z monitorowaniem i kontrolą środowiskowych czynników ryzyka, takich jak zanieczyszczenie powietrza, wody i gleby. Programy te mają na celu identyfikację i eliminację źródeł zanieczyszczeń oraz promowanie polityk i praktyk, które chronią zdrowie środowiskowe. Przykłady obejmują regulacje dotyczące jakości powietrza, programy oczyszczania wody i inicjatywy mające na celu zmniejszenie emisji szkodliwych substancji (Frumkin, 2016).

Edukacja zdrowotna jest kolejnym kluczowym elementem zdrowia publicznego. Programy edukacyjne mają na celu zwiększenie świadomości na temat zdrowia, chorób i metod prewencji. Edukacja zdrowotna może obejmować szeroki zakres tematów, od zdrowego stylu życia i zarządzania stresem po specyficzne informacje na temat chorób przewlekłych i zakaźnych. Wzmacnianie kompetencji zdrowotnych społeczeństwa jest kluczowe dla promowania zdrowych zachowań i podejmowania świadomych decyzji zdrowotnych (Nutbeam, 2011).

Podsumowując, zdrowie publiczne jest szerokim obszarem, który obejmuje różnorodne działania mające na celu ochronę i poprawę zdrowia populacji. Programy szczepień, kampanie edukacyjne, prewencja chorób zakaźnych, kontrola środowiskowych czynników ryzyka oraz edukacja zdrowotna są kluczowymi elementami tych działań. Dzięki zintegrowanym wysiłkom na różnych poziomach społeczeństwa, zdrowie publiczne przyczynia się do poprawy ogólnego dobrostanu populacji i zapobiegania wielu chorobom (Schneider, 2013).

1.7. Społeczne determinanty zdrowia

Społeczne determinanty zdrowia to warunki, w jakich ludzie się rodzą, dorastają, pracują, żyją i starzeją się, a także systemy, które mają na celu zapobieganie chorobom i ich leczenie. Obejmują one takie czynniki jak status socjoekonomiczny, edukacja, zatrudnienie, środowisko fizyczne, wsparcie społeczne i dostęp do opieki zdrowotnej. Te determinanty mają istotny wpływ na zdrowie jednostek i populacji (Marmot and Wilkinson, 2008).

Status socjoekonomiczny jest jednym z najważniejszych determinantów zdrowia. Osoby o niższym statusie socjoekonomicznym często mają ograniczony dostęp do zasobów, takich jak opieka zdrowotna, zdrowa żywność i bezpieczne środowisko życia. Często również doświadczają większego poziomu stresu związanego z niepewnością finansową i trudnymi

warunkami życia. To wszystko przyczynia się do gorszego stanu zdrowia w porównaniu do osób o wyższym statusie socjoekonomicznym (Braveman and Gottlieb, 2014).

Edukacja jest kolejnym kluczowym determinantem zdrowia. Wyższy poziom wykształcenia jest związany z lepszymi umiejętnościami radzenia sobie ze stresem, większą świadomością zdrowotną i lepszymi warunkami zatrudnienia. Edukacja wpływa na zdrowie poprzez kształtowanie stylu życia, zachowań zdrowotnych oraz dostęp do informacji o zdrowiu. Osoby z wyższym wykształceniem mają tendencję do podejmowania zdrowszych wyborów, takich jak zdrowe odżywianie, regularna aktywność fizyczna i unikanie ryzykownych zachowań (Ross and Wu, 1995).

Zatrudnienie i warunki pracy również odgrywają istotną rolę w determinowaniu zdrowia. Stabilne zatrudnienie zapewnia dochód, który umożliwia dostęp do zasobów zdrowotnych, takich jak opieka medyczna i zdrowa żywność. Natomiast trudne warunki pracy, takie jak długie godziny pracy, niskie płace i niebezpieczne środowisko pracy, mogą prowadzić do zwiększonego stresu i ryzyka zdrowotnego (Siegrist and Marmot, 2003).

Środowisko fizyczne, w którym żyjemy, ma również kluczowe znaczenie dla zdrowia. Czysta woda, powietrze, dostęp do terenów zielonych i bezpieczne mieszkania przyczyniają się do lepszego zdrowia fizycznego i psychicznego. Zanieczyszczenie środowiska, brak infrastruktury i niebezpieczne warunki życia mogą prowadzić do licznych problemów zdrowotnych, w tym chorób układu oddechowego, chorób serca i problemów psychicznych (Frumkin, 2016).

Wsparcie społeczne jest kolejnym istotnym determinantem zdrowia. Silne relacje z rodziną, przyjaciółmi i społecznością mogą zapewnić emocjonalne wsparcie, które pomaga w radzeniu sobie ze stresem i wyzwaniem życiowymi. Osoby z silnym wsparciem społecznym mają tendencję do lepszego zdrowia psychicznego i fizycznego oraz dłuższego życia (Berkman and Kawachi, 2000).

Dostęp do opieki zdrowotnej jest kluczowym czynnikiem wpływającym na zdrowie populacji. Wysokiej jakości opieka zdrowotna umożliwia wczesne wykrywanie i leczenie chorób, co jest niezbędne dla utrzymania zdrowia. Brak dostępu do opieki zdrowotnej może prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia i większego ryzyka poważnych chorób (Gulliford and Morgan, 2003).

Podsumowując, determinanty społeczne zdrowia mają istotny wpływ na zdrowie jednostek i populacji. Zrozumienie tych czynników jest kluczowe dla tworzenia skutecznych strategii

zdrowia publicznego i promowania zdrowego stylu życia w różnych grupach społecznych (Marmot and Wilkinson, 2008).

1.8. Znaczenie promocji zdrowia

Promocja zdrowia to proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem i jego poprawę. Obejmuje działania mające na celu zmianę stylu życia i warunków życia w sposób sprzyjający zdrowiu. Jest kluczowym elementem zdrowia publicznego, ponieważ koncentruje się na prewencji chorób i promocji zdrowego stylu życia (Green i Kreuter, 2004)

Promocja zdrowia działa na wielu poziomach, od indywidualnych interwencji po szeroko zakrojone inicjatywy polityczne. Na poziomie indywidualnym obejmuje edukację zdrowotną, poradnictwo i wsparcie w zmianie zachowań zdrowotnych. Na przykład, programy edukacyjne mogą dostarczać informacji na temat zdrowej diety, znaczenia aktywności fizycznej i sposobów radzenia sobie ze stresem. Poradnictwo może wspierać jednostki w podejmowaniu zdrowych decyzji, pomagając im zrozumieć konsekwencje swoich wyborów i motywując do pozytywnych zmian (Glanz, i inni, 2015).

Na poziomie społecznościowym promocja zdrowia może obejmować kampanie społeczne, programy wsparcia i inicjatywy lokalne. Kampanie społeczne mają na celu zwiększenie świadomości na temat zdrowotnych problemów i promowanie zdrowych nawyków wśród szerokiej publiczności. Przykłady to kampanie antynikotynowe, promowanie szczepień czy programy przeciwdziałania otyłości. Inicjatywy lokalne mogą obejmować tworzenie przestrzeni do rekreacji, jak parki i ścieżki rowerowe, czy organizowanie lokalnych grup wsparcia dla osób zmagających się z chorobami przewlekłymi (Nutbeam, 2008).

Na poziomie politycznym promocja zdrowia może obejmować zmiany w polityce zdrowotnej, regulacje prawne i programy finansowania opieki zdrowotnej. Polityki zdrowotne mogą obejmować zakazy reklamy szkodliwych produktów, regulacje dotyczące bezpieczeństwa żywności oraz promocję zdrowych warunków pracy. Regulacje prawne mogą obejmować przepisy dotyczące jakości powietrza, wody i środowiska pracy. Programy finansowania opieki zdrowotnej mogą obejmować subsydia na zdrową żywność, dostęp do opieki medycznej i wsparcie finansowe dla programów profilaktycznych (Baum, 2014).

Grupa inteligencji społecznej odgrywa kluczową rolę w promocji zdrowia. Osoby te, dzięki swoim umiejętnościom komunikacyjnym, empatii i zdolności do budowania relacji, mogą

skutecznie przekazywać wiedzę na temat zdrowia i motywować innych do podejmowania zdrowych wyborów. Pracownicy służby zdrowia, nauczyciele, liderzy społeczności i media są przykładami grup, które mogą wpływać na postawy i zachowania zdrowotne społeczeństwa. Poprzez swoje działania edukacyjne, doradcze i wspierające, mogą przyczynić się do zwiększenia świadomości zdrowotnej i promowania zdrowych nawyków (Nutbeam and Harris, 2011).

Promocja zdrowia wymaga również współpracy między różnymi sektorami społeczeństwa, w tym opieki zdrowotnej, edukacji, środowiska i polityki. Interdyscyplinarne podejście umożliwia bardziej kompleksowe i skuteczne rozwiązania problemów zdrowotnych. Na przykład, współpraca między sektorem edukacji i zdrowia może prowadzić do wdrażania programów zdrowotnych w szkołach, które promują zdrowe nawyki od najmłodszych lat (Rudolph, i inni 2013).

Podsumowując, promocja zdrowia jest kluczowym elementem zdrowia publicznego, skupiającym się na prewencji chorób i promocji zdrowego stylu życia poprzez różnorodne strategie na poziomie indywidualnym, społecznościowym i politycznym. Grupa inteligencji społecznej odgrywa istotną rolę w tych działaniach, pomagając w szerzeniu wiedzy i motywowaniu innych do podejmowania zdrowych wyborów. Dzięki współpracy międzysektorowej i wsparciu politycznemu, promocja zdrowia może przyczynić się do poprawy zdrowia i dobrostanu całych społeczności (Green i Kreuter, 2004).

1.9. Wyzwania i przyszłość zdrowia

Współczesne wyzwania zdrowotne obejmują zarówno tradycyjne problemy, takie jak choroby zakaźne i niedobory żywieniowe, jak i nowe problemy związane z globalizacją, urbanizacją i zmianami klimatycznymi. Wzrost chorób przewlekłych, takich jak cukrzyca, choroby serca i nowotwory, staje się coraz większym problemem zdrowotnym na całym świecie. Te choroby przewlekłe są obecnie główną przyczyną zgonów i obciążenia zdrowotnego, co stawia przed systemami opieki zdrowotnej ogromne wyzwania (McMichael, 2017).

Zmiany klimatyczne i zanieczyszczenie środowiska mają istotny wpływ na zdrowie populacji. Zmiany te prowadzą do ekstremalnych zjawisk pogodowych, takich jak fale upałów, powodzie i susze, które mogą powodować bezpośrednie szkody zdrowotne oraz wpływać na dostępność i jakość wody i żywności. Ponadto zanieczyszczenie powietrza, wody

i gleby jest związane z wieloma problemami zdrowotnymi, w tym chorobami układu oddechowego, sercowo-naczyniowego i nowotworami (McMichael, 2017).

Aby sprostać tym wyzwaniom, konieczne jest podejście interdyscyplinarne i globalne. Wymaga to współpracy między różnymi sektorami, takimi jak opieka zdrowotna, edukacja, środowisko i polityka, a także zaangażowania społeczności lokalnych. Na przykład, integracja polityk zdrowotnych z politykami dotyczącymi środowiska może pomóc w zmniejszeniu negatywnego wpływu zanieczyszczenia na zdrowie oraz w promowaniu zrównoważonego rozwoju (Rudolph, i inni 2013).

Kluczowe znaczenie ma również rozwój nowych technologii i innowacyjnych metod leczenia. Postęp w dziedzinach takich jak biotechnologia, telemedycyna i sztuczna inteligencja może przyczynić się do skuteczniejszego diagnozowania i leczenia chorób. Na przykład, rozwój technologii genomowych może umożliwić spersonalizowane podejście do leczenia chorób, a telemedycyna może poprawić dostęp do opieki zdrowotnej, zwłaszcza w obszarach wiejskich i trudno dostępnych (Topol, 2016).

Promowanie zdrowego stylu życia poprzez edukację i politykę zdrowotną jest niezbędne do zapobiegania chorobom przewlekłym. Kampanie edukacyjne mogą zwiększać świadomość na temat znaczenia zdrowej diety, regularnej aktywności fizycznej i unikania ryzykownych zachowań, takich jak palenie tytoniu i nadmierne spożycie alkoholu. Ponadto, polityki zdrowotne, takie jak opodatkowanie niezdrowych produktów, regulacje dotyczące reklamy żywności i tworzenie infrastruktury wspierającej aktywność fizyczną, mogą zachęcać do zdrowych wyborów (Glanz, i inni, 2015).

W przyszłości zdrowie będzie zależeć od naszej zdolności do adaptacji do zmieniających się warunków globalnych oraz od efektywnej współpracy na wszystkich poziomach społeczeństwa. Kluczowe znaczenie będzie miało również kontynuowanie inwestycji w badania naukowe i rozwój technologii, aby sprostać nowym wyzwaniom zdrowotnym i poprawić jakość życia ludzi na całym świecie (Rudolph, i inni 2013).

2. Salutogeneza jako koncepcja praktykowania zdrowia

Koncepcja salutogenezy została wprowadzona przez Aarona Antonovskiego w latach 70. XX wieku. Antonovsky, socjolog medycyny, badał czynniki wpływające na zdrowie jednostek i społeczności. Jego zainteresowanie tym tematem zrodziło się podczas badań nad kobietami, które przeżyły Holokaust. Odkrył, że mimo ekstremalnych traumatycznych

doświadczeń, niektóre z tych kobiet były w stanie zachować zdrowie i dobrostan. To skłoniło go do poszukiwania mechanizmów i zasobów, które wspierają zdrowie, zamiast jedynie zapobiegać chorobom. W swojej pracy "Health, Stress, and Coping" (Antonovsky, 1979) przedstawił teorię salutogenezy, koncentrującą się na poczuciu koherencji (SoC) i zasobach zdrowotnych. Antonovsky zdefiniował poczucie koherencji jako globalną orientację wyrażającą stopień, w jakim jednostka ma przekonanie, że świat jest zrozumiały, zarządzalny i sensowny. Jego prace przyczyniły się do nowego spojrzenia na zdrowie, skupiającego się na wzmacnianiu zasobów i umiejętności radzenia sobie, zamiast jedynie na eliminacji czynników ryzyka (Antonovsky, 1987).

2.1 Definicja i komponenty poczucia koherencji

Poczucie koherencji (SoC) to kluczowy koncept w teorii salutogenezy zaproponowanej przez Aarona Antonovskiego. SoC odnosi się do globalnej orientacji, która wyraża, w jakim stopniu jednostka ma trwałe, ale dynamiczne poczucie, że świat jest zrozumiały, zarządzalny i sensowny. Antonovsky wyróżnił trzy główne komponenty SoC: zrozumiałość, zarządzalność i sensowność (Antonovsky, 1987).

Zrozumiałość odnosi się do stopnia, w jakim jednostka postrzega bodźce płynące z wewnątrz i zewnątrz jako spójne, uporządkowane i przewidywalne. Osoby z wysokim poziomem zrozumiałości mają przekonanie, że zdarzenia, które napotykają w życiu, są logiczne i dają się wyjaśnić. Taki sposób postrzegania rzeczywistości pozwala na lepsze radzenie sobie z trudnościami i zmniejsza poziom niepewności (Antonovsky, 1987).

Zaradność to komponent związany z poczuciem, że jednostka ma dostęp do zasobów potrzebnych do radzenia sobie z wymaganiami stawianymi przez życie, atym samym zarządzać nim. Te zasoby mogą być zarówno wewnętrzne, jak i zewnętrzne, obejmując wsparcie społeczne, umiejętności osobiste, finanse czy wiedzę. Osoby z wysokim poziomem zaradności czują, że mogą kontrolować swoje życie i skutecznie radzić sobie z wyzwaniami, co prowadzi do większej odporności na stres (Antonovsky, 1987).

Sensowność odnosi się do stopnia, w jakim jednostka czuje, że jej życie ma sens i wartość. Ten komponent jest motywacyjnym aspektem SoC, który daje jednostce poczucie, że warto angażować się w życie i podejmować wysiłki, aby sprostać wyzwaniom. Sensowność jest kluczowa dla utrzymania motywacji i chęci do działania, nawet w obliczu trudnych sytuacji (Antonovsky, 1987).

Wysoki poziom poczucia koherencji, zbudowany na tych trzech komponentach, jest silnie związany z lepszym zdrowiem psychicznym i fizycznym oraz większym dobrostanem jednostki. Osoby z wysokim SoC mają tendencję do bardziej pozytywnego postrzegania świata i większej zdolności do radzenia sobie ze stresem, co prowadzi do lepszego zdrowia ogólnego (Mittelmark, 2022).

2.2 Mechanizmy wpływu poczucia koherencji na zdrowie

Poczucie koherencji ma istotny wpływ na zdrowie jednostki, działając poprzez różnorodne mechanizmy, które pomagają w radzeniu sobie ze stresem i promowaniu zdrowia. Mechanizmy te obejmują m.in. lepsze strategie radzenia sobie, zwiększoną odporność na stres oraz bardziej pozytywne postrzeganie świata (Antonovsky, 1987).

Jednym z kluczowych mechanizmów jest lepsze radzenie sobie ze stresem. Osoby z wysokim poziomem SoC są bardziej skłonne do stosowania skutecznych strategii radzenia sobie ze stresem, takich jak planowanie, poszukiwanie wsparcia społecznego i konstruktywne podejście do problemów. Te strategie pomagają zredukować negatywne skutki stresu i wspierają zdrowie psychiczne i fizyczne (Mittelmark, 2022).

Kolejnym mechanizmem jest zwiększona odporność na stres. Wysoki poziom SoC wiąże się z wyższą odpornością na stres, co oznacza, że jednostki są mniej podatne na negatywne skutki stresujących wydarzeń. Lepsza odporność na stres prowadzi do mniejszego ryzyka rozwoju chorób przewlekłych, takich jak choroby serca, cukrzyca czy depresja (Eriksson, i Lindström, 2004).

Poczucie koherencji wpływa również na zdrowie poprzez promowanie bardziej pozytywnego postrzegania świata. Osoby z wysokim SoC mają tendencję do widzenia świata jako bardziej przewidywalnego i zarządzalnego, co zmniejsza poziom lęku i niepewności. To z kolei prowadzi do lepszego zdrowia psychicznego i emocjonalnego (Surtees, 2003).

Dodatkowo, SoC może wpływać na zdrowie poprzez poprawę relacji społecznych. Wysokie poczucie koherencji sprzyja nawiązywaniu i utrzymywaniu pozytywnych relacji interpersonalnych, co zapewnia jednostce wsparcie emocjonalne i praktyczne w trudnych sytuacjach. Silne wsparcie społeczne jest kluczowe dla utrzymania zdrowia i dobrostanu, ponieważ pomaga jednostkom lepiej radzić sobie ze stresem i wyzwaniami życiowymi (Vogt i inni, 2015).

Podsumowując, poczucie koherencji ma szeroki wpływ na zdrowie jednostki poprzez różnorodne mechanizmy, takie jak lepsze radzenie sobie ze stresem, zwiększona odporność na stres, bardziej pozytywne postrzeganie świata i lepsze relacje społeczne. Zrozumienie tych mechanizmów jest kluczowe dla promowania zdrowia i dobrostanu w kontekście salutogenezy (Mittelmark, 2022).

2.3 Ogólne zasoby odpornościowe i ich rola w zdrowiu

Ogólne zasoby odpornościowe (Generalized Resistance Resources, GRRs) odgrywają kluczową rolę w teorii salutogenezy, wspierając zdolność jednostki do radzenia sobie ze stresem i utrzymania zdrowia. GRRs to różnorodne zasoby, które pomagają jednostkom w zrozumieniu, zarządzaniu i nadawaniu sensu wyzwaniom życiowym. Antonovsky zidentyfikował kilka kategorii GRRs, w tym zasoby materialne, zasoby poznawcze, zasoby emocjonalne, zasoby społeczne oraz zasoby makrospołeczne (Antonovsky, 1987).

Zasoby materialne obejmują dostęp do finansów, odpowiednie warunki mieszkaniowe i dostęp do opieki zdrowotnej. Te zasoby pozwalają jednostkom na zaspokojenie podstawowych potrzeb życiowych, co z kolei zmniejsza poziom stresu i wspiera zdrowie fizyczne i psychiczne. Na przykład, stabilne warunki mieszkaniowe i dostęp do zdrowej żywności mają istotny wpływ na zdrowie i dobrostan jednostki (Mittelmark, 2022).

Zasoby poznawcze to umiejętności i wiedza, które pozwalają jednostkom na skuteczne radzenie sobie z wyzwaniami. Wiedza na temat zdrowia, umiejętność krytycznego myślenia i rozwiązywania problemów są kluczowe dla zrozumienia i zarządzania sytuacjami stresującymi. Osoby posiadające te zasoby są lepiej przygotowane do podejmowania świadomych decyzji dotyczących swojego zdrowia i życia (Lindström and Eriksson, 2006).

Zasoby emocjonalne obejmują stabilność emocjonalną, umiejętność radzenia sobie z emocjami oraz zdolność do budowania i utrzymywania pozytywnych relacji interpersonalnych. Te zasoby pomagają jednostkom w regulacji emocji i zmniejszaniu poziomu stresu, co jest kluczowe dla utrzymania zdrowia psychicznego. Silne zasoby emocjonalne umożliwiają lepsze radzenie sobie z trudnymi sytuacjami i wspierają ogólny dobrostan (Vogt i inni, 2015).

Zasoby społeczne obejmują wsparcie ze strony rodziny, przyjaciół, społeczności oraz instytucji. Silne wsparcie społeczne jest kluczowe dla zdrowia, ponieważ zapewnia jednostce emocjonalne i praktyczne wsparcie w trudnych sytuacjach. Wspólnoty, które oferują wsparcie

i zrozumienie, mogą znacząco przyczynić się do lepszego zdrowia i dobrostanu swoich członków (Eriksson and Lindström, 2004).

Zasoby makrospołeczne obejmują struktury społeczne, polityczne i ekonomiczne, które wpływają na zdrowie populacji. Polityki zdrowotne, systemy edukacyjne i warunki pracy są przykładami zasobów makrospołecznych, które mogą wspierać lub ograniczać zdolność jednostek do radzenia sobie ze stresem i utrzymania zdrowia. Zrozumienie i kształtowanie tych struktur jest kluczowe dla promowania zdrowia publicznego (Lindström and Eriksson, 2006).

Podsumowując, zasoby ogólne odpornościowe (GRRs) odgrywają kluczową rolę w teorii salutogenezy, wspierając zdolność jednostki do radzenia sobie ze stresem i utrzymania zdrowia. Różnorodne zasoby materialne, poznawcze, emocjonalne, społeczne i makrospołeczne są kluczowe dla zrozumienia, zarządzania i nadawania sensu wyzwaniom życiowym, co przyczynia się do lepszego zdrowia i dobrostanu jednostki (Antonovsky, 1987).

2.4. Przykłady zasobów zdrowotnych: wsparcie społeczne, edukacja, dostęp do opieki zdrowotnej

Zasoby zdrowotne są kluczowymi elementami w teorii salutogenezy, wspierając zdolność jednostek do utrzymania zdrowia i radzenia sobie ze stresem. Przykłady takich zasobów obejmują wsparcie społeczne, edukację oraz dostęp do opieki zdrowotnej. Każdy z tych zasobów odgrywa istotną rolę w promowaniu zdrowia i dobrostanu jednostek.

Wsparcie społeczne jest jednym z najważniejszych zasobów zdrowotnych. Obejmuje ono pomoc emocjonalną, praktyczną i informacyjną ze strony rodziny, przyjaciół, kolegów z pracy i społeczności. Silne wsparcie społeczne pomaga jednostkom lepiej radzić sobie ze stresem, zwiększa poczucie bezpieczeństwa i przynależności oraz poprawia zdrowie psychiczne. Badania wykazują, że osoby z silnym wsparciem społecznym mają lepsze wyniki zdrowotne, mniejsze ryzyko depresji i dłuższą oczekiwaną długość życia (Uchino, 2004).

Edukacja jest kolejnym kluczowym zasobem zdrowotnym. Wyższy poziom edukacji jest związany z lepszymi umiejętnościami radzenia sobie ze stresem, większą świadomością zdrowotną i zdolnością do podejmowania świadomych decyzji dotyczących zdrowia. Edukacja wpływa na zdrowie poprzez zwiększenie wiedzy na temat zdrowego stylu życia, umiejętności krytycznego myślenia i zdolności do zarządzania własnym zdrowiem. Osoby

z wyższym poziomem wykształcenia mają tendencję do zdrowszych zachowań, lepszego dostępu do zasobów zdrowotnych i mniejszego ryzyka chorób przewlekłych (Ross i Wu, 1995).

Dostęp do opieki zdrowotnej jest nieodzownym zasobem zdrowotnym, który umożliwia wczesne wykrywanie i leczenie chorób oraz dostęp do profilaktyki zdrowotnej. Systemy opieki zdrowotnej, które zapewniają dostęp do wysokiej jakości usług medycznych, szczepień, badań przesiewowych i edukacji zdrowotnej, mają kluczowe znaczenie dla zdrowia populacji. Dostęp do opieki zdrowotnej pozwala na szybkie i skuteczne interwencje medyczne, co z kolei zmniejsza ryzyko poważnych komplikacji zdrowotnych i poprawia ogólny stan zdrowia jednostek (Gulliford i Morgan, 2003).

Wsparcie społeczne, edukacja i dostęp do opieki zdrowotnej są wzajemnie powiązane i wspólnie przyczyniają się do promowania zdrowia i dobrostanu. Na przykład, wyższy poziom edukacji może prowadzić do lepszego zrozumienia znaczenia zdrowego stylu życia i większej świadomości dostępnych zasobów zdrowotnych. Silne wsparcie społeczne może zachęcać jednostki do korzystania z dostępnych usług zdrowotnych i wspierać je w trudnych sytuacjach zdrowotnych.

Podsumowując, zasoby zdrowotne, takie jak wsparcie społeczne, edukacja i dostęp do opieki zdrowotnej, odgrywają kluczową rolę w teorii salutogenezy. Wspierają one zdolność jednostek do radzenia sobie ze stresem, utrzymania zdrowia i poprawy ogólnego dobrostanu. Zrozumienie i wzmacnianie tych zasobów jest kluczowe dla promowania zdrowia i dobrostanu w populacjach różnych kulturowo (Mittelmark, 2022).

2.5. Znaczenie zachowań zdrowotnych w koncepcji salutogenetycznej

W koncepcji salutogenetycznej Aarona Antonovskiego, zachowania zdrowotne człowieka odgrywają kluczową rolę w utrzymaniu zdrowia i dobrostanu. Salutogeneza koncentruje się na zasobach zdrowotnych i mechanizmach, które wspierają zdrowie, zamiast jedynie zapobiegać chorobom. W tym kontekście, zachowania zdrowotne, takie jak aktywność fizyczna, zdrowe odżywianie, radzenie sobie ze stresem i utrzymywanie pozytywnych relacji społecznych, są kluczowe dla utrzymania poczucia koherencji (SoC) i ogólnego zdrowia jednostki (Antonovsky, 1987).

Aktywność fizyczna jest jednym z najważniejszych zachowań zdrowotnych, które mają bezpośredni wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne. Regularna aktywność fizyczna

przyczynia się do poprawy kondycji fizycznej, zwiększenia siły mięśniowej, poprawy wydolności sercowo-naczyniowej oraz utrzymania prawidłowej masy ciała. Ponadto, aktywność fizyczna ma istotny wpływ na zdrowie psychiczne, pomagając w redukcji stresu, poprawie nastroju i zapobieganiu depresji (Mittelmark, 2022).

W kontekście salutogenezy, aktywność fizyczna wspiera poczucie koherencji poprzez różne mechanizmy. Po pierwsze, regularne ćwiczenia fizyczne mogą zwiększać zrozumiałość, pomagając jednostkom lepiej radzić sobie z codziennymi wyzwaniami i zmniejszać poziom stresu. Osoby aktywne fizycznie mają tendencję do postrzegania swojego życia jako bardziej przewidywalnego i kontrolowalnego, co wspiera zrozumiałość (Surtees, 2003).

Po drugie, aktywność fizyczna może wspierać zaradność, ponieważ jednostki, które regularnie ćwiczą, rozwijają lepsze umiejętności radzenia sobie ze stresem i wyzwaniami. Aktywność fizyczna może również zwiększać poczucie kontroli nad własnym ciałem i zdrowiem, co jest kluczowe dla zaradczalności (Vogt i inni, 2015).

Po trzecie, aktywność fizyczna może wspierać sensowność, ponieważ regularne ćwiczenia mogą dostarczać jednostce poczucia celu i osiągnięcia. Udział w aktywnościach fizycznych, takich jak sport czy rekreacja, może również zwiększać zaangażowanie społeczne i przynależność do grupy, co z kolei zwiększa poczucie sensowności (Mittelmark, 2022).

Oprócz aktywności fizycznej, inne zachowania zdrowotne również odgrywają kluczową rolę w koncepcji salutogenezy. **Zdrowe odżywianie** jest jednym z tych zachowań, które wspiera zdrowie i dobrostan. Zbilansowana dieta, bogata w warzywa, owoce, białka i zdrowe tłuszcze, dostarcza niezbędnych składników odżywczych, które wspierają funkcjonowanie organizmu i zwiększają odporność na choroby. Zdrowa dieta może również poprawiać zdrowie psychiczne, pomagając w regulacji nastroju i poziomu energii (Glanz i inni, 2015)

Radzenie sobie ze stresem jest kolejnym ważnym zachowaniem zdrowotnym w koncepcji salutogenezy. Skuteczne strategie radzenia sobie ze stresem, takie jak techniki relaksacyjne, medytacja, mindfulness i wsparcie społeczne, pomagają jednostkom zmniejszyć negatywne skutki stresu i utrzymać zdrowie psychiczne. Radzenie sobie ze stresem wspiera poczucie koherencji, pomagając jednostkom lepiej zrozumieć, zarządzać i nadawać sens swoim doświadczeniom (Mittelmark, 2022).

Utrzymywanie pozytywnych relacji społecznych jest również kluczowe dla zdrowia w koncepcji salutogenezy. Silne wsparcie społeczne ze strony rodziny, przyjaciół

i społeczności zapewnia jednostkom emocjonalne i praktyczne wsparcie w trudnych sytuacjach. Pozytywne relacje społeczne zwiększają poczucie przynależności i bezpieczeństwa, co wspiera zdrowie psychiczne i fizyczne (Uchino, 2004).

Praktyki medyczne, takie jak regularne wizyty kontrolne, szczepienia, badania profilaktyczne i przestrzeganie zaleceń medycznych, również odgrywają istotną rolę w utrzymaniu zdrowia w koncepcji salutogenezy. Regularne kontrole zdrowotne pozwalają na wczesne wykrywanie potencjalnych problemów zdrowotnych i szybkie interwencje, co zapobiega rozwijaniu się poważnych chorób. Szczepienia chronią przed wieloma chorobami zakaźnymi, a badania profilaktyczne, takie jak mammografia czy kolonoskopia, umożliwiają wczesne wykrywanie nowotworów (Gulliford and Morgan, 2003).

Podsumowując, zachowania zdrowotne, takie jak aktywność fizyczna, zdrowe odżywianie, radzenie sobie ze stresem, utrzymywanie pozytywnych relacji społecznych oraz praktyki medyczne, są kluczowe dla utrzymania zdrowia w koncepcji salutogenezy. Te zachowania wspierają poczucie koherencji i ogólny dobrostan jednostki, pomagając w radzeniu sobie ze stresem i wyzwaniami życiowymi (Antonovsky, 1987). Zachowania te stanowią fundament dla zdrowia i dobrostanu, podkreślając znaczenie holistycznego podejścia do zdrowia w teorii salutogenezy.

3. Salutogeneza w kontekście kulturowym

3.1. Jak różne kultury wpływają na postrzeganie i rozwijanie poczucia koherencji

Kultura odgrywa kluczową rolę w kształtowaniu i rozwijaniu poczucia koherencji (SoC) jednostki. Poczucie koherencji, składające się z zrozumiałości, zaradności i sensowności, jest silnie powiązane z kontekstem kulturowym, w którym jednostka żyje. Kultury różnią się pod względem wartości, norm, wierzeń i praktyk, które wpływają na to, jak ludzie postrzegają i zarządzają swoim życiem oraz nadawaniem mu sensu (Mittelmark, 2022).

Zrozumiałość odnosi się do tego, jak jednostka postrzega i interpretuje bodźce zewnętrzne i wewnętrzne. Kultury o wysokim poziomie strukturalizacji i przewidywalności mogą wspierać rozwój zrozumiałości, ponieważ jednostki w takich kulturach mają tendencję do postrzegania swojego świata jako bardziej uporządkowanego i przewidywalnego. Na przykład, w kulturach skandynawskich, które charakteryzują się wysokim poziomem zaufania społecznego i jasnymi normami społecznymi, ludzie mogą łatwiej rozwijać poczucie zrozumiałości (Rothstein, Stolle, 2008).

Zaradność odnosi się do przekonania jednostki, że ma dostęp do zasobów potrzebnych do radzenia sobie z wymaganiami życia. Kultury preferujące silne wsparcie społeczne, dostęp do edukacji i opieki zdrowotnej mogą sprzyjać rozwijaniu wysokiego poziomu zaradzalności. Na przykład, w kulturach azjatyckich, takich jak japońska, silne więzi rodzinne i społeczność wspierająca mogą dostarczać jednostkom zasobów niezbędnych do skutecznego zarządzania wyzwaniami życiowymi (Berkman and Kawachi, 2000).

Sensowność to komponent SoC, który odnosi się do poczucia, że życie ma sens i wartość. Kultury, które promują głębokie więzi społeczne, silne wartości duchowe i cel życiowy, mogą wspierać rozwój sensowności. Na przykład, w kulturach latynoamerykańskich, gdzie duży nacisk kładzie się na wartości rodzinne i religijne, jednostki mogą znaleźć większe poczucie sensu w życiu poprzez te silne więzi społeczne i duchowe (Northover, Cohen, 2018)).

Kultura wpływa również na sposób, w jaki jednostki radzą sobie ze stresem i trudnościami. W kulturach zachodnich, które często promują indywidualizm i samodzielność, ludzie mogą być bardziej skłonni do stosowania strategii radzenia sobie, które koncentrują się na osobistych zasobach i umiejętnościach. W kulturach kolektywistycznych, takich jak chińska, większy nacisk kładzie się na wspólnotę i wsparcie społeczne jako kluczowe zasoby radzenia sobie (Triandis, 2019).

Różnice kulturowe wpływają również na postrzeganie zdrowia i choroby, co z kolei wpływa na poczucie koherencji. Na przykład, w kulturach, gdzie zdrowie jest postrzegane jako wynik równowagi między różnymi elementami (takimi jak yin i yang w tradycyjnej medycynie chińskiej), ludzie mogą rozwijać poczucie zrozumiałości i sensowności poprzez dążenie do harmonii i równowagi w swoim życiu (Kaptchuk, 2001).

Podsumowując, kultura odgrywa kluczową rolę w kształtowaniu i rozwijaniu poczucia koherencji jednostki. Różne kultury oferują różne zasoby i mechanizmy wspierające zrozumiałość, zaradzalność i sensowność, co ma istotny wpływ na zdrowie i dobrostan jednostki. Zrozumienie tych kulturowych różnic jest kluczowe dla skutecznego promowania zdrowia w różnych kontekstach społecznych i kulturowych (Mittelmark, 2022).

3.2. Przykłady różnic kulturowych w kontekście tureckim

Turcja jest krajem o bogatej mozaice kulturowej, której składnikiem są różnorodne grupy etniczne, w tym Turcy, Arabowie i Kurdowie. Każda z tych grup wnosi unikalne perspektywy i praktyki zdrowotne, które wpływają na postrzeganie i rozwijanie poczucia koherencji (SoC).

Zrozumienie tych różnic jest kluczowe dla skutecznego promowania zdrowia i dobrostanu w całym kraju.

Dominująca grupa etniczna w Turcji, jaką są **Turcy**, ma swoje unikatowe tradycje i praktyki zdrowotne, które są zakorzenione w historii i kulturze osmańskiej oraz islamskiej. Religia islamu odgrywa kluczową rolę w codziennym życiu wielu Turków, wpływając na ich postrzeganie zdrowia i choroby. Na przykład, islamskie zasady czystości i modlitwy mogą wspierać poczucie koherencji poprzez zrozumiałość (przewidywalne rytuały religijne), zarządzalność (dyscyplina religijna) i sensowność (poczucie celu i przynależności do wspólnoty) (Bowen, 2012).

W tureckiej kulturze silne więzi rodzinne odgrywają również kluczową rolę w kształtowaniu poczucia koherencji. Rodzina zapewnia wsparcie emocjonalne i praktyczne, co może zwiększać zarządzalność w trudnych sytuacjach. Tradycyjna struktura rodzinna, gdzie starsi członkowie rodziny są szanowani i wspierani, pomaga w budowaniu silnych sieci wsparcia społecznego, co jest kluczowe dla zdrowia psychicznego i fizycznego (Kagitcibasi, 2017).

Turcy często korzystają również z nowoczesnych praktyk medycznych, łącząc je z tradycyjnymi metodami. Przykładem może być korzystanie z nowoczesnej opieki zdrowotnej w połączeniu z tradycyjnymi metodami leczenia, takimi jak ziołolecznictwo i różne praktyki duchowe. Ta integracja może wspierać poczucie koherencji, ponieważ umożliwia jednostkom korzystanie z szerokiego zakresu zasobów zdrowotnych (Kaya, 2018).

Arabowie w Turcji, zamieszkujący głównie południowe regiony kraju, również mają swoje unikatowe tradycje i praktyki zdrowotne. Wspólnota arabska często łączy islamskie wierzenia z tradycyjnymi praktykami zdrowotnymi, takimi jak stosowanie ziół i innych naturalnych środków. Te tradycyjne metody leczenia są często przekazywane z pokolenia na pokolenie, co wspiera poczucie zrozumiałości i sensowności w kontekście zdrowia (Saad i inni, 2005).

Silne więzi społeczne i rodzinne są również kluczowym elementem w społecznościach arabskich. Podobnie jak w przypadku Turków, wsparcie rodziny i społeczności odgrywa istotną rolę w zarządzaniu zdrowiem. Tradycyjne wartości rodzinne, takie jak lojalność i wzajemne wsparcie, pomagają jednostkom radzić sobie z wyzwaniami życiowymi i utrzymywać zdrowie (Bowen, 2012).

Arabowie w Turcji również łączą tradycyjne praktyki zdrowotne z nowoczesnymi metodami medycznymi. Wspólnota arabska często korzysta z zasobów dostępnych w nowoczesnym systemie opieki zdrowotnej, jednocześnie zachowując tradycyjne metody leczenia. To połączenie może wspierać poczucie zaradności, umożliwiając jednostkom korzystanie z różnych zasobów zdrowotnych w celu radzenia sobie z chorobami i utrzymania zdrowia (Riegelman and Kirkwood, 2016).

Kurdowie stanowią znaczną mniejszość etniczną w Turcji, głównie zamieszkując południowo-wschodnie regiony kraju. Ich kultura i praktyki zdrowotne różnią się od tureckich i arabskich. Kurdowie mają swoje własne tradycje, język i zwyczaje, które wpływają na postrzeganie zdrowia i choroby. W tradycyjnej kurdyjskiej kulturze, zdrowie jest często postrzegane jako równowaga między ciałem, umysłem i duchem, a tradycyjne metody leczenia, takie jak ziołolecznictwo i rytuały duchowe, odgrywają kluczową rolę (Ergil, 2014).

W kurdyjskich społecznościach, silne więzi rodzinne i wspólnotowe są podstawą życia społecznego. Wsparcie ze strony rodziny i społeczności jest kluczowe dla radzenia sobie z wyzwaniami zdrowotnymi. Tradycyjna struktura rodzinna, w której starsi członkowie są szanowani i odgrywają ważną rolę w podejmowaniu decyzji zdrowotnych, wspiera poczucie koherencji poprzez zrozumiałość i zarządzalność (Houston, 2008).

Kurdowie, podobnie jak Turcy, również łączą tradycyjne praktyki zdrowotne z nowoczesnymi metodami medycznymi. Na przykład, w kurdyjskich społecznościach można zaobserwować korzystanie z nowoczesnej opieki zdrowotnej w połączeniu z tradycyjnymi metodami leczenia. Tym samym stwarzane są także możliwości kształtowania poczucia koherencji, która stanowi psychiczną bazę do utrzymywania wysokiego poziomu zdrowia (Kaya, 2018).

Wszystkie trzy grupy - Turcy, Arabowie i Kurdowie - doświadczają wpływu edukacji i nowoczesności na swoje praktyki zdrowotne. Wzrost edukacji i dostęp do nowoczesnej opieki zdrowotnej wpływa na zmiany w postrzeganiu zdrowia i choroby. Młodsze pokolenia, szczególnie w dużych miastach, coraz częściej przyjmują naukowe podejście do zdrowia, co może zwiększać ich zrozumiałość i zarządzalność w kontekście zdrowia (Kaya, 2016).

Podsumowując, różnice kulturowe między Turkami, Arabami i Kurdami w Turcji mogą mieć istotny wpływ na postrzeganie i rozwijanie poczucia koherencji. Każda z tych grup etnicznych wnosi unikatowe tradycje i praktyki zdrowotne, które wpływają na zdrowie i dobrostan jednostek. Zrozumienie tych różnic jest kluczowe dla skutecznego promowania

zdrowia i dobrostanu w kontekście kulturowym Turcji (Mittelmark 2022). Mimo różnic kulturowych, wszystkie te grupy etniczne stają w obliczu wspólnych wyzwań wynikających z globalizacji i nowoczesności. Młodsze pokolenia Turków, Arabów i Kurdów coraz częściej integrują nowoczesne metody leczenia z tradycyjnymi praktykami zdrowotnymi, co prowadzi do zmian w postrzeganiu zdrowia i choroby. Wzrost poziomu edukacji i dostęp do nowoczesnej opieki zdrowotnej wpływa na rozwój poczucia koherencji wśród młodszych pokoleń, które mają tendencję do przyjmowania bardziej naukowego podejścia do zdrowia (Kaya, 2016).

Podsumowując, różnice kulturowe między Turkami, Arabami i Kurdami w Turcji mają istotny wpływ na postrzeganie wartości zdrowia i rozwijanie poczucia koherencji. Każda z tych grup etnicznych wnosi unikatowe tradycje i praktyki zdrowotne, które wpływają na zdrowie i dobrostan jednostek. Zrozumienie tych różnic jest kluczowe dla skutecznego promowania zdrowia i dobrostanu w kontekście kulturowym Turcji (Mittelmark, 2022).

3.3. Promocja zdrowia w Turcji jako systemowe działania rządu

Promocja zdrowia w Turcji jest kluczowym elementem polityki zdrowotnej, która ma na celu poprawę ogólnego stanu zdrowia populacji poprzez prewencję chorób, promowanie zdrowego stylu życia i zapewnianie dostępu do wysokiej jakości opieki zdrowotnej. Rząd turecki wdraża różnorodne inicjatywy i programy, aby sprostać wyzwaniom zdrowotnym kraju i zwiększyć świadomość zdrowotną wśród obywateli.

Jednym z głównych filarów promocji zdrowia w Turcji są **programy szczepień**. Rząd turecki, poprzez Ministerstwo Zdrowia, prowadzi szeroko zakrojone programy szczepień, które mają na celu eliminację i kontrolę chorób zakaźnych. Programy te obejmują obowiązkowe szczepienia dla dzieci przeciwko chorobom takim jak polio, odra, świnka, różyczka, a także szczepienia przeciwko wirusowi HPV dla młodzieży. Dzięki tym działaniom Turcja osiągnęła znaczące sukcesy w redukcji zachorowalności na choroby zakaźne (Turkish Ministry of Health, 2015).

Kolejnym ważnym aspektem promocji zdrowia w Turcji jest **edukacja zdrowotna**. Rząd realizuje kampanie edukacyjne, które mają na celu zwiększenie świadomości na temat zdrowego stylu życia, znaczenia aktywności fizycznej, zdrowej diety i unikania szkodliwych nawyków, takich jak palenie tytoniu i nadmierne spożycie alkoholu. Kampanie te są często

prowadzone w mediach, szkołach i społecznościach lokalnych, aby dotrzeć do jak najszerszej grupy odbiorców (WHO, 2016).

Promocja zdrowia w Turcji obejmuje również programy **prewencji chorób przewlekłych**. Rząd wdraża inicjatywy mające na celu wczesne wykrywanie i leczenie chorób takich jak cukrzyca, choroby serca i nowotwory. Programy te obejmują badania przesiewowe, edukację pacjentów oraz wsparcie dla osób zmagających się z chorobami przewlekłymi. Na przykład, Narodowy Program Prewencji i Kontroli Chorób Sercowo-Naczyniowych koncentruje się na zmniejszeniu zachorowalności i śmiertelności z powodu chorób serca poprzez edukację zdrowotną, badania przesiewowe i dostęp do opieki medycznej (Turkish Ministry of Health, 2017).

Rząd turecki kładzie również duży nacisk na poprawę **dostępu do opieki zdrowotnej**. W ramach programu reformy zdrowotnej, znanego jako Program Transformacji Zdrowia (Health Transformation Program), wprowadzono szereg zmian mających na celu zwiększenie dostępności i jakości opieki zdrowotnej. Program ten obejmuje rozbudowę infrastruktury medycznej, poprawę warunków pracy personelu medycznego oraz wprowadzenie systemu ubezpieczeń zdrowotnych, który ma na celu zapewnienie powszechnego dostępu do usług zdrowotnych (OECD, 2013).

Promocja zdrowia w Turcji obejmuje również działania mające na celu poprawę zdrowia psychicznego. Rząd wprowadził Narodowy Program Zdrowia Psychicznego, który koncentruje się na prewencji i leczeniu zaburzeń psychicznych, wsparciu dla osób zmagających się z problemami zdrowia psychicznego oraz edukacji na temat znaczenia zdrowia psychicznego. Program ten obejmuje szkolenia dla pracowników służby zdrowia, kampanie edukacyjne oraz tworzenie centrów wsparcia dla pacjentów (Turkish Ministry of Health, 2016).

Jednym z kluczowych elementów promocji zdrowia w Turcji jest popularyzacja **aktywności fizycznej**. Ministerstwo Zdrowia realizuje różnorodne programy i kampanie, które zachęcają obywateli do regularnej aktywności fizycznej. Przykładem jest kampania "Move for Health", która promuje codzienną aktywność fizyczną poprzez organizację wydarzeń sportowych, kampanie informacyjne i programy w szkołach. Celem tych działań jest zwiększenie świadomości na temat korzyści płynących z aktywności fizycznej oraz zmniejszenie

zachorowalności na choroby przewlekłe związane z brakiem ruchu (Turkish Ministry of Health, 2016).

Zdrowe odżywianie jest kolejnym ważnym aspektem promocji zdrowia w Turcji. Rząd realizuje programy edukacyjne, które mają na celu zwiększenie świadomości na temat zdrowej diety oraz promowanie spożycia warzyw, owoców, pełnoziarnistych produktów zbożowych i zdrowych tłuszczów. Inicjatywy takie jak "National Nutrition and Physical Activity Program" mają na celu zmniejszenie otyłości i innych problemów zdrowotnych związanych z niezdrową dietą. Programy te obejmują szkolenia dla nauczycieli, kampanie medialne oraz współpracę z przemysłem spożywczym w celu promowania zdrowszych produktów (Turkish Ministry of Health, 2015).

Rola inteligencji społecznej w promowaniu zdrowia jest nie do przecenienia. Liderzy opinii, naukowcy, lekarze i nauczyciele odgrywają kluczową rolę w kształtowaniu postaw zdrowotnych w społeczeństwie. W Turcji, osoby te angażują się w kampanie edukacyjne, prowadzą badania naukowe i uczestniczą w tworzeniu polityk zdrowotnych. Dzięki swojej wiedzy i autorytetowi, mogą skutecznie wpływać na zachowania zdrowotne społeczeństwa, promując zdrowy styl życia i prewencję chorób (Rudolph, i inni 2013).

Promocja zdrowia w Turcji obejmuje także inicjatywy mające na celu zwiększenie kompetencji zdrowotnych społeczeństwa. Programy edukacyjne i kampanie informacyjne koncentrują się na zwiększaniu wiedzy na temat zdrowia, umiejętności samodzielnego zarządzania zdrowiem oraz zdolności do podejmowania świadomych decyzji zdrowotnych. Edukacja zdrowotna jest prowadzona na różnych poziomach, od szkół po miejsca pracy, co pozwala na dotarcie do szerokiego grona odbiorców (WHO Regional Office for Europe, 2016).

Podsumowując, promocja zdrowia w Turcji jako systemowe działania rządu obejmuje szeroki zakres inicjatyw i programów mających na celu poprawę zdrowia populacji. Popularyzacja aktywności fizycznej, zdrowego odżywiania, edukacja zdrowotna, prewencja chorób przewlekłych, poprawa dostępu do opieki zdrowotnej oraz wsparcie zdrowia psychicznego to kluczowe elementy tych działań. Rola inteligencji społecznej w promowaniu zdrowia jest również istotna, gdyż liderzy opinii, naukowcy i edukatorzy odgrywają kluczową rolę w kształtowaniu zdrowych postaw i zachowań w społeczeństwie (Rudolph i inni 2013).

3.4. Szkoły wyższe jako centra promocji zdrowia w Turcji

Szkoły wyższe w Turcji odgrywają kluczową rolę jako centra promocji zdrowia, angażując się w różnorodne inicjatywy mające na celu poprawę zdrowia i dobrostanu studentów oraz pracowników. Działania te obejmują programy edukacyjne, badania naukowe, wsparcie psychologiczne, promocję zdrowego stylu życia oraz współpracę z lokalnymi społecznościami. W ten sposób uczelnie stają się nie tylko miejscami zdobywania wiedzy, ale także ważnymi ośrodkami wspierającymi zdrowie publiczne.

Jednym z głównych aspektów promocji zdrowia w szkołach wyższych jest **edukacja zdrowotna**. Uczelnie oferują kursy i warsztaty dotyczące zdrowia, które obejmują tematy takie jak zdrowa dieta, aktywność fizyczna, zarządzanie stresem, zdrowie psychiczne oraz prewencja chorób zakaźnych. W ramach programów studiów często wprowadza się elementy dotyczące zdrowia publicznego i promocji zdrowia, co pozwala studentom na zdobycie wiedzy i umiejętności niezbędnych do dbania o własne zdrowie oraz promowania zdrowego stylu życia w swoich społecznościach (Turkish Ministry of Health, 2015).

Bardzo ważnym zadaniem szkół wyższych w zakresie promocji zdrowia w Turcji jest prowadzenie intensywnych **badan naukowych** dotyczące zdrowia i dobrostanu. Te badania obejmują szeroki zakres tematów, od epidemiologii i prewencji chorób po psychologię zdrowia i interwencje społeczne. Wyniki badań są często wykorzystywane do opracowywania programów zdrowotnych i polityk zdrowotnych, które mają na celu poprawę zdrowia populacji. Uczelnie współpracują z rządowymi i międzynarodowymi organizacjami zdrowotnymi, aby wdrażać najnowsze osiągnięcia naukowe w praktyce zdrowotnej (WHO Regional Office for Europe, 2016).

Zdrowie psychiczne jest kluczowym elementem zdrowia publicznego, a uczelnie w Turcji oferują szeroki zakres usług **wsparcia psychologicznego** dla studentów i pracowników. Centra wsparcia psychologicznego na uczelniach zapewniają konsultacje, terapie indywidualne i grupowe, a także warsztaty dotyczące zarządzania stresem, radzenia sobie z lękiem i depresją oraz rozwijania umiejętności interpersonalnych. Te usługi są kluczowe dla zapewnienia dobrostanu psychicznego społeczności akademickiej (Turkish Psychological Association, 2014).

Uczelnie aktywnie promują **zdrowy styl życia** poprzez organizowanie zajęć sportowych, programów fitness, oraz kampanii edukacyjnych dotyczących zdrowego odżywiania. Wiele uczelni posiada nowoczesne obiekty sportowe, które są dostępne dla studentów i pracowników, co zachęca do regularnej aktywności fizycznej. Kampanie promujące zdrową

dietę, takie jak "Healthy Eating on Campus", mają na celu edukowanie studentów na temat znaczenia zdrowego odżywiania i oferowanie zdrowych opcji żywieniowych w kampusowych stołówkach (Turkish Higher Education Council, 2017).

Szkoły wyższe w Turcji często **współpracują z lokalnymi społecznościami** w celu promowania zdrowia i dobrostanu. Uczelnie organizują programy zdrowotne, które są otwarte dla mieszkańców, takie jak bezpłatne badania przesiewowe, warsztaty edukacyjne, oraz kampanie szczepień. Tego rodzaju inicjatywy nie tylko wspierają zdrowie lokalnej społeczności, ale również umożliwiają studentom zdobycie praktycznego doświadczenia w dziedzinie zdrowia publicznego (Turkish Ministry of Health, 2016).

Liderzy akademicki, naukowcy i studenci odgrywają kluczową rolę w promowaniu zdrowia na uczelniach. Ich zaangażowanie w badania, edukację i inicjatywy społeczne ma znaczący wpływ na zdrowie publiczne. Dzięki swojej wiedzy i autorytetowi, mogą skutecznie wpływać na zachowania zdrowotne społeczności akademickiej oraz lokalnej, promując zdrowy styl życia i prewencję chorób (Rudolph, i inni 2013).

Podsumowując, szkoły wyższe w Turcji odgrywają istotną rolę jako centra promocji zdrowia, angażując się w szeroki zakres działań, które mają na celu poprawę zdrowia i dobrostanu społeczności akademickiej oraz lokalnej. Poprzez edukację zdrowotną, badania naukowe, wsparcie psychologiczne, promocję zdrowego stylu życia oraz współpracę z lokalnymi społecznościami, uczelnie przyczyniają się do budowania zdrowszego społeczeństwa (WHO Regional Office for Europe, 2016).

4. Przegląd wybranych badań naukowych nad zachowaniami zdrowotnymi i poczuciem koherencji w Turcji

4.1. Badania nad zachowaniami zdrowotnymi

Badania naukowe nad stanem zachowań zdrowotnych mieszkańców Turcji dostarczają cennych informacji na temat wpływu różnych czynników na zdrowie populacji oraz skuteczności podejmowanych działań zdrowotnych. Poniżej przedstawiono opis wybranych badań naukowych, które analizują różne aspekty zachowań zdrowotnych w Turcji.

Wpływ edukacji zdrowotnej na zachowania zdrowotne wśród mieszkańców Turcji przedstawiony został w raporcie z badań prowadzonych przez Kaya i współpracowników (2013). Wyniki wskazały, że osoby uczestniczące w programach edukacyjnych dotyczących

zdrowia częściej podejmują zdrowe zachowania. Autorzy zalecają rozszerzenie programów edukacyjnych w szkołach i społecznościach (Kaya, 2013).

W badaniach przeprowadzonych przez Kizilkaya i współpracowników analizowano zachowania zdrowotne osób starszych pochodzenia tureckiego. Wyniki wskazały, że osoby starsze często zaniedbują zdrowe odżywianie i aktywność fizyczną, co prowadzi do pogorszenia stanu zdrowia. Autorzy sugerują potrzebę wprowadzenia programów wspierających zdrowe starzenie się (Kizilkaya i inni, 2024).

Badanie przeprowadzone przez Ugurlu i współpracowników analizowało poziom aktywności fizycznej wśród dorosłych Turków. Wyniki wskazały, że większość dorosłych Turków prowadzi siedzący tryb życia, z niewielkim odsetkiem osób regularnie angażujących się w umiarkowaną lub intensywną aktywność fizyczną. Autorzy sugerują potrzebę zwiększenia świadomości na temat korzyści płynących z aktywności fizycznej oraz promowania zdrowych nawyków (Ugurlu i inni, 2023).

Badania przeprowadzone przez Akpinar analizowały wpływ miejskiego środowiska na zdrowie mieszkańców miast w Turcji. Wyniki wskazały, że zanieczyszczenie powietrza, hałas i brak terenów zielonych negatywnie wpływają na zdrowie mieszkańców. Autor sugeruje wprowadzenie polityk miejskich promujących zdrowe środowisko (Akpinar, 2016).

Istotnym problemem zdrowotnym w Turcji jest, mające tradycyjne podłoże, palenie tytoniu. Zespół badawczy pod kierunkiem Babaoglu w 2017 roku opublikował analizę częstość palenia tytoniu wśród młodzieży studenckiej. Wyniki wskazały na wysoki odsetek młodzieży mającej doświadczenia z paleniem, co uznał za poważne zagrożenie zdrowotne społeczeństwa. Autorzy zalecają wdrożenie intensywnych programów prewencyjnych w szkołach (Babaoglu i inni, 2017).

Inne badanie, przeprowadzone przez Mohamed, skupiło się na poziomie stresu zawodowego wśród nauczycieli w Turcji. Badanie wykazało, że nauczyciele doświadczają wysokiego poziomu stresu, co negatywnie wpływa na ich zdrowie psychiczne. Autor podkreśla konieczność wprowadzenia programów wsparcia psychologicznego i technik radzenia sobie ze stresem (Mohamed, 2018).

Zespół badawczy Karatas i Ucar przeprowadził analizę zachowań zdrowotnych kobiet w ciąży w Turcji. Jej wyniki wykazały, że wiele kobiet nie stosuje się do zaleceń zdrowotnych dotyczących diety i aktywności fizycznej podczas ciąży. Autorzy zalecają wprowadzenie programów edukacyjnych i wsparcia dla kobiet w ciąży (Karatas, Ucar, 2018).

Z kolei zespół Timurtas i współpracownicy przedstawił raport z analizy poziomu aktywności fizycznej wśród dzieci w wieku szkolnym w Turcji . Wyniki wykazały, że większość dzieci wykazuje niski poziom aktywności fizycznej, co może prowadzić do problemów zdrowotnych w przyszłości. Autorzy zalecają wprowadzenie programów sportowych w szkołach oraz promowanie aktywności fizycznej w rodzinach (Timurtas i inni, 2022).

Przedmiotem badań prowadzonych przez Yildirim i Solmaz był związek między zdrowiem psychicznym a zachowaniami zdrowotnymi wśród dorosłych Turków. Wyniki wykazały, że osoby z lepszym zdrowiem psychicznym częściej angażują się w zdrowe zachowania, takie jak regularna aktywność fizyczna i zdrowe odżywianie. Autorzy podkreślają znaczenie wsparcia psychologicznego w promowaniu zdrowych zachowań (Yildirim i Solmaz, 2021).

Podsumowując, badania naukowe nad stanem zachowań zdrowotnych mieszkańców Turcji prowadzone są w różnych kontekstach. Dostarczają one cennych informacji na temat różnych aspektów zdrowia publicznego. Wyniki tych badań podkreślają znaczenie edukacji zdrowotnej, wsparcia psychologicznego, promocji zdrowego stylu życia oraz poprawy środowiska miejskiego w celu poprawy zdrowia i dobrostanu populacji.

4.2. Badania nad stanem poczucia koherencji

Poczucie koherencji jest kluczowym elementem koncepcji salutogenezy, która koncentruje się na zasobach wspierających zdrowie i dobrostan jednostki. Stąd też stanowią one znaczący wątek badawczy w obszarze zdrowia. Badania nad poczuciem koherencji wśród mieszkańców Turcji dostarczają cennych informacji na temat wpływu różnych czynników kulturowych, społecznych i psychologicznych na zdrowie jej mieszkańców. Poniżej przedstawiono przegląd wybranych badań naukowych, które analizują różne aspekty poczucia koherencji mieszkańców Turcji.

Badanie przeprowadzone przez Yildirim i Erci (2013) analizowało wpływ kultury na poczucie koherencji wśród Turków. Wyniki wskazały, że silne więzi rodzinne i wspólnotowe oraz tradycje religijne mają pozytywny wpływ na rozwój SoC. Autorzy zalecają uwzględnienie kontekstu kulturowego w programach promujących zdrowie (Yildirim and Erci, 2013).

Badanie przeprowadzone przez Kayi i współpracowników analizowało poziom poczucia koherencji wśród studentów różnych kierunków studiów w Turcji. Autorzy wskazują, że stymulowanie rozwoju poczucia koherencji u studentów, jako działania systemowego w trakcie studiów, może skutkować w postaci lepszego radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych w zakresie zdrowia publicznego. Wskazano też, że SoC może być używane jako narzędzie przesiewowe w celu wykrywania grup psychologicznie wrażliwych. Ważne jest również, że oprócz czynników psychologicznych istnieją czynniki strukturalne (status społeczny) i kontekstowe (rodzaj uniwersytetu) determinujące kształtowanie poczucia koherencji wśród studentów uniwersytetu w zależności od płci (Kayi i inni, 2023).

Badanie przeprowadzone przez Ozbas i współpracowników analizowało poziom orientacji życiowej wśród starszych mieszkańców Turcji. Wyniki wskazały, że osoby starsze z wysokim SoC mają lepsze zdrowie fizyczne i psychiczne oraz lepsze umiejętności radzenia sobie z wyzwaniami starzenia się. Autorzy sugerują wprowadzenie programów wspierających zdrowe starzenie się, które uwzględniają rozwój poczucia koherencji (Ozbas, 2015).

Badanie przeprowadzone przez Kaya i współpracowników skupiało się na określeniu poziomu orientacji życiowej wśród kobiet w ciąży w Turcji. Wyniki wskazały, że kobiety z wysokim SoC mają lepsze zdrowie psychiczne i mniejszy poziom lęku przed porodem. Autorzy zalecają wprowadzenie programów wsparcia dla kobiet w ciąży, aby wspierać ich poczucie koherencji (Kaya, 2016).

Inne badania, przeprowadzone przez Aydin i współpracowników, skupiły się na poziomie poczucia koherencji wśród nauczycieli w Turcji. Badanie wykazało, że nauczyciele z wysoką koherencją lepiej radzą sobie ze stresem zawodowym i mają lepsze zdrowie psychiczne. Autorzy podkreślają znaczenie wsparcia dla nauczycieli w celu zwiększenia ich poczucia koherencji (Aydin, 2017).

Badanie przeprowadzone przez Alper i współpracowników analizowało poziom poczucia koherencji wśród kobiet będących ofiarami przemocy domowej. Wyniki wykazały, że kobiety z wysokim SoC lepiej radzą sobie z traumą i mają lepsze zdrowie psychiczne. Autorzy podkreślają znaczenie wsparcia psychologicznego i interwencji kryzysowych dla ofiar przemocy domowej (Alper i inni, 2005).

Badanie przeprowadzone przez Demir i współpracowników analizowało poziom koherencji wśród pacjentów z chorobami przewlekłymi. Wyniki wykazały, że pacjenci z wysokimi wartościami wskaźnika SoC lepiej radzą sobie z chorobą i mają wyższą jakość

życia. Autorzy podkreślają znaczenie wsparcia psychologicznego i edukacji zdrowotnej dla pacjentów z chorobami przewlekłymi (Demir, 2018).

Badanie przeprowadzone przez Kaya i Önder analizowało poziom poczucia koherencji wśród dzieci i młodzieży w Turcji. Wyniki wskazały, że dzieci i młodzież z wysokim poczuciem koherencji mają lepsze zdrowie psychiczne i lepsze umiejętności radzenia sobie ze stresem. Poczucie koherencji pozytywnie także prognozowało dobrostan i harmonię rodzinną. Autorzy zalecają wprowadzenie programów wsparcia psychologicznego w szkołach, tak aby osiągać pozytywne efekty w zakresie utrwalania więzi rodzinnych i poczucia dobrostanu psychospołecznego młodych pokoleń (Kaya, Önder, 2024).

Badanie przeprowadzone przez zespół Yildirim, Arslan i Wong skupiło się na poziomie poczucia koherencji wśród czynnych zawodowo młodych mieszkańców Turcji (bez określania przynależności etnicznej). Wyniki wykazały, że osoby z wysokim wskaźnikiem SoC lepiej radzą sobie ze stresem zawodowym i mają wyższą satysfakcję z pracy. Autorzy podkreślają konieczność wsparcia psychologicznego dla pracowników różnych grup zawodowych, zwłaszcza służby zdrowia w celu zwiększenia ich poczucia koherencji (Yildirim, Arslan i Wong, 2022).

Podsumowując, badania nad poczuciem koherencji wśród mieszkańców Turcji dostarczają cennych informacji na temat różnych czynników wpływających na zdrowie i dobrostan populacji. Wyniki tych badań podkreślają znaczenie wsparcia psychologicznego, edukacji zdrowotnej, oraz uwzględnienia kontekstu kulturowego w programach promujących zdrowie. Wprowadzenie odpowiednich interwencji może przyczynić się do zwiększenia poczucia koherencji wśród różnych grup społecznych, co w efekcie prowadzi do poprawy zdrowia i jakości życia.

4.3. Badania w środowiskach akademickich

Środowiska akademickie są szczególnym miejscem, w którym zachowania zdrowotne i poczucie koherencji odgrywają kluczową rolę w kształtowaniu zdrowia i dobrostanu studentów oraz pracowników naukowych. Badania przeprowadzone w Turcji dostarczają cennych informacji na temat tych zagadnień nie tylko w kontekście akademickim, ale również ogólnospołecznym. Absolwenci szkół wyższych tworząc intelektualne elity społeczne mają bowiem znaczące możliwości kreowania racjonalnych zachowań innych osób i wprowadzania prozdrowotnego stylu życia wśród pozostałych członków społeczeństwa. Poniżej zawarto

przegląd wybranych badań z ostatnich lat, które dotyczą stanu zachowań zdrowotnych i poczucia koherencji w tureckich środowiskach akademickich.

Badania zbieżne z tematyką niniejszej dysertacji przeprowadzone zostały przez Yildirim i Erci. Autorzy analizowali w nich wpływ kultury na poczucie koherencji wśród tureckich studentów. Wyniki wskazały, że silne więzi rodzinne i tradycje religijne mają pozytywny wpływ na rozwój orientacji życiowej badanych. Autorzy zalecają uwzględnienie kontekstu kulturowego w programach promujących zdrowie w środowiskach akademickich (Yildirim and Erci, 2013).

Badania przeprowadzone przez zespół Altinbasa objęły bardzo znaczącą, z punktu widzenia problematyki zdrowia, grupę studentów medycyny uczelni w Turcji. Przedmiot badań związany był ze zdrowiem psychicznym studentów oraz jego związkami z poczuciem koherencji. Wyniki wykazały, że studenci z wysokim poziomem koherencji mają lepsze zdrowie psychiczne oraz niższy poziom lęku i rzadziej występuje u nich zjawisko depresji. Autorzy zalecają wprowadzenie programów wsparcia psychologicznego na wydziałach medycznych, których studenci są szczególnie narażeni na psychiczny dyskomfort będący konsekwencją dużej konkurencji i trudnego programu studiów (Altinbas, 2014).

W badaniach przeprowadzonych przez Kaya i współpracowników (2015) analizowana była skuteczność programów wsparcia psychologicznego wśród studentów pierwszego roku różnych kierunków studiów. Wyniki wykazały, że studenci uczestniczący w programach wsparcia mieli wyższe poczucie koherencji i lepsze wyniki akademickie. Autorzy podkreślają znaczenie takich programów dla poprawy dobrostanu studentów (Kaya, 2015).

Badania przeprowadzone przez Yildiz i współpracowników objęły analizę zachowań zdrowotnych pracowników akademickich, nauczycieli i kadry pomocniczej w uczelniach medycznych Turcji. Wyniki wskazały, że wielu pracowników ma niezdrowe nawyki żywieniowe i niski poziom aktywności fizycznej. Autorzy zalecają wprowadzenie programów zdrowotnych skierowanych do pracowników akademickich (Yildiz, 2022).

Zespół Karadag i Yildirim przeprowadził bardzo interesujące dla specyfiki sytuacji środowisk akademickich w Turcji badania nad zachowaniami zdrowotnymi studiujących kobiet, które w tureckich uczelniach są w zdecydowanej mniejszości. Wyniki wykazały, że wiele studentek ma niezdrowe nawyki żywieniowe i niski poziom aktywności fizycznej. Autorzy zalecają wprowadzenie programów zdrowotnych skierowanych specjalnie do studiujących kobiet (Karadag i Yildirim, 2009).

W badaniach przeprowadzonych przez Savci i współpracowników przeprowadzono analizę poziomu aktywności fizycznej studentów kierunków medycznych uniwersytetów w Turcji. Wyniki wykazały, że większość studentów prowadzi siedzący tryb życia. Jedyne nieznaczny odsetek badanych angażowało się w regularną aktywność fizyczną. Autorzy zalecają wprowadzenie programów promujących aktywność fizyczną w kampusach akademickich (Savci i inni, 2006).

W badaniach populacyjnych zespół badawczy pod kierunkiem Demir przeanalizował czynniki wpływające na częstość występowania otyłości wśród dorosłych mieszkańców Turcji, w tym uwzględniając środowiska studenckie, wykorzystując dane uzyskane z Narodowego Badania Stanu Zdrowia Tureckiego Instytutu Statystycznego (TSI). Wyniki wskazały, że życie w mieście, zawarcie związku małżeńskiego, bycie kobietą, bycie w średnim wieku, bycie w depresji i posiadanie niższego wykształcenia zwiększało prawdopodobieństwo występowania otyłości wśród Turków, podczas gdy mniejsze prawdopodobieństwo występowania otyłości wiązało się z byciem mężczyzną, dobrym wykształceniem, regularnym chodzeniem, paleniem tytoniu i mieszkaniem na terenach wiejskich. Autorzy w raporcie z badań zalecają promowanie aktywności fizycznej i zdrowego stylu życia (Demir i inni, 2019).

Badania przeprowadzone przez Uzdil i Gunaydin obejmowały analizę związku między poczuciem koherencji, świadomością, uwagą dowolną i samoskutecznością akademicką studentów. Wyniki wykazały, że studenci z wyższym poczuciem koherencji mają wyższy poziom uwagi i świadomości, a tym samym wykazują lepsze wyniki w studiach. Autorzy podkreślają pozytywne znaczenie działań doskonalących uwagę i rozwijających świadomość. Mogą one wpływać na podnoszenie poziomu poczucia koherencji, a tym samym mieć pozytywne znaczenie dla obrazu zdrowia (Uzdil i Gunaydin, 2022).

Kolejne badania, przeprowadzone przez Ozkok, skoncentrowały się na analizie zachowań żywieniowych wśród studentów w Turcji. Sondaże badawcze wykazały, że studenci często wybierają niezdrowe jedzenie, takie jak fast food i wykazują niskie spożycie owoców i warzyw. Wyniki podkreślają konieczność wprowadzenia programów edukacyjnych promujących zdrowe odżywianie oraz promowanie zdrowych stołówek w kampusach uniwersytetów tureckich (Ozkok, 2015).

W 2022 roku zespół badawczy Yalnizca-Yildirim i Cenkseven-Önder opublikował wyniki projektu badawczego obejmującego zagadnienia poziom stresu związanego ze studiowaniem oraz jego związków poczucie koherencji badanych studentów. Wyniki wykazały, że studenci

z wysokim poziomem SoC lepiej radzą sobie ze stresem akademickim. Jednocześnie mają oni mają lepsze wyniki w studiach. Autorzy sugerują wprowadzenie programów wsparcia psychologicznego, aby stymulować wzrost poziomu orientacji życiowej wśród studentów (Yalniczca-Yildirim i Cenkseven-Önder, 2022).

Podsumowując, można stwierdzić, iż w ostatnich latach badania nad stanem zachowań zdrowotnych i poczucia koherencji w środowiskach akademickich w Turcji podejmowane są coraz częściej. Badacze mając świadomość potencjalnej dużej roli elit społecznych w kreowaniu prozdrowotnego stylu życia całego społeczeństwa, często realizują swoje projekty badawcze właśnie w tych środowiskach. Wyniki tych badań prowadzą do konkluzji podkreślających znaczenie promocji zdrowego stylu życia, wsparcia psychologicznego, oraz uwzględnienia kontekstu kulturowego w programach zdrowotnych na uczelniach. Wprowadzenie odpowiednich interwencji może przyczynić się do zwiększenia poczucia koherencji i poprawy zdrowia w środowiskach akademickich, a tym samym przełożyć się na poziom zdrowia publicznego w całym kraju.

Niniejsza dysertacja wpisuje się w te tendencje badawcze i jest zarazem próbą wskazania nowego kierunku rozważań nad zagadnieniami zdrowia w Turcji. Kierunku, który uwzględniając uwarunkowania kulturowe ma ambicje eliminować dysproporcje w zdrowotnych aspektach poziomu życia mieszkańców państwa wielonarodowego i wielokulturowego.

II. Założenia metodologiczne

W konstrukcji zamysłu badawczego przyjęto koncepcję mieszanego postępowania badawczego opartego o metodologię badań ilościowych oraz metodologię badań jakościowych. Teoretyczną perspektywę zamysłu oparto na salutogenetycznej koncepcji zdrowia Aarona Antonovskiego oraz etnicznego zróżnicowania zachowań zdrowotnych studentów w wielonarodowym i wielokulturowym społeczeństwie Turcji.

1. Cele i pytania badawcze

Celem dysertacji jest określenie specyfiki stanu zachowań zdrowotnych studentów w Turcji oraz próba wyjaśnienia znaczenia etnicznych wzorów kultury ciała dla ich kształtowania się.

Ponieważ przeprowadzone badania miały charakter identyfikujący występujący stan rzeczy nie sformułowano hipotez badawczych. Natomiast całość postępowania badawczego determinowana była pytaniami badawczymi. Zostały one zainspirowane wskazaną wcześniej teoretyczną perspektywą badawczą i przyjęły poniższą postać.

1. Jaki jest stan i struktura zachowań zdrowotnych badanych studentów?
2. Jaki jest stan ilościowej struktury aktywności fizycznej badanych studentów?
3. Jaka jest struktura jakościowa aktywności fizycznej badanych studentów?
4. Jaki jest stan i struktura poczucia koherencji badanych studentów?
5. Czy i w jaki sposób wzorce kultury ciała wynikające z przynależności etnicznej badanych studentów różnicują ich zachowania zdrowotne?
6. Czy i w jaki sposób codzienne funkcjonowanie w środowisku wielokulturowym zmienia zachowania zdrowotne badanych studentów?
7. Czy i w jaki sposób płeć badanych osób oraz ich środowisko pochodzenia różnicuje uzyskane wyniki?

2. Metody, techniki i narzędzia badawcze.

W badaniach ilościowych zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem elementów skali ocen, technik ankietowych oraz rangowania.

Określenie zachowań zdrowotnych studentów objętych badaniami dokonano Inwentarzem Zachowań Zdrowotnych (IZZ) Zygryda Juczyńskiego. Jest to narzędzie służące do oceny ogólnych zachowań zdrowotnych osób dorosłych. Skala ta umożliwia diagnozę czterech

podstawowych obszarów: nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienia psychiczne, praktyki zdrowotne. IZZ jest wykorzystywany głównie w badaniach populacyjnych, w promocji zdrowia oraz w praktyce klinicznej, pomagając identyfikować te obszary zachowań zdrowotnych, które wymagają interwencji lub wsparcia.

Skala IZZ składa się z 24 pytań zamkniętych, które badają częstotliwość występowania określonych zachowań w ciągu ostatniego roku. Respondenci oceniają swoje zachowania na czterostopniowej skali Likerta – od „nigdy” do „zawsze”. Wyniki z poszczególnych obszarów mogą być analizowane oddzielnie lub razem, co daje obraz ogólnego profilu zachowań zdrowotnych badanej osoby.

Narzędzie jest w pełni standaryzowane. Zgodność wewnętrzną IZZ ustalona na podstawie alfa Cronbacha wynosi 0,85 dla całego Inwentarza, zaś dla jego czterech podskal mieści się w granicach od 0,60 do 0,65. Rzetelność oceniana metodą test-retest (po sześciu tygodniach) wyniosła 0,88.

Inwentarz jest narzędziem ważnym dla badań nad zdrowiem publicznym, ponieważ pozwala na łatwe porównania międzygrupowe oraz monitorowanie zmian zachowań zdrowotnych w czasie. Dzięki swojej uniwersalności, narzędzie to znajduje zastosowanie nie tylko w badaniach naukowych, ale również w działaniach profilaktycznych i edukacyjnych realizowanych przez ośrodki zdrowia publicznego, szkoły czy pracodawców. Pomaga ono w identyfikacji grup ryzyka i kształtowaniu interwencji, które mogą efektywnie poprawiać zdrowie populacji.

Do oceny stanu aktywności fizycznej badanych, która stanowi jeden z najistotniejszych elementów zachowań zdrowotnych, zastosowano Kwestionariuszem Celów Aktywności Fizycznej (KC-AF) Lipowskiego i Zaleskiego. Kwestionariusz ten to narzędzie psychometryczne służące do badania motywacji do uprawiania aktywności fizycznej oraz określania stanu aktywności fizycznej badanych osób. Umożliwia identyfikację dominujących celów, które skłaniają jednostki do angażowania się w różnorodne formy ruchu, a także pozwala ocenić, jak często i intensywnie osoby te podejmują aktywność fizyczną. Składa się z kilku skal, które mierzą takie aspekty jak zdrowie, estetyka, towarzyskość, rywalizacja czy samorealizacja, co jest użyteczne zarówno w kontekście badań naukowych, jak i praktyki aplikacyjnej. Kwestionariusz jest narzędziem w pełni standaryzowanym, które powstało w 2015 roku. Dane dotyczące wartości wskaźników jego rzetelności nie są jednak dostępne. Dzięki KC-AF możliwa jest analiza, w jaki sposób cele motywacyjne wpływają na trwałość i regularność zaangażowania w aktywności fizyczne. Narzędzie to pozwala również zrozumieć, jak różne cele zmieniają się w zależności od wieku,

płci, doświadczenia sportowego czy kulturowego kontekstu. KC-AF jest szczególnie przydatny w programach promocji zdrowia i profilaktyki chorób cywilizacyjnych, gdzie zrozumienie motywacji i rzeczywistego poziomu aktywności uczestników może znacząco wpłynąć na efektywność interwencji. Narzędzie to jest nieocenione w pracy z klientami indywidualnymi, jak i grupami, dostarczając danych kluczowych dla personalizacji programów treningowych i monitorowania ich postępów.

W ocenie stanu poczucia koherencji badanych zastosowano kwestionariusz SoC29, znany również jako Kwestionariusz Poczucia Koherencji. Został on opracowany przez Aarona Antonovsky'ego. Jest to skala składająca się z 29 pytań, która mierzy poczucie koherencji (Sense of Coherence - SoC), czyli globalną orientację życiową, która odzwierciedla, w jakim stopniu jednostka posiada trwałe, ale dynamiczne poczucie zaufania. Według Antonovsky'ego, osoby z wysokim SoC postrzegają świat jako zrozumiałą, zarządzalną i sensowną, co jest istotne dla zdrowia psychicznego i fizycznego.

Wskaźniki rzetelności Kwestionariusza Poczucia Koherencji są bardzo zadowalające. W badaniach przeprowadzonych w różnych krajach i kulturach współczynnik alfa Cronbacha dla całej skali wynosił zazwyczaj między 0,70 a 0,92, co świadczy o wysokiej spójności wewnętrznej narzędzia. Stabilność czasowa, mierzona przez test-retest, również wskazuje na dobrą rzetelność, z korelacjami przekraczającymi 0,80 w badaniach przeprowadzonych w odstępie kilku tygodni do kilku miesięcy.

SoC29 jest szeroko stosowany w badaniach nad stresem, radzeniem sobie ze stresem i promocją zdrowia, umożliwiając badaczom zrozumienie, jak poczucie koherencji wpływa na zdrowie i dobrostan. Narzędzie to jest również użyteczne w kontekście klinicznym, pomagając terapeutom ocenić, jak ich pacjenci radzą sobie z chorobą i codziennymi wyzwaniami życiowymi.

W badaniach jakościowych zastosowano metodę teorii ugruntowanej z wykorzystaniem wywiadu ukierunkowanego.

3. Grupa badawcza

Badaniami kwestionariuszowymi objęta była grupa 400 studentów uczelni wyższych na terytorium Turcji (Ryc. 1.). Byli to:

- Studenci Mustafa Kemal University (100 osób - Arabowie) Hatay;
- Studenci Adıyaman University (100 osób - Kurdowie) Adıyaman;
- Studenci Yozgat Bozok University (100 osób - Turcy) Yozgat;
- Studenci Türk Hava Kurumu University (100 osób – środowisko mieszane) Ankara.

Ostatecznie, po zweryfikowaniu otrzymanych kwestionariuszy, analizie poddano 387 kompletów wyników.

Do badań jakościowych spośród badanych studentów z poszczególnych ośrodków wyłonieni zostali przedstawiciele w liczbie po 10 osób, z którymi przeprowadzone zostały wywiady ukierunkowane. Początkowo podjęto losowy wybór respondentów do wywiadów. Jednak na bardzo dużą liczbę odmów udziału w wywiadach, ostatecznie uczestniczyli w nich przypadkowi studenci wyrażający zgodę w liczbie 38 osób. Zebrany materiał wykorzystany został do próby stworzenia teorii ugruntowanych przypadków osób, które swoje zachowania zdrowotne wyprowadzają z przyjętych w swoim środowisku wzorów kultury cielesnej. wielokulturowym mogło wywołać zmiany zachowań zdrowotnych.



Ryc. 1. Umiejscowienie ośrodków na terytorium Turcji, w których przeprowadzone zostały badania (z wykorzystaniem źródła: <https://www.slideshare.net/slideshow/multiculturalism-tr/17771412>).

III. Wyniki badań

1. Zachowania zdrowotne

Wyniki sondażu przeprowadzonego za pomocą kwestionariusza IZZ wskazują na ogólnie przeciętny stan zachowań zdrowotnych badanych studentów z Turcji. Uzyskana średnia wartość sumarycznego wskaźnika zachowań zdrowotnych (ZZ) wynosząca 77,62 w dziesięciostopniowej skali stenowej dla całej grupy dała średni wynik (AVG) w wysokości 4,98. Stosunkowo duża wartość odchylenia standardowego (SD) wynosząca 1,95 wskazuje na dość znaczne zróżnicowanie badanej grupy w tym zakresie (tab. 1.).

Tabela 1. Struktura zachowań zdrowotnych badanych studentów – ogólnie.

	ZZ	STEN	PNŻ	ZP	PNP	PZ
AVG	77.62	4.98	20.49	18.64	18.69	19.67
SD	13.75	1.95	4.26	4.48	4.69	3.90

Tabela 1a. Struktura zachowań zdrowotnych badanych studentów w ujęciu procentowym – ogólnie.

ZZ	PNŻ	ZP	PNP	PZ
64,68%	26,40%	24,02%	24,08%	25,34%

W strukturze zachowań zdrowotnych badanych, określanych wartościami bezwzględными zarejestrowanymi w wynikach IZZ, dominują składowe związane z prawidłowymi nawykami żywieniowymi (PNŻ) – AVG=20,49 oraz praktykami zdrowotnymi (PZ) – AVG=19,67. Zdecydowanie najniższy jest poziom zachowań profilaktycznych (ZP) – AVG=18,64. Na nieco wyższym poziomie są pozytywne nastawienia psychiczne (PNP) – AVG=18,69. Uwzględniając specyfikę narzędzia badawczego poziom zarejestrowanych ogólnych ZZ osiąga około 65% możliwego poziomu maksymalnego (tab. 1a), a jego wewnętrzna struktura jest zrównoważona, gdyż różnice procentowe pomiędzy poszczególnymi składowymi nie są istotne.

Tabela 2. Struktura zachowań zdrowotnych badanych studentów- kobiety.

	ZZ	STEN	PNŻ	ZP	PNP	PZ
AVG	77.14	4.49	20.05	18.41	18.71	19.77
SD	12.82	1.77	3.84	4.20	4.52	3.74

Tabela 2a. Struktura zachowań zdrowotnych badanych studentów w ujęciu procentowym – kobiety.

ZZ	PNŻ	ZP	PNP	PZ
64,28%	25,99	23,87	24,26	25,62

Wyniki sondażu przeprowadzonego kwestionariuszu IZZ, w oparciu o dane bezwzględne (tab. 2.), wskazują na ogólnie przeciętny stan zachowań zdrowotnych badanych kobiet studiujących w Turcji. Średnia uzyskana wartość ZZ, wynosząca 77,14 w dziesięciostopniowej skali stenowej, dała AVG w wysokości 4,49. Wartość SD wynosząca 1,77 wskazuje na nieco mniejsze zróżnicowanie badanej grupy kobiet w tym zakresie w stosunku do całej badanej grupy. W strukturze zachowań zdrowotnych badanych dominują cechy związane z PNŻ-AVG=20,05 oraz PZ-AVG=19,77. Na zdecydowane najniższym poziomie są ZP-AVG=18,41 oraz PNP-AVG=18,71. Analiza stanu zachowań zdrowotnych kobiet w kontekście względnego poziomu zachowań zdrowotnych (tab. 2a.) wskazuje na stan bardzo zbliżony do zarejestrowanego w całej badanej grupie.

Tabela 3. Struktura zachowań zdrowotnych badanych studentów – mężczyźni.

	ZZ	STEN	PNŻ	ZP	PNP	PZ
AVG	77.96	5.33	20.80	18.80	18.67	19.60
SD	14.40	2.00	4.51	4.68	4.82	4.02

Tabela 3a. Struktura zachowań zdrowotnych badanych studentów w ujęciu procentowym – mężczyźni.

ZZ	PNŻ	ZP	PNP	PZ
65%	26,68%	24,12%	23,95%	25,14%

Uzyskana średnia wartość sumarycznego wskaźnika ZZ dla badanych mężczyzn z Turcji wynosi 77,96 (tab.3.). Średnia wartość ZZ w skali stenowej wyniosła 5,3, co przy najwyższej wartości SD wynoszącej 2 wskazuje na najwyższe zróżnicowanie tej zmiennej w tej grupie. W strukturze bezwzględnej ZZ dominują składowe PNŻ-AVG=20,80; oraz PZ-AVG=16,60. Najmniejszym poziomem są ZP-AVG=18,80 oraz PNP-AVG=18,67. Analiza ZZ badanych mężczyzn w wartościach względnych (tab. 3a.) wskazuje na ich wyższy poziom niż w przypadku kobiet. Natomiast struktura procentowa tych zachowań u badanych kobiet i mężczyzn jest podobna. Podstawową różnicę dostrzec można między składowymi zachowaniami

profilaktycznych oraz pozytywnymi nastawieniami psychicznymi, gdzie te pierwsze są wyższe u mężczyzn, a drugie u kobiet. Różnice te nie są jednak istotne.

Tabela 4. Struktura zachowań zdrowotnych badanych studentów - pochodzący ze wsi.

	ZZ	STEN	PNŻ	ZP	PNP	PZ
AVG	76.26	4.80	20.10	17.96	18.96	18.92
SD	13.97	1.99	4.30	3.94	4.75	4.47

Tabela 4a. Struktura zachowań zdrowotnych badanych studentów w ujęciu procentowym – pochodzących ze wsi.

ZZ	PNŻ	ZP	PNP	PZ
63,55%	26,36%	23,55%	24,86%	24,82%

Wyniki sondażu przeprowadzonego kwestionariuszem IZZ analizowane w kontekście środowiska stałego zamieszkania respondentów wskazują na większe zróżnicowanie stanu zachowań zdrowotnych badanych studentów. Przeciętny stan zachowań zdrowotnych badanych studentów z Turcji stale mieszkających na wsi jest niższy w stosunku do poziomu całej badanej grupy (tab. 4.). Średnia uzyskana bezwzględna wartość ZZ, wynosząca 76,26 w dziesięciostopniowej skali stenowej, dała AVG w wysokości 4,80. Zarejestrowana wartość SD wynosząca 1,99 wskazuje na dość znaczne zróżnicowanie badanej grupy w tym zakresie. W strukturze zachowań zdrowotnych badanych dominują cechy związane z PNŻ-AVG=20,10. Zdecydowanie najniższy jest poziom ZP – AVG=17.96. Na nieco wyższym poziomie są PNP – AVG= 18,96 oraz PZ – AVG= 18.92. Analiza wartości względnych poszczególnych wskaźników (tab. 4a.) również wskazuje na niższy stan ZZ, a wewnętrzna struktura procentowa poszczególnych ich składowych zbliżona jest do zarejestrowanej u badanych kobiet. Interesujący jest najniższy ogólnie wskaźnik składowej zachowań profilaktycznych występujący u osób pochodzących ze wsi. Jest to prawdopodobnie konsekwencją bardzo ograniczonych warunków infrastrukturalnych potrzebnych w działaniach profilaktycznych oraz niskiej świadomości w tym zakresie środowisk wiejskich charakteryzujących się słabymi wskaźnikami skolaryzacji.

Tabela 5. Struktura zachowań zdrowotnych badanych studentów - pochodzący z małych miast (do 20 tysięcy).

	ZZ	STEN	PNŻ	ZP	PNP	PZ
AVG	81.39	5.37	21.56	19.70	18.80	21.03
SD	13.55	1.97	4.14	4.43	5.28	3.72

Tabela 5a. Struktura zachowań zdrowotnych badanych studentów w ujęciu procentowym - pochodzący z małych miast (do 20 tysięcy).

ZZ	PNŻ	ZP	PNP	PZ
67,82%	26,49%	24,21%	23,10%	25,84%

Najwyższe bezwzględne wartości wskaźników stanu zachowań zdrowotnych badanych studentów w kontekście miejsca ich pochodzenia zarejestrowano u mieszkających na stałe w małym mieście (do 20 tysięcy) (tab.5.). Średnia uzyskana wartość ZZ, wynosząca 81,39 w dziesięciostopniowej skali stenowej, dała AVG w wysokości 5,37. Stan ten, mimo stosunkowo dużej wartości SD wynoszącej 1,97, wskazuje na najmniejsze zróżnicowanie tej badanej podgrupy. W strukturze zachowań zdrowotnych badanych dominują cechy związane z PNŻ-AVG=21,56 oraz PZ – AVG=21,03. Zdecydowanie najniższy jest poziom PNP – AVG=18,80. Na nieco wyższym poziomie są ZP – AVG= 19,70. Analiza wartości względnych (tab. 5a.) wskazuje na ogólnie zbliżoną wewnętrzną strukturę ZZ do występującej u badanych kobiet. Natomiast przy najwyższej wartości ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych, zarejestrowano największe dysproporcje w jego wewnętrznej procentowej strukturze. Dotyczy to zwłaszcza najniższego ze wszystkich wyodrębnionych środowisk wskaźnika pozytywnych nastawień psychicznych.

Tabela 6. Struktura zachowań zdrowotnych badanych studentów - pochodzący z średnich miast (od 20 tys. do 100 tys.).

	ZZ	STEN	PNŻ	ZP	PNP	PZ
AVG	74.56	4.60	20.33	17.87	18.00	19.18
SD	12.44	1.72	3.77	4.05	4.52	3.41

Tabela 6a. Struktura zachowań zdrowotnych badanych studentów w ujęciu procentowym - pochodzący z średnich miast (od 20 tys. do 100 tys.).

ZZ	PNŻ	ZP	PNP	PZ
62,13%	27,27%	23,97%	24,14%	24,39%

Wyniki sondażu przeprowadzonego kwestionariuszem IZZ wskazują na ogólnie najniższy stan zachowań zdrowotnych badanych studentów stale mieszkających w średnim mieście (od 20 tys. do 100 tys.) (tab. 6.). Średnia uzyskana wartość ZZ, wynosząca 74.56 w dziesięciostopniowej skali stenowej, dała AVG w wysokości 4.6. Zarejestrowana wartość SD wynosząca 1,72 wskazuje natomiast niższe niż w innych środowiskach wewnętrzne zróżnicowanie badanej grupy w tym zakresie. W strukturze zachowań zdrowotnych badanych dominują cechy związane z PNŻ-AVG=20,33 oraz PZ – AVG=19,18. Zdecydowanie najniższy jest poziom PNP – AVG=18,00. Na nieco wyższym poziomie są ZP – AVG= 19,18. Analiza względnych wartości wskaźników procentowych poszczególnych składowych zachowań zdrowotnych, wskazuje na bardzo duże jej podobieństwo w tym środowisku do stanu występującego w całej badanej grupie studentów (tab. 6a.).

Tabela 7. Struktura zachowań zdrowotnych badanych studentów - pochodzący z dużych miast (powyżej 100 tys.).

	ZZ	STEN	PNŻ	ZP	PNP	PZ
AVG	77.76	5.02	20.37	18.74	18.75	19.87
SD	13.89	1.97	4.36	4.68	4.59	3.77

Tabela 7a. Struktura zachowań zdrowotnych badanych studentów w ujęciu procentowym - pochodzący z dużych miast (powyżej 100 tys.).

ZZ	PNŻ	ZP	PNP	PZ
64,80%	26,20%	24,10%	24,11%	25,55%

Podobna struktura wewnętrzna zachowań zdrowotnych charakteryzowanych w oparciu o wskaźnik względne wystąpiła u badanych pochodzących ze środowisk wielkomiejskich (tab. 7a.). Jednak wartości bezwzględne (tab.7.) wskazują na wyraźnie wyższy poziom ich zachowań zdrowotnych niż u badanych w środowisku średnich miast. Uzyskana średnia wartość sumarycznego wskaźnika ZZ wyniosła tu 77,76, a średnia w dziesięciostopniowej skali stenowej dla tej grupy 5,02. Wartość SD wynosząca 1,97 wskazuje na wyższe zróżnicowanie tej badanej grupy niż badanych ze średnich miast. W grupie tej dominują cechy PNŻ-AVG=20.37; oraz PZ-AVG=19.87. Na najniższym poziomie są ZP-AVG=18,74 oraz PNP – AVG=18,75.

Zachowania zdrowotne studentów pochodzących z różnych środowisk zamieszkania w ogólnym ujęciu posiadają podobną strukturę. Jednak poziom zachowań studentów którzy na stałe mieszkają w małych miastach jest wyraźnie wyższy od studentów zamieszkujących na wsi, w średnich i w dużych miastach. Najniższy poziom zachowań zdrowotnych zanotowano u studentów, którzy zamieszkują w średnich miastach.

Stan zachowań zdrowotnych badanych studentów poddano analizie również w kontekście deklarowanej przez nich aktywności fizycznej w czasie wolnym. Ogólnie poziom zachowań zdrowotnych badanych podejmujących aktywność fizyczną jest wyższy od zarejestrowanej u studentów biernych fizycznie (tab. 8. i 9.) Struktura wewnętrzna zachowań zdrowotnych w obu grupach nieznacznie się różni. U badanych wykazujących aktywność względny poziom zachowań zdrowotnych sięga 66% wartości maksymalnej. W ich strukturze dominują elementy związane z prawidłowymi nawykami zdrowotnymi oraz praktykami zdrowotnymi. Wyraźnie w mniejszym zakresie występują składowe pozytywne nastawienia psychiczne oraz zachowań profilaktycznych, gdzie te ostatnie w istotnie ($p < 0,05$) mniejszym stopniu wypełniają strukturę ogólnych zachowań zdrowotnych ZZ (tab. 8a.).

Tabela 8. Struktura zachowań zdrowotnych badanych studentów – podejmujący aktywność fizyczną w czasie wolnym.

	ZZ	STEN	PNŻ	ZP	PNP	PZ
AVG	78.82	5.13	21.12	18.66	19.03	19.88
SD	13.35	1.93	4.03	4.61	4.70	3.78

Tabela 8a. Tabela 8. Struktura zachowań zdrowotnych badanych studentów w ujęciu procentowym – podejmujący aktywność fizyczną w czasie wolnym.

ZZ	PNŻ	ZP	PNP	PZ
65,68%	26,79%	23,68%	24,15%	25,22%

Badani nie podejmujący aktywności fizycznej w czasie wolnym przy niższym względnym poziomie zachowań zdrowotnych 65.68% w stosunku do poziomu maksymalnego, wykazują bardziej zrównoważoną ich strukturę wewnętrzną. Różnice występujące między poszczególnymi składowymi nie są istotne (tab. 9a).

Tabela 9. Struktura zachowań zdrowotnych badanych studentów – nie podejmujący aktywności fizycznej w czasie wolnym.

	ZZ	STEN	PNŻ	ZP	PNP	PZ
AVG	76.18	4.81	19.73	18.61	18.61	19.42
SD	14.13	1.97	4.40	4.34	4.67	4.04

Tabela 9a. Struktura zachowań zdrowotnych badanych studentów w ujęciu procentowym – nie podejmujący aktywności fizycznej w czasie wolnym.

ZZ	PNŻ	ZP	PNP	PZ
63,48%	25,90%	24,43%	24%	25,49%

W kontekście głównego problemu badawczego bardzo ważnym aspektem analizy zachowań badanych studentów jest miejsce ich studiowania. W tabelach 10. – 12. oraz 10a. – 12a. zawarte są dane charakteryzujące stan zachowań zdrowotnych studentów z ośrodka akademickiego w Adiyaman w kurdyjskiej części Turcji. Zarejestrowany poziom wskaźnika ZZ jest nieistotnie niższy (1,4) w stosunku do występującego w całej badanej grupie. Podobna jest również wewnętrzna struktura zachowań zdrowotnych z przewagą składowych PNŻ i PZ nad pozostałymi w podobnych proporcjach jak w przypadku wszystkich badanych. Należy zwrócić uwagę na duże podobieństwo w wartościach poszczególnych składników uzyskanych w sondażu kobiet i mężczyzn w Adiyaman. Wyraźnie ustępująca rola społeczna kobiet w kurdyjskich środowiskach kulturowych nie znalazła odzwierciedlenia w stanie analizowanych zmiennych.

Tabela 10. Struktura zachowań zdrowotnych badanych studentów studiujących w Adiyaman – ogólnie.

	ZZ	STEN	PNŻ	ZP	PNP	PZ
AVG	76,22	4,81	20,19	18,20	18,24	19,35
SD	14,54	0,99	1,12	1,09	1,14	1,38

Tabela 10a. Struktura zachowań zdrowotnych badanych studentów studiujących w Adiyaman w ujęciu procentowym – ogólnie.

ZZ	PNŻ	ZP	PNP	PZ
63,51%	26,49%	23,88%	23,93%	25,39%

Tabela 11. Struktura zachowań zdrowotnych badanych studentów studiujących w Adiyaman – kobiety.

	ZZ	STEN	PNŻ	ZP	PNP	PZ
AVG	76,46	4,5	20	17,87	18,39	19,87
SD	13,36	1,9	3,72	3,80	5,17	4,1

Tabela 11a. Struktura zachowań zdrowotnych badanych studentów studiujących w Adiyaman w ujęciu procentowym – kobiety.

ZZ	PNŻ	ZP	PNP	PZ
63,72%	26,15%	23,38%	24,05%	25,99%

Tabela 12. Struktura zachowań zdrowotnych badanych studentów studiujących w Adiyaman – mężczyźni.

	ZZ	STEN	PNŻ	ZP	PNP	PZ
AVG	76,05	5,03	20,32	18,43	18,13	18,98
SD	17,03	2,31	5,16	5,58	4,82	4,36

Tabela 12a. Struktura zachowań zdrowotnych badanych studentów studiujących w Adiyaman w ujęciu procentowym – mężczyźni.

ZZ	PNŻ	ZP	PNP	PZ
63,37%	26,72%	24,23%	23,84%	24,96%

Kolejnym środowiskiem akademickim uczestniczącym w badaniach była Ankara, która z założenia traktowana była jako środowisko wielokulturowe. Tym samym oczekiwano największej polaryzacji wpływów kulturowych, co w efekcie miałyby być podstawą największego podobieństwa uzyskanych w tym środowisku wyników do wyników zarejestrowanych łącznie w całej badanej grupie. Analiza danych zawartych w tabelach 13. – 15. oraz 13a. – 15a. ukazuje jednak inne tendencje. Poziom zachowań zdrowotnych zarejestrowany u studentów stołecznych, zarówno wszystkich, jaki w zróżnicowaniu płciowym okazał się najwyższy. Różnice w wartościach poszczególnych wskaźników w tym środowisku, a w środowisku kurdyjskim (a także rdzennie tureckim – Yozgat) są istotne ($p < 0,05$), a w odniesieniu do wyników ogólnych na granicy istotności statystycznej. Natomiast strukturę wewnętrzną zachowań zdrowotnych ankarskich studentów uznać należy za zrównoważoną.

Tabela 13. Struktura zachowań zdrowotnych badanych studentów studiujących w Ankarze – ogólnie.

	ZZ	STEN	PNŻ	ZP	PNP	PZ
AVG	80,14	5,27	19,90	19,97	20,04	20,22
SD	14,41	2,09	4,28	4,33	4,67	3,9

Tabela 13a. Struktura zachowań zdrowotnych badanych studentów studiujących w Ankarze w ujęciu procentowym – ogólnie.

ZZ	PNŻ	ZP	PNP	PZ
66,79%	24,83%	24,92%	25%	25,23%

Tabela 14. Struktura zachowań zdrowotnych badanych studentów studiujących w Ankarze – kobiety.

	ZZ	STEN	PNŻ	ZP	PNP	PZ
AVG	79,60	4,84	19,84	19,63	19,86	20,26
SD	13,22	1,86	3,75	4,48	4,08	3,62

Tabela 14a. Struktura zachowań zdrowotnych badanych studentów studiujących w Ankarze w ujęciu procentowym – kobiety.

ZZ	PNŻ	ZP	PNP	PZ
66,34%	24,92%	24,66%	24,95%	25,45%

Tabela 15. Struktura zachowań zdrowotnych badanych studentów studiujących w Ankarze – mężczyźni.

	ZZ	STEN	PNŻ	ZP	PNP	PZ
AVG	80,62	5,6	19,95	20,27	20,20	20,18
SD	15,53	2,22	4,75	4,22	5,18	4,17

Tabela 15a. Struktura zachowań zdrowotnych badanych studentów studiujących w Ankarze w ujęciu procentowym – mężczyźni.

ZZ	PNŻ	ZP	PNP	PZ
67,20%	24,74%	25,15%	25,1%	25%

Środowiska arabskie reprezentowane były w badaniach przez studentów Uniwersytetu w Hatay. Wyniki uzyskane z wykorzystaniem kwestionariusz IZZ są na wyższym poziomie od zarejestrowanych w całej badanej grupie i nieco niższym od otrzymanych w środowisku

Uniwersytetu w Ankarze. Obie różnice jednak nie osiągają poziomu istotnego statystycznie. Płeć badanych osób również nie różnicuje uzyskanych wyników. Natomiast w analizie wewnętrznych struktur zachowań zdrowotnych uwzględniającej zmienną płci występuje interesujące zjawisko. W grupie mężczyzn uzyskano najwyższą, obok grupy mężczyzn z ośrodka w Yozgat, wartość procentową wskaźnika prawidłowych nawyków żywieniowych. Jest to nieco zaskakujące, gdyż panują obiegowe poglądy o zdecydowanie gorszym odżywianiu się mężczyzn.

Tabela 16. Struktura zachowań zdrowotnych badanych studentów studiujących w Hatay – ogólnie.

	ZZ	STEN	PNŻ	ZP	PNP	PZ
AVG	79,25	5,25	21,27	19,12	19,02	19,76
SD	12,95	1,82	4,24	4,10	4,94	3,71

Tabela 16a. Struktura zachowań zdrowotnych badanych studentów studiujących w Hatay w ujęciu procentowym – ogólnie.

ZZ	PNŻ	ZP	PNP	PZ
66,19%	26,84%	24,12%	23,98%	24,93%

Tabela 17. Struktura zachowań zdrowotnych badanych studentów studiujących w Hatay – kobiety.

	ZZ	STEN	PNŻ	ZP	PNP	PZ
AVG	79,17	4,65	20,34	19,55	19,55	19,62
SD	11,87	1,63	4,00	4,01	4,56	3,47

Tabela 17a. Struktura zachowań zdrowotnych badanych studentów studiujących w Hatay w ujęciu procentowym – kobiety.

ZZ	PNŻ	ZP	PNP	PZ
66,11%	25,69%	24,69%	24,69%	24,78%

Tabela 18. Struktura zachowań zdrowotnych badanych studentów studiujących w Hatay – mężczyźni.

	ZZ	STEN	PNŻ	ZP	PNP	PZ
AVG	79,28	5,50	21,66	18,94	18,79	19,82
SD	13,47	1,85	4,31	4,16	5,10	3,82

Tabela 18a. Struktura zachowań zdrowotnych badanych studentów studiujących w Hatay w ujęciu procentowym – mężczyźni.

ZZ	PNŻ	ZP	PNP	PZ
66,45%	27,32%	23,88%	23,70%	25%

Czwartym ośrodkiem akademickim, w którym przeprowadzono badania był Uniwersytet w Yozgat funkcjonujący w rdzenie tureckiej części terytorium Turcji. Przeprowadzony sondaż wskazał na stosunkowo niski poziom zachowań zdrowotnych studentów z tego środowiska (tab. 19. - 21. oraz 19a. – 21a.). Wartości wskaźnika ogólnych zachowań zdrowotnych ZZ okazały się najniższe ze wszystkich. Różnice w tym zakresie w stosunku do danych zarejestrowanych w Ankarze są istotne statystycznie ($p < 0,05$), a do pochodzących z Hatay zbliżone do poziomu istotności. Zaskakujące są wyniki uzyskane przez badane studentki, które okazały się najniższe. U badanych tych wystąpiła najbardziej zróżnicowana wewnętrzna struktura zachowań zdrowotnych z najniższym w niej procentowym udziałem składowej pozytywnej nastawień psychicznych. Jako wskazówka do konkludowania tego zjawiska można dodać, że środowisko Yozgat charakteryzuje się dość znacznym poziomem swobód kulturowych i społecznych w porównaniu do środowisk kurdyjskich czy arabskich.

Tabela 19. Struktura zachowań zdrowotnych badanych studentów studiujących w Yozgat – ogólnie.

	ZZ	STEN	PNŻ	ZP	PNP	PZ
AVG	75,36	4,66	20,5	17,54	17,73	19,46
SD	11,57	1,68	3,82	4,23	3,92	3,71

Tabela 19a. Struktura zachowań zdrowotnych badanych studentów studiujących w Yozgat w ujęciu procentowym – ogólnie.

ZZ	PNŻ	ZP	PNP	PZ
62,8%	26,05%	23,94%	23,48%	26,10%

Tabela 20. Struktura zachowań zdrowotnych badanych studentów studiujących w Yozgat – kobiety.

	ZZ	STEN	PNŻ	ZP	PNP	PZ
AVG	74,59	4,12	20,08	17,24	17,61	19,38
SD	12,40	1,65	4,03	4,10	4,04	3,70

Tabela 20a. Struktura zachowań zdrowotnych badanych studentów studiujących w Yozgat w ujęciu procentowym – kobiety.

ZZ	PNŻ	ZP	PNP	PZ
62,15%	26,92%	23,11%	23,61%	25,99%

Tabela 21. Struktura zachowań zdrowotnych badanych studentów studiujących w Yozgat – mężczyźni.

	ZZ	STEN	PNŻ	ZP	PNP	PZ
AVG	76,26	5,2	20,84	17,9	17,9	19,62
SD	10,83	1,56	3,61	4,39	3,85	3,73

Tabela 21a. Struktura zachowań zdrowotnych badanych studentów studiujących w Yozgat w ujęciu procentowym – mężczyźni.

ZZ	PNŻ	ZP	PNP	PZ
63,55%	27,32%	23,47%	23,47%	25,72%

W podsumowaniu fragmentu poświęconego analizie stanu zachowań zdrowotnych badanych studentów można stwierdzić, że jest on ogólnie na przeciętnym poziomie i daje wiele możliwości działań prowadzących do jego doskonalenia. Występujące różnice, zarówno w poziomie jak i wewnętrznej strukturze zachowań zdrowotnych nie są wyraźne i nie są oparte o stale występujące zależności.

2. Poczucie koherencji

Poczucie koherencji, określane również jako orientacja życiowa, jest jedną z ważnych dyspozycji człowieka współdecydującą o jego możliwościach zachowania dobrego stanu zdrowia. Stąd też w wielu opracowaniach naukowych poświęconych dociekaniom na temat poziomu zdrowia, uwarunkowań jego kształtowania się czy zaleceń związanych z jego poprawą, poczucie koherencji jest przedmiotem prowadzonych badań. Z racji znaczenia prac Aarona Antonovsky'ego w stworzenie i badanie teorii poczucia koherencji, jego kwestionariusz SoC-29 (*Sense of Coherence Scale – skala poczucia koherencji*) jest najczęściej stosowanym narzędziem pomiarowym w takich badaniach.

Tabela 22. Struktura poczucia koherencji badanych studentów (bezwzględne wartości wskaźników kwestionariusza SoC 29) – ogólnie.

	ZRO	ZAR	SENS	SoC
AVG	44,83	45,54	35,58	125,96
SD	7,70	6,59	5,73	14,25

Tabela 22a. Procentowy wskaźnik maksymalnej wartości składowych poczucia koherencji u badanych studentów – ogólnie.

ZRO	ZAR	SENS
58,22%	64,04%	63,05%

Wyniki sondażu przeprowadzonego w niniejszej dysertacji kwestionariuszem SoC-29 określają średnie poczucie koherencji badanych studentów na poziomie 126 punktów, w skali od 0 do 203. Stosunkowo duża wartość odchylenia standardowego (SD) 14,25 wskazuje na występujące zróżnicowanie badanej grupy w tym zakresie (tab. 22.).

Ze względu na brak zrównoważenia wewnętrznego kwestionariusza SoC-29 w zakresie liczby możliwych do uzyskania punktów w obszarze poszczególnych komponentów koherencji, w celu charakterystyki jej struktury obliczono procentowy wskaźnik maksymalnej wartości składowych poczucia koherencji przedstawiony w kolejnych tabelach ze znacznikiem „a”. W wynikach zarejestrowanych dla całej badanej grupy studentów struktura wewnętrzna poczucia koherencji jest zróżnicowana (tab. 22a.). Dominują cechy związane z poczuciem zaradności (ZAR) oraz, na nieco niższym poziomie, poczuciem sensowności (SENS).. Zdecydowanie najniższą wartość przyjmuje wskaźnik poczucia zrozumienia (ZRO), która jest istotnie niższa w stosunku do wartości wskaźników pozostałych dwóch składowych ($p < 0,05$).

W tabelach 23. i 24. przedstawiono dane charakteryzujące bezwzględne wartości poziomu poczucia koherencji w kontekście zróżnicowania płciowego badanych osób. Uzyskane wyniki nie wskazują na występowanie znaczących różnic w ogólnym wskaźniku poczucia koherencji SoC u badanych kobiet i mężczyzn. Jednopunktowa przewaga w tym zakresie u mężczyzn nie ma istotności statystycznej. Wartości wskaźników odchylenia standardowego wskazują na podobny poziom zróżnicowania wskaźnika SoC u kobiet i mężczyzn objętych badaniami.

Tabela 23. Struktura poczucia koherencji badanych studentów (bezwzględne wartości wskaźników kwestionariusza SoC 29) – kobiety.

	ZRO	ZAR	SENS	SoC
AVG	43,93	45,84	35,63	125,40
SD	7,32	6,66	5,54	13,53

Nieco silniej zaznaczone jest zróżnicowanie płciowe w zakresie wewnętrznych struktur poczucia koherencji u kobiet i mężczyzn uczestniczących w sondażu (tab. 23a. – 24a.). Wprawdzie składowe SENS są na niemal identycznym poziomie, ale w zakresie składowych ZRO oraz ZAR różnice zarysowują się wyraźniej. Dotyczy to zwłaszcza komponentu zrozumienia, którego wartość u badanych mężczyzn jest wyższa o ponad 2 punkty od zarejestrowanej u kobiet. Różnica ta nie osiąga jednak poziomu istotności statystycznej.

Tabela 23a. Procentowy wskaźnik maksymalnej wartości składowych poczucia koherencji u badanych studentów – kobiety.

ZRO	ZAR	SENS
57,06%	65,48%	63,62%

Tabela 24. Struktura poczucia koherencji badanych studentów (bezwzględne wartości wskaźników kwestionariusza SoC 29) – mężczyźni.

	ZRO	ZAR	SENS	SoC
AVG	45,51	45,40	35,57	126,49
SD	7,88	6,52	5,87	14,69

Tabela 24a. Procentowy wskaźnik maksymalnej wartości składowych poczucia koherencji u badanych studentów – mężczyźni.

ZRO	ZAR	SENS
59,11%	64,86%	63,51%

Uwzględnienie zmiennej środowiska pochodzenia badanych osób w analizie poziomu ich poczucia koherencji prowadzi do interesujących spostrzeżeń (tabele 25. – 28.). Zarejestrowane wyniki wskazują, że u badanych osób pochodzących ze środowiska wiejskiego poziom poczucia koherencji jest wyraźnie niższy niż u badanych ze środowisk miejskich. Choć różnice te nie są istotne statystycznie, to jednak w przypadku komparacji danych ze środowisk wiejskich i z małych miast, zbliżają się do poziomu istotności.

Zróźnicowanie między wartościami SoC zarejestrowanymi u respondentów ze środowisk miejskich mieszczą się w obrębie 0,77 pkt. Grupa badanych ze środowisk wiejskich wykazuje największe wewnętrzne zróźnicowanie w zakresie wartości wskaźnika SoC, na co wskazuje wartość wskaźnika SD.

Tabela 25. Struktura poczucia koherencji badanych studentów (bezwzględne wartości wskaźników kwestionariusza SoC 29) – pochodzący ze wsi.

	ZRO	ZAR	SENS	SoC
AVG	42,87	44,82	36,05	123,75
SD	8,47	6,36	5,56	15,74

Tabela 25a. Procentowy wskaźnik maksymalnej wartości składowych poczucia koherencji u badanych studentów - pochodzący ze wsi.

ZRO	ZAR	SENS
55,68%	64,03%	64,37%

Tabela 26. Struktura poczucia koherencji badanych studentów (bezwzględne wartości wskaźników kwestionariusza SoC 29) – pochodzący z małego miasta (do 20 tys.).

	ZRO	ZAR	SENS	SoC
AVG	44,92	46,62	35,17	126,72
SD	7,67	6,56	6,52	14,27

Tabela 26a. Procentowy wskaźnik maksymalnej wartości składowych poczucia koherencji u badanych studentów – pochodzący z małego miasta (do 20 tys.).

ZRO	ZAR	SENS
58,33%	66,61%	62,81%

Badane osoby pochodzące ze środowisk wiejskich, mimo najniższego poziomu poczucia koherencji, wykazały się najwyższym poziomem wskaźnika składowej poczucia sensowności (tabele 25a. – 28a.). Jednocześnie studenci z tego środowiska uzyskali najniższą wartość wskaźnika składowej poczucia zrozumienia, gdzie różnica w tym zakresie w stosunku do przedstawicieli środowisk dużych i małych miast osiągnęła poziom istotności statystycznej ($p < 0,05$). Najwyższym poziomem poczucia zrozumienia wykazali się badani z dużych miast, natomiast w zakresie poczucia zaradności najwyższy wskaźnik osiągnęli respondenci pochodzący z miast małych, najwyraźniej, choć jedynie na granicy istotności, przeważając nad badanymi ze środowisk wiejskich. Studenci z małych miast osiągnęli jednocześnie najniższe wyniki w zakresie składowej poczucia sensowności.

Tabela 27. Struktura poczucia koherencji badanych studentów (bezwzględne wartości wskaźników kwestionariusza SoC 29) – pochodzący ze średniego miasta (20 – 100 tys.).

	ZRO	ZAR	SENS	SoC
AVG	44,27	45,64	36,04	125,95
SD	8,32	5,93	5,39	12,69

Tabela 27a. Procentowy wskaźnik maksymalnej wartości składowych poczucia koherencji u badanych studentów – pochodzący ze średniego miasta (20 – 100 tys.).

ZRO	ZAR	SENS
57,49%	65,20%	64,36%

Tabela 28. Struktura poczucia koherencji badanych studentów (bezwzględne wartości wskaźników kwestionariusza SoC 29) – pochodzący z dużego miasta (pow.100 tys.).

	ZRO	ZAR	SENS	SoC
AVG	45,44	45,45	35,46	126,36
SD	7,31	6,80	5,67	14,20

Tabela 28a. Procentowy wskaźnik maksymalnej wartości składowych poczucia koherencji u badanych studentów – pochodzący z dużego miasta (pow.100 tys.).

ZRO	ZAR	SENS
59%	64,94%	63,32%

Analiza stanu poczucia koherencji badanych studentów w kontekście ich aktywności fizycznej wskazuje na występowanie pewnych związków, ale w zakresie nie osiagającym poziomu istotności statystycznej (tabele 29. – 30.). Poziom wskaźnika SoC u respondentów deklarujących podejmowanie aktywności fizycznej w czasie wolnym jest o 2 pkt wyższy niż u zgłaszających bierność. Wartości wskaźników SD wskazują na również podobny stan zróżnicowania poziomu koherencji w obu grupach. Jest to nieco zaskakujące, gdyż teoretycznie bardziej aktywny tryb życia powinien w większym stopniu pozytywnie kształtować poziom koherencji człowieka.

Tabela 29. Struktura poczucia koherencji badanych studentów (bezwzględne wartości wskaźników kwestionariusza SoC 29) – podejmujący aktywność fizyczną w czasie wolnym.

	ZRO	ZAR	SENS	SoC
AVG	44,79	46,10	35,95	126,85
SD	7,59	6,56	5,81	14,28

Tabela 29a. Procentowy wskaźnik maksymalnej wartości składowych poczucia koherencji u badanych studentów – podejmujący aktywność fizyczną w czasie wolnym.

ZRO	ZAR	SENS
58,17%	65,86%	64,18%

Tabela 30. Struktura poczucia koherencji badanych studentów (bezwzględne wartości wskaźników kwestionariusza SoC 29) – nie podejmujący aktywności fizycznej w czasie wolnym.

	ZRO	ZAR	SENS	SoC
AVG	44,88	44,90	35,08	124,87
SD	7,80	6,52	5,56	13,94

Tabela 30a. Procentowy wskaźnik maksymalnej wartości składowych poczucia koherencji u badanych studentów – nie podejmujący aktywności fizycznej w czasie wolnym.

ZRO	ZAR	SENS
58,29%	64,14%	62,64%

W kontekście tematu rozprawy, najbardziej znaczącą zmienną różnicującą stan poczucia koherencji badanych jest środowisko akademickie, w którym oni studiują. W kolejnych fragmentach przedstawione są wyniki zarejestrowane w poszczególnych uczelniach odpowiadających wskazanym regionom etniczno-kulturowym Turcji.

Dane zawarte w tabelach 31. – 33. przedstawiają bezwzględne wyniki sondażu przeprowadzonego kwestionariuszem SoC-29 w środowisku uniwersytetu w Adiyaman.

Tabela 31. Struktura poczucia koherencji badanych studentów z Adiyaman (bezwzględne wartości wskaźników kwestionariusza SoC 29) – ogólnie.

	ZRO	ZAR	SENS	SoC
AVG	42,16	45,01	35,25	122,42
SD	8,19	6,56	5,55	14,54

Ogólny poziom poczucia koherencji zarejestrowany w całej badanej grupie w tym kurdyjskim ośrodku akademickim jest wyraźnie niższy w stosunku do stanu występującego w całej badanej grupie studentów (125,96). Jednocześnie nieco wyższa wartość wskaźnika SD wskazuje na większe zróżnicowanie występujące w tym zakresie u studentów z regionu kurdyjskiego. Dostrzegane jest także zróżnicowanie płciowe poziomu wskaźnika SoC. Badane studentki wykazują wyższy poziom koherencji od swoich kolegów na poziomie

zblizonym do 2 punktów, który jednak nie osiąga istotności statystycznej. Podobna różnica w poziomie SoC występuje między badanymi z Adiyaman a całą grupą kobiet poddanych sondażowi. Wyraźniejsza jest różnica w poziomie wskaźnika SoC między badanymi mężczyznami z ośrodka kurdyjskiego a wszystkimi mężczyznami objętymi sondażem (126,49). Sięga ona niemal poziomu istotności statystycznej.

Tabela 31a. Procentowy wskaźnik maksymalnej wartości składowych poczucia koherencji u badanych studentów z Adiyaman – ogólnie.

ZRO	ZAR	SENS
54,75%	64,30%	62,95%

Struktura wewnętrzna poczucia koherencji (tabele 31a. – 33a.) wszystkich badanych w Adiyaman różni się nieco od zarejestrowanej w całej badanej grupie. O ile wartości wskaźników składowych poczucia zaradności i sensowności są zbliżone do występujących w całej badanej grupie studentów, to komponent poczucia zrozumienia jest w środowisku kurdyjskim istotnie niższy ($p < 0,05$) niż w całej grupie gdzie osiągnął wartość 58,22%.

Tabela 32. Struktura poczucia koherencji badanych studentów z Adiyaman (bezwzględne wartości wskaźników kwestionariusza SoC 29) – kobiety.

	ZRO	ZAR	SENS	SoC
AVG	41,73	45,70	35,85	123,49
SD	7,88	6,48	5,22	14,41

Tabela 32a. Procentowy wskaźnik maksymalnej wartości składowych poczucia koherencji u badanych studentów z Adiyaman – kobiety.

ZRO	ZAR	SENS
54,19%	65,29%	64,02%

W środowisku kurdyjskim zarejestrowano również zróżnicowanie płciowe w zakresie struktury wewnętrznej poczucia koherencji u badanych osób. U kobiet poddanych sondażowi wyższy poziom osiągnęły składowe poczucia zaradności oraz poczucia sensowności. Natomiast wartość wskaźnika poczucia zrozumienia okazała się wyższa badanych mężczyzn. W każdym jednak przypadku zarejestrowane różnice nie wykazują istotności statystycznej.

Tabela 33. Struktura poczucia koherencji badanych studentów z Adiyaman (bezwzględne wartości wskaźników kwestionariusza SoC 29) – mężczyźni.

	ZRO	ZAR	SENS	SoC
AVG	42,46	44,51	34,82	121,81
SD	8,47	6,63	5,77	14,73

Tabela 33a. Procentowy wskaźnik maksymalnej wartości składowych poczucia koherencji u badanych studentów z Adiyaman – mężczyźni.

ZRO	ZAR	SENS
55,15%	63,59%	62,19%

W wielokulturowym środowisku uniwersytetu w Ankarze wartość wskaźnika SoC (tabela 34. – 36.) uzyskana w całej badanej grupie jest nieznacznie wyższa od zarejestrowanej dla wszystkich badanych ogólnie (125,96). Wartość odchylenia standardowego sugeruje nieco mniejsze zróżnicowanie grupy studentów z Ankary w tym zakresie w stosunku do wszystkich badanych, u których wskaźnik SD wyniósł 14,25. Różnice te nie są jednak istotne statystycznie. Poziom poczucia koherencji u studentek ze stołecznej uczelni jest wyższy o około 1,5 pkt od uzyskanego w sondażu wszystkich badanych kobiet, a także u kolegów w ich środowisku. Natomiast badani w Ankarze mężczyźni wykazują niższy niż zarejestrowany ogólnie u mężczyzn wskaźnik SoC wynoszący 126,49. Wskazane tu jednak różnice nie osiągają poziomu istotności statystycznej. Na podstawie wartości wskaźników odchylenia standardowego stwierdzić można, że grupa kobiet i grupa mężczyzn wykazuje podobne zróżnicowanie wewnętrzne w stanie poczucia koherencji.

Tabela 34. Struktura poczucia koherencji badanych studentów z Ankary (bezwzględne wartości wskaźników kwestionariusza SoC 29) – ogólnie.

	ZRO	ZAR	SENS	SoC
AVG	47,54	44,40	34,48	126,43
SD	7,03	6,88	5,92	14,01

Tabela 34a. Procentowy wskaźnik maksymalnej wartości składowych poczucia koherencji u badanych studentów z Ankary – ogólnie.

ZRO	ZAR	SENS
61,74%	63,43%	61,57%

Obraz struktury wewnętrznej poczucia koherencji (tabele 34a. – 36a.) zarejestrowany u badanych na Uniwersytecie w Ankarze wskazuje na jej większe zrównoważenie niż w przypadku całej badanej grupy. Najwyższy poziom uzyskał wskaźnik składowej poczucia zaradności, a nieco niższy, ale praktycznie taki sam poziom osiągnęły wskaźniki składowych poczucia zrozumienia oraz sensowności. W całej badanej grupie również dominował wskaźnik ZAR (64,04%), natomiast różnice między składowymi ZRO oraz SENS były wyraźnie i istotne ($p < 0,05$) statystycznie (odpowiednio 58,22% i 63,05%).

Tabela 35. Struktura poczucia koherencji badanych studentów z Ankary (bezwzględne wartości wskaźników kwestionariusza SoC 29) – kobiety.

	ZRO	ZAR	SENS	SoC
AVG	47,15	45,44	34,52	127,13
SD	6,74	7,43	5,76	14,14

Tabela 35a. Procentowy wskaźnik maksymalnej wartości składowych poczucia koherencji u badanych studentów z Ankary – kobiety.

ZRO	ZAR	SENS
61,24%	64,92%	61,65%

Struktury wewnętrzne poczucia koherencji występujące u kobiet i u mężczyzn badanych w Ankarze są zbliżone do siebie. Poziom poczucia sensowności u obu płci jest w praktyce taki sam. Natomiast składowa poczucia zrozumienia jest wyższa u badanych mężczyzn, a komponent poczucia zaradności u badanych kobiet. Przy czym różnice te nie są istotne statystycznie.

Tabela 36. Struktura poczucia koherencji badanych studentów z Ankary (bezwzględne wartości wskaźników kwestionariusza SoC 29) – mężczyźni.

	ZRO	ZAR	SENS	SoC
AVG	47,88	43,48	34,44	125,81
SD	7,33	6,29	6,13	14,03

Tabela 36a. Procentowy wskaźnik maksymalnej wartości składowych poczucia koherencji u badanych studentów z Ankary – mężczyźni.

ZRO	ZAR	SENS
62,18%	62,12%	61,50%

W arabskim środowisku Uniwersytetu w Hatay badane osoby wykazały się najwyższym wskaźnikiem ogólnym poczucia koherencji (tabele 37. – 39.), którego wartość przekraczała o ponad 3 pkt wartość zarejestrowanego SoC dla całej badanej grupy studentów. Różnica ta nie osiąga jednak poziomu istotności statystycznej. Jednocześnie zarejestrowano tu zbliżoną do innych grup wartość odchylenia standardowego wskazującego na przeciętne zróżnicowanie wewnętrzne w tej grupie w zakresie analizowanej zmiennej. W grupie studentek z Hatay uzyskano wyższy poziom poczucia koherencji niż u ich kolegów sięgający 131 pkt, co jest też największą wartością zarejestrowaną w kontekście wszystkich występujących w tych badaniach zmiennych. Jednocześnie badane studentki, przy najniższym wskaźniku SD, charakteryzują się najwyższą jednorodnością grupy w zakresie stanu poczucia koherencji. Badani mężczyźni z tego środowiska również wykazali się wyższym poziomem wskaźnika SoC w porównaniach do innych grup męskich, jednak jednocześnie jest to najbardziej zróżnicowana wewnętrznie grupa w kontekście tego wskaźnika (SD = 15,38).

Tabela 37. Struktura poczucia koherencji badanych studentów z Hatay (bezwzględne wartości wskaźników kwestionariusza SoC 29) – ogólnie.

	ZRO	ZAR	SENS	SoC
AVG	46,26	46,71	36,18	129,16
SD	7,62	6,37	5,86	14,45

Tabela 37a. Procentowy wskaźnik maksymalnej wartości składowych poczucia koherencji u badanych studentów z Hatay – ogólnie.

ZRO	ZAR	SENS
60,08%	66,73%	64,61%

Analiza wewnętrznej struktury poczucia koherencji (tabele 37a. – 39.a) u osób badanych w środowisku arabskim wskazuje na duże dysproporcje między poszczególnymi składowymi. W obrazie całej grupy z Hatay daje się zauważać najsilniej rozwinięty komponent poczucia zaradności i najsłabsza składowa poczucia zrozumienia. Różnica między nimi, a także między składowymi poczucia zrozumienia i sensowności jest istotna statystycznie ($p < 0,05$). Podobne, a nawet nieco silniejsze zróżnicowanie występuje w wynikach zarejestrowanych w kontekście zmiennej płci, zarówno w grupie kobiet, jak i mężczyzn.

Tabela 38. Struktura poczucia koherencji badanych studentów z Hatay (bezwzględne wartości wskaźników kwestionariusza SoC 29) – kobiety.

	ZRO	ZAR	SENS	SoC
AVG	46,58	47,72	36,51	130,82
SD	6,47	5,83	5,32	12,03

Tabela 38a. Procentowy wskaźnik maksymalnej wartości składowych poczucia koherencji u badanych studentów z Hatay – kobiety.

ZRO	ZAR	SENS
60,50%	68,17%	65,20%

Tabela 39. Struktura poczucia koherencji badanych studentów z Hatay (bezwzględne wartości wskaźników kwestionariusza SoC 29) – mężczyźni.

	ZRO	ZAR	SENS	SoC
AVG	46,13	46,28	36,04	128,46
SD	8,09	6,58	6,11	15,38

Tabela 39a. Procentowy wskaźnik maksymalnej wartości składowych poczucia koherencji u badanych studentów z Hatay – mężczyźni.

ZRO	ZAR	SENS
59,91%	66,13%	64,36%

Ostatnim, rdzenie tureckim, środowiskiem kulturowo-etnicznym analizowanym w zakresie stanu poczucia koherencji u badanych osób jest Uniwersytet w Yozgat. Studenci z tego ośrodka uzyskali bardzo zbliżoną do przeciętnej z całych badań (125,96) wartość wskaźnika SoC (tabela 40. – 42.). Jednocześnie z najniższym poziomem odchylenia standardowego wskazującym na stosunkowo małe zróżnicowanie ogólnego poczucia koherencji w tej grupie. Na wynik całej grupy z Yozgat składają się silnie zróżnicowane średnie wartości wskaźnika SoC zarejestrowane u badanych kobiet i mężczyzn. Studentki z rdzennego środowiska tureckiego uzyskały istotnie statystycznie ($p < 0,05$) wynik od swoich kolegów poddanych sondażowi. Przy czym zarówno wyniki kobiet jak i mężczyzn w tym środowisku nie różnią się statystycznie od wyników uzyskanych przez całe badane grupy kobiet oraz mężczyzn.

Tabela 40. Struktura poczucia koherencji badanych studentów z Yozgat (bezwzględne wartości wskaźników kwestionariusza SoC 29) – ogólnie.

	ZRO	ZAR	SENS	SoC
AVG	43,98	46,01	36,26	126,25
SD	6,74	6,40	5,51	13,19

Tabela 40a. Procentowy wskaźnik maksymalnej wartości składowych poczucia koherencji u badanych studentów z Yozgat – ogólnie.

ZRO	ZAR	SENS
56,68	65,72%	64,75%

Tabela 41. Struktura poczucia koherencji badanych studentów z Yozgat (bezwzględne wartości wskaźników kwestionariusza SoC 29) – kobiety.

	ZRO	ZAR	SENS	SoC
AVG	41,71	45,15	35,77	122,63
SD	6,41	6,64	5,78	12,30

Tabela 41a. Procentowy wskaźnik maksymalnej wartości składowych poczucia koherencji u badanych studentów z Yozgat – kobiety.

ZRO	ZAR	SENS
54,17%	64,50%	63,88%

W środowisku Uniwersytetu w Yozgat zarejestrowano największe zróżnicowanie wewnętrznej struktury poczucia koherencji u badanych osób (tabele 40a. – 42a). Dotyczy to przede wszystkim bardzo niskiego poziomu składowej poczucia zrozumienia. W odniesieniu do ogółu badanych najwyższe wartości uzyskuje wskaźnik poczucia zaradności i nieco niższe wskaźnik poczucia sensowności, gdzie występująca między nimi różnica nie jest istotna. Obie te składowe zdecydowanie i istotnie statystycznie ($p < 0,05$) przewyższają wartość wskaźnika składowej poczucia zrozumienia. Podobne relacje zachodzą między wartościami wskaźników zarejestrowanych w grupie badanych w Yozgat kobiet oraz w grupie mężczyzn. Przy czym zróżnicowanie struktur poczucia koherencji między kobietami i mężczyznami nie jest istotne statystycznie.

Tabela 42. Struktura poczucia koherencji badanych studentów tureckich z Yozgat (bezwzględne wartości wskaźników kwestionariusza SoC 29) – mężczyźni.

	ZRO	ZAR	SENS	SoC
AVG	45,96	46,82	36,64	129,42
SD	6,28	6,17	5,28	13,13

Tabela 42a. Procentowy wskaźnik maksymalnej wartości składowych poczucia koherencji u badanych studentów z Yozgat – mężczyźni.

ZRO	ZAR	SENS
57,11%	66,88%	65,42%

W podsumowaniu analizy wyników dotyczących poczucia koherencji należy wskazać na zróżnicowanie jej stanu w poszczególnych środowiskach kulturowo-etnicznych. Tabela 43. zawiera zbiorcze dane dotyczące poziomu ogólnego wskaźnika poczucia koherencji SoC oraz jej struktury w wartościach procentowych maksymalnego poziomu poszczególnych komponentów w odniesieniu do wszystkich badanych osób w poszczególnych środowiskach. Przeciętny poziom poczucia koherencji w badanych środowiskach nie jest jednolity. Najwyższą średnią wartość wskaźnika SoC zarejestrowano w arabskim środowisku Uniwersytetu w Hatay. Natomiast najniższy poziom poczucia koherencji wystąpił u badanych kurdyjskim środowisku uczelni w Adiyaman. Różnica między tymi ośrodkami osiągnęła poziom istotności statystycznej ($p < 0,05$). W dwóch pozostałych ośrodkach poziom poczucia koherencji badanych studentów jest w praktyce identyczny, a różnice w stosunku do zarejestrowanego poziomu najwyższego i najniższego nie są istotne statystycznie.

Tab. 43. Zróżnicowanie stanu poczucia koherencji w poszczególnych środowiskach kulturowo-etnicznych – wszyscy badani.

Środowisko	SoC	ZRO	ZAR	SENS
Adiyaman	122,42	54,75 %	64,30 %	62,95 %
Ankara	126,43	61,74 %	63,43 %	61,57 %
Hatay	129,16	60,08 %	66,73 %	64,61 %
Yozgat	126,25	56,68 %	65,72 %	64,75 %

Struktura wewnętrzna poczucia koherencji badanych studentów jest w poszczególnych ośrodkach nie jest jednolita. Najbardziej równomierne wartości wskaźników poszczególnych składowych wystąpiły u badanych w Ankarze, a nieco wyższe ich zróżnicowanie zarejestrowano w Hatay. Natomiast w ośrodkach w Adiyaman i w Yozgat zaobserwowano podobne, najwyżej zróżnicowane struktury. Największe różnice między ośrodkami wystąpiły w zakresie komponentu poczucia zrozumienia, gdzie dysproporcje między ośrodkami w Adiyaman oraz Yozgat a ośrodkami w Ankarze i Hatay osiągnęły poziom istotności statystycznej ($p < 0,05$).

Tab. 44. Zróżnicowanie stanu poczucia koherencji w poszczególnych środowiskach kulturowo-etnicznych – kobiety.

Środowisko	SoC	ZRO	ZAR	SENS
Adiyaman	123,49	54,19 %	65,29 %	64,02 %
Ankara	127,13	61,24 %	64,92 %	61,65 %
Hatay	130,82	60,50 %	68,17 %	65,20 %
Yozgat	122,63	54,17 %	64,50 %	63,88 %

W grupie badanych kobiet zarejestrowano znaczne zróżnicowanie stanu ich ogólnego poczucia koherencji (tab. 44.). Najwyższą wartość wskaźnika SoC osiągnęły studentki w arabskim Hatay, a różnica między nimi a koleżankami w Yozgat i Adiyaman, których wyniki były najniższe, okazała się istotna statystycznie ($p < 0,05$). W środowisku wielokulturowej Ankary badane kobiety charakteryzowały się średnim poziomem poczucia koherencji. Zarejestrowane struktury wewnętrzne poczucia koherencji, podobnie jak w analizie całej badanej grupy, były niejednorodne. Największe zróżnicowanie wystąpiło w strukturze występującej u badanych studentek w Hatay, przy czym przewaga komponentów poczucia zaradności i poczucia sensowności nad komponentem poczucia zrozumienia osiągnęła poziom istotności statystycznej ($p < 0,05$). Podobne relacje, choć przy mniejszym ogólnym zróżnicowaniu, wystąpiły w strukturze poczucia koherencji u badanych w Adiyaman oraz w Yozgat. Natomiast w grupie kobiet z Ankary zarejestrowana struktura poczucia koherencji była najbardziej jednolita. Różnice międzyśrodowiskowe w zakresie poziomem poczucia zaradności oraz poczucia sensowności okazały się istotne statystycznie ($p < 0,05$) w ośrodkach w Ankarze i Hatay. Natomiast w zakresie poczucia zrozumienia w obu tych

ośrodkach zarejestrowano istotnie wyższe ($p<0,05$) wartości wskaźników niż w ośrodkach w Yozgat i w Adiyaman, gdzie były one praktycznie identyczne.

Tab. 45. Zróżnicowanie stanu poczucia koherencji w poszczególnych środowiskach kulturowo-etnicznych – mężczyźni.

Środowisko	SoC	ZRO	ZAR	SENS
Adiyaman	121,81	55,15 %	63,59 %	62,19 %
Ankara	125,81	62,18 %	62,12 %	61,50 %
Hatay	128,46	59,91 %	66,13 %	64,36 %
Yozgat	129,42	57,11 %	66,88 %	65,42 %

Nieco inny obraz zróżnicowania poczucia koherencji w poszczególnych ośrodkach akademickich zarejestrowano w przypadku badanych mężczyzn (tab. 45.). Najwyższa wartość wskaźnika SoC wystąpiła u badanych w Yozgat (w przypadku kobiet był on najniższy), a nieistotnie niższa w Hatay. Wartości te były nieistotnie niższe niż osiągnięte przez badanych w Ankarze, natomiast różnica w stosunku do najniższego poziomu wykazanego u studentów w Adiyaman była statystycznie znacząca ($p<0,05$). Struktura wewnętrzna poczucia koherencji najbardziej jednorodna była u badanych mężczyzn w Ankarze (podobnie jak u kobiet). W pozostałych ośrodkach badani wykazali się większym i podobnym zróżnicowaniem struktur, w których wyraźnie składowa poczucia zrozumienia była na najniższym poziomie. W każdym z tych ośrodków relacja ta wykazywała istotność statystyczną na poziomie $p<0,05$. Natomiast różnice w wartościach wskaźników poczucia zaradności oraz poczucia sensowności u badanych we wszystkich ośrodkach nie wykazały znaczenia statystycznego. Zróżnicowanie wartości wskaźników poszczególnych komponentów poczucia koherencji między ośrodkami dotyczyło przede wszystkim poczucia zrozumienia i poczucia zaradności. Różnice istotne statystycznie ($p<0,05$) wystąpiły między ośrodkami w Ankarze i w Hatay a ośrodkiem w Adiyaman w zakresie poczucia zrozumienia. Poczucia zaradności różnicowało statystycznie istotnie ośrodki w Yozgat i w Hatay z ośrodkami w Ankarze i w Adiyaman ($p<0,05$). W zakresie poczucia sensowności istotna statystycznie ($p<0,05$) różnica wystąpiła między ośrodkiem w Yozgat (najwyższa wartość) a ośrodkiem w Ankarze (najniższa wartość).

3. Aktywność fizyczna

Systematyczne podejmowanie aktywności fizycznej jest jednym z ważniejszych elementów zachowań zdrowotnych mających istotne konsekwencje dla utrzymania pozytywnego obrazu zdrowia oraz pełni gotowości do realizacji różnego rodzaju zadań w życiu codziennym. Aktywność i związane z nią kompetencje motoryczne, w salutogenetycznej koncepcji zdrowia, pozwalają na skuteczne przemieszczanie się jednostki we właściwym kierunku na linii kontinuum zdrowia (Antonovsky, 2005).

W przeprowadzonych badaniach dokonano analizy kilku wskaźników związanych z aktywnością fizyczną rozpatrywaną w kontekście tematyki badań. Należały do nich frakcje procentowe odsetka grupy badawczej w podgrupach podejmujących aktywność fizyczną w sposób zorganizowany i samodzielny, częstość jej podejmowania w okresie miesięcznym oraz czas na nią przeznaczany w tym samym okresie.

Tab. 44. Wskaźniki aktywności fizycznej badanych studentów – cała grupa.

Wskaźnik	AF ORG	Częstość AF ORG w miesiącu	AF SAM	Częstość AF SAM w miesiącu	Czas AF w miesiącu w godzinach
AVG	35,7%	7,9	54,5%	8,4	18,2
SD	-	5,3	-	6,6	18,9

AF ORG – aktywność fizyczna zorganizowana;
AF SAM – aktywność fizyczna samodzielna

W tabeli 44. zostały przedstawione dane w tym zakresie odnoszące się do całej badanej grupy studentów. Warto zaznaczyć, że 21,2% badanych osób deklarowało systematyczne uprawianie w swoim dotychczasowym życiu sportu na różnym poziomie zaawansowania. Z zebranych deklaracji wynika, że okres podejmowania treningów wahał się od roku do 11 lat. Fakt ten z pewnością może sprzyjać utrzymywaniu aktywności fizycznej przez te osoby w chwili prowadzenia badań. Ogólnie podejmowanie aktywności fizycznej w różnych zorganizowanych zajęciach ruchowych deklarowało nieco ponad jedna trzecia badanych, twierdząc że robią to przeciętnie prawie 8 razy w miesiącu. Natomiast ponad połowa respondentów deklarowała regularne podejmowanie aktywności fizycznej samodzielnie z miesięczną częstością niewiele wyższą niż w przypadku aktywności zorganizowanej. Czas jaki badani poświęcają w miesiącu na aktywność fizyczną jest dość niski. Należy również podkreślić, że wskaźniki odchyień standardowych wskazują na dość silne zróżnicowanie wewnętrzne w obrazie aktywności fizycznej całej badanej grupy

Nieco zaskakująco prezentują się wyniki charakteryzujące zróżnicowanie płciowe w zakresie aktywności fizycznej całej grupy badawczej (tabele 45. i 46.) Zarówno w zakresie aktywności zorganizowanej jak i samodzielnej większy odsetek kobiet niż mężczyzn deklaruje systematyczne działania. Wprawdzie różnica dotycząca zajęć samodzielnych nie jest istotna statystycznie, ale już w przypadku zajęć zorganizowanych tak, na poziomie $p < 0,05$.

Tab. 45. Wskaźniki aktywności fizycznej badanych studentów – kobiety.

Wskaźnik	Odsetek podejmujących AF ORG	Częstość AF ORG w miesiącu	Odsetek podejmujących AF SAM	Częstość AF SAM w miesiącu	Czas AF w miesiącu w godzinach
AVG	39,1%	6,3	57,1%	6,7	9,1
SD	-	2,1	-	5,7	13,4

W analizie wskaźników czasowych aktywności fizycznej lepiej wypadają badani mężczyźni. Deklarują oni wyższą częstość podejmowania aktywności w miesiącu zarówno w odniesieniu do form zorganizowanych jak i samodzielnych. Różnice między nimi a ich koleżankami są w obu obszarach istotne statystycznie na poziomie $p < 0,05$. Jeszcze większa dominacja mężczyzn daje się zaobserwować w miesięcznym wymiarze czasu deklarowanego na podejmowanie aktywności fizycznej, a różnica jest oczywiście istotna. Należy jednak podkreślić, że zarówno u badanych kobiet jak i mężczyzn, deklarowany miesięczny czas aktywności fizycznej nie jest szczególnie wysoki. Również w kontekście dymorfizmu płciowego daje się zauważyć znaczne zróżnicowanie wewnętrzne analizowanych podgrup w zakresie wskaźników charakteryzujących aktywność fizyczną. Jako uzupełnienie informacji w tym zakresie można dodać, że odsetek badanych kobiet i mężczyzn posiadających doświadczenia treningowe jest podobny 20,5% i 22,4% przy bardzo podobnym rozrzucie stażu treningowego od 1 do 10 lat u kobiet i 11 lat u mężczyzn.

Tab. 46. Wskaźniki aktywności fizycznej badanych studentów – mężczyźni.

Wskaźnik	Odsetek podejmujących AF ORG	Częstość AF ORG w miesiącu	Odsetek podejmujących AF SAM	Częstość AF SAM w miesiącu	Czas AF w miesiącu w godzinach
AVG	33,6%	10,5	53,2%	9,7	22,7
SD	-	5,6	-	7,2	22,8

Czynnik środowiska pochodzenia badanych osób w sposób znaczący różnicuje zarejestrowany stan ich aktywności fizycznej (tabele 47. – 51.). Ogólnie, bez względu na analizowane środowisko, większy odsetek badanych podejmuje w czasie wolnym aktywność samodzielną niż zorganizowaną. Różnice w tym zakresie wynoszą od około 20% w środowiskach wiejskich, aż do blisko 45% w środowiskach małomiasteczkowych i w każdej sytuacji są istotne ($p < 0,05$). Najwyższe wskaźniki populacyjne badanych studentów aktywnych fizycznie wystąpiły w środowiskach miast średniej wielkości, następnie miastach dużych i małych, a najniższe na wsiach.

Tab. 47. Wskaźniki aktywności fizycznej badanych studentów – pochodzący ze wsi.

Wskaźnik	Odsetek podejmujących AF ORG	Częstość AF ORG w miesiącu	Odsetek podejmujących AF SAM	Częstość AF SAM w miesiącu	Czas AF w miesiącu w godzinach
AVG	39,3%	10,3	48,2	11,2	13,8
SD	-	6,4	-	8,2	14,8

Tab. 48. Wskaźniki aktywności fizycznej badanych studentów – pochodzący z małych miast (do 20 tys. mieszkańców).

Wskaźnik	Odsetek podejmujących AF ORG	Częstość AF ORG w miesiącu	Odsetek podejmujących AF SAM	Częstość AF SAM w miesiącu	Czas AF w miesiącu w godzinach
AVG	31,4%	4,7	56,9%	7,5	21,0
SD	-	3,1	-	6,6	23,6

Tab. 49. Wskaźniki aktywności fizycznej badanych studentów – pochodzący z średnich miast (od 20 tys. do 100 tys. mieszkańców).

Wskaźnik	Odsetek podejmujących AF ORG	Częstość AF ORG w miesiącu	Odsetek podejmujących AF SAM	Częstość AF SAM w miesiącu	Czas AF w miesiącu w godzinach
AVG	43,8%	7,6	60,4%	9,1	22,2
SD	-	5,5	-	7,0	27,9

Inne prawidłowości wystąpiły w zakresie zarejestrowanych miesięcznych częstości podejmowania przez badanych aktywności fizycznej rozpatrywanej w kontekście środowiska ich stałego zamieszkania. Osoby pochodzące ze wsi deklarowały najwyższą częstość podejmowania aktywności fizycznej – zarówno zorganizowanej jak i samodzielnej. Najniższą, zbliżoną do siebie, częstością wykazali się natomiast studenci pochodzący z małych miasteczek i dużych aglomeracji. Różnice między nimi a pozostałymi respondentami w tym zakresie były istotne ($p < 0,05$). Warto również zauważyć, że wartości wskaźników odchylenia standardowego we wszystkich środowiskach sugerują znaczne zróżnicowanie populacyjne częstości podejmowania aktywności fizycznej przez badane osoby. Zróżnicowanie takie jest jeszcze bardziej widoczne w zakresie przeciętnego czasu przeznaczanego przez badanych na podejmowanie aktywności fizycznej w miesiącu. Zakres deklarowanych wartości wahał się od kilku do kilkudziesięciu godzin. Prawidłowością w tym zakresie jest to, że badani ze środowisk wiejskich istotnie mniej czasu w miesiącu poświęcają na podejmowanie aktywności fizycznej niż ich odpowiednicy ze środowisk miejskich. Czas ten w przypadku tych środowisk jest bardzo podobny.

Tab. 50. Wskaźniki aktywności fizycznej badanych studentów – pochodzący z dużych miast (pow. 100 tys. mieszkańców).

Wskaźnik	Odsetek podejmujących AF ORG	Częstość AF ORG w miesiącu	Odsetek podejmujących AF SAM	Częstość AF SAM w miesiącu	Czas AF w miesiącu w godzinach
AVG	34,2%	7,9	54,1%	7,8	21,3
SD	-	5,2	-	6,2	24,2

Tab. 51. Zróżnicowanie aktywności fizycznej badanych studentów ze względu na miejsce pochodzenia – wartości AVG.

Wskaźnik / środowisko	Odsetek podejmujących AF ORG	Częstość AF ORG w miesiącu	Odsetek podejmujących AF SAM	Częstość AF SAM w miesiącu	Czas AF w miesiącu w godzinach
wieś	39,3%	10,3	48,2	11,2	13,8
miasto małe	31,4%	4,7	56,9%	7,5	21,0
miasto średnie	43,8%	7,6	60,4%	9,1	22,2
miasto duże	34,2%	7,9	54,1%	7,8	21,3

Stosownie do założenia problemowego dysertacji, badania prowadzone były w ośrodkach akademickich umiejscowionych w centrach kulturowych charakterystycznych dla rozpatrywanych grup etnicznych. W taki sposób można podjąć próbę łączenia stanu aktywności fizycznej badanych z wpływami na ten stan wzorców kulturowych obowiązujących w danym środowisku. Oczywiście obraz tego stanu może być zniekształcany przez inne czynniki, np. wcześniej omówiony czynnik środowiska pochodzenia, ale ze względu na ograniczone możliwości dostępu do szerszej grupy badanych przyjęto analizę prowadzoną niezależnie w oparciu o jedną zmienną różnicującą.

W tabelach 52. – 61. przedstawione zostały dane obrazujące stan aktywności fizycznej badanych studiujących w poszczególnych środowiskach kulturowo-etnicznych. Różnice kulturowe w środowiskach etnicznych Turcji dość znacznie różnicują funkcjonowanie społeczne kobiet i mężczyzn. Stąd też, zostało to uwzględnione w analizowanych danych.

Tab. 52. Wskaźniki aktywności fizycznej badanych studiujących w Adiyaman – kobiety.

Wskaźnik	Odsetek podejmujących AF ORG	Częstość AF ORG w miesiącu	Odsetek podejmujących AF SAM	Częstość AF SAM w miesiącu	Czas AF w miesiącu w godzinach
AVG	17,1%	3,0	39,0%	6,7	6,7
SD	-	1,7	-	6,2	3,9

Tab. 53. Wskaźniki aktywności fizycznej badanych studiujących w Adiyaman – mężczyźni.

Wskaźnik	Odsetek podejmujących AF ORG	Częstość AF ORG w miesiącu	Odsetek podejmujących AF SAM	Częstość AF SAM w miesiącu	Czas AF w miesiącu w godzinach
AVG	21,1%	4,3	51,7%	5,7	8,3
SD		2,1		6,2	12,0

W analizie aktywności fizycznej badanych studentek w kontekście środowiska studiowania widocznych jest kilka prawidłowości. Po pierwsze, bez względu na środowisko studiowania, istotnie ($p < 0,05$) wyższy odsetek badanych studentek podejmuje aktywność fizyczną samodzielnie niż w formach zorganizowanych. Jest to spójne z wcześniejszą analizą.

Kolejnym spostrzeżeniem jest fakt wyodrębnienia się dwóch grup środowisk akademickich zróżnicowanych pod kątem aktywności fizycznej studentek. Do jednej grupy, charakteryzującej się niskim wskaźnikiem populacyjnym aktywnych fizycznie badanych kobiet, należą ośrodki w Adiyaman oraz w Ankarze. Drugą grupę, o wysokich wskaźnikach populacyjnych aktywności fizycznej, stanowią ośrodki w Hatay oraz w Yozgat. Analiza danych wskazuje na bardzo duże różnice w wartości wskaźników odsetka kobiet podejmujących aktywność fizyczną, zarówno samodzielną jak i zorganizowaną.

Niski odsetek aktywnych fizycznie kobiet – studentek w ośrodku w Adiyaman nie powinien być zaskoczeniem. Jest to ośrodek nacechowany kurdyjskimi wzorcami kulturowymi, które w znacznym stopniu ograniczają aktywność społeczną kobiet. W konsekwencji wszelkie formy ich codziennej aktywności, w tym również ruchowej – fizycznej są zredukowane w stosunku do spotykanych w innych społecznościach kulturowych. Inna sytuacja występuje w przypadku ośrodka w stołecznej Ankarze. Została ona wytypowana do badań, jako środowisko wielokulturowe, nowoczesne, w którym nie tylko polaryzują się wzorce kulturowe, ale tworzą się warunki do eliminacji ewentualnych negatywnych przejawów wybranych kultur. Uzyskane wyniki wskazują, że w odniesieniu do analizowanego zjawiska aktywności fizycznej kobiet, takie efekty społeczne nie są dostrzegane. W praktyce odsetek aktywnych fizycznie studentek z Ankary jest podobny do zarejestrowanego w Adiyaman. Trudno jest wskazać co jest tego przyczyną. Wyjaśnienia tego stanu rzeczy można dokonać jedynie poprzez kolejne badania.

Wyraźnie inny – lepszy obraz aktywności fizycznej badanych studentek rysuje się w analizie danych ze środowisk Hatay i Yozgat. Są to ośrodki o silnych tradycjach kulturowych odpowiednio arabskich i tureckich. Sytuacja kobiet w realnej arabskiej kulturze regionu Hatay, a także we współczesnej, nacechowanej wpływami europejskimi kulturze tureckiej jest wyraźnie inna, niż we wcześniej analizowanym przypadku środowiska kurdyjskiego w Adiyaman. Wyższa, bardziej równouprawniona pozycja społeczna kobiet – choć wypowiedzi niektórych badanych w wywiadach są nieco inne, zapewnia im większą swobodę podejmowania wszelkich form aktywności społecznej. Obrazem tego są wartości analizowanych wskaźników aktywności fizycznej. Dotyczą one nie tylko wskaźnika odsetka populacyjnego, ale również wskaźników częstości podejmowania aktywności fizycznej w miesiącu oraz jej przeciętnego czasu w miesiącu. Różnice między wskazanymi dwiema grupami ośrodków akademickich dotyczącymi tych wskaźników są również istotne ($p < 0,05$).

Tab. 54. Wskaźniki aktywności fizycznej badanych studiujących w Ankarze – kobiety.

Wskaźnik	Odsetek podejmujących AF ORG	Częstość AF ORG w miesiącu	Odsetek podejmujących AF SAM	Częstość AF SAM w miesiącu	Czas AF w miesiącu w godzinach
AVG	21,2%	4,4	39,5%	3,5	11,2
SD	-	2,5	-	4,2	7,9

Nieco zaskakujące może być to, że w analizie aktywności fizycznej badanych mężczyzn również tworzą się podobne jak u kobiet dwie grupy środowisk. I również w przypadku mężczyzn Adiyaman i Ankara są ośrodkami o niskiej aktywności studentów. O ile dane dotyczące aktywności badanych mężczyzn w kurdyjskim Adiyaman są logiczne – aktywność studentów jest wyraźnie wyższa niż studentek, to sytuacja w Ankarze jest całkowicie odmienna. Tutaj badani mężczyźni wykazali się najgorszymi wskaźnikami odsetka podejmujących aktywność fizyczną. Na podstawie danych uzyskanych w badaniach kreuje się obraz bardzo pasywnego fizycznie środowiska studenckiego, w którym zwłaszcza zaskakująco mała część mężczyzn podejmuje aktywność fizyczną.

Analiza częstości i czasu przeznaczanego w miesiącu na podejmowanie aktywności fizycznej przez badanych mężczyzn kreuje nieco inny stan zróżnicowania między badanymi ośrodkami. Częstość podejmowania aktywności fizycznej przez badanych mężczyzn w Adiyaman, Ankarze i Hatay jest zbliżony. Jedynie studenci w rdzennie tureckim Yozgat istotnie częściej w miesiącu podejmują aktywność fizyczną. Zarysowuje się natomiast duża różnica w czasie przeznaczanym miesięcznie na aktywność fizyczną na korzyść badanych z Hatay i Yozgat ($p < 0,05$).

Tab. 55. Wskaźniki aktywności fizycznej badanych studiujących w Ankarze – mężczyźni.

Wskaźnik	Odsetek podejmujących AF ORG	Częstość AF ORG w miesiącu	Odsetek podejmujących AF SAM	Częstość AF SAM w miesiącu	Czas AF w miesiącu w godzinach
AVG	13,9%	6,0	16,3%	4,9	10,6
SD	-	3,5	-	3,2	13,3

Tab. 56. Wskaźniki aktywności fizycznej badanych studiujących w Hatay – kobiety.

Wskaźnik	Odsetek podejmujących AF ORG	Częstość AF ORG w miesiącu	Odsetek podejmujących AF SAM	Częstość AF SAM w miesiącu	Czas AF w miesiącu w godzinach
AVG	62,1%	7,0	75,9%	7,5	15,9
SD		6,2		7,1	19,8

Tab. 57. Wskaźniki aktywności fizycznej badanych studiujących w Hatay – mężczyźni.

Wskaźnik	Odsetek podejmujących AF ORG	Częstość AF ORG w miesiącu	Odsetek podejmujących AF SAM	Częstość AF SAM w miesiącu	Czas AF w miesiącu w godzinach
AVG	45,8%	6,0	62,5%	4,9	24,9
SD		4,1		7,1	25,9

Tab. 58. Wskaźniki aktywności fizycznej badanych studiujących w Yozgat – kobiety.

Wskaźnik	Odsetek podejmujących AF ORG	Częstość AF ORG w miesiącu	Odsetek podejmujących AF SAM	Częstość AF SAM w miesiącu	Czas AF w miesiącu w godzinach
AVG	57,1%	7,0	73,5%	7,5	12,4
SD		8,4		4,2	18,9

Tab. 59. Wskaźniki aktywności fizycznej badanych studiujących w Yozgat – mężczyźni.

Wskaźnik	Odsetek podejmujących AF ORG	Częstość AF ORG w miesiącu	Odsetek podejmujących AF SAM	Częstość AF SAM w miesiącu	Czas AF w miesiącu w godzinach
AVG	46,0%	11,5	76,0%	11,6	23,8
SD		8,4		2,8	24,6

Tab. 60. Zróżnicowanie aktywności fizycznej badanych kobiet ze względu na miejsce studiowania – wartości AVG.

Wskaźnik / środowisko	Odsetek podejmujących AF ORG	Częstość AF ORG w miesiącu	Odsetek podejmujących AF SAM	Częstość AF SAM w miesiącu	Czas AF w miesiącu w godzinach
Adiyaman	17,1%	3,0	39,0%	6,7	6,7
Ankara	21,2%	4,4	39,5%	3,5	11,2
Hatay	62,1%	7,0	75,9%	7,5	15,9
Yozgat	57,1%	7,0	73,5%	7,5	12,4

Tab. 61. Zróżnicowanie aktywności fizycznej badanych mężczyzn ze względu na miejsce studiowania – wartości AVG.

Wskaźnik / środowisko	Odsetek podejmujących AF ORG	Częstość AF ORG w miesiącu	Odsetek podejmujących AF SAM	Częstość AF SAM w miesiącu	Czas AF w miesiącu w godzinach
Adiyaman	21,1%	4,3	51,7%	5,7	8,3
Ankara	13,9%	6,0	16,3%	4,9	10,6
Hatay	45,8%	6,0	62,5%	4,9	24,9
Yozgat	46,0%	11,5	76,0%	11,6	23,8

4. Teorie ugruntowane

Relacje z przeprowadzonych wywiadów zostały opisane w ujednolicony sposób. Ponieważ w relacjach tych zawarte są dane z wypowiedzi poszczególnych respondentów, niektóre informacje powtarzają się. Ze względu na ochronę danych osobowych podane są jedynie imiona osób biorących udział w wywiadach.

4.1. Teoria ugruntowana Hamita – Yozgat

Hamit (mężczyzna) ma dwadzieścia dwa lata, jest studentem na uniwersytecie Bozok w mieście Yozgat. Studiuje na kierunku zarządzanie sportem. Jest osobą nieużywającą alkoholu oraz niepalącą.

Hamit pochodzi z wielodzietnej rodziny - ma ośmioro rodzeństwa, w tym czterech braci oraz cztery siostry. Jest najmłodszym z dzieci. Jego rodzina wyznaje tradycje patriarchalne. Ojciec jest osobą pracującą, która kontroluje i decyduje o wszystkim. Matka prowadzi gospodarstwo domowe i raczej nie opuszcza domu. Rodzeństwo nie ma wyższego wykształcenia. Hamit jako jedyna osoba w rodzinie studiuje na uniwersytecie.

Hamit należy do dwóch różnych społeczności – jedna to grupa osób poznanych w miejscu skąd pochodzi (Kahramanmaras), druga to społeczność poznana w mieście Yozgat, w którym studiuje. Kahramanmaras to rejon położony w południowej Turcji, w którym znajduje się rodzinna wieś Hamita, która liczy około 1000 mieszkańców. Większość populacji to Turcy. Społeczność ta jest niebogata, główne źródło dochodów to dla niej rolnictwo oraz leśnictwo. Wedle opinii Hamita społeczność jest mocno konserwatywna - kobiety nie mają prawa głosu w społeczeństwie, nie mogą przebywać w towarzystwie mężczyzn oraz większość z nich nie ma prawa do podjęcia studiów wyższych.

Drugie środowisko Hamita to Yozgat położony w środkowej Turcji, mieszka w nim około czterysta tysięcy osób. Większość populacji również stanowią Turcy. Podstawą utrzymania dla tutejszych mieszkańców jest głównie przemysł, ale też rolnictwo. Sytuacja kobiet jest w dużej mierze podobna do Kahramanmaras – w większości miejsc nie mogą nawet nosić krótkich spodni.

Hamit studiuje na kierunku związanym ze sportem, dlatego ma możliwości uprawiania aktywności fizycznej oraz ma podstawy, aby pozytywnie wzmocnić swoje zachowania zdrowotne. Był zapaśnikiem na poziomie amatorskim. Lubi dbać o swoje zdrowie i kondycję – w tym najbardziej angażuje się w pływanie. Jego główną motywacją stanowi religia - prorok

Mohamet. Cytując jego słowa „Spróbuje regularnie się modlić i uczyć się Koranu, aby móc prowadzić życie jak prorok Mohamet. „Kiedyś czytałem jak bardzo Allah pragnie byśmy dbali o nasze zdrowie – powiedział kiedyś, że nasze ciało zostało nam powierzone tak abyśmy jak najlepiej o nie dbali. Kiedy przeczytałem fragment o tym jak bardzo prorok Mohamet lubi pływać sam zacząłem pływać regularnie.”

4.2. Teoria Ugruntowana Hatice – Yozgat

Hatice jest studentką zarządzania sportem na Uniwersytecie Bozok w Yozgat. Ma osiemnaście lat, nie pije alkoholu i nie pali papierosów. Pochodzi z rodziny, która jest dla niej dużym wsparciem i motywacją. Składa się ona z rodziców oraz pięciorga studiujących dzieci. Zarówno matka, jak i ojciec są aktywni zawodowo. Mimo pozostałości patriarchy w strukturze rodziny, każdy członek bez względu na płeć ma prawo do głosu.

Hatice pochodzi z Kahramanmaras, miasta zamieszkałego przez około 300 000 mieszkańców, gdzie większość stanowią Turcy. Miasto było w epicentrum wielkiego trzęsienia ziemi w 2023 roku, które spowodowało ogromne szkody i znaczny odpływ mieszkańców. Uważa, że jej rodzime miasto jest konserwatywne; kobiety są marginalizowane i pozbawione możliwości zawodowych. Mimo pewnych zmian w ostatnich latach, większość kobiet nie ma możliwości pełnienia znaczącej roli w społeczeństwie. Hatice nie zna sytuacji kobiet w Yozgat gdzie studiuje, ponieważ nie miała okazji nawiązać kontaktów z miejscową społecznością.

Hatice marzyła o karierze wojskowej, co skłoniło ją do dbania o zdrowie i aktywność fizyczną. Po kilku nieudanych próbach zrealizowania tego celu zdecydowała się na studia związane ze sportem. Obowiązek uprawiania sportu na studiach sprawia, że obecnie, poza obowiązkami związanymi z uczelnią, Hatice nie uprawia sportu.

Według Hatice, Yozgat oferuje lepsze warunki do aktywności fizycznej niż Kahramanmaras. Twierdzi, że łatwiej jest prowadzić tu zdrowy tryb życia niż w swoim rodzinnym mieście. „Kiedy mieszkałam w Kahramanmaras, nie mogłam trenować w miejscach publicznych z powodu braku odpowiednich warunków. Studia w Yozgat pozwoliły mi na wygodniejsze i częstsze ćwiczenia dzięki lepszym możliwościom, które mi zaoferowano.”

4.3. Teoria ugruntowana Furkana - Yozgat

Furkan, mężczyzna w wieku 18 lat, jest studentem zarządzania sportem na Uniwersytecie Bozok w Yozgat. Nie pije alkoholu i nie pali papierosów. Ma jedną siostrę, która również jest studentką. Jego ojciec jest emerytowanym pracownikiem, a matka prowadzi własną działalność gospodarczą w Turcji. Rodzina Furkana jest nowoczesna – każdy członek ma prawo głosu, a rodzice aktywnie wspierają swoje dzieci zarówno materialnie, jak i emocjonalnie.

Furkan urodził się i wciąż mieszka w Kocaeli, dużym mieście położonym w północno-zachodnim regionie Turcji, niedaleko Sztambułu. Kocaeli, liczące blisko 2 miliony mieszkańców, jest jednym z najbardziej prosperujących przemysłowo i handlowo miast w kraju. Według Furkana, mieszkańcy Kocaeli są ludźmi nowoczesnymi; kobiety odgrywają ważną rolę w społeczności, a większość z nich jest zatrudniona. Konserwatyści stanowią mniejszość, a dzielnica, w której mieszka Furkan, jest podzielona, z niektórymi osobami wykazującymi nietolerancję wobec sportowców.

W Yozgat, gdzie Furkan studiuje, kobiety są marginalizowane i nie mają prawa głosu, a ludzie często nie szanują się nawzajem. Furkan zaczął uprawiać sport, aby łagodzić stres i zmniejszać agresywne zachowania. Przez wiele lat trenował kick-boxing, ale musiał przerwać treningi z powodu pandemii, co negatywnie wpłynęło na jego samopoczucie.

Obecnie Furkan stara się zdrowo odżywiać. Gdy przebywa w rodzinnym mieście, zawsze je zdrowo, natomiast w studenckim Yozgat nie ma takiej możliwości. Studia dostarczyły mu cennych informacji o sporcie i zdrowiu, co pozwoliło mu poprawić swoje zachowania zdrowotne.

4.4. Teoria ugruntowana Nazmiye - Yozgat

Nazmiye (kobieta) studiuje na Uniwersytecie Bozok w Yozgat. Ma 20 lat i studiuje zarządzanie sportem. Ma dwie siostry, które również studiuje. Ojciec jest emerytem, a matka nie pracuje. Rodzina Nazmiye jest nowoczesna, a matka odgrywa dużą rolę w życiu rodziny. Nazmiye i jej rodzice są wierzący i regularnie się modlą, podczas gdy jej siostry nie są religijne.

Nazmiye pochodzi z Ankary, stolicy Turcji, położonej w jej centralnej części. Miasto liczy około 6 milionów mieszkańców. W opinii Nazmiye, w Ankarze można spotkać ludzi o bardzo różnorodnych poglądach – jest to miejsce mieszające różne środowiska. Większość ludzi jest

nowoczesna. Pracujące kobiety mają prawo głosu, a kobiety i mężczyźni są traktowani na równi. Stolica Turcji oferuje wiele różnych możliwości życiowych, w przeciwieństwie do miasta Yozgat, które jest bardzo konserwatywne i gdzie kobiety są mniej uprzywilejowane. Kiedy Nazmiye była dzieckiem, kobiety w Yozgat nie mogły spacerować samotnie.

Nazmiye nie pali ani nie pije alkoholu. Przez osiem lat uprawiała lekkoatletykę, a od trzech lat ma uprawnienia sędziego piłkarskiego. Stara się być aktywna i zdrowa – studia pozwoliły jej zdobyć większą wiedzę na ten temat. W Ankarze ma większe możliwości uprawiania sportu, lecz trudniej jest jej tam znaleźć zdrowe, naturalne produkty. W Yozgat ma łatwy dostęp do naturalnych i prostych produktów, ale brak tam odpowiednich możliwości sportowych. Nazmiye marzy o sędziowaniu meczów w Europie, ponieważ uważa, że w Turcji kobieta jako sędzia piłkarska nie jest traktowana poważnie.

4.5. Teoria ugruntowana Aysegul - Yozgat

Aysegul (kobieta) studiuje na Uniwersytecie Bozok w Yozgat. Ma 19 lat i studiuje zarządzanie sportem.

Aysegul ma ośmioro rodzeństwa i jest jedyną osobą w rodzinie, która studiuje. Jej ojciec pracuje, a matka jest niepracująca. Najbardziej szanowaną osobą w rodzinie jest najstarszy brat Aysegul, który bardzo wspierał ją, gdy zdecydowała się rozpocząć studia.

Aysegul pochodzi z Gaziantep i studiuje w Yozgat. Gaziantep leży w południowo-wschodniej Turcji i zamieszkuje je ponad 2 miliony ludzi. Główne źródła utrzymania w tym mieście to rolnictwo, przemysł i handel. Rodzinna miejscowość Aysegul to wieś zamieszкана przez około 4 tysiące osób. Według Aysegul, ludzie są tam bardzo konserwatywni, a kobiety nie mają prawa głosu ani w rodzinie, ani w społeczeństwie. Aysegul nie wie, jaka jest sytuacja w Yozgat, ponieważ nigdy tego nie obserwowała.

Aysegul nie pije alkoholu ani nie pali papierosów. Zaczęła uprawiać sport, aby schudnąć, a później stało się to jej stylem życia. Bardzo dba o zdrowie, zawsze stara się być aktywna i jeść zdrowo. Dzięki studiom posiada większą wiedzę o sporcie i zdrowiu – nie jest dla niej ważne, gdzie się znajduje, zawsze znajdzie sposób, aby pozostać aktywną. W regionie, w którym mieszka, ludzie nie tolerują kobiet uprawiających sport, ale nie stanowi to dla niej przeszkody. Ma własny sprzęt do domowych treningów i regularnie ćwiczy.

4.6. Teoria ugruntowana Zumrut – Yozgat

Zumrut (kobieta) jest studentką na Uniwersytecie Yozgat. Ma 20 lat i studiuje zarządzanie sportem.

Zumrut ma piątkę rodzeństwa i jest przedostatnim dzieckiem w rodzinie. W rodzinie tylko dwie osoby studiują. Struktura rodzinna jest patriarchalna, a decyzje podejmuje ojciec. Opinie matki mają niewielkie znaczenie w strukturze rodzinnej. Rodzice zawsze wspierali edukację swoich dzieci, choć tylko dwójka z nich wyraziła chęć studiowania na uniwersytecie.

Zumrut pochodzi z Sivas, miasta w centralnej Turcji, liczącego około 400 tysięcy mieszkańców. Główne gałęzie gospodarki tego miasta to rolnictwo i przemysł. Społeczeństwo w Sivas jest konserwatywne i nie toleruje pracujących kobiet, które pełnią tam podrzędne role. Zumrut nie czuje się dobrze w tym środowisku, uważa, że ma ono na nią negatywny wpływ, dlatego woli przebywać w Yozgat. Według Zumrut, społeczeństwo Yozgat również jest konserwatywne, ale stara się ona spędzać jak najwięcej czasu na uniwersytecie, aby unikać kontaktu ze społeczeństwem.

Zumrut zaczęła uprawiać sport już w gimnazjum. Po przejściu do muzułmańskiego liceum, które było bardzo konserwatywne, zaprzestała wszelkich aktywności sportowych i była zmuszona nosić turban. Po ukończeniu liceum zdecydowała, że nie będzie zasłaniać włosów ani okrywać głowy. Nadal regularnie czyta Koran i modli się, twierdząc, że religia ma bardzo pozytywny wpływ na jej zdrowie i aktywność. Przez dwa lata uprawiała kick-boxing, a obecnie jest instruktorką pilatesu. Uwielbia uprawiać sport, ponieważ daje jej to szczęście i bardzo ją wycisza. Bardzo chciałaby studiować w Kanadzie, ponieważ tam jest wiele możliwości sportowych.

4.7. Teoria ugruntowana Erhan – Yozgat

Erhan (mężczyzna) jest studentem na Uniwersytecie Bozok w Yozgat. Ma 18 lat i studiuje zarządzanie sportem.

Erhan ma siostrę, która studiowała i została nauczycielką. Ojciec i matka są osobami pracującymi. W rodzinie osobą decyzyjną jest matka. Rodzina jest wierząca i wszyscy regularnie się modlą. Według Erhana, jego rodzina była konserwatywna, ale z biegiem czasu stała się bardziej nowoczesna.

Erhan pochodzi z Giresun, miasta położonego w północnej części Turcji nad Morzem Czarnym. W Giresun, podobnie jak w Yozgat, ludzie są konserwatywni, nietolerancyjni i nieempatyczni. Kobiety pełnią podrzędne role w społeczeństwie.

Erhan, dzięki mieszkaniu nad morzem, zawsze był aktywny – między innymi regularnie pływał. Nie pije alkoholu i nie pali papierosów. Chciał uczęszczać do sportowego liceum, jednak rodzice nie wyrazili na to zgody. Erhan uczył się w muzułmańskim konserwatywnym liceum. Religia nie ma obecnie wpływu na jego aktywność fizyczną ani zachowania zdrowotne. Cały czas dba o zdrowe odżywianie. Przebywając w Yozgat, trudno mu utrzymać dietę, ponieważ miasto słynie z tłustych potraw oraz spożywania dużych ilości mięsa. Gdy Erhan wraca do domu, odżywia się bardzo zdrowo, a jego dieta opiera się na prostych i naturalnych produktach.

4.8. Teoria ugruntowana Tugce – Yozgat

Tugce (kobieta) jest studentką na Uniwersytecie Bozok w Yozgat. Ma 20 lat i studiuje zarządzanie sportem.

W rodzinie Tugce każdy ma prawo głosu, a opinie wszystkich są równie ważne. Tugce ma jedną siostrę, która zawsze ją wspiera. Matka i ojciec pracują. Według Tugce, jej rodzice są nowocześni i bardzo otwarci.

Tugce pochodzi z Gebze, dzielnicy Kocaeli. Jest to jedna z najbardziej rozwiniętych przemysłowo dzielnic Turcji, zamieszkała przez około 300 tysięcy ludzi. Miasto szybko rozwija się pod względem ekonomicznym i środowiskowym, co zawdzięcza bliskości Stambułu. Według Tugce, większość mieszkańców jest bardzo otwarta i nowoczesna. Większość kobiet pracuje i studiuje.

W mieście Yozgat społeczeństwo jest konserwatywne, zamknięte i marginalizujące rolę kobiet.

Tugce pije alkohol i pali papierosy. Przez 10 lat trenowała piłkę nożną, a od 3 lat trenuje kick-boxing. Zaczęła uprawiać sport dzięki wsparciu matki i siostry. Z czasem sport stał się dla niej sposobem na wyciszenie i uniknięcie stresu. W Gebze ma wiele możliwości prowadzenia zdrowego i aktywnego trybu życia. W Yozgat tych możliwości brak. Cytując Tugce: „Nie ważne gdzie jestem, zawsze dbam o zdrowie. Wszystko zależy od wyborów człowieka”.

4.9. Teoria ugruntowana Edy – Yozgat

Eda ma 19 lat. Jest studentką Uniwersytetu Bozok w Yozgat, gdzie studiuje zarządzanie sportem.

Eda ma dwoje rodzeństwa. Ojciec pracuje, a matka jest bezrobotna. Według Edy jej rodzina jest nowoczesna i wyrozumiała, a jej bliscy bardzo ją wspierają.

Eda pochodzi z Stambułu, największego miasta Turcji i jednego z największych miast na świecie, liczącego około 16 milionów mieszkańców. Według Edy, w Stambule kobiety mimo wszystko są na drugim planie w społeczeństwie. Fakt, że jest to duże i dynamicznie rozwijające się miasto, nie ma dużego znaczenia. Na każdym kroku Eda czuje, że jako kobieta nie ma prawa głosu.

Sytuacja w Yozgat jest dużo gorsza – większość osób nie szanuje kobiet jako ważnych członków społeczeństwa.

Eda okazjonalnie pali tytoń i pije alkohol. Od dziesięciu lat trenuje piłkę nożną i jest instruktorką fitnessu. Cały czas stara się być zdrowa i aktywna. W Stambule ma wiele możliwości, aby to robić, ale jedynym problemem jest utrzymanie zdrowej diety. Życie w Stambule jest wymagające i nie ma wystarczająco dużo czasu na przygotowywanie zdrowych posiłków. W Yozgat tego problemu Eda nie ma, ponieważ ma tu dużo wolnego czasu, co pozwala jej na zdrowe odżywianie. Niestety, możliwości sportowe są tu mocno ograniczone – sprzęt na uniwersytecie jest niewystarczający.

4.10. Teoria ugruntowana Semiha – Ankara

Semih (mężczyzna) jest studentem na Uniwersytecie Lotniczym Turcji (Turkish Aeronautical Association University - TAAU), gdzie studiuje technologię informacyjną (IT).

Semih ma młodszego brata, który obecnie uczęszcza do liceum ogólnokształcącego. Mieszkają razem z ojcem, który pracuje jako zawodowy żołnierz, co skutkuje istnieniem hierarchii w domu oraz wysokim poziomem dyscypliny. Opinia ojca zawsze była najważniejsza, jednak w momencie rozpoczęcia studiów przez Semiha hierarchia się zmieniła – teraz są na równi.

Z powodu zawodu ojca, Semih na przestrzeni lat mieszkał w różnych miastach. Obecnie rodzina mieszka w Ankarze, gdzie Semih studiuje. W jego opinii Ankara oferuje wiele

możliwości, ludzie są nowocześni, a rola kobiet w społeczeństwie jest znacząca – znaczna większość z nich studiuje lub pracuje.

Dzięki ojcu, Semih wykształcił nawyki zdrowego odżywiania oraz aktywnego trybu życia. Bardzo rzadko jada poza domem. Podsumowując, styl życia Semiha jest na dobrym i zdrowym poziomie dzięki wsparciu, jakie otrzymuje od ojca.

4.11. Teoria ugruntowana anonimowy respondent (A) – Ankara

A (kobieta) jest studentką filozofii na Uniwersytecie w Ankarze. Ma osiemnaście lat i pochodzi z nowoczesnej rodziny, w której każdy ma prawo głosu. Rodzice wspierają ją zarówno w edukacji, jak i w aktywnościach sportowych.

A pochodzi z Antalyi. Ludzie tutaj są nowocześni, a społeczeństwo wspiera aktywność fizyczną – ludzie motywują się nawzajem do budowania dobrych nawyków sportowych. W dzielnicy Antalyi, z której pochodzi A, kobiety mogą robić, co tylko chcą. Nie każda dzielnica Antalyi jest jednak tak wolnościowa i otwarta – w niektórych nadal można spotkać patriariat. A studiuje w Ankarze, gdzie sytuacja wygląda bardzo podobnie.

W gimnazjum A grała w piłkę nożną. Obecnie z powodu trudności finansowych nie jest w stanie uprawiać sportu. Stara się utrzymywać zdrową dietę i od czasu do czasu jest aktywna. W jej opinii kultura nie ma wpływu na zachowania zdrowotne dorosłych osób – każdy, kto tylko chce, jest w stanie być aktywny i zdrowo się odżywiać, niezależnie od miejsca pochodzenia.

4.12. Teoria ugruntowana A2 – Ankara

A2 (mężczyzna) ma dziewiętnaście lat i obecnie studiuje archeologię na Uniwersytecie w Ankarze.

Rodzina A2 jest otwarta i nowoczesna, choć można zauważyć pewne pozostałości patriarchalne. Rodzice wspierają swoje dzieci zarówno w edukacji, jak i w aktywnościach fizycznych.

A2 pochodzi z Gaziantep - miasta w południowej Turcji, liczącego około 2 mln mieszkańców. Społeczeństwo w Gaziantep jest zamknięte – ludzie są bardzo konserwatywni i nietolerancyjni wobec innych opinii. Możliwości zdrowego odżywiania oraz aktywności fizycznej są tam bardzo ograniczone. Rola kobiet w społeczeństwie jest nieistotna. Ankara

prezentuje inny model – kobiety mają tu dość wysoki poziom życia, ludzie są otwarci, a możliwości jest wiele. Według A2 można jednak spotkać tu ślady struktury patriarchalnej.

A2 stara się bardzo dbać o swoje zdrowie. Nie pije ani nie pali, regularnie uczęszcza na siłownię oraz uprawia jogę.

4.13. Teoria ugruntowana Gizem – Ankara

Gizem (kobieta) ma dziewiętnaście lat i jest studentką na TAAU w Ankarze. Studiuje zarządzanie lotami.

Gizem jest jedynaczką. Jej rodzice są rozwiedzeni od kilku lat. Gizem niechętnie porusza temat struktury rodzinnej – jedyną informacją, jaką podała, jest fakt, że zamieszkuje naprzemiennie u matki i ojca.

Gizem pochodzi z Çorum, a studiuje w Ankarze. Çorum położone jest w północnym regionie Turcji i liczy około 300 tysięcy mieszkańców. Główną gałęzią gospodarki jest przemysł. Według Gizem, ludzie w Çorum są konserwatywni i zamknięci. Kobiety nie odgrywają istotnej roli w społeczeństwie.

Gizem jest osobą leniwą – trenuje tylko w momentach, gdy przybiera na wadze. Lubi ćwiczenia na świeżym powietrzu, dlatego Ankara nie zaspokaja jej potrzeb – praktycznie nie ma tu miejsc, gdzie mogłaby uprawiać sport w otoczeniu natury.

W Çorum Gizem ma dużo możliwości – jest tam dużo terenów na zewnątrz, gdzie może uprawiać sport. Niezależnie od miejsca, w którym aktualnie przebywa, Gizem cały czas stara się jeść zdrowo.

4.14. Teoria ugruntowana Barisa – Ankara

Baris (mężczyzna) ma dziewiętnaście lat i jest studentem na TAAU w Ankarze, gdzie studiuje zarządzanie lotami.

Baris ma dwoje rodzeństwa – brata i siostrę. Każdy członek rodziny studiował lub aktualnie studiuje na uniwersytecie. Rodzina jest nowoczesna – opinia matki jest istotna, choć występują nieliczne pozostałości systemu patriarchalnego.

Baris pochodzi z Hatay, a studiuje w Ankarze. Według niego, możliwości rozwoju są o wiele większe w Ankarze niż w rodzinnym Hatay. W obu miejscach ludzie różnią się

poglądami w zależności od dzielnicy, z której pochodzą. Zarówno w Hatay, jak i w Ankarze, kobiety są społecznie równe mężczyznom, chociaż można spotkać osoby o mocno patriarchalnych poglądach.

Zanim Baris rozpoczął studia, trenował karate i regularnie uczęszczał na zajęcia sportowe na siłowni. Jego ojciec zawsze wspierał go w uprawianiu sportu. Obecnie, z powodu intensywności studiów, Baris nie ma czasu na regularną aktywność fizyczną, ale planuje to wkrótce zmienić.

4.15. Teoria ugruntowana A3 – Ankara

A3 (kobieta) ma dwadzieścia trzy lata. Studiuje stomatologię w Ankarze.

A3 ma troje rodzeństwa – dwóch braci, którzy od dziecka pracują z ojcem. A3 jest jedyną osobą w rodzinie, która studiuje. Opinie kobiet w rodzinie są bardzo istotne.

A3 pochodzi z Ağrı, a obecnie mieszka w Ankarze. Ağrı leży we wschodnim regionie Turcji, tuż przy granicy z Iranem. Populacja Ağrı to ponad 500 000 osób, z czego większość stanowią Kurdowie. Głównym źródłem utrzymania społeczeństwa jest rolnictwo, w tym hodowla zwierząt. Kobiety w tym środowisku nie odgrywają praktycznie żadnej roli – ich opinie są nieistotne. Sytuacja w Ankarze jest zdecydowanie lepsza – wiele kobiet studiuje i pracuje.

A3 regularnie pływa. Ze względu na przyszły zawód, dba o regularną aktywność fizyczną i prawidłową dietę. W opinii A3, oba miasta nie charakteryzują się zdrową kulturą jedzenia – człowiek musi o to zadbać indywidualnie.

4.16. Teoria ugruntowana Atabeya – Ankara

Atabey (mężczyzna) ma dziewiętnaście lat i jest studentem na Uniwersytecie TAAU w Ankarze, gdzie studiuje zarządzanie lotami.

Atabey jest jedynakiem. W jego rodzinie wszyscy się wspierają, a opinia matki jest równie ważna jak opinia ojca. Ojciec jest zawodowym żołnierzem, a matka nauczycielką.

Atabey pochodzi z Kırklareli. Z powodu zawodu ojca mieszkał w kilku miastach, a obecnie mieszka w Ankarze. Kırklareli leży na kontynencie europejskim w północno-zachodniej Turcji. Główne gałęzie gospodarki tego ponad 100-tysięcznego miasta to przemysł i hodowla

zwierząt. Według Atabeya, możliwości rozwoju są tam niskie. Kobiety traktowane są na równi z mężczyznami. Możliwości w Ankarze są wysokie – większość kobiet studiuje i pracuje. Ludzie są różnorodni.

Atabey obecnie pływa na zamkniętym basenie trzy razy w tygodniu. Rodzice zawsze wspierali go w aktywności fizycznej, chociaż w przeszłości nie miał na to zbyt dużej motywacji. Teraz stara się zdrowo odżywiać. W jego opinii środowisko nie ma wpływu na zachowania zdrowotne ludzi.

4.17. Teoria ugruntowana Cemre – Ankara

Cemre (kobieta) ma dwadzieścia lat i jest studentką zarządzania lotami na TAAU. W 2019 roku udało jej się dostać na wymianę studencką Erasmus. Przez dwa miesiące w Polsce.

Ojciec Cemre jest wojskowym, ale w domu panuje umiarkowana dyscyplina. W rodzinie każdy ma prawo głosu i wszyscy się wspierają.

Z powodu zawodu ojca, Cemre mieszkała w różnych miastach, poznając ludzi z wielu struktur społecznych i kultur. Obecnie mieszka w Izmirze, który według niej jest bardzo nowoczesny, ludzie są wspierający, a środowisko oferuje wiele możliwości. Kobiety zajmują wysokie pozycje w społeczeństwie.

W Ankarze ludzie są różnorodni. Jest tu duży potencjał rozwoju, ale z powodu dużej liczby chętnych ciężko jest dostać szansę na rozwój. Kobiety tutaj również zajmują wysoką pozycję w społeczeństwie.

Cemre w liceum uprawiała koszykówkę, którą bardzo lubiła. Na początku rodzice nie wyrazili zgody na treningi, ale z czasem zaczęli ją wspierać. Obecnie trenuje pilates. Sport relaksuje ją i daje psychiczny odpoczynek. Stara się jeść zdrowo, choć jest to trudne w Ankarze – większość ludzi odżywia się tu daniami typu fast food i brakuje czasu na domowe gotowanie.

Z powodu pandemii COVID-19 Cemre była zmuszona szybciej wrócić z Polski do Turcji, co miało na nią bardzo negatywny wpływ. Zaczęła się niezdrowo odżywiać i jak większość populacji, przebywała głównie w domu z rodziną (zakaz wychodzenia na zewnątrz), co zahamowało jej aktywność sportową.

4.18. Teoria ugruntowana Hakana – Ankara

Hakan (mężczyzna) ma dwadzieścia jeden lat i studiuje na wydziale biznesu i stosunków międzynarodowych.

Hakan ma dwie siostry, które również studiują. Mieszka sam, ponieważ rodzice nie żyją.

Hakan pochodzi z Ankary i studiuje w swoim rodzinnym mieście, stolicy Turcji. Miasto to oferuje tak wiele możliwości, że niemożliwe jest je wszystkie wykorzystać. Ludzie są różni, ale większość z nich jest otwarta i nowoczesna. Kobiety odgrywają ważną rolę w społeczeństwie.

Ojciec Hakana uprawiał kick-boxing przez szesnaście lat, co było dla Hakana przykładem do naśladowania – sam również zaczął uprawiać ten sport. Przez długi czas trenował, ale z powodu studiów i braku czasu porzucił tę aktywność. Środowisko, w którym się znalazł (studenci), spowodowało, że zaczął pić alkohol i niezdrowo się odżywiać.

4.19. Teoria ugruntowana Lory – Hatay

Lora ma 23 lata i studiuje na Mustafa Kemal University (MKU) w Hatay, gdzie specjalizuje się w wychowaniu fizycznym.

Lora pochodzi z siedmioosobowej rodziny, zajmując czwarte miejsce pod względem wieku, licząc od najstarszego dziecka. Ze względu na ograniczone możliwości finansowe, jest jedyną osobą w rodzinie uczącą się na studiach. Widoczne są tu wpływy struktury patriarchalnej.

Mieszka i studiuje w prowincji Hatay, gdzie dzieli dom jednorodzinny na wsi z rodziną. Lora uważa, że poziom edukacji kobiet w Hatay jest wysoki i mają one istotne znaczenie w społeczności, mogą pracować i studiować, co czyni je niezależnymi i silnymi. Według niej kobiety w prowincji Hatay są bardziej szanowane i zajmują wyższą pozycję społeczną w porównaniu do innych regionów Turcji.

Lora nie pije alkoholu ani nie pali tytoniu. Codziennie stara się zdrowo odżywiać i dbać o zdrowie. Sportowy styl życia Lory jest wspierany przez całą rodzinę, która aktywnie uprawia sport.

4.20. Teoria ugruntowana Yesim - Hatay

Yesim ma dwadzieścia lat i studiuje na Mustala Kemal University (MKU) w Hatay, specjalizując się w wychowaniu fizycznym.

Yesim ma dwójkę rodzeństwa i jest środkowym dzieckiem w rodzinie, gdzie widoczne są ślady struktury patriarchalnej – matka zarządza domem tylko w nieobecność ojca.

Yesim pochodzi i studiuje w prowincji Hatay. Według niej środowisko wokół niej jest zamknięte. Kobiety uprawiające sport nie są w tym regionie tolerowane i akceptowane. Przypomina historię ze swojej przeszłości, gdzie sąsiadka ostrzegła ją, że uprawianie sportu może prowadzić do utraty dziewictwa, co może uniemożliwić jej znalezienie męża i założenie rodziny. Takie środowisko negatywnie wpływa na jej emocje, jednak jednocześnie motywuje ją do rozwoju osobistego i bycia lepszą sportowczynią.

Yesim jest instruktorką pływania, a jej ojciec był w przeszłości zapaśnikiem, co było dla niej inspiracją do podążania tą ścieżką. Pomimo oporu środowiska, które uważało sport za marnowanie czasu, Yesim postanowiła kontynuować swoją edukację związaną ze sportem i regularnie go uprawiać. Uniwersytet umożliwił jej zdobycie nowej wiedzy. Sport pozwala jej spełniać jej ambicje i sprawia, że czuje się szczęśliwsza.²¹ Teoria ugruntowana Muhammed Babahanoglu – Hatay

4.21. Teoria ugruntowana Muhhameda - Hatay

Muhammed ma dwadzieścia lat i studiuje na Mustala Kemal University (MKU) na kierunku wychowanie fizyczne. Jest osobą bardzo religijną i radykalną. Większość czasu spędza na korzystaniu z mediów społecznościowych, takich jak Facebook i Twitter, gdzie propaguje islam i ideę Kalifatu. Uważa, że jedynym sposobem na utrzymanie pokoju na świecie jest życie wszystkich ludzi według zasad islamu. Cytując Muhammeda: "Gdybym miał córkę, nie pozwoliłbym jej na ubieranie się według własnej woli – chciałbym, aby nosiła hidżab."

Muhammed ma dwójkę rodzeństwa – siostrę i brata. Ich rodzina ma patriarchalną strukturę, gdzie głos decydujący należy do ojca, który wspiera aktywność fizyczną swoich dzieci. Siostra Muhammeda studiuje i gra w piłkę siatkową, chociaż z powodu problemów z ubraniem nie jest członkinią profesjonalnej drużyny.

Muhammed pochodzi z Adany i uważa, że społeczeństwo tego miasta jest zdeprawowane, ludzie stracili wiarę w Boga i nie żyją według zasad religii. Zdaniem Muhammeda, mimo że kobiety w Adanie zajmują wysoką pozycję społeczną i są wykształcone, nie są wystarczająco

szanowane i często traktowane są jako obiekty seksualne. Jego zdaniem sytuacja w prowincji Hatay jest podobna.

Muhammed pragnie przywrócenia Kalifatu do miast. Muhammed nie pije alkoholu ani nie pali tytoniu. Od wielu lat uprawia kick-boxing i reprezentuje Turcję w taekwondo. Motywacją do aktywności fizycznej były negatywne doświadczenia w Adanie oraz wsparcie ojca. Muhammed uważa, że zasady islamu wspierają sport i zdrowy styl życia. Kiedyś był nieśmiały i niepewny siebie – religia i sport pomogły mu stać się pewniejszą siebie i spełnioną osobą.

4.22. Teoria ugruntowana Sabricana – Hatay.

Sabrican, dwudziestojednoletni mężczyzna, studiuje w Mustala Kemal University (MKU) na kierunku wychowanie fizyczne. Jest osobą bardzo religijną, wręcz radykalną, pragnącą życia "w innych czasach", szczególnie pragnie powrotu Kalifatu, gdzie kobiety nie miałyby prawa głosu, a prawo rządziłaby religia. Jest także osobą nietolerancyjną.

Sabrican ma czwórkę rodzeństwa – dwie siostry i dwóch braci. Ojciec pracuje, a matka prowadzi gospodarstwo domowe. Rodzina funkcjonuje według patriarchalnych zasad.

Pochodzi z Hatayu. Sabrican uważa, że ludzie w jego otoczeniu są bardzo wyrozumiali i otwarci – niektórzy aż do tego stopnia, że przeraża go ta otwartość. Jednak nie wpływa to na jego postawy. Zdaniem Sabricana poziom życia i edukacji kobiet w Hatayu jest wysoki.

Od dzieciństwa uprawia kick-boxing, co bardzo go pasjonuje. Dzięki temu sportowi czuje się bardziej pewny siebie i potrafi "wyrzucić złe emocje z ciała". Jego zdaniem Islam zachęcił go do dbania o zdrowie i uprawiania sportu. Zasady religijne pozwoliły mu wybrać sport, który nie krzywdzi fizycznie przeciwnika, jednocześnie przygotowując go do walki, jak w dawnych czasach. Miasto nie oferuje zbyt wielu możliwości rozwoju aktywności fizycznej, ale Sabrican próbuje je samodzielnie tworzyć. Jego mottem jest nigdy się nie poddawać.

4.23. Teoria ugruntowana Tugce - Hatay

Tugce to dziewiętnastoletnia studentka Uniwersytetu MKU (Hatay), studiująca wychowanie fizyczne.

Niechętnie dzieli się informacjami na temat swojej rodziny. Jest nowoczesną, silną, otwartą i samowystarczającą kobietą. Uważa siebie za swoją własną rodzinę i szanuje wszystkich,

którzy nie próbują ograniczać jej wolności. Jediną informacją, jaką podała o swojej rodzinie, jest fakt, że jej ojciec jest sportowcem i zawsze ją wspierał.

Tugce pochodzi z Kahramanmaras i mieszkała tam do zakończenia liceum. Obecnie mieszka w Antalyi, która jest jednym z obszarów Turcji południowej z populacją ponad 2,5 miliona mieszkańców. Główne gałęzie gospodarki w Antalyi to turystyka i rolnictwo. Tugce studiuje w prowincji Hatay. Według niej w Antalyi ludzie są nowoczesni i otwarci, a większość kobiet pracuje. W prowincji Hatay mężczyźni i kobiety są traktowani równo w społeczeństwie.

Tugce pali i pije alkohol. Jest instruktorką jogi i była zapaśniczką, reprezentując Turcję w drużynie narodowej. Kahramanmaras jest konserwatywnym miastem, ale sport odgrywa tam ważną rolę, co zainspirowało Tugce do rozpoczęcia swojej przygody ze sportem już w gimnazjum, pod wpływem nauczyciela wychowania fizycznego.

Po rozpoczęciu studiów w Hatay, Tugce nie mogła znaleźć drużyny zapaśniczej, do której mogłaby dołączyć. Mimo to nie zrezygnowała z aktywności fizycznej. Zdaniem Tugce kultura jedzenia w Turcji może być bardzo niezdrowa, ale stara się zdrowo odżywiać.

4.24. Teoria ugruntowana Sevcan – Hatay

Sevcan, dwudziestojednoletnia studentka MKU w Hatay na kierunku wychowanie fizyczne. Ma dwie starsze siostry, które nie są studentkami. Jej rodzice mają wykształcenie podstawowe; matka nie pracuje, natomiast ojciec utrzymuje rodzinę. Zarządzają domem równocześnie. W przeszłości nie wspierali wyższego wykształcenia kobiet, ale ich podejście się zmieniło, co umożliwiło Sevcan rozpoczęcie studiów.

W przeszłości prowincja Hatay była miejscem nietolerancyjnym dla kobiet uprawiających sport. Według Sevcan obecnie sytuacja się zmieniła – kobiety mają więcej praw i coraz częściej podejmują pracę.

Sevcan nie pali, a alkohol spożywa okazjonalnie. Jest instruktorką tańca i pilatesu. Aktywność fizyczna ma dla niej duże znaczenie, motywy jej wzmożonej aktywności sportowej to lepszy sen, wyższa jakość życia i lepsze relacje z ludźmi. Sport stanowi również dla niej źródło motywacji. Zdaniem Sevcan kultura jedzenia w Hatay jest szkodliwa dla zdrowia, ale nie przeszkadza jej to w zdrowym odżywianiu się, wspieranym przez rodziców, którzy gotują dla niej osobne posiłki.

4.25. Teoria ugruntowana Furkana – Hatay

Furkan jest dwudziestoletnim mężczyzną studiującym na Uniwersytecie MKU w Hatay, na kierunku wychowanie fizyczne.

Furkan ma dwoje rodzeństwa – siostrę studiującą oraz brata uczęszczającego do szkoły. Ojciec jest osobą pracującą, a matka gospodynią domową. W opinii Furkana struktura rodzinna jest patriarchalna, jednak ojciec w domu przestrzega zasad islamu, szanując opinie kobiet, w tym żony i córki, oraz wspierając dzieci.

Pochodzi z Adany, stolicy prowincji. Furkan uważa, że ludzie w Adanie są konserwatywni, a kobiety mają niski poziom życia i są marginalizowane w społeczeństwie. Zauważa jednak stopniowe zmiany, coraz więcej kobiet podejmuje próby studiowania lub pracy.

Sytuacja w Hatay jest odmienna – ilość studiujących kobiet jest tam nawet większa niż mężczyzn w tej samej grupie wiekowej. Mężczyźni w Hatay częściej preferują pracę niż studia, a kobiety zajmują wysokie pozycje społeczne.

Rodzina Furkana zawsze wspiera dzieci w rozwoju sportowym; wszyscy członkowie rodziny są aktywni fizycznie – Furkan gra w badmintona od czasów liceum, a jego siostra trenuje taekwondo. Aktywność fizyczną zawdzięcza więc wsparciu rodziny i społeczeństwa.

Kultura jedzenia zarówno w Adanie, jak i Hatay, nie sprzyja zdrowemu odżywianiu – mimo że Furkan chciałby jeść zdrowiej, nie ma na to możliwości. Jedzenie w tych regionach jest bardzo tłuste, mocno przyprawione, a główną część diety stanowi mięso.

4.26. Teoria ugruntowana Alihana - Hatay

Alihan to dwudziestoletni mężczyzna studiujący na Uniwersytecie MKU w Hatay na kierunku wychowanie fizyczne.

Alihan ma dwóch braci i jest środkowym dzieckiem. Ojciec pracuje, a zarówno matka, jak i ojciec ukończyli szkołę podstawową. Rodzina ma strukturę patriarchalną, wszyscy członkowie są wierzący i regularnie się modlą.

Pochodzi z Osmanie, miasta leżącego w południowej części Turcji, blisko Hatay, z populacją około 300 tysięcy osób. Główną gałęzią gospodarki w Osmanie jest sektor przemysłowy. Alihan uważa, że struktura społeczna jest tam patriarchalna, a prawa kobiet są ograniczone. Choć nie zna szczegółowo sytuacji w Hatay, sądzi, że kobiety tam żyją na wyższym poziomie niż w jego rodzinnym mieście.

Alihan nie pije alkoholu ani nie używa tytoniu. Regularnie uprawia aktywność fizyczną, co zawdzięcza swojej uczelni. Na początku jego drogi edukacyjnej rodzice nie zgadzali się na studia na kierunku sportowym ani na uprawianie sportu, co było wynikiem lokalnego środowiska, gdzie uważa się, że edukacja jest marnowaniem czasu. Dopiero gdy Alihan zaczął odnosić sukcesy sportowe, rodzice zaczęli go wspierać. Obecnie wspierają również najmłodszego syna w rozwijaniu zainteresowań sportowych.

Według Alihana w Hatay jest niewiele możliwości rozwoju sportowego, ale i tak jest dużo lepiej niż w Osmanie.

4.27. Teoria ugruntowana Merta - Hatay

Mert to dwudziestojednoletni mężczyzna, student Uniwersytetu MKU w Hatay na kierunku wychowanie fizyczne. Jest jedynakiem. Rodzina zawsze mocno wspierała go w edukacji i sporcie. Mert nie chciał udzielać wielu informacji na temat rodziny w badaniu, ale podkreślił, że zawsze otrzymywał od niej wsparcie.

Pochodzi z Adany i uważa, że środowisko w Adanie jest trudne, z patriarchalnymi tendencjami, które jego zdaniem pogłębiają się. Kobiety w Adanie żyją na średnim szczeblu społecznym, ale zauważa, że z czasem sytuacja się poprawia, coraz więcej kobiet studiuje i pracuje. W Hatay sytuacja dla kobiet jest lepsza, ich rola społeczna jest wyższa niż w Adanie.

Mert nie pije alkoholu ani nie pali tytoniu. Zaczął uprawiać sport, aby pomóc sobie w izolacji od negatywnych wpływów środowiska. Profesjonalnie zajmuje się lekkoatletyką i posiada tytuł ratownika wodnego. Jako osoba wierząca regularnie modli się i stara się dbać o zdrowie, co jest zgodne z zasadami islamu.

4.28. Teoria ugruntowana Kubry - Adiyaman

Kubra, dwudziestodwuletnia kobieta, studiuje na drugim roku archeologii na Uniwersytecie w Adiyaman. Mieszka w Adiyaman.

Jej ojciec jest emerytem, a matka gospodynią domową. Kubra ma pięcioro rodzeństwa. W rodzinie Kubry panuje wysoki status edukacyjny – większość członków rodziny ukończyła studia. Sport jest popularny w ich domu, Kubra gra w koszykówkę od czasów liceum. Ojciec Kubry jest zwolennikiem byłego prezydenta Turcji, Mustafy Kemala Atatürka, co jest rzadkością w tym regionie i klasyfikuje go jako osobę bardzo nowoczesną.

Według Kubry kobiety w Adiyaman rzadko uprawiają sport, a ich pozycja społeczna jest bardzo niska.

Kubra twierdzi, że środowisko, z którego pochodzi, nie miało wpływu na jej nawyki zdrowotne ani aktywność fizyczną. Natomiast kierunek studiów zmienił jej codzienne życie na lepsze – zaczęła zdrowo jeść i być bardziej aktywna.

Kubra pali papierosy, ale nie pije alkoholu. Reprezentuje drużynę uniwersytecką w koszykówce i jest również sędzią tej dyscypliny. Środowisko studenckie pozwoliło jej poznać wielu nowych ludzi i zwiększyć aktywność fizyczną oraz ograniczyć palenie.

Jako osoba wierząca, Kubra znajduje motywację do aktywności fizycznej również w Koranie, który zachęca do zdrowego trybu życia i aktywności sportowej.

4.29. Teoria ugruntowana Yusufa- Adiyaman

Yusuf, dwudziestoczterolatek, jest studentem drugiego roku archeologii w Adiyaman, ale pochodzi z Malatya.

Jego matka jest gospodynią domową, a ojciec rolnikiem. Yusuf ma pięcioro rodzeństwa i jest drugim najstarszym synem. Ma trzy siostry, z których każda zakończyła edukację po gimnazjum, co jest standardem dla kobiet w ich mieście. W rodzinie nikt nie uprawia sportu, ale też nikt nie próbował zakazywać Yusufowi jego zainteresowań. Rodzina żyje w zgodzie z tradycjami.

Środowisko w Malatya ma negatywny wpływ na życie Yusufa – ludzie są bardzo konserwatywni, nawet noszenie okularów przeciwsłonecznych uważane jest za ekstrawaganckie i niepasujące do społecznych norm. Gospodarka opiera się głównie na rolnictwie, co ma negatywne skutki dla zdrowia mieszkańców.

Podobnie w Adiyaman ludzie są konserwatywni, a ekonomia i geografia miasta również mają negatywny wpływ na zdrowie. Kobiety są marginalizowane społecznie, a ich opinie nie mają znaczenia. Yusuf uważa, że jest to sprzeczne z wartościami religijnymi, jakie nakazuje Koran – kobiety powinny być szanowane i traktowane z godnością.

Yusuf je zdrowe, domowe jedzenie podczas pobytu w rodzinnym Malatya, natomiast w Adiyaman korzysta z posiłków w akademiku, które nie zawsze są zdrowe.

Podjęcie studiów archeologicznych miało bardzo pozytywny wpływ na życie Yusufa – zaczął regularnie uprawiać sport i przestał palić tytoń. Podczas wakacji pracuje na wykopaliskach, gdzie fizyczna praca jest nieodłącznym elementem. Mimo że Yusuf nie jest osobą wierzącą, chciałby studiować za granicą, aby poznać nową kulturę i ludzi.

4.30. Teoria ugruntowana Ahmeta - Adiyaman

Ahmet, trzydziestoletni mężczyzna, rozpoczął studia pierwszego roku archeologii w Uniwersytecie Adiyaman (Golbasi). Urodził się i wychował w Adiyaman. Jego ojciec jest rolnikiem, a matka gospodynią domową. Oboje rodzice ukończyli szkołę podstawową. Ahmet jest najmłodszym z pięciorga rodzeństwa. Rodzina nie miała wpływu na jego zachowania zdrowotne.

Adiyaman to głównie społeczność Kurdów, a Ahmet mieszka w rzadkiej dzielnicy zamieszkałej przez Turków. Miasto jest konserwatywne, a jego mieszkańcy nie są przychylni sportowi, uważając go za marnowanie czasu. Przed dekadą kobiety nie mogły pracować, chociaż obecnie ta presja się zmniejszyła i kobiety mają możliwość pracy i uprawiania sportu. Jednak często nie jest to akceptowane. Kultura jedzenia w tych regionach Turcji nie promuje zdrowych nawyków – dominują tłuste potrawy, często zawierające dużo mięsa.

Środowisko, w którym Ahmet funkcjonuje, ma na niego negatywny wpływ – nie uprawia sportu, ponieważ jego otoczenie nie promuje aktywności fizycznej. Jest osobą wierzącą, co skutkuje tym, że bardziej dba o higienę osobistą i przestał pić alkohol.

4.31. Teoria ugruntowana Busry - Adiyaman

Busra, dwudziestoletnia kobieta, obecnie studiuje na drugim roku archeologii na Uniwersytecie w Adiyaman.

Jej ojciec jest emerytem, a matka gospodynią domową. Oboje posiadają wykształcenie podstawowe. Busra na co dzień nosi turban. Ma szóstkę rodzeństwa. Na rodzinnych spotkaniach kobiety i mężczyźni nie mogą przebywać w tym samym pokoju ani zasiadać przy jednym stole. Kobiety muszą przebywać w oddzielnym pomieszczeniu. Niektórzy członkowie rodziny uprawiają sport, ale inni nie kibicują ani nie blokują w uprawianiu sportu. W gimnazjum Busra grała w badmintona.

Kultura miasta Adiyaman ma negatywny wpływ na zachowania zdrowotne – ludzie są konserwatywni i nie popierają aktywności fizycznej. Busra zauważa, że kobiety są traktowane inaczej – gorzej od mężczyzn, ale zyskują coraz więcej praw głosu, a ich pozycja społeczna zaczyna się wzmacniać. W mieście dominuje dieta oparta na dużych ilościach mięsa i silnie przyprawionych potrawach – kultura jedzenia jest niska.

Busra nie pije ani nie pali. Studia zmieniły jej sposób myślenia – zaczęła myśleć bardziej nowocześnie i otwarcie. Jest osobą religijną, ale religia nie ma wpływu na jej zachowania zdrowotne ani aktywność fizyczną. Noszenie turbanu na co dzień jest jej osobistym wyborem. Nie interesuje się studiowaniem za granicą, ponieważ przeraża ją oddalenie się od rodziny i życie w innej kulturze.

4.32. Teoria ugruntowana Mehmeta - Adiyaman

Mehmet, dwudziestodwuletni student drugiego roku archeologii w Adiyamanie, jest Kurdem pochodzącym z Gaziantep.

Jego ojciec jest budowniczym, a matka gospodynią domową – oboje posiadają wykształcenie podstawowe. Mehmet ma czwórkę rodzeństwa, w tym jedną siostrę chodzącą do szkoły, która niestety nie będzie mogła studiować, ponieważ rodzina nie zezwala na to. Rodzina wspiera Mehmeta w uprawianiu sportu, jednak on sam jest bardzo leniwy.

Zarówno Adiyaman, jak i Gaziantep są bardzo konserwatywnymi miastami, co negatywnie wpływa na aktywność fizyczną. Edukacja jest na wyższym poziomie w Adiyaman, co ma pozytywny wpływ na styl życia, ale Mehmet nie jest zainteresowany poddaniem się tej zmianie. W rodzinnym Gaziantep Mehmet je zdrowe i organiczne jedzenie.

Mehmet uważa, że kierunek studiów nie ma wpływu na jego zdrowie ani aktywność fizyczną. Sytuacja kobiet w obu społecznościach jest trudna, ale w Gaziantep jest jeszcze gorsza.

Mehmet nie pije alkoholu ani nie pali papierosów, ale nie uprawia sportu z powodu lenistwa i braku możliwości wokół niego. Jest osobą wierzącą, modli się od czasu do czasu, ale religia nie wpływa znacząco na jego styl życia.

4.33. Teoria ugruntowana Bayrama - Adiyaman

Bayram, dwudziestodwuletni mężczyzna studiujący drugi rok archeologii na Uniwersytecie w Adiyaman, pochodzi z Adany w południowej Turcji.

Jego matka jest gospodynią domową, a ojciec rolnikiem. Żaden z nich nie miał możliwości zdobycia wykształcenia. Bayram jest najstarszym z rodzeństwa, ma dwójkę młodszych rodzeństwa, w tym siostrę uczęszczającą do szkoły publicznej, którą Bayram ma nadzieję, że będzie mogła również studiować na uniwersytecie.

Bayram jest jedyną osobą w rodzinie, która podjęła edukację wyższą, wybierając Uniwersytet w Adiyaman ze względu na dużą odległość od domu. Sport nie jest istotny w rodzinie, uważany jest za marnowanie czasu, który powinien być poświęcony pracy.

Mieszkając w wiejskim regionie Adany, Bayram ma dużo możliwości do uprawiania aktywności fizycznej. Rola kobiet w społeczeństwie jest tam bardzo ograniczona – znajdują się na drugim planie, nie mają prawa do edukacji ani pracy, a niektóre nawet nie znają pojęcia kina. Przemoc wobec kobiet jest powszechnym problemem. Adiyaman, jako duże miasto, oferuje więcej możliwości. Bayram spożywa posiłki w akademiku, uważając je za zdrowe, w przeciwieństwie do tłustych i mocno przyprawionych posiłków typowych dla Adany.

Bayram nie pije alkoholu ani nie pali. Regularnie uprawia sport, co ma pozytywny wpływ na jego samopoczucie. Kierunek studiów nie ma bezpośredniego wpływu na jego styl życia, ale środowisko studenckie pozytywnie na niego wpłynęło, motywując do regularnej aktywności fizycznej i dbania o zdrowie. Jest osobą wierzącą, a religia pozytywnie wpływa na jego higienę i zdrowie.

Bayram marzy o studiach za granicą, najlepiej w Szwajcarii, kraju uważanym za nowoczesny i spokojny. Chciałby prowadzić wyjątkowe i ekstrawaganckie życie, odcinając się od standardowego podejścia do życia, które uważa za nudne.

4.34. Teoria ugruntowana Osmana - Adiyaman

Osman to dwudziestojednoletni mężczyzna studiujący drugi rok archeologii na Uniwersytecie w Adiyaman. Pochodzi z Sanliurfa, miejsca, które wywiera na niego negatywny wpływ. Jako mężczyzna nie może ubierać się w krótkie spodenki, gdy przebywa na zewnątrz, ze względu na panujące restrykcje w mieście. Kobiety w Sanliurfa mają bardzo ograniczone prawa i żyją na niskim poziomie społecznym, większość z nich wychodzi za mąż

przed osiemnastym rokiem życia. W szkole czy na siłowni mężczyźni muszą przebierać się w kabinach, co może być demotywuujące i utrudniać regularne uprawianie aktywności fizycznej.

W Adiyaman, gdzie obecnie studiuje, sytuacja jest lepsza, Osman ma prawo nosić krótkie spodenki i zaczął regularnie chodzić na siłownię. Wybrał ten uniwersytet z powodu bliskości rodziny oraz odległości od rodzinnego Sanliurfa.

Ojciec Osmana jest kierowcą z wykształceniem średnim, a matka zajmuje się domem. Rodzice wspierają swoje dzieci w aktywności fizycznej i dbają o ich zdrowie. Kultura jedzenia w obydwu miastach jest niska – dieta opiera się na tłustych, mocno przyprawionych potrawach mięsnych.

Osman nie pije alkoholu ani nie pali tytoniu. Ze względu na sytuację ekonomiczną oraz nieśmiałość nie uprawia sportu, co przyczynia się do problemów z nadwagą i braku pewności siebie. Jest osobą wierzącą, modli się od czasu do czasu, jednak religia nie ma bezpośredniego wpływu na jego aktywność fizyczną ani zdrowotność.

Mimo chęci studiowania za granicą, Osman nie ma poparcia rodziny w tej kwestii.

4.35. Teoria ugruntowana Onura - Adiyaman

Onur to dwudziestoletni student pierwszego roku archeologii Uniwersytetu w Adiyamanie, pochodzący z Malatya, zamieszkujący na wsi. Jego rodzice to ojciec kierowca z wykształceniem podstawowym i matka gospodyni domowa, również z wykształceniem podstawowym. Onur ma dwie siostry: jedna z nich studiuje i regularnie uprawia sport, druga chodzi do szkoły podstawowej. W rodzinie sport nie jest ceniony – uważany jest za marnowanie czasu, który lepiej spożytkować na pracę zarobkową. Onur pracuje jako rolnik, co pozwala mu częściowo realizować aktywność fizyczną, kiedy przebywa w rodzinnych regionach.

Środowisko w Malatya jest bardzo konserwatywne i patriarchalne, kobiety mają tam ograniczone prawa i są traktowane na drugim planie. Onur stara się nie zwracać uwagi na społeczne normy i żyć według własnych zasad. Jedzenie w Malatya jest zdrowe, organiczne i domowe. W Adiyaman, gdzie studiuje, społeczeństwo jest jeszcze bardziej konserwatywne,

ale nie wpływa to na zachowania Onura. Dieta tam jest tłusta, mocno przyprawiona i oparta głównie na mięsie.

Onur pije alkohol i pali papierosy. Uwielbia aktywność fizyczną i czerpie z niej dużą przyjemność. Nie jest osobą wierzącą, dlatego religia nie ma wpływu na jego życie.

4.36. Teoria ugruntowana Ibrahima - Adiyaman

Ibrahim to dwudziestodwuletni mężczyzna, student czwartego roku archeologii na Uniwersytecie w Adiyamanie, etnicznie Kurd. Jego ojciec, emeryt z wykształceniem średnim, oraz matka, gospodyni domowa również z wykształceniem średnim, wychowali Ibrahim'a oraz jego czwórkę rodzeństwa w tradycyjnym, koczowniczym stylu życia. Mimo swojego kurdzkiego pochodzenia, Ibrahim zawsze z dumą identyfikuje się jako obywatel Turcji. Rodzina ceną wolność i aktywność, starając się spędzać jak najwięcej czasu razem na świeżym powietrzu.

Pochodzi z wsi w Tunceli, gdzie natura dostarcza mu wystarczającej aktywności fizycznej, nie potrzebując siłowni. Jego studia archeologiczne nie wpływają na jego zachowania zdrowotne – Ibrahim jest przekonany, że jeśli człowiek naprawdę czegoś chce, może to osiągnąć w każdych warunkach. Regularnie angażuje się w aktywność fizyczną podczas wykopalisk, co dla niego jest swoistym trekkingiem po dużych powierzchniach.

W Tunceli kobiety cieszą się wysokim statusem społecznym. Przed rokiem 1980 większość z nich kończyła gimnazjum, a po 1980 roku wielu kontynuowało naukę na studiach. Są szanowane, a ich opinie mają znaczenie w społeczności. Kultura jedzenia jest tam wysoko ceniona, opiera się na zdrowych produktach bogatych w białko i naturalne składniki.

Ibrahim nie praktykuje żadnej religii – dla niego ważne jest być dobrym i uczciwym człowiekiem. Religia nie wpływa na jego decyzje dotyczące zdrowego stylu życia i aktywności fizycznej.

4.37. Teoria ugruntowana Abdulkadira - Adiyaman

Abdulkadir to dwudziestojednoletni student drugiego roku archeologii w Adiyamanie, etnicznie Kurd. Jego matka jest gospodynią domową z wykształceniem średnim, a ojciec, aktualnie emerytowany rolnik, przez wiele lat mieszkał w Niemczech. Powrócił do Turcji ze

względu na niezadowolenie z europejskiej kultury i podejścia do religii. Abdulkadir ma jedną siostrę, która również studiuje, a w rodzinie tylko mężczyźni pracują fizycznie, głównie na polu. Struktura rodzinna wspiera sport – jego siostra uprawia taekwondo, a Abdulkadir ma bardzo dobrą relację z ojcem.

Pochodzi z Malatya, gdzie kultura zachodnia ma pewne wpływy, a miasto oferuje dużo możliwości sportowych. Kobiety mają tu wolność do studiowania i pracy, co w opinii Abdulkadira świadczy o niskim stopniu konserwatyzmu. Społeczeństwo szczególnie dba o ludzi starszych i niepełnosprawnych. Natomiast Adiyaman jest bardziej konserwatywny i patriarchalny – aktywność fizyczną głównie uprawiają studenci, a kobiety pracują fizycznie na polu.

Abdulkadir regularnie dba o zdrową dietę zarówno w Malatya, jak i w Adiyaman. Wybrał Uniwersytet w Adiyamanie ze względu na różnice kulturowe tego regionu, które były dla niego interesujące.

Jest osobą pijącą i palącą, jednak w wolnym czasie trenuje kick-boxing. W przeszłości zmagał się z dużą nadwagą, ważąc 130 kilogramów, co bardzo negatywnie wpływało na jego samopoczucie. Rozpoczęcie treningów kick-boxingu znacząco poprawiło jego zdrowie i samopoczucie, co stało się dla niego motywacją do kontynuowania aktywności fizycznej.

Abdulkadir jest osobą wierzącą, modli się tylko w piątki, jednak religia nie ma wpływu na jego aktywność fizyczną. Nie wyobraża sobie studiowania za granicą z powodu obawy przed nauką obcego języka.

4.38. Teoria ugruntowana Ahmet - Adiyaman

Ahmet studiuje na uniwersytecie w Adiyaman, II rok archeologii. Ma dwadzieścia dwa lata. Etnicznie jest Kurdem.

Ojciec jest rolnikiem, mama gospodynią domową. Ahmet posiada dwanaścioro rodzeństwa, siostry nie studiują. W rodzinie kobiety nie mogą studiować. Każdy z jej członków musi pracować.

Ahmet pochodzi z Sanli Urfa. Pracuje na farmie, co wymaga aktywności fizycznej. Czasami próbuje biegać – na wsi nie ma możliwości, aby uprawiać inną aktywność fizyczną. Społeczeństwo jest konserwatywne, jednak nie ma to na niego wpływu. Zdecydowana większość kobiet nie studiuje. Adiyaman jest większym miastem, w opinii Ahmeta daje

większe możliwości, a życie jest prostsze. Kierunek, na którym studiuje nie ma wpływu na jego zachowania zdrowotne ani aktywność fizyczną. Przez pewien okres czasu środowisko studenckie sprawiło, iż zaczął palić papierosy. Na rodzinnej wsi ma dostęp do zdrowego, naturalnego i organicznego jedzenia. W Adiyaman odżywia się w akademiku, gdzie jedzenie jest bardzo niezdrowe.

Nie pije alkoholu, nie pali papierosów. Gra w piłkę nożną około trzech godzin tygodniowo. Jest osobą bardzo mocno wierzącą, radykalną. Modli się regularnie. Religia nie ma wpływu na jego aktywność. Jego zdjęcie profilowe na portalu społecznościowym WhatsApp przedstawia lidera sekty religijnej. Nie chciałby studiować za granicą – inna kultura i religia go nie interesuje.

4.39. Podsumowanie

Analiza wypowiedzi studentów uczestniczących w wywiadach może stanowić podstawę do zobrazowania ich wzorców życiowych, poglądów i aspiracji oraz występujących w badanych środowiskach różnic kulturowych związanych z dbałością o zdrowie.

Turecja, z jej bogatą historią, różnorodnością etniczną i silnymi tradycjami, oferuje unikatowy obraz życia młodych ludzi w różnych regionach kraju. Wypowiedzi osób badanych takich jak Yusuf, Ahmet, Bayram czy Ibrahim rzucają światło na zróżnicowane wyzwania, z jakimi młodzi ludzie muszą się zmagać oraz na różnice kulturowe i społeczne, które kształtują ich codzienne życie.

Turecja, będąca mostem między Wschodem a Zachodem, charakteryzuje się głęboko zakorzenionymi tradycjami i normami społecznymi, które często odgrywają kluczową rolę w życiu młodych ludzi. Historie takie jak Ibrahim z Tunceli, który czerpie radość z aktywności fizycznej na łonie natury, czy Bayram z Adany, gdzie sport uważany jest za marnowanie czasu, ilustrują różnorodność podejść i wartości w różnych regionach kraju. W mniejszych, konserwatywnych miastach, jak Sanli Urfa czy Malatya, gdzie normy dotyczące ról płciowych są silne, a kobiety mają ograniczone możliwości, młodzi ludzie często stają przed ważnymi wyzwaniami dotyczącymi autonomii i wyboru życiowego. Ale również proza codziennego życia, choćby związana z dbałością o zdrowie, sprawność fizyczną czy zwykłą rozrywką po pracy, wymaga często śmiałych decyzji.

Dla wielu młodych mieszkańców Turcji, jak Abdulkadir czy Onur, religia odgrywa istotną rolę w kształtowaniu codziennych nawyków i wyborów życiowych. Modlitwa, przestrzeganie

zasad religijnych oraz dieta zgodna z nakazami religijnymi są ważnymi elementami ich życia. Jednakże, jak pokazuje historia Ahmeta z Sanli Urfa, religijność może również stanowić źródło konfliktu międzypokoleniowego, szczególnie w kontekście zmieniającego się krajobrazu społecznego i kulturowego w Turcji.

Współczesny styl życia, z jego wyzwaniami zdrowotnymi i psychologicznymi, nie omija również młodych obywateli Turcji. Osoby takie jak Mehmet, który przezwyciężył problem nadwagi dzięki regularnej aktywności fizycznej, pokazują, jak determinacja i wsparcie środowiskowe mogą przyczynić się do osobistego przekształcenia. Z drugiej strony, Osman z Gaziantep, który zrezygnował z uprawiania sportu z powodu barier ekonomicznych i społecznych, ilustruje trudności, z jakimi często muszą się zmagać młodzi ludzie w uboższych i bardziej konserwatywnych regionach Turcji.

Edukacja odgrywa kluczową rolę w życiu młodych pokoleń w Turcji, otwierając drzwi do lepszych możliwości zawodowych i osobistego rozwoju. Historie takie jak Busra, która niezależnie od konserwatywnych norm społecznych realizuje swoje pasje sportowe i edukacyjne, oraz Abdulkadir, który dzięki wsparciu rodzinnej struktury przełamuje bariery kulturowe i osobiste, pokazują, jak edukacja może być narzędziem do zmiany społecznej. Zmiany te sięgają wielu aspektów codziennego funkcjonowania, w tym również dbałości o zdrowie oraz aktywność i sprawność fizyczną.

Turcja będąca krajem wielokulturowym, jako świadek dynamicznych zmian społecznych i gospodarczych, staje przed wyzwaniami związanymi z zachowaniem równowagi między tradycją a nowoczesnością. Młodzi ludzie, jak Ahmet z Adiyaman, który zмага się z przekształceniami społecznymi i ekonomicznymi, starając się znaleźć swoje miejsce w szybko zmieniającym się świecie, reprezentują nową twarz tureckiej młodzieży.

Wypowiedzi młodych ludzi z Turcji, różniących się etnicznością, wykształceniem, religią i lokalizacją geograficzną, ilustrują złożoność i zróżnicowanie współczesnego tureckiego społeczeństwa. Różnice kulturowe i społeczne, choć czasem stanowiące wyzwanie, są również źródłem bogactwa i różnorodności. Kluczowe jest zrozumienie tych różnic oraz wsparcie dla aspiracji i potrzeb młodego pokolenia, które w tureckim społeczeństwie kształtuje nowe kierunki rozwoju i przemian społecznych dotyczących wielu aspektów życia – w tym również dbałości o zdrowie.

V. Dyskusja

W dyskusji na temat wyników dysertacji dotyczącej zachowań zdrowotnych studentów z różnych środowisk etnicznych w Turcji istotne jest odniesienie do badań innych autorów, które mogą uzupełnić oraz porównać zgromadzone dane, a także wskazać na ogólne trendy i implikacje dla zdrowia publicznego i edukacji zdrowotnej.

Badania prowadzone w różnych krajach i regionach świata często potwierdzają, że zdrowe nawyki życiowe, takie jak prawidłowa dieta, regularna aktywność fizyczna i praktyki profilaktyczne, są kluczowe dla ogólnego dobrostanu i redukcji ryzyka chorób przewlekłych. W kontekście Turcji, badania przeprowadzone przez Karadag i Yltirim (2009) wskazują na podobne tendencje, gdzie młodsze pokolenie wykazuje tendencję do zmiany nawyków żywieniowych i wzmożonej aktywności fizycznej, ale jednocześnie niskiego poziomu praktyk profilaktycznych, szczególnie wśród mężczyzn.

Podobnie, badania Arslan i in. (2020) koncentrują się na wpływie środowiskowych czynników kulturowych i społecznych na zachowania zdrowotne młodzieży w Turcji. Autorzy zauważają, że miejsce zamieszkania oraz status ekonomiczny mają istotny wpływ na dostępność do zdrowej żywności, infrastrukturę sportową oraz edukację zdrowotną, co w konsekwencji determinuje różnice w zdrowotnych wyborach życiowych.

Pod względem poczucia koherencji życiowej, badania Toros i in. (2018) wskazują na istotną rolę poczucia sensowności życiowych wydarzeń oraz zdolności do radzenia sobie z wyzwaniami życiowymi w kształtowaniu zdrowia psychicznego i fizycznego młodzieży. Ich badania potwierdzają, że młodzi ludzie o wyższym poczuciu koherencji częściej podejmują prozdrowotne decyzje oraz radzą sobie lepiej ze stresem i presją środowiska.

Warto również odnieść się do badań międzynarodowych, takich jak Globalny Raport na temat Zdrowia Młodzieży WHO (2019), który podkreśla znaczenie promowania zdrowia psychicznego i fizycznego wśród młodych ludzi na całym świecie. Raport ten identyfikuje wzorce zachowań zdrowotnych oraz czynniki ryzyka, które wpływają na zdrowie młodzieży, w tym negatywne konsekwencje braku aktywności fizycznej, niezdrowej diety oraz niskiego poziomu świadomości zdrowotnej.

Analiza wyników własnych badań pokazuje, że studenci z różnych środowisk etnicznych w Turcji wykazują zróżnicowane podejścia do zdrowia, co może wynikać z różnic kulturowych, społecznych oraz ekonomicznych. Dominujące cechy zdrowotne, takie jak

prawidłowe nawyki żywieniowe i aktywność fizyczna, są wskazówką dla działań edukacyjnych i interwencyjnych skierowanych na poprawę zdrowia młodych ludzi.

Jednakże, niski poziom praktyk profilaktycznych oraz zróżnicowanie w poczuciu koherencji życiowej wskazują na potrzebę dostosowania strategii zdrowotnych do specyficznych potrzeb i kontekstów lokalnych. Lokalne programy zdrowotne powinny uwzględniać zarówno uniwersalne aspekty promocji zdrowia, jak i specyficzne wyzwania zdrowotne wynikające z różnic etnicznych i kulturowych.

Badania nad zdrowiem publicznym coraz częściej podkreślają znaczenie różnic kulturowych i etnicznych w kształtowaniu zachowań zdrowotnych. W kontekście Turcji, kraj o bogatej i zróżnicowanej tradycji kulturowej, te różnice mogą mieć istotny wpływ na wybory żywieniowe, aktywność fizyczną oraz podejście do profilaktyki zdrowotnej. Kulturowe normy dotyczące jedzenia, stylu życia i wizerunku ciała mogą być czynnikami determinującymi w podejmowaniu decyzji dotyczących zdrowia.

Badania Li i Lai (2021) wskazują, że młodzi ludzie w Turcji, szczególnie z mniejszych miejscowości, często kierują się tradycyjnymi wzorcami żywieniowymi, które mogą być zarówno korzystne (np. dieta śródziemnomorska) jak i niekorzystne (np. wysoki poziom konsumpcji soli). Wspomniane badania podkreślają również, że zmieniające się wzorce społeczne, w tym globalizacja i urbanizacja, mogą prowadzić do stopniowego zanikania tradycyjnych wzorców żywieniowych na rzecz bardziej zachodnich diet, które często są mniej korzystne zdrowotnie. Wyniki tych badań mogą korespondować z sytuacją zaobserwowaną na podstawie sondaży prowadzonych w ramach dysertacji.

Poczucie koherencji życiowej, określane często za pomocą Skali Orientacji Życiowej (SoC), odgrywa istotną rolę w zdrowiu psychicznym i fizycznym młodych ludzi. W badaniach przeprowadzonych na różnych populacjach, w tym również w Turcji, stwierdzono, że wysokie poczucie koherencji może być związane z mniejszym ryzykiem depresji, lepszym radzeniem sobie ze stresem oraz lepszymi wyborami zdrowotnymi, takimi jak regularna aktywność fizyczna i zdrowa dieta. Rejestrowane w badaniach różnych autorów (Aydin i inni, 2017; kaya i Önder, 2024; Kayi i inni, 2023) wskazują też na podobny poziom poczucia koherencji do występującego u studentów badanych w ramach moich badań.

Toros i współpracownicy (2018) podkreślają, że wśród młodych ludzi w Turcji dominuje poczucie zaradności, czyli przekonanie o własnej zdolności do radzenia sobie z życiowymi wyzwaniami. Jednocześnie jednak, niższe wyniki w kategorii sensowności życia wskazują na

potencjalne trudności w znajdowaniu sensu życiowych doświadczeń, co może mieć negatywne konsekwencje dla zdrowia psychicznego i motywacji do dbałości o zdrowie. Podobny stan zarejestrowany został w badaniach do dysertacji. Charakterystyczne w moich wynikach był stosunkowo niski poziom składowej zrozumienia, co w wynikach badań przytoczonych autorów nie wystąpiło w takim nasileniu.

Porównanie wyników własnych badań z danymi międzynarodowymi pozwala na lepsze zrozumienie unikalnych cech zachowań zdrowotnych studentów w Turcji oraz na identyfikację uniwersalnych trendów zdrowotnych. Globalny Raport na temat Zdrowia Młodzieży WHO (2019) dostarcza szerszy kontekst dla analizy, pokazując globalne wyzwania związane z otyłością, brakiem aktywności fizycznej oraz problemami zdrowia psychicznego wśród młodych ludzi. W tych porównaniach studenci uczelni tureckich mieszczą się w granicach ogólnie przeciętnych dla środowisk europejskich.

Implikacje praktyczne wyników badań wskazują na konieczność dostosowania lokalnych programów zdrowotnych do specyficznych potrzeb etnicznych i kulturowych młodych ludzi w Turcji. Edukacja zdrowotna powinna skupiać się nie tylko na promocji zdrowia fizycznego, ale również na wzmacnianiu zdrowia psychicznego poprzez budowanie poczucia koherencji i radzenia sobie ze stresem.

W kontekście społecznym i zdrowotnym wyniki badań nad zachowaniami zdrowotnymi studentów w Turcji mają istotne implikacje. Jednym z kluczowych wniosków jest konieczność rozpoznania i uwzględnienia specyficznych potrzeb zdrowotnych różnych grup etnicznych. Badania nad wpływem kultury na zdrowie wskazują na znaczenie kontekstu kulturowego w kształtowaniu wyborów żywieniowych, stylu życia oraz postrzegania zdrowia i choroby.

Turcja, będąca krajem o wielowiekowej historii i różnorodności etnicznej, charakteryzuje się bogatą tradycją kulinarną i dietetyczną. Różnice w preferencjach żywieniowych i aktywności fizycznej między różnymi grupami etnicznymi mogą wynikać zarówno z uwarunkowań geograficznych, jak i historycznych. Na przykład, badania nad dietą śródziemnomorską wskazują na jej korzystny wpływ na zdrowie serca, co jest szczególnie istotne w kontekście zdrowia publicznego w Turcji (Bagriacik i inni, 2013).

Globalne badania nad zdrowiem publicznym, takie jak raporty WHO czy międzynarodowe badania nad stylem życia i zdrowiem młodzieży, dostarczają kontekstu do porównania wyników uzyskanych w Turcji. Wiele z tych badań podkreśla globalne wyzwania zdrowotne,

takie jak wzrost otyłości, brak aktywności fizycznej oraz epidemia chorób psychicznych wśród młodych ludzi (Robroek i inni, 2013; Elagizi i inni, 2020).

Badania WHO (2021) na temat zdrowia młodzieży wskazują na rosnący problem zdrowotny związany z otyłością i chorobami serca, które są często związane z niezdrowymi wzorcami żywieniowymi i brakiem aktywności fizycznej. Porównując te wyniki z lokalnymi badaniami nad zdrowiem młodzieży w Turcji, można zauważyć zarówno uniwersalne problemy zdrowotne, jak i specyficzne dla danego regionu wyzwania.

Na podstawie wyników własnych badań, jak i porównania z międzynarodową literaturą, ważne jest rozwijanie interwencji zdrowotnych i edukacyjnych dostosowanych do specyficznych potrzeb różnych grup etnicznych w Turcji. Programy zdrowotne powinny nie tylko promować zdrowy styl życia, ale również kształtować świadomość zdrowotną i promować pozytywne wzorce zachowań zdrowotnych.

Współczesne podejścia do edukacji zdrowotnej coraz częściej uwzględniają aspekty kulturowe i etniczne jako kluczowe elementy efektywnych interwencji. Adaptacja programów zdrowotnych do specyficznych kontekstów kulturowych może zwiększyć ich skuteczność i zaangażowanie uczestników. Przykładowo, programy promujące zdrowe gotowanie zgodne z tradycyjnymi recepturami mogą być bardziej akceptowane i skuteczne wśród osób z różnych grup etnicznych w Turcji.

Kolejnym istotnym aspektem, który należy uwzględnić przy analizie wyników, jest wpływ czynników kulturowych na zachowania zdrowotne. Badania przeprowadzone przez Smitha i współpracowników (2021) wskazują na różnice w podejściu do zdrowia w zależności od kultury i tradycji etnicznych. W społecznościach tureckich może istnieć silne zakorzenienie w tradycjach żywieniowych, które mogą wpływać na preferencje żywieniowe oraz nawyki dietetyczne. Na przykład dieta śródziemnomorska, powszechnie stosowana w Turcji, jest znana ze swoich korzyści zdrowotnych, takich jak obniżone ryzyko chorób serca i innych chorób przewlekłych (Estruch et al., 2013). Tego rodzaju kulturowe nawyki żywieniowe mogą wpływać na wyniki badań dotyczące nawyków żywieniowych i ich związków z ogólnym stanem zdrowia badanych studentów.

Podczas dyskusji o wynikach badań na temat zachowań zdrowotnych studentów w kontekście różnych środowisk etnicznych, istotne jest uwzględnienie interdyscyplinarnych podejść do zdrowia i dobrostanu. Jak zauważają Jansen i współpracownicy (2011), podejście interdyscyplinarne może dostarczyć głębszego zrozumienia złożonych interakcji między

czynnikami kulturowymi, psychospołecznymi a zdrowiem fizycznym i psychicznym. Integracja wiedzy z zakresu antropologii, socjologii, psychologii i medycyny może prowadzić do bardziej kompleksowego podejścia do analizy zachowań zdrowotnych w kontekście różnych grup etnicznych.

Wyniki przeprowadzonych badań mogą mieć implikacje dla polityk zdrowotnych w Turcji. Warto rozważyć, jakie konkretne działania mogą być podejmowane w celu poprawy zachowań zdrowotnych w różnych grupach etnicznych. Możliwe działania obejmują edukację zdrowotną dostosowaną do specyfiki kulturowej poszczególnych grup, promowanie zdrowego stylu życia wśród młodzieży akademickiej oraz wspieranie badań naukowych nad wpływem czynników kulturowych na zdrowie.

Uzyskane w badaniach wyniki potwierdzają istotność uwzględnienia czynników kulturowych i społecznych przy analizie zachowań zdrowotnych studentów z różnych środowisk etnicznych w Turcji. Wyniki te nie tylko wskazują na istnienie różnic w nawykach zdrowotnych między grupami etnicznymi, ale także podkreślają potrzebę dalszych badań nad przyczynami tych różnic oraz nad skutecznymi strategiami interwencyjnymi. W kontekście globalnym moje badania mogą stanowić punkt wyjścia do porównań międzykulturowych i dalszych analiz mających na celu lepsze zrozumienie złożonych relacji między kulturą a zdrowiem.

Dalsze badania mogą skupić się na analizie bardziej szczegółowych czynników kulturowych, takich jak religia, tradycje rodzinne czy miejsce pochodzenia oraz ich wpływu na zachowania zdrowotne w Turcji. Ponadto, warto rozważyć badania longitudinalne, które pozwoliłyby na śledzenie zmian w nawykach zdrowotnych i poczuciu koherencji w dłuższej perspektywie czasowej. Integracja różnych metod badawczych, w tym metod jakościowych, może dostarczyć głębszego zrozumienia zjawisk kulturowych i ich roli w kształtowaniu zdrowia jednostek. Dalsze badania nad zdrowiem młodzieży w Turcji powinny skupić się na identyfikacji głównych czynników determinujących zachowania zdrowotne w różnych grupach etnicznych. Wartościowe byłoby także badanie wpływu migracji, globalizacji oraz urbanizacji na zdrowie młodzieży, szczególnie w kontekście zmiany wzorców żywieniowych i stylu życia. Ponadto, badania longitudinalne mogłyby dostarczyć bardziej szczegółowych informacji na temat zmian w zachowaniach zdrowotnych wśród młodzieży w różnych fazach ich życia. Zrozumienie długoterminowych konsekwencji zdrowotnych różnic etnicznych i kulturowych może prowadzić do bardziej skutecznych strategii prewencji zdrowotnej i interwencji edukacyjnych.

W części dyskusji związanej z wynikami dysertacji dotyczących aktywności fizycznej badanych studentów należy wskazać na kilka najważniejszych kwestii. Wynikają one z przeświadczenia, iż aktywność fizyczna odgrywa kluczową rolę w utrzymaniu zdrowia i dobrostanu jednostki, co zostało szeroko udokumentowane w literaturze naukowej. Wskazują na to klasyczne opracowania dotyczące zagadnień teorii zdrowia czy teorii wychowania fizycznego (Osiński 1996, Grabowski 2000, Wojnarowska 2024), a także wyniki wielu badań nad aktywnością fizyczną człowieka, również studentów, potwierdzające znaczenie tego rodzaju aktywności w codziennym życiu. Zebrane dane wskazują na różnorodne preferencje i wzorce w podejmowaniu aktywności fizycznej, które można porównać z wynikami innych autorów. W niniejszej dyskusji następuje nawiązanie do wybranych podobnych badań w obszarze najistotniejszych dla autora zagadnień.

W literaturze naukowej nie brakuje dowodów na to, że regularna aktywność fizyczna jest jednym z najważniejszych czynników promujących zdrowie i dobrostan jednostki. Badania przeprowadzone przez zespół Warburtona i współpracowników (2006) wykazały, że aktywność fizyczna zmniejsza ryzyko chorób sercowo-naczyniowych, cukrzycy typu 2, otyłości, a także depresji i lęku. Co więcej, aktywność fizyczna może poprawić funkcje poznawcze i zmniejszyć ryzyko demencji u osób starszych. Podobne w wydźwięku końcowym wyniki uzyskali Marquez i inni (2020) twierdząc, że regularne i odpowiednio intensywne ćwiczenia prowadzą do podniesienia jakości życia i ogólnego dobrostanu fizycznego i psychicznego. Odnosząc te wyniki do wyników badań nad aktywnością fizyczną studentów w Turcji, można zauważyć, że choć większość badanych osób deklaruje zaangażowanie w aktywność fizyczną, to jednak czas poświęcany na tę aktywność jest relatywnie niski. W literaturze często podkreśla się, że młode osoby, takie jak studenci, mimo świadomości korzyści płynących z aktywności fizycznej, często mają trudności z utrzymaniem regularności w podejmowaniu ćwiczeń. Przyczyny tego zjawiska mogą być różnorodne, od braku czasu, przez niską motywację, aż po brak odpowiedniej infrastruktury sportowej w miejscu zamieszkania.

Wyniki badań wskazują na istotne zróżnicowanie płciowe w podejmowaniu aktywności fizycznej. Kobiety częściej angażują się w aktywności zorganizowane, takie jak zajęcia grupowe, podczas gdy mężczyźni wykazują większą skłonność do podejmowania intensywnych form aktywności fizycznej, jednak w mniejszej regularności. Podobne zjawisko zaobserwowali Rosenfeld (2017) czy zespół Buffa, Marini i Flori (2001), którzy w swoich opracowaniach na temat aktywności fizycznej osób dorosłych zauważyli, że kobiety częściej

uczestniczą w zajęciach fitness i rekreacyjnych, podczas gdy mężczyźni preferują bardziej intensywne formy ćwiczeń, takie jak sporty siłowe czy bieganie. Różnice te mogą wynikać z odmiennych preferencji i motywacji do podejmowania aktywności fizycznej. Kobiety mogą być bardziej zainteresowane aspektami społecznymi ćwiczeń, takimi jak interakcje z innymi ludźmi, co skłania je do uczestnictwa w zajęciach grupowych. Z kolei mężczyźni mogą być bardziej skoncentrowani na osiągnięciach i poprawie wyników, co może prowadzić do wyboru bardziej intensywnych form aktywności fizycznej.

Środowisko, w którym dorasta jednostka, ma istotny wpływ na jej zachowania zdrowotne, w tym na podejmowanie aktywności fizycznej. W literaturze często podkreśla się, że osoby mieszkające w miastach mają lepszy dostęp do infrastruktury sportowej, co sprzyja częstszemu uczestnictwu w zorganizowanych formach aktywności fizycznej. Przykładem mogą być badania przeprowadzone przez Paska i Olszewskiego (2017), które wykazały, że osoby mieszkające w sąsiedztwach o lepszej infrastrukturze sportowej, takich jak parki i ścieżki rowerowe, częściej podejmują aktywność fizyczną w porównaniu do osób z obszarów o ograniczonym dostępie do takich obiektów. Z kolei badania przeprowadzone na studentach pochodzących z różnych środowisk Turcji pokazują, że studenci z obszarów wiejskich częściej podejmują aktywność fizyczną w sposób samodzielny, co może wynikać z ograniczonej dostępności do zorganizowanych form aktywności w ich miejscu zamieszkania. Podobne wyniki uzyskał Sallis (2000), który stwierdził, że osoby mieszkające na obszarach wiejskich częściej angażują się w aktywności fizyczne, takie jak chodzenie czy prace na świeżym powietrzu, zamiast uczestniczyć w zorganizowanych zajęciach sportowych.

Kultura, w której żyje jednostka, ma istotny wpływ na jej podejście do zdrowia i aktywności fizycznej. Badania przeprowadzone w różnych krajach pokazują, że normy kulturowe mogą kształtować postawy i zachowania związane z aktywnością fizyczną. Przykładem mogą być badania przeprowadzone w różnych krajach Bliskiego Wschodu, gdzie restrykcyjne normy społeczne mogą ograniczać aktywność fizyczną kobiet. Badania przeprowadzone przez Musaiger (2011) w Bahrajnie wykazały, że niska aktywność fizyczna wśród kobiet może być związana z barierami kulturowymi, takimi jak ograniczenia dotyczące ubioru oraz brak akceptacji społecznej dla ćwiczeń kobiet w miejscach publicznych. Wyniki badań dotyczących studentów w Turcji, które uwzględniają różnice kulturowo-etniczne, potwierdzają, że normy kulturowe mogą mieć istotny wpływ na aktywność fizyczną. Kobiety studiujące w Adiyaman, gdzie przeważają kurdyjskie wzorce kulturowe, wykazują niższą aktywność fizyczną w porównaniu do studentek z Hatay czy Yozgat, gdzie kultura arabska

i turecka bardziej sprzyja aktywności fizycznej kobiet. Wyniki te są zgodne z ze stanem faktycznym wynikającym z sytuacji społeczno-politycznej kobiet w Zatoce Perskiej przedstawianej w opracowaniu Mousanejad (2023), gdzie również zauważono, że normy kulturowe wpływają na ograniczenie aktywności fizycznej kobiet.

Wyniki badań przedstawione w dysertacji mogą mieć implikacje dla polityki zdrowotnej, zwłaszcza w kontekście promocji zdrowego stylu życia wśród młodych ludzi. Miało by to miejsce gdyby raport z przeprowadzonych badań stałby się podstawą do opracowania społecznych programów prozdrowotnych. Programy promujące aktywność fizyczną w Turcji powinny uwzględniać różnorodność kulturową, środowiskową i płciową, aby skutecznie docierać do różnych grup społecznych. Na przykład, w środowiskach wiejskich można skupić się na promowaniu aktywności fizycznej, która nie wymaga dostępu do infrastruktury sportowej, takich jak spacer czy bieganie. W miastach natomiast warto inwestować w rozwój infrastruktury sportowej, aby zwiększyć dostępność zorganizowanych form aktywności fizycznej. W przypadku różnic kulturowych, programy promujące zdrowie powinny być dostosowane do specyficznych potrzeb i wartości danej społeczności. Dlatego w krajach Bliskiego Wschodu należałoby rozważyć tworzenie specjalnych stref dla kobiet, gdzie mogą one swobodnie uprawiać sport. W kontekście różnic płciowych warto promować różnorodne formy aktywności fizycznej, które będą atrakcyjne zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn.

VI. Podsumowanie i wnioski

Podsumowanie wyników badań dotyczących zachowań zdrowotnych i poczucia koherencji wśród studentów uniwersytetów w Turcji wskazuje różne prawidłowości dotyczące różnorodności i charakterystyki tych zachowań oraz ich powiązań z lokalnymi warunkami życia.

Badania wykazały znaczne zróżnicowanie w zachowaniach zdrowotnych badanych studentów, na co wskazują zarejestrowane wartości średnich oraz odchyłeń standardowych w wynikach większości grup. To oznacza, że istnieje szeroki zakres różnic między jednostkami pod względem podejmowania zdrowych nawyków i praktyk profilaktycznych. Dominujące składowe w strukturze zachowań zdrowotnych to prawidłowe nawyki żywieniowe (PNŻ) i praktyki zdrowotne (PZ), które stanowią ponad 60% ich ogólnej struktury, co podkreśla ich znaczenie w kontekście ogólnego zdrowia studentów.

Stwierdzono, że badani wykazują stosunkowo niski poziom zachowań profilaktycznych (ZP), co wymaga zwiększonego wsparcia edukacyjnego w tym zakresie. Różnice między płciami są również istotne, gdzie mężczyźni wykazują wyższe wartości w PNŻ, ale niższe w PZ w porównaniu do kobiet, które natomiast częściej podejmują działania profilaktyczne i wykazują lepsze nawyki żywieniowe.

Miejsce stałego zamieszkania ma istotny wpływ na zachowania zdrowotne badanych. Studenci pochodzący z małych miast wykazują wyższy poziom zdrowia w porównaniu do tych, którzy stale zamieszkują na wsiach lub w średnich miastach. Wpływ aktywności fizycznej na zachowania zdrowotne jest również zauważalny; studenci uprawiający aktywność fizyczną samodzielnie mają tendencję do lepszych wyników w PNŻ i PZ, co świadczy o korzystnym wpływie regularnej aktywności na ogólny stan zdrowia.

Analizując strukturę zachowań zdrowotnych w zależności od miejsca zamieszkania, stwierdzono, że studenci z dużych miast mają zbliżone do studentów z małych miast zachowania zdrowotne, z niewielką przewagą w PZ. Podobieństwo w zachowaniach zdrowotnych w poszczególnych grupach w Adiyaman wskazuje na pewne uniwersalne czynniki kształtujące te zachowania, niezależnie od płci czy regularności aktywności fizycznej.

W kontekście poczucia koherencji życiowej, wyniki są umiarkowane, przy średnim wyniku 126 punktów na skali SoC-29. Stwierdzono znaczne zróżnicowanie wyników między badanymi studentami, co sugeruje, że doświadczają oni różnych poziomów zrozumienia

i przewidywalności życiowych wydarzeń. Poczucie zaradności jest dominującym elementem w strukturze tego poczucia, co wskazuje na silną orientację na radzenie sobie z wyzwaniami życiowymi. Natomiast mniejsza przejrzystość życiowych wydarzeń (SENS) może sugerować potrzebę wsparcia w rozumieniu znaczenia tych wydarzeń.

Różnice w poczuciu koherencji występują między płciami i miejscami zamieszkania. Mężczyźni wykazują nieznacznie wyższe średnie poczucie koherencji niż kobiety, podczas gdy miejsce zamieszkania również wpływa na te wyniki. Studenci zamieszkujący w dużych miastach mają najwyższe poczucie zaradności, co może być związane z dostępem do różnorodnych zasobów i możliwości.

Podsumowując, badania wskazują na potrzebę intensyfikacji działań edukacyjnych w zakresie zdrowia i profilaktyki zdrowotnej wśród studentów, zwłaszcza w kontekście miejscowych warunków życia. Adaptacja programów zdrowotnych do specyfiki danej społeczności oraz uwzględnienie różnic indywidualnych mogą przyczynić się do poprawy ogólnego stanu zdrowia i poczucia koherencji wśród badanej grupy.

Na podstawie zebranych danych dotyczących zachowań zdrowotnych badanych studentów z Turcji, sformułowano następujące wnioski:

1. Zachowania zdrowotne badanych studentów z Turcji można określić jako przeciętne, co wskazuje na umiarkowaną dbałość o zdrowie wśród młodzieży akademickiej. Wśród analizowanych składników dominują prawidłowe nawyki żywieniowe (PNŻ) i praktyki zdrowotne (PZ), podczas gdy zachowania profilaktyczne (ZP) oraz pozytywne nastawienia psychiczne (PNP) znajdują się na niższym poziomie. Struktura zachowań zdrowotnych jest względnie zrównowazona, jednak wyniki wykazują pewne zróżnicowanie wewnątrz badanej grupy. Odchylenie standardowe wskazuje na duże różnice w zakresie podejścia do zdrowia, co sugeruje, że niektóre podgrupy studentów potrzebują dodatkowych interwencji w celu poprawy ich zachowań zdrowotnych.

2. Przynależność etniczna studentów różnicuje zachowania zdrowotne w pewnym stopniu. Na przykład studenci z kurdyjskiego regionu Adiyaman wykazali niższe wskaźniki zachowań zdrowotnych w porównaniu do innych grup, choć różnice te nie są znaczące statystycznie. W kurdyjskich społecznościach kobiety mają ograniczoną rolę społeczną, jednak analiza nie wykazała istotnych różnic w ich zachowaniach zdrowotnych w porównaniu do mężczyzn.

W środowiskach arabskich, takich jak Hatay, mężczyźni wykazują wyższy poziom prawidłowych nawyków żywieniowych, co może odzwierciedlać lokalne wzorce kulturowe. Rdzennie tureckie środowiska, jak Yozgat, charakteryzują się niższym poziomem zachowań zdrowotnych, co może wynikać z ograniczeń związanych z dostępem do informacji i świadomości zdrowotnej.

3. Środowiska wielokulturowe, takie jak Ankara, wpływają pozytywnie na zachowania zdrowotne badanych studentów. Studenci z Ankary wykazali wyższy poziom zachowań zdrowotnych w porównaniu do studentów z bardziej jednorodnych środowisk, takich jak regiony kurdyjskie czy tureckie. W środowisku wielokulturowym obserwuje się większy dostęp do różnorodnych wzorców kulturowych, co wpływa na bardziej zrównoważone zachowania zdrowotne. Wpływ różnych tradycji i stylów życia w takiej społeczności może sprzyjać większej świadomości zdrowotnej i dbałości o zdrowie. Struktura wewnętrzna zachowań zdrowotnych studentów w wielokulturowej Ankarze jest zrównoważona, co wskazuje na harmonijne wpływy różnych kultur na zdrowie i styl życia studentów.

4. Płeć jest istotną zmienną różnicującą wyniki w zakresie zachowań zdrowotnych. Mężczyźni wykazali wyższy poziom prawidłowych nawyków żywieniowych w porównaniu do kobiet, co jest nieco zaskakujące, biorąc pod uwagę stereotypy dotyczące mężczyzn. Z kolei kobiety charakteryzują się wyższym poziomem pozytywnych nastawień psychicznych, choć różnice między płciami nie są bardzo znaczące. Generalnie, zarówno kobiety, jak i mężczyźni wykazują podobną strukturę zachowań zdrowotnych, przy czym mężczyźni częściej wykazują lepsze nawyki żywieniowe, a kobiety wykazują wyższy poziom dbałości o zdrowie psychiczne.

5. Środowisko pochodzenia znacząco różnicuje wyniki dotyczące zachowań zdrowotnych. Studenci pochodzący z małych miast wykazali najwyższy poziom zachowań zdrowotnych, co może być efektem większego dostępu do infrastruktury zdrowotnej oraz edukacji. W szczególności dominuje u nich wysoki poziom prawidłowych nawyków żywieniowych oraz praktyk zdrowotnych. Natomiast studenci pochodzący ze wsi charakteryzują się niższymi wskaźnikami zachowań profilaktycznych, co prawdopodobnie wynika z ograniczonego dostępu do usług zdrowotnych oraz niższej świadomości w tym zakresie. Studenci z dużych miast wykazują zachowania zdrowotne na średnim poziomie, jednak mają większy dostęp do różnorodnych usług zdrowotnych i edukacyjnych. Z kolei najniższy poziom zachowań zdrowotnych zarejestrowano wśród studentów z miast średniej wielkości,

co może wskazywać na specyficzne problemy związane z ograniczonym dostępem do informacji i infrastruktury promującej zdrowy styl życia w tych środowiskach.

Uwzględniając wszystkie analizowane zmienne – przynależność etniczną, środowisko wielokulturowe, płeć oraz środowisko pochodzenia – można stwierdzić, że poziom zachowań zdrowotnych badanych studentów jest przeciętny, z potencjałem do poprawy. Największe różnice w zachowaniach zdrowotnych wynikają ze środowiska pochodzenia oraz wzorców kulturowych, które kształtują postawy studentów wobec zdrowia.

Na podstawie zebranych danych dotyczących poczucia koherencji badanych studentów z Turcji, sformułowano następujące wnioski:

1. Analiza wyników wykazała, że ogólny poziom poczucia koherencji badanych studentów oscyluje na średnim poziomie, wynoszącym około 126 punktów na skali SoC-29, co potwierdza przeciętny poziom tej zmiennej w populacji akademickiej. Zdecydowanie dominującym komponentem poczucia koherencji jest poczucie zaradności (ZAR), które u badanych osiągało najwyższe wyniki procentowe (64,04%). Na nieco niższym poziomie znajduje się poczucie sensowności (SENS), natomiast poczucie zrozumienia (ZRO) było najslabiej rozwinięte, co wskazuje na trudności studentów w rozumieniu otaczającego ich świata i podejmowanych działań. Zróżnicowanie wyników w badanej grupie jest znaczące, co wskazuje na istotne różnice między jednostkami w zakresie poczucia koherencji.

2. Zróżnicowanie poziomu poczucia koherencji na tle przynależności etnicznej jest wyraźnie widoczne, zwłaszcza w odniesieniu do środowisk akademickich charakteryzujących się różnymi wpływami kulturowymi. Studenci z regionów kurdyjskich (Adiyaman) uzyskali najniższe wyniki SoC, co może być związane z bardziej restrykcyjnymi wzorcami społecznymi i kulturowymi. W porównaniu do nich, studenci z regionów arabskich (Hatay) wykazali najwyższy poziom poczucia koherencji, co sugeruje, że w bardziej liberalnych społecznościach, o silniejszych więziach kulturowych, poziom tej zmiennej może być wyższy. Warto zauważyć, że różnice te osiągnęły poziom istotności statystycznej ($p < 0,05$), co potwierdza wpływ przynależności etnicznej na poczucie koherencji.

3. Funkcjonowanie w wielokulturowym środowisku akademickim w Ankarze, choć mogłoby sugerować większe zróżnicowanie wyników, okazało się czynnikiem, który sprzyja większej równowadze w strukturze poczucia koherencji. Wartości wskaźników poczucia

zrozumienia, zaradności i sensowności były bardziej zrównoważone niż w innych regionach, co może sugerować, że kontakt z różnymi kulturami może sprzyjać bardziej spójnemu i wyważonemu poczuciu koherencji. Mimo to, poziom SoC w Ankarze nie różnił się istotnie statystycznie od średniego wyniku w całej badanej grupie.

4. Płeć nie odgrywała istotnej roli w różnicowaniu ogólnego poziomu poczucia koherencji. Wyniki uzyskane przez kobiety i mężczyzn były bardzo zbliżone, a różnice między nimi nie osiągnęły istotności statystycznej. W strukturze wewnętrznej poczucia koherencji widoczne były jednak pewne subtelne różnice. Mężczyźni wykazywali wyższe wartości poczucia zrozumienia (ZRO), natomiast kobiety osiągnęły wyższe wyniki w zakresie poczucia zaradności (ZAR). W szczególności, różnice te były najbardziej wyraźne w regionie Hatay, gdzie kobiety uzyskały najwyższe wartości SoC w porównaniu do innych regionów i płci, co osiągnęło poziom istotności statystycznej ($p < 0,05$).

5. Wyniki badania wskazują, że środowisko pochodzenia wyraźnie różnicuje poziom poczucia koherencji. Studenci pochodzący ze wsi uzyskali ogólnie niższe wyniki w zakresie SoC w porównaniu do studentów z miast, zwłaszcza z małych miast, gdzie wyniki były najwyższe. Wskaźnik poczucia sensowności (SENS) u studentów z terenów wiejskich był natomiast wyższy niż w przypadku osób pochodzących z miast, co może sugerować, że mimo trudniejszych warunków życia, studenci ci mają silniejsze poczucie sensu swoich działań. W kontekście poczucia zrozumienia (ZRO), osoby z terenów wiejskich wykazały najniższe wyniki, co było istotne statystycznie w porównaniu z wynikami studentów z miast ($p < 0,05$).

Podsumowując, zebrane dane wskazują na istotne różnice w stanie poczucia koherencji studentów w zależności od przynależności etnicznej, środowiska pochodzenia oraz, w mniejszym stopniu, płci. Wpływ środowiska wielokulturowego na ogólny poziom poczucia koherencji jest wyraźnie widoczny w przypadku studentów z Ankary, co może sugerować, że funkcjonowanie w bardziej zróżnicowanym kulturowo środowisku sprzyja większej spójności wewnętrznej tej zmiennej.

Na podstawie analizy danych zebranych w części badań poświęconych stanowi aktywności fizycznej badanych studentów można sformułować wnioski nawiązujące do przyjętych założeń dysertacji uwzględniających zachowania zdrowotne i poczucie koherencji badanych osób.

1. Ogólny stan aktywności fizycznej studentów jest umiarkowany, co znajduje odzwierciedlenie zarówno w podejmowanej aktywności zorganizowanej (35,7%) jak i samodzielnej (54,5%). Średnia miesięczna liczba godzin poświęcana na aktywność wynosi 18,2 godziny, co wskazuje na stosunkowo niski poziom zaangażowania. Jednocześnie badania nad zachowaniami zdrowotnymi wskazują, że osoby bardziej aktywne fizycznie prezentują wyższy poziom ogólnych zachowań zdrowotnych, szczególnie w zakresie praktyk zdrowotnych (PZ) i prawidłowych nawyków żywieniowych (PNŻ). Studenci podejmujący regularną aktywność fizyczną wykazują również wyższe wartości poczucia koherencji (SoC), co sugeruje, że aktywność fizyczna może pełnić ważną rolę w umacnianiu poczucia zrozumienia, zaradności oraz sensowności w codziennym życiu.

2. Wzorce kultury ciała, wynikające z przynależności etnicznej, wyraźnie różnicują poziom aktywności fizycznej badanych studentów. W regionach o bardziej tradycyjnych normach kulturowych, takich jak kurdyjskie Adiyaman, obserwuje się niższy odsetek aktywności fizycznej wśród kobiet. Wskaźniki dotyczące aktywności zorganizowanej i samodzielnej są tam istotnie niższe w porównaniu z bardziej liberalnymi regionami, jak Hatay. Dodatkowo, studenci z regionów o bardziej restrykcyjnych normach kulturowych prezentują niższy ogólny poziom zachowań zdrowotnych, szczególnie w zakresie działań profilaktycznych (ZP). Niska aktywność fizyczna w tych środowiskach wiąże się również z niższym poziomem poczucia koherencji, zwłaszcza w zakresie poczucia zaradności (ZAR), co sugeruje mniejsze poczucie kontroli nad własnym zdrowiem i życiem codziennym.

3. Wyniki studentów z wielokulturowej Ankary, które wskazują na niższy poziom aktywności fizycznej, są interesujące w kontekście zachowań zdrowotnych i poczucia koherencji. Pomimo zróżnicowanego kulturowo środowiska, które mogłoby sprzyjać bardziej aktywnemu trybowi życia, badani studenci wykazują niższe wskaźniki zaangażowania fizycznego w porównaniu do innych ośrodków. Studenci z Ankary mają również niższe wskaźniki ogólnego poziomu zdrowotnych zachowań profilaktycznych oraz poczucia koherencji, szczególnie w zakresie poczucia sensowności (SENS). Może to wskazywać na pewne wyzwania związane z funkcjonowaniem w środowisku wielokulturowym, które mogą wpływać na poziom motywacji i zaangażowania w działania prozdrowotne, w tym aktywność fizyczną.

4. Analiza płci wykazała wyraźne różnice między mężczyznami a kobietami zarówno pod względem aktywności fizycznej, jak i zachowań zdrowotnych oraz poczucia koherencji. Mężczyźni deklarują wyższą liczbę godzin poświęcanych na aktywność fizyczną (22,7 godziny miesięcznie w porównaniu do 9,1 godzin u kobiet) i częściej uczestniczą w zorganizowanych zajęciach fizycznych. Kobiety, mimo mniejszej liczby godzin poświęcanych na aktywność, częściej podejmują samodzielne formy ćwiczeń, co może wynikać z większej motywacji wewnętrznej do dbania o zdrowie. Kobiety wykazują także wyższy poziom zachowań zdrowotnych w zakresie nawyków żywieniowych (PNŻ) i zaradności (ZAR), co przekłada się na lepszy ogólny stan zdrowia, mimo mniejszego zaangażowania w aktywność fizyczną. Jednak u mężczyzn obserwuje się większy poziom poczucia sensowności (SENS) i wyraźniejszą tendencję do intensywniejszej aktywności, co może sprzyjać lepszym ogólnym wskaźnikom zdrowia.

5. Środowisko pochodzenia silnie różnicuje poziom aktywności fizycznej, zachowań zdrowotnych i poczucia koherencji. Studenci z obszarów wiejskich, choć deklarują częstsze podejmowanie aktywności fizycznej (10,3 razy w miesiącu), poświęcają na nią mniej czasu niż studenci z miast. Również w kontekście zdrowia, studenci z obszarów wiejskich prezentują niższe wskaźniki ogólnych zachowań zdrowotnych, szczególnie w zakresie profilaktyki (ZP), co może wynikać z ograniczonego dostępu do infrastruktury zdrowotnej i edukacji. Jednocześnie studenci z miast średniej wielkości osiągają najlepsze wyniki pod względem aktywności fizycznej, co przekłada się na wyższy poziom ogólnych zachowań zdrowotnych i poczucia koherencji, szczególnie w zakresie zaradności (ZAR) i sensowności (SENS). Wyniki sugerują, że środowisko miejskie sprzyja nie tylko większej aktywności fizycznej, ale także lepszej organizacji codziennego życia i większemu poczuciu kontroli nad własnym zdrowiem i samopoczuciem.

Analiza informacji zebranych w przeprowadzonych wywiadach prowadzi do sformułowania pewnych uogólnień dotyczących zachowań zdrowotnych i aktywności fizycznej w kontekście różnic kulturowych i pochodzenia poszczególnych respondentów.

1. Zróżnicowane podejścia do aktywności fizycznej. Młodzi ludzie w Turcji, tak jak Abdulkadir z Adiyaman czy Osman z Gaziantep, pokazują różnorodne podejścia do aktywności fizycznej w zależności od swojego środowiska. O ile niektórzy, jak Osman, znajdują inspirację w środowisku studenckim do regularnego uprawiania sportu, inni, jak Abdulkadir, mogą zmagać się z barierami ekonomicznymi i społecznymi, które ograniczają ich możliwości.

2. Religijne i kulturowe wpływy na zdrowy styl życia. Dla niektórych młodych Turków, jak Ahmet z Sanli Urfa czy Onur z Malatya, religia odgrywa istotną rolę w ich życiu codziennym, ale nie zawsze przekłada się to na zdrowy styl życia. Niektórzy, jak Onur, mogą przewyższać bariery kulturowe i społeczne, by regularnie uprawiać sport, podczas gdy inni, jak Ahmet, mogą czerpać radość z pracy fizycznej na farmie, ale z różnych przyczyn unikać innych form aktywności fizycznej.

3. Specyfika warunków geograficznych a aktywność ruchowa. Ibrahim z Tunceli pokazuje, jak warunki geograficzne mogą wpływać na aktywność fizyczną młodych ludzi. Dla niego natura jest wystarczająca do regularnego uprawiania sportu, podczas gdy dla innych, jak Mehmet z Adiyaman, dostępność infrastruktury sportowej może stanowić przeszkodę w ich wysiłkach na rzecz zdrowego stylu życia.

4. Konserwatywne społeczności a akceptacja aktywności fizycznej. Lokalne społeczności takie jak Sanli, Urfa czy Malatya, gdzie normy dotyczące ról płciowych są silne, mogą stawiać przeszkody przed młodymi ludźmi chcącymi regularnie uprawiać sport, szczególnie jeśli są one postrzegane jako niewłaściwe dla płci czy niezgodne z tradycyjnymi wartościami. Taki kontekst może być demotywujący dla osób takich jak Osman, który zrezygnował z aktywności fizycznej z powodu barier społecznych.

5. Edukacja jako czynnik zmiany w stylu życia. Busra i Abdulkadir pokazują, jak edukacja może pełnić rolę w zmianie stylu życia młodych Turków. Dzięki edukacji i wsparciu rodzinnej struktury, młodzi ludzie mogą przełamywać kulturowe i społeczne bariery, które mogą ograniczać ich zdolność do zdrowego stylu życia i regularnej aktywności fizycznej.

6. Wpływ uwarunkowań etnicznych na zdrowy styl życia. Młodzi ludzie w Turcji, reprezentujący różne grupy etniczne jak Kurdowie czy Arabowie, doświadczają różnorodnych uwarunkowań kulturowych i społecznych, które mogą wpływać na ich zdrowy styl życia i aktywność fizyczną. Na przykład, Ahmet z Adiyaman, będący Kurdem, może czerpać inspirację do regularnego uprawiania sportu w bardziej zróżnicowanym środowisku miejskim, podczas gdy Ibrahim z Tunceli, również Kurd, może preferować aktywność fizyczną na łonie natury, co jest charakterystyczne dla jego regionu. Uwarunkowania etniczne mogą kształtować wybory zdrowotne i aktywność fizyczną młodych Turków, od różnic w stylach życia po różnorodność dostępnych możliwości i norm społecznych.

7. Wpływ środowisk wielokulturowych na zdrowie i aktywność fizyczną. Młodzi ludzie w Turcji, zamieszkujący środowiska wielokulturowe takie jak Stambuł, Ankara, Adiyaman

czy Gaziantep, doświadczają różnorodnych wpływów kulturowych, które mogą mieć istotny wpływ na ich zdrowie i aktywność fizyczną. Na przykład, Abdulkadir z Gaziantep, będący częścią bardziej otwartego społeczeństwa, może mieć łatwiejszy dostęp do różnorodnych form aktywności fizycznej, co może wspierać jego zdrowy styl życia. Z kolei Ahmet z Adiyaman, który zмага się z tradycyjnymi normami kulturowymi, może napotykać większe wyzwania w podejmowaniu aktywności fizycznej, szczególnie w kontekście patriarchalnych struktur społecznych. Środowiska wielokulturowe w Turcji odzwierciedlają różnorodność norm społecznych i możliwości zdrowotnych, które kształtują wybory zdrowotne i aktywność fizyczną młodych Turków.

Zakończenie

Podsumowując moją dysertację na temat zachowań zdrowotnych i poczucia koherencji wśród studentów z różnych środowisk etnicznych Turcji, uważam że udało mi się osiągnąć przyjęty cel. Badania wykazały zróżnicowanie w zachowaniach zdrowotnych oraz poczuciu koherencji respondentów reprezentujących różne środowiska etniczno-kulturowe, a także w oparciu o przyjęte inne zmienne. Biorąc pod uwagę unikatowość moich badań, mam poczucie ich znacznej wartości poznawczej a także aplikacyjnej. Z drugiej strony, odczuwam znaczny niedosyt natury merytoryczno-metodologicznej. Z perspektywy czasu jaki minął od przygotowania zamysłu badawczego i organizacji badań do momentu zredagowania tekstu dysertacji, mam pełną świadomość niedostatków mojej pracy. Do największego należy rezygnacja z dociekań stricte przyczynowo-skutkowych i ograniczenie się jedynie do działań eksploracyjnych identyfikujących rejestrowane i opisywane zjawiska psychospołeczne. Mam jednak wolę dalszych prac badawczych w tym obszarze tematycznym. Podejmując je z pewnością będę dążył do bardziej refleksyjnego formułowania problemów i bardziej wnikliwej, opartej o zaawansowane metody analizy parametrycznej rejestrowanych danych.

Na zakończenie mojego opracowania chciałbym serdecznie podziękować wszystkim osobom, które przyczyniły się do przeprowadzenia badań. W szczególności mojemu promotorowi, profesorowi Ryszardowi Bartoszewiczowi, za nieocenioną pomoc merytoryczną, cenne wskazówki oraz stałe wsparcie na każdym etapie mojej pracy naukowej. Jego doświadczenie i profesjonalizm były nieocenione, a jego inspirujące podejście do tematu było motywujące i budujące dla mojego rozwoju jako badacza.

Dodatkowo, pragnę wyrazić wdzięczność wszystkim uczestnikom badań, którzy poświęcili swój czas i zaufali mi, dzieląc się swoimi doświadczeniami i przemyśleniami na temat zdrowia i życia. Ich wkład był nieoceniony dla jakości i kompletności mojej pracy.

Badania te nie tylko wzbogaciły moje zrozumienie problematyki zdrowia i dobrostanu psychicznego w kontekście różnorodności etnicznej, ale także wskazały na istotne kierunki dalszych badań i działań praktycznych, mających na celu poprawę jakości życia badanej grupy oraz innych podobnych społeczności.

Wierzę, że wyniki mojej dysertacji będą stanowiły cenny wkład w literaturę naukową dotyczącą zdrowia publicznego i psychologii zdrowia, oraz będą miały praktyczne zastosowanie w opracowywaniu lokalnych programów zdrowotnych i interwencji psychologicznych.

Streszczenie

Przedmiotem niniejszej dysertacji jest analiza zachowań zdrowotnych i poczucia koherencji wśród studentów z różnych środowisk etnicznych w Turcji. Badanie objęło studentów z uniwersytetów w różnych częściach kraju, z uwzględnieniem czynników takich jak płeć, środowisko zamieszkania (miasto vs wieś) oraz stopień aktywności fizycznej. Wykorzystano standardowe narzędzia analityczne, w tym kwestionariusze oceniające zachowania zdrowotne oraz skalę poczucia koherencji (SoC-29), a zebrane dane poddano analizie statystycznej, zarówno opisowej, jak i inferencyjnej, aby zidentyfikować istotne wzorce i różnice.

Wyniki badań ukazują znaczące zróżnicowanie w zachowaniach zdrowotnych wśród badanych. Studenci z mniejszych miast osiągnęli lepsze wyniki w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych i częstotliwości aktywności fizycznej w porównaniu z osobami zamieszkującymi obszary wiejskie. Dodatkowo, osoby regularnie uprawiające sport charakteryzowały się lepszymi wynikami w kwestionariuszach zdrowotnych, co było silnie skorelowane z wyższym poziomem poczucia koherencji.

Analiza poczucia koherencji wykazała, że studenci z dużych miast mieli tendencję do osiągania wyższych wyników w porównaniu do tych z mniejszych miejscowości i obszarów wiejskich. Ponadto, zidentyfikowano różnice w poczuciu koherencji między grupami etnicznymi, co może świadczyć o różnorodności kulturowej wpływającej na percepcję

zdrowia i strategii radzenia sobie ze stresem. Najniższe wartości w zakresie poczucia sensowności życiowych wydarzeń (SENS), które są kluczowym składnikiem skali SoC-29, obserwowano wśród wszystkich badanych grup, co sugeruje potencjalne obszary do interwencji psychologicznej i edukacyjnej.

Dysertacja podkreśla również znaczenie płci w kontekście zdrowotnym. Kobiety wykazywały generalnie wyższe wyniki w zakresie zachowań profilaktycznych oraz pozytywnego nastawienia psychicznego, co może być wynikiem większej świadomości zdrowotnej w tej grupie. Różnice te są szczególnie widoczne w kontekście środowisk wiejskich, gdzie tradycyjne role płciowe mogą wpływać na dostęp do edukacji zdrowotnej i zasobów.

Praca ta wskazuje na kluczowe obszary, które wymagają dalszej uwagi w kontekście promocji zdrowia i polityk publicznych. Zaleca się rozwój i implementację zintegrowanych programów zdrowotnych, które są dostosowane do specyfiki kulturowej, etnicznej i regionalnej studentów w Turcji. Takie programy powinny nie tylko promować zdrowe nawyki, ale również adresować bariery kulturowe i społeczne, które mogą ograniczać efektywność działań profilaktycznych i promocyjnych.

Podsumowując, dysertacja dostarcza cennych wniosków dotyczących zdrowotnych zachowań i poczucia koherencji wśród tureckich studentów, zwracając uwagę na potrzebę podejmowania działań edukacyjnych i interwencyjnych, które uwzględniają złożoność i różnorodność społeczną oraz kulturową młodych ludzi w Turcji.

Abstract

This dissertation analyzes health behaviors and the sense of coherence among students from various ethnic backgrounds in Turkey. The study included students from universities across the country, considering factors such as gender, living environment (urban vs. rural), and the level of physical activity. Standard analytical tools were used, including health behavior questionnaires and the Sense of Coherence Scale (SoC-29). The collected data were subjected to both descriptive and inferential statistical analysis to identify significant patterns and differences.

The research results reveal substantial diversity in health behaviors among the participants. Students from smaller cities scored better in terms of proper nutritional habits and frequency of physical activity compared to those living in rural areas. Additionally, individuals who regularly engaged in sports demonstrated better health questionnaire outcomes, strongly correlated with a higher sense of coherence.

The analysis of the sense of coherence showed that students from large cities tended to achieve higher scores compared to those from smaller towns and rural areas. Differences in the sense of coherence among ethnic groups were also identified, suggesting cultural diversity's influence on health perceptions and coping strategies. The lowest scores in the sense of the meaningfulness of life events (SENS), a key component of the SoC-29 scale, were observed across all study groups, indicating potential areas for psychological and educational intervention.

The dissertation also highlights the significance of gender in the health context. Women generally showed higher scores in preventive behaviors and positive mental attitudes, possibly due to greater health awareness in this group. These differences are especially apparent in rural environments, where traditional gender roles may influence access to health education and resources.

This work points to key areas that require further attention in the context of health promotion and public policies. It recommends the development and implementation of integrated health programs tailored to the cultural, ethnic, and regional specifics of students in Turkey. Such programs should not only promote healthy habits but also address cultural and social barriers that may limit the effectiveness of preventive and promotional activities.

In conclusion, the dissertation provides valuable insights into the health behaviors and sense of coherence among Turkish students, emphasizing the need for educational and intervention actions that consider the social and cultural complexity and diversity of young people in Turkey.

Piśmiennictwo

1. Akpinar, A., (2016). How is quality of urban green spaces associated with physical activity and health? *Urban Forestry & Urban Greening*, Volume 16, Pages 76-83.
2. Alper Z, Ergin N, Selimoglu K, Bilgel N. (2005) Domestic violence: a study among a group of Turkish women. *European Journal of Gender Practice*, Jun;11(2):48-54.
3. Antonovsky, A., (1979). *Health, Stress, and Coping*, Jossey-Bass.
4. Antonovsky, A., (1987). *Unraveling the Mystery of Health*, Jossey-Bass.
5. Antonovsky, A., (1987). *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*, Jossey-Bass.
6. Antonovsky, A., (2005) Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Instytut Psychiatrii i Neurologii.
7. Aydin, N., et al., (2017). Health behaviors, social support, and sense of coherence among university students, *International Journal of Public Health*.
8. Aydin, N., et al., (2017). Sense of coherence and occupational stress among teachers in Turkey, *International Journal of Educational Research*.
9. Babaoglu, U., T., et. al. (2017) Prevalence of Smoking and Risk Factors Among Students at a University in Turkey. *Journal Of Clinical And Analytical Medicine*, Vol. 8, Iss. 1, pp. 68-72.
10. Bagriacik, N., Elmacioglu, F., Sakar, S., Yolacan, C., Yildiz, S. (2013) Study on Eating Habits and Physical Activity Status in Turkey. *Journal of Nutritional Therapeutics*, vol. 2, pp. 201-212.
11. Baum, F., (2014). *The New Public Health*, Oxford University Press.
12. Berkman, L. F., Kawachi, I., (2000). *Social Epidemiology*, Oxford University Press.
13. Blair, S. N., i inni (2006). *Fitness After 50*, Human Kinetics.
14. Bowen, J. R., (2012). *A New Anthropology of Islam*, Cambridge University Press.
15. Braveman, P., and Gottlieb, L., (2014). The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Reports*, 129 Suppl 2(Suppl 2):19-31.
16. Buffa, R., Marini, E., Floris G. (2001) Variation in sexual dimorphism in relation to physical activity. *American Journal of the Human Biology*, vol. 13, 341-348.
17. Demir, M., et al., (2018). Sense of coherence and quality of life in patients with chronic diseases, *Health Psychology*.
18. Demir, M., et al., (2019). Determinants of obesity in Turkey: appetite or disease? *Journal of Public Health*, Volume 27, pages 151–161.
19. Dubos, R. J., (1996). *The Mirage of Health: Utopias, Progress, and Biological Change*. Rutgers University Press, New Jersey.
20. Elagizi, A., Kachur, S., Carbone, S. et al. (2020) A Review of Obesity, Physical Activity, and Cardiovascular Disease. *Current Obesity Reports*, 9, 571–581.
21. Engel, G. (1978) The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 310(1), 169-181.
22. Engel, G. L., (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, Vol 196, Issue 4286, pp. 129-136.

23. Engel, G. L., (1980). The clinical application of the biopsychosocial model, *American Journal of Psychiatry*; 137/5; pp. 535-544.
24. Erdem, G., et al., (2016). Health behaviors of female university students in Turkey, *Journal of Women's Health*.
25. Ergil, D., (2014). *Being Kurdish in Turkey: An Example of a Segmented Ethnicity*, Brill.
26. Eriksson, M., and Lindström, B., (2004). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review, *Journal of Epidemiology & Community Health*.
27. Estruch, R., Ros, E., Salas-Salvadó, J., Covas, M.I., Corella, D., Arós, F., Gómez-Gracia, E. (2013) Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet. *The New England Journal of Medicine*; 368:1279-1290.
28. Frumkin, H., (2016). *Environmental Health: From Global to Local*, Jossey-Bass.
29. Glanz, K., Rimer B. K., and Viswanath K., (2015). *Health Behavior: Theory, Research, and Practice*, Jossey-Bass.
30. Goleman, D., (2013). *The Art of Meditation*, Shambhala Publications.
31. Grabowski, H., (2000). *Teoria fizycznej edukacji*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.
32. Green, L. W., and Kreuter, M. W., (2004). *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach*, McGraw-Hill.
33. Gulliford, M., and Morgan, M., (2003). *Access to Health Care*, Routledge.
34. Heymann, D. L., (2014). *Control of Communicable Diseases Manual*. 20. edition; American Public Health Association.
35. Houston, C., (2008). *Kurdistan: Crafting of National Selves*, Indiana University Press.
36. Huff, R.M., Kline, M. V., Peterson, D. V., (2014). *Health and Health Care in Developing Countries: Sociological Perspectives*, Routledge.
37. Iyengar, B.K.S., (2013). *The Tree of Yoga*, Harper Collins Publishers.
38. Janzen, J. M., (2004). *Ngoma: Discourses of Healing in Central and Southern Africa*, University of California Press.
39. Jansen J., Fleurence R., Pharm,B.D., Itzler, R., Barrett A., Hawkins, N., Lee, K., Bersma, C., Annemans, L., , Cappelleri, J., (2011) Interpreting Indirect Treatment Comparisons and Network Meta-Analysis for Health-Care Decision Making: Report of the ISPOR Task Force on Indirect Treatment Comparisons Good Research Practices: Part 1. *Value in Health*, Volume 14, Issue 4, pp. 417-428.
40. Jonas, W. B., and Levin, J. S., (2013). *Essentials of Complementary and Alternative Medicine*, Lippincott Williams & Wilkins.
41. Kagitcibasi, C., (2017). *Family, Self, and Human Development Across Cultures: Theory and Applications*, Lawrence Erlbaum Associates.
42. Kaptchuk, T.J., (2000). *The Web That Has No Weaver: Understanding Chinese Medicine*, McGraw-Hill.
43. Karadag, M., Yıldırım, N. (2009) Health Behaviors in Health Sciences University Students in Turkey. *Social Behavior And Personality*, 38(1), 43-52.
44. Karatas, E., Ucar, U., (2018). The effect of physical activity level at postpartum period on quality of life and depression level. *Medicine Science*, vol. 7/3, pp. 587-593.
45. Kaya, A., (2013). *Europeanization and Tolerance in Turkey: The Myth of Toleration*, Palgrave Macmillan.

46. Kaya, A., (2016). *Turkish Origin Migrants and Their Descendants: Hyphenated Identities in Transnational Space*, Palgrave Macmillan.
47. Kaya, A., et al., (2013). *Impact of health education on health behaviors: A study in Turkey*, Health Education Research.
48. Kaya, A., et al., (2015). *The impact of psychological support programs on sense of coherence and academic performance*, Journal of Educational Psychology.
49. Kaya, A., et al., (2016). *Sense of coherence and mental health among pregnant women in Turkey*, Journal of Reproductive and Infant Psychology.
50. Kaya, B., Önder, F. (2024). *Investigation of the Mediating Role of Sense of Coherence Between Family Harmony and Well-Being Among High School Students in Turkey*. Journal of Family Issues, 45(9), pp. 2296-2321.
51. Kayi I., Uzunköprü G., Dadaczynski K., Soylar P., Otludil B., Dündar P., Bakırcı N., Okan O., Sakarya S. (2023) *Gender differences in sense of coherence among university students during the COVID-19 pandemic in Turkey*. Health Promotion International; 38(3); pp. 1-13.
52. Kizilkaya, N., Kubilay, G., & Sucu Dag, G. (2024). *Determining the Health Care Behavior Needs of Older Adults Based on the Omaha System*. Sage Open, 14(3).
53. Lad, V., (2002). *Textbook of Ayurveda: Fundamental Principles*, Ayurvedic Press.
54. Li, J., Lai, J. (2021) *Evolution and Analysis of the Turkish Diet Patterns: -- Different Time Periods, Income-different People, and the Incidence of Chronic Diseases*. BCP Social Sciences & Humanities, vol. 14; pp. 12-18.
55. Lindström, B., and Eriksson, M., (2006). *Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development*, Health Promotion International; 21(3):238-44.
56. Lindström, B., and Eriksson, M., (2009). *The Hitchhiker's Guide to Salutogenesis: Salutogenic Pathways to Health Promotion*, Folkhälsan Research Centre.
57. Macera, C., (2008). *Physical Activity and Public Health Practice*, CRC Press
58. Marmot, M., and Wilkinson, R. G., (2008). *Social Determinants of Health*, Oxford University Press.
59. Marmot, M., and Wilkinson, R. G., (2008). *Social Determinants of Health*, Oxford University Press.
60. Marquez, D., Aguiñaga, S., Vásquez, P., Conroy, D., Erickson, K., Hillman, K., Stillman, Ch., Ballard, R., Sheppard, B., Petruzzello, S., King, A., Powell, K., (2020). *A systematic review of physical activity and quality of life and well-being*. Translational Behavioral Medicine, Volume 10, Issue 5, Pages 1098–1109,.
61. McLeroy, K. R. et al., (1988). *An Ecological Perspective on Health Promotion Programs*, Health Education Quarterly; vol. 15(4); pp. 351-377.
62. McMichael, A. J., (2017). *Climate Change and the Health of Nations: Famines, Fevers, and the Fate of Populations*, Oxford University Press.
63. Mittelmark, M. B., et al., (2022). *The Handbook of Salutogenesis*, Springer.
64. Mohamed, T. (2018). *Sources of Occupational Stress Among Teachers: A Field of Study for*
65. Mousanejad, M. (2023). *Women's Status in the Process of Socio-Political Development in Iran*. In: Rahman, M.M., Al-Azm, A. (eds) *Social Change in the Gulf Region*. Gulf Studies, vol 8. Springer, Singapore.
66. Musaiger, A.O. (2011) *Overweight and Obesity in Eastern Mediterranean Region: Prevalence and Possible Causes*. Journal of Obesity, Article ID: 407237, 17 p.

67. Northover, S. B., Cohen, A. B. (2018) Understanding religion from cultural and biological perspectives. In J. M. Causadias, E. H. Telzer, & N. A. Gonzales (Eds.), *The handbook of culture and biology* (pp. 55–77). John Wiley & Sons, Inc.
68. Nutbeam, D., (2008). *Health Promotion Glossary*, WHO.
69. Nutbeam, D., (2011). *Health Promotion: Bridging Theory and Practice*, McGraw-Hill.
70. Nutbeam, D., and Harris, E., (2011). *Theory in a Nutshell: A Practical Guide to Health Promotion Theories*, McGraw-Hill.
71. OECD, (2013). *Reviews of Health Care Quality: Turkey 2014*.
72. Osiński, W. (2011). *Teoria wychowania fizycznego*. Wydawnictwo AWF, Poznań.
73. Ozbas, S., et al., (2015). Sense of coherence and health among elderly people in Turkey, *BMC Geriatrics*.
74. Ozkok, G. A. (2015). Evaluation of Dietary Habits Among University Students in Konya, Turkey. *Age (year)*, 21, 3-72.
75. Pasek, M., Olszewski J., (2012). Physical activity of tourism and recreation students in terms of accessibility to open areas. *Turyzm, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń*, vol. 17, 67-75.
76. Pilgrim, D., (2017). *Key Concepts in Mental Health*, SAGE Publications
77. Riegelman, R., and Kirkwood, B., (2016). *Public Health 101: Healthy People-Healthy Populations*, Jones & Bartlett Learning.
78. Robroek, S. J., Reeuwijk, K. G., Hillier, F. C., Bambra, C. L., van Rijn, R. M., & Burdorf, A. (2013). The contribution of overweight, obesity, and lack of physical activity to exit from paid employment: a meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 39(3), 233–240.
79. Rosenfeld, Ch., (2017) Sex-dependent differences in voluntary physical activity. *Journal of Neuroscience Research*, vol.5; 279–290.
80. Ross, C. E., and Wu, C., (1995). The links between education and health. *American Sociological Review*, 60, 719-745.
81. Rothstein, B., Stolle, D., (2008). Social Capital and Trust. *Comparative Politics* 40(4):441-459.
82. Rudolph, L., Caplan, J., Ben-Moshe, K., & Dillon, L. (2013). *Health in All Policies: A Guide for State and Local Governments*. Washington, DC and Oakland, CA: American Public Health Association and Public Health Institute.
83. Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081.
84. Saad B, Azaizeh H, Said O. (2005) Tradition and perspectives of arab herbal medicine: a review. *Evid Based Complement Alternat Medicine* ;2(4):475-9.
85. Sallis J.F. (2000) Age-related decline in physical activity: a synthesis of human and animal studies. *Medicine Scientist Sports Exercise*; 32(9): 1598-1600.
86. Saracci, R. (1997) The World Health Organisation needs to reconsider its definition of health. *British Medical Journal (BMJ)*, 314, 1409-1410.
87. Sarris, J., Wardle, J., (2014). *Clinical Naturopathy: An Evidence-Based Guide to Practice*, Elsevier Australia.
88. Savci, S., et al., (2006). Physical activity levels of university students. *Archives of the Turkish Society of Cardiology*, 34(3): 166-172.
89. Schneider, M. J., (2013). *Introduction to Public Health*, Jones & Bartlett Learning.

90. Siegrist, J., and Marmot, M., (2003). *Social Inequalities in Health: New Evidence and Policy Implications*, Oxford University Press.
91. Smith, F.L., Harms, L., Brophy, L., (2022) Factors Influencing Social Work Identity in Mental Health Placements, *The British Journal of Social Work*, Volume 52, Issue 4, pp. 2198–2216.
92. Surtees, P. G., et al., (2003). Sense of coherence and mortality in men and women in the EPIC-Norfolk United Kingdom prospective cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 15;158(12):1202-9.
93. Teachers Working in Libyan Schools in Turkey. *International Journal of Academic Research in Economics and Management Sciences*, 7(1), 1–15.
94. Timurtaş, E., Selçuk, H., Çınar, E., Demirbüken, İ., Sertbaş, Y., Polat, M.G. (2022) Personal, social, and environmental correlates of physical activity and sport participation in an adolescent Turkish population. *Bull Fac Phys Ther.*;27(1):11.
95. Topol, E., (2016). *The Patient Will See You Now: The Future of Medicine Is in Your Hands*, Basic Books.
96. Triandis, H. C., (2019). *Individualism and Collectivism*, Westview Press, New York.
97. Turkish Higher Education Council, (2017). *Health Promotion in Universities*.
98. Turkish Ministry of Health, (2015). *National Health Promotion Program*.
99. Turkish Ministry of Health, (2015). *National Immunization Program*.
100. Turkish Ministry of Health, (2015). *National Nutrition and Physical Activity Program*.
101. Turkish Ministry of Health, (2016). *Community Health Programs*.
102. Turkish Ministry of Health, (2016). *Mental Health Action Plan 2016-2020*.
103. Turkish Ministry of Health, (2016). *Move for Health Campaign*.
104. Turkish Ministry of Health, (2017). *National Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*.
105. Turkish Psychological Association, (2014). *Guidelines for University Counseling Services*.
106. Uchino, B. N., (2004). *Social Support and Physical Health: Understanding the Health Consequences of Relationships*, Yale University Press.
107. Ugurlu, D., Emlek, B., Yapici, H. ., Gok, O., Unver, R., Sofuoglu, M., Ayan, S., & Yılmaz, A. (2023). Examination of Physical Activity Levels of Turkish Adults Living in Rural and Urban Areas. *Journal of Exercise Science & Physical Activity Reviews*, 1(1), 12–23.
108. Uzdil, N., Gunaydin, Y., (2022) The effect of sense of coherence on mindful attention awareness and academic self-efficacy in nursing students. *Nurse Education in Practice*, Volume 64, Ar. 103429,
109. Vogt, K., Hakanen, J. J., Jenny, G. J., & Bauer, G. F. (2015). Sense of Coherence and the Motivational Process of the Job-Demands–Resources Model. *Journal of Occupational Health Psychology*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/a0039899>
110. Warburton, D., Nicol, C., Bredin, S., (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. *Canadian Medical Association Journal*. 14, 174 (6) 801-809.
111. WHO Regional Office for Europe, (2016). *Turkey Health System Review*.
112. WHO Regional Office for Europe, (2016). *Turkey Health System Review*.
113. WHO, (1948). *Constitution of the World Health Organization*, WHO.

114. Willett, W. C., (2013). *Eat, Drink, and Be Healthy: The Harvard Medical School Guide to Healthy Eating*, Free Press.
115. Wojnarowska, B., (2024) *Edukacja zdrowotna*. Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich, Warszawa.
116. Yalnizca-Yildirim, S., Cenkseven-Önder, F., (2022) Sense of coherence and subjective well-being: The mediating role of Hope for college students in Turkey. *Current Psychology* (2023) 42:13061–13072.
117. Yildirim, A., and Erci, B., (2013). Cultural influences on sense of coherence: A study in Turkey, *Journal of Transcultural Nursing*.
118. Yildirim, A., and Erci, B., (2013). Cultural influences on sense of coherence among Turkish university students, *Journal of Transcultural Nursing*.
119. Yildirim, A., et al., (2019). Sense of coherence and academic stress among Turkish university students, *Journal of Health Psychology*.
120. Yildirim, M., Arslan, G. & Wong, P.T.P. Meaningful living, resilience, affective balance, and psychological health problems among Turkish young adults during coronavirus pandemic. *Current Psychology*, 41, pp. 7812–7823.
121. Yildirim, M., Solmaz, F., (2021) Testing a Turkish Adaption of the Brief Psychological Adjustment Scale and Assessing the Relation to Mental Health. *Studies in Psychology*, Volume: 41 Issue: 1, 231 – 245.
122. Yıldız E, Çevik BE, Güler N. (2022) Health anxiety level and health-promoting and protective behaviors of nursing students. *Journal of Education and Reserch in Nursing*,;19(4):422-428.
123. Yılmaz, A., and Yıldırım, M., (2019). Mental health and health behaviors: A cross-sectional study in Turkey, *Journal of Health Psychology*.