

Akademia Wychowania Fizycznego
im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu

Piotr Bejster

PODMIOTOWE I RODZINNE UWARUNKOWANIA ZACHOWAŃ
ZDROWOTNYCH PODEJMOWANYCH PRZEZ MŁODZIEŻ
Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ W STOPIU LEKKIM

Praca doktorska
napisana pod kierunkiem
dr hab. prof. AWF M. Wilskiego
Zakład Adoptowanej
Aktywności Fizycznej

Poznań 2021

Serdeczne podziękowania dla
Pana prof. AWF dr hab. Macieja Wilskiego,
za pomoc w napisaniu niniejszej pracy
oraz dla
Domowników,
za wsparcie i cierpliwość.

....

Spis treści:

| | |
|---|-----|
| Rozdział 1. Charakterystyka osób z niepełnosprawnością intelektualną w aspekcie rozwoju psychospołecznego i biologicznego..... | 1 |
| Rozdział 1.1. Koncepcje niepełnosprawności intelektualnej jako przedmiot badań psychologiczno–społecznych i zdrowotnych..... | 1 |
| Rozdział 1.2. Obowiązująca definicja, diagnoza i klasyfikacja niepełnosprawności intelektualnej..... | 9 |
| Rozdział 1.3. Stan zdrowia osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim... | 19 |
| Rozdział 1.4. Samocena dzieci i młodzieży. Pojęcie oraz aspekt rozwojowy..... | 28 |
| Rozdział 1.4.1. Samoocena dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim | 32 |
| Rozdział 2. Kształtowanie zachowań zdrowotnych, jako podstawa prawidłowego rozwoju człowieka..... | 39 |
| Rozdział 2.1. Zachowania Zdrowotne. Pojęcie i klasyfikacja | 39 |
| Rozdział 2.2. Uwarunkowania zachowań zdrowotnych młodzieży..... | 43 |
| Rozdział 2.2.1. Uwarunkowania zachowań zdrowotnych młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną z wyróżnieniem stopnia lekkiego..... | 54 |
| Rozdział 2.3. Modele zmiany zachowań zdrowotnych | 59 |
| Rozdział 2.4. Zachowania zdrowotne dzieci i młodzieży o typowym rozwoju i z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. Przegląd badań..... | 65 |
| Rozdział 3. Rodzinne i podmiotowe uwarunkowania zachowań zdrowotnych podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. Problem pracy i hipotezy | 73 |
| Rozdział 3.1. Uzasadnienie podjętej problematyki badawczej..... | 73 |
| Rozdział 3.2. Wyjaśnianie pojęć..... | 77 |
| Rozdział 3.3. Problematyka badań własnych i hipotezy | 84 |
| Rozdział 4. Metoda badań..... | 91 |
| Rozdział 4.1. Procedura badawcza..... | 91 |
| Rozdział 4.2. Opis narzędzi pomiarowych | 92 |
| Rozdział 4.3. Charakterystyka osób badanych | 98 |
| Rozdział 5. Wyniki badań własnych..... | 100 |
| Rozdział 5.1. Poziom zachowań zdrowotnych w wymiarze nasilenia intensywności i wewnątrzsterowności oraz typów z.z. podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i młodzież o typowym rozwoju.. | 100 |
| Rozdział 5.2. Poziom samooceny całościowej i samooceny w poszczególnych aspektach u młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim..... | 102 |

| | |
|---|-----|
| Rozdział 5.3. Poziom postaw rodzicielskich rodzin z potomstwem z niepełnosprawnością intelektualną | 104 |
| Rozdział 5.4. Poziom zachowań zdrowotnych matek dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim | 105 |
| Rozdział 5.5. Poziom SES rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim | 106 |
| Rozdział 5.6. Analiza struktury zachowań zdrowotnych podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim | 107 |
| Rozdział 5.6.1. Zróżnicowanie w strukturze zachowań zdrowotnych pomiędzy młodzieżą z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim a młodzieżą o typowym rozwoju. . | 107 |
| Rozdział 5.6.1.1. Zróżnicowanie w nasileniu prozdrowotności zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i młodzież o typowym rozwoju | 108 |
| Rozdział 5.6.1.1.2. Zróżnicowanie w nasileniu prozdrowotności zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i młodzież o typowym rozwoju, w odniesieniu do wieku | 109 |
| Rozdział 5.6.1.1.3. Zróżnicowanie w nasileniu prozdrowotności zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i młodzież o typowym rozwoju, w odniesieniu do płci | 112 |
| Rozdział 5.6.1.1.4. Zróżnicowanie w nasileniu prozdrowotności zbiorów zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i młodzież o typowym rozwoju. | 113 |
| Rozdział 5.6.1.2. Zróżnicowanie w nasileniu wewnątrzsterowności zachowań zdrowotnych podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i młodzież o typowym rozwoju | 115 |
| Rozdział 5.6.1.2.1. Zróżnicowanie w nasileniu wewnątrzsterowności zachowań zdrowotnych podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i młodzież o typowym rozwoju, w odniesieniu do wieku | 116 |
| Rozdział 5.6.1.2.2. Zróżnicowanie w nasileniu wewnątrzsterowności zachowań zdrowotnych podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i młodzież o typowym rozwoju, w odniesieniu do płci..... | 119 |
| Rozdział 5.6.1.2.3 Zróżnicowanie w nasileniu wewnątrzsterowności grup zachowań zdrowotnych podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i młodzież o typowym rozwoju..... | 120 |
| Rozdział 5.6.1.3. Zróżnicowanie w typach zachowań zdrowotnych pomiędzy młodzieżą z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim a młodzieżą o typowym rozwoju. | 122 |
| Rozdział 5.6.1.3.1. Zróżnicowanie w typach zachowań zdrowotnych pomiędzy młodzieżą z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim a młodzieżą o typowym rozwoju, w odniesieniu do wieku i płci badanych..... | 123 |

| | |
|--|-----|
| Rozdział 5.7. Analiza związków pomiędzy determinantami podmiotowymi a strukturą zachowań zdrowotnych młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim | 125 |
| Rozdział 5.7.1. Związek pomiędzy poziomem samooceny całościowej i w jej poszczególnych aspektach, a nasileniem prozdrowotności i wewnątrzsterowności zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim..... | 126 |
| Rozdział 5.7.1.1. Związek pomiędzy poziomem samooceny całościowej a nasileniem prozdrowotności i wewnątrzsterowności zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, w odniesieniu do wieku | 127 |
| Rozdział 5.7.1.2. Związek pomiędzy poziomem samooceny całościowej a nasileniem prozdrowotności i wewnątrzsterowności zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, w odniesieniu do płci..... | 128 |
| Rozdział 5.7.1.3. Związek pomiędzy poziomem samooceny całościowej a nasileniem prozdrowotności i wewnątrzsterowności zbiorów zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim..... | 130 |
| Rozdział 5.7.1.4. Związek pomiędzy poziomem samooceny w poszczególnych aspektach a nasileniem prozdrowotności i wewnątrzsterowności zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. | 131 |
| Rozdział 5.7.1.5. Związek pomiędzy poziomem samooceny w poszczególnych aspektach a nasileniem prozdrowotności i wewnątrzsterowności zbiorów zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim..... | 132 |
| Rozdział 5.7.2. Zależność pomiędzy poziomem samooceny całościowej i w poszczególnych aspektach a typami zachowań zdrowotnych podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim..... | 134 |
| Rozdział 5.8. Analiza związków pomiędzy determinantami rodzinnymi a strukturą zachowań zdrowotnych młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim... .. | 136 |
| Rozdział 5.8.1. Związek pomiędzy postawami rodzicielskimi a strukturą z.z. podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. | 137 |
| Rozdział 5.8.1.1. Związek pomiędzy postawami rodzicielskimi a nasileniem prozdrowotności zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim | 137 |
| Rozdział 5.8.1.2. Związek pomiędzy postawami rodzicielskimi a nasileniem prozdrowotności zbiorów zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim..... | 138 |
| Rozdział 5.8.1.3. Związek pomiędzy postawami rodzicielskimi a nasileniem wewnątrzsterowności zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim..... | 140 |

| | |
|--|-----|
| Rozdział 5.8.1.4. Związek pomiędzy postawami rodzicielskimi a nasileniem wewnątrzsterowności zbiorów zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim..... | 141 |
| Rozdział 5.8.1.5. Zależność pomiędzy postawami rodzicielskimi a typami zachowań zdrowotnych podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim | 142 |
| Rozdział 5.8.2. Związek pomiędzy nasileniem prozdrowotności zachowań matek a nasileniem zachowań zdrowotnych w dwóch wymiarach podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim..... | 146 |
| Rozdział 5.8.2.1. Związek pomiędzy nasileniem prozdrowotności zbiorów zachowań matek a nasileniem prozdrowotności i wewnątrzsterowności zbiorów zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim | 147 |
| Rozdział 5.8.3. Zróźnicowanie struktury z.z. podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, w zależności od statusu ekonomiczno–społecznego rodziny | 148 |
| Rozdział 5.8.3.1. Zróźnicowanie nasilenia prozdrowotności i wewnątrzsterowności zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, w zależności od wykształcenia matek | 149 |
| Rozdział 5.8.3.2. Zróźnicowanie nasilenia prozdrowotności i wewnątrzsterowności zbiorów zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, w zależności od wykształcenia matki..... | 150 |
| Rozdział 5.8.3.3. Zróźnicowanie typów zachowań zdrowotnych podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, w zależności od wykształcenia matki | 153 |
| Rozdział 5.8.3.4. Zróźnicowanie nasilenia prozdrowotności i wewnątrzsterowności zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, w zależności od dochodu rodziny | 154 |
| Rozdział 5.8.3.5. Zróźnicowanie nasilenia prozdrowotności i wewnątrzsterowności zbiorów zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, w zależności od dochodu rodziny | 155 |
| Rozdział 5.8.3.6. Zróźnicowanie typów zachowań zdrowotnych podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, w zależności od dochodu rodziny | 158 |
| Rozdział 5.8.3.7. Zróźnicowanie nasilenia prozdrowotności i wewnątrzsterowności zachowań, podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, w zależności od struktury rodziny | 159 |
| Rozdział 5.8.3.8. Zróźnicowanie nasilenia prozdrowotności i wewnątrzsterowności zbiorów zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, w zależności od struktury rodziny. | 160 |

| | |
|---|--------|
| Rozdział 5.8.3.9. Zróżnicowanie typów zachowań zdrowotnych podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, w zależności od struktury rodziny | 163 |
| Rozdział 6. Wnioski. | 165 |
| Bibliografia..... | 177 |
| Załączniki | i |
| Spis Tabel | xxix |
| Spis Rysunków | xxxiii |
| Streszczenie | xxxiv |
| Abstract | xxxv |

Rozdział 1. Charakterystyka osób z niepełnosprawnością intelektualną w aspekcie rozwoju psychospołecznego i biologicznego.

Rozdział 1.1. Koncepcje niepełnosprawności intelektualnej jako przedmiot badań psychologiczno–społecznych i zdrowotnych.

Na przestrzeni XX wieku rozumienie pojęcia niepełnosprawności intelektualnej jako kategorii zaburzeń psychicznych zmieniło się w sposób bardzo istotny. Efektem gwałtownego wzrostu poziomu zainteresowania specjalistów jest ujmowanie tego zaburzenia w wielu współistniejących koncepcjach, co wpływa na chaos informacyjny. Dlatego za zasadne wydaje się przedstawienie tych aspektów niepełnosprawności intelektualnej, których implikacje są najbardziej istotne dla podjętej tu problematyki.

Za najwcześniejsze pisemne zapisy, w których pojawiają się kwestie odnoszące się do tego zaburzenia psychicznego uważa się Kodeks Babiloński (2500 p.n.e.) oraz Papirus z Teb (1552 r. p.n.e., za: Bray, 2003; za: Tylenda Beckett & Barrett, 2007). Za pierwszy istotny wkład w edukację osób z niepełnosprawnością intelektualną powszechnie uważa się prace francuskiego lekarza i pedagoga J.M.G. Itarda publikowane na przełomie XVIII/XIX wieku, które dotyczyły prób oddziaływań edukacyjnych i wychowawczych na chłopca z Aveyronu (Maulik, Harbour & McCarthy, 2014; Smith, 2011). Za początek rehabilitacji osób z niepełnosprawnością intelektualną przyjmuje się próby oddziaływań E. Seqiuna, datowane na około połowę XIX wieku (Gregory, 2003; Strider, Menolascino, 1982). Pierwszym badaczem, który zauważył, że omawiane zaburzenie psychiczne nie jest tożsame z chorobą psychiczną i może występować z różną intensywnością jest J. Esquirol (Kaufman, 2009). Następnie niemiecki psychiatra E. Kraepelin wyodrębnił niepełnosprawność intelektualną jako odmienną od demencji kategorię zaburzeń, nazywając ją **oligofrenią** (za: Kowalik, 2005). To, co odróżniało oligofrenię od innych zaburzeń to: brak dynamicznych zmian w obrazie dysfunkcji wskazujących na postępujący charakter chorobowy, wystąpienie zaburzeń natychmiast po urodzeniu się dziecka lub we wczesnym okresie postnatalnym, zahamowanie rozwoju wszystkich procesów poznawczych oraz zaburzenia w sferze woli i uczuć (tamże).

Jako kategoria zaburzeń psychicznych, oligofrenia rozpatrywana jest tym samym z perspektywy medycznej (klinicznej), jako wrodzony (lub nabyty we wczesnym okresie życia – umownie przyjęto granice 3 roku), trwałe, globalny defekt struktur mózgowych, w efekcie którego dochodzi do zahamowania rozwoju osobniczego. Podkreślając jedynie niejednorodność etiologiczną i symptomatologiczną, badacze ujmują oligofrenię jako statyczny objaw z brakiem dynamiki w obrazie klinicznym – stan pochorobowy (pourazowy) – finalny,

bez możliwości dalszego leczenia, rehabilitacji lub edukacji (Kostrzewski, Wald, 1981). Poglądy J. Esquirola i E. Kraepelina na oligofrenię wywarły istotny wpływ na spostrzeżenie możliwości pomocy osobom z tym zaburzeniem oraz postawy specjalistów wobec nich. Przyjęto, iż stopień zaburzeń oligofrenicznych wiąże się z wielkością uszkodzeń struktur centralnego układu nerwowego (CUN), nazywając je (od najgłębszego stanu): idiotyzmem, imbecyлизmem, debilizmem (Kaufman, 2009). Jednak z powodu słabo rozwiniętych metod diagnozy neurologicznej na ówczesnym poziomie wiedzy, trudno było jednoznacznie określić stopień uszkodzenia struktur mózgowych u konkretnej jednostki (za: Kowalik, 2005). Głównie z tego powodu w orzekaniu o oligofrenii, diagnostykę medyczną zastąpiono diagnozą psychometryczną. Tym samym w kontekście ograniczeń inteligencji osób z niepełnosprawnością intelektualną, przestano mówić o uszkodzeniach CUN, a zaczęto o deficytach zdolności poznawczych (tamże).

Równocześnie szereg wyników badań wskazuje, że objawy oligofreniczne (zwłaszcza charakterystyczne dla ówczesnie tzw. debili), mogą być także wynikiem skrajnej deprivacji środowiskowej (bez wystąpienia defektów organicznych). Co ważniejsze, dowiedziono, że oligofrenicy (szczególnie debile) pod wpływem właściwych oddziaływań pozabiologicznych, są zdolni do rozwoju psychicznego, a zwłaszcza społecznego (tamże). Zatem ich rozwój nie jest ostatecznie zahamowany. Opisane wyżej odkrycia wykraczały poza ramy paradygmatu medycznego, w którym dotychczas rozpatrywana była ta kategoria zaburzeń. W świetle wyników badań konieczne stało się ujmowanie oligofrenii w sposób rozwojowy. Problematyka badawcza nad tym zaburzeniem przesunęła się z diagnozy na rehabilitację i edukację.

Założenia teoretyczne paradygmatu rozwojowego wiążą się z przyjęciem nowej terminologii klasyfikacyjnej. Oligofrenię zastąpiono terminem **niedorozwój umysłowy** [*mental deficiency*], (Kowalik, 2005). W podejściu tym omawiane zaburzenie psychiczne zaczęto rozpatrywać w szerszej perspektywie (aniżeli w podejściu medycznym), przyjmując tezę o wieloczynnikowym uwarunkowaniu rozwoju osobniczego. Niedorozwój umysłowy traktowano tym samym jako opóźnienie rozwoju umysłowego (niepowodzenie rozwojowe), co także stanowi odmienność w stosunku do koncepcji medycznej. Różnica jest o tyle istotna, że w paradygmacie rozwojowym przyjęto tezę o dysharmonii procesów psychicznych, czyli o ich nierównomiernym rozwoju (tzw. heterochronii), a nie o całościowym zahamowaniu. Tym samym zakładano, że dzięki odpowiedniej stymulacji środowiskowej skierowanej na procesy psychiczne działające prawidłowo u osób z niedorozwojem umysłowym kompensować można przebieg procesów zaburzonych (Kowalik, 1989).

Koncepcja rozwojowa obejmuje dwa główne nurty: patoetiologiczny i dwukategorialny [*difference–developmental debate*], (Zigler, 1999). Początkowo większość badaczy preferujących podejście rozwojowe rozpatruje omawiane zaburzenie w nurcie patoetiologicznym. Uznają oni, że niedorozwój umysłowy jest jednorodną grupą dysfunkcji, które niezależnie od etiologii są wynikiem defektu lub różnic w działaniu określonych procesów poznawczych (Burack, 1990; Kowalik, 1984). Tym samym zakłada się, że istnieje jeden wspólny – generalny czynnik psychologiczny lub poznawczy, który zawsze odróżniał będzie rozwój osób z niedorozwojem umysłowym, od osób o typowym rozwoju, będących w tym samym wieku chronologicznym lub umysłowym (Burack, 1990; Zigler, 1967). Wraz z rozwojem nauki, rolę takiego wskaźnika definicyjnego pełniły zaburzenia procesów poznawczych, np.: sztywność uwagi (za: Kowalik, 1984); lub inne defekty funkcji uwagi (za: Crosby & Blatt, 1969); lub spowolnienie w rozwojowej modyfikacji komórek nerwowych w korze mózgowej (za: Zigler, 1999); lub zaburzenia w procesach przechowywania informacji (za: Burack, 1990; za: Ellis, 1970); lub deficyty w procesach kontroli i regulacji działania (za: Bennett-Gates & Zigler, 1998); lub dysfunkcje w procesach werbalizacji (za: Burack, 1990).

Badania nad strukturą inteligencji osób z niedorozwojem umysłowym wykazały jednak, że nie można określić konkretnych funkcji poznawczych, które byłyby najbardziej uszkodzone we wszystkich rodzajach tego zaburzenia (Kowalik, 2005). Między innymi ten argument spowodował wzrost znaczenia nurtu dwukategorialnego w podejściu rozwojowym, według którego niedorozwój umysłowy obejmuje dwie różne kategorie zaburzeń. Najczęściej podawane w literaturze badania w tym zakresie to te, przeprowadzone przez E. Lewisa (1933) oraz H. Wenera i A. Strauss'a (1939). Pierwszy z nich podzielił niedorozwój umysłowy na typ patologiczny (którego przyczyną jest działanie jakiegokolwiek czynnika patologicznego) oraz typ kulturowy (będący skrajną pozycją w naturalnym rozkładzie zmienności inteligencji jako cechy w populacji). H. Werner i A. Strauss odróżnili niedorozwój umysłowy egzogenny (będący wynikiem wyłączenia uszkodzenia mózgu) i endogenny, w znaczeniu typu kulturowego u E. Lewisa (Burack, 1990; Hodapp, Burack & Zigler, 1998; Kowalik, 2005).

Obecnie niedorozwój umysłowy typu kulturowego/ endogennego włączony został w szerszą kategorię zaburzeń, różnie w literaturze nazywaną: pochodzenia rodzinnego, kulturowo-rodzinnego [*familial, culture-familial retardation*], (Weisz, 1990; Zigler & Hodapp, 1986; 1991), lub stopnia lekkiego [*mild*], (za: Burack, 1990), bądź pochodzenia psychospołecznego [*psychosocial disadvantage mental retardation*], (Grosman, 1983). Ten typ zaburzenia (stanowiący ok. 75% wszystkich przypadków), charakteryzuje się brakiem widocznych przyczyn organicznych, wynikiem ilorazu inteligencji (IQ) w przedziale 50–70

(Zigler, 1967). Typ patologiczny/ egzogeny (obecnie nazywany organicznym), charakteryzuje się rozpoznanymi przyczynami zaburzenia, którymi są różne defekty biologiczne, działające na organizm w okresie okołoporodowym lub późniejszym (Zigler & Hodapp, 1991). Osoby z tym typem zaburzenia mają najczęściej wynik $IQ < 50$ (Zigler, 1967).

Podstawą do rozróżnienia tych dwóch typów niedorozwoju umysłowego, jest jedna z głównych przesłanek rozwojowego modelu tego zaburzenia psychicznego (w ujęciu grupy Yale; Burack, 1990; Zigler, 1967). Model ten zakłada, że rozwój intelektualny dzieci i młodzieży z kulturowo-rodzinnym typem niedorozwoju jest podobny do rozwoju dzieci i młodzieży w tzw. normie intelektualnej, pod względem jakościowym tj. sekwencji (te same stadia rozwoju osiągnane są w tej samej kolejności; Weisz, Zigler, 1979), i struktury (tożsama organizacja zdolności intelektualnych w ramach różnych poznawczych aspektów, w tym samym wieku umysłowym; Weisz, 1999; Weisz & Yates, 1981). W związku z tym ten typ niedorozwoju umysłowego jest integralną częścią normalnego rozkładu inteligencji w populacji. Z drugiej strony rozwój oraz poziom osiągnięć dzieci i młodzieży z psychospołeczną niepełnosprawnością intelektualną jest jakościowo różny, od rozwoju dzieci i młodzieży o organicznym podłożu tego zaburzenia (Baroff, 1982; Reschly, 2009). Dowodem wskazującym na odmiennosc dwóch wyżej wymienionych typów niedorozwoju umysłowego jest rozkład inteligencji w populacji. Osób z wynikiem IQ w przedziale 20–60, jest dwa razy więcej, aniżeli wynikałoby to z krzywej teoretycznej. Przyczyną tego stanu jest nałożenie się na siebie dwóch typów niepełnosprawności intelektualnej (pochodzenia rodzinnego i organicznego), tworząc nadmiar osób z obniżoną inteligencją (Burack, 1990; Zigler, 1967).

Przyjęcie przez istotną część badaczy nurtu dwu-kategorialnego jest głównym powodem zmiany terminologii omawianego zaburzenia. W V Rewizji Terminologii i Klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa d.s. Niedorozwoju Umysłowego (AAMD; Heber, 1959) niedorozwój umysłowy zastąpiono szerszym określeniem **upośledzenie umysłowe** [*mental retardation*], (Schalock & Luckasson, 2004). Definicja zaproponowana przez AAMD jest istotna dla problematyki omawianego zaburzenia (oraz tej pracy) z jeszcze jednego powodu. Do momentu jej przedstawienia niedorozwój umysłowy diagnozowano wyłącznie za pomocą testów IQ. Efektem tego była zbyt duża liczba osób błędnie identyfikowanych jako niedorozwinięte umysłowo. Na przełomie lat 50-tych i 60-tych XX wieku, ok. 17% populacji miało wynik IQ poniżej statystycznej normy intelektualnej (podczas gdy całkowitą częstość występowania niedorozwoju umysłowego szacowano na ok. 3%). Sytuacja ta była jednym z głównych powodów poszukiwania innych kryteriów upośledzenia umysłowego (Greenspan, 2006a).

Znaczenie adaptacji do środowiska społecznego (określane różnymi terminami) w zaburzeniach rozwoju dzieci i młodzieży było akcentowane już w poglądach A. Bineta (1909, za: Okland & Harrison, 2008). Dojrzałość społeczna stała się głównym kryterium podziału niedorozwoju umysłowego w Ustawie o upośledzeniu umysłowym, wprowadzonej w Wielkiej Brytanii w 1913 i 1927 roku (za: Clarke, 1969). Mimo że, niedostosowanie społeczne było uważane za rdzeń tego zaburzenia przez E. A. Doll'a (1941) i A.F. Tredgolda (1952, za: Kostrzewski, Wald, 1981), to jednak dopiero prace AAMD, włączyły adaptację społeczną do diagnozy upośledzenia umysłowego (Keller, 1988). W definicji AAMD (Heber, 1959), drugim formalnym (diagnostycznym) kryterium upośledzania umysłowego stały się zaburzenia w zakresie: dojrzewania, uczenia się i społecznego przystosowania. W zmienionej wersji tej definicji (Heber, 1961) deficyty te ujmowane były już w terminie **zachowań adaptacyjnych**, określanych za pomocą wskaźnika odchylenia standardowego (SD), od średniej statystycznej dla danej populacji (Schalock & Luckasson, 2004).

Funkcją tzw. podwójnego kryterium diagnozy [*dual diagnosis*], oprócz ograniczenia grupy osób z upośledzeniem umysłowym do ok. 3% populacji, jest możliwość identyfikowania tego zaburzenia w szerszym kontekście, aniżeli wyłącznie umiejętności szkolnych (w przeciwieństwie do kryterium IQ; Edwards & Greenspan, 2010).

Ponadto powodem tej zmiany były wpływy społeczno-polityczne: 1) decyzje sądów amerykańskich, które nie polegały na kryterium IQ w diagnozie, w sprawach z udziałem osób uważanych za niedorozwinięte umysłowo; 2) potrzeba dostarczenia niestronniczego kryterium (ze względu na nadmierne przypisywanie niedorozwoju umysłowego dzieciom i dorosłym z grup mniejszościowych i o niskim statusie ekonomiczno-społecznym); 3) trendy w edukacji i normalizacji dotyczące mniej restrykcyjnych kryteriów (za: Keller, 1988).

Niezależnie od powodów wprowadzenia kryterium zachowań adaptacyjnych oraz krytyki tego stanu (co szerzej omówię w następnym paragrafie), podkreślenie istotnych trudności w przejawianiu codziennych, typowych zachowań przez osoby z upośledzeniem umysłowym, jest bardziej użyteczne z punktu widzenia tej pracy, aniżeli akcentowanie ich deficytów intelektualnych.

Dla podjętej tu problematyki, podejście rozwojowe do upośledzenia umysłowego pełni szczególne znaczenie. Po pierwsze podkreśla, że osoby z lekkim stopniem tego zaburzenia powinny być postrzegane jako odrębna kategoria w stosunku do osób z głębszymi formami upośledzenia umysłowego. Po drugie, podejście to wprowadziło do debaty kwestie związane ze swoistą osobowością i motywacją osób z niepełnosprawnością intelektualną. Tezę tę jako pierwszy przedstawił E. Zigler (1962), w opozycji do założeń K. Lewina (1936) i J. Kounina

(1941), o „sztywności” procesów poznawczych i całej osobowości upośledzonych umysłowo (za: Zigler & Butterfield, 1966). Stworzony przez E. Ziglera koncept „pełnego dziecka” [„*whole child*”] wskazuje, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną mają szczególnie ukształtowaną osobowość (Zigler, 1999), która wpływać może na podejmowanie zachowań (w tym związanych ze zdrowiem), w sposób odmienny od osób o typowym rozwoju.

Teza paradygmatu rozwojowego, iż upośledzenie umysłowe nie zawsze wiąże się z zahamowaniem rozwoju, lecz w określonych stanach (zwłaszcza w stopniu lekkim) jest tylko jego utrudnieniem, doprowadziło do intensywnych prób rehabilitacji i edukacji osób z tą kategorią zaburzeń. Dzięki temu specjaliści zajmujący się usprawnianiem osób z upośledzeniem umysłowym dostrzegli, że podobnie jak czynniki organiczne (neurologiczne), tak i otoczenie społeczne istotnie wpływa na możliwości ich przystosowania się do środowiska społecznego (Kowalik, 2005).

Twierdzenie o istotnym determinancie społecznym w postrzeganiu osób z upośledzeniem umysłowym, obok tezy o arbitralności kryterium diagnozy jest charakterystyczne dla koncepcji społecznej. Według tych założeń, rozpoznanie osób z lekkim upośledzeniem umysłowym zależne jest w istotnym stopniu od uwarunkowań społecznych (od kontekstu sytuacji) i ma charakter relatywny. Oznacza to, że w różnych warunkach socjalno-bytowych ta sama osoba może być rozpoznana jako upośledzona umysłowo lub nie. W tym sensie to zaburzenie ujmowane jest jako fakt społeczno-kulturowy. Traktuje się je nie jako uwarunkowanie wewnętrzne ale etykietę (jak twierdzi M. Soder, 1989), nadaną „z punktu widzenia obserwatora” (za: A. Gustavsson, E. Zakrzewska-Manterys, 1997, s. 12). Osoba przyjmując rolę dewianta (upośledzonego), gdy zacznie być postrzegana jako negatywnie odróżniająca się. Tym samym mniej istotny staje się potencjał psychofizyczny i różnice indywidualne pomiędzy osobami z tym zaburzeniem psychicznym. Jednostce rozpoznanej jako upośledzona (na podstawie obserwowalnych zachowań odmiennych od norm i wartości społecznych), przypisuje się określoną kategorię i oczekuje się od niej zachowania zgodnego z tą etykietą. Tezę tą potwierdziły wyniki badań J. Mercer (1973), które wykazały, że w środowisku o dużym poziomie industrializacji rozpoznaje się więcej osób z upośledzeniem umysłowym, aniżeli w otoczeniu społecznym o niższym stopniu uprzemysłowienia, w którym jest większa tolerancja na zachowania odbiegające od normy i niższe wymagania społeczne (za: Kowalik, 1989; WHO, 2010). Innym potwierdzeniem relatywności (arbitralności) diagnozy upośledzenia umysłowego, było obniżenie linii oddzielającej normę od upośledzenia z poniżej 1 SD do poniżej 2 SD (w terminologii i klasyfikacji AAMD zrewidowanej w 1973 roku), „uleczając” tym samym w jeden dzień wiele tysięcy osób z upośledzenia umysłowego

(Bray, 2003). Działanie takie potwierdza powyższe założenie, że to społeczeństwo (tu grupa ekspertów) decyduje o tym, gdzie jest granica „normalnego” funkcjonowania.

Trudno zaakceptować powyższe twierdzenia w całości. Jednak niektóre z nich, związane z nabywaniem roli społecznej osoby z upośledzeniem umysłowym są słuszne (i mogą być istotne z punktu podjętej tu problematyki). Dzieciom i młodzieży zdiagnozowanym jako upośledzone umysłowo, z powodu tej etykiety, mogą być prezentowane inne sposoby dbania o własne zdrowie oraz stawiane odmienne wymagania odnośnie zachowań podtrzymujących i doskonalących lub pogarszających stan zdrowia, aniżeli ich nieetykietowanym rówieśnikom. Z drugiej strony specyficzne doświadczenia społeczne spowodowane stygmatyzacją, częściową separacją społeczną (np. uczenie się w szkołach specjalnych) i dyskryminacją (niezaspokojeniem potrzeby więzi społecznej, miłości, niezależności, godności i wielu innych; Kościelska, 1984), mogą determinować rozwój swoistej dla osób z upośledzeniem umysłowym osobowości, która wpływać może na podejmowanie określonych zachowań związanych ze zdrowiem.

W XX wieku badacze zajmujący się upośledzeniem umysłowym podkreślali wiele niewymienionych tu aspektów tego zaburzenia psychicznego. Doniesienia te spowodowały zmianę w postrzeganiu upośledzenia umysłowego przez najważniejsze organizacje zajmujące się tym zagadnieniem. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) do końca XX wieku uznawała, że istotnie niższy wynik IQ uzyskany za pomocą testów psychometrycznych, jest warunkiem *sine qua non* w diagnozie i klasyfikacji upośledzenia umysłowego (WHO, ICIDH 1980; WHO, ICD-10, 1992; WHO, DMH, 1996; WHO, ICD-11, www.who.int). W 2001 roku WHO (a następnie Amerykańskie Stowarzyszenie ds. Upośledzenia Umysłowego [AAMR], w 2002 r.), zaczęły ujmować upośledzenie umysłowe w ramach paradygmatu funkcjonalnego (społeczno-ekologicznego; za: AAIDD, 2010; WHO, 2010). W podejściu tym upośledzenie umysłowe jest postrzegane jako uzewnętrznienie trudności w funkcjonowaniu jednostki w otoczeniu, w którym żyje (Schalock i wsp., 2007; Wehmeyer i wsp., 2008). Przy czym trudności w funkcjonowaniu wyrażają się w interakcji jednostki z otaczającym środowiskiem (WHO, 2010). Zatem przyjęto, że osoby z upośledzeniem umysłowym mogą właściwie funkcjonować w środowisku społecznym, o ile zostaną im stworzone odpowiednie ku temu warunki (Kowalik, 2005). Tym samym zaburzenie to przestało być rozpatrywane jako uwarunkowanie/charakterystyka wewnętrzna osoby (np. defekt mózgu) lub bezpośrednia konsekwencja urazu organicznego, tj. niższy poziom sprawności intelektualnej (spowolnienie umysłowe; AAIDD, 2010; WHO, 2010).

Obecnie istnieją dwa najczęściej cytowane modele funkcjonalne, w których ujmowane jest upośledzenie umysłowe (Buntinx & Schalock, 2010). Model zaproponowany przez WHO (ICF, 2013) podkreśla, iż stan zdrowia jednostki jest podstawą do pełnego zaangażowania się we wszystkie dziedziny życia ludzkiego. Założenia tego modelu wychodzą poza ramy tej pracy, dlatego nie ma potrzeby dokładniej go tu opisywać, natomiast potwierdza on, że poruszana tu problematyka jest zgodna z najnowszymi trendami w ujmowaniu omawianego zaburzenia.

Konsekwencją przyjęcia podejścia funkcjonalnego do upośledzenia umysłowego jest włączenie osób z tą kategorią zaburzeń w dobrze zorganizowany ruch rehabilitacyjny wszystkich osób niepełnosprawnych, co przyspiesza i ułatwia proces rehabilitacji i edukacji (Kowalik, 2005). Proces ten, jak i założenia teoretyczne nowego paradygmatu wiążą się z przyjęciem terminu (obowiązującego obecnie), który trafniej odzwierciedla nowy konstrukt – **niepełnosprawność intelektualna** [*intellectual disability*], (AAIDD, 2010; APA, DSM-V, 2013; WHO, 2010). Uznanie upośledzenia umysłowego jako kategorii niepełnosprawności zrewolucjonizowało konceptualizację i klasyfikację tego zaburzenia psychicznego. WHO uznała, że niepełnosprawność intelektualna¹ (tak jak inne rodzaje niepełnosprawności), to „wielowymiarowe zjawisko wynikające z oddziaływań między ludźmi i otaczającym ich środowiskiem fizycznym i społecznym” (WHO, ICF, 2001; s. 242). Jest uniwersalnym ludzkim doświadczeniem mieszczącym się w szerokim kontinuum ludzkiego funkcjonowania” (WHO, 2010; s.3).

Głównym celem powyższej analizy jest podkreślenie tych założeń teoretycznych dotyczących niepełnosprawności intelektualnej, które są najważniejsze z punktu widzenia podjętej tu problematyki. Podsumowując, użyteczność koncepcji medycznej polega na uwypukleniu czynników etiologicznych i patogenetycznych mających bezpośredni wpływ na stan zdrowia osób z niepełnosprawnością intelektualną. Podejście rozwojowe podnosi kwestie związane z odrębnością i unikalną osobowością osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną oraz podkreśla możliwości rozwoju tych jednostek w aspekcie adaptacyjnym. Paradygmat społeczny akcentuje specyficzne biografie i doświadczenia osób z niepełnosprawnością intelektualną związane ze stygmatyzacją i dyskryminacją społeczną. Podejście funkcjonalne (ekologiczne) podkreśla, że stan zdrowia jednostki (również z niepełnosprawnością), jest podstawą do pełnego zaangażowania we wszystkie sfery życia. Tak szeroka analiza problematyki uprawnia do przyjęcia w tej pracy podejścia funkcjonalno-rozwojowego, którego istotę można zawrzeć w następujących, głównych założeniach:

¹ Od tego momentu autor pracy posługuje się wyłącznie tym terminem.

1) niepełnosprawność intelektualna objawia się w trudnościach w funkcjonowaniu w sytuacjach i interakcjach społecznych; 2) podstawą do pełnego zaangażowania się we wszystkie dziedziny życia ludzkiego jest stan zdrowia jednostki; 3) zdrowie osób z niepełnosprawnością intelektualną jest istotnie gorsze, aniżeli u osób typowo rozwijających się (patrz rozdział 1.3.), zatem nadrzędnym zadaniem jest podejmowanie zachowań doskonalących i ochraniających stan zdrowia; 4) zachowania zdrowotne rozpatrywane są w kategoriach nie tylko działań jednostki zależnych od unikalnej osobowości, ale również oddziaływań najbliższego otoczenia, a zwłaszcza rodziny.

W następnym rozdziale przedstawię kwestie związane z obecną definicją i klasyfikacją niepełnosprawności intelektualnej w kontekście trudności diagnostycznych.

Rozdział 1.2. Obowiązująca definicja, diagnoza i klasyfikacja niepełnosprawności intelektualnej.

Do roku 2018 trzy najważniejsze organizacje: WHO (2010), Amerykańskie Stowarzyszenie ds. Niepełnosprawności Intelektualnej i Rozwojowej – AAIDD, (2010), i Amerykańskie Stowarzyszenie Psychiatryczne (APA, DSM-V, 2013) posługują się terminem **niepełnosprawność intelektualna** [*intellectual disability*]. Obecnie wiadomo, że WHO w najnowszej rewizji (ICD-11), która zacznie obowiązywać od 2022, zrezygnuje z paradygmatu niepełnosprawności, klasyfikując ją w kategorii **zaburzenia rozwoju intelektualnego** [*disorders of intellectual development*], (www.who.int). Pozostałe dwie amerykańskie organizacje niezmiennie ujmują omawiane zaburzenie w paradygmacie niepełnosprawności. Stan ten pogłębia chaos terminologiczny. R. Sandieson (1998) podaje, że w XX wieku używano blisko 66 terminów określających to zaburzenie, z których 16 było cytowanych ponad 150 razy w latach 1990–1995 (za: Followay i wsp., 2009). Obecnie najczęściej używany jest termin upośledzenie umysłowe [*mental retardation*], w 76% krajów, a dopiero w drugiej kolejności termin wynikający z aktualnie przyjętej przez WHO, AAIDD i APA teorii – niepełnosprawność intelektualna [*intellectual disability*], w 56,8% krajów. W dalszej kolejności są to terminy: [*mental handicap*], 39,7%, [*mental disability*], 39%, [*learning disabilities*], 32,2%, [*developmental disabilities*], 22,6%, [*mental deficiency*], 17,2%, [*mental subnormality*], 11,6% (WHO, 2007a). Powyższe terminy często używane są zamiennie. Ponadto, np. w Anglii termin [*learning disability*] jest równoznaczny z terminem [*intellectual disability*], (BPS, 2000), natomiast w USA oznacza on inną kategorię zaburzeń (Baron-Cohen, 1998; O'Brien, 2001). W dodatku naukowcy odróżniają również niepełnosprawność intelektualną związaną z zaburzeniami rozwoju [*mental retardation/ intellectual disability*], od

niepełnosprawności intelektualnej spowodowanej chorobą lub urazem [*mental handicap*], (Simeonsson, Granlund & Bjorck-Akesson, 2006). W Polsce w aktualnie obowiązujących aktach prawnych Ministerstwa Edukacji Narodowej używa się terminu niepełnosprawność intelektualna (PO, 2016; RMEN, 2017).

Niezależnie od użytego terminu, trzy najczęściej cytowane organizacje (WHO, AAIDD, APA) są zgodne, by definiować omawiane zaburzenie psychiczne poprzez trzy współistniejące właściwości: istotnie niższy poziom funkcjonowania intelektualnego, trudności w przystosowaniu się do otoczenia i wystąpienie tych deficytów przed 18 rokiem życia (AAIDD, 2010; APA, 2013; WHO, 2010). WHO przyjmuje, że **niepełnosprawność intelektualna** jest to „...**istotnie niższa zdolność [*ability*] do rozumienia nowych lub złożonych informacji, uczenia się nowych umiejętności ([*skills*] zaburzenia intelektualne), i do samodzielnego działania (zaburzenia w funkcjonowaniu społecznym), które ujawniają się przed okresem dorosłości i mają trwałe wpływy na rozwój**” (WHO, 2010, s. 4; www.euro.who.int).

Ponadto AAIDD wprowadza pięć założeń operacyjnych dotyczących treści rozpoznawania tego zaburzenia:

1. Właściwa ewaluacja ograniczeń w funkcjonowaniu związana jest z uwzględnieniem różnic środowiskowych i społecznych typowych dla osoby badanej, jej grupy wiekowej i kultury.
2. Właściwa ewaluacja ograniczeń w funkcjonowaniu uwzględnia zarówno różnorodność kulturową i językową, jak również różnice w zdolnościach (kompetencjach) komunikacyjnych, sensorycznych, motorycznych i behawioralnych charakterystycznych dla osoby badanej.
3. Podkreślanie możliwości kompensowania trudności w przystosowaniu poprzez zastępowanie brakujących kompetencji innymi, dobrze rozwiniętymi kompetencjami przystosowawczymi.
4. Celem opisanych ograniczeń w funkcjonowaniu jest wskazanie zindywidualizowanej formy pomocy.
5. Ogólne funkcjonowanie osoby z niepełnosprawnością intelektualną ulega poprawie, pod warunkiem odpowiednio otrzymywanej stałej pomocy (Schalock & Luckasson, 2004).

Pomimo tożsamego stanowiska WHO, AAIDD i APA odnoszącego się do trzech właściwości definicyjnych niepełnosprawności intelektualnej, każde z nich jest szeroko krytykowane w kontekście operacjonalizacji kryteriów diagnostycznych tego zaburzenia psychicznego (Greenspan, 2006a; 2006b; 2012; MacMillan & Reschly, 1996; MacMillan, Siperstein & Leffert, 2006; Simeonsson, Granlund & Bjorck-Akesson, 2006). Mimo, że większość specjalistów zgadza się, że najbardziej wyrazistą charakterystyką osób z niepełnosprawnością intelektualną jest **niższy poziom funkcjonowania intelektualnego**

(Greenspan, 2006a, Zigler & Balla, 1977), to wiele kontrowersji budzi pomiar inteligencji testami IQ, jako kryterium diagnozy niepełnosprawności intelektualnej. Po pierwsze, część ekspertów wciąż uważa, że taka praktyka wspiera ruch eugeniczny, stygmatyzację i segregację ze względu na poziom funkcjonowania intelektualnego, przynależność rasową i etniczną pod względem charakterystyk edukacyjnych, mieszkaniowych i zawodowych (np. Gould, 1996; Kamin, 1974). Takie poglądy są wynikiem wybiórczej lub błędnej interpretacji danych naukowych, z których część wskazuje na określoną stronniczość testów inteligencji (wynik zależny od umiejętności językowych, istotnie niższe wyniki testów IQ w grupach mniejszościowych; Kaplan, 1985; Reschly, 1997). Ponadto, istnieje wiele krytycznych argumentów stricte naukowych (niezwiązanych z wpływami społeczno-politycznymi), odnoszących się do aspektów teoretycznych, metodologicznych i psychometrycznych testów IQ, jako narzędzia do diagnozowania niepełnosprawności intelektualnej. Głównymi argumentami krytycznymi w zakresie teoretycznym odnoszonymi się do wyniku testu IQ jest to, że nazbyt redukcjonnie lub błędnie określa on inteligencje jednostki (Borkowski i wsp., 2007; Greenspan, 2006a, Neisser i wsp., 1996). Brak jest konsensusu, co do określonej liczby zdolności intelektualnych, które testy mają mierzyć (Frazier, Youngstrom, 2007). Najczęściej spotykanym argumentem krytycznym w aspekcie teoretycznym testów IQ, jest całkowita arbitralność linii oddzielającej normę od niepełnosprawności. Związane jest to głównie z brakiem zgody co do konceptualizacji inteligencji. W związku z tym nie ma uzasadnienia innego aniżeli statystyczne, by uważać, że wszystkie osoby z wynikiem testu IQ poniżej 70 są niepełnosprawne (Flynn & Widaman, 2008; Kanaya, Ceci, Scullin, 2003; Lichten & Simon, 2007; MacMillan & Reschly, 1996; Whitaker, 2013; Zigler & Hodapp, 1986). Głównym dowodem uznaniowości są różne wartości odpowiadające linii oddzielającej [*cut off*] normę od niepełnosprawności, od 65 do 85 pkt lub -2SD do -1 SD, w różnych okresach czasu. Zwłaszcza, że wydająca się trywialną ostatnia zmiana, powodująca obniżenie linii odcięcia z wyniku IQ ≤ 75 do IQ < 70 , zmniejsza grupę osób z niepełnosprawnością intelektualną o ponad 100%, z 5,48% do 2,28% populacji (National Research Council, 2002).

Jak wspominałem wyżej, istnieje również wiele argumentów krytycznych natury metodologicznej i psychometrycznej dotyczących diagnozowania niepełnosprawności intelektualnej za pomocą testów inteligencji. W aspektach tych wskazuje się najczęściej na: niską trafność treściową testu (Whitaker, 2013), problemy związane z kwestią doboru próby i tworzenia norm (Flynn, 1985; Sternberg, 1999), wpływ na wynik testu innych (niepoznawczych) zmiennych wewnętrznych, np. cech osobowości lub samopoczucia (Bybee & Zigler, 1999; Switzky, 1999; Tassé & Haverkamp, 2006; Whitaker, 2008), lub zmiennych

zewnątrznych, jak np. liczba dni spędzonych w szkole [*schooling*] przez osobę badaną (Ceci & Williams, 1997; Gustafsson 2001). W odniesieniu do niskiej trafności testów wskazuje się, że problemem narzędzi do pomiaru IQ jest niewystarczająca liczba pozycji dotyczących najniższych poziomów wydajności – wykonania danego zadania, co powoduje tzw. problemy podłogowe testów [*floor problems*]. Efektem tego jest mniej trafny pomiar w dolnym rozkładzie inteligencji w populacji i trudności w stopniowaniu niepełnosprawności intelektualnej (APA, DSM-V, 2013; Widaman, Borthwick-Duffy & Little, 1991). W końcu, wynik pomiaru IQ istotnie różni się (do 10 pkt.), w zależności od doboru testu, tj. jego administracji, normalizacji, roku wykonywania badania (Floyd, Clark, Shadish, 2008; Flynn, 2000; MacMillan & Reschly, 1996).

Przedstawione powyżej argumenty obrazują, z jak wielkim sprzeciwem spotkało się diagnozowanie niepełnosprawności intelektualnej wyłącznie za pomocą testów IQ. Obecnie coraz więcej naukowców uważa, że bardziej adekwatne jest identyfikowanie tego zaburzenia psychicznego za pomocą wielomodalnego konstruktów (Tassé i wsp., 2012; Thompson, McGrew & Bruininks, 2002). Natomiast psychometryczny pomiar inteligencji jest wysoce użyteczny w prognozowaniu przyszłych osiągnięć osób, w tym również z niepełnosprawnością intelektualną (Barrett & Depinet, 1991; Floyd, Clark, Shadish, 2008; Kowalik, 2005; Neisser i wsp., 1996; O'Brien, 2001; Sternberg, 1996; Zigler & Trickett, 1978).

Drugą cechą kryterialną niepełnosprawności intelektualnej są **trudności w przystosowaniu się do otoczenia**. W literaturze przedmiotu ograniczenia adaptacyjne są różnie definiowane. WHO używa terminu **zaburzenia funkcjonowania społecznego** [*impaired social functioning*] i utożsamia je z zaburzeniami w niezależnym radzeniu sobie (WHO, 2010). APA posługuje się terminem **deficyty w funkcjonowaniu adaptacyjnym** [*deficits in adaptive functioning*] i definiuje je jako trudności w sprostaniu standardom odnoszącym się do osobistej niezależności i społecznej odpowiedzialności jednostki, stosownym do grupy wiekowej i kontekstu społeczno–kulturowego (APA, DSM-V, 2013; s.33). Funkcjonowanie adaptacyjne obejmuje rozumowanie adaptacyjne w 3 wymiarach: pojęciowym, społecznym i praktycznym. AAIDD stosuje termin **ograniczenia w zachowaniach adaptacyjnych** [Z.A.², *limitations in adaptive behavior*], które wyrażają się w pojęciowych, społecznych i praktycznych umiejętnościach adaptacyjnych (AAIDD, 2010).

Użycie przez trzy najważniejsze organizacje klasyfikujące niepełnosprawność intelektualną różnych terminów odnoszących się do drugiego kryterium diagnostycznego

² W tej pracy posługiwać się będę terminem zachowania adaptacyjne (Z.A.).

niepełnosprawności intelektualnej, dobrze obrazuje podstawowy i najczęściej podnoszony zarzut dotyczący kryterium Z.A., tj. brak dostatecznie rozwiniętej teorii oraz precyzyjnie zdefiniowanego konstruktów zachowań adaptacyjnych (Greenspan, 2006a; Greenspan & Switzky, 2006; Keller, 1998; Loveland & Tunali-Kotorski, 1998; McGrew & Bruininks, 1990; Thomson i wsp., 2002; Widaman i wsp., 1991; Zigler & Hodapp, 1986). Nieścisłości teoretyczne widoczne są w najbardziej podstawowych kwestiach, np. w liczbie wymiarów składających się na zachowania adaptacyjne – jednomodalny – wielomodalny konstrukt (AAIDD, 2010; APA, 2013; Bruininks, McGrew & Maruyama, 1998; McGrew & Bruininks, 1989; WHO, 2010). Należy podkreślić, że oprócz teoretycznej ścisłości, określona liczba wymiarów Z.A. ma bardzo praktyczne znaczenie – może istotnie wpływać na liczbę osób zdiagnozowanych jako niepełnosprawni intelektualnie (za: National Research Council, 2002). Nieścisłości koncepcyjne powodują, że część naukowców poddaje w wątpliwość twierdzenie, iż wynik ogólny testu Z.A. może być właściwym wskaźnikiem generalnego poziomu adaptacji (Loveland & Tunali-Kotoski, 1998; tamże, 2002). Zwłaszcza, że brak konsensusu do podstaw teoretycznych doprowadził do skonstruowania ponad 200 skal do pomiaru zachowań adaptacyjnych (Biasini i wsp., 1999), które nisko ze sobą korelują (Harrison, 1987).

Według S. Greenspana (2006a; 2006b; 2012) obecne modele struktury Z.A. (prezentowane przez APA i AAIDD), m.in. przez brak podstaw teoretycznych, są sztuczne i źle zrozumiane, a przez to nietrafne (zwłaszcza w celu identyfikowania osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną). Podobne argumenty wskazują również inni badacze (Borthwick-Duffy, 2007; Keller, 1998; MacMillan i wsp., 2006). Zbyt małą uwagę w konstruktach zachowań adaptacyjnych przywiązuje się do pomiaru deficytów stricte społecznych, np. łatwości, naiwności, podatności na manipulacje. Trudności te są sednem realnych ograniczeń i słabości w funkcjonowaniu w środowisku osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, ponieważ umożliwiają ich społeczne i prawne wykorzystywanie, etykietowanie (Edwards & Greenspan, 2010; Greenspan, Loughlin & Black, 2001) oraz są barierą w zdobyciu i utrzymaniu zatrudnienia (za: National Research Council, 2002).

Kolejną grupą argumentów krytycznych dotyczących kryterium Z.A. są kwestie konstrukcji narzędzia pomiarowego. Istotną wadą instrumentów do pomiaru Z.A. jest niewystarczająca liczba pozycji dotyczących najwyższych poziomów wydajności – wykonania danego zadania, co powoduje tzw. problem sufitowy [*ceiling problems*]. Większość członków populacji jest zdolna do zdobycia perfekcyjnego (lub prawie) wyniku Z.A. (Tassé i wsp., 2012). Natomiast w przypadku osób z omawianą kategorią zaburzeń wskazuje się, że tylko 20% będzie

wykazywało trudności w adaptacji przez całe życie (i będą to te osoby, których niepełnosprawność jest spowodowana czynnikami organicznymi). Pozostali będą prezentować kompetencje adaptacyjne podobne do osób o typowym rozwoju. (Baroff, 1982; Mcdermott i wsp., 2006). W związku z powyższym WHO i APA w ogóle nie wspominają o punkcie odcinającym normę od niepełnosprawności w zakresie zachowań adaptacyjnych (APA, DSM-V, 2013; WHO, DMH, 1996).

Brak ogólnie przyjętej definicji konceptualnej i operacyjnej zachowań adaptacyjnych oprócz wyżej opisanych istotnych trudności, powoduje tworzenie różnych definicji konstytutywnych Z.A., co utrudnia określenie zależności z innymi konstruktami, a przede wszystkim z konceptem inteligencji. Relacja ta według wielu specjalistów jest kluczowa w określeniu natury zachowań adaptacyjnych (Borthwick-Duffy, 2007; Keith i wsp., 1987), a nawet niezbędna do określenia istoty niepełnosprawności intelektualnej (Lichten & Simon, 2007; National Research Council, 2002). W literaturze przedmiotu podaje się trzy możliwe relacje pomiędzy zachowaniami adaptacyjnymi a inteligencją: 1) są to identyczne konstrukty (istotna korelacja); 2) są to kompletnie niezależne konstrukty (brak korelacji); 3) są to oddzielne konstrukty, ale związane ze sobą (korelacja niska; Keith i wsp., 1987; tamże, 2002). Tym samym brak jest jednolitego stanowiska, czy trudności w zachowaniach adaptacyjnych są wynikiem (pochodną) niższego poziomu funkcjonowania intelektualnego (MacMillan i wsp., 2006; Simeonsson, Granlund & Bjorck-Akesson, 2006; WHO, DMH, 1996), czy niezależnymi od siebie konstruktami (AAIDD, 2010). Ponadto brak jest wystarczających dowodów wskazujących na siłę korelacji pomiędzy testami IQ, a skalami zachowań adaptacyjnych u osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. Ekstrapolując dane naukowe dotyczące całej populacji osób z tą kategorią zaburzeń, można stwierdzić, że poziom korelacji jest wyższy lub nieznacznie wyższy, aniżeli u osób o typowym rozwoju (National Research Council, 2002).

Powyższa analiza wskazuje na nieokreślony stosunek pomiędzy testami IQ a Z.A. Różna korelacja m. in. jest efektem tego, że testy inteligencji badają potencjał jednostki, natomiast skale do pomiaru Z.A. dotyczą podejmowanych już zachowań. Żaden z tych konstruktów (i tym samym relacja pomiędzy nimi) nie wyjaśnia, dlaczego osoba potencjalnie może podjąć dane zachowania, ale go nie podejmuje (lub nie wykonuje go samodzielnie) w codziennym funkcjonowaniu. W związku z tym można stwierdzić, że te dwa konstrukty nie wyjaśniają całościowo ograniczeń funkcjonalnych osób z niepełnosprawnością intelektualną. Dlatego za zasadne wydaje się rozpatrywać trudności te również w kontekście zmiennych osobowościowych, np. samooceny, będącej w interakcji z ograniczeniami w inteligencji i Z.A. Część autorytetów uważa, że osobowość jest równie ważna jak czynniki poznawcze

w wyjaśnianiu efektywności uczenia się lub wydajności adaptacji u osób z niepełnosprawnością intelektualną (Switzky, 1997; Tassé & Havercamp, 2006; Zigler & Bennett-Gates, 1998). Jednakże osobowe regulatory zachowania mają charakter wtórny i jako takie nie mogą być formalnymi kryteriami niepełnosprawności intelektualnej (Greenspan, 2006a).

Trzeciemu kryterium diagnostycznemu niepełnosprawności intelektualnej – **ujawnieniu się deficytów w funkcjonowaniu intelektualnym i adaptacyjnym przed okresem dorosłości** – w literaturze przedmiotu poświęca się najmniej uwagi. Kryterium to uznawane jest za najbardziej arbitralne (tzn. kontrowersyjne; Grosmann, 1983; O'Brien, 2001; Zigler & Hodapp, 1986).

Początkowo uważano, że niepełnosprawność intelektualna jest zaburzeniem ujawniającym się w okresie okołopłodowym jako konsekwencja wrodzonych wad biologicznych lub wczesnych urazów CUN (za: AAIDD, 2010). Wraz z rozwojem wiedzy medycznej dostrzeżono, że wiele chorób powodujących to zaburzenie diagnozuje się w wieku późnodziecięcym lub dojrzenia. Ponadto przyjęto, że przyczynami niepełnosprawności intelektualnej mogą być również czynniki środowiskowe lub naturalny rozkład inteligencji w populacji. W związku z tymi doniesieniami górna granica wieku, stanowiąca kryterium diagnozy, stale się podwyższała. Z okresu okołopłodowego przesunięto ją na okres dojrzałości (za: AAIDD, 2010), przez szesnasty rok życia (za: Greenspan, 2006a), a następnie okres pełnoletności (Grosmann, 1983), do nawet 21 roku życia (National Research Council, 2002). Obecnie górna granica wieku jest różnie ujmowana. AAIDD podaje, że deficyty w funkcjonowaniu intelektualnym i adaptacyjnym muszą wystąpić przed 18 rokiem życia (AAIDD, 2010). Inne ważne organizacje, w kontekście diagnozowania tego zaburzenia, rezygnują z posługiwania się konkretną wartością wieku kalendarzowego, zastępując ją sformułowaniem: „podczas okresu rozwojowego” (APA, DSM-V, 2013, s.33), lub „przed okresem dojrzałości/ dorosłości” (WHO, 2010, s.4; ICD-11, www.euro.who.int). Tak skonstruowane kryterium, podkreśla znaczenie procesów rozwojowych jako podstawy statusu funkcjonalnego w późniejszym życiu jednostki. Trudno jednak zgodzić się, że kryterium to całkowicie pokrywa się z obecnie obowiązującym modelem niepełnosprawności. Jeśli przyjmiemy, że trudności w funkcjonowaniu intelektualnym i adaptacyjnym wynikają z wielowymiarowej interakcji pomiędzy jednostką a otoczeniem, to wydaje się, że ograniczenia te mogą pojawić się w każdym okresie życia. Tak samo jak w przypadku deficytów w funkcjonowaniu spowodowanych przez uraz fizyczny lub sensoryczny. Wyrażając się bardziej kolokwialnie, możliwe jest, że autor tej pracy zostanie osobą z niepełnosprawnością

fizyczną lub sensoryczną, ale nie ma już szansy bycia osobą z niepełnosprawnością intelektualną (niezależnie od poziomu funkcjonowania). Taki stan (oprócz teoretycznych nieścisłości) ma bardzo istotne znaczenie w rzeczywistości – podtrzymuje stygmatyzację i podziały na „nas” i na „tamtych” (niepełnosprawnych intelektualnie; Gallaher, 2002).

Powyższe argumenty wskazują, że definicja i diagnoza niepełnosprawności intelektualnej budzi wciąż wiele kontrowersji. Podaje się różne propozycje dotyczące kryteriów diagnostycznych do wykorzystania w przyszłości. Entuzjaści obecnej trójczynnikowej definicji wskazują, że Z.A. będą miały coraz większe znaczenie w diagnozie tego zaburzenia (Tassé i wsp., 2012). Z drugiej strony coraz więcej naukowców uważa, że bardziej adekwatne jest identyfikowanie niepełnosprawności intelektualnej za pomocą jednego wielomodalnego konstrukt (Greenspan, 2006a, Tassé i wsp., 2012; Thompson i wsp., 2002). Wielu specjalistów w dalszym ciągu uważa, że do diagnozy tego zaburzenia powinno wprowadzić się kryterium etiologiczne (Zigler, 1999).

Wieloaspektowość zaburzenia jakim jest niepełnosprawność intelektualna powoduje, że system klasyfikacji zmienia się w zależności od sposobu definiowania tej kategorii zaburzeń w danym czasie. Efektem tego stanu jest współistnienie wielu systemów kwalifikacyjnych. Historycznie pierwsze typologie odnoszą się do medycznych aspektów niepełnosprawności intelektualnej. Przyjmuje się, że najstarszą klasyfikacją jest ta stworzona przez J. Esquirola (Kaufman, 2009; Kowalik, 2005; MacMillan & Reschly, 1996). Podzielił on osoby z niepełnosprawnością intelektualną ze względu na wielkość uszkodzeń struktur CUN, nazywając poszczególne kategorie (od najgłębszego stanu):

1. idiotyzmem – całkowity zanik wszystkich funkcji psychicznych;
2. imbecyлизmem – możliwość wyćwiczenia podstawowych umiejętności życiowych;
3. debilizmem – możliwość wykonywania większości czynności życiowych, jednak pod ciągłym nadzorem (za: Kowalik, 2005).

Współczesne klasyfikacje medyczne dotyczą przede wszystkim etiologii i patogenezy omawianego zaburzenia. Najpowszechniejszymi kryteriami podziału są tu charakter czynnika etiologicznego oraz okres zadziałania czynnika patologicznego. Istotą pierwszej z wymienionych powyżej klasyfikacji medycznej – wg **charakteru czynnika etiologicznego** – jest odkrycie „wiodącego” czynnika patologicznego, decydującego o niepełnosprawności intelektualnej. Intensywny rozwój nauk medycznych i biologicznych powoduje, że klasyfikacje tego typu są bardzo rozbudowane. W samej grupie czynników – anomalii chromosomalnych stwierdza się od 750 do 1000 zaburzeń, które mogą doprowadzać do niepełnosprawności intelektualnej (Hodapp, 2007). Przykładem takiej typologii jest klasyfikacja stworzona przez

WHO, podczas VIII rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Zgonów, która weszła w życie z początkiem 1968 roku (Kościelak, 1989).

Drugim rodzajem klasyfikacji medycznych jest ta, w której kryterium podziału jest **okres, w jakim czynnik patologiczny zadziałał**. Uwzględnia się tu:

1. Czynniki działające na komórki rozrodcze rodziców (lub dalszego pokolenia).
2. Czynniki działające w okresie rozwoju płodowego (czynniki prenatalne).
3. Czynniki działające w czasie porodu (czynniki okołoporodowe – perinatalne).
4. Czynniki działające po urodzeniu dziecka (czynniki postnatalne; Wyczesany 1999).

Innym rodzajem typologii jest ta dzieląca niepełnosprawność intelektualną ze względu na **typ czynnika patologicznego**. Podział ten jednocześnie spełnia funkcje kategoryzacyjne dzieląc niepełnosprawność intelektualną na dwie istotnie różne kategorie – pochodzenia organicznego i nieorganicznego (różnie nazywaną, patrz rozdział 1.1., s. 4). W literaturze przedmiotu można spotkać kilka podobnych dichotomicznych podziałów niepełnosprawności intelektualnej (Burack, 1990; Greenspan, 2006a; MacMillan & Reschly, 1996). Oba typy niepełnosprawności intelektualnej są grupami heterogenicznymi. Charakterystyki czynników organicznych przedstawiają klasyfikacje medyczne. W niepełnosprawności intelektualnej pochodzenia nieorganicznego wyróżnia się:

1. Osoby, których co najmniej jeden z rodziców jest również zdiagnozowany jako niepełnosprawny intelektualnie (ok. 35% wszystkich przypadków omawianego zaburzenia).
2. Osoby, które otrzymały materiał genetyczny powodujący niepełnosprawność intelektualną od rodziców w pełni sprawnych intelektualnie (tzw. wielogenowa [*polygenically*] niepełnosprawność intelektualna, stanowiąca ok. 35% wszystkich przypadków omawianego zaburzenia).
3. Osoby, które były poddawane wydłużonej, ekstremalnej deprywacji środowiskowej (ok. 5% wszystkich przypadków; Zigler & Hodapp, 1986). Natomiast najczęściej trudno wskazać jakąkolwiek przyczynę lekkiego stopnia niepełnosprawności intelektualnej lub uwarunkowania są wieloczynnikowe (Murphy i wsp., 1998; Zigler, Hodapp, 1991).

Wyżej przedstawione klasyfikacje nie mają (wcześniej jak i obecnie) wypracowanych narzędzi do diagnozy niepełnosprawności intelektualnej. Funkcje diagnostyczną pełnią typologie w orientacji rozwojowej (a szczególnie psychorozwojowej). Jedną z pierwszych jest ta opracowana w Stanach Zjednoczonych przez L.M. Termana, tzw. skala Stanford-Bineta lub skala Bineta-Termana. W klasyfikacji tej określony przedział wyniku ilorazu inteligencji odpowiada konkretnemu stopniowi niepełnosprawności intelektualnej (Kościelak, 1989).

Podobne podziały oparte o kryterium ilorazu inteligencji diagnozowały stopnie niepełnosprawności intelektualnej do 1992 roku. Różnią się one od siebie formą określania obniżenia inteligencji (wynik określony liczbą lub SD), zakresem ilorazu inteligencji przypadającym na poszczególne stopnie – kategorie niepełnosprawności intelektualnej (tym samym wartością linii oddzielającej ją od normy) oraz uwzględnianiem (lub nie) kategorii pogranicza niepełnosprawności intelektualnej [*boardline*]. Ponadto od 1959 roku klasyfikacje te zostały rozszerzone o kryterium adaptacji do środowiska (które jednak w rzeczywistości nie osiągnęło statusu równego kryterium IQ; Greenspan, 2006a).

Po roku 1992 trzy najczęściej wymieniane systemy klasyfikacyjne (AAIDD [wcześniej AAMR], DSM-V [wcześniej DSM-IV], ICD-10) przestały być zgodne ze względu na kryterium podziału omawianego zaburzenia. WHO podtrzymuje swoje stanowisko w zakresie podziału tego zaburzenia na 4 podgrupy (WHO, DMH, 1996). W nowej reedycji systemu klasyfikacji (ICD-11) podkategorie te będą podtrzymane (Salvador-Carulla i wsp., 2011). AAIDD rezygnuje z podziału tego zaburzenia ze względu na poziom funkcjonowania intelektualnego i adaptacyjnego, wprowadzając nową typologię, którą można określić jako klasyfikację społeczną, ponieważ kryterium podziału stanowi tu wymagana pomoc:

- okresowa – udzielana jest w niewielkich okresach czasu, przejściowo;
- ograniczona – regularne wsparcie w niektórych momentach czy aspektach życiowych;
- rozszerzona – regularna interwencja nie ograniczona miejscem i czasem;
- kompletna – ma charakter stały o wysokim stopniu intensywności (AAIDD, 2010).

Klasyfikacja AAIDD jest znacznie bardziej kompatybilna z obecnie obowiązującym modelem funkcjonalnym, w którym ujmowana jest niepełnosprawność intelektualna, aniżeli typologie WHO i APA. Co ważne, typologia ta znosi stygmatyzację osób ze względu na ich poziom niepełnosprawności, co jest istotne zwłaszcza dla osób dorosłych (w innym systemie klasyfikacji zdiagnozowanych jako osoby z lekką niepełnosprawnością intelektualną), ponieważ mogą one funkcjonować w społeczeństwie bez tej etykiety. Z drugiej strony podział ten ustawia osoby z lekką niepełnosprawnością intelektualną w jednej grupie z osobami z głębszymi formami tego zaburzenia. W takim podejściu rezygnuje się z podwalin teoretycznych i empirycznych, które poszukują trafności w różnicowaniu osób z lekkim i głębszym stopniem niepełnosprawności intelektualnej, po to by każda z tych grup otrzymywała wsparcie jak najbardziej adekwatne do swych potrzeb. Ignoruje się tym samym istotne, rzeczywiste różnice (jakościowe, ilościowe, etiologiczne) pomiędzy tymi podgrupami (Greenspan & Switzky, 2006; Reschly, 2009; Sukhodolsky & Butter, 2007; Zigler & Hodapp, 1986), co wpływa w konsekwencji na trudności definicyjne i diagnostyczne, doprowadzając do paradoksów, np. tzw. „6-godzinnej

niepełnosprawności intelektualnej” (MacMillan, Siperstain & Gresham, 1996; President’s Committee on Mental Retardation, 1977). Jednocześnie klasyfikacja ta zaprzecza doniesieniom, że osoby z lekką niepełnosprawnością intelektualną są bardziej podobne pod względem funkcjonowania w społeczeństwie do osób z trudnościami w nauce i osób w tzw. normie intelektualnej, aniżeli do osób z głębszymi stopniami niepełnosprawności intelektualnej (Greenspan & Switzky, 2006; Gresham, MacMillan & Bocian, 1998; National Research Council, 2002; Weisz, 1999; WHO, DMH, 1996). Z powyższych powodów klasyfikacja AAIDD jest mniej użyteczna z punktu widzenia podjętej tu problematyki.

Z kolei APA w najnowszej klasyfikacji niepełnosprawności intelektualnej DSM-V utrzymuje poprzednie cztery kategorie: lekką, umiarkowaną, znaczną i głęboką (APA, 2013). Jednak kryterium podziału jest tu jakościowy opis poziomu zaburzeń w trzech wymiarach Z.A (funkcjonowania adaptacyjnego). Organizacja ta argumentuje, że poziom adaptacji społecznej jest bardziej adekwatną charakterystyką podziału, ponieważ to on determinuje poziom wymaganego wsparcia. Jednocześnie stwierdza się, że pomiar IQ jest mniej trafnym kryterium typologicznym niepełnosprawności intelektualnej, ze względu na trudności w różnicowaniu poziomu inteligencji w dolnym rozkładzie tej cechy w populacji.

Z punktu widzenia tej pracy powyższa klasyfikacja jest najbardziej wartościowa, ponieważ utrzymuje kategorię lekka niepełnosprawność intelektualna, charakteryzując ją głównie poprzez określony jakościowo poziom adaptacji. W klasyfikacji tej rezygnuje się również z konkretnej wartości linii oddzielającej normę od niepełnosprawności (tamże).

W następnym paragrafie przedstawię dane empiryczne dotyczące stanu zdrowia osób z niepełnosprawnością intelektualną, z uwypukleniem podkategorii „lekko”.

Rozdział 1.3. Stan zdrowia osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

W rozdziale 1.1. zaakcentowałem znaczenie tych koncepcji, które są szczególnie istotne z punktu widzenia tej pracy. Dwie z tych koncepcji tj. medyczna i funkcjonalna odnoszą się stricte do stanu zdrowia osób w badanej grupie.

W literaturze przedmiotu wymienia się dwa terminy, które odnoszą się do różnic w stanie zdrowia osób z niepełnosprawnością intelektualną i populacji ogólnej. Są to [*health disparities*] i [*health inequalities/inequities*]. W tekstach źródłowych można spotkać wiele definicji tych terminów, często używa się ich zamiennie (Braveman, 2006; Ouellette-Kuntz, 2005). Jednak z punktu widzenia podjętej tu problematyki warto te terminy odróżnić. Istotą pierwszego z nich [*health disparities*], są specyficzne różnice w stanie zdrowia pomiędzy

dwoma populacjami, będące konsekwencją uwarunkowań biologicznych (np. wrodzonym lub wczesnie nabytym uszkodzeniem CUN, zespołem Downa), co z kolei zwiększa podatność na określone choroby. Podkreśla się tu specyficzne różnice w zachorowalności, epidemiologii i czynnikach ryzyka w różnych populacjach (Braveman, 2006). Drugi termin [*health inequalities*] odnosi się do różnic w stanie zdrowia, które są uwarunkowane socjoekonomicznie i politycznie. Nierówności zdrowotne są systematycznie powiązane z wysokim lub niskim statusem społecznym, rasą, narodowością itp. (Braveman & Gruskin, 2003; Ward, Nichols & Freedman, 2010). Jak wskazuje M. Whitehead (1992) różnice te są możliwe do uniknięcia, niepotrzebne i niesprawiedliwe (tamże). Termin ten łączy się z równym dostępem do opieki zdrowotnej zdeteminowanym potrzebami zdrowotnymi.

W tym rozdziale skoncentruję się na uwarunkowanych biologicznie [*health disparities*] różnicach w stanie zdrowia oraz śmiertelności dzieci, młodzieży i osób dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną (tam, gdzie dane to umożliwiają z wyodrębnieniem stopnia lekkiego tego zaburzenia), w stosunku do populacji ogólnej. Istnieje wiele doniesień o stanie zdrowia osób z omawianym zaburzeniem. Jednak przeważająca część tych badań opiera się na próbach badawczych, których charakterystyki nie są reprezentatywne dla populacji osób z niepełnosprawnością intelektualną – nie odzwierciedlają rzeczywistych proporcji określonych stopni głębokości tego zaburzenia, lub brak jest jasnego podziału na nie w odniesieniu do wyników zdrowotnych. Często również wyniki badań dotyczą wyłącznie wyselekcjonowanych grup niepełnosprawności intelektualnej (np. zespół Downa, populacja zinstytucjonowana). Stosunkowo niewiele jest danych badawczych odnoszących się do stanu zdrowia osób w badanej grupie, dlatego ważne jest by wyodrębnić tę wiedzę, która jest dostępna i na jej podstawie wnioskować o rzeczywistym stanie zdrowia dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

Wyniki badań wskazują jednoznacznie, że kondycja zdrowotna osób z niepełnosprawnością intelektualną jest gorsza, aniżeli kondycja zdrowotna osób z populacji ogólnej (DH, 2009; Emerson & Hatton, 2007; Emerson i wsp., 2016a; Haveman i wsp., 2009; 2011; HNAR, 2004; May, Kennedy, 2010; McCarron i wsp., 2014; NHS QIS, 2006; Ouellette-Kuntz, 2005; U.S.PHSG, 2001; WHO, 2010). Większość z tych badań odnosi się do kondycji zdrowotnej całej populacji osób z tą kategorią zaburzeń. Najpoważniejszą konsekwencją gorszego stanu zdrowia osób z niepełnosprawnością intelektualną jest krótsza długość życia (podwyższony wskaźnik śmiertelności, wcześniejszego umierania; Beange, Lennox & Parmenter, 1999; Emerson i wsp., 2011; Heller & Sorensen, 2013; Heslop i wsp., 2014; Janicki i wsp., 1999; Mencap, 2012). Najnowsze dane naukowe wskazują, że liczba osób

starszych z niepełnosprawnością intelektualną szybko i systematycznie rośnie (Cleaver, Ouellette-Kuntz & Hunter, 2008; de Winter, 2014; Evenhuis, 2012). Jednak w dalszym ciągu ich długość życia jest istotnie krótsza. Dokładna wartość wskaźnika umieralności zależy od metodologii badań, charakterystyki i rozmiaru grupy badawczej. Przyjmuje się, że wskaźnik śmiertelności osób z niepełnosprawnością intelektualną jest od 2 do 18 razy wyższy, aniżeli w populacji ogólnej (Gustavson, Umb-Carlsson, Sonnander, 2005; Hollins i wsp., 1998; Tyrer & McGrother, 2009). Średnia długość życia osób z tą kategorią zaburzeń waha się od ok 33 do 66 lat (Coppus, 2013; Janicki, 1999; Maaskant, Gevers, Wierda, 2002). Ryzyko śmierci przed 50 rokiem życia jest 58 razy wyższe, niż w populacji ogólnej (30% osób z tym zaburzeniem umiera przed 50 rokiem życia; Hollins i wsp., 1998). S. Durvasula, H. Beange i W. Baker (2002) wskazują, że ponad 50% wszystkich śmierci osób z niepełnosprawnością intelektualną następuje poniżej 35 roku życia. Blisko 3 razy częściej osoby te umierają z przyczyn, którym można było zapobiec (Heslop i wsp., 2014; Mencap, 2007).

Większość wyników badań wskazuje na zależność, że im głębszy stopień niepełnosprawności intelektualnej tym krótsza długość życia (Bittles i wsp., 2002; Decouflé & Autry, 2002; Hogg i wsp., 2001). Wskazuje się, że wskaźnik umieralności dla osób z lekkim stopniem tego zaburzenia, jest podobny, jak w przypadku osób z populacji ogólnej (Janicki i wsp., 1999; Coppus, 2013). Średnia długość życia osób w badanej grupie waha się od 45 do ok. 66 lat (Horowitz i wsp., 2000; Patja i wsp., 2000; Strauss & Eyman, 1996). Ponad 13% śmierci w omawianej podgrupie nastąpiło przed 59 rokiem życia (Durvasula i wsp., 2002), choć szacuje się, że 50% osób z lekkim stopniem tego zaburzenia może dożyć 74 lat (Bittles i wsp., 2002). Dane te sugerują, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim charakteryzują się inną trajektorią długości życia, aniżeli osoby z głębszymi stopniami tego zaburzenia.

Najpowszechniejszymi przyczynami śmierci osób z niepełnosprawnością intelektualną są choroby układu oddechowego, od 20% do 52% wszystkich zgonów (Durvasula i wsp., 2002; Hollins i wsp., 1998). Ryzyko śmierci z tego powodu jest 2,6 razy wyższe dla osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną, aniżeli w populacji ogólnej (Patja, Mölsä, Iivanainen, 2001). Drugą najpowszechniejszą przyczyną śmierci są choroby serca i układu krwionośnego, od 15% do ponad 40% wszystkich zgonów (Esbensen, Seltzer, Greenberg, 2007; Janicki i wsp., 1999; NHS QIS, 2006). Za trzecią główną przyczyną śmierci osób z niepełnosprawnością intelektualną uznaje się nowotwory (Hanna, Taggart & Cousins, 2011; Hollins i wsp., 1998; Janicki i wsp., 1999; 2002). Literatura przedmiotu podaje, że odsetek zgonów z powodu raka wśród osób z niepełnosprawnością intelektualną waha się od 11.7% do 21% (Duff i wsp., 2001;

Durvasula i wsp., 2002; Janicki i wsp., 1999; Tuffrey-Wijne i wsp., 2009; Wallace i wsp., 2004), a wśród osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną ok. 16% wszystkich zgonów (Patja i wsp., 2001). Wyniki badań wskazują zatem na niższy wskaźnik zgonów spowodowanej nowotworami, aniżeli w populacji ogólnej. Stan ten spowodowany jest zróżnicowanymi czynnikami: niespójnościami metodologicznymi, których efektem jest tendencja do podawania niższego wskaźnika śmiertelności spowodowanych nowotworami (Forbat & Mccann, 2010; Satgé i wsp., 2014); krótszą długością życia osób z niepełnosprawnością intelektualną (Hanna i wsp., 2011; Swaine, Parish & Luken, 2013); nierównościami w dostępie do badań przesiewowych. Mniejsza liczba diagnoz wynika z niższej liczby zgłoszeń, a nie stanu faktycznego (Willis, 2013; Satgé i wsp., 2014). Mimo niższego średniego wskaźnika śmierci spowodowanej nowotworami w populacji osób z niepełnosprawnością intelektualną, na niektóre rodzaje raka osoby te umierają istotnie częściej, aniżeli osoby z populacji ogólnej. Są to nowotwory układu pokarmowego, od 44% do 58% wszystkich zgonów z powodu raka (Cooke, 1997; Forbat & Mccann, 2010; Hogg & Tuffrey-Wijne, 2008; Wallace i wsp., 2004), a zwłaszcza nowotwory żołądka, na które umiera od 31% kobiet i 48% mężczyzn (Duff i wsp., 2001). Ponadto osoby z tą kategorią zaburzeń dwa razy częściej umierają z powodu raka pęcherzyka żółciowego i tarczycy, w stosunku do osób z populacji ogólnej (Patja i wsp., 2001).

Większość badaczy uważa, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną (a zwłaszcza w stopniu lekkim), generalnie doświadczają tych samych chorób i zaburzeń powiązanych z wiekiem, co osoby z populacji ogólnej (de Winter, Echteld, Evenhuis, 2014; Jansen i wsp., 2013; Tuffrey-Wijne & Davies, 2006; Wallace & Schulter, 2008). Jednak osoby z niepełnosprawnością intelektualną wcześniej i 2,5 razy częściej zapadają na choroby związane z wiekiem (Heller & Sorensen, 2013; van Schroyensteen Lantman-de Valk i wsp., 2000). Większa podatność na określone choroby widoczna jest już u dzieci i młodzieży rezultatem czego jest narastanie problemów zdrowotnych w latach późniejszych (DRC, 2006b). Porównując stan zdrowia osób z niepełnosprawnością intelektualną z osobami z populacji ogólnej stwierdza się, że tylko 12% osób z omawianym zaburzeniem nie miało żadnych problemów zdrowotnych, w porównaniu do 21% osób o typowym rozwoju (van Schroyensteen Lantman-de Valk i wsp., 2000). Ponadto przypuszcza się, że osoby starsze z niepełnosprawnością intelektualną doświadczają więcej niewykrytych problemów zdrowotnych, aniżeli ich rówieśnicy w populacji ogólnej (Baxter i wsp., 2006; Haveman, 2004; Haveman i wsp., 2009). Główne problemy zdrowotne osób z omawianą kategorią zaburzeń (z wyodrębnieniem stopnia lekkiego) opiszę poniżej.

Osoby z niepełnosprawnością intelektualną ulegają częściej infekcjom dróg oddechowych i chorobom przewlekłym układu oddechowego (Davies i wsp., 2014; Doughan, 2014; DRC, 2006a; Esbensen i wsp., 2007). Literatura przedmiotu wskazuje na częstsze zachorowania na: zapalenie płuc (2,5 razy częściej; Patja i wsp., 2001); przewlekłe zapalenie oskrzeli (Martinez-Leal i wsp., 2011); astmę (Gale, Naqvi & Russ, 2009; Oeseburg i wsp., 2010); gruźlicę (Ouellette-Kuntz i wsp., 2005). Często przyczyną zaburzeń układu oddechowego (np. zachyłkowego zapalenia płuc) jest dysfagia (Chadwick & Jolliffe 2009; Howesman, 2013). Zaburzenie to występuje częściej u osób z niepełnosprawnością intelektualną, aniżeli w populacji ogólnej. Szacuje się, że na dysfagię cierpi od 33% do 82% osób z niepełnosprawnością intelektualną (Chadwick & Jolliffe, 2009). Najbardziej narażone są osoby z głębszymi stopniami niepełnosprawności intelektualnej lub ze zdiagnozowanymi zespołami genetycznymi, ale chorują na nią również osoby z lekkim stopniem tego zaburzenia psychicznego, mobilne, samodzielne w spożywaniu posiłków (tamże).

Osoby z niepełnosprawnością intelektualną istotnie częściej cierpią z powodu zaburzeń układu pokarmowego, np.: choroby refluksowej żołądka lub przełyku, wrzodów żołądka i dwunastnicy (Martinez-Leal i wsp., 2011; van Schrojenstein Lantman-de Valk i wsp, 2004). Wyniki badań M. McCarron i wsp., (2014) wskazują, że 10,5% osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim choruje na refluks żołądka, a ponad 5% cierpi z powodu wrzodów żołądka (tamże). Ponadto podkreśla się, że częstość występowania tych schorzeń w populacji osób z tą kategorią zaburzeń jest niedoszacowana i może stanowić zasadniczy problem medyczny (Haveman i wsp., 2009).

Wyniki badań odnoszące się do zagrożenia i zachorowalności na choroby serca i układu sercowo-naczyniowego są niespójne. Część badaczy wskazuje na wyższe ryzyko wystąpienia tych schorzeń wśród osób z niepełnosprawnością intelektualną, inni naukowcy podają, że zagrożenie to jest takie samo lub niższe, niż w populacji ogólnej (Haveman i wsp., 2009; 2010; Haverkamp, Scandlin, Roth, 2004; DH, 2009; Horowitz i wsp., 2000; Martinez-Leal i wsp., 2011; McCarron i wsp., 2014; NHS QIS, 2006; Pitetti & Cambell, 1991; van de Louw i wsp., 2009; Wallén, 2013). Niejednoznaczne wyniki w dużej mierze spowodowane są różną zachorowalnością na te schorzenia wśród określonych podgrup populacji osób z omawianą kategorią zaburzeń. Np. specyficzny profil kardiologiczny osób z zespołem Downa może torować lub hamować rozwój chorób z tej grupy (Draheim, 2006). Ponadto osoby z niepełnosprawnością intelektualną częściej są obciążone wrodzonymi chorobami serca, np. wadą przegrody komorowej lub przedsionkowo-komorowej (Doughan, 2014; van der Akker, Maaskant, van der Maijden, 2006). Około 30% wszystkich zgonów spowodowanych

chorobami układu sercowo-naczyniowego jest wynikiem chorób wrodzonych serca (Patja i wsp., 2001). W warunkach polskich J. Wyszynska (2015) podaje, że młodzież z niepełnosprawnością intelektualną 17 razy bardziej narażona jest na nadciśnienie tętnicze krwi. Schorzenie to stwierdzono u blisko 57% młodzieży z tą kategorią zaburzeń, w stosunku do 7% rówieśników z populacji generalnej (tamże). W literaturze przedmiotu podkreśla się małą ilość badań dotyczących chorób układu sercowo-naczyniowego wśród osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim (Merrick, Kandel & Morad, 2003; Wallén, 2013). Zwłaszcza, że osoby w badanej grupie są bardziej narażone na choroby układu sercowo-naczyniowego, aniżeli osoby z głębszymi stopniami niepełnosprawności intelektualnej i osoby z populacji ogólnej (Draheim, 2006). Już w okresie adolescencji, w badanej grupie zauważa się wyższe zagrożenie kardiometabolicznymi czynnikami ryzyka i mniejszą sprawność sercowo-naczyniową, które związane są raczej ze stylem życia, niż z niepełnosprawnością samą w sobie (Wallén, 2013). Ponadto wskazuje się na wyższe ryzyko zachorowań na anemię wśród dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, aniżeli u dzieci z populacji ogólnej (Hurtado, Claussen & Scott, 1999).

Kolejnym zaburzeniem medycznym występującym wśród osób z niepełnosprawnością intelektualną istotnie częściej, aniżeli w populacji ogólnej, są dysfunkcje narządu wzroku i słuchu. Również u osób w badanej grupie poziom tych dysfunkcji sensorycznych jest zaskakująco wysoki (Maughan, Collishaw & Pickles, 1999). W pierwszej grupie schorzeń najczęściej wymienia się: zaburzenia refrakcji (nadwzroczność, krótkowzroczność, astygmatyzm), zez, zaćmę (Nielsen, Skov & Jensen, 2007; NHS QIS, 2006; Ouellette-Kuntz i wsp., 2005). Wyniki badań S. Carvill (2001) wskazują, że u osób z omawianą kategorią zaburzeń 10 razy częściej występują uszkodzenia narządu wzroku, aniżeli u osób o typowym rozwoju. HNAR (2004), podaje, że od 19% do 63% osób z niepełnosprawnością intelektualną ma uszkodzenia lub ograniczenia widzenia. Szczególnie wysoki wskaźnik uszkodzeń narządu wzroku (92% osób) występuje u osób z głębszymi stopniami niepełnosprawności intelektualnej (Van Den Broek i wsp., 2006). We wcześniejszych badaniach przeprowadzonych w Japonii, N. Kuroda, E. Adaschi-Kusami (1987) podają, że 84,4% noworodków i dzieci z niepełnosprawnością intelektualną przejawiało błędy w refrakcji. Najpowszechniej występującymi wadami wzroku wśród osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim są: zaburzenia refrakcji (od 27% do 63%), zez (od 16% do 43%) i zaćma 17% (za: Owens i wsp., 2006). Van Splunder i wsp. (2006) podają, że blisko 1/3 osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim po 50 roku życia ma uszkodzenia narządu wzroku lub nie widzi (tamże).

Drugim rodzajem zaburzeń sensorycznych istotnie częściej występujących w grupie osób z niepełnosprawnością intelektualną są zaburzenia narządu słuchu (Finlayson i wsp., 2009; Janicki i wsp., 2002). Wady słuchu spowodowane są najczęściej przewlekłymi infekcjami ucha środkowego lub zablokowaniem kanału słuchowego woskowiną (za: Haveman i wsp., 2009). Zaburzenia te występują od 40 do 100 razy częściej u osób z niepełnosprawnością intelektualną, aniżeli w populacji ogólnej (Carvill, 2001). HNAR (2004) oraz DH (2009) podają, że od ponad 12% do 47% osób z omawianą kategorią zaburzeń ma uszkodzony słuch. Ponadto podkreśla się wysoki poziom niewykrywalności wad słuchu u osób z lekkim stopniem niepełnosprawności intelektualnej (Haveman i wsp., 2009).

Osoby z niepełnosprawnością intelektualną mają istotnie gorsze, aniżeli osoby z populacji ogólnej zdrowie jamy ustnej. Najczęściej wskazuje się na: choroby przyzębia, większe braki w uzębieniu, częstsze bezzębie, gorzej leczoną (nieleczoną) próchnicę, większą liczbę zepsutych zębów, mniej wypełnionych ubytków (Anders & Davies, 2010; Fisher, 2012; Gerreth, Borysewicz-Lewicka, 2009; Jain i wsp., 2009; Kumar i wsp., 2009; Morgan i wsp., 2012). Dzieci, młodzież i dorośli z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim mają istotnie: częstszą próchnicę zębów, wyższą średnią liczbę zepsutych zębów i większą liczbę chorób dziąseł, w porównaniu z osobami z głębszymi stopniami omawianego zaburzenia, jak i do osób z populacji ogólnej (Gabre, 2000; Gabre, Martinsson, Gahnberg, 2003; Gizani, Papaioannou & Papagiannoulis, 2006; Owens i wsp., 2006). W warunkach polskich, od 92% do 100% dzieci i młodzieży z lekką niepełnosprawnością intelektualną ma próchnicę zębów (Adamowicz, Kaczmarek, 2002; Orlik, Mielnik-Błaszczak, 1997; Stachurski i wsp., 2006). Wskazuje się również na większą liczbę zębów zepsutych i wyrwanych, mniej wypełnionych ubytków u osób w badanej grupie (Stachurski i wsp., 2006).

Osoby z niepełnosprawnością intelektualną są bardziej, aniżeli osoby z populacji generalnej, narażone na niedobór witaminy D (Grant i wsp., 2015; Vanlint, Nugent, Durvasula, 2008) i mniejszą gęstość masy kostnej (Lin i wsp., 2015; Wallén, 2013), a w konsekwencji na częstsze złamania kości, osteopenię i osteoporozę (DH, 2009; Dreyfus, Lauer & Wilkinson, 2014; Martinez-Leal i wsp., 2011; Vanlint i wsp., 2008). Badania w tym zakresie najczęściej prowadzone są w całej populacji osób z omawianą kategorią zaburzeń, jednak istnieją wyniki badań, które potwierdzają ten stan również dla podgrupy osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną (Frighi i wsp., 2014; Zylstra i wsp., 2008). W badaniach M. McCarron i wsp. (2014) ponad 23% starszych osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną miało objawy osteoporozy, a 35% cierpiało na osteopenię (tamże).

Zdecydowana większość wyników badań wskazuje, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną (a szczególnie kobiety), są bardziej narażone na otyłość i nadwagę, aniżeli osoby w populacji generalnej (np. Batista i wsp., 2009; DH, 2009; Emerson i wsp., 2016a; 2016b; Finlayson i wsp., 2009; Janicki i wsp., 2002; Maïano, 2011; McGillivray i wsp., 2013; Melville i wsp., 2007; Moss, 2009; Pitetti, Yarmer, Fernhall, 2001; Rimmer, Braddock & Fujiura, 1993; Rimmer & Yamaki, 2006; Slevin i wsp., 2014; Stedman & Leland, 2010; Yamaki, 2005). Powyższe wyniki badań wskazują, że od 21% do 68% osób z niepełnosprawnością intelektualną ma nadwagę lub jest otyłych (w tym od 24% do 36% dzieci i młodzieży). Wiele danych wskazuje, że osoby z lekkim stopniem tego zaburzenia, są jedną z najbardziej narażonych na otyłość i nadwagę grup społecznych (Bhaumik i wsp., 2008; Emerson & Robertson, 2010; Fox & Rotatori, 1982; Hove, 2004; Maaskant i wsp., 2009; Matuszak, Bryl, Pupek-Musialik, 2010; Melville i wsp., 2007; Robertson i wsp., 2014; Salaun & Berthouze-Aranda, 2011; Stewart i wsp., 2009; Verstraelen i wsp., 2009). S. Merriman i wsp., (2005) podają, że 65% mężczyzn i 92% kobiet z lekką niepełnosprawnością intelektualną mających zdiagnozowane choroby psychiczne, ma nadwagę lub jest otyłych. Podobnie, wyniki badań M. McCarron i wsp. (2014) wskazują, że 85% dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim ma nadwagę lub jest otyłych. Osoby te mają też istotnie większy obwód tali, aniżeli osoby z pozostałych podgrup niepełnosprawności intelektualnej (tamże). G. Frey & B. Chow (2006) podają, że 20% dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim jest otyłych lub ma nadwagę. Jeszcze wyższy wskaźnik podaje E. Wallén (2013) wskazując, że 35% młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i umiarkowanym ma nadwagę, a 15% jest otyłych, co jest istotnie wyższym wskaźnikiem, w porównaniu z rówieśnikami o typowym rozwoju (tamże). W warunkach polskich badania w tym zakresie, na większej grupie badawczej prowadziła J. Podgórska-Bednarz (2015), wskazując na istotnie częściej występującą otyłość i nadwagę wśród dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną, w stosunku do dzieci i młodzieży z populacji ogólnej (31,6% do 20,7%).

Uważa się, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną częściej doświadczają bólu chronicznego, aniżeli osoby z populacji ogólnej (Barowsky, 1987; Temple i wsp., 2012). Jest to ważny problem zdrowotny, do którego nie przywiązuje się należytej uwagi (Mcguire, Daly & Smyth, 2010). Najbardziej narażone na doświadczanie bólu są osoby z dziecięcym porażeniem mózgowym (powyżej 60% populacji z tą kategorią zaburzeń często cierpi przez całe życie; Houlichan i wsp., 2004; Tervo i wsp., 2006; Turk i wsp., 2012). Wyniki badań wskazują, że od ponad 13% do 67% osób z niepełnosprawnością intelektualną odczuwa ból

(Breau & Camfield, 2011; Schwartz, Engel, Jensen, 1999; Turk i wsp., 2012). M. McCarron i wsp., (2014) podają, że ok 30% osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim doświadcza bólu chronicznego (tamże). Najczęściej odczuwane są bóle: przewodu pokarmowego (22%), związane z infekcjami (20%), mięśniowo-szkieletowe (19%) oraz zębów i głowy (Breau i wsp., 2003; De Knecht i wsp., 2013, Oeseburg i wsp., 2010).

Osoby z niepełnosprawnością intelektualną częściej, aniżeli osoby z populacji generalnej chorują na cukrzycę (Cardol, Rijken, van Schroyensteen Lantman-de Valk, 2012; Doughan, 2014; Haverkamp i wsp., 2004; Janicki i wsp., 2002). M. McCarron i wsp. (2014) wskazują, że ponad 12% osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim choruje na cukrzycę (tamże). Podkreśla się również, że częstość występowania tej choroby wśród osób z omawianą kategorią zaburzeń jest systematycznie niedoszacowywana (Janicki i wsp., 2002).

U osób z niepełnosprawnością intelektualną częściej, niż u osób z populacji ogólnej występują zaparcia (za: Evenhuis i wsp., 2001; Haveman i wsp., 2009; Śmigiel, 2011). L. Marsh (2010) podaje, że schorzenie to występuje u 19% dzieci i u blisko 70% dorosłych z omawianą kategorią zaburzeń. Wyniki badań M. McCarron i wsp. (2014) wskazują, że 21% osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim ma chroniczne zaparcia (tamże).

Osoby z niepełnosprawnością intelektualną średnio 15 razy częściej, aniżeli osoby w populacji ogólnej, chorują na epilepsję (Haveman i wsp 2009; Finlayson i wsp., 2009; Matthews i wsp., 2008; Morgan, Scheepers & Kerr, 2001; van Schroyensteen Lantman-De Valk i wsp., 2000). Wskazuje się, że na chorobę tę cierpi ok. 25% osób z omawianą kategorią zaburzeń, a szczególnie osoby z głębszymi stopniami tego zaburzenia. Około połowa z nich zmagają się z aktywnymi napadami padaczkowymi (DH, 2009; HNAR, 2004; Winterhalder & Ring, 2014). Wskazuje się, że od 5% do 26% osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim choruje na epilepsję, w tym 5% na padaczkę „aktywną” (DH 2001; McCarron i wsp., 2014; Winterhalder & Ring 2014), częściej chłopcy (Maughan i wsp., 1999).

Podsumowując powyższą dyskusję, należy stwierdzić, że dane naukowe (mimo, że nie zawsze spójne) pozwalają stwierdzić, iż istnieje zróżnicowanie w zachorowalności, epidemiologii i czynnikach ryzyka występowania wielu chorób pomiędzy osobami z grupy badawczej, a rówieśnikami o typowym rozwoju (grupą kontrolną). Ogólnie stan zdrowia osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim jest gorszy, aniżeli osób o typowym rozwoju. Powyższa analiza nie pozwala stwierdzić, na ile różnice te spowodowane są czynnikami czysto medycznymi (np. MPD), a na ile czynnikami społeczno-ekonomicznymi (które szerzej omówię w rozdziale 2.2.). Bez względu na to, za kluczowe wydaje się dokładne

określenie zachowań doskonalących, podtrzymujących i niszczących zdrowie oraz ich uwarunkowań, u osób w badanej grupie.

Rozdział 1.4. Samocena dzieci i młodzieży. Pojęcie oraz aspekt rozwojowy.

W rozdziale 1.1 opisałem główne koncepcje niepełnosprawności intelektualnej. Zaznaczyłem, że szczególnie ważne w tej pracy jest podejście funkcjonalno-rozwojowe. W tym rozdziale skupię się wyłącznie na jednym z założeń tej koncepcji, czyli na samoocenie jako cesze osobowości, która istotnie może wpływać na stan zdrowia regulując podejmowanie zachowań zdrowotnych. Istotnymi zagadnieniami będą tu rozwój struktury i treści oraz wpływ określonych uwarunkowań społecznych na poziom oraz adekwatność samooceny młodzieży w badanej grupie.

Obecnie w literaturze angielskiej można znaleźć wiele określeń odnoszących się do oceny samego siebie, które często używa się zamiennie. Są to: [*self-esteem, self-concept, self-worth, self-efficacy, self-evaluations, self-appraisals, self-regard, self-reverence, self-accepting, self-respect, self-feeling, self-image, self-perception, self-identity, self-estimation, self-consciousness*], (Brown, Dutton & Cook, 2001; Hattie, 1992; Mercer, 2011). Istotne z punktów widzenia pracy jest zdefiniowanie i rozgraniczenie struktury dwóch terminów: samooceny [*self-esteem*] i obrazu siebie [*self-concept*]. W literaturze przedmiotu dwa omawiane terminy często używane są zamiennie, jednak zdecydowana większość autorytetów w tej dziedzinie uważa, że pojęcia te nie są tożsame i odzwierciedlają dwa zasadnicze podejścia do konstruktów oceny siebie, tj. jednomodalne i wielomodalne (Lovry, 2007; Mercer, 2011; Rosenberg i wsp., 1995; Shavelson & Bolus, 1982; Trautwein i wsp., 2006). Historycznie paradygmat jednomodalny zdominował badania naukowe nad samooceną (O'Mara i wsp., 2006). Jednak wraz z rozwojem wiedzy w tym zakresie, coraz więcej badaczy zaczęło podkreślać, że jednowymiarowe podejście maskuje istotne różnice w ocenie samego siebie w różnych wymiarach rozwoju, jakie zaczynają tworzyć dzieci oraz młodzież (Harter i wsp., 1997; Vallerand, Pelletier & Gagné, 1991). W związku z tym w tej pracy rozgraniczyłem pojęcie samooceny (określanej w literaturze różnymi terminami: poczuciem własnej wartości [*self esteem*] lub generalnej/całkowitej samooceny [*general /global self concept*]), od pojęcia obrazu siebie [*self concept*]. Generalna samoocena odnosi się do jednomodalnej oceny siebie jako człowieka (np. w wymiarze pozytywnym–negatywnym lub akceptacji–odrzućenia, lub jako rozbieżność pomiędzy ja idealnym a ja realnym; Mruk, 2006; Żmudzka, 2003). Model jednowymiarowej koncepcji samooceny (przypominający model inteligencji C. Spearmana) oznacza, że można wyodrębnić jeden generalny czynnik samooceny, który tak silnie dominuje

nad bardziej specyficznymi czynnikami, że nie mogą być one adekwatnie zróżnicowane (Marsh & Craven, 2006). W paradygmacie tym samocenę, definiuje się jako „złożony obraz siebie” [*„a compositive view of oneself”*], (Bong & Skaalvik, 2003, s.2), lub „globalne postrzeganie siebie, jako osoby” [*„global perception of the self as a person”*], (Trautwein i wsp., 2006, s.335).

Obraz siebie [*self concept*] dotyczy opisu i/ lub wartościowania poszczególnych, specyficznych aspektów siebie, takich jak na przykład: aspekt fizyczny, społeczny, emocjonalny lub szkolny, które wspólnie (jako komponenty), w nierównomierny sposób, składają się na bardziej całościowy lub wielomodalny, zhierarchizowany konstrukt samooceny (Marsh, 1985; Mercer, 2011; Shapiro, Martin, 2010). Obraz siebie definiuje się jako „postrzeganie siebie [...] formowane poprzez doświadczenie społeczne [...] kształtowane zwłaszcza poprzez wzmocnienia społeczne i osoby znaczące” [*„a person’s perceptions of himself [...] formed through his experience with his environment [...] and are influenced especially by environmental reinforcements and significant others”*], (Shavelson, Hubner & Stanton, 1976, s. 411).

W literaturze przedmiotu można spotkać się z rozróżnieniami samooceny całościowej i obrazu siebie, niezgodnymi z powyższym kryterium modalności. Przykładowo wskazuje się, że samocena jest afektywną ewaluacją siebie, natomiast obraz siebie stanowi poznawczą ocenę samego siebie (Fox, 1988; Heatherton & Wyland, 2003; Seigley, 1999; Vialle, Heaven & Ciarrochi, 2005). M. Rosenberg i wsp. (1995) podają, że globalna samoocena jest bardziej istotna dla poczucia jakości życia, natomiast obraz siebie jest bardziej istotny dla zachowania się jednostki. M. Alves-Martins i wsp. (2002) uważają, że samocena ogólna jest bardziej stabilna i fundamentalnie zależna od wsparcia oferowanego przez osoby istotne dla podmiotu, natomiast obraz siebie powstaje pod wpływem czynników kontekstowych i sytuacyjnych. Jednak mało jest dowodów naukowych wspierających użyteczność powyższych rozróżnień (Craven & Marsh, 2008).

Przyjmując zatem kryterium jedno – wielomodalności samooceny, jednocześnie uwzględniam opinie znacznej części teoretyków zajmujących się tą tematyką, wskazujących że: 1) posługiwanie się wyłącznie konstruktem samooceny ogólnej (w populacji osób z niepełnosprawnością intelektualną), prowadzi do sprzecznych wyników badań w tym zakresie (Dixon, Craven, Martin, 2006; Marsh, 1985; Seigley, 1999). 2) największą wartością predykcyjną i najadekwatniej mierzoną jest samoocena uformowana ze specyficznych wymiarów, najbardziej logicznie powiązanych z tematem badań (Gentile i wsp., 2009; Marsh & Craven, 2006; O’Mara i wsp., 2006; Vallerand i wsp., 1991). Tym samym przyjmuję w tej pracy wielowymiarowe podejście do samooceny (szerzej patrz rozdział 3). Ponadto podejście

wielomodalne do oceny samego siebie jest zgodne z najnowszymi trendami badań nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży. W najnowszych badaniach [Health Behavior School Children – HBSC], przyjęto, że obraz ciała [*body image*], który jest składową samooceny w aspekcie fizycznym, może mieć poważne konsekwencje zdrowotne (Currie i wsp., 2012; Inchley i wsp. 2016).

Po uzasadnieniu przyjęcia podejścia wielowymiarowego do samooceny, poniżej scharakteryzuję jej aspekt rozwojowy. Jak wspomniałem w rozdziale 1.1., istotna część badaczy zakłada, że rozwój psychiczny młodzieży w badanej grupie i ich rówieśników o typowym rozwoju jest podobny pod względem jakościowym. Natomiast tempo rozwoju jest różne. Dlatego w tym miejscu skupię się na rozwoju samooceny u dzieci i młodzieży o typowym rozwoju, jako punkcie odniesienia dla opisu tego zagadnienia (tj. tempa rozwoju struktury i treści oceny siebie), u młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

W okresie od 12 do 15 miesiąca życia dziecko zaczyna nabywać umiejętności rozpoznawania konsekwencji swojego zachowania, dzięki czemu rozpoczyna rozwijać swoją odrębność od otoczenia (Demo, 1992). Następnie (do końca drugiego roku życia) dzięki interakcjom z rodzicami (lub innymi ważnymi osobami), kształtują się pierwsze (jeszcze niepełne, szczątkowe i prymitywne) schematy siebie [*self-schema*], na które w większości składają się zinternalizowane obrazy własnych właściwości fizycznych [*self recognition*]. Obrazy te są podstawą do dalszego rozwoju stabilnej i zgodnej samooceny (Evans, 1998). W wieku 3,5 lat dzieci oceniają siebie w kategoriach emocji i postaw (Berk & Mayers, 2015). W piątym roku życia dziecko ma już poczucie swoich cech osobowości takich jak nieśmiałość lub ugodowość (tamże). Równocześnie (w wieku od 3 do 5 lat) rozwijają się pierwsze sądy deskryptywne dotyczące obserwowalnych (konkretnych) cech, np. imienia, płci, wyglądu zewnętrznego, posiadania określonych rzeczy, codziennych lub ulubionych zachowań (za: Berk & Mayers, 2015; za: Demo, 1992; Harter, 2012). Wg J. Kozielskiego (1981), w wieku 3–4 lat dziecko zaczyna zdawać sobie sprawę z własnej odrębności psychofizycznej. W tym czasie pojawiają się pierwsze sądy elementarne dotyczące własnej fizyczności oraz tożsamości (tamże). Jednak w tym wieku dzieci nie mają jeszcze odpowiedniej dojrzałości poznawczej by oceniać siebie w sposób wielowymiarowy. Ich sądy wartościujące są zwykle kopiami opinii dorosłych. Etykiety nadawane przez rodziców mogą wyznaczać główną cechę w samoocenie dziecka i w wielu przypadkach przyczyniać się do obrazu nieadekwatnego (Berk & Mayers, 2015; Kozielski, 1981; Żmudzka, 2003). W wieku 7–8 lat dziecko jest zdolne kształtować swoją samoocenę za pomocą społecznych porównań (za: Demo, 1992).

Z powyższym opisem rozwoju samooceny u dzieci zgadza się większość specjalistów. Natomiast istotne różnice stanowisk odnoszą się do wieku, w którym dziecko zaczyna przejawiać dojrzałą (realną), wielowymiarową ocenę samego siebie (Donohue, i wsp., 2010). Zgodnie z teorią J. Kozielskiego (1981) pierwsze samooceny zaczynają kształtować się w okresie między 4, a 11–12 rokiem życia, a dojrzałe – adekwatne samooceny pełniące funkcję regulacyjną powstają po 12 roku życia. Wg. J. Eccles i wsp. (1993), dzieci mają zróżnicowaną percepcję swoich kompetencji już w wieku 6–7 lat (pierwszej klasie szkoły podstawowej). Wg. H. Marsh, prawidłowo rozwijające się dziecko w wieku 8 lat może posiadać wielowymiarową samoocenę, a w niektórych jej aspektach, jak np. wyglądu fizycznego już w wieku 4–5 lat (Ellis, Marsh & Craven, 2000; Marsh, Craven & Debus, 1998; O'Mara i wsp., 2006). Część badaczy nie zgadza się z tą tezą. S. Harter & R. Pike (1984) twierdzą, że dzieci poniżej 8 roku życia nie mają rozwiniętej wielowymiarowej samooceny, a specyficzne wymiary samooceny są słabo zróżnicowane. Podobne stanowisko przyjmuje D. Evans (1998).

Rozwój dojrzałej samooceny wiąże się z poziomem akceptacji samego siebie. Większość badaczy zgadza się, że w wieku dziecięcym poziom ten systematycznie wzrasta (obserwuje się efekt krzywoliniowy wieku na poziom samooceny), a dzieci nie potrafią wymienić swoich słabości (Evans, 1998; Robins i wsp., 2002). W wieku przedadolescencyjnym poziom samooceny stabilizuje się (przestaje wzrastać). W tym wieku dzieci w coraz większym stopniu zaczynają uwzględniać w ocenie samego siebie informacje porównujące ich umiejętności i zachowania w poszczególnych sferach, z osiągnięciami rówieśników, co sprawia, że ich samoocena urealnia się, tzn. jest bardziej zgodna ze sprzężeniem zwrotnym (oceną innych osób) oraz zróżnicowana (Eccles i wsp., 1989; Marsh, 1989). W wieku wczesnej i średniej dojrzałości (ok. 11–13 roku życia), poziom samooceny przeważnie znacząco opada do wartości najniższej, bądź wyrównuje się. W okresie tym dane badawcze są najbardziej niespójne ponieważ zmiany w strukturze i treści samooceny są najbardziej gwałtowne (Marsh, 1989; Robins i wsp., 2002). Niestalość poziomu i stabilności samooceny ogólnej związana jest ze zmiennością w hierarchii wpływu poszczególnych specyficznych aspektów (Eccles i wsp., 1989; Rhodes i wsp., 2004; Wigfield i wsp., 1991) oraz z rozwijającym się w tym wieku myśleniem abstrakcyjnym. Ta jakościowa zmiana intelektualna wpływa na istotną różnicę treści w wymiarze samooceny realnej i idealnej. Tym samym samoocena staje się bardziej abstrakcyjna i introspektywna – następuje wzmożona koncentracja na sobie, z naciskiem na swój wygląd zewnętrzny, który zmienia się w tym wieku bardzo istotnie (za: Evans, 1998). Również u młodzieży polskiej ocena własnego wyglądu zewnętrznego jest najważniejszym predykatorem samooceny ogólnej (Gacek, Pilecka, Fusińska-Korpik, 2014). U dziewcząt w wieku wczesnej adolescencji poziom

samooceny globalnej spada dwa razy szybciej, niż u chłopców i stan ten trwa do 17 roku życia (Robins i wsp., 2002). Gwałtowna zmienność poziomu samooceny w tym wieku może być związana również ze zmianą otoczenia, tj. przejściem do nowej szkoły i tym samym byciem pod wpływem bardziej rygorystycznych standardów oceny związanych z nowym otoczeniem społecznym oraz nabywaniem nowych ról społecznych w tym wieku (Wigfield i wsp., 1991). W wieku późnym młodzieńczym i wczesnej dorosłości poziom samooceny systemicznie (stabilnie) rośnie, w porównaniu do dynamicznego stanu w okresie adolescencji (Marsh, 1989). Wyjątkiem jest samoocena wyglądu zewnętrznego u dziewcząt, która wraz z wiekiem istotnie obniża się (tamże; Wigfield i wsp., 1991).

Dane naukowe wskazują na małe różnice w poziomie generalnej samooceny wśród dziewcząt i chłopców. Różnice te występują natomiast na poziomie jej poszczególnych wymiarów (obrazów siebie; Eccles i wsp., 1993). Jedną z przyczyn tego stanu mogą być skale do pomiaru poszczególnych, specyficznych aspektów samooceny, z których część faworyzuje chłopców (np. wyższa samoocena sprawności fizycznej, wyglądu zewnętrznego, umiejętności matematycznych i rozwiązywania problemów), a część dziewcząt (np. wyższa samoocena umiejętności werbalnych, ogólnoszkolnych). Ponadto na poziom akceptacji specyficznych obrazów siebie oraz samooceny ogólnej w danym wieku wpływają stereotypy związane z płcią, których efekt utrzymuje się do wieku wczesnej dorosłości (Eccles i wsp., 1993; Gentile i wsp., 2009; Marsh, 1989; Wigfield i wsp., 1991). W rezultacie dochodzi do wyrównania wyniku samooceny ogólnej wśród mężczyzn i kobiet (Ellis i wsp., 2000; Marsh, 1989).

Rozdział 1.4.1. Samoocena dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

W literaturze przedmiotu powszechnie podkreśla się centralną rolę samooceny w kształtowaniu osobowości, zwłaszcza osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, podkreślając jednocześnie małą ilość danych naukowych w tym zakresie (Widaman i wsp., 1992; Zigler & Hodapp, 1986). Stan ten spowodowany jest głównie brakiem rzetelnego i trafnego narzędzia pomiarowego (Glick, 1999; Tracey & Marsh, 2000). Podobnie jak wiele innych konstruktów osadzonych w paradygmacie „Ja”, samoocena nie podlega obserwacji, co w dużym stopniu redukuje postępowanie badawcze do samoopisu, na którym wielu badaczy nie chce polegać ze względu na ograniczenia językowe i intelektualne osób w badanej grupie (Evans, 1998). Ponadto kwestią być może najtrudniejszą do rozstrzygnięcia jest odpowiedź na pytanie, jak sama diagnoza niepełnosprawności intelektualnej (zwłaszcza lekkiego stopnia), wpływa na zmianę samooceny u dzieci, zdiagnozowanych jako takie. Czy te specyficzne

doświadczenie, oraz jego konsekwencje zmieniają ocenę siebie *per se*, czyniąc ją tym samym bardzo swoistą i trudno porównywalną z rówieśnikami uznanymi jako typowo rozwijającymi się? Implikacje te mogą wiązać się z niejednoznacznymi wynikami w zakresie porównywania obu grup pod względem oceny samego siebie. Natomiast za rozsądne wydaje się przyjąć, że samoocena młodzieży w badanej grupie w pewnych aspektach będzie podobna, a w innych (zwłaszcza związanych z diagnozą), będzie istotnie różnić się od samooceny rówieśników o typowym rozwoju.

Próbując odpowiedzieć na pytanie dotyczące podobieństw i różnic w samoocenie pomiędzy grupą badawczą i kontrolną, na początku skupię się na aspekcie rozwojowym oceny samego siebie w grupie badawczej (czynnik rozwojowy samooceny w grupie kontrolnej szczegółowo opisałem w poprzednim rozdziale). Należy zaznaczyć, że dawniej uważano, iż dzieci i młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim nie są w stanie różnicować samooceny w różnych treściowo wymiarach, tym samym oceniają postrzegane kompetencje w działaniu wyłącznie w sposób ogólny, jednowymiarowy, niezależnie od ich natury (Evans, 1998; Silon & Harter, 1985). Posługując się terminologią N. Milgrama (1973) ich samocena jest bardziej prymitywna, aniżeli u rówieśników o typowym rozwoju w tym samym wieku umysłowym (za: Weisz & Yeates, 1981). W związku z tym struktura i treść samooceny zatrzymuje się w rozwoju na poziomie podobnym do samooceny dzieci o typowym rozwoju w wieku przedszkolnym, lub ulega regresji do jeszcze młodszych stadiów.

Obecnie w literaturze przedmiotu istnieje szereg kontrargumentów w stosunku do wyżej przedstawionej tezy, dowodzących, iż młodzież z niepełnosprawnością intelektualną (a zwłaszcza w stopniu lekkim), może posiadać złożoną i zróżnicowaną w określonych aspektach samoocenę, podobną jak u ich rówieśników o typowym rozwoju. Adwersarze poglądów N. Milgrama wskazują przede wszystkim, że należy rozdzielić tempo rozwoju od sekwencji rozwoju i struktury posiadanej samooceny. Wielu badaczy zgadza się, że sekwencja rozwoju oraz struktura samooceny dzieci i młodzieży w omawianej grupie jest podobna, jak u rówieśników o typowym rozwoju (Evans, 1998; Glick, 1999, Żmudzka, 2003). Oznacza to, że może być ona wielowymiarowa (odnosić się do oceny różnych aspektów spostrzeganych kompetencji, np. szkolnych, fizycznych lub społecznych) i zróżnicowana (różny poziom akceptacji i zhierarchizowany układ ważności wyżej wymienionych kompetencji) oraz mierzalna (Cuskelly & de Jong 1996; Tracey & Marsh, 2000; 2002; Żmudzka, 2003). Natomiast przyjmuje się, że tempo rozwoju samooceny dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim jest opóźnione, ostateczny pułap rozwoju jest często bardziej ograniczony, treści są bardziej realne, niż abstrakcyjne, mniej zróżnicowane i kompleksowe (w

stosunku do rówieśników o typowym rozwoju.). Tym samym cała struktura samooceny silniej związana jest z wiekiem umysłowym, aniżeli kalendarzowym (Donohue i wsp., 2010; Pilecka, 2001). W związku z tym w literaturze przedmiotu trudno znaleźć dane dotyczące rozwoju struktury samooceny w stosunku do wieku młodzieży z grupy badawczej. Można jednak oczekiwać, że osoby w omawianej grupie, o wyższym poziomie rozwoju psychicznego będą w stanie stworzyć bardziej realną, adekwatną oraz posiadającą wyższą jakość zróżnicowania wymiarów samooceny, aniżeli osoby o niższym poziomie rozwoju mentalnego. Tezę to potwierdzają wyniki badań E. Ziglera i wsp. (1972), które wskazują, że (podobnie jak w populacji ogólnej), dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim o wyższym wieku mentalnym przejawiały bardziej pozytywną samoocenę w wymiarze idealnym, niższą samoocenę realną i większe zróżnicowanie pomiędzy samooceną realną a idealną, aniżeli młodsze mentalnie dzieci i młodzież w omawianej grupie (za: Glick, 1999). Podobne wnioski wynikają z nowszych badań, wg których starsze dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim mają bardziej stabilną i wielowymiarową samoocenę, aniżeli dzieci młodsze (Donohue i wsp., 2010). Młodzież w badanej grupie jest w stanie spójnie i odpowiednio oceniać samego siebie w wielu wymiarach (Glick, 1999). Badania C. Mañano i wsp. (2009) wskazują, że młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim w wieku 14–15 lat adekwatnie rozróżnia sześć wymiarów fizycznej samooceny. Ponadto stwierdza się również zróżnicowanie młodzieży w badanej grupie pod względem poszczególnych sfer samooceny (np. fizycznej, społecznej, szkolnej – intelektualnej). Istotnie wyżej ocenia ona swoją sprawność fizyczną, wygląd zewnętrzny, sprawność intelektualną i zachowanie, w porównaniu z samooceną rówieśniczą (Janion, Rudzińska-Rogoża, 2003; Żmudzka, 2003).

Kolejną przesłanką wskazującą na podobieństwa w rozwoju samooceny pomiędzy młodzieżą z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i ich pełnosprawnymi rówieśnikami jest podatność na te same uwarunkowania we wczesnych latach życia – przed poddaniem dziecka diagnozie niepełnosprawności. Początkowo samoocena w tych dwóch grupach zależna jest od czynników rodzinnych (lub innego najbliższego otoczenia osób znaczących). W literaturze przedmiotu podkreśla się, że wpływ rodziców na samoocenę dzieci i młodzieży w badanej grupie (a zwłaszcza poziomu akceptacji w stosunku do dziecka z niepełnosprawnością), może być jeszcze ważniejszy, aniżeli u dzieci i młodzieży o typowym rozwoju (Janion, Rudzińska-Rogoża, 2003; Pilecka, 2001). D. Evans (1998) oraz M. Żmudzka (2003) wskazują, że dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, ze względu na opóźnienia rozwojowe później przechodzą kolejne etapy kształtowania się samooceny, aniżeli dzieci o typowym rozwoju (tamże). W związku z tym można przypuszczać, że

samoocena dzieci i młodzieży w badanej grupie przez dłuższy czas oraz mocniej zależna będzie od rodziców, aniżeli rówieśników. Jednakże wraz z rozwojem osobniczym poziom samooceny młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim (podobnie jak u ich rówieśników o typowym rozwoju), coraz bardziej zaczyna być zależny od czynników rówieśniczych i szkolnych, tzn. od społecznego porównania.

Dopiero w okresie dojrzewania w obu grupach młodzieży dochodzi do istotnych zmian w strukturze oceny samego siebie. Kluczowa dla samooceny globalnej staje się rozbieżność pomiędzy samooceną realną, a samooceną idealną w wielu wymiarach. W tej strukturze zaznaczone są największe różnice pomiędzy obiema grupami. Młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, ze względu na swoje ograniczenia intelektualne, a zwłaszcza zaburzenia myślenia abstrakcyjnego oraz swoistą dla tych osób motywację (np. zespół wyuczonej bezradności, mniejszą motywację do działania; Kostrzewski, Zasepa, 2006), przejawia uboższą w treść i zróżnicowanie samoocenę idealną, skutkiem czego mniejsza jest rozbieżność pomiędzy samooceną idealną a realną, aniżeli u ich pełnosprawnych rówieśników (Evans, 1998; Glick, 1999). Jednak u obu grup te same czynniki obniżają zarówno samoocenę realną, jak i idealną. Również w obu grupach występuje korelacja pomiędzy niską samooceną a depresją (Glick, 1999).

Na powyższe ograniczenia poznawczo-motywacyjne nakładają się specyficzne doświadczenia życiowe, które wpływają na adekwatność oceny samego siebie. W literaturze przedmiotu szczególnie szeroko opisywane są dwa zagadnienia, które mogą różnicować adekwatność samooceny w grupie badawczej i kontrolnej (oraz wewnątrz grupy badawczej). Jednym z nich jest diagnoza niepełnosprawności intelektualnej, a więc wpływ specyficznych doświadczeń związanych ze stygmatyzacją i etykietowaniem oraz ich konsekwencje. Druga kwestia odnosi się do typu placówek szkolnych, do których uczęszczają: masowych (klasy integracyjne) lub specjalnych.

Odnosząc się do pierwszej z wymienionych kwestii, uwzględniając przesłanki kluczowych dla rozwoju samooceny młodzieży z omawianą kategorią zaburzeń, teorii społecznego naznaczania (stigmy) oraz społecznego porównania, należałoby wnioskować, że młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, ze względu na stygmatyzację oraz doznawanie niepowodzeń szkolnych, jest narażona na posiadanie niższej samooceny, w porównaniu z młodzieżą o typowym rozwoju w tym samym wieku kalendarzowym lub umysłowym. Już od dawna wiadomo, że skutkiem bycia niepełnosprawnym jest posiadanie stygmatyzowanej tożsamości (za: Raplay, 2004). Teza ta jest dobrze opisana w literaturze w odniesieniu do badanej grupy (Dagnan & Waring, 2004; Dixon, Marsh & Williamson, 2000;

Evans 1998; Garaigordobil, Perez, 2007; Paterson, McKenzie & Lindsay, 2012; Tracey & Marsh, 2000; Weiss & Bebko, 2008; Widaman, i wsp., 1992; Zigler, Hodapp, 1986). Wskazuje się, że im większa jest świadomość bycia stygmatyzowanym, tym niższa samoocena u osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim (Szivos-Bach, 1993). W bardziej współczesnych badaniach L. Paterson i wsp. (2012) podkreślają, że poczucie stigmaty jest negatywnie związane z samooceną, jednakże korelacja ta występuje wyłącznie u osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim o niskiej samoocenie (brak jest relacji poczucia stigmaty i pozytywnej samooceny; tamże). Sugeruje to, że osoby z niską samooceną mają tendencje do interpretowania dwuznacznych (niejasnych) informacji z otoczenia jako negatywnych (tamże).

Część badaczy zajmujących się samooceną osób w badanej grupie wskazuje na zbyt uproszczone założenie, że osoby te będą miały niższą samoocenę z powodu porównań swoich zdolności lub kompetencji z osobami o prawidłowym rozwoju, lub przynależności do stygmatyzowanej grupy społecznej. Podkreśla się, że samoocena może być podtrzymywana na wysokim poziomie, mimo częstych doświadczeń stygmatyzacji (tamże; Cameron, 2014, Jahoda i wsp., 2010). W literaturze przedmiotu najczęściej wskazuje się na następujące strategie radzenia sobie, w celu odbudowy lub utrzymania pozytywnej samooceny: 1) Odpowiednią selekcję napływających z zewnątrz (ze środowiska) informacji. 2) Unikanie porównań „w górę” (z osobami o większych zdolnościach, umiejętnościach), a dokonywanie porównań „w dół”, z osobami o niższym potencjale lub umiejętnościach (np. ze stygmatyzowanej grupy społecznej, z głębszymi stopniami niepełnosprawności). 3) Przypisywanie negatywnych informacji z zewnątrz dyskryminowanej grupie, zamiast sobie i/lub jednocześnie poprzez podkreślanie/ fiksowanie się na podobieństwach z osobami bez niepełnosprawności 4) Przypisywanie swoich niepowodzeń przyczynom zewnętrznym, a nie sobie (za: Crabtree & Meredith, 2000; Crocker & Major, 1989; Dixon, Marsh & Craven, 2006; Finlay & Lyons, 2000; Jahoda & Markova, 2004; Paterson i wsp., 2012). Ponadto wskazuje się na alternatywne wyjaśnienia dotyczące posiadania nierealnie zawyżonej samooceny, tj. odrzucenie swoich ograniczeń na zasadzie mechanizmu zaprzeczenia (za: Dixon i wsp., 2000) lub wprowadzające w błąd (nierealnie pozytywne) komunikaty pochodzące od rodziców, nauczycieli, pracowników społecznych, które zostają zinternalizowane (Crocker & Major, 1989; Duvdevany, 2002; Witkowski, 1998). Podkreśla się również, iż nieadekwatnie zawyżona ocena może być spowodowana trudnościami metodologicznymi związanymi z otrzymaniem prawdziwych autoinformacji od osób w omawianej grupie. Uświadomienie sobie swoich ograniczeń jest na tyle obciążające emocjonalnie, że ochraniają oni samych siebie poprzez

zgłaszanie badaczowi (lub innym osobom) nierealnie wysokiej samooceny (za: Dixon i wsp., 2000). W każdym razie teza o nieadekwatnie zawyżonej samoocenie u osób w badanej grupie jest powszechnie potwierdzona w literaturze przedmiotu (Ayaso-Maneiro, Dominguez-Prado, Garcia-Soidan, 2014; Duvdevany, 2002; Garaigordobil, Perez, 2007; Glick, 1999; Huck, Kemp, Carter, 2010; Johnson, 2012; Kościelak, 1989; Witkowski 1998). Należy jednak zaznaczyć, że omawiane zaburzenie nie zawsze jest związane z brakiem adekwatności w ocenie samego siebie. Przykładowo, w badaniach przeprowadzonych w Polsce, S. Trambacz (2012) podaje, że chłopcy z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim w późnym wieku dorastania (średnio ok 17 lat), podobnie oceniają swoje ciało, jak ich rówieśnicy o typowym rozwoju. Większość badanych (ponad 72%), adekwatnie oceniła swoją sylwetkę (tamże). Również wyniki badań M. Cuskelly & I. de Jong (1996) potwierdzają, że młodzież z zespołem Downa (w wieku mentalnym 4,6 lat), miała podobnie wysoką samoocenę w poszczególnych sferach (kognitywnych, fizycznych i społecznych), jak dzieci o typowym rozwoju w tym samym wieku mentalnym (tamże).

Drugim ważnym, szeroko omawianym w literaturze zagadnieniem związanym z wpływem specyficznych doświadczeń na adekwatność samooceny jest typ placówek edukacyjnych (powszechnych lub specjalnych). Wskazuje się, że samo umieszczenie uczniów w placówkach specjalnych powoduje, że po około roku zaczynają oni nierealnie wysoko oceniać swoje kompetencje oraz zaprzeczać (negować, wypierać) swoim ograniczeniom (Maïano, Ninot & Errais, 2001; Tracey & Marsh, 2000). Potwierdzają to różnice w poziomie samoceny u uczniów z dwóch typów placówek. W warunkach polskich takie badania prowadzi M. Źmudzka (2003), która wskazuje że blisko 46% uczniów ze szkół specjalnych ma zawyżoną samoocenę, w porównaniu do 27,5% uczniów ze szkół integracyjnych. Blisko co piąty uczeń ze szkoły specjalnej przejawia adekwatną samoocenę (17%, w porównaniu do 32,5% uczniów ze szkół integracyjnych). Ponadto uczniowie ze szkół specjalnych nie mają zaniżonej oceny samego siebie (w stosunku do 17,5% uczniów ze szkół integracyjnych). Jednocześnie ich samoocena jest bardziej stabilna (tamże). Powyższe wyniki potwierdzają badania zagraniczne. Młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim ucząca się w szkołach integracyjnych miała istotnie niższą (negatywną) samoocenę całościową, oraz w wymiarze ogólnym, umiejętności szkolnych i relacji rówieśniczych, aniżeli młodzież ucząca się w szkołach specjalnych, ale nie różniła się w innych sferach (samooceny relacji z rodzicami, wyglądu fizycznego i sprawności ruchowej; Crabtree & Meredith, 2000; Tracey & Marsh, 2000). Należy jednak zaznaczyć, że inni badacze wskazują na niejednoznaczne wyniki badań w tym zakresie, pomiędzy tymi grupami (Dixon & Marsh, 1997; Duvdevany, 2002).

K. Widaman i wsp., (1992) przeprowadzili badania dotyczące różnic w samoocenie uczniów osiągających regularne wyniki szkolne, z tzw. marginesu edukacyjnego oraz m.in. z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. Autorzy ci podają, że młodzież w badanej grupie przejawia istotnie niższą samoocenę szkolną, w każdym zakresie (tj. kompetencji matematycznych, w języku ojczystym, ogólnoszkolnych, werbalnych), w porównaniu z uczniami osiągającymi regularne wyniki szkolne, a co bardziej interesujące również istotnie niższą, w stosunku do uczniów osiągających niskie wyniki szkolne. Ponadto uczniowie osiągający regularne wyniki szkolne mają wyższą samoocenę wyglądu zewnętrznego i sprawności fizycznej oraz samoocenę emocjonalną i relacji z płcią przeciwną, aniżeli młodzież w badanej grupie i młodzież z marginesu edukacyjnego. Ostatnie dwie grupy uczniów nie są zróżnicowane pod względem wymienionych wymiarów samooceny (tamże).

Powyższa dyskusja tylko częściowo odpowiada na pytanie, czy oraz jak, diagnoza niepełnosprawności intelektualnej w stopniu lekkim zmienia samoocenę jednostki. Natomiast za rozsądne wydaje się przyjąć, że badania porównujące samoocenę dzieci i młodzieży we wczesnych latach życia (przed diagnozą), oraz różnicujące młodzież zdiagnozowaną jako niepełnosprawną intelektualnie w stopniu lekkim oraz młodzież o typowym rozwoju osiągającą niskie wyniki edukacyjne (kwalifikujących się do diagnozy, ale nie poddanych jej z różnych względów), mogą być szczególnie istotne w tym zakresie. Ponadto należy stwierdzić, że specyficzne doświadczenia życiowe wpływają na odmienność samooceny osób w badanej grupie, w stosunku do osób o typowym rozwoju, natomiast wyrefinowane mechanizmy chroniące przed niską samooceną są wspólne dla osób z grupy badawczej i kontrolnej. Te dwa czynniki mogą wpływać na brak jednoznacznych wyników w zakresie poziomu samooceny pomiędzy dwoma grupami oraz wewnątrz grupy badawczej.

Z punktu widzenia podjętej tu problematyki wydaje się, że samoocena jest adekwatnym konstruktem odzwierciedlającym swoistość osobowości młodzieży z omawianą kategorią zaburzeń, która może wpływać na zróżnicowanie zachowań zdrowotnych, w porównaniu z młodzieżą o typowym rozwoju.

Rozdział 2. Kształtowanie zachowań zdrowotnych, jako podstawa prawidłowego rozwoju człowieka.

Rozdział 2.1. Zachowania Zdrowotne. Pojęcie i klasyfikacja.

Precyzyjne określenie zachowań zdrowotnych jest trudne ze względu na wieloznaczność i zakres tego terminu, bogaty zbiór zachowań o charakterze zdrowotnym i różne kryteria podziału, złożone związki pomiędzy zachowaniami a zdrowiem oraz wielodyscyplinarne ujmowanie problemu. W wąskiej perspektywie termin zachowania zdrowotne dotyczy czynności lub nawyków (czyli organizacji zachowania jednostki), bezpośrednio lub pośrednio wpływających na stan własnego zdrowia (głównie przedmiot nauk medycznych). W szerszym ujęciu w zakres zachowań zdrowotnych włącza się również przekonania, oczekiwania, myśli i motywy oraz emocjonalne mechanizmy osobowości związane ze zdrowiem (psychologia zdrowia). W najszerszym kontekście zachowania zdrowotne odnoszą się do działań jednostki, grup lub organizacji wpływających na najbliższe otoczenie, edukację i politykę zdrowotną (socjologia zdrowia). W związku z tym w literaturze przedmiotu spotyka się wiele określeń, które odnoszą się do troski o własne zdrowie, np.: zachowania związane ze zdrowiem, prozdrowotne–antyzdrowotne, zachowania zdrowotne, zachowania istotne dla zdrowia, zachowania medyczne, zachowania w chorobie, działania profilaktyczne, praktyki zdrowotne (Dolińska-Zygmunt, 2001; Gochman, 1997; Puchalski, 1990; Sutton, 2004). Jak wynika z przeglądu definicji zachowań zdrowotnych przedstawionego przez K. Puchalskiego (1990), wyjaśnienia proponowane przez różnych autorów koncentrują się wokół określonych aspektów zachowań związanych ze zdrowiem, pomijając inne (tamże).

Mimo rozbieżności definicyjnych i konceptualnych panuje zgoda, że zachowania zdrowotne pełnią centralne miejsce w edukacji zdrowotnej, stanowiąc rdzeń zdrowego stylu życia. Są podstawowymi czynnikami wpływającymi na zdrowie lub przedwczesną śmierć (Bajcar, Abramciów, 2011; Glanz, Rimmer & Viswanath, 2008; Institute of Medicine, 2001; Lantz i wsp., 1998; Łuszczynska, 2004; Zadworna-Cieślak, Ogińska-Bulik, 2011). Ich kluczowy wpływ na stan zdrowia można zobrazować porównaniem z wpływem czynników genetycznych. Literatura przedmiotu podaje, że ok 5–10% nowotworów jest dziedziczna, jednak większość z nich jest wynikiem mutacji genetycznej uwarunkowanej behawioralnymi czynnikami wewnętrznymi (np. trawionymi pokarmami) lub zewnętrznymi (np. paleniem tytoniu, ekspozycją na promienie UV; za: Łuszczynska, 2004). Mężczyzna palący papierosy jest dwudziestokrotnie bardziej narażony na zachorowanie na raka płuc, aniżeli niepalący (tamże). Głównymi przyczynami śmierci są podatne na modyfikacje zachowania

antyzdrowotne (ryzykowne): palenie papierosów i konsumpcja alkoholu, uboga dieta, niska aktywność fizyczna (Mokdad i wsp., 2005). Wpływ zachowania na stan zdrowia dotyczy w dużej mierze wieku adolescencji. Jak podaje M. Resnick i wsp. (1997) liczne doniesienia wskazują, że głównym zagrożeniem dla zdrowia młodzieży są zachowania ryzykowne oraz motywacje do ich podejmowania (tamże).

Wśród definicji zachowań zdrowotnych można wyodrębnić trzy podstawowe podejścia (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008). Pierwsze z nich ukierunkowane jest na celowy aspekt zachowań zdrowotnych. Rozpatruje się je jako czynności celowo ukierunkowane na zdrowie. W takim znaczeniu zachowanie jednostki jest zdrowotnym, gdy jest ona świadoma roli danego zachowania dla zdrowia i podejmuje je intencjonalnie, w celu ochrony stanu zdrowia (Dolińska-Zygmunt, 2001). W definicjach zachowań zdrowotnych tego typu oprócz obserwowalnych, jawnych zachowań mocno akcentuje się zmienne psychologiczne. Najszerzej cytowaną w literaturze przedmiotu definicją, która akcentuje znaczenie mechanizmów psychologicznych jest ta stworzona przez D.S. Gochmana, wg którego zachowania zdrowotne to „personalne atrybuty takie jak przekonania, oczekiwania, motywy, wartości, percepcje i inne elementy poznawcze, charakterystyki osobowościowe obejmujące stany (lub cechy) emocjonalne; i jawne wzory zachowań, czynności i nawyki, które odnoszą się do utrzymywania zdrowia, odbudowywania zdrowia i poprawy zdrowia” (Gochman, 1997, s. 3). Autor podkreśla podmiotowość zachowania zdrowotnego (intencjonalność uwarunkowaną wiedzą i świadomością zdrowotną), w przeciwieństwie do bycia przedmiotem oddziaływań zdrowotnych. Jednocześnie wyraźnie zwraca uwagę, że na zachowanie składa się nie tylko jawna jego treść, ale i zdarzenia mentalne [*mental events*] lub stany uczuciowe [*feeling states*], które ulegają pośredniemu pomiarowi lub obserwacji (tamże).

Drugi typ definicji zachowań zdrowotnych ukierunkowany jest na ich aspekt funkcjonalny. W podejściu tym analizuje się zachowania ze względu na skutki, jakie wywierają na stan zdrowia. Mogą być one korzystne lub nie. Zatem wymienia się dwie podstawowe klasy zachowań: anty- i prozdrowotne (Heszen, Sęk, 2007; Gruszczyńska, Bąk-Sosnowska, Plinta, 2015). Zachowania prozdrowotne promują zdrowie, zapobiegają chorobom, sprzyjają leczeniu, natomiast zachowania anty Zdrowotne niszczą lub uszkadzają zdrowie oraz utrudniają proces zdrowienia (Steptoe, Wardle, 2004). W literaturze można również spotkać inne dychotomiczne podziały: zachowania zdrowotne/ zachowania promujące zdrowie–zachowania ryzykowne (Currie i wsp., 2012; Inchley i wsp., 2016; Lippke, Nigg, Maddock, 2012); lub pozytywne/ zdrowe/ wzmacniające zdrowie–negatywne/ niezdrowe/ ryzykowne/ kompromitujące zdrowie [*health-compromising*]; zachowania w zdrowiu–zachowania w chorobie; rodzicielskie

zachowania zdrowotne–medyczne zachowania zdrowotne itp. (Schwarzer & Gutiérrez–Doña, 2000; Sęk, 2000; Sutton, 2004; Turbin i wsp., 2006).

Skutki danego zachowania dla stanu zdrowia określa się na podstawie wyników badań epidemiologicznych lub innych danych medycznych, a więc na podstawie danych obiektywnych, a nie indywidualnego (subiektywnego) przekonania (Dolińska-Zygmunt, 2001). Podział na zachowania pro- i antyzdrowotne jest najpowszechniejszą typologią, jednak tego typu dychotomiczne klasyfikacje nie są tak rozłączone, jak mogłoby się wydawać. Okazuje się, że określone zachowanie może pełnić funkcje prozdrowotną w jednym aspekcie, a w innym pełnić rolę antyzdrowotną (destrukcyjną). Przykładem takiego zachowania jest regularne spożywanie alkoholu, którego konsumpcja w małych ilościach zmniejsza ryzyko występowania chorób układu krążenia, ale zwiększa ryzyko zachorowania na raka piersi (Łuszczynska, 2004). Ponadto jedna klasa zachowań może pełnić rolę prozdrowotną lub antyzdrowotną, w zależności od częstotliwości i intensywności podejmowania. Za przykład może posłużyć tu regularna aktywność fizyczna, która podejmowana w określonej intensywności jest zdecydowanie korzystna dla zdrowia, jednakże uzależnienie od ćwiczeń fizycznych lub podejmowanie ich ze zbyt wysoką intensywnością jest zachowaniem antyzdrowotnym (Ogińska-Bulik, 2010). Kolejnym przykładem jest palenie papierosów, które podejmowane z częstotliwością 1–2 papierosów w tygodniu jest neutralne dla zdrowia, natomiast palenie kilku papierosów dziennie jest zachowaniem wysoce antyzdrowotnym (Łuszczynska, 2004). Podział na zachowania promujące zdrowie oraz zachowania prewencyjne jest nierozłączny w tym znaczeniu, że istnieją klasy zachowań, które spełniają kryteria definicyjne obu typów, np. regularna aktywność fizyczna może pełnić funkcję promującą i prewencyjną (tamże). Podobnie ta sama klasa zachowań może być zachowaniem podejmowanym w chorobie lub w zdrowiu, a różnić się wyłącznie determinantem (Sutton, 2004). W związku z tym za rozsądne wydaje się przyjąć, że nie konkretna klasa, a intensywność danego zachowania wyznacza wskaźnik pro-anty-zdrowotności (i takie kryterium podziału jest przyjęte w tej pracy).

Aspekt funkcjonalny zachowań zdrowotnych jest przedmiotem badań również nauk socjologicznych (socjologii zdrowia), rozumianej w kategoriach zdrowia publicznego. W tym ujęciu akcentuje się społeczny aspekt podejmowania zachowań anty-, prozdrowotnych oraz ich wpływu na najbliższe otoczenie, edukację i socjalizację młodzieży. J. Nosko (2005) ujmuje zachowania zdrowotne jako „*wieloczynnikowy zestaw reakcji grup społecznych, stymulowany koniecznością zachowania zdrowia i życia...*” (Gruszczynska i wsp., 2015, s. 559). A. Frączek i E. Stępień (1997) rozpatrują zachowania zdrowotne w kategoriach utrzymywania normatywnych standardów zdrowia fizycznego i psychicznego (Zadworna-Cieślak, 2010a).

W ujęciu socjologicznym podkreśla się, że zachowania zdrowotne jednostki wpływają na zachowania zdrowotne innych osób (np. zachowania rodziców na dzieci).

Trzeci typ definicji obejmujących zachowania związane ze zdrowiem ujmuje oba wyżej wymienione aspekty (celowościowy i funkcjonalny) łącznie. Istotą tego podejścia jest analiza wzajemnych związków stanu zdrowia z zachowaniami zdrowotnymi (obszar nauk medycznych) lub korelacji pomiędzy wiedzą (przekonaniami) o zdrowiu a zachowaniami zdrowotnymi (obszar nauk społecznych; Heszen, Sęk, 2007). Analizując związek pomiędzy wiedzą o zdrowiu, a zachowaniami zdrowotnymi przyjmuje się, że na podstawie wiedzy naukowej lub subiektywnych przekonań o zachowaniach korzystnych lub niekorzystnych dla zdrowia, osoba podejmuje je zgodnie z tą wiedzą. W tym przypadku podejmowane zachowania wpływają na zdrowie. Istnieje również odwrotna zależność. Osoba posiada przekonanie (wiedzę) o zdrowiu (np. zdrowy znaczy szczupły), które staje się celem zachowań. W tej sytuacji wiedza (pojęcie) o zdrowiu wpływa na podejmowanie zachowań zdrowotnych (Sęk, 2005). Dodatkowo powyższe zależności pomiędzy wiedzą, zdrowiem a zachowaniami można rozpatrywać z perspektywy podmiotu lub obserwatora działania (Zadworna-Cieślak, Ogińska-Bulik, 2011). Przykładem definicji ujmującej zachowania zdrowotne w podejściu łącznym jest ta, zaproponowana przez H. Sęk (2005, s. 539), wg której zachowania zdrowotne to „*reaktywne, nawykowe i/lub celowe formy aktywności człowieka, które pozostają – na gruncie wiedzy obiektywnej o zdrowiu i subiektywnego przekonania – w istotnym, wzajemnym związku ze zdrowiem*” (tamże).

Jak stwierdza S. Sutton (2004) zachowania zdrowotne są ekstremalnie zróżnicowane (s. 95). W związku z tym w literaturze przedmiotu istnieje wiele typologii zachowań zdrowotnych, w zależności od dodatkowych czynników lub determinantów. I. Heszen, H. Sęk (2007) dzielą zachowania zdrowotne ze względu na pięć kryteriów podziału: 1) funkcja zachowania względem zdrowia (pro-, antyzdrowotna); 2) poziom organizacji behawioralnej, świadomości i celu zachowania (nawyk lub czynność); 3) poziom zdrowia (zachowania w zdrowiu, w chorobie); 4) zachowania wynikające z roli społecznej (zachowania rodzicielskie, medyczne); 5) treść zachowania (promocyjne, prewencyjne). Z punktu widzenia pracy warto dodać podział zachowań zdrowotnych ze względu na częstotliwość podejmowania działania tworząc kryterium intensywności, tj. podejmowanie aktywności (np. aktywność fizyczna, spożywanie owoców i warzyw) – powstrzymywanie się od aktywności (np. niepalenie papierosów, niejedzenie słodczy). W związku z tym funkcja danego zachowania względem zdrowia (pro-, anty-) nie zależy od klasy, ale od częstotliwość podejmowania danego zachowania.

Po omówieniu pojęcia i klasyfikacji zachowań zdrowotnych, w następnym rozdziale skupię się na wybranych uwarunkowaniach tychże zachowań.

Rozdział 2.2. Uwarunkowania zachowań zdrowotnych młodzieży.

Ze względu na tematykę pracy w tym rozdziale opiszę wyniki badań odnoszące się do korelatów zachowań zdrowotnych podejmowanych przez młodzież, z szczególnym zaakcentowaniem roli czynników podmiotowych: samooceny, wieku i płci badanych oraz wybranych korelatów rodzinnych, tj.: postaw rodzicielskich i pojęć pokrewnych, zachowań zdrowotnych rodziców oraz statusu społeczno-ekonomicznego rodziny. Uzasadnienie podejścia eklektycznego do uwarunkowań podejmowania zachowań zdrowotnych oraz wyboru poszczególnych czynników znajduje się w rozdziale 3.1.

Wiek adolescencji to okres kształtowania się własnej tożsamości, której aspekt emocjonalny i wartościujący zawiera się w samoocenie. Jak wykazuję w rozdziale trzecim, jest ona ważnym regulatorem zachowań. W związku z tym specjaliści poszukują związków pomiędzy opisywanym czynnikiem psychologicznym a sferą zdrowotną jednostki. Wskazuje się, że samoocena oraz obraz siebie jest bezpośrednio powiązany (jest korelatem lub predyktorem) zachowań zdrowotnych (Peart, Marsh & Richards, 2005; za: Seigley, 1999; Yarcheski, Mahon & Yarcheski, 2003). Stwierdzono, że wysoka samoocena ma związek z zachowaniami (praktykami) poprawiającymi stan zdrowia (Abood, Conway, 1992). Konstrukcja ta jest pozytywnie związana z aktywnością fizyczną młodzieży w młodszym wieku szkolnym, zarówno dziewcząt i chłopców (Frost & McKelvie, 2004; Kristjánsson, Sigfúsdóttir & Allegrante, 2010; Tremblay, Inman & Willms, 2000) oraz z konsumpcją owoców i warzyw przez młodzież (Kristjánsson i wsp., 2010). Wysoka samoocena ogólna lub w specyficznych wymiarach jest czynnikiem chroniącym przed paleniem tytoniu wśród młodzieży (Tyas & Pedersen, 1998). U dzieci i młodzieży szkolnej występuje odwrotny związek pomiędzy globalną samooceną i otyłością lub nadwagą (Hesketh, Wake & Waters, 2004; Kristjánsson i wsp., 2010; Lovry, 2007; Vasquez & Torres, 2012). Dorastanie z niską samooceną powoduje więcej problemów zdrowotnych w wieku dorosłym (Maton & Zimmerman, 1992; Trzesniewski i wsp., 2006). Niska samoocena jest predyktorem podejmowania zachowań zagrażających zdrowiu przez młodzież (Dielman i wsp., 1987; McGee & Williams, 2000); jest istotnie związana z długotrwałymi zachowaniami sedenteryjnymi dzieci i młodzieży (Tremblay i wsp., 2011); z niezdrowym odżywianiem się adolescentów (Kristjánsson i wsp., 2010; Martyn-Nemeth i wsp., 2009); z zaburzeniami odżywiania u dziewcząt i chłopców (Seepersad, 2012); jest czynnikiem istotnie wpływającym na palenie papierosów (Glendining & Inglis, 1999;

U.S.DHHS, 2012), szczególnie wśród chłopców w wieku wczesnej adolescencji (Veselska i wsp., 2009); wpływa na większą konsumpcję alkoholu u młodzieży i studentów (Gullette, Lyons, 2006; Resnick i wsp., 1997). Ponadto niska samoocena jest istotnie związana z próbami (myśłami) samobójczymi wśród młodzieży (Harter, Low, Whitesell, 2003; Overholser i wsp., 1995; Resnick i wsp., 1997); jest ważniejszym, niż inne zmienne psychologiczne predyktorem śmiertelności (O'Connor & Vallerand, 1998); a wahania poziomu samooceny mogą wpływać na stan naczyń krwionośnych (Ross i wsp., 2013).

Obraz siebie w aspekcie fizycznym [*body image; physical self-perception; physical self-concept*], jest ważnym predyktorem, determinantem lub mediatorem zachowań związanych ze zdrowiem, takich jak: aktywność fizyczna (Crocker i wsp., 2001; 2003; 2006; Dishman i wsp., 2006; Fox, 1988), odpowiednia dieta [*dietary restraint*] zwłaszcza u dziewcząt (Crocker i wsp., 2003; 2006). Nastolatki i kobiety z niską samooceną w aspekcie fizycznym częściej palą papierosy (Crocker i wsp., 2001) oraz częściej konsumują alkohol (Wu i wsp., 2014). Istnieje istotny związek pomiędzy wysoką samooceną w aspekcie fizycznym, a wskaźnikami sprawności fizycznej (Marsh & Redmayne, 1994).

Również poszczególne komponenty fizycznego obrazu siebie są związane z zachowaniami zdrowotnymi. Ocena wyglądu swojego ciała [*appearance evaluation*] i umiejscowienie wyglądu ciała w hierarchii ważności kobiety [*investment in appearance*], jest pozytywnie związana z odpowiednią dietą (Lamarche, Gammage, 2012). Ocena własnego ciała [*body esteem*] jest pozytywnie związana z podejmowaniem aktywności fizycznej u studentów (Ford, 2013). Samoocena zdolności fizycznych jest wyższa u atletów, aniżeli u osób nie uprawiających sportów (Jackson & Marsh, 1986; Zaharopoulos & Hodge, 1991). Istnieje istotny związek pomiędzy samooceną cech fizycznych (wytrzymałości, siły i gibkości), a wskaźnikami tych zdolności (Marsh & Redmayne 1994).

Istnieją również wyniki badań wskazujące na istotną rolę mediacyjną samooceny pomiędzy różnymi zmiennymi personalnymi i społecznymi, a zachowaniami wpływającymi na zdrowie, tj.: pomiędzy intencjami a fitnesssem u chłopców i dziewcząt z niepełnosprawnościami lub zaburzeniami zdrowia (Ng i wsp., 2014); odpornością na stres a zażywaniem substancji szkodliwych dla zdrowia (Uba i wsp., 2013); pomiędzy stylami przywiązania [*attachment style*] a zachowaniami zdrowotnymi (Huntsinger & Luecken, 2004); pomiędzy wpływem rodzicielskim a aktywnością fizyczną (Ornelas i wsp., 2007).

Obok oceny samego siebie, głównymi uwarunkowaniami osobowymi zachowań zdrowotnych wziętymi pod uwagę w tej pracy jest wiek i płeć badanej młodzieży. W zakresie związków tych dwóch zmiennych z aktywnością fizyczną brak jest jednoznacznych danych,

ale zdecydowana większość wyników badań wskazuje, że chłopcy są zdecydowanie bardziej aktywni, aniżeli dziewczęta oraz, że poziom aktywności fizycznej u obu płci zmniejsza się wraz z wiekiem (Gustafson & Rhodes, 2006; Inchley i wsp. 2016; Neumark-Sztainer i wsp., 2003a; Sallis, Prochaska & Tylaor, 2000). Jednakże wraz z wiekiem wzrasta poziom aktywności fizycznej niezależnej od rodziców (Kirby, Levin & Inchley, 2011). Różnice w aktywności fizycznej chłopców i dziewcząt mogą być spowodowane „rodzinnym efektem płci”, tzn. korelacjami w tym zakresie u członków rodziny tej samej płci (Bauer i wsp., 2008; Kirby i wsp., 2011). Jednocześnie wskazuje się na różnice w strategiach aktywowania potomstwa wśród rodziców (Davison, Cutting & Birch, 2003). Szczególnie ojcowie są modelami zachowań dla potomstwa, natomiast matki częściej zapewniają wsparcie rodzicielskie. Powyższe dane – w kontekście podjętej tu problematyki – skłaniają do rozważenia, w jakim zakresie różnice w strategiach aktywowania młodzieży mogą wpływać na różnice w aktywności chłopców i dziewcząt.

Odnosząc się do związku wieku i płci badanych z podejmowaną dietą, wyniki badań wskazują, że dziewczęta i młodsze dzieci mają tendencje do wyższej konsumpcji owoców i warzyw, aniżeli chłopcy i młodzież starsza. Odwrotna relacja występuje w stosunku do spożywania napojów słodzonych (Currie i wsp., 2012; Inchley i wsp., 2016; Rasmussen i wsp., 2006; Vereecken i wsp., 2005).

W literaturze przedmiotu jest niewiele danych dotyczących związku cech demograficznych i higieny młodzieży. Najważniejszym źródłem są tu badania HBSC, i to wyłącznie w obrębie higieny jamy ustnej. Brak jest jednoznacznych związków w tym zakresie. Występuje tendencja, że codzienne szczotkowanie zębów maleje wraz z wiekiem u chłopców w wieku młodzieńczym, ale wzrasta u dziewcząt. Ponadto dziewczęta częściej szczotkują zęby codziennie, aniżeli chłopcy (Currie i wsp., 2012, Inchley i wsp., 2016; Zawadzka, 2015).

W odniesieniu do zachowań młodzieży, które szkodzą zdrowiu, na podstawie dostępnych wyników badań można stwierdzić, że współczynnik palenia tytoniu zwiększa się wraz z wiekiem. Związki palenia tytoniu z płcią palacza są niespójne. Podkreśla się tendencje, że w krajach zachodnich dziewczęta palą częściej, niż chłopcy, a we wschodnich zależność ta jest odwrotna (za: Conrad, Flay & Hill, 1992; Otten i wsp., 2007; za: Tyas & Pedersen, 1998; U.S.DHHS, 2012). W Polsce brak jest zróżnicowania palenia w zależności od płci u młodzieży w wieku 15 lat (Kowalewska, 2015). Chłopcy w dalszym ciągu spożywają więcej alkoholu, aniżeli dziewczęta, ale różnica ta się zmniejsza (Inchley i wsp, 2016). W Polsce częstość picia i upijania się jest podobna u obu płci (Dzielska, 2015b; Sierosławski, 2015). Chłopcy podejmują mniej zachowań prozdrowotnych, aniżeli dziewczęta (Zadworna-Cieślak, 2010b).

Obok charakterystyk osobowościowych i demograficznych wpływających na zachowania zdrowotne, w okresie adolescencji wzrasta znaczenie grup rówieśniczych (Brown & Ogden, 2004; Currie i wsp., 2012, Kokociński, 2011). Jest to okres, w którym rówieśnicza akceptacja staje się szczególnie istotna, przy jednoczesnym obniżeniu kontroli rodzicielskiej oraz narastaniu konfliktów na osi dziecko–rodzic, zwłaszcza w rodzinach dysfunkcyjnych (Eccles, 1999; Steinberg, 2001). W ostatnim czasie coraz więcej wyników badań wskazuje na zróżnicowanie bezpośrednich uwarunkowań zachowań zdrowotnych adolescentów. Głównymi determinantami w tym zakresie są: rodzice, rówieśnicy, szkoła i otoczenie (Turbin i wsp., 2006). Co więcej, oddziaływania rodzicielskie w tym okresie mogą dominować nad wpływami rówieśniczymi (Brown i wsp., 1993; Roguska, 2016; za: Zadworna-Cieślak, 2010a). Ponadto podkreśla się również iż, rodzice odgrywają istotną, pośrednią rolę w doborze grupy rówieśników przez swoje dzieci w wieku adolescencyjnym, i to specyficzne zachowania rodzicielskie warunkują zakres wpływu wybranej grupy rówieśniczej na ich potomstwo (Brown i wsp., 1993; Feldman, Wentzel, 1990).

Od lat 80-tych poprzedniego stulecia Światowa Organizacja Zdrowia promuje hasło: „zdrowie zaczyna się w domu” [„*Health begins at home*”], (za: Williams, 1973). Teza, że rodzina jest najważniejszym środowiskiem wpływającym na rozwój osobowy oraz wzory zachowań u dziecka nie budzi wątpliwości (np. Currie i wsp, 2012; Lindsay i wsp., 2006).

Literatura przedmiotu przedstawia wiele pojęć związanych z oddziaływaniami rodzicielskimi. W większości z nich podkreśla się znaczenie następujących właściwości rodziny, które wpływają na kształtowanie rozwoju potomstwa: stosunek emocjonalny pomiędzy członkami rodziny, wzorce behawioralne prezentowane przez rodziców, status ekonomiczno-społeczny rodziny.

Określone wzorce reakcji emocjonalnych rodziców do dziecka ujawniają się w postawie rodzicielskiej w takim znaczeniu, że konkretne emocje skierowane na dziecko są podstawą do rozpoznania poszczególnych postaw (Ziemska, 1973). Konstrukct ten w literaturze polskiej funkcjonuje co najmniej pół wieku, jednak w dalszym ciągu brak jest precyzyjnych danych, jak wiąże się on z zachowaniami podejmowanymi przez potomstwo w zakresie zdrowia. Dotychczasowe doniesienia badawcze wskazują, że postawy rodzicielskie akcentujące podmiotowość potomstwa, a jednocześnie umacniające w nich poczucie odpowiedzialności, powiązane są pozytywnie z korzystnymi dla zdrowia zachowaniami dzieci i młodzieży, w przeciwieństwie do postaw o charakterze autokratycznym, które obniżają prawdopodobieństwo powyższych zachowań (Makara-Studzińska, Moryłowska, 2007; za: Zadworna-Cieślak, Ogińska-Bulik, 2011). Trudności z precyzyjnym wskazaniem związków

między powyższymi pojęciami sprawia fakt, że w literaturze zagranicznej często używa się terminów korespondujących z postawami rodzicielskimi, np. style rodzicielskie [*parenting style*], (Cohen & Rice, 1997; Chassin i wsp., 2005; Vaughn i wsp., 2016); wsparcie rodzicielskie [*parental support*], (Bacikova-Sleskova i wsp., 2011; Gustafson i Rhodes, 2006); praktyki rodzicielskie [*parenting practices*], (Borawski i wsp., 2003; Darling & Steinberg, 1993); oddziaływania wychowawcze, kontrola rodzicielska (Brown & Odgen, 2004); komunikacja [*communication*], (Currie i wsp., 2012; Inchley i wsp., 2016) i inne. Szczegółowa analiza i opis związków pomiędzy tymi pojęciami wykracza poza ramy tej pracy. Ogólnie można stwierdzić, że w większości z nich podkreśla się znaczenie związku emocjonalnego pomiędzy rodzicem a dzieckiem. W związku z tym poniżej przedstawię wyniki badań przedstawiające wpływ tych uwarunkowań na zachowania zdrowotne potomstwa.

Dość dobrze opisany jest wpływ stylu autorytatywnego na rozwój potomstwa (Steinberg i wsp., 1989). W kontekście zachowań zdrowotnych młodzieży K. Schmitz i wsp. (2002) wskazują, że oddziaływanie to jest pozytywnie związane z wyższą aktywnością fizyczną i niższym poziomem zachowań sedenteryjnych u nastolatków (za: Ornelas i wsp. 2007). Ponadto styl autorytatywny jest związany z niższą częstością używania tytoniu przez młodzież (Adamczyk-Robinette, Fletcher & Wright 2002; Castrucci & Gerlach, 2006; Jackson, Bee-Gates, Henriksen, 1994; Tyas & Pedersen, 1998). Natomiast potomstwo rodziców przejawiających postawy (rodzicielstwo) zaniedbujące [*neglectful*] i pobłażliwe [*indulgent*] oraz style karzące [*punitive*] i niespójne [*inconsistent*], oraz rodziców charakteryzujących się niskim poziomem akceptacji i kontroli potomstwa [*disengaged or neglectful style*], najczęściej nadużywa tytoniu i alkoholu (Chassin i wsp., 2005; Fleming i wsp., 2002). Stopień przywiązania dziecka do rodzica [*family bonding*] lub poczucie więzi [*connectedness*] jest istotnie i negatywnie związane z inicjacją palenia oraz używaniem alkoholu wśród dzieci i młodzieży (Fleming i wsp., 2002; Resnick i wsp., 1997). Słaba relacja [*poor relations*] matki z dzieckiem jest istotnie związana z większą częstością palenia wśród chłopców i dziewcząt, słaba relacja dziecka z ojcem jest istotnie związana z paleniem u dziewcząt (Tyas & Pedersen, 1998). Wspierająca i pełna szacunku relacja rodzic–dziecko chroni potomstwo przed paleniem tytoniu (Cohen & Rice, 1995; za: Rainio, 2009).

Specyficzne praktyki rodzicielskie dotyczące palenia [*smoking-specific parenting practices*] są unikalnym predyktorem tego zachowania wśród młodzieży, np. rodzicielskie praktyki antypalące są skorelowane z niepaleniem tytoniu wśród młodzieży (Chassin i wsp., 2005). Negatywna opinia rodziców dotycząca palenia jest związana z 45% redukcją palenia wśród młodzieży (Castrucci & Gerlach, 2006).

Ponadto potomstwo, których rodzice mają niskie oczekiwania odnoszące się do ich zachowania są 2,6 razy bardziej podatne na inicjację alkoholową, niż młodzież, której rodzice mieli wysokie oczekiwania dotyczące zachowań podejmowanych przez potomstwo (Simons-Morton, 2004). Natomiast obojętna lub aprobująca postawa rodziców względem niekorzystnych dla zdrowia zachowań prezentowanych przez młodzież jest jednym z najważniejszych czynników wpływających na podejmowanie zachowań szkodzących zdrowiu (Zadworna-Cieślak, 2010a).

Podobnie jak w przypadku pozytywnych postaw rodzicielskich skierowanych na dziecko, postrzegane przez potomstwo pozytywne postawy rodzicielskie – wyrażające akceptację i autonomię – wiążą się z korzystnymi dla zdrowia zachowaniami młodzieży, zaś postrzegane postawy niekorzystne wychowawczo – wyrażające nadmierne wymagania i niekonsekwencję – są powiązane z niekorzystnymi dla zdrowia zachowaniami adolescentów (Zadworna-Cieślak, Ogińska-Bulik, 2011). Postrzegana przez potomstwo postawa permissywna rodziców jest najważniejszym determinantem spożycia alkoholu przez młodzież (za: Hawkins, Catalano & Miller, 1992). Podobne dane podają D. Cohen & J. Rice (1997) uważając, że używanie tytoniu i alkoholu przez młodzież jest pozytywnie związane z postrzeganiem postawy permissywnej, a negatywnie związane z postrzeganiem postawy autorytatywnej (tamże). Również A. Fletcher, B. Jefferies (1999), podkreślają negatywny związek pomiędzy postrzeganiem stylu autorytatywnego rodziców a używaniem substancji zabronionych przez młodzież. Dla zachowań zdrowotnych chłopców większe znaczenie mają postawy rodzicielskie ojców, zaś u dziewcząt ważniejsza jest percepcja postaw matek (Zadworna-Cieślak, 2010b).

Obok postaw rodzicielskich, kolejną zasadniczą cechą rodziny warunkującą zachowania zdrowotne młodzieży są **zachowania zdrowotne rodziców**. Modelowanie właściwych zachowań zdrowotnych jest jednym z zasadniczych zadań rodziców w zakresie zdrowia rodziny (Birch & Fisher, 1998; Skommer, 2007; Vaughn i wsp., 2016; WHO, 2007b). Proces uczenia się przez potomstwo zachowań ważnych dla zdrowia odbywa się poprzez obserwację zachowań rodziców oraz skutków tych zachowań. Doświadczenia przejściowe są kodowane i zachowywane w postaci symbolicznych reprezentacji danych zachowań, które są fundamentem dla schematów zachowań jednostki podejmowanych w przyszłości. Obserwacja bezpośrednia zachowań „osób znaczących” tworzy model najsilniej wpływający na zachowanie i to niezależnie od statusu ekonomiczno-społecznego rodziny (Wickrama i wsp., 1999; za: Zadworna-Cieślak, 2010a). To rodzice ustalają normy zachowań zdrowotnych w najbliższym środowisku potomstwa poprzez własne zachowanie i postawy oraz interpretacje norm pochodzących ze społeczeństwa (WHO, 2007b).

Wiele wyników badań (przeprowadzonych również w warunkach polskich) wskazuje na istotny (bezpośredni) związek pomiędzy podejmowanymi zachowaniami zdrowotnymi (zarówno pro- jak i antyzdrowotnymi) rodziców i ich potomstwa oraz funkcję predykcyjną zachowań zdrowotnych rodziców wobec zachowań zdrowotnych dzieci (Zadworna-Cieślak, 2010b). Obecnie uważa się, że modelowanie jest najbardziej spójnym, psychospołecznym, pojedynczym predyktorem lub korelatem zachowań żywieniowych u potomstwa (McClain i wsp., 2009; van der Horst i wsp., 2007). Rodzice mają istotny, bezpośredni wpływ na wybór jedzenia przez swoje potomstwo poprzez swoje praktyki żywieniowe i ekspozycje określonego rodzaju jedzenia w domu (Birch & Davison, 2001; Institute of Medicine, 2005). Wyniki badań w tym zakresie wskazują na istotne, pozytywne związki w spożywaniu przez rodziców i potomstwo: owoców i warzyw (McClain i wsp., 2009; Rasmussen i wsp., 2006; van der Horst i wsp., 2007); konsumpcji tłuszczów (Rossow, Rise, 1994; Sallis, Nader, 1988); jedzeniu przekąsek (Brown & Odgen, 2004); spożywania napojów słodkich (van der Horst i wsp., 2007). Ponadto jedzenie wspólnych posiłków w domu wraz z rodziną jest pozytywnie związane z konsumpcją przez potomstwo owoców i warzyw oraz produktów pełnoziarnistych, produktów bogatych w wapń oraz negatywnie związana ze spożywaniem smażonego jedzenia i słodkich napojów przez młodzież (Neumark-Sztainer i wsp., 2003b). Podkreśla się, że nawyki żywieniowe przyswojone w dzieciństwie utrzymują się w wieku młodzieńczym i dorosłym (za: Brown & Odgen, 2004; Savage, Fischer & Birch 2007). W literaturze przedmiotu uwypukla się zwłaszcza rolę matek w kształtowaniu prawidłowych nawyków żywieniowych młodzieży (Zadworna-Cieślak, 2010b).

Podobnie jak w przypadku wpływu modelowania przez rodziców zachowań żywieniowych potomstwa, zakłada się, że prezentowane przez rodziców wzorce związane z aktywnością ruchową mogą mieć nadrzędny wpływ na podejmowanie aktywności fizycznej przez ich dzieci (Gustafson & Rhodes, 2006; Mcguire i wsp., 2002; Turbin i wsp., 2006; Zadworna-Cieślak, 2010a). Wyniki badania L. Moor'e i wsp. (1991) wskazują, że jeśli oboje rodziców jest aktywnych ruchowo, to szansa na to, że potomstwo również będzie aktywne wzrasta blisko sześciokrotnie (a dla synów ponad siedmiokrotnie). Mimo, że związki aktywności fizycznej rodziców i potomstwa są najpowszechniej badane, to wyniki w tym zakresie nie są jednoznaczne (Gustafson i & Rhodes, 2006; Kirby i wsp., 2011; Sallis i wsp., 2000). Rozbieżności te wspiera fakt, że aktywność fizyczna potomstwa jest uwarunkowana wieloczynnikowo (Davison i wsp., 2003; Messent, Cook & Long, 1999).

Ponadto dostępne doniesienia badawcze wskazują na istotne związki zachowań służących podtrzymaniu higieny jamy ustnej u rodziców i potomstwa (Astrom & Jakobsen, 1996; Okada i wsp., 2008; Poutanen i wsp., 2006).

Podobnie jak w przypadku modelowania niektórych zachowań prozdrowotnych uważa się, że podejmowanie przez rodziców zachowań antyzdrowotnych jest najważniejszym predyktorem lub korelatem podejmowania zachowań szkodzących zdrowiu przez potomstwo (Zadworna-Cieślak, 2010a). Młodzież, którego jeden lub dwoje rodziców obecnie pali papierosy (a zwłaszcza matka), jest najbardziej zagrożona rozpoczęciem palenia tytoniu (Fleming i wsp., 2002; Griffin i wsp., 1999; Otten i wsp., 2007; za: Rainio, 2009; Rossow, Rise, 1994; Scragg, Laugesen, 2007; Tyas & Pedersen, 1998). Zagrożenie paleniem przez dziecko wzrasta wraz z liczbą modeli, którzy palą w bezpośrednim otoczeniu dziecka (Taylor i wsp., 2004). Co więcej, nawet potomstwo byłych palaczy jest bardziej narażone na rozpoczęcie palenia, aniżeli dzieci rodziców, którzy nigdy nie palili tytoniu (Otten i wsp., 2007). Ponadto podkreśla się, że mimo, iż analiza poprzeczna wykazuje, że najsilniejszym predyktorem palenia papierosów przez młodzież są palący rówieśnicy, to wyniki analizy longitudinalnej wskazują na rodziców (Chassin i wsp., 1986; Conrad i wsp., 1992). Tym samym konstatuje się, że wpływy rówieśnicze na palenie tytoniu przez adolescentów mogą być przeszacowane, w przeciwieństwie do niedoszacowania uwarunkowań rodzicielskich (de Vries i wsp., 2003). Ponadto spożywanie lub nadużywanie alkoholu przez rodziców jest związane lub jest predyktorem konsumpcji alkoholu przez potomstwo w wieku młodzieńczym (za: Hawkins i wsp., 1992; Latendresse i wsp., 2008; Rossow, Rise, 1994).

Ostatnim pojęciem wchodzącym w skład cech rodziny warunkujących zachowania zdrowotne młodzieży, wyróżnionym w tej pracy jest status ekonomiczno-społeczny rodziny (SES). Najczęściej określa się go za pomocą następujących wskaźników: wykształcenie rodziców, poziom dochodów, struktura rodziny (pełna–niepełna, liczba potomstwa), wykonywany zawód i/lub zgromadzone dobra. Nie zawsze wszystkie te indykatory ujmowane są łącznie w SES, najczęściej natomiast wskazuje się na poziom dochodów, wykształcenie i wykonywany zawód (Currie, 2008; Duncan i wsp., 2002; Williams & Collins, 1995).

Wyniki badań wykazują, że SES istotnie wpływa na różnicowanie stanu zdrowia członków rodziny, w tym młodzieży (Braveman, Gottlieb, 2014; Currie i wsp., 2012; Farrel i wsp., 2008; Graham, 2005; Inchley i wsp., 2016; Shavers, 2007) oraz na współczynnik śmiertelności (Adler i wsp., 1994; Lantz i wsp., 1998; Phelan, Link & Tehranifar, 2010). Nierówności w stanie zdrowia występują w każdej grupie społecznej charakteryzowanej za pomocą SES, nie tylko pomiędzy najuboższymi i najbogatszymi grupami społecznymi (WHO,

& World Bank, 2011). Fenomen ten określany jest pojęciem gradientu społecznego. Obecnie podkreśla się, że różnice w stanie zdrowia dzieci i młodzieży spowodowane czynnikami zależnymi od SES, nasilają się (Elgar i wsp., 2015).

N. Adler & J. Ostrove (1999) przedstawiają dwa alternatywne powiązania SES i stanu zdrowia. Wg pierwszej koncepcji SES wpływa na stan zdrowia jednostki (tzw. przyczynowość społeczna [*social causation*]). Przykładowo stwierdza się, że niedożywienie matki w czasie ciąży skutkuje tym, że płód a następnie dziecko jest podatne na zapadalność na różne choroby chroniczne, np. chorobę wieńcową, udar lub cukrzycę (za: Graham, 2005). G. Fujiura i K. Yamaki (2000) podkreślają, że szerokokorozumiane czynniki społeczno-ekonomiczne są również predyktorami niepełnosprawności. Dzieci żyjące w ubóstwie są bardziej podatne na warunki wysoce prognozujące niepełnosprawności, w tym niepełnosprawność intelektualną (tamże, 2000; za: Graham, 2005).

Drugie podejście wyróżnione przez N. Adler & J. Ostrove donosi, że to stan zdrowia współtworzy SES (tzw. dryf społeczny lub selekcja [*social drift, selection*]), i jest szczególnie istotny w przypadku istotnych schorzeń nabytych we wczesnym okresie życia (tamże, 1999). A. Case i wsp. (2002) oraz J. Currie & M. Stabile (2003) wskazują na powiązanie tych mechanizmów w kontekście międzypokoleniowej transmisji SES. Dzieci z rodzin o niższym SES przejawiają więcej chronicznych schorzeń, ponieważ doświadczają więcej negatywnych szoków zdrowotnych [*health shock*], spowodowanych np. gorszą opieką medyczną, mniej zdrową dietą, otaczającym niezdrowym środowiskiem lub czynnikami związanymi ze statusem zdrowotnym ich rodziców. Przyczyny te następnie ograniczają zdolności zarobkowe, gdy dzieci (z niskim SES) stają się dorośli.

W przypadku związku SES rodziny i podejmowania przez młodzież zachowań zdrowotnych, stanowiska naukowców nie są jednoznaczne. Literatura przedmiotu podkreśla przynajmniej trzy stanowiska (Hanson & Chen, 2007). Pierwsze z nich (tzw. tradycyjne) donosi, że niższy SES rodziny może wpływać na niższą częstotliwość podejmowania zachowań prozdrowotnych u młodzieży (lub większą częstość podejmowania zachowań antyzdrowotnych), a wyższy SES determinuje podejmowanie zachowań prozdrowotnych (Case, Lubotsky & Paxson, 2002; Currie i wsp., 2012; Hanson & Chen, 2007). Wyniki większości najnowszych badań wykazują, że większa zamożność rodziny wiąże się z: 1) Wyższą wartością MVPA [*medium various physical activity*], (Currie i wsp., 2012; Inchley i wsp., 2016; Institute of Medicine, 2005; Nałęcz, 2015). 2) Wpływa na częstsze spożywanie śniadań wśród młodzieży (Currie i wsp., 2012; Inchley i wsp., 2016). 3) Wyższe spożycie owoców i warzyw (Dzielska, 2015a; Inchley i wsp., 2016; Richter i wsp., 2009; Vereecken

i wsp., 2005). 4) Istotnie, pozytywnie wiąże się z częstością szczotkowania zębów (zwłaszcza, przynajmniej raz dziennie) i wyższą higieną jamy ustnej u dzieci i młodzieży (Farrel i wsp., 2008; Inchley i wsp., 2016; Zawadzka, 2015). Ponadto, zamożność rodziny istotnie, negatywnie wiąże się ze spożywaniem alkoholu u młodzieży (Lovry i wsp., 1996) i paleniem tytoniu (za: Tyas & Pedersen, 1998; U.S.DHHS, 2012), choć wyniki w tym zakresie nie są jednoznaczne (patrz w podejściu drugim, niżej). Niższy SES wpływa na: 1) Mniejszą ilość spożywanych owoców i warzyw (Farrel i wsp., 2008; Friestad, Klepp, 2006; Sandvik i wsp., 2010). 2) Częstsze spożywanie produktów wysokotłuszczowych (Wardle i wsp., 2003). 3) Częstsze picie napojów słodzonych (Dzielska, 2015a) i konsumpcje słodczy (Farrel i wsp., 2008). W większości wyników badań niski SES wpływa na mniejszą aktywność fizyczną lub bardziej sedenteryjny tryb życia (Curry i wsp. 2012; Hanson & Chen, 2007; Moore, Littlecott, 2015); oraz częstsze palenie papierosów (Hanson & Chen, 2007; Lovry i wsp., 1996; Moore, Littlecott, 2015; U.S.DHHS, 2012). Ponadto dzieci oraz młodzież z rodzin o niższym SES mają przeciętnie gorsze wyniki w zakresie stanu zdrowia, są bardziej narażone na rozwój poważnych, przewlekłych problemów zdrowotnych oraz wyższy współczynnik śmiertelności (Adler i wsp., 1994; Chen, Boyce, Matthews, 2002). Adolescenci pochodzący z uboższych rodzin bardziej narzekają na swoje zdrowie (Holstein i wsp., 2009).

Drugie stanowisko podaje, że wpływ SES rodziny na podejmowanie przez młodzież zachowań zdrowotnych może być ograniczony, ponieważ w tym wieku ważniejsze dla kształtowania się zachowań anty- i prozdrowotnych mogą być wpływy rówieśnicze, aniżeli sytuacja finansowa rodziny (za: Hanson & Chen, 2007). W związku z tym w okresie dojrzałości dochodzi do wyrównania [*equalization*] nierówności społeczno-ekonomicznych wpływających na zachowania, które są w tym okresie wyłącznie nieznacznie zaznaczone, w porównaniu z okresem dzieciństwa i dorosłości, gdzie ich wpływ jest istotny (Kuntz & Lampert, 2013). Wyjątkiem są dzieci z rodzin najuboższych, w których gradient społeczny utrzymuje się od dzieciństwa do dorosłości (Spencer, 2006). Krytycy tego podejścia argumentują, że jest to zbyt uproszczone rozumienie Teorii Wyrównania i postulują, aby zamiast klasycznego pomiaru wpływu SES rodziny na zachowania zdrowotne młodzieży wprowadzić inne zmienne, dotyczące stricte adolescentów, np.: personalny SES tj. ilość posiadanych pieniędzy przez młodzież (Kuntz & Lampert, 2013; Tyas & Pedersen, 1998; U.S.DHHS, 2012); pochodzenie kulturowe, rasowe oraz etniczne (Blum i wsp., 2000; Currie i wsp., 2012) lub demograficzne (Kowalewska, 2015; Zawadzka, 2015); typ szkoły, ścieżka edukacyjna/ poziom edukacji lub status socjoedukacyjny młodzieży (Berten i wsp., 2012; Øverland i wsp., 2010). Niezależnie od powyższych różnic badacze w tym podejściu są zgodni, że wpływ SES rodziny na stan

zdrowia potomstwa słabnie wraz z jego dorastaniem. Najnowsze badania HBSC potwierdzają brak jednoznacznych związków SES rodziny z paleniem tytoniu przez dzieci i młodzież w wieku 8–15 lat (zarówno chłopców jak i dziewcząt), w większości krajów i regionów (Inchley i wsp., 2016). Większość wyników badań podkreśla brak wpływu SES rodziny na spożywanie alkoholu (Currie i wsp., 2012; Hanson & Chen, 2007; Inchley i wsp., 2016), palenie papierosów (Kowalewska, 2015; Kuntz & Lampert, 2013; Rainio, 2009; Richter i wsp., 2009) oraz innych zachowań ryzykownych wśród młodzieży (Currie i wsp., 2012). W warunkach polskich, wyniki badań A. Dzielskiej (2015b) wykazują, że częstotliwość upijania się jest związana z zamożnością rodziny wyłącznie w grupie 11-latków, a częściej alkohol spożywa młodzież z grupy skrajnie biednej i skrajnie zamożnej. Wyniki badań prowadzone w XX wieku wskazują na brak związku SES z aktywnością fizyczną dzieci i młodzieży (Sallis i wsp., 2000) oraz brak gradientu społecznego w zakresie śmiertelności dzieci i młodzieży młodszej, w wieku 5–14 lat (Pensola, Valonen, 2000).

Trzecie stanowisko głosi, że wysoki SES rodziny może angażować młodzież do podejmowania zachowań antyzdrowotnych. Konsumpcja alkoholu przez młodzież pozytywnie koreluje z zamożnością rodziny (Moore, Littlecott, 2015) oraz wykształceniem i profesją rodziców (za: Hawkins i wsp., 1992). Stan ten może wynikać z posiadania większej ilości pieniędzy przez potomstwo i przeznaczania ich na środki psychoaktywne, w celu np. zwalczenia stresu i niepokoju związanego z ciężką na nich presją osiągnięć i przeładowanym zajęciami pozalekcyjnymi harmonogramem dnia (Luthar, Becker, 2002; Luthar, D'Avanzo, 1999). Natomiast stanowisko to w małym stopniu odnosi się do młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, których rodziny przeważnie charakteryzują się niższym, niż przeciętny SES.

Podobnie jak SES również struktura rodziny (pełna–niepełna) ma istotny wpływ na podejmowane przez potomstwo zachowania zdrowotne. Dowiedziono, że dorastanie w rodzinie z dwójką biologicznych rodziców jest czynnikiem ochraniającym młodzież przed inicjacją zachowań szkodzących zdrowiu, a zwłaszcza nadużywania alkoholu i palenia tytoniu (Blum i wsp., 2000; Dzielska, 2015b; Makara-Studzińska, Moryłowska, 2007; Theodorakis, Papaioannou, Karastogianidou, 2004). Młodzież z rodzin niepełnych jest narażona na przyswajanie zachowań szkodzących zdrowiu modelowanych przez jednego rodzica, natomiast w rodzinach pełnych zachowania antyzdrowotne jednego z rodziców mogą być wygaszane przez zachowania drugiego rodzica (Otten i wsp., 2007). Tezy te znajdują odzwierciedlenie w wynikach badań. Młodzież z rodzin niepełnych lub zrekonstruowanych jest najbardziej narażona na palenia tytoniu (Chassin i wsp., 2005; Kowalewska, 2015; Otten i wsp., 2007;

Rainio, 2009) oraz spożywanie alkoholu (Blum i wsp., 2000; Dzielska 2015b) i niską aktywność ruchową (Nałęcz, 2015). Młodzież z rodzin pełnych spożywa więcej owoców, aniżeli młodzież z rodzin niepełnych (Dzielska2015a). Struktura rodziny nie wpływa istotnie na poziom aktywności fizycznej, spożywanie słodczy oraz częstość szczotkowania zębów przez potomstwo (Dzielska, 2015a; Nałęcz, 2015; Zawadzka, 2015).

Wynik badań wskazują, że wykształcenie rodziców jest pozytywnie skorelowane ze statusem zdrowotnym ich dzieci (Case & Paxson, 2002). Z badań R. Lovry i wsp. (1996) wynika, że wykształcenie rodziców jest negatywnie związane z paleniem papierosów oraz siedzącym trybem życia młodzieży. Podkreśla się również pozytywny związek wykształcenia rodziców i konsumpcji owoców oraz warzyw przez potomstwo w wieku młodzieńczym (Lovry i wsp., 1996 ; van der Horst i wsp., 2007). Oprócz tego większość wyników badań wykazuje pozytywną korelację pomiędzy wykształceniem rodzica, a aktywnością ruchową młodzieży (Koplan i wsp, 2005). W warunkach polskich wpływ wykształcenia rodziców na palenie tytoniu przez młodzież jest niejednoznaczny, natomiast wyniki ostatnich pomiarów z 2013 i 2016 roku wskazują, że wraz ze wzrostem wykształcenia ojca i matki zwiększa się odsetek nastolatków deklarujących palenie tytoniu (Malczewski, 2016).

Rozdział 2.2.1. Uwarunkowania zachowań zdrowotnych młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w wyróżnieniu stopnia lekkiego.

Jak można wywnioskować z powyższej analizy dostępnych jest wiele doniesień dotyczących uwarunkowań zachowań zdrowotnych młodzieży o typowym rozwoju, które zostały ujęte w modelu tej pracy. Nie znalazłem w dostępnej literaturze związków wyróżnionych zmiennych z zachowaniami zdrowotnymi młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. Z uwagi na to poniższa analiza dotyczy najbardziej logicznie powiązanych z tematem pracy, dostępnych w literaturze determinantów zachowań zdrowotnych podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną (a tam gdzie to możliwe, z wyodrębnieniem stopnia lekkiego).

Na początku należy zaznaczyć, że głównym źródłem wiedzy o czynnikach osobowych, społecznych i środowiskowych dotyczących korelatów aktywności fizycznej w omawianej grupie badawczej stanowią raporty rodziców lub opiekunów młodzieży (Kozub, 2003; Stanish i wsp., 2016). Jednocześnie podkreśla się, że rodziny dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim są poddawane najmniejszej liczbie badań naukowych, a większość studiów w tym zakresie dotyczy wyłącznie matek (Baker i wsp., 1997). Mimo tych ograniczeń szacuje się, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną (również w stopniu

lekkim) są podgrupą najmniej aktywną ruchowo i prowadzącą siedzący tryb życia (patrz rozdział 2.4.1). W literaturze przedmiotu wskazuje się, że dla osób z tą kategorią zaburzeń barierą w podejmowaniu aktywności fizycznej są dwa unikalne determinanty, tj.: brak informacji dotyczących aktywności ruchowej (negatywne sprzężenie zwrotne dotyczące partycypacji w aktywności fizycznej, ze strony osób znaczących) oraz brak wsparcia (Frey, Buchanan, Rosser Sandt, 2005). Dla większości osób z niepełnosprawnością intelektualną źródłem wsparcia są: rodzice, opiekunowie i rówieśnicy z niepełnosprawnością (Lunsky & Benson 1997; za: Peterson i wsp., 2009). Jednocześnie podkreśla się, że poziom odczuwanego wsparcia społecznego jest kluczową determinantą aktywności ruchowej młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną, również w stopniu lekkim oraz że odgrywa ono istotniejszą rolę facylitującą, aniżeli u młodzieży o typowym rozwoju (Kozub, 2003; Peterson i wsp., 2008). Opiekunowie i rodzice sugerują, że przyczyną nieaktywności ruchowej osób z lekkim stopniem niepełnosprawności intelektualnej jest brak motywacji do bycia aktywnym. Potomstwo najczęściej jako barierę wskazywało brak czasu rodziców lub innych osób istotnych, od których są zależni (Buttimer, Tierney, 2005). W związku z powyższym stwierdza się, że preferencje dziecka i jego opiekuna w stosunku do aktywności fizycznej oraz poziom wykształcenia opiekuna dziecka są pozytywnie skorelowane z udziałem dzieci i młodzieży w aktywności fizycznej (Buttimer, Tierney, 2005, Lin i wsp., 2010; Menar, 2007). W rodzinach zaangażowanych w aktywność i żywienie potomstwa, rodzice stają się modelami wpływającymi na BMI swoich dzieci z niepełnosprawnością intelektualną (George i wsp., 2011). Jednak częściej podkreśla się brak rodzicielskiego modelowania i zaangażowania w aktywowanie potomstwa oraz brak wspólnie uprawianej aktywności fizycznej przez rodziców i potomstwo w badanej grupie (Kaiser, 2012; Kozub, 2003). Być może dlatego aktywność fizyczna młodzieży z tą kategorią zaburzeń istotnie zależy od warunków socjalno-bytowych [*living arrangements*]. Literatura przedmiotu wskazuje, że osoby te żyjące w warunkach zinstytucjonalizowanych [*restrictive settings*], są bardziej aktywne, aniżeli osoby żyjące w rodzinach lub samodzielnie (Barnes i wsp., 2013; Rimmer, Braddock & Marks, 1995). Inne bariery (wspólnie wymieniane przez potomstwo i rodziców) to brak pobliskiego miejsca do rekreacji i brak środków finansowych, by się tam dostać (Buttimer, Tierney, 2005).

Wyniki badań wskazują, że w populacji ogólnej mężczyźni są bardziej aktywni, aniżeli kobiety, zwłaszcza w wieku młodzieńczym (Malina, Katzmarzyk, 2006; Temple, Stanish, 2009). Dobrze udowodnione jest, że ta zależność nie występuje u osób z niepełnosprawnością intelektualną, również w stopniu lekkim (Finlayson i wsp., 2009; Gerald, Hahn, 2014; Peterson, Janz & Lowe, 2008; Temple, Stanish, 2009; Stanish, 2004). Brak zróżnicowania aktywności

ruchowej ze względu na płeć tłumaczy się (bardzo) siedzącym trybem życia osób w omawianej grupie (Temple & Walkley, 2007). Podkreśla się ponadto, że aktywność fizyczna tych osób nie jest związana z aktywnością w czasie wolnym, a głównie z pracą zawodową, która pod względem charakterystyki jest podobna u mężczyzn i kobiet (Peterson, Janz & Lowe, 2008; Stanish, 2004). Natomiast podobnie jak w populacji ogólnej częstotliwość umiarkowanej aktywności fizycznej u dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim jest odwrotnie skorelowana z wiekiem (Kozub, 2003). W badaniach polskich I. Kaiser (2012) podaje, że większość młodzieży w badanej grupie (75%) samodzielnie decyduje o formie podejmowanej aktywności ruchowej. W pozostałych przypadkach osobami decyzyjnymi są rodzice (tamże).

Istnieje bardzo mało danych dotyczących wpływów oddziaływań rodziców na dietę młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną. Z badań V. George i wsp. (2011) wynika, że im bardziej rodzice czują się odpowiedzialni za dietę swojego potomstwa tym charakteryzuje się ono niższym BMI (tamże).

Następną klasą zachowań zdrowotnych wyróżnionych w tej pracy są czynności higieniczne. W literaturze dostępne są dane dotyczące wyłącznie uwarunkowań odnoszących się do higieny jamy ustnej. Najistotniejszą zmienną rodziną jest SES rodziny (bardziej szczegółowe wyniki podane są niżej). Kolejnym istotnym determinantem zachowań związanych ze zdrowiem jamy ustnej jest głębokość zaburzenia oraz wiek badanych. Higiena jamy ustnej jest istotnie wyższa u młodzieży z lekkim stopniem niepełnosprawności intelektualnej, aniżeli u młodzieży z głębszymi stopniami tego zaburzenia (Jain i wsp., 2009). Stan ten w dużej mierze wynika ze zdolności do samodzielnego szczotkowania zębów. Szacuje się że blisko połowa 12-15-latków wymaga wsparcia przy właściwym myciu zębów (Oredugba, Akindayomi, 2008; Whelton i wsp., 2009). Natomiast jak podają S. Gizani i wsp. (1997), 91% rodziców dzieci w badanej grupie nie pomaga im w tym zakresie. Z badań H. Diab i wsp. (2017) wynika, że 70% młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim jest w stanie samodzielnie szczotkować zęby. Higiena jamy ustnej jest istotnie lepsza u młodzieży młodszej, aniżeli u młodzieży starszej (Jain i wsp., 2009; Kumar i wsp., 2009). W zakresie zróżnicowania higieny jamy ustnej pod względem płci, obserwuje się niejednoznaczne wyniki, tj. brak zależności (Diab i wsp., 2017) lub lepsza higiena u dziewcząt (Kumar i wsp., 2009).

Podobnie jak w przypadku determinantów zachowań prozdrowotnych badacze akcentują niewystarczającą ilość badań dotyczących uwarunkowań zachowań szkodzących zdrowiu u młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną (Burgard i wsp., 2000; Kepper i wsp., 2011). W zasadzie brak jest badań longitudinalnych w tym zakresie (McGillicuddy,

2006) oraz badań na dużą skalę (Steinberg, Heimlich & Williams, 2009). Dane pochodzą wyłącznie od rodziców lub opiekunów, którzy najczęściej nie zgłaszają lub niechętnie zgłaszają, że ich potomstwo nadużywa alkoholu lub papierosów z powodu poczucia winy lub zdrady (Stavrakaki, 2002) oraz obawy utraty praw rodzicielskich (Taggart i wsp., 2006).

W literaturze przedmiotu podkreśla się, że na nadużywanie substancji psychoaktywnych przez adolescentów wpływają unikalne i nawarstwiająca się kombinacje czynników biologicznych, psychospołecznych i środowiskowych, w efekcie których osoby te są bardzo narażone na popadanie w nałogi szkodzące zdrowiu (U.S.DHHS, 2012). Do najważniejszych czynników osobowych zalicza się tu: niedojrzałość emocjonalną (neurotyczność), niską odporność na stres, trudności w wyrażaniu uczuć, wysoki poziom niepokoju, nadmierną zależność od innych oraz niższy poziom inteligencji, umiejętności werbalnych i niewerbalnych, ograniczoną wnikliwość w swoje problemy, jak i zrozumienie konsekwencji swoich działań i odpowiedniego planowania swoich zachowań, trudności w rozwiązywaniu problemów i utrzymywaniu kreatywności ukierunkowanej na osiągnięcie celu (Day i wsp., 2016; za: Ogińska-Bulik, 2010; Slayter, 2016; Slayter & Steenrod, 2009; van Duijvenbode i wsp., 2012). Wskazuje się, że osoby z lekkim stopniem niepełnosprawności intelektualnej istotnie częściej nadużywają alkoholu i tytoniu, aniżeli osoby z głębszymi stopniami tego zaburzenia. A najbardziej narażeni na podejmowanie tych zachowań są ci, którzy żyją samodzielnie w środowiskach niezależnych – mniej restrykcyjnych (Chapman & Wu, 2012; Emerson, 2011; Hymowitz i wsp., 1997; Kalyva, 2007; McGillicuddy 2006; Rimmer i wsp., 1995; Robertson i wsp., 2000; Robertson i wsp., 2014; Taggart i wsp., 2006; Taylor i wsp., 2004). Podkreśla się ponadto, że osoby z lekkim stopniem niepełnosprawności intelektualnej nadużywają alkohol i tytoń głównie pod wpływem społecznym, tj. presji społecznej lub obawy stygmatyzacji i samotności (Burgard i wsp., 2000; Chapman & Wu, 2012; Kalyva, 2007). Ponadto S. Chapman & L. Wu (2012) wskazują, że palenie tytoniu przez młodzież w badanej grupie jest skorelowane z mieszkaniem z palaczami oraz z ubóstwem (tamże). A. Kepper i wsp. (2011) podają, że brak kontaktu z jednym z biologicznych rodziców (lub pochodzenie z rodziny niepełnej), jest czynnikiem podnoszącym ryzyko nadużywania alkoholu i tytoniu przez młodzież uczącą się w szkołach specjalnych.

Podobnie jak u osób o typowym rozwoju mężczyźni w badanej grupie częściej nadużywają alkoholu oraz palą tytoń, aniżeli kobiety (Chaplin, Gilvarry, Tsakanikos, 2011; Kalva, 2007; Robertson i wsp., 2014; Taggart i wsp., 2006).

W literaturze przedmiotu dobrze udokumentowany jest status ekonomiczno-społeczny rodziny (SES) w badanej grupie. Większość wyników badań jednoznacznie donosi, że sytuacja

socjalno-ekonomiczna tych rodzin jest znacznie gorsza od przeciętnej (Emerson i wsp., 2006; Emerson & Hatton, 2007; Graham, 2005; Kozubska, 1995; Maulik, Darmstadt, 2007; Robertson i wsp., 2014; Twardowski 1991; U.S.PHSG, 2001; WHO, 2010). Bieda dotyczy zwłaszcza rodzin dzieci z lekką niepełnosprawnością intelektualną (Drews i wsp., 1995; Emerson & Parish, 2010; Reschly, 2009; Robertson i wsp., 2012; Roeleveld, Zielhuis, & Gabreels 1997; Strømme, Magnus, 2000; Zigler, 1995). Wyniki badań wskazują, że około 75% osób z niepełnosprawnością intelektualną żyje na skraju ubóstwa (Yamaki, Fujiura, 2002), a osoby w badanej grupie, którym uda się znaleźć zatrudnienie (czterokrotne częstsze bezrobocie, aniżeli w populacji ogólnej), zarabiają istotnie mniej, pracują w zawodach z niższych klas społecznych oraz doświadczają więcej okresów bezrobocia, aniżeli osoby z populacji ogólnej (Maughan i wsp., 1999; Yamaki, Fujiura, 2002). Sugeruje się, że niski SES może wpływać na ujawnienie się (nadreprezentację) niepełnosprawności intelektualnej w stopniu lekkim lub jest istotnie związany z tą kategorią zaburzeń (Drews i wsp., 1995; Leonard i wsp., 2005; Murphy i wsp., 1998; Strømme, Magnus, 2000). Większe rozpowszechnienie tego zaburzenia może być spowodowane między innymi szkodliwym (deprywatycznym) najbliższym otoczeniem (Emerson, 2012; Roeleveld i wsp., 1997). Ponadto dzieci w badanej grupie nie rodzą się w rodzinach o wysokim SES, z wyjątkiem niepełnosprawności spowodowanej czynnikami neurologicznymi (Cooper, Lackus, 1984; Drews i wsp., 1995). Obecnie podkreśla się również odwrotny związek pomiędzy liczbą lat edukacji matek, a występowaniem tego zaburzenia u potomstwa (zwłaszcza w stopniu lekkim; Chapman, Scott, Stanton-Chapman, 2008; Croen, Grether & Selvin, 2001; Zheng i wsp., 2012). Zaburzenie to stwierdza się w krajach słabo i średnio rozwiniętych od 3 do 10 razy częściej w niższych klasach SES, aniżeli w średnich i wyższych, przy czym nie stwierdza się różnic w rozpowszechnieniu głębszych stopni niepełnosprawności intelektualnej, w zależności od SES (za: Robertson i wsp., 2012).

Sytuacja bytowa musi rzutować na stan zdrowia oraz podejmowanie zachowań zdrowotnych osób w badanej grupie. E. Emerson i C. Hatton (2007) podają, że nawet 1/3 przypadków gorszego stanu zdrowia osób z niepełnosprawnością intelektualną może wynikać z gorszej pozycji socjalno-ekonomicznej. Wyniki badań sugerują, że udział w sporcie lub zorganizowanej aktywności ruchowej tych osób jest najbardziej związany z nierównościami w SES (Robertson & Emerson, 2010). Ograniczenia finansowe stanowią utrudnienie m. in. w kupowaniu zdrowej żywności, w korzystaniu z centrów fitness i ogólnie aktywności ruchowej, a zwłaszcza w opiece stomatologicznej (Buttimer, Tierney, 2005; za: Fisher, 2004; Rimmer, Hsieh, 2011). Stwierdzono pozytywny związek pomiędzy higieną jamy ustnej

i stanem przyzębia dzieci, a edukacją ich rodziców (Kumar i wsp., 2009; Jain i wsp., 2009). Wykształcenie opiekunów może być istotnym predyktorem aktywności ruchowej wśród młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną (Lin i wsp., 2010).

Podsumowując powyższą dyskusję należy stwierdzić, że z powodu specyficznych czynników biopsychospołecznych młodzież (a następnie dorośli) z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, jest narażona na utratę zdrowia z powodu nadużywania substancji szkodzących. Jeśli zaczną używać środków pogarszających stan zdrowia, to z powodu obniżonych kompetencji społecznych i funkcji wykonawczych są podgrupą nadużywającą ich najbardziej, szczególnie gdy żyją samodzielnie, a środowisko w którym przebywają jest często niewydolne lub jeszcze bardziej deprivacyjne w tym zakresie. Trudności z dotarciem do późniejszych dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim (którzy wtapiają się w społeczeństwo i nie są już rozpoznawani jako tacy), dodatkowo utrudnia odpowiednie oddziaływania terapeutyczne. Dlatego za rozsądne wydaje się przybliżyć opisywane w literaturze przedmiotu modele zmiany zachowania.

Rozdział 2.3. Modele zmiany zachowań zdrowotnych.

Jak wspomniałem w poprzednim rozdziale osoby dorosłe z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim mogą podejmować wiele zachowań zdrowotnych szkodzących zdrowiu, które trudno (trudniej, aniżeli osobom o typowym rozwoju) będzie zmienić ze względu na charakterystyczne dla nich warunki biopsychospołeczne. Dlatego ważnym zagadnieniem jest zmiana zachowania, tj. nabywanie zachowań prozdrowotnych w wieku młodzieńczym oraz powstrzymanie się lub rezygnacja z zachowań szkodzących zdrowiu. Szczegółowe omówienie tego zagadnienia – choć bardzo istotne dla tej, jak i dla każdej grupy społecznej – wykracza poza ramy teoretyczne tej pracy. Niemniej poniżej skupię się na klasyfikacji i zarysie najczęściej opisywanych w literaturze przedmiotu modeli zmiany zachowań zdrowotnych.

S. Sutton (2001) dzieli modele zachowań zdrowotnych na dwie główne grupy: modele poznania społecznego [*social cognition models*] i modele fazowe [*stage model*]. Pierwsza z wyróżnionych koncepcji odnosi się do grupy podobnych teorii, z których każda określa niewielką liczbę czynników poznawczych i afektywnych, jako proksymalne determinanty zdrowia. Teorie te nie wykluczają, że na zachowanie wpływa wiele innych czynników, ale zakładają, że wpływ czynników nazywanych dystalnymi jest w dużej mierze lub całkowicie zależny od czynników proksymalnych określonych przez konkretny model. W odróżnieniu od czynników dystalnych zakłada się, że czynniki proksymalne są podatne na zmiany, na przykład

poprzez dostarczenie odpowiednich informacji (Sutton, 2001). Modele poznania społecznego mogą być wykorzystywane jako podstawa interwencji zachowań prozdrowotnych, w tym programów szkolnych (Baranowski i wsp., 2000; Sutton, 2001). Drugie podejście wyróżnione przez S. Suttona (modele fazowe) skupia się na jakościowo odrębnych etapach zmiany zachowania. Koncepcja ta zakłada, że zmiana zachowania odbywa się w sekwencji oddzielnych etapów, a na każdym etapie są określone (odrębne) czynniki, które wpływają na zmianę zachowania. W związku z tym należy stosować różne interwencje, u osób znajdujących się na różnych etapach (Sutton, 2004).

Według Z. Juczyńskiego (2001) różne koncepcje wyjaśniające zmianę zachowań zdrowotnych można sprowadzić do dwóch głównych teorii: teorii społecznego uczenia się (społeczno-poznawczej) i teorii atrybucji.

C. Armitage i M. Connor (2000), podobnie jak A. Łuszczynska (2004) dzielą modele społeczno-poznawcze na trzy typy: motywacyjne, postintencjonalne zwane również enakcyjnymi [*enaction*] i fazowe lub wieloetapowe [*multi-stage*]. Modele motywacyjne dotyczą czynników wyjaśniających, czy jednostka formułuje intencję zmiany zachowania. Koncepcje te nie weryfikują w rzeczywistości, czy intencja lub inne czynniki ujęte w tych modelach wpływają na zmiany w zachowaniu oraz na stabilność nowego zachowania. Teorie te nie uwzględniają również czynników po sformułowaniu intencji – niezależnych od zmiennych indywidualnych.

Modele enakcyjne (postintencjonalne) czyli takie, które dotyczą czynników po sformułowaniu intencji. Teorie te powstały głównie w opozycji do założenia, że motywacja jest wystarczająca by pojawiło się zachowanie. Autorzy tych koncepcji podkreślają niską korespondencję pomiędzy modelami przewidującymi zachowania zdrowotne a późniejszymi zachowaniami. W związku z tym skupiają się na wypełnieniu tej luki poprzez akcentowanie strategii kontroli działania, które mają zapewnić translacje motywacji w zachowanie (tamże). Ostatnie z wymienionych to modele fazowe (wielofazowe), których istota opisana jest w podziale S. Suttona, powyżej.

Ponadto S. Sutton (2004) wskazuje, że teorie zachowań zdrowotnych można klasyfikować według zakresu zastosowania: 1) modele zachowań w ogóle (np. Teoria Planowanego Zachowania); 2) modele zachowań specyficznych dla zdrowia (np. Model Przekonań Zdrowotnych); 3) modele zachowań specyficznych dla danej klasy zachowań zdrowotnych (np. Model zmniejszający ryzyko AIDS [*the AIDS Risk Reduction Model*]). Drugim kryterium podziału modeli zmiany zachowania jest struktura formalna, tj. teorie fazowe i teorie nefazowe (tamże).

W literaturze przedmiotu najczęściej weryfikowane empirycznie są następujące modele zmiany zachowań zdrowotnych: Model Przekonań Zdrowotnych [*The Health Belief Model, HBM*], (Rosenstock, 1974), Teoria Uzasadnionego Działania [*The Theories of Reasoned Action, TRA*], (Fishbein & Middlestadt, 1987), Teoria Planowanego Zachowania [*Theory of Planned Behavior, TBP*], (Ajzen, 1991), Model Transteoretyczny [*The Transtheoretical Model, TTM*], (Prochaska & Velicer, 1997) i Teoria Samoskuteczności [*Self-Efficacy Theory, SET*], (Bandura, 1977).

Model przekonań zdrowotnych.

Od lat 50-tych poprzedniego wieku jest to jeden z najczęściej używanych konceptów w badaniach nad zachowaniami zdrowotnymi (Champion, Skinner, 2008; Rimmer, 2008). Według tego modelu zachowanie związane ze zdrowiem jest zależne od jednoczesnego występowania czterech klas czynników: 1) Postrzegana podatność [*perceived susceptibility*], która odnosi się do dostrzeżenia problemu zdrowotnego, który jest istotny dla stanu zdrowia. 2) Postrzegana dotkliwość [*perceived severity*], istnienie przekonania że podmiot jest podatny na ten istotny problem zdrowotny i jego następstwa; połączenie tych dwóch czynników zostało nazwane – postrzeganym zagrożeniem [*perceived threat*]. 3) Postrzegane korzyści [*perceived benefits*], przekonanie, że dane zachowanie może doprowadzić do konkretnych wyników, np. przestrzeganie określonych zaleceń dotyczących zdrowia (lub podejmowanie określonego zachowania związanego ze zdrowiem), może korzystanie wpłynąć na obniżenie postrzeganego zagrożenia. 4) Postrzegane bariery [*perceived barriers*], czyli subiektywnie akceptowalne, ewentualne koszty związane z podjęciem zachowania zdrowotnego (Champion, Skinner, 2008; Rosenstock, Strecher, Becker, 1988). Jeśli postrzegane korzyści są ważniejsze, aniżeli koszty to motywacja wynikająca z postrzeganego zagrożenia zapewnia konkretną, preferowaną ścieżkę działania. Wcześniej model ten obejmował również wskazówki, które mogą wyzwać działania [*cues and to action*], jednak ich rola nie została udowodniona w badaniach testujących model (Rosenstock, 1974). Pierwotnie model stworzony był do wyjaśnienia nabywania wyłącznie profilaktycznych zachowań zdrowotnych, które nie były postrzegane jako kompleksowe działania (Champion, Skinner, 2008). Początkowo najsilniejszym wymiarem modelu była postrzegana podatność, jednak bardziej współczesne analizy zaczęły uwypuklać rolę postrzeganych barier, jako pojedynczego predyktora zmiany zachowania (Conner, 2010). Dostrzeżono, że osoba musi czuć się kompetentna, by przezwyciężyć te bariery. Dlatego też zaczęto łączyć model HBM z Teorią Samoskuteczności (Champion, Skinner, 2008; Rosenstock i wsp., 1988). Konstrukcja Samoskuteczności omówię poniżej.

Teoria Samoskuteczności.

Autor Teorii poznawczo-społecznej, A. Bandura zakłada, że na intencję zmiany zachowania (tj. rozpoczęcie podejmowania zachowań chroniących stan zdrowia lub rezygnacja ze szkodliwych nawyków), wpływają dwa główne procesy poznawcze: oczekiwania dotyczące własnej skuteczności i oczekiwania dotyczące wyniku działania, które indukowane i modyfikowane są poprzez doświadczenie powstające z efektywnego działania (Armitage & Conner, 2000; Bandura 1977). Wyróżnia się cztery główne źródła informacji: 1) Doświadczenia doskonalące [*performance accomplishments*], które dostarczają najbardziej wpływowych informacji o skuteczności, ponieważ opierają się na osobistych, pozytywnych doświadczeniach. 2) Doświadczenia zastępcze [*vicarious experience*], tj. obserwacja zachowań innych osób. 3) Werbalna perswazja [*verbal persuasion*], pochodząca od siebie lub z zewnątrz, dotycząca posiadanych kompetencji do skutecznego radzenia sobie. 4) Symboliczne doświadczenia [*physiological states*], na podstawie których ludzie oceniają swój poziom lęku i podatności na stres (Bandura & Adams, 1977; Schwarzer, 1997).

Oczekiwania dotyczące własnej skuteczności [*efficacy expectations*] odnoszą się do sądów jednostki na temat swoich kompetencji dotyczących organizacji i urzeczywistnienia się zachowania, zwłaszcza w sytuacjach zawierających nowe, nieprzewidywalne i potencjalnie stresujące elementy. Oczekiwania dotyczące wyników działania [*outcome expectations*] dotyczą przekonania, że dane zachowanie doprowadzi do konkretnych rezultatów (Rosenstock i wsp., 1988). A. Bandura wyodrębnił trzy główne wymiary samoskuteczności: 1) Wielkość [*magnitude*], tj. zakres oczekiwań co do własnej skuteczności, który rozciąga się od wyłącznie prostych do trudniejszych i bardzo trudnych zadań związanych ze zmianą zachowania. 2) Ogólność [*generality*], odnosząca się do stopnia specyficzności sytuacji, w których to zachowanie mogłoby być wykonane z powodzeniem. 3) Siła [*strenght*], dotycząca wiary w swoją skuteczność, która warunkuje trwałość działania, mimo pojawiania się odrzucających od celu doświadczeń (Bandura, 1977; Schwarzer, 1997). To kombinacja tych trzech wymiarów oczekiwań własnej skuteczności bezpośrednio wpływa zarówno na intencję, jak i trwałość sposobów radzenia sobie, tj. formę zachowania unikającą lub angażującą się, ilość i długość trwania wysiłku potrzebnego by przeciwstawić się przeszkodom i awersyjnym doświadczeniom. Im silniejsze poczucie własnej skuteczności tym bardziej aktywna postawa. Im niższa samoskuteczność, tym większe wątpliwości dotyczące efektywności wykonania niezbędnych aktywności. Wówczas nawet oczekiwane, pozytywne wyniki nie wpłyną na podjęcie zachowania (tamże).

Wg. R. Schwarzera (1997) wpływ oczekiwania własnej skuteczności na zmianę zachowania zdrowotnego przekracza wpływ jakiegokolwiek innej pojedynczej zmiennej. Konstruktor ten jest również dominującym predyktorem zachowania, jednakże w mniejszym stopniu wyjaśnia jego zmienność (Armitage & Conner, 2000). Pełni on istotną lub centralną rolę w innych modelach (np. HBM, TBP, Teorii Wzmocnionej Motywacji PMT, TTM), co świadczy o istotnej roli tego konstruktów w psychologii zdrowia.

Teoria Uzasadnionego Działania i Planowanego Zachowania.

Teoria Planowanego Zachowania jest rozszerzoną wersją Teorii Uzasadnionego Działania (Ajzen, 1991; Montaño, Kasprzyk, 2008). Obecnie są to najpowszechniej testowane modele zmiany zachowań (Łuszczynska, 2004; Turbin i wsp., 2006). Wyjaśniają one od 19% do 38% wariacji zachowań i od 40% do 50% wariacji intencji behawioralnej (Armitage, Conner, 2001; Godin, Kok, 1996; Łuszczynska, 2004). Centralnym pojęciem w tych podejściach jest jeden główny wyznacznik – intencja, rozumiana jako sąd dotyczący wykonania danego zachowania w przyszłości. Powinna ona zawierać informacje precyzyjnie określającą zachowanie i czas jego zmiany (Ajzen, 1991; Łuszczynska, 2004). Według tej koncepcji zachowanie jest różnicowane przez jego kontekst, tj. dwa takie same działania [*action*] są różne, jeśli wykonywane są w różnej sytuacji (Fishbein & Middlestadt, 1987). W Teorii Uzasadnionego Działania intencja determinowana jest przez dwa główne czynniki: postawy wobec konkretnego zakresu działania oraz subiektywnej normy dotyczącej zachowania (zinternalizowanego oczekiwania społecznego; tamże, 1987; Sęk, 2000). Postawa zależna jest od przekonań jednostki, że zachowanie prowadzi do określonych wyników, które podlegają ocenie. Oznacza to, że jeśli jednostka ma silne przekonanie, że na korzystny wynik działania ma wpływ konkretne zachowanie, to będzie pozytywnie nastawiona do tego zachowania. Subiektywna norma jest zależna od przekonania jednostki, że dane zachowanie jest pozytywnie lub negatywnie wartościowane przez osoby ważne dla podmiotu zachowania oraz jak ważne dla jednostki jest postępowanie zgodnie z tymi wartościami (Fishbein & Middlestadt, 1987; Montaño, Kasprzyk, 2008). Stwierdzono jednak, że wyżej opisane czynniki nie są wystarczającymi wyznacznikami zmiany zachowania. Intencja koresponduje z zachowaniem, gdy jest ono zależne od woli (Ajzen, 1991). Dlatego Teoria Planowanego Zachowania włącza w wyżej nakreślony model trzecią zmienną istotnie wpływającą na intencję zmiany zachowania, tj. postrzeganie kontroli behawioralnej nad sytuacją zmiany. Jest ona warunkowana poprzez doświadczenie osoby dotyczące zdolności do jego wykonania. Według założeń tej koncepcji postrzegana kontrola jest zatem kompatybilna z poczuciem

samoskuteczności w ujęciu Bandury (Ajzen, 1991). Poczucie kontroli behawioralnej wraz z intencją behawioralną może bezpośrednio prognozować osiągnięcie (wykonanie) zachowania (Ajzen, 1991; Dolińska-Zygmunt, 2000). Zaletą tego podejścia jest dokładna operacjonalizacja wszystkich zmiennych (Łuszczyńska, 2004), co może tłumaczyć najwyższą wartość predykcyjną tej koncepcji na zmianę zachowań zdrowotnych ze wszystkich modeli motywacyjnych (Armitage & Connor, 2000). Ponadto na uwagę zasługuje również włączenie w model społecznych uwarunkowań zachowań zdrowotnych (Dolińska-Zygmunt, 2000).

Wyżej wymienione modele motywacyjne generalnie są użyteczne jednak mają oszczędną [*parsimonious*] funkcję predykcyjną zmiany zachowania zdrowotnego (Armitage & Connor, 2000). Należy zastanowić się czy mogą być one istotne z punktu widzenia funkcjonowania osób w badanej grupie, uwzględniając fakt, że osoby te charakteryzują się specyficznymi właściwościami motywacyjnymi takimi jak: osłabiona motywacja do działania, mniejsze oczekiwanie sukcesu i inne.

Poniżej omówię drugi, z opisanych wyżej typów modeli zmiany zachowania, tj. model fazowy. Model ten zakłada, że zmiana zachowania dokonuje się za pomocą odmiennie jakościowych etapów oraz, że na różnych etapach najefektywniej na jednostkę mogą oddziaływać różne zmienne (Łuszczyńska, 2004; Sutton, 2004).

Model Transteoretyczny (TTM) jest najlepiej poznanym i najczęściej używanym modelem fazowym (etapowym; Sutton, 2004; Weinstein, Rothman, Sutton, 1998). Konstrukcja etapowa odzwierciedla procesualny charakter zmiany zachowania. Zmiana odbywa się w czasie, poprzez sekwencje etapów, choć często nie w sposób liniowy. Specyficzne procesy i zasady zmiany są swoiste dla danych etapów, aby zmaksymalizować efektywność. Model wyróżnia sześć etapów opisanych niżej: 1) Prekontemplacja [*precontemplation*] etap, w którym osoba nie rozważa zmian w swoim zachowaniu przez najbliższe sześć miesięcy. 2) Kontemplacja [*contemplation*] etap, podczas którego jednostka rozważa i przygotowuje się do zmiany, która nastąpi w okresie sześciu miesięcy. 3) Faza przygotowania [*preparation*], gdy osoba podejmuje decyzje o kształcie przyszłego zachowania w ciągu najbliższego miesiąca (30dni). 4) Etap akcji [*action*], tj. jawna, konkretna zmiana zachowania trwająca krócej, niż pół roku. 5) Etap utrzymania [*maintenance*], w którym osoba stabilizuje zmienione zachowanie dłużej, niż przez sześć miesięcy. 6) Etap zakończenia [*termination*], pojawia się, gdy jednostka nie odczuwa pokusy do powrotu do poprzedniego zachowania (Prochaska, Velicer, 1997; Prochaska, Redding, Evers, 2008). Procesy zmiany są ukrytymi i jawnymi działaniami, które stosuje się by przejść z jednego etapu do następnego. Model koncentruje się na pięciu etapach

zmian, dziesięciu rodzajach procesów zmiany oraz na konstrukcjach podejmowania decyzji, samoskuteczności i pokusie (tamże).

Podsumowując powyższą analizę można stwierdzić, że póki co nie stworzono modelu zachowań zdrowotnych, który by bardziej dokładnie, aniżeli inne przewidywał zachowanie lub jego zmianę (Orleans, 2000; Noar & Zimmerman, 2005; Weinstein, 1993). Autorzy modelu Transteoretycznego, podobnie jak inni badacze zakładają, że żadna pojedyncza teoria nie jest w stanie wyjaśnić wszystkich złożoności zmiany zachowania w związku z tym powinien powstać model integrujący główne teorie (Glanz & Rimmer, 2008; Institute of Medicine, 2001; Bandura 1998³). Wydaje się za rozsądne przyjąć, że stanowisko eklektyczne może być bardziej właściwe dla młodzieży w badanej grupie, ze względu na ich specyficzne właściwości biopsychospołeczne.

Rozdział 2.4. Zachowania zdrowotne dzieci i młodzieży o typowym rozwoju i z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. Przegląd badań.

W rozdziale tym skupię się na dotychczasowych wynikach badań odnoszących się do zróżnicowania częstości zachowań zdrowotnych, podejmowanych przez młodzież o typowym rozwoju i młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. Analiza ograniczy się do tych zachowań, które w literaturze przedmiotu najczęściej opisywane są, jako kluczowe dla stanu zdrowia jednostki. Są to następujące grupy zachowań zdrowotnych: aktywność fizyczna, dieta, konsumpcja używek, higiena (zwłaszcza jamy ustnej), spędzenie czasu wolnego (Bergström, 2014; Currie i wsp., 2012; Emerson & Baines, 2010; Spear & Kulbok, 2001). Wyżej wspomniani autorzy wymieniają również w tym kontekście zachowania seksualne, jednak ze względu na wiek badanych (od 12 roku życia), wyłączono tę grupę zachowań. Pozostałe z wyżej wymienionych zachowań, tworząc pięć głównych klas zachowań złożonych z odpowiednich podklas, zostały ujęte w tej pracy (przy czym spędzanie czasu wolnego zostało skategoryzowane jak aktywne ruchowo lub sedenteryjne).

Pierwszą z wyróżnionych klas zachowań jest aktywność fizyczna, uważana za jeden z najważniejszych komponentów zdrowego stylu życia. Definiuje się ją jako „...każdy ruch ciała wywołany przez mięśnie szkieletowe którego rezultatem jest wydatek energetyczny” (Caspersen, Powell, Christenson, 1985, s. 129). Doniesienia badawcze jednoznacznie opisują wpływ aktywności fizycznej na zdrowie dorosłego człowieka. Istnieją niepodważalne dowody skuteczności regularnej aktywności fizycznej o umiarkowanej intensywności w pierwotnej i wtórnej profilaktyce wielu chorób przewlekłych, np. choroby sercowo-naczyniowej, cukrzycy

³ Dla dyskusji.

typu 2, raka jelita grubego i piersi, nadciśnienia tętniczego, otyłości i osteoporozy. Regularna aktywność fizyczna wpływa na obniżenie zawartości tkanki tłuszczowej, na skład ciała, tolerancję glukozy, gęstość kości, funkcje immunologiczne i funkcjonowanie psychiczne. Ponadto ma związek z redukcją lęków i depresji oraz przedwczesnej śmierci z jakiegokolwiek przyczyny (Haskell i wsp., 2007; Pate i wsp., 1995; Warburton, Nicol, Bredin, 2006). Niski poziom nawykowej aktywności fizycznej jest związany ze znacznym zwiększeniem wskaźnika śmiertelności (Institute of Medicine, 2001; Pate i wsp., 1995). Aktywność fizyczna osób dorosłych związana jest z podejmowaniem innych zachowań prozdrowotnych: pozytywnie z nawykami żywieniowymi, negatywnie z otyłością oraz paleniem papierosów (choć w tym przypadku jest to słaby związek) oraz zmiennymi psychologicznymi, np. pozytywnie z postrzeganiem zdrowia i sprawności fizycznej, z motywacją, samoskutecznością; negatywnie z zaburzeniami nastroju (Trost i wsp., 2003).

Wpływ aktywności fizycznej na stan zdrowia dzieci i młodzieży nie jest tak dobrze poznany, jak u osób dorosłych. Zakłada się, że aktywność fizyczna oddziałuje na sprawność fizyczną, gospodarkę lipidową, ciśnienie tętnicze krwi, skład ciała, metabolizm glukozy, zdrowie układu szkieletowego i zdrowie psychiczne (Sallis i wsp., 2000). Jest ona pozytywnie związana z obniżeniem poziomu masy tłuszczowej ciała (Riddoch i wsp., 2009), z emocjonalnym dobrym samopoczuciem, dobrostanem [*well-being*], (Steptoe, Butler, 1996), wpływa pozytywnie na jakość społecznych interakcji i zmniejszenie symptomów depresji (Eime i wsp., 2013; Sallis i wsp., 2000). Ponadto aktywność fizyczna wpływa na inne zachowania zdrowotne. Np. jej wysoki poziom jest pozytywnie związany z konsumpcją owoców i warzyw przez młodzież, a negatywnie z używaniem tytoniu (papierosów) i marihuany oraz oglądaniem TV (Pate i wsp., 1996; Winnail i wsp., 1995).

Szczególnie istotna dla stanu zdrowia jest tzw. umiarkowana i energiczna aktywność fizyczna (MVPA). Obecna rekomendacja to przynajmniej jedna godzina MVPA dziennie (Cavil, Biddle & Sallis, 2001; Nader i wsp., 2008). Dwa ostatnie raporty *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC, z 2012 i 2016 roku) nad aktywnością fizyczną młodzieży szkolnej wskazują, że średnio (odpowiednio) 19% i 20,3% młodzieży szkolnej w wieku od 11 do 15 lat przejawia właściwy poziom aktywności fizycznej, potrzebny do prawidłowego rozwoju oraz utrzymania zdrowia (Currie i wsp., 2012; Inchley i wsp., 2016). W Polsce ten wskaźnik jest wyższy i wynosi 24,2% (Nałęcz, 2015). A. Wojtyła i wsp. (2011) podają, że wskaźnik wysokiej aktywności fizycznej uczniów szkół ponadpodstawowych wynosi 41%. Natomiast szacowany wiek, w którym młodzież przestaje wypełniaćienne rekomendacje MVPA to 13,1 lat u dziewcząt i 14,7 lat u chłopców (Nader i wsp., 2008). Relacja aktywności

fizycznej i zachowań sedenteryjnych jest słaba lub nieokreślona (Bauer i wsp., 2008; Marshall i wsp., 2004). W związku z tym za rozsądne wydaje się rozdzielić zachowania związane z niską aktywnością fizyczną i sedenteryjne. Według wyników dwóch ostatnich badań HBSC (z 2012 i 2016 roku) średnio, odpowiednio 61,3% i 58,3% młodzieży szkolnej w wieku od 11 do 15 lat ogląda telewizję przynajmniej dwie godziny dziennie (Currie i wsp., 2012; Inchley i wsp., 2016). W Polsce wskaźnik ten wynosi odpowiednio 65,3% i 59,3% (tamże). Ponadto w Polsce ponad dwie godziny dziennie przed komputerem spędza 54,8% młodzieży szkolnej (Nałęcz, 2015). Zachowania sedenteryjne w zakresie ponad pięciu godzin dziennie przejawiało ponad 30% chłopców i ponad 25% dziewcząt w wieku 11–15 lat (Chabros i wsp., 2008).

Nie ma powodu, aby sugerować, że korzyści płynące z aktywności fizycznej w jakikolwiek sposób nie dotyczą osób z niepełnosprawnością intelektualną. Zwłaszcza, że osoby dorosłe z lekkim stopniem tego zaburzenia nie różnią się istotnie od osób o typowym rozwoju pod względem wyboru formy aktywności rekreacyjnych (Hoge & Dattilo, 1995). Jednak konsekwencje nieaktywności ruchowej są poważniejsze u osób z tą kategorią zaburzeń, aniżeli dla populacji ogólnej, ponieważ nieaktywność pogłębia/zaostrza ograniczenia wynikające z samej niepełnosprawności (Frey i wsp., 2005; U.S.DHHS., 2000). Na przykład większość prac zarobkowych dla osób w badanej grupie wymaga wysokiej wytrzymałości fizycznej, którą trudno osiągnąć bez systematycznej aktywności fizycznej. Przeważająca część badań dowodzi, że dzieci i młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim jest mniej aktywna, aniżeli rówieśnicy z populacji ogólnej, zarówno podczas lekcji WF jak i poza środowiskiem szkolnym oraz w dni wolne od szkoły (Frey i wsp., 2008; Foley, Bryan, McCubbin, 2008; King i wsp., 2013; Stanish i wsp., 2015).

Badacze, akcentując duże zróżnicowanie w aktywności ruchowej wśród badanej młodzieży jednocześnie podkreślają zbyt małą ilość badań w tym zakresie, by jednoznacznie określić różnice lub podobieństwa w jakości aktywności ruchowej (Kozub, 2003; Peterson, Janz & Lowe, 2008; Stanish, 2004; Temple, Stanish, 2009). Niewiele jest doniesień badawczych wskazujących na mechanizmy rozwoju aktywności ruchowej, wzorce aktywności poza środowiskiem szkolnym oraz określających różne formy aktywności ruchowej podejmowanej przez dzieci i młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. Mimo, że gry i zabawy ruchowe są jedną z najbardziej naturalnych form ruchu to niewiele jest informacji, jak współtworzą one aktywność ruchową. Na podstawie dostępnych danych stwierdza się, że wiek badanych jest silnie negatywnie skorelowany z natężeniem/ilością aktywności ruchowej wśród dzieci i młodzieży w badanej grupie (Kozub, 2003; Foley i wsp., 2008). J-D. Lin i wsp. (2010) podają, że najpowszechniejszą formą aktywności fizycznej wśród

badanych jest maszerowanie, sport i jogging. Wg T. Barnes i wsp. (2013) oraz J. Buttimera, E. Tierney'a (2005) jest to: spacerowanie, pływanie, jazda na rowerze, gra w piłkę (tamże). H. Stanish & C. Frey (2008) dodają, że maszerowanie jest najbardziej wskazaną formą aktywności, tzn. jest oszczędne, wygodne i właściwe dla tej grupy (tamże). Ponadto stwierdzono, że aktywność dzieci i młodzieży z tą kategorią zaburzeń w mniejszym stopniu bazuje na umiejętnościach sportowych, a bardziej na rekreacyjnych (King i wsp., 2013). W badaniach H. Stanish i wsp. (2016) ponad połowa badanych stwierdziła, że bardziej preferuje uprawiać aktywność ruchową w swoim wolnym czasie oraz taką, która zawiera w sobie interakcje społeczne (w przeciwieństwie do młodzieży o typowym rozwoju preferującej indywidualne formy aktywności ruchowej). Jednocześnie młodzież z tą kategorią zaburzeń, a zwłaszcza chłopcy raportują większą przyjemność z oglądania TV i grania w gry komputerowe, w porównaniu z dziewczętami o typowym rozwoju. Inne dane wskazują, że formy spędzania czasu wolnego przez młodzież w badanej grupie są pasywne i samotne (tj. oglądanie TV, słuchanie muzyki) oraz zależne od rodziców (Buttimer, Tierney, 2005). Na podstawie powyższych doniesień można zaryzykować stwierdzenie, że młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim chciałaby aktywnie spędzać czas z innymi, ale niekoniecznie ma taką sposobność.

Równie mało danych odnoszących się do aktywności ruchowej młodzieży w badanej grupie można znaleźć w literaturze polskiej. I. Kaiser (2012) podaje, że młodzież częściej jest aktywna podczas weekendu, aniżeli dni powszednich. Głównymi formami aktywności ruchowej są: jeżdżenie na rowerze oraz spacer (dla dziewcząt), gra w piłkę (dla chłopców; tamże). Badania prowadzone pod kierunkiem E. Dyduch (2012) wykazały, że aktywność fizyczna dziewcząt z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim uczęszczających do klas II i III ogólnodostępnych szkół podstawowych jest zbyt niska (za: Mach, 2017).

Niska aktywność fizyczna w wieku młodzieńczym jest związana z niewystarczającą aktywnością oraz częstymi zachowaniami sedenteryjnymi u dorosłych osób w badanej grupie (Barnes i wsp., 2013; Gerald, Hahn, 2014; Finlayson i wsp., 2009; Frey i wsp., 2005; Melville i wsp., 2015; Robesrtson i wsp., 2014).

Następną uwzględnioną w tej pracy klasą zachowań zdrowotnych jest dieta. Z raportów HBSC (2012, 2016) wynika, że średnio odpowiednio 36,3% i 38% młodzieży szkolnej w wieku 11–15 lat spożywa owoce przynajmniej jeden raz dziennie (Currie i wsp, 2012; Inchley i wsp., 2016). Badania przeprowadzone w Polsce w 2014 roku wskazują, że wśród młodzieży w wieku 11–15 lat, 18,3% konsumuje owoce a 13,6% warzywa częściej, niż jeden raz dziennie.

Natomiast średnio 14,7% jadło słodczyce a 14,9% piło napoje słodkie częściej, niż jeden raz dziennie (Dzielska, 2015a).

Dzieci i młodzież z niepełnosprawnością intelektualną są zagrożone czynnikami związanymi ze złym odżywianiem się (Gibson i wsp., 2011). Stosunkowo dużo wyników badań koncentruje się na określeniu wskaźników otyłości u osób z tą kategorią zaburzeń, a mniej jest danych odnoszących się do nawyków żywieniowych (do jakości diety i jej wpływu na nadwagę lub otyłość, zwłaszcza u adolescentów w badanej grupie). Najmniej jest doniesień dotyczących niedożywienia dzieci z niepełnosprawnością intelektualną (Franssen, Maaskant van Schrojenstein Lantman-de Valk, 2011; Ptomey i wsp., 2013). Na podstawie dostępnych wyników badań można stwierdzić, że średnio 96% młodzieży starszej w badanej grupie (powyżej 15 lat i dorosłych), spożywa niewystarczającą ilość owoców i warzyw (Mok & Ling, 2016). Ponadto średnio 32% adolescentów (w tym ok 65% to młodzież w badanej grupie), spożywa słodczyce pomiędzy posiłkami częściej, niż dwa razy dziennie (Diab i wsp., 2017). Mało korzystne dla zdrowia nawyki żywieniowe nastolatków są kontynuowane w późniejszych okresach życia. Dieta osób dorosłych z lekką niepełnosprawnością intelektualną jest uboga w zawartość błonnika, witaminy A, D, E, kwas foliowy, potas i sód (Ptomey i wsp., 2013). Zwłaszcza u mężczyzn występują niedobory witaminy K, a u kobiet deficyty zawartości wapnia. Ponadto dorosłe osoby w badanej grupie przejawiają najniższe spożycie owoców, produktów pełnoziarnistych, ciemnozielonych i pomarańczowych warzyw, niehydrogenizowanych, nierafinowanych olejów roślinnych, a w zbyt dużych ilościach konsumują tłuszcze nasycone i węglowodany rafinowane (tamże). J. Robertson i wsp. (2014) podają, że dorośli w badanej grupie częściej, aniżeli dorośli o typowym rozwoju piją mleko pełne (35,1% vs 17,8%), spożywają biały chleb (58,7% vs 42%), natomiast rzadziej, niż cztery razy w tygodniu konsumują owoce i warzywa (odpowiednio 65,5% vs 41,5% oraz 48,5% vs 26,7%; tamże).

Kolejną klasą zachowań są te związane z higieną. Nie udało się znaleźć badań dotyczących częstości brania kąpieli i mycia dłoni. Dostępne są doniesienia dotyczące higieny jamy ustnej. Badania HBSC (2012, 2016) wskazują, że odpowiednio 65% i 66,5% młodzieży szkolnej (66% młodzieży w Polsce), w wieku 11–15 lat przynajmniej raz dziennie szczotkuje zęby, istotnie częściej dziewczęta, aniżeli chłopcy (Currie i wsp., 2012; Inchley i wsp., 2016; Zawadzka, 2015), a ponad 28% jeden raz dziennie (Zawadzka, 2015).

Istnieją nieliczne doniesienia badawcze dotyczące zachowań zdrowotnych związanych z higieną jamy ustnej młodzieży w badanej grupie. Dostępne są dane dotyczące stanu zdrowia jamy ustnej osób (w tym młodzieży), które są silnie związane z zachowaniami zdrowotnymi w

tym zakresie, ale nie są tożsame. Niemniej na podstawie tych wyników stwierdza się zaniedbania w higienie jamy ustnej (Altun i wsp., 2010; Anders & Davies, 2010; Batista i wsp., 2009; Fisher, 2012; Gizani i wsp., 2006; Mehta i wsp., 2015). Na trudności w ustaleniu wskaźnika częstości i jakości szczotkowania zębów, wpływa również heterogeniczność badanej grupy w kontekście możliwości samodzielnego mycia zębów. Z dostępnych, nielicznych danych wynika, że 37% badanych dzieci i młodzieży z lekką niepełnosprawnością intelektualną samodzielnie szczotkuje zęby dwa lub więcej razy dziennie, 27,5% samodzielnie jeden raz dziennie, a 6% w ogóle nie myje zębów (Diab i wsp., 2017). Ponadto podaje się, że blisko 19% dzieci myje zęby powyżej lub dwa razy dziennie, a od 22% do 40% dzieci w badanej grupie szczotkuje zęby rzadziej, niż raz dziennie (Gizani i wsp., 1997; 2006; Jain i wsp., 2009).

Następną klasą zachowań zdrowotnych, która ma istotny wpływ na stan zdrowia jest nadużywanie używek, szczególnie papierosów oraz alkoholu. Z ostatnich dwóch raportów HBSC (2012, 2016) wynika, że odpowiednio średnio 18% i 12% młodzieży w wieku 15 lat oraz 6% i 3% młodzieży w wieku 13 lat pali tytoń regularnie przynajmniej raz w tygodniu (Currie i wsp., 2012; Inchley i wsp., 2016). Z danych zebranych w Polsce wynika, że 12,3% młodzieży w wieku od 11 do 15 lat pali tytoń z różną częstością, a 8,1% czyni to regularnie w każdym tygodniu. W wieku 15 lat codziennie pali tytoń obecnie blisko 10% nastolatków (bez istotnych różnic związanych z płcią), w wieku 13 lat współczynnik ten wynosi średnio 4,75% (Kowalewska, 2015). PBS (2007) podaje, że powyżej pięciu papierosów dziennie pali 15% młodzieży ponadgimnazjalnej, natomiast do regularnego palenia przyznaje się 21% uczniów (PBS, 2007, Malczewski, 2016). Trudno jest jednoznacznie oszacować wskaźnik palenia tytoniu wśród młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną (a zwłaszcza w stopniu lekkim), ze względu na bardzo małą ilość badań młodzieży tym zakresie (Chapman & Wu, 2012; McGillicuddy 2006), a zwłaszcza badań na szeroką skalę (Steinberg i wsp., 2009) oraz sprzeczne wyniki badań (Taggart i wsp., 2006; Taggart Chaplin, 2014). E. Emerson & L. Turnbull (2005) wskazują na ogólnie wyższy wskaźnik palenia tytoniu wśród młodzieży z tą kategorią zaburzeń (11–15 lat), aniżeli u rówieśników o typowym rozwoju (14% do 8%; tamże). W badaniach E. Kalyva (2007), młodzież w badanej grupie częściej pali papierosy regularnie i okazjonalnie (29,2%), aniżeli młodzież o typowym rozwoju (20,2%). J. Grunbaum, R. Lowry, L. Kann (2001) konstatują, że aż 70% młodzieży uczących się w ramach edukacji specjalnej pali papierosy, w porównaniu z 36% z edukacji powszechnej (za: Kepper i wsp., 2011). Ponadto wiele badań wskazuje na wyższy wskaźnik palenia u dorosłych z lekkim stopniem niepełnosprawności intelektualnej, aniżeli z populacji ogólnej (Merriman i wsp., 2005; Robertson i wsp., 2014; Tracy & Hosken, 1997). Przeciwnie wyniki badań podaje

S. Whitaker & M. Hughes (2003) stwierdzając, że blisko 3% młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim (w wieku 14–19 lat) identyfikuje się jako palacze (tamże). Z kolei badania J. Gress, M. Boss (1996) wskazują na taki sam lub podobny wskaźnik palenia u młodzieży w badanej grupie i o typowym rozwoju (za: McGillicuddy 2006).

Do zachowań szkodzących zdrowiu zalicza się również nadużywanie alkoholu. Z dwóch ostatnich raportów HBSC (2012, 2016) wynika, że średnio odpowiednio 11% i 7% młodzieży w wieku 11–15 lat spożywa alkohol przynajmniej raz w tygodniu (w tym odpowiednio: 4% i 3% 11-latków, 8% i 5% 13-latków oraz 21% i 13% 15-latków), istotnie częściej chłopcy, aniżeli dziewczęta (Currie i wsp., 2012; Inchley i wsp., 2016). Podobne dane z USA podaje M. Resnick i wsp. (1997), tj. blisko 10% młodzieży w wieku 13–18 lat spożywa alkohol przynajmniej raz w tygodniu, a 18% częściej, niż jeden raz w miesiącu (tamże). W Polsce 6,4% młodzieży w wieku od 11 do 15 lat pije alkohol przynajmniej raz w tygodniu (Dzielska, 2015b; Inchley i wsp., 2016). Ponadto stwierdza się, że blisko co piąty nastolatek (21,1%) upił się raz w życiu, a częstość picia i upijania jest podobna u obu płci (tamże). PBS (2007) podaje, że 56% uczniów III klasy gimnazjum (55% chłopców i 57% dziewcząt) oraz 85% uczniów szkół ponadgimnazjalnych (88% chłopców i 82% dziewcząt) spożywało alkohol w okresie ostatniego miesiąca. Podobnie przedstawiają się inne wyniki badań w tym zakresie. J. Sierosławski (2015) stwierdza, że blisko 49% III klasy gimnazjum (50,2% chłopców i 47,1% dziewcząt), a ponad 82% uczniów II klasy ponadgimnazjalnej (83% chłopców i 81,7% dziewcząt) piło alkohol w ciągu ostatniego miesiąca od badania (tamże). A. Malczewski (2016) podaje, że w ciągu miesiąca poprzedzającego badanie 72% uczniów szkół ponadgimnazjalnych przynajmniej raz piło piwo, 63% próbowało wódki (lub innych mocnych alkoholi), a 41% spożywało wino (tamże).

Literatura przedmiotu podaje, że osoby z lekkim stopniem niepełnosprawności intelektualnej (zarówno młodzież jak i dorośli) są podgrupą najbardziej zagrożoną nadużywaniem alkoholu (bardziej, aniżeli rówieśnicy o typowym rozwoju lub młodzież z głębszymi stopniami tego zaburzenia; Day i wsp., 2016; Slayter, 2016; van Duijvenbode i wsp., 2012). Alkohol jest najpowszechniejszą używką nadużywaną wśród badanej grupy (Chaplin i wsp. 2011; Emerson & Baines, 2010; Taggart i wsp., 2006; VanderNagel i wsp., 2011). Jednak doniesienia badawcze dotyczące częstości nadużywania alkoholu, w porównaniu z rówieśnikami o typowym rozwoju są niejednoznaczne (Day i wsp., 2016; VanderNagel i wsp., 2014). J. Robertson i wsp. (2014) podają, że 9,4% dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną spożywa alkohol codziennie (częściej, niż rówieśnicy o typowym rozwoju – 4,7%; tamże). E. Schijven i wsp. (2015) stwierdzają, że od 75% do 85% młodzieży w badanej

grupie, którzy przejawiają dodatkowo poważne trudności w zachowaniu, regularnie używa alkoholu (tamże). Podobne dane podają E. Chaplin i wsp. (2011) w kontekście osób dorosłych, zwłaszcza mężczyzn (tamże). N. McGillicuddy & H. Blane (1999) wskazują, że 21% osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną nadużywa alkoholu (za: VanderNagel i wsp., 2014). Na podstawie danych z poprzedniego wieku, uważa się, że nadużywanie alkoholu u osób z tą kategorią zaburzeń jest podobne lub nieco wyższe, aniżeli u osób o typowym rozwoju (Burgard i wsp., 2000). W literaturze przedmiotu istnieją doniesienia o prawdopodobnie mniejszym używaniu i nadużywaniu alkoholu u osób w badanej grupie (McGuire, Daly, Smyth, 2007; Slayter, 2007; Taggart & Chaplin, 2014; VanderNagel i wsp., 2011). S-A. Cooper i wsp. (2007) podają, że nadużywanie alkoholu dotyczy 2% osób dorosłych z lekką niepełnosprawnością intelektualną (tamże). Inicjacja alkoholowa odbywa się później u młodzieży w badanej grupie, w porównaniu z rówieśnikami o typowym rozwoju (Burgard i wsp., 2000).

Podsumowując powyższą analizę dotyczącą nadużywania substancji szkodliwych dla zdrowia młodzieży w badanej grupie, należy zaznaczyć, że wskaźnik częstości używania może być wysoce niedoszacowany z powodu małej ilości badań dotyczących wyłącznie tej podgrupy (wyniki badań odnoszące się do całej grupy osób z niepełnosprawnością intelektualną mogą zaniżać wyniki badanej podgrupy). Ponadto rodzice młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim najczęściej nie zgłaszają problemów w tym zakresie. Co więcej często dorosłe osoby w badanej grupie nie znajdują się pod opieką ośrodków odurzających, a do tych żyjących samodzielnie trudno jest dotrzeć (tzw. ukryta większość [*hidden majority*]; Burgard i wsp., 2000; Day i wsp., 2016; Taggart i wsp., 2006; Taggart & Chaplin, 2014; VanderNagel i wsp., 2014).

Konkludując, z powyższej dyskusji dotyczącej podejmowania zachowań zdrowotnych wśród młodzieży w badanej grupie wynika, że zbyt mało jest badań nad konkretnymi klasami zachowań zdrowotnych oraz typami zachowań zdrowotnych w ogóle. A. Mach (2017) stwierdza niski poziom nasilenia zachowań sprzyjających zdrowiu u młodych dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, co wskazuje na istotną potrzebę dokładnego zbadania tych zachowań oraz ich uwarunkowań.

Rozdział 3. Rodzinne i podmiotowe uwarunkowania zachowań zdrowotnych podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. Problem pracy i hipotezy.

Rozdział 3.1. Uzasadnienie podjętej problematyki badawczej.

W literaturze poświęconej osobom z niepełnosprawnością intelektualną można wyróżnić wiele koncepcji ujmowania tego zaburzenia. Zgodnie z paradygmatem funkcjonalno-rozwojowym bazującym na założeniach przyjętych przez najważniejsze organizacje zajmujące się tym zagadnieniem (tj. WHO, APA, AIDD), to stan zdrowia jednostki (również lub zwłaszcza z niepełnosprawnością intelektualną), jest podstawą do pełnego funkcjonowania w społeczeństwie. Innymi słowy zdrowie warunkuje zniesienie wielu barier, które urzeczywistniają trudności w funkcjonowaniu (w interakcjach) społecznym. W tym znaczeniu zachowania zdrowotne pełnią szczególną rolę w rozwoju osobniczym. Lokują się one na najniższym szczeblu w repertuarze behawioralnym jednostki, tworząc fundament dla innych zachowań społecznych.

Specyficzne właściwości osobnicze wynikające z funkcjonowania poznawczego oraz doświadczeń społecznych osób w badanej grupie powodują, że już w dzieciństwie następuje u nich spowolnienie procesu nabywania podstawowych zachowań społecznych w tym zachowań ochraniających i doskonalących własne zdrowie. Kształtowanie zachowań prozdrowotnych u osób z niepełnosprawnością intelektualną jest istotne, ponieważ jak jednoznacznie wskazują wyniki badań, kondycja zdrowotna osób z tą kategorią zaburzeń jest gorsza, aniżeli kondycja zdrowotna osób o typowym rozwoju, co (dokładnie) wykazałem w rozdziale 1.3. Przyczyny tego stanu są różnorodne: 1) Czynniki biologiczne, np. schorzenia o różnej etiologii i patogenezie [*health disparities*], (opisane w rozdziale 1.3.). 2) Czynniki społeczno-polityczne [*health inequalities*]: izolacja i stygmatyzacja społeczna, niższy status ekonomiczno-społeczny rodzin młodzieży z omawianą kategorią zaburzeń, nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej oraz często deprivacyjne najbliższe otoczenie (Emerson 2012; Pusta i wsp., 2008). 3) Czynniki związane stricte z niepełnosprawnością, tj. czynniki psychiczne (wskazane w rozdziale 2.2.), mniejsza zdolność do kontroli otoczenia (Messent, i wsp., 1999), ograniczona wiedza dotycząca zdrowia (Freedman, Chassler, 2004; Havemann i wsp., 2009).

Z powyższej analizy wynika, iż osoby z niepełnosprawnością intelektualną są bardziej narażone na utratę dobrego stanu zdrowia, aniżeli osoby z populacji ogólnej i w tym znaczeniu

wykazują szczególnie wysokie zapotrzebowanie na kształtowanie zachowań ochraniających i doskonalących stan zdrowia.

Okres adolescencji jest kluczowym dla kondycji zdrowotnej jednostki w ciągu całego życia, ponieważ wybory zachowań zdrowotnych (zwłaszcza antyzdrowotnych), inicjowanych i podejmowanych w tym okresie często stanowią o późniejszym zdrowiu osoby dorosłej (Elgar i wsp., 2015; Steinberg, 2008; U.S.DHHS, 2012; Viner i wsp., 2012; Wardle i wsp., 2003). Wyniki badań wskazują, że 70–80% młodzieży z otyłością stwierdzoną w okresie dojrzewania stanie się otyłymi dorosłymi (Ponczek, Olszowy, 2012). Większość dorosłych palaczy zainicjowało palenie tytoniu w wieku młodzieńczym (Griffin i wsp., 1999). Prawie 2/3 przedwczesnych śmierci oraz 1/3 obciążeń chorobowych w wieku dorosłym jest związana z warunkami lub zachowaniami, które zostały rozpoczęte w wieku dorastania (za: WHO, 2007b). Ponadto bardzo trudno dotrzeć jest do osób dorosłych z omawianą kategorią zaburzeń, które po zakończeniu edukacji specjalnej wtapiają się w społeczeństwo i w zdecydowanej większości są nierozpoznawalne jako osoby, którym potrzebna jest szczególna pomoc w zakresie ochrony zdrowia. Z uwagi na powyższe, w tej pracy zdecydowałem się zbadać zachowania zdrowotne oraz ich uwarunkowania u młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

Jak wskazuje literatura przedmiotu przyjęte w tej pracy podejście eklektyczne do determinantów zachowań zdrowotnych jest istotne z przynajmniej dwóch powodów. Stwierdzono, że przyczyny zachowań zdrowotnych, np. aktywności fizycznej, są wieloczynnikowe, a ich uwarunkowania mogą być ze sobą skorelowane (Davison i wsp., 2003; Gruszczyńska i wsp., 2015; Neumark-Sztainer i wsp., 2003a; Sallis i wsp., 2000; Spear & Kulbok, 2001). Przy czym wiodącą rolę pełnią tu zmienne osobowościowe i rodzinne (Resnick i wsp., 1997). Drugim powodem przyjęcia podejścia eklektycznego jest mała ilość badań w dostępnej literaturze (zwłaszcza polskojęzycznej), które odnoszą się jednocześnie do wyznaczników podmiotowych oraz rodzinnych determinantów zachowań zdrowotnych (Zadworna-Cieślak, Ogińska-Bulik, 2011).

Głównymi czynnikami podmiotowymi warunkującymi zachowania zdrowotne wziętymi pod uwagę w tej pracy jest **poziom funkcjonowania intelektualnego (w normie lub poniżej normy)** oraz **samoocena, wiek i płeć** (cechy demograficzne). Odnosząc się do pierwszej z wymienionych wyżej właściwości podmiotowych, należy stwierdzić, że młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, ze względu na specyficzną sytuację biopsychospołeczną, wykazuje trudności z gromadzeniem, przetwarzaniem i wykorzystaniem nabytych, często niekorzystnych doświadczeń w zakresie doskonalenia i ochrony stanu zdrowia

(co wykazałem w rozdziale 1.1., 2.2., oraz wyżej). Jak można przypuszczać, stan ten sprawia, że młodzieży z grupy badawczej trudniej jest (w stosunku do ich rówieśników o typowym rozwoju), przyswajać, rozumieć znaczenie i konsekwencje (zwłaszcza w dalekiej perspektywie przyszłościowej), a następnie podejmować niezbędne zachowania prozdrowotne oraz powstrzymywać się od zachowań szkodzących zdrowiu.

Na trudności w uczeniu się oraz funkcjonowaniu młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim nakładają się specyficzne cechy osobowości, które dodatkowo mogą utrudniać proces nabywania koniecznych zachowań prozdrowotnych. Jednym ze specyficznych dla badanej grupy młodzieży czynników wewnętrznych jest ocena samego siebie. W tym miejscu chciałbym uzasadnić wybór tego czynnika, jako determinantu podmiotowego. Konstrukty samooceny od dawna znajduje się w polu zainteresowania badaczy o orientacji humanistycznej. Uważa się, że odgrywa on centralną rolę we wszystkich sytuacjach związanych z uczeniem się i zdobywaniem nowych doświadczeń, jest podstawą dla motywacji do działania i zasadniczym regulatorem zachowań społecznych jednostki (Gerrig & Zimbardo, 2006; Kenrick, Neuberg & Cialdini, 2006; Mercer, 2011). Większość badań dotyczących związku samooceny i zachowań zdrowotnych dotyczy przekroju populacji lub określonych grup wiekowych (Neumark-Sztainer i wsp., 2003a). Zaskakująco mało uwagi poświęca się podgrupom np. osobom z niepełnosprawnością intelektualną, w tym młodzieży (Evans, 1998; Widaman i wsp., 1992; Zigler & Hodapp, 1986). Opisane w rozdziale 2.2., korelacje i wpływy samooceny na zachowania zdrowotne dotyczą populacji ogólnej. Nie znalazłem badań w tym zakresie odnoszących się do dzieci i młodzieży w badanej grupie. Ponadto w literaturze przedmiotu często opisywany jest związek zachowań zdrowotnych z samooceną ujmowaną w kategoriach samooceny ogólnej lub innych powiązanych konstruktów np. [*self-worth, self-acceptance, body image*], (np. Neumark-Sztainer i wsp., 2003a). Konsekwencją takich modeli jest niska wartość predykcyjna wpływu samooceny na podejmowanie zachowań zdrowotnych lub sprzeczne wyniki badań w tym zakresie (Ajzen & Albarracín, 2007; Baumeister i wsp., 2005; Hill, 2005). Stanowiska te jednak w przeważającym stopniu dotyczą wpływu samooceny globalnej, rozumianej jako jednomodalny konstrukt (np. jak w badaniach A. Glendinning & D. Inglis, 1999), a w dużo mniejszym stopniu samooceny w ujęciu wielowymiarowym (Marsh & Craven, 2006), podjętym w tej pracy. Mając na uwadze powyższe argumenty przyjąłem, że samoocena jest główną zmienną podmiotową mogącą korelować z podejmowaniem zachowań zdrowotnych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

Ponadto interesuje mnie, czy struktura i podejmowanie poszczególnych grup i klas oraz typów zachowań zdrowotnych zmienia się w okresie wczesnej–późnej adolescencji oraz, czy

istnieje zróżnicowanie w tych obszarach w zależności od płci badanej młodzieży. Dlatego do analizy czynników podmiotowych włączam również te cechy demograficzne.

Drugą grupą determinantów zachowań zdrowotnych młodzieży (obok osobowościowych) są uwarunkowania rodzinne. Zaliczam do nich: **postawy rodzicielskie, zachowania zdrowotne rodziców, SES rodziny**. Mimo, że bezsporną kwestią jest istotny wpływ czynników rodzinnych na kształtowanie zachowań zdrowotnych młodzieży, wciąż brakuje precyzyjnych danych dotyczących konkretnych oddziaływań, co powoduje wzrost zapotrzebowania na ten rodzaj analiz, zwłaszcza w warunkach polskich (Birch & Davison, 2001; McClain i wsp., 2009; Zadworna-Cieślak, Ogińska-Bulik, 2011).

Stwierdzono, że postawy rodzicielskie mają istotny wpływ na rozwój dziecka. Są związane z poziomem ilorazu inteligencji, rozwojem społecznym i uczuciowym potomstwa we wczesnym wieku szkolnym oraz z powodzeniem dziecka podczas nauki szkolnej, z dojrzałością szkolną i przystosowaniem do warunków szkolnych (za: Ziemska, 1973). Jednak w dalszym ciągu brak jest precyzyjnych danych, jak postawy rodzicielskie związane są z zachowaniami zdrowotnymi podejmowanymi przez potomstwo.

Drugim determinantem rodzinnym są zachowania zdrowotne rodziców. Modelowanie właściwych zachowań zdrowotnych potomstwa jest jednym z zasadniczych zadań rodziców w zakresie zdrowia rodziny. Wiele wyników badań (przeprowadzonych również w warunkach polskich) wskazuje na istotny (bezpośredni) związek pomiędzy podejmowanymi zachowaniami zdrowotnymi (zarówno pro- jak i antyzdrowotnymi) rodziców i ich potomstwa oraz funkcję predykcyjną zachowań zdrowotnych rodziców wobec zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży o typowym rozwoju (patrz rozdział 2.2.). Brakuje natomiast doniesień dotyczących tych zależności w rodzinach z potomstwem z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. Uwzględniając fakt, że młodzież w badanej grupie ma większe tendencje do naśladownictwa, aniżeli rówieśnicy o typowym rozwoju (Pilecka, 1995), za rozsądne wydaje się przyjąć, iż zachowania zdrowotne rodziców powinny być związane z zachowaniami zdrowotnymi młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

Ostatnim determinantem rodzinnym przyjętym w tej pracy jest SES rodziny, który (jak wykazałem w rozdziale 2.2.) istotnie różnicuje stan zdrowia potomstwa z poszczególnych typów rodzin (o wysokim i niskim SES). Jak wskazano wcześniej istnieje nadreprezentacja młodzieży zdiagnozowanej jako niepełnosprawni intelektualnie w stopniu lekkim w rodzinach o niskim SES. W tej pracy interesuje mnie, czy różnice w SES rodziny w badanej grupie będą związane z podejmowaniem zachowań zdrowotnych przez potomstwo.

Istotność podjętego w tej pracy podejścia eklektycznego do uwarunkowań zachowań zdrowotnych można wykazać na przykładzie otyłości, której wskaźnik częstości wśród dzieci i młodzieży uległ dramatycznemu wzrostowi w ostatnim dwudziestoleciu. Stan ten wskazuje, na kluczową rolę czynników środowiskowych i genetycznych (które w dużej mierze są tu nierozłączne), w rozwoju i kontroli masy ciała dzieci i młodzieży (Birch & Davison, 2001; Ebbeling, 2011; Koplan i wsp., 2005). Wyniki badań K. Davison & L. Birch (2001) ilustrują użyteczność identyfikowania dzieci zagrożonych nadwagą poprzez badanie aktywności rodziców oraz wzorce spożywania pokarmów przez potomstwo. Autorzy ci postulują również skupienie się w większym stopniu na jednostce rodzinnej, aniżeli na poszczególnych członkach rodziny (tamże).

Użyteczność podejścia eklektycznego może objawiać się w skuteczności zdrowotnych programów terapeutycznych skierowanych do osób w badanej grupie. C. Day i wsp. (2016) wskazują, że wyposażanie uczniów wyłącznie w niezbędną wiedzę dotyczącą zachowań zdrowotnych może być mało skuteczne w prewencji zachowań szkodzących zdrowiu (tamże, 2016). Ze względu na trudności w generalizacji i kontroli, młodzież w badanej grupie może w większym stopniu być podatna na wieloaspektowe oddziaływania. Przyjęcie tezy, że zachowania zdrowotne młodzieży są uwarunkowane wieloczynnikowo jest logicznie związane z próbą określenia tych determinantów, które mogą wykazywać korelacje i najsilniejsze związki z podejmowanymi przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim zachowaniami zdrowotnymi.

Rozdział 3.2. Wyjaśnianie pojęć.

Z uwagi na to, iż szczególne miejsce w tej pracy zajmują zachowania zdrowotne (z.z.) w pierwszej kolejności przedstawię sposób rozumienia tego pojęcia. W literaturze przedmiotu można wyodrębnić trzy podstawowe podejścia do definicji zachowań zdrowotnych (celowościowe, funkcjonalne i łączne), które opisuję w rozdziale 2.1. W tej pracy zastosuję ostatnią z tych koncepcji, tj. łączne (celowościowo–funkcjonalne) podejście do zachowań zdrowotnych. W związku z tym przyjmuję, że **zachowania zdrowotne to aktywność podejmowana samodzielnie lub pod wpływem społecznym, której intensywność pozostaje w związku ze stanem zdrowia, wpływając na niego pozytywnie lub negatywnie według przyjętej w danym środowisku wiedzy obiektywnej.** Zachowania te mogą przejawiać się w formie nawykowej, intencjonalnej lub reaktywnej.

Wydaje się za rozsądne przyjąć, że podejście funkcjonalno–celowościowe najlepiej określa specyfikę z.z. podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną

w stopniu lekkim. Przyjęcie wyłącznie koncepcji celowościowej (wg której, zachowaniami zdrowotnymi są jedynie te z nich, które służą pomnażaniu stanu zdrowia), ogranicza aspekt funkcjonalny, tj. wyłącza z analizy zachowania antyzdrowotne, na które w większym stopniu narażona jest młodzież z niepełnosprawnością intelektualną (co wykazałem w rozdziale 2.2.). Ponadto stanowisko włączające do zakresu zachowań zdrowotnych zachowania szkodzące zdrowiu jest zgodne z poglądem większości badaczy (Heszen, Sęk, 2007). Z kolei specyficzna sytuacja biopsychospołeczna, w której znajduje się młodzież z omawianą kategorią zaburzeń uprawnia do przyjęcia szerszej perspektywy z.z., która uwzględnia nie tylko wpływ zachowania na stan zdrowia, ale również wybrane właściwości osobowościowe, np. motyw, intencję lub sterowność jego podejmowania (aspekt celowościowy).

Wymiar funkcjonalny z.z. w tej pracy stanowi intensywność zachowania zdrowotnego, czyli częstość jego podejmowania, której funkcją jest skutek zdrowotny, tj. stopień **nasilenia prozdrowotności**. Wymiar ten rozciąga się na continuum, którego krańce stanowią zachowania o **największej prozdrowotności** (np. codzienna aktywność fizyczna) versus zachowania o **najmniejszej prozdrowotności** (np. niepodjęcie aktywności fizycznej w ogóle). Pomiędzy krańcami skali umiejscowiona jest intensywność zachowania zdrowotnego uporządkowana od najmniej do najbardziej prozdrowotnych. Kryterium podziału funkcjonalnego – ze względu na jego skutek zdrowotny – jest intensywność podejmowania danego zachowania zdrowotnego (nasilenie prozdrowotności, wysokie lub niskie). Przy czym wysoka intensywność z.z. może świadczyć o wysokiej prozdrowotności (np. codzienne spożywanie owoców) lub niskiej (np. codzienne palenie papierosów). Podobnie niska intensywność z.z. może stanowić o wysokiej prozdrowotności (np. powstrzymanie się od palenia papierosów) lub niskiej (niespożywanie owoców). Mając powyższą zależność na uwadze, w kontekście zachowań o wysokim nasileniu prozdrowotności będę również posługiwał się terminem wysoka intensywność zachowań prozdrowotnych. Bardziej szczegółowe uzasadnienie przyjęcia kryterium intensywności zachowań prozdrowotnych znajduje się w rozdziale 2.1.

Wymiar celowościowy z.z. w tej pracy stanowi **nasilenie wewnątrzsterowności** podejmowania zachowania zdrowotnego. Wymiar ten rozciąga się na continuum, którego krańce stanowią zachowania o **wysokim nasileniu wewnątrzsterowności**, tzn. takie, które podejmowane są samodzielnie, intencjonalnie, charakteryzujące się plastycznością (podejmowane w zależności od zapotrzebowania) lub automatyzmem (pod wpływem tego samego bodźca, niezależnie od kontekstu sytuacji, rutynowo). Drugi kraniec wymiaru celowościowego tworzą zachowania o **niskim nasileniu wewnątrzsterowności**, tzn.

podejmowane pod wpływem społecznym, uwarunkowane sugestią, zachętą, nakazem lub zakazem osób ważnych dla podmiotu, np. rodziców lub grupy rówieśniczej. W środku skali umiejscowiona jest sterowność zachowania uporządkowana od najmniejszej do największej wewnątrzsterowności.

Motywacja do podejmowania przez młodzież zachowań zdrowotnych (o wysokim lub niskim nasileniu wewnątrzsterownym) kształtowana jest głównie poprzez wpływ środowiska rodzinnego. Od oddziaływania rodziców zależy czy, w jakim stopniu i jak szybko zachowania zdrowotne zostaną uwewnętrznione. Zachowanie wewnątrzsterowne to takie, których normy i wartości są zinternalizowane, sposoby (strategie) wykonania są wyuczone, a zachowanie wykonywane jest świadomie i celowo przez potomstwo. W związku z tym na proces uwewnętrznienia zachowań zdrowotnych wpływają również właściwości osobnicze jednostki, a zwłaszcza poziom wiedzy zależny od zdolności uczenia się (zwłaszcza w przypadku zachowań bardziej złożonych, które wymagają określonej sekwencji działań, np. przygotowanie sobie śniadania lub zachowań zależnych od kontekstu sytuacji), przekonania o swoich umiejętnościach w danej sferze (samoocena) oraz nabyte doświadczenia w tym względzie, jak również zdolność do sprzeciwiania się nakazom lub/i zakazom. Zatem możliwe jest, że młodzież będzie podejmować wszystkie zachowania zdrowotne pod wpływem określonej (jednolitej) motywacji, jak również, że konkretne zachowania (lub grupy zachowań zdrowotnych), będą podejmowane w mniejszym, a inne w większym stopniu wewnątrzsterownie.

Jak wynika z powyższego wywodu struktura z.z. składa się z dwóch wymiarów. Poprzez skrzyżowanie tych dwóch kontynuów, można wyróżnić trzeci element struktury – typy zachowań zdrowotnych. Graficzne przedstawienie klasyfikacji zachowań zdrowotnych zastosowanej w tej pracy ukazuje Rysunek 1. Są to:

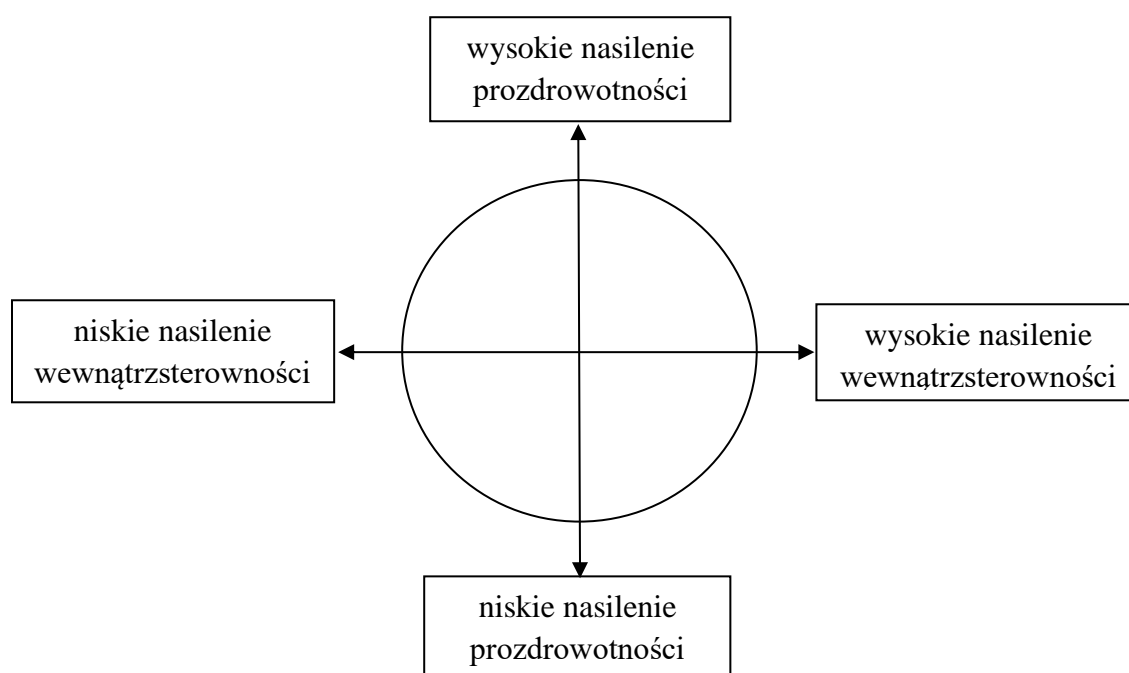
- 1) zachowania o wysokim nasileniu prozdrowotności i wewnątrzsterowności,
- 2) zachowania o niskim nasileniu prozdrowotności i wysokim nasileniu wewnątrzsterowności,
- 3) zachowania o wysokim nasileniu prozdrowotności i niskim nasileniu wewnątrzsterowności,
- 4) zachowania o niskim nasileniu prozdrowotności i wewnątrzsterowności.

Najbardziej korzystnym i pożądanym dla zdrowia typem zachowań są zachowania o wysokim nasileniu prozdrowotności i wewnątrzsterowności. Podejmowanie tego typu zachowań oznacza, że osoba samodzielnie chce i potrafi podtrzymywać oraz doskonalić swój stan zdrowia.

Trudno jednoznacznie stwierdzić, który typ zachowań zdrowotnych jest najbardziej niekorzystny dla zdrowia. Podejmowanie zachowań o niskim nasileniu prozdrowotności

i wewnątrzsterowności oznacza, że osoba nie jest w stanie samodzielnie zadbać o swoje zdrowie, a ponadto skazana jest na podporządkowywanie się wpływowi społecznemu, których efektem jest systematyczne pogorszenie się stanu swojego zdrowia. W takim przypadku wyłącznie zmiana środowiska może pozytywnie wpłynąć na kondycję zdrowotną tej osoby (co w realiach życiowych jest mało prawdopodobne). Z kolei podejmowanie zachowań o niskim nasileniu prozdrowotności i wysokim nasileniu wewnątrzsterowności oznacza, że jednostce nie zależy na dobrym zdrowiu lub nie potrafi go podtrzymać i doskonalić, nawet pomimo prozdrowotnych oddziaływań społecznych.

Rysunek 1. Klasyfikacja zachowań zdrowotnych.



Opisana wyżej struktura z.z. złożona z trzech elementów: wymiaru nasilenia prozdrowotności i wewnątrzsterowności oraz typów z.z., u młodzieży z omawianą kategorią zaburzeń, jest uwarunkowana czynnikami podmiotowymi lub zewnętrznymi (zwłaszcza rodzinnymi). W pierwszej kolejności opiszę pojęcia, które wchodzą w skład czynników osobowościowych.

Najważniejszym czynnikiem podmiotowym warunkującym podejmowanie zachowań zdrowotnych jest **poziom funkcjonowania intelektualnego – w normie lub poniżej normy**. Definicję niepełnosprawności intelektualnej oraz wiele istotnych kwestii odnoszących się do tego zaburzenia omówiłem w rozdziale 1.1. i 1.2. W tym miejscu zaznaczę tylko, iż za młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim będę uważał tę, która posiada stosowne orzeczenie o niepełnosprawności intelektualnej i uczy się w szkole specjalnej lub w klasie integracyjnej w szkole masowej.

Na trudności w uczeniu się młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim nakładają się specyficzne cechy osobowości, które dodatkowo mogą utrudniać proces nabywania stosownych zachowań prozdrowotnych. Jednym z specyficznych dla badanej grupy młodzieży czynników wewnętrznych jest ocena samego siebie. Pojęcie samooceny szeroko omówiłem w rozdziale 1.4. W tym miejscu chcę przybliżyć definicję przyjętą w tej pracy. **Samoocena** definiowana jest jako **sądy ewaluatywno-deskryptywne dotyczące samego siebie w sferze fizycznej, społecznej i szkolnej, które na podstawie doświadczeń społecznych współtworzą samoocenę całościową**. Poszczególne aspekty samooceny w nierównomierny sposób składają się na bardziej ogólny, wielomodalny, zhierarchizowany konstrukt samooceny całościowej. Definicja ta oparta jest o model samooceny autorstwa R.J. Shavelsona i wsp., (1976). W modelu tym na szczycie hierarchii samooceny umiejscowiona jest samoocena generalna/ całościowa lub poczucie własnej wartości (korelacja pomiędzy tymi dwoma konstruktami to 0.95; Craven & Marsh, 2008). Jest to ocena siebie wyłącznie w kategoriach ogólnych (niespecyficznych), np. bycie kompetentnym, pewnym siebie. Z drugiej strony samoocena całościowa obejmuje obrazy siebie w specyficznych aspektach: szkolnym i pozaszkolnym [*academic, nonacademic self concept*]. Oba aspekty zawierają bardziej szczegółowe komponenty. Aspekt szkolny stanowią spostrzegane kompetencje w czytaniu, matematyczne i ogólnoszkolne. Aspekt pozaszkolny stanowi ocena siebie w obszarze fizycznym (obejmującym ocenę wyglądu zewnętrznego i sprawności fizycznej) oraz obszarze społecznym (dotyczącym oceny relacji z rówieśnikami i rodzicami; Marsh, 1989).

Konstrukt samooceny w ujęciu R.J. Shavelsona i współpracowników ma siedem istotnych cech, które go definiują: 1) Jest zorganizowany lub ustrukturyzowany, tzn. że informacje na temat samego siebie są skategoryzowane (ułożone w prostsze formy) i powiązane ze sobą, a schemat kategoryzacji jest odzwierciedleniem kultury oraz środowiska, w którym osoba się znajduje, np. dziecko kategoryzuje przede wszystkim trzy zakresy: rodzinę, środowisko szkolne i rówieśników. 2) Jest wielowymiarowy, tzn. że określone wymiary odzwierciedlają system kategorii zaadoptowany przez jednostkę, który jest wspólny dla określonej grupy. 3) Jest hierarchiczny, tzn. u podstawy modelu (najniżej) położone są poszczególne doświadczenia lub zachowania jednostki, będące bazą dla samooceny w określonych wymiarach, które to następnie wpływają na samoocenę ogólną, znajdującą się na szczycie modelu. 4) Jest stabilny, przy czym najbardziej stabilna jest samoocena ogólna, im niżej w hierarchii znajduje się ocena siebie tym jest ona mniej stabilna, w coraz większym stopniu zależna od konkretnej sytuacji. 5) Ma charakter rozwojowy, tzn. im starsze jest dziecko tym samoocena jest bardziej wielowymiarowa i zróżnicowana w poszczególnych zakresach. 6)

Charakterystyka deskrypcyjno-ewaluatywna dotyczy zarówno samooceny ogólnej, jak i jej poszczególnych wymiarów. 7) Można go odróżnić od innych konstruktów, np. osiągnięć szkolnych (Shavelson & Bolus, 1982; Shavelson, i wsp., 1976).

Wyżej przedstawiony model (będący podstawą dla przyjętej definicji) integruje ze sobą samoocenę generalną/ całościową (poczucie własnej wartości), która jest czynnikiem nadrzędnym (niespecyficznym), z oceną siebie w poszczególnych wymiarach (czynnikami niższego rzędu, specyficznymi). Tym samym poszczególne aspekty obrazu siebie nierównomiernie przyczyniają się do poziomu samooceny całościowej, ponieważ są hierarchicznie (stopniowalnie) wartościowane. Samoocena może być pozytywna, gdy osoba wysoko ocenia siebie ogólnie oraz w ważnym lub ważnych dla siebie poszczególnych wymiarach, bądź negatywna, gdy osoba nisko ocenia siebie ogólnie oraz w ważnym lub ważnych dla siebie konkretnych wymiarach.

Pozostałymi cechami podmiotowymi związanymi z podejmowaniem zachowań zdrowotnych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim są cechy demograficzne, tj. wiek i płeć.

Po omówieniu wszystkich, ważnych z punktu widzenia pracy pojęć odnoszących się do podmiotowych uwarunkowań podejmowania zachowań zdrowotnych, poniżej precyzyjnie opiszę pojęcia określające cechy środowiska rodzinnego.

Rodzina jest pojęciem wieloznacznym, przez co trudno o jej pełną i zadowalającą definicję (Rembowski, 1986). Stan ten wynika zarówno z różnorodnych form, jakie może przyjmować rodzina (np. pełna–niepełna; nuklearna–wielopokoleniowa; miejska–wiejska), jak i ciągłych jej przemian. W tej pracy odwołuję się do systemowego ujęcia rodziny i definiuję ją jako: **małą i jednocześnie pierwotną grupę społeczną osób, powiązanych ze sobą więzią małżeństwa, pokrewieństwa, powinowactwa lub adopcji, które zamieszkują w jednym gospodarstwie domowym**. Zatem rodzina to grupa ludzi, których cechuje wzajemny, ścisły i bezpośredni kontakt. Członkowie rodziny są ze sobą zespoleni pewną formą regularnej interakcji. Ładunek emocjonalny zawarty w stosunku rodzica do dziecka przejawia się w każdej formie kontaktu z nim. Rodzice poprzez prezentowanie odpowiedniej jakości postawy w stosunku do dziecka istotnie wpływają na proces jego uspołecznienia (Ziemska 1973).

W literaturze przedmiotu postawa definiowana jest najczęściej jako „względnie stała skłonność do pozytywnego lub negatywnego ustosunkowywania się człowieka do danego obiektu” (Wojciszke, 2005, s. 79). Zgodnie z klasyczną definicją, postawę tworzą mniej lub bardziej spójne wzorce reakcji afektywnych, poznawczych i behawioralnych w stosunku do danego obiektu psychologicznego (Colman, 2009). W literaturze polskiej powszechnie używa

się definicji postawy rodzicielskiej przedstawionej przez M. Ziemią (1973). W związku z tym w tej pracy przyjmuję definicję i podział postaw rodzicielskich stworzony przez tę autorkę. **Postawa rodzicielska „to tendencja do zachowania się w pewien specyficzny sposób w stosunku do dziecka”** (tamże, s. 32). Przy czym komponent uczuciowy postawy rodzicielskiej jest podstawą do rozpoznania poszczególnych postaw. Wzorce reakcji emocjonalnych zawartych w postawie rodzicielskiej wywołują u dziecka specyficzne zachowania (tamże).

W tej pracy do pomiaru postaw rodzicielskich zastosuję kwestionariusz stworzony przez M. Ziemią (1981). Narzędzie to wyróżnia cztery typy postaw, które mogą korzystnie lub niekorzystnie wpływać na rozwój dziecka. Z punktu widzenia pracy istotny będzie związek konkretnych postaw rodzicielskich (korzystnych lub niekorzystnych wychowawczo) z podejmowaniem zachowań zdrowotnych przez potomstwo (młodzież). Można przypuszczać, że poszczególne, wyróżnione postawy rodzicielskie będą wiązać się w różny sposób z podejmowaniem określonych rodzajów zachowań zdrowotnych przez młodzież.

W obszernej literaturze poświęconej oddziaływaniom rodzicielskim na różne aspekty rozwoju dzieci obok stosunku emocjonalnego pomiędzy członkami rodziny, najczęściej podkreśla się rolę wzorców behawioralnych prezentowanych przez rodziców oraz status ekonomiczno-społeczny rodziny.

W tej pracy interesują mnie modelowanie przez rodziców zachowań zdrowotnych potomstwa. Definicja z.z. podejmowanych przez rodziców ma charakter funkcjonalny. **Zachowania zdrowotne rodziców** definiowane są jako **wzorce behawioralne prezentowane przez rodziców w sposób zamierzony lub niezamierzony, które pozostają w związku ze stanem zdrowia, wpływając na nie pozytywnie lub negatywnie według przyjętej w danym środowisku wiedzy obiektywnej.**

Ostatnim pojęciem wchodzącym w skład cech rodziny warunkujących zachowania zdrowotne młodzieży, w tej pracy jest **status ekonomiczno–społeczny rodziny (SES)**, który określam za pomocą następujących wskaźników: **poziom dochodów, wykształcenie rodziców oraz struktura rodziny (tj. rodzina pełna–niepełna)**. W literaturze przedmiotu do SES zalicza się również takie wskaźniki, jak wykonywany zawód i zgromadzone dobra. Nie zawsze wszystkie te indykatory ujmowane są łącznie w SES, najczęściej natomiast wskazuje się na poziom dochodów, wykształcenie i wykonywany zawód (patrz rozdział 2.2.).

Jak wskazuje analiza przeprowadzona w rozdziale 2.2., dostępnych jest wiele doniesień dotyczących związków SES i zachowań zdrowotnych młodzieży o typowym rozwoju.

W przypadku badanej grupy w zasadzie brak jest takich danych, co w pełni ukazuje zasadność doboru zmiennych.

Po zdefiniowaniu wszystkich ważnych pojęć dookreślę problem badawczy pracy w postaci trzech pytań badawczych.

Rozdział 3.3. Problematyka badań własnych i hipotezy.

Podjęta w tej pracy tematyka związana jest przede wszystkim ze wskazaniem uwarunkowań umożliwiających młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim ochronę i doskonalenie swojego stanu zdrowia, poprzez podejmowanie stosownych zachowań prozdrowotnych oraz – pośrednio i w mniejszym stopniu – z określeniem tych czynników, które związane są z przejawianiem przez te młodzież zachowań pomniejszających potencjał zdrowotny. Tym samym celem pracy jest stwierdzenie, czy wybrane czynniki podmiotowe i rodzinne są związane z podejmowaniem zachowań zdrowotnych (zarówno ze strukturą z.z., oraz treścią zachowania – na poziomie grupy lub/i klasy z.z.) przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

Jednak przed podjęciem problematyki dotyczącej uwarunkowań zachowań zdrowotnych podejmowanych przez młodzież z omawianą kategorią zaburzeń, należy określić strukturę zachowań zdrowotnych podejmowanych przez młodzież z tą kategorią zaburzeń. Najlepiej określić ją poprzez porównanie ze strukturą zachowań zdrowotnych podejmowanych przez młodzież o typowym rozwoju. W celu ustalenia, czy istnieje zróżnicowanie w strukturze zachowań zdrowotnych pomiędzy obiema grupami młodzieży, skonstruowałem pierwsze pytanie badawcze.

Czy młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim różni się pod względem struktury zachowań zdrowotnych, w porównaniu z młodzieżą o typowym rozwoju?

Jak wykazałem w rozdziale 1.1. i 1.2., dzieci i młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, w porównaniu z rówieśnikami o typowym rozwoju charakteryzują się opóźnieniem i ograniczeniami w funkcjonowaniu intelektualnym, np. przejawiają wolniejsze tempo rozwoju samodzielnego myślenia i rozwiązywania problemów, planowania, myślenia abstrakcyjnego, mają trudności w wyodrębnianiu istotnych informacji z doświadczenia oraz w tworzeniu związków pomiędzy nimi i ogólnie z uczeniem się przez doświadczenie (np. Lindebal, 2013). Adolescenci z omawianą kategorią zaburzeń mają większą tendencję do uczenia się poprzez naśladowanie, w stosunku do rówieśników o typowym rozwoju. Na wyżej wymienione ograniczenia intelektualne nakładają się specyficzne cechy osobowości, np. podatność na wpływy zewnętrzne, zewnętrzne poczucie

kontroli, wyuczona bezradność oraz doświadczenia społeczne, które determinują podejmowanie wielu zachowań (zwłaszcza antyzdrowotnych) pod wpływem społecznym, tj. presji społecznej lub z obawy przed stygmatyzacją i samotnością, co wtórnie (lub niezależnie) może warunkować podejmowanie zachowań zdrowotnych w mniejszym stopniu wewnątrzsterownie. Doświadczenia te są kształtowane i nabywane głównie w wieku wczesnoszkolnym. Jest to okres, kiedy wymagania dydaktyczne przewyższają potencjał poznawczy młodzieży z omawianą kategorią zaburzeń, co sprawia, że jest ona diagnozowana i klasyfikowana ze względu na poziom funkcjonowania intelektualnego (za: tamże, 2013). W związku z tym w okresie adolescencji mogą pojawić się istotne różnice w zachowaniu pomiędzy młodzieżą w badanej grupie, a rówieśnikami o typowym rozwoju. Na podstawie powyższych założeń skonstruowałem hipotezę badawczą 1-główną (w odniesieniu do której, w rozdziale piątym ukonkretnię przewidywania w postaci hipotez szczegółowych):

Hipoteza 1: *Młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim różni się pod względem intensywności podejmowania zachowań o wysokim nasileniu prozdrowotności i wewnątrzsterowności oraz pod względem typów zachowań zdrowotnych, w porównaniu z młodzieżą o typowym rozwoju.*

Po określeniu struktury zachowań zdrowotnych podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim należy zbadać, czy jest ona związana (lub zróżnicowana) z wybranymi czynnikami podmiotowymi lub/i rodzinnymi. Przyjmując podejście eklektyczne do uwarunkowań zachowań zdrowotnych można założyć, że poszczególne elementy struktury z.z., lub określone grupy/klasę zachowań zdrowotnych podejmowanych przez młodzież z omawianą kategorią zaburzeń, są mniej lub bardziej związane z konkretnym determinantem, lub też uwarunkowane są wieloczynnikowo. Na podstawie powyższych założeń przyjmuję drugie pytanie badawcze.

Czy istnieje związek pomiędzy posiadaną samooceną i (zróżnicowanie pomiędzy) cechami socjodemograficznymi a strukturą zachowań zdrowotnych podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim?

Jak wykazałem w rozdziale 1.4., samoocena stanowi ważny mechanizm regulujący zachowania jednostki. Ogólnie można stwierdzić, że osoby o pozytywnej samoocenie są bardziej efektywne, aniżeli osoby o negatywnej ocenie samego siebie. Przyjmując założenie, że rozwój młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim przebiega w tych samych etapach i w tej samej kolejności, jak u młodzieży o typowym rozwoju, natomiast różni się

tempem (jest opóźniony), i ostatecznym pułapem osiągnięć, można stwierdzić, że powyższe zależności występują w obu grupach młodzieży. W związku z tym poziom samooceny całościowej młodzieży z omawianą kategorią zaburzeń powinien być związany z danym elementem struktury z.z. (intensywnością lub/i wewnątrzsterownością, lub/i typem podejmowanych zachowań zdrowotnych) lub też powinien być skorelowany z treścią zachowania na poziomie określonej grupy lub/i klasy zachowań – zwłaszcza tych ważnych dla jednostki. Przyjmując wielomodalny konstrukt samooceny oraz uwzględniając doniesienia (przedstawione w rozdziale 2.2.), nie tylko samoocena całościowa, ale również w poszczególnych aspektach (np. w wymiarze fizycznym i/lub społecznym, i/lub psychicznym), może być istotnym regulatorem grup/ klas z.z., treściowo powiązanych z obszarem ich oceny. Przykładowo samoocena w aspekcie fizycznym może być związana z intensywnością lub/i wewnątrzsterownością zachowań związanych z aktywnością fizyczną. Młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim o wysokiej samoocenie relacji z rodzicami, będzie podejmować te zachowania zdrowotne, które są modelowane lub wartościowane przez rodziców. Z drugiej strony z powodu specyficznych doświadczeń społecznych, współtworzących swoistą osobowość, młodzież w badanej grupie jest narażona na zaburzenia w adekwatności oceny samego siebie, co może zaburzać funkcje regulujące zachowanie. W celu rozstrzygnięcia powyższych rozważań skonstruowałem następujące hipotezy główne, których treść brzmi:

Hipoteza 2: *Istnieje związek pomiędzy poziomem samooceny całościowej lub/i w poszczególnych aspektach a nasileniem prozdrowotności i wewnątrzsterowności zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.*

Hipoteza 3: *Samoocena całościowa różnicuje typy zachowań zdrowotnych podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.*

Przyjmując koncepcję rozwojową, zgodnie z którą rozwój młodzieży z omawianą kategorią zaburzeń jest opóźniony oraz ograniczony (ale nie uszkodzony – zatrzymany), można przypuszczać, że młodzież starsza z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim będzie różnić się w stosunku do młodzieży młodszej pod względem struktury z.z. Ponadto niektóre zachowania związane ze zdrowiem są determinowane przez wzorce kulturowe – stereotypy – związane z płcią (Brytek-Matera, 2008). Wzorce te bywają mniej lub bardziej konkretne, tym samym są mniej lub bardziej dostępne (zrozumiałe) dla młodzieży w badanej grupie. Jednak za rozsądne wydaje się założyć, że chłopcy mogą podejmować odmienne (zwłaszcza pod względem treści) zachowania zdrowotne, w porównaniu z dziewczętami z tą

kategorią zaburzeń. Na podstawie powyższych założeń skonstruowałem kolejną, główną hipotezę badawczą:

Hipoteza 4: *Wiek lub/i płeć młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim różnicuje strukturę zachowań zdrowotnych.*

Jak wykazałem w rozdziale 3.1., wiodącymi czynnikami determinującymi zachowania zdrowotne młodzieży są czynniki osobowościowe i rodzinne. Po dookreśleniu przewidywań odnoszących się do osobowościowych regulatorów zachowań, w tym miejscu uszczegółowię zakładane powiązania pomiędzy strukturą zachowań zdrowotnych a uwarunkowaniami rodzinnymi. Tym samym trzecie pytanie badawcze brzmi.

Czy istnieje związek pomiędzy wyróżnionymi cechami środowiska rodzinnego a strukturą zachowań zdrowotnych podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim?

Jak wykazałem w rozdziale 2.2., rodzina jest głównym środowiskiem modelującym zachowania zdrowotne potomstwa. Przekazywanie wiedzy, doświadczenia i wartości odbywa się poprzez wytworzenie określonych postaw emocjonalnych w stosunku do dzieci i młodzieży. Stworzenie określonej jakości więzi emocjonalnej powoduje, że rodzice stają się dla dziecka grupą odniesienia, z którą młodzież chce się utożsamiać lub nie. Ponadto bliskość uczuciowa rodzica i dziecka, bądź jej brak lub ograniczenia sprawiają, że rodzice mogą przekazywać odpowiednią, nadmierną lub niewystarczającą w stosunku do możliwości potomstwa ilość informacji. Rodzice mogą przekazywać te informacje w sposób zrozumiały lub niezrozumiały dla potomstwa oraz stwarzać (lub nie) warunki do internalizacji, tj. realizacji tych informacji w postaci zachowania dziecka. Literatura wskazuje, że stosunek emocjonalny matki do dziecka z niepełnosprawnością intelektualną może być swoisty ze względu na m.in. niższy poziom odczuwanego zadowolenia [*happiness*], niższą samoocenę i samoskuteczność, aniżeli u matek dzieci typowo rozwijających się (za: Emerson i wsp., 2016a). Ponadto w rodzinach z potomstwem z niepełnosprawnością intelektualną obserwuje się syndrom wypalenia wychowawczego rodziców (Ćwirynkało, Włodarczyk-Dudka, Arciszewska, 2015); lęk oraz niepokój o przyszłość dziecka, poczucie pokrzywdzenia, bezradności (Stelter, 2006); podwyższony poziom stresu rodziców (Kowalik, 1989). Wyżej przedstawione czynniki dotyczące środowiska rodzinnego dziecka z niepełnosprawnością intelektualną implikują specyficzne postawy rodzicielskie, które mogą być związane z podejmowaniem przez

potomstwo określonych zachowań. Na podstawie powyższego wywodu skonstruowałem następujące hipotezy badawcze:

Hipoteza 5: *Istnieje związek pomiędzy postawami rodzicielskimi a nasileniem prozdrowotności i wewnątrzsterowności zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.*

Hipoteza 6: *Postawy rodzicielskie różnicują typy z.z. podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.*

W przypadku młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, z powodu trudności w uczeniu się, formy przekazu szczególnie powinny być dostosowane do ich możliwości intelektualnych. Uwzględniając tezę, że młodzież w badanej grupie ma wyższą tendencję do uczenia się przez naśladowanie, obserwacja konkretnych, związanych ze zdrowiem zachowań rodziców powinna być istotnym czynnikiem regulującym zachowania zdrowotne potomstwa. Tym samym rodzice, podejmując określone zachowania związane ze zdrowiem, mogą przekazywać potomstwu modele zachowań korzystnych lub niekorzystnych dla zdrowia. Młodzież, jako przedmiot tych oddziaływań może je przyswajać i wykorzystywać, przyswajać, ale nie wykorzystywać bądź nie przyswajać. Ponadto młodzież może wykorzystywać przekazane przez rodziców informacje w sposób całościowy lub wybiórczy. Zachowania rodziców manifestowane często i systematycznie, wzmocnione przekazywaniem dodatkowych informacji na temat ich istotności i sposobu wykonania mogą wpływać na proces ich internalizacji i samodzielnego podejmowania w przyszłości lub wierniejszego naśladowania.

Ponadto w literaturze przedmiotu, w rodzinach z potomstwem typowo rozwijającym się, akcentuje się tzw. „efekt płci”, tzn. korelacje pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi u członków rodziny tej samej płci.

Jak wykazałem w rozdziale 3.2., najbardziej korzystne dla zdrowia są zachowania prozdrowotne-wewnątrzsterowne. Jednostka podejmująca takie zachowania ma wiedzę oraz kompetencje by samodzielnie je inicjować lub odmawiać, w zależności od zmieniających się warunków. Charakteryzuje się zatem wysokim poziomem rozwoju psychospołecznego. Można przyjąć, że o ile poziom funkcjonowania intelektualnego jest zbliżony u młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, to poziom funkcjonowania psychospołecznego wykazywać może dużo wyższe zróżnicowanie, ponieważ bardziej zależy od oddziaływań środowiskowych. Na podstawie powyższego wywodu skonstruowałem następującą główną hipotezę badawczą:

Hipoteza 7: *Istnieje związek pomiędzy nasileniem prozdrowotności zachowań matek a nasileniem zachowań zdrowotnych w dwóch wymiarach podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.*

Jak wynika z literatury przedmiotu równie ważnym (jak wyżej wymienione) czynnikiem facylitującym lub hamującym podejmowanie przez potomstwo zachowań prozdrowotnych jest SES rodziny. Zapewnienie określonych warunków materialnych jest istotne zwłaszcza dla podejmowania tych zachowań prozdrowotnych, które wymagają wyższych nakładów finansowych. Z drugiej strony wyższe zasoby finansowe zwiększają dostępność zachowań potencjalnie zagrażających zdrowiu młodzieży. Przykładowo obecność w domu więcej, niż jednego telewizora może być związane z większą intensywnością zachowań sedenteryjnych. Dysponowanie licniejszą ilością pieniędzy przez młodzież, przy mniejszej kontroli zapracowanych rodziców nad ich wydawaniem, może skutkować nabywaniem produktów spożywczych szkodliwych dla zdrowia (np. chipsy, słodycze, napoje słodzone) lub zdobywaniem środków psychoaktywnych. Również wyniki badań związków SES rodziny z zachowaniami zdrowotnymi młodzieży o typowym rozwoju są niejednoznaczne.

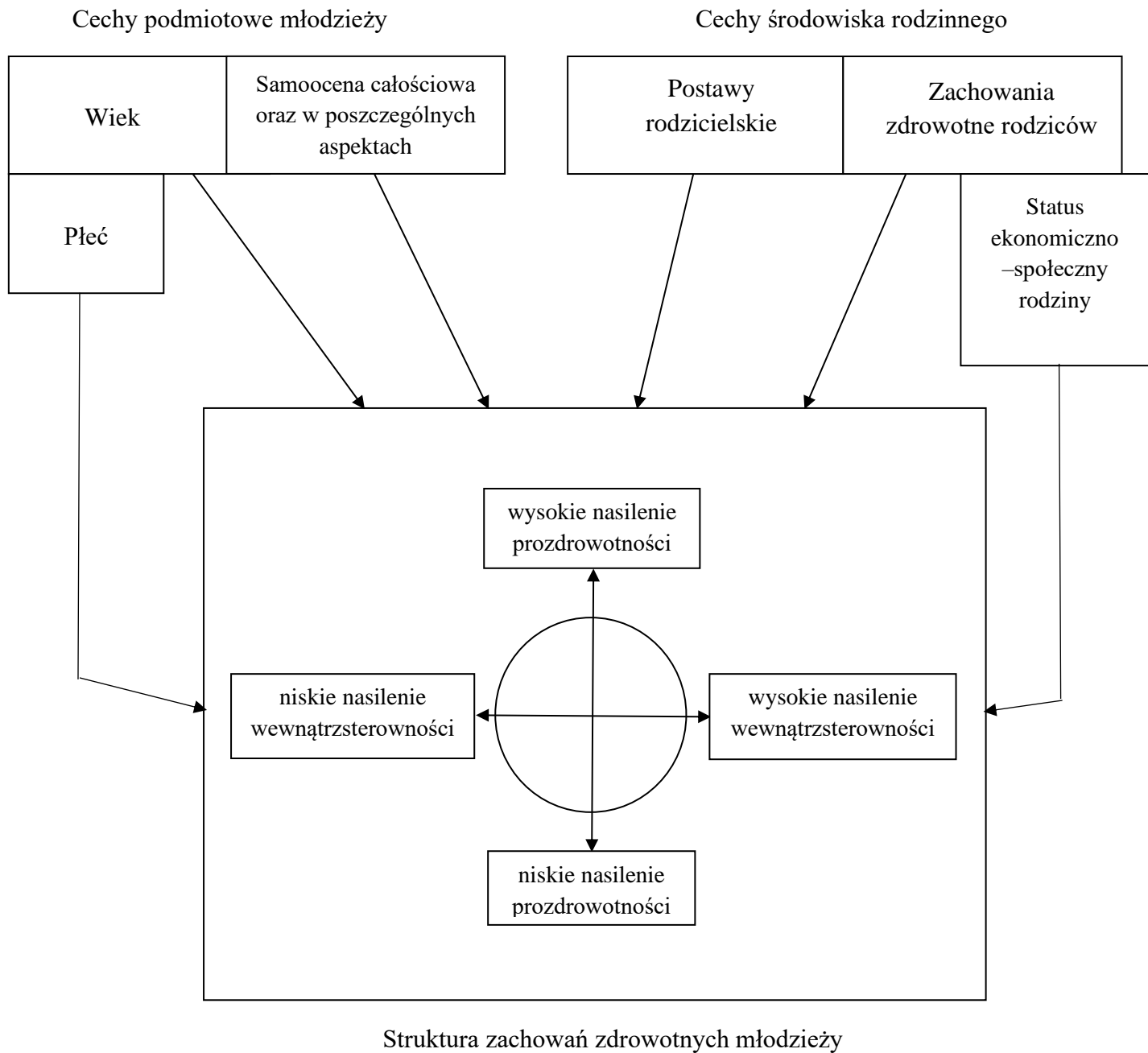
Kolejnym wskaźnikiem SES rodziny jest wykształcenie rodziców. Wyniki badań wskazują, że jest ono pozytywnie skorelowane ze statusem zdrowotnym ich dzieci. Można przyjąć, że wiedza zdobyta przez rodziców na kolejnych etapach kształcenia może wpływać na skuteczne wzmocnienie określonych zachowań prozdrowotnych dziecka oraz wygaszanie zachowań szkodliwych dla zdrowia, w sposób zrozumiały dla dziecka.

W końcu struktura rodziny – trzeci wskaźnik SES – może być istotnym regulatorem zachowań zdrowotnych potomstwa. Dwojgu rodzicom łatwiej wpływać na sytuację finansową rodziny, jak i na przekazywanie szerszego modelu zachowań prozdrowotnych, istnieje również możliwość wygaszania zachowań antyzdrowotnych jednego rodzica, przez zachowania drugiego rodzica. Ponadto rodzina pełna umożliwia przekaz zachowań zdrowotnych zgodnych z tzw. „efektem płci”. Na podstawie powyższych założeń dookreślę przewidywania w postaci hipotezy badawczej:

Hipoteza 8: *Status ekonomiczno-społeczny rodziny różnicuje strukturę z.z. podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.*

W celu lepszego zilustrowania zakładanych w przedstawionych hipotezach powiązań pomiędzy poszczególnymi zmiennymi, posłużę się schematem prezentowanym na Rysunku 2.

Rysunek 2. Czynniki warunkujące podejmowanie zachowań zdrowotnych przez młodzież.



Rozdział 4. Metoda badań.

Rozdział 4.1. Procedura badawcza.

W celu zweryfikowania hipotez przedstawionych w poprzednim rozdziale przeprowadziłem badania młodzieży uczęszczającej do szkół specjalnych i placówek powszechnych oraz ich rodziców.

Zastosowana procedura badawcza składała się z trzech etapów: badań pilotażowych, doboru badanych do badań właściwych oraz przeprowadzaniu badań właściwych. Badania pilotażowe zostały przeprowadzone w Zespole Szkół Specjalnych nr 101 w Poznaniu. Ich głównym celem było stwierdzenie, czy skonstruowane narzędzia pomiarowe będą zrozumiałe dla badanej młodzieży. W pilotażu wzięło udział 8 osób w wieku 12-13 lat (tj. z najmłodszej, wyróżnionej grupy wiekowej), sześciu chłopców i dwoje dziewcząt, wraz z ich rodzicami. Na podstawie badań pilotażowych stwierdzono, że narzędzie do pomiaru zmiennej podmiotowej niezależnej, tj. samooceny jest zrozumiałe dla badanej młodzieży. Natomiast konstrukcja narzędzia do pomiaru zmiennej zależnej – zachowań zdrowotnych młodzieży – okazała się zbyt schematyczna. W pierwotnej wersji kwestionariusza odpowiedzi na skali nasilenia wewnątrzsterowności były ułożone zawsze w tej samej kolejności, w efekcie czego badani szybko uczyli się schematu budowy narzędzia i mieli tendencje do zakreślania pierwszych lub drugich odpowiedzi, nie czytając pozostałych. W ostatecznej wersji kwestionariusza itemy na skali do pomiaru nasilenia wewnątrzsterowności zostały uporzycjonowane w różnej kolejności, w odniesieniu do każdej kolejnej klasy zachowań zdrowotnych, tak by w większym stopniu wymusić na badanych przeczytanie wszystkich możliwych odpowiedzi i wyznaczenie tej, która najbardziej do nich pasuje.

Drugi etap procedury polegał na doborze próby badawczej. Dobór osób do badań jest celowy i odbywa się za pośrednictwem szkoły, w której uczy się dziecko. W pierwszej kolejności uzyskałem zgodę dyrektora placówki na rozpoczęcie badań. Następnie, podczas zebrania poinformowałem rodziców o celu badania. Główną trudnością w całym procesie badawczym okazało się zachęcenie rodziców do udziału. Badania przeprowadziłem w dziesięciu szkołach publicznych, w trzech województwach. Kryterium doboru do grupy stanowił rodzaj placówki (specjalna–powszechna), płeć oraz wiek, w taki sposób by można utworzyć trzy podgrupy wiekowe. Do grupy badawczej zostali włączeni uczniowie uczęszczający do siedmiu szkół specjalnych, w trzech województwach. W województwie wielkopolskim są to: ZSS nr 101 w Poznaniu, ZSS nr 105 w Poznaniu; ZSS w Śremie, ZSS w Kościanie. Ponadto ZSS nr 14 w Gorzowie Wielkopolskim (województwo lubuskie) oraz

SPS w Stargardzie (województwo zachodniopomorskie). Grupę kontrolną stanowią uczniowie głównie z trzech szkół masowych: SP 48 w Poznaniu, SP nr 5 w Luboniu i ZS nr 2 Stargardzie.

Trzecia faza procedury badawczej polegała na przeprowadzeniu badań właściwych. Po uzyskaniu zgody od rodziców procedura badań każdorazowo przebiegała według tego samego schematu. Początkowo rodzicom (za pośrednictwem szkoły) zostały dostarczone dwa kwestionariusze: Kwestionariusz Postaw Rodzicielskich (KPR) i Kwestionariusz Zachowań Zdrowotnych Rodziców (KZZR), wraz z instrukcją dalszego postępowania. Po ich wypełnieniu rodzice przekazywali je do wcześniej ustalonego nauczyciela/wychowawcy lub psychologa, pedagoga szkolnego, który w celu zapewnienia anonimowości osób badanych odpowiednio kodował zamknięte koperty. Badacz dostawał koperty z wypełnionymi przez rodziców ankietami oraz informacje, który kod odpowiada określonemu dziecku. Badanie ucznia odbywało się w czasie pobytu w szkole, najczęściej w formie jeden na jeden (wyjątkiem byli najstarsi uczniowie, którzy mogli wypełniać kwestionariusze w małej grupie), w obecności badacza, który dbał o właściwe warunki do wypełnienia ankiet. Młodzieży dokładnie wytłumaczono cel badania. W pierwszej kolejności pomiarowi podlegała samoocena, a następnie podejmowane zachowania zdrowotne. Badani dostawali dowolną ilość czasu. Mogli zadawać pytania, jednak badacz dbał o to by kwestionariusze były wypełniane maksymalnie samodzielnie przez uczniów. Po zakończeniu badania badacz wkładał kwestionariusze wypełnione przez uczniów do kopert z ankietami rodziców. Tak skonstruowana procedura zapewniała anonimowość osób badanych. Badacz nie zna ich personaliów, a nauczyciel wspomagający badacza nie może dotrzeć do odpowiedzi (koperty od rodziców powinny być zaklejone – co wyraźnie jest podkreślone w instrukcji dostarczonej wraz z ankietami). Pomimo tego większość rodziców dzieci z grupy badawczej odmówiła uczestnictwa w badaniu. Łatwiej było namówić do udziału rodziców uczniów ze szkół masowych. Młodzież również miała możliwość odmowy udziału w badaniu (pomimo zgody ich rodziców), jednakże żadne z nich nie skorzystało z tej ewentualności. W dwóch szkołach nie udało się przeprowadzić badań. W jednej z nich dyrektor nie wyraził zgody na zaproponowaną procedurę badawczą, w drugiej nikt z rodziców nie wyraził chęci do uczestnictwa w badaniu.

Rozdział 4.2. Opis narzędzi pomiarowych.

Narzędziem operacjonalizacji zmiennych jest zbiór kwestionariuszy. W jego skład wchodzi:

- 1) Do pomiaru zmiennej zależnej:

- Kwestionariusz Zachowań Zdrowotnych Młodzieży (KZZM).

2) Do pomiaru zmiennych niezależnych:

- Zmodyfikowany kwestionariusz Self Description Questionare I – Individual Administration (SDQI-IA), autorstwa H. Marsh, 1988 (Tracey, 2002; za: Tracey, Marsh, 2000).

- Kwestionariusze Postaw Rodzicielskich (KPR), autorstwa M. Ziemskiej (1973).

- Kwestionariusz Zachowań Zdrowotnych Rodziców (KZZR).

Kwestionariusz Zachowań Zdrowotnych Młodzieży (KZZM).

Do badania zmiennej zależnej tj. zachowań zdrowotnych podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, nie ma gotowego narzędzia pomiarowego, które uwzględniałoby specyficzne dla tej grupy osób właściwości motywacyjne. W związku z tym posłużyłem się specjalnie do tego celu skonstruowanym KZZM.

Proces konstrukcji kwestionariusza przebiegał etapowo. W pierwszej kolejności zostały zdefiniowane pojęcia teoretyczne, a mianowicie zachowania zdrowotne i ich wymiary (prozdrowotność i wewnątrzsterowność). Następnie na podstawie dostępnej literatury wyróżniłem grupy zachowań zdrowotnych, które są najważniejsze dla zdrowia młodzieży (patrz rozdział 2.4). W dalszej kolejności stworzyłem listę 35 klas zachowań, po siedem zachowań należących do każdej z wyróżnionych grup. Poprosiłem dziesięciu sędziów kompetentnych o ocenę, w jakim stopniu dana klasa zachowania jest istotna dla stanu zdrowia młodzieży (w skali od 1 do 5), przy czym skutek mógł być pozytywny lub negatywny. Uzyskałem w ten sposób listę klas zachowań, których skutki są istotne dla zdrowia. Do ostatecznej wersji kwestionariusza wybrałem piętnaście najwyżej ocenionych przez sędziów kompetentnych klas zachowań zdrowotnych, zawierających się w pięciu grupach zachowań. W celu lepszego zilustrowania tego podziału posłużę się Tabelą 1. Wynika z niej, że zbiory zachowań zdrowotnych nie są równomiernie złożone z klas zachowań. Najbardziej złożoną grupą są zachowania związane z dietą. Jedną z przyczyn takiego stanu jest założenie, że klasy zachowań w tej grupie dotyczą stopnia konsumowania jednego, konkretnego produktu spożywczego, a nie odnoszą się do grup produktów (np. produkty mleczne, pełnoziarniste itd.). W takim ujęciu zbiór zachowań związanych z dietą jest najbardziej merytoryczny – najszerszy pod względem treści – w porównaniu z pozostałymi grup z.z.

Najmniej złożoną grupą są zachowania destrukcyjne i sedenteryjne (po dwie klasy zachowań). Tak jak w większości badań nad zachowaniami zdrowotnymi (np. w badaniach HBSC), zdecydowałem się odróżnić spędzanie czasu na siedząco (w miejscu, biernie), od niskiej aktywności ruchowej, przyjmując że są to odrębne pod względem merytorycznym

(teoretycznym, konceptualnym) zachowania. Poza tym sędziowie kompetentni wskazali, iż używanie narkotyków jest jednym z zachowań, które najsilniej wpływa na stanu zdrowia – istotniej, niż zachowanie – czas spędzany przed komputerem. Jednak ze względu na to, że w Polsce posiadanie narkotyków jest przestępstwem, zrezygnowałem z pomiaru tej klasy zachowań i zastąpiłem je zachowaniem „czas przed komputerem”, tak by móc stworzyć grupę zachowań sedenteryjnych. Ponadto uznałem, że ze względu na specyfikę grupy badawczej (patrz rozdział 2.2.1), do analizy włączona zostanie klasa „uczestnictwo w lekcji WF”, zamiast „systematyczne zajęcia sportowe” – również wysoko punktowane sędziów kompetentnych.

Tabela 1. Wyróżnione zbiory (grupy) i klasy zachowań zdrowotnych.

| | Grupy zachowań zdrowotnych | | | | |
|----------------------------|--|--|---|--|--|
| | Związane z higieną | Związane z dietą | Zachowania destrukcyjne | Zachowania sedenteryjne | Aktywność fizyczna |
| Klasy zachowań zdrowotnych | - kąpiel/prysznic, - mycie rąk, - mycie zębów. | Spożywanie: - owoców, - warzyw, - napojów słodkich, - słodczy, - chipsów. | - konsumpcja alkoholu, - palenie papierosów. | - spędzanie czasu przed TV, - spędzanie czasu przed komputerem. | - uczestnictwo w lekcji WF, -spędzanie czasu wolnego aktywnie, - gimnastyka poranna. |

Pomiaru każdej klasy zachowania zdrowotnego dokonuje się za pomocą dwóch skal porządkowych, każda z sześcioma możliwymi odpowiedziami. Pierwsza skala dotyczy częstości podejmowanego zachowania zdrowotnego. Składa się ona z sześciu odpowiedzi ułożonych w kolejności od największej do najmniejszej częstotliwości, które mają na celu określenie nasilenia podejmowania zachowania prozdrowotnego. Dlatego dla każdej klasy zachowań stworzona jest odrębna częstotliwość – skala porządkowa (z wyjątkiem klas: spożywania warzyw i spożywanie owoców oraz spędzenie czasu przed komputerem i TV, które są takie same). Za wskazanie odpowiedzi świadczącej o największej prozdrowotności badany otrzymuje 6 pkt, a o najmniejszej 1 punkt. Maksymalna liczba punktów do uzyskania w tej skali wynosi 90 punktów i wynik ten oznacza wysoką prozdrowotność, natomiast minimalnie 15 punktów, co oznacza niską prozdrowotność.

Druga skala dotyczy nasilenia motywacji wewnętrznej do podejmowania zachowania zdrowotnego. Składa się ona zawsze z tych samych sześciu odpowiedzi. Dla każdej z odpowiedzi przypisana jest ranga od 6 (dla największej wewnętrzsterowności) do 1 (dla najmniejszej wewnętrzsterowności). W tej skali najwyżej punktowana jest odpowiedź „bo lubię

i wiem, że należy tak robić” (6 pkt), dwie odpowiedzi „bo lubię tak robić „ i „bo należy tak robić”, otrzymały tą samą rangę (4 pkt). Odpowiedź „bo ktoś mnie zmusza” przypisano 3 pkt, odpowiedź „bo ktoś mnie zachęca” otrzymuje 2 pkt. Uznano, że samodzielne naśladowanie zachowań innych (bez przymusu lub nakazu) jest działaniem o najmniejszym nasileniu wewnątrzsterowności (1 pkt). Maksymalna liczba punktów do uzyskania w tej skali wynosi 90 punktów, wynik ten oznacza wysoką wewnątrzsterowność, natomiast minimalnie 15 punktów, co oznacza niską wewnątrzsterowność.

Skale do pomiaru wymiarów zachowań zdrowotnych na potrzeby analizy traktuję jako skale ciągłe. Mimo, że nie można dokładnie stwierdzić relacji pomiędzy danymi itemami, to jednak można ułożyć je w kolejności od największej do najmniejszej prozdrowotności/wewnątrzsterowności.

KZZM opiera się o samoraportowanie (o informacje zgłaszane przez respondentów). Jest to najbardziej powszechna forma badania zachowań zdrowotnych (Chen i wsp., 2003; Sallis i wsp., 2000; Sutton, 2004), często wykorzystywana również do pomiaru z.z., u osób z omawianą kategorią zaburzeń (za: Barnes i wsp., 2013). Jednak ze względu na ograniczenia intelektualne u osób w badanej grupie, użyteczność stosowania tego rodzaju narzędzi pomiarowych jest poddawana w wątpliwość (np. Frey i wsp., 2008). Z drugiej strony zwraca się uwagę, że ograniczenia autoraportowania osób z niepełnosprawnością intelektualną są dobrze poznane, a dane pochodzące od nich mogą być wiarygodne (zgodne z opiniami opiekunów) i użyteczne, jeśli zastosuje się strategie dostosowujące narzędzie pomiarowe (Finlay & Lyons, 2001; Lunsky, Emery & Benson, 2002; Barnes i wsp., 2013). Dlatego też KZZM jest tak skonstruowany, aby był jak najbardziej przystosowany do możliwości intelektualnych młodzieży z grupy badawczej, a zwłaszcza najmłodszej podgrupy uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. Jedna strona kwestionariusza odnosi się wyłącznie do jednego zachowania. Czcionka jest duża, tak by uwzględnić ewentualne zaburzenia w percepcji wzrokowej badanych. Do każdego zachowania zdrowotnego jest jednozdaniowy opis, a następnie pytanie o częstość podejmowania danego zachowania. Badany ma za zadanie połączyć linią zdanie opisujące z wybraną przez siebie odpowiedzią znajdującą się obok. Poniżej na kartce znajduje się pytanie o powody podejmowania tego zachowania. Narzędzie nie wymaga czynności pisania, starałem się by tekstu do czytania było jak najmniej. Ponadto do każdego opisu zachowania dodane są rysunki, które dodatkowo mają obrazować konkretne zachowanie zdrowotne. Do KZZM dołączona jest metryczka zawierająca informację o płci i wieku osoby badanej. KZMM pozwala zmierzyć:

- Nasilenie (intensywność) podejmowania zachowań prozdrowotnych (na poziomie ogólnym oraz grup/ zbiorów lub poszczególnych klas zachowań). Ogólne nasilenie z. prozdr. to suma uzyskanych punktów z piętnastu klas z.z. Nasilenie grup/ zbiorów z. prozdr. to suma uzyskanych punktów z klas zachowań w danym zbiorze zachowań.

- Nasilenie wewnątrzsterowności zachowań zdrowotnych (na poziomie ogólnym oraz grup/ zbiorów lub poszczególnych klas zachowań). Mierniki obliczane są tak samo, jak w wymiarze nasilenia prozdrowotności.

- Typ podejmowania zachowań zdrowotnych. Na podstawie skrzyżowania dwóch wymiarów zachowań zdrowotnych, tj. intensywności i wewnątrzsterowności można wyodrębnić cztery typy zachowań zdrowotnych: o wysokim nasileniu prozdrowotności i wewnątrzsterowności, o wysokim natężeniu prozdrowotności i niskim natężeniu wewnątrzsterowności, o niskim natężeniu prozdrowotności i wysokim natężeniu wewnątrzsterowności, i o niskim natężeniu prozdrowotności i wewnątrzsterowności. Z uwagi na skośność rozkładu wyników przyjęto podział na podstawie mediany. Dzięki temu grupy w każdym typie z.z., uzyskały zbliżoną liczebność.

KZZM poddałem ocenie rzetelności. Współczynnik alfaCronbacha wynosi 0,76. Cały Kwestionariusz znajduje się w załączniku nr 1.

Zmodyfikowany kwestionariusz Self Description Questionare I – Individual Administration.

Do pomiaru pierwszej zmiennej niezależnej, tj. samooceny wykorzystałem gotowe narzędzie pomiarowe – kwestionariusz Self Description Questionare I–Individual Administration (SDQI-IA) – na bazie którego powstał kwestionariusz właściwy. SDQI-IA jest oceniany jako najrzetelniejsze, międzynarodowe narzędzie do pomiaru wielomodalnej samooceny u młodzieży w wieku szkolnym, w tym młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim (Tracey, Marsh, 2000). W oryginale kwestionariusz ten składa się z 64 stwierdzeń deskrypcyjno-ewaluatywnych dotyczących określonych wymiarów samooceny: wymiaru szkolnego [*academic*], (w aspekcie czytania, matematyki i umiejętności ogólnoszkolnych) oraz pozaszkolnego [*nonacademic*], (w aspekcie wyglądu zewnętrznego i sprawności fizycznej, relacji z rówieśnikami i rodzicami, oraz samooceny ogólnej). W związku z tym SDQI-IA składa się z ośmiu podskal, każda zawierająca 8 itemów. Osoba badana jest proszona o określenie w jaki sposób dana deklaracja ją opisuje i zaznaczenie odpowiedzi na 5-stopniowej skali typu Likerta (tamże).

Uznałem, że na potrzeby pracy (tj. pomiaru zmiennej niezależnej), SDQI-IA jest nadbudowany i mógłby być zbyt nurzący dla badanej młodzieży. W związku z tym, w celu ograniczenia liczby pytań zdecydowałem nie włączać do analizy pomiaru samooceny ogólnej –

niespecyficzej. Obszar ten ujęty w oryginalnym SDQI-IA jest najmniej konkretną skalą oceny siebie. Ponadto, w skalach do pomiaru specyficznych właściwości oceny siebie w wymiarze fizycznym, społecznym i psychicznym zrezygnowałem z najbardziej abstrakcyjnych pytań (ze względu na ograniczenia w myśleniu abstrakcyjnym u młodzieży w badanej grupie), a skupiłem się na najbardziej konkretnych deklaracjach w wyżej wymienionych obszarach, które składają się na samoocenę całościową. Tak zmodyfikowany na potrzeby pracy SDQI-IA składa się z 28 stwierdzeń (siedmiu skal, zawierających po cztery pytania dotyczące oceny w obszarze szkolnym (tj. w aspekcie czytania, matematyki i umiejętności ogólnoszkolnych) oraz obszarze pozaszkolnym (w aspekcie: wyglądu zewnętrznego i sprawności fizycznej, relacji z rówieśnikami i rodzicami). Ponadto treść dwóch stwierdzeń (w obszarze matematyki i czytania) została zmieniona, tak by zachować jedność itemów porównawczych (obecnych w oryginale w skali do pomiaru wyglądu zewnętrznego i relacji z rówieśnikami). Do każdego stwierdzenia przyporządkowana jest skala z czterema możliwymi odpowiedziami. Zadaniem osoby badanej jest wskazać, w jakim stopniu dane stwierdzenie ją określa. W wersji końcowej Kwestionariusza zrezygnowałem z odpowiedzi „nie wiem”, (obecnej w oryginalnej skali), ze względu na obawy, że mogłaby być ona nadużywana (wpływając istotnie na zmienność w grupie). Do SDQI-IA dołączona jest metryczka zawierająca informację o płci i wieku osoby badanej. SDQI-IA pozwala zmierzyć:

- Wskaźnik samooceny całościowej, tj. suma punktów uzyskanych ze wszystkich deklaracji/ stwierdzeń (od 28 do 112 pkt).

- Wskaźnik samooceny w poszczególnych aspektach: fizycznym, społecznym (każdy złożony z dwóch skal, w których można zdobyć od 8 do 32 pkt) i umiejętności szkolnych – złożonym z trzech skal – gdzie można uzyskać od 12 do 48 pkt. Mierniki te wyznaczane są z sumy punktów uzyskanych z itemów, które odnoszą się do określonych aspektów oceny samego siebie.

Schemat wypełniania obydwu kwestionariuszy dla młodzieży (KZZM, zmodyfikowany SDQI-IA) jest taki sam. Osoby badane łączą za pomocą linii stwierdzenie z odpowiedzią zawartą na skali.

Kwestionariusz Postaw Rodzicielskich (KPR).

Do pomiaru drugiej zmiennej niezależnej, tj. postaw rodzicielskich, posłużyłem się gotowym narzędziem – Kwestionariuszem Postaw Rodzicielskich (KPR), autorstwa M. Ziemskiej (1973). Kwestionariusz ten składa się z 41 stwierdzeń, które ocenia się w oparciu o czteropunktową skalę szacunkową (zdecydowanie słusznie, raczej słusznie, raczej błędnie, zdecydowanie błędnie). Każde stwierdzenie w KPR dotyczy zachowania rodzica w stosunku

do dziecka. Kwestionariusz jest tak skonstruowany, że kilka różnych stwierdzeń odnosi się do jednej postawy częstkowej. Zespół określonych postaw częstkowych stanowi postawę złożoną. KPR pozwala na pomiar czterech typów postaw złożonych, które mogą korzystnie lub niekorzystnie wpływać na rozwój dziecka: postawa górowania nad dzieckiem, postawa bezradności wobec dziecka, postawa nadmiernej koncentracji uczuciowej nad dzieckiem i postawa nadmiernego dystansu w kontakcie z dzieckiem. W oryginalnej wersji KPR operacjonalizacja zmiennej polega na zamianie otrzymanych wyników surowych dotyczących poszczególnej postawy rodzicielskiej na wyniki stenowe. W tej pracy zrezygnowałem z tej operacji ze względu na brak obecnych norm stenowych. W związku z tym poszczególne postawy rodzicielskie traktuję jako zmienne ciągłe i mierzę za pomocą wyników średnich. W każdej skali można zdobyć od 0 do 30 punktów. Wynik każdej ze skal postaw traktowany jest oddzielnie. Wynik niski świadczy o pozytywnych oddziaływaniach wychowawczych rodziców w stosunku do potomstwa, w obrębie danej postawy rodzicielskiej. Wynik wysoki oznacza negatywne oddziaływania rodzicielskie (Ziemska, 1981).

Kwestionariusz Zachowań Zdrowotnych dla Rodziców (KZZR).

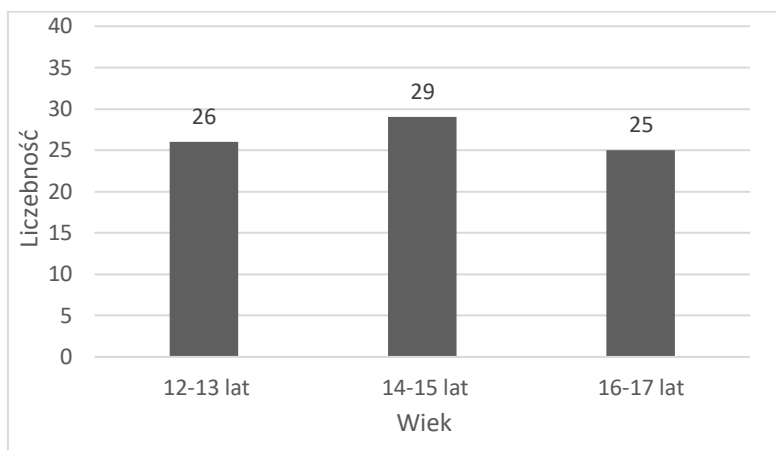
Do pomiaru trzeciej zmiennej niezależnej – zachowań zdrowotnych podejmowanych przez rodziców, wykorzystałem specjalnie do tego celu skonstruowany Kwestionariusz Zachowań Zdrowotnych dla Rodziców (KZZR). Kwestionariusz ten składa się z zestawu czternastu klas zachowań zdrowotnych, identycznych jak w KZZM. W KZZR nie uwzględniono jednego zachowania zdrowotnego (zawartego w KZZM), odnoszącego się do uczestnictwa w lekcji WF. Do każdej klasy zachowania zdrowotnego przyporządkowana jest skala (z sześcioma możliwymi odpowiedziami), która określa nasilenie prozdrowotności zachowania. Wskaźnik ogólny i dla grup zachowań obliczany jest, tak samo jak w KZZM.

Do pomiaru czwartej zmiennej niezależnej: statusu społeczno-ekonomicznego rodziny wykorzystałem metryczkę, która jest dołączona do KZZR. Metryczka zawiera informacje o wykształceniu, miesięcznym dochodzie rodziny i strukturze rodziny (tj. liczby rodziców zamieszkujących jedno gospodarstwo domowe).

Rozdział 4.3. Charakterystyka osób badanych.

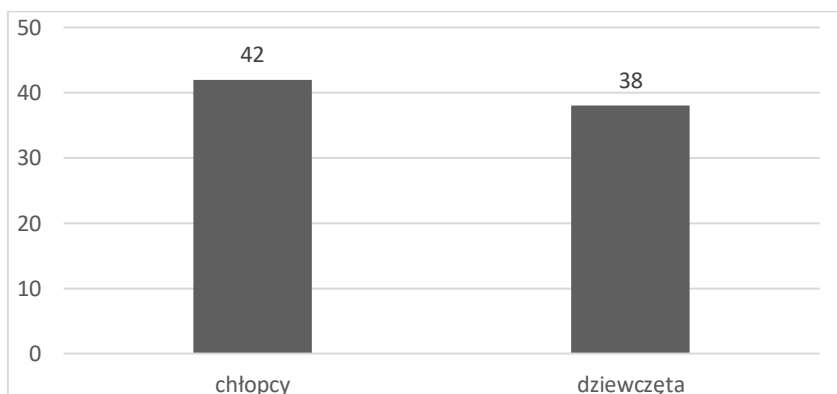
Wszystkie przebadane osoby z grupy badawczej uczęszczały do szkół specjalnych. Grupa składała się z 42 chłopców i 38 dziewcząt. Osoby z grupy badawczej zostały podzielone na trzy podgrupy wiekowe: 12–13 lat, 14–15 lat oraz 16–17 lat. Rozkład badanych ze względu na wiek przedstawia Rysunek 3.

Rysunek 3. Rozkład badanych ze względu na wiek.



Jak wynika z powyższego wykresu najwięcej badanych jest w grupie wiekowej 14–15 lat (ponad 36%), najmniej w grupie 16–17 lat (31%).

Rysunek 4. Rozkład grupy badawczej ze względu na płeć.



W odniesieniu do młodzieży z grupy badawczej dobrałem młodzież z grupy kontrolnej. Stanowiło ją 64 uczniów o typowym rozwoju, uczęszczających do szkół masowych. Porównanie grupy badawczej z grupą kontrolną pod względem wieku i płci znajdują się w Tabeli 2.

Tabela 2. Porównanie grupy badawczej i grupy kontrolnej pod względem cech demograficznych.

| Grupa | Wiek (lata) | | | | | | | Płeć | | | | |
|-----------|-------------|----|----|----|----|----|------|-------|-------|-------|--------|-------|
| | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | Suma | 12-13 | 14-15 | 16-17 | Żeńska | Męska |
| Badawcza | 3 | 23 | 14 | 15 | 11 | 14 | 80 | 26 | 29 | 25 | 38 | 42 |
| Kontrolna | 5 | 10 | 6 | 16 | 11 | 16 | 64 | 15 | 22 | 27 | 38 | 25 |

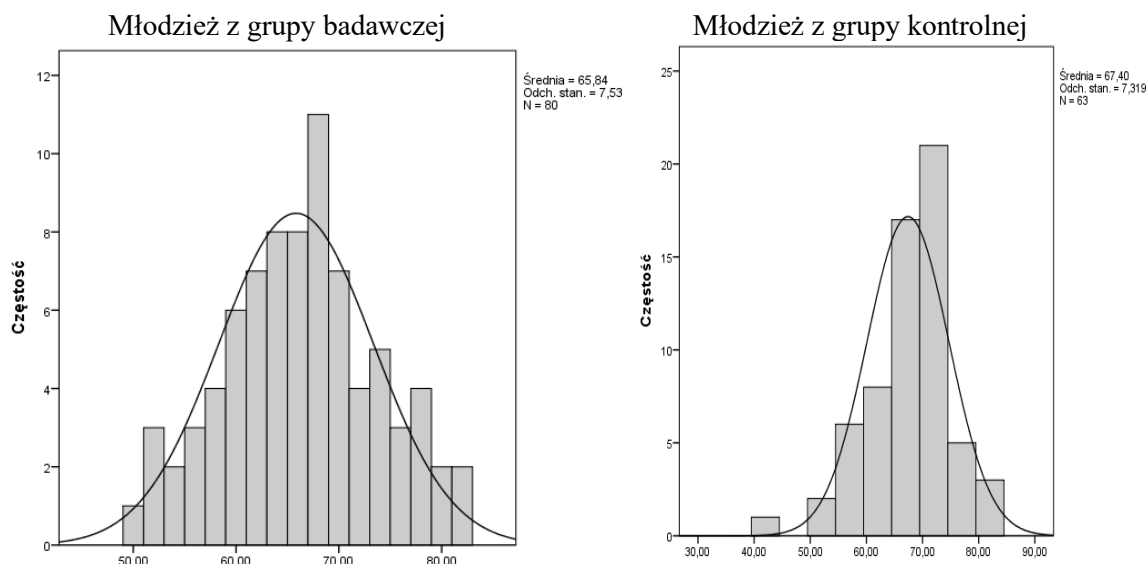
Rozdział 5. Wyniki badań własnych.

W pierwszej kolejności (rozdziały 5.1–5.5.), zaprezentuję ogólne statystyki opisowe podstawowych zmiennych, tj.: zachowań zdrowotnych młodzieży, samooceny, postaw rodzicielskich, zachowań zdrowotnych rodziców oraz SES rodziny. W następnych trzech paragrafach (5.6.–5.8.), uszczegółwię oraz poddam weryfikacji hipotezy badawcze przedstawione w rozdziale 3.3. W związku z tym na początku przeanalizuję różnice w strukturze zachowań zdrowotnych pomiędzy młodzieżą z grupy badawczej i z grupy kontrolnej. Następnie określę związki struktury z.z. młodzieży z grupy badawczej z determinantami osobowościowymi, a w dalszej kolejności z uwarunkowaniami rodzinnymi.

Rozdział 5.1. Poziom zachowań zdrowotnych w wymiarze nasilenia intensywności i wewnątrzsterowności oraz typów z.z. podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i młodzież o typowym rozwoju.

Jako pierwsze przedstawię statystyki opisowe dwóch wymiarów z.z. (za pomocą histogramów i w ujęciu tabularycznym). Przypomnę, że na skali intensywności zachowań prozdrowotnych minimalnie można uzyskać 15 pkt (1x15), a maksymalnie można osiągnąć 90 punktów (6x15). Rozkład wyników w grupie badawczej i kontrolnej zawiera Rysunek 5.

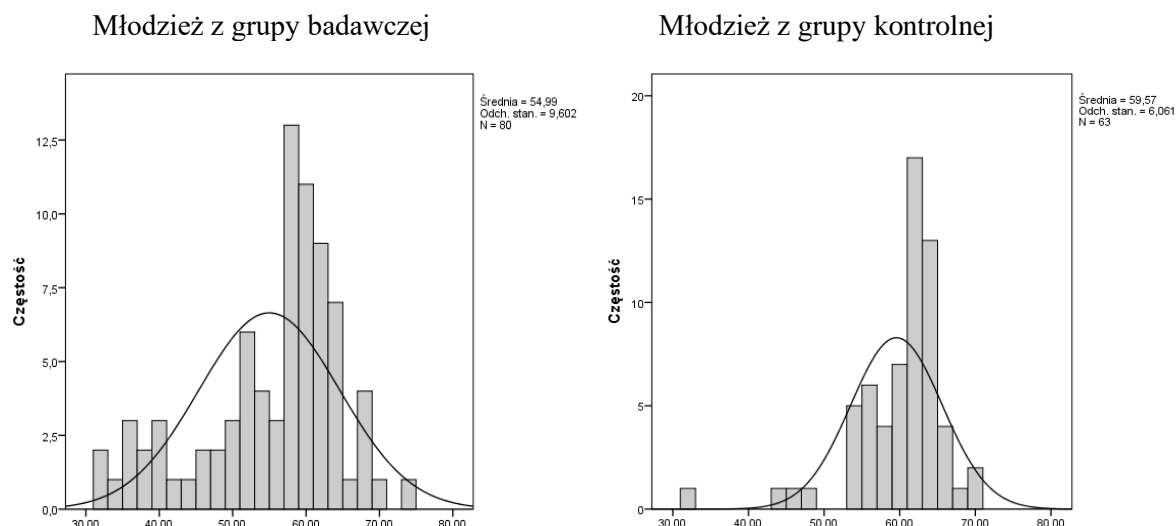
Rysunek 5. Rozkład nasilenia prozdrowotności zachowań młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i o typowym rozwoju.



Rozkład nasilenia prozdrowotności zachowań u młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i o typowym rozwoju jest zbliżony do normalnego.

Przypomnę, że na skali nasilenia wewnątrzsterowności zachowań zdrowotnych minimalnie można uzyskać 15 pkt, a maksymalnie można osiągnąć 90 punktów. Rozkład wyników w grupie badawczej i kontrolnej przedstawiony jest na Rysunku 6.

Rysunek 6. Rozkład nasilenia wewnątrzsterowności zachowań zdrowotnych młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i młodzieży o typowym rozwoju.



Rozkład nasilenia wewnątrzsterowności zachowań zdrowotnych młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i młodzieży o typowym rozwoju jest zbliżony do normalnego.

Poniżej przedstawię ogólne statystyki opisowe elementów struktury zachowań zdrowotnych młodzieży. Opis z.z. w dwóch wyróżnionych wymiarach zostanie zawarty we wspólnym ujęciu tabularycznym. Następnie zaprezentuję statystyki opisowe trzeciego elementu struktury z.z., tj. typów z.z.

Tabela 3. Statystyki opisowe nasilenia prozdrowotności i wewnątrzsterowności zachowań młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej.

| Statystyka | Grupa badawcza | | Grupa kontrolna | |
|------------------------|---------------------------|-------------------------------|---------------------------|-------------------------------|
| | Nasilenie prozdrowotności | Nasilenie wewnątrzsterowności | Nasilenie prozdrowotności | Nasilenie wewnątrzsterowności |
| N | 80 | 80 | 63 | 63 |
| Średnia | 65,8 | 55,0 | 67,4 | 59,6 |
| Mediana | 66,0 | 58,0 | 69,0 | 61,0 |
| Odchylenie standardowe | 7,5 | 9,6 | 7,3 | 6,1 |
| Minimum | 50,0 | 32,0 | 42,0 | 32,0 |
| Maksimum | 82,0 | 74,0 | 83,0 | 69,0 |

Przypomnę, że poprzez skrzyżowanie dwóch wyżej opisanych wymiarów z.z., wyróżniłem trzeci element struktury z.z., tj. typy z.z. W Tabeli 4, zaprezentuję ogólne statystyki opisowe tego konstruktów.

Tabela 4. Statystyki opisowe typów zachowań zdrowotnych podejmowanych przez młodzież z grupy badawczej i kontrolnej.

| Typy zachowań zdrowotnych | Grupa | | | | | | | |
|--|----------|---------|-------------------------|-----------------------------|-----------|---------|-------------------------|-----------------------------|
| | Badawcza | | | | Kontrolna | | | |
| | N | Procent | Średnia prozdrowotności | Średnia wewnętrzsterowności | N | Procent | Średnia prozdrowotności | Średnia wewnętrzsterowności |
| O wysokim nasileniu prozdrowotności i wewnętrzsterowności | 19 | 23,8% | 72,9 | 63,2 | 27 | 42,9% | 72,3 | 63,3 |
| O wysokim nasileniu prozdrowotności i niskim nasileniu wewnętrzsterowności | 19 | 23,8% | 71,4 | 48,6 | 12 | 19,0% | 71,0 | 55,7 |
| O niskim nasileniu prozdrowotności i wysokim nasileniu wewnętrzsterowności | 13 | 16,3% | 60,2 | 62,9 | 13 | 20,6% | 62,8 | 62,1 |
| O niskim nasileniu prozdrowotności i wewnętrzsterowności | 29 | 36,3% | 60,1 | 50,3 | 11 | 17,5% | 56,9 | 51,6 |

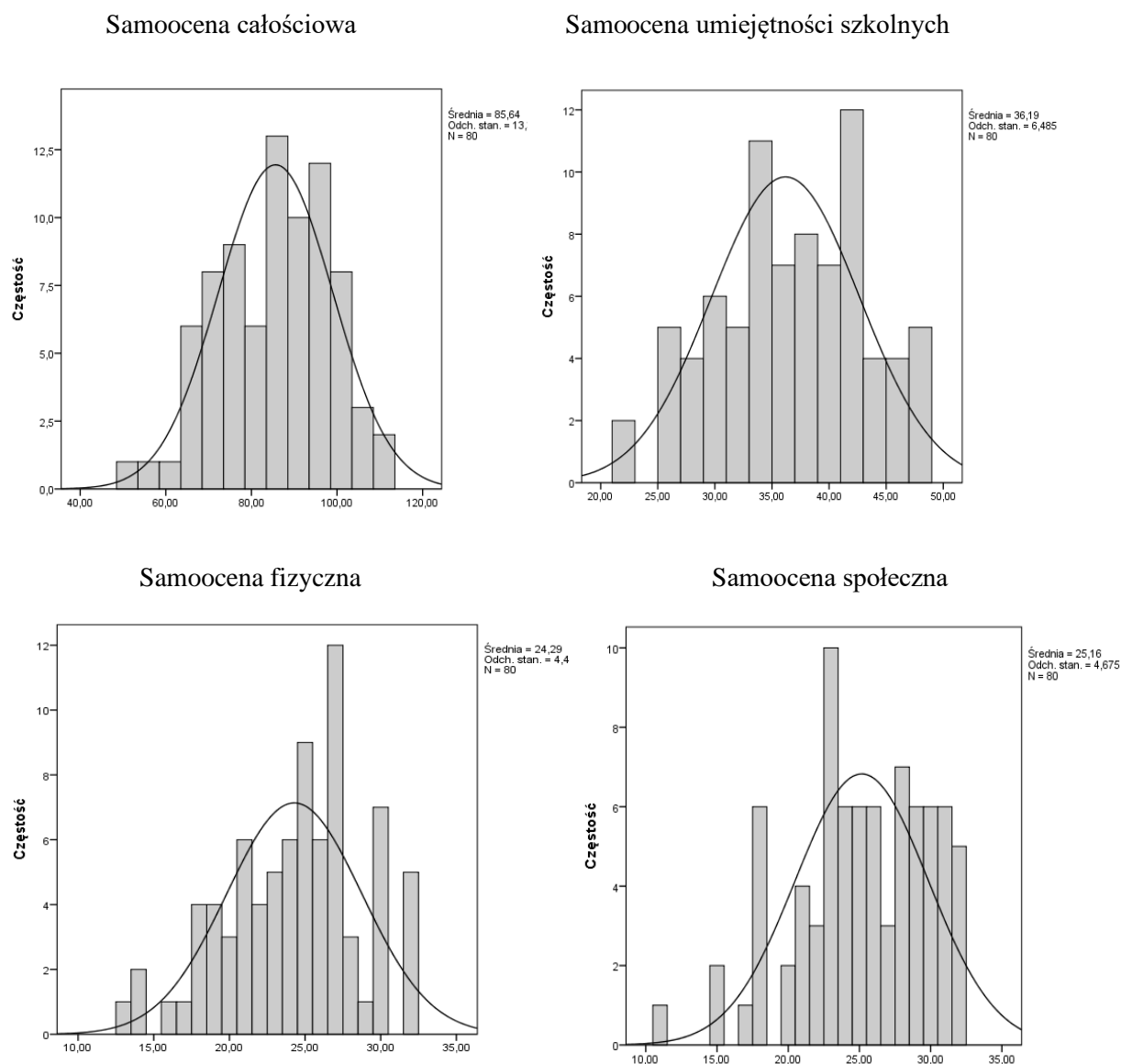
By zachować przystępność wyводу, dokładniejsze statystyki opisowe dotyczące wyżej wymienionych elementów struktury z.z., (tj. w odniesieniu do wieku i płci badanych oraz podzielonych na zbiory z.z.), znajdują się w kolejnych rozdziałach, w miejscach gdzie są omawiane. Najbardziej szczegółowe dane dotyczące związków i różnic poszczególnych klas z.z., w odniesieniu do zmiennych podmiotowych, zawarte są w załącznikach.

Rozdział 5.2. Poziom samooceny całościowej i samooceny w poszczególnych aspektach u młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

Poniżej przedstawię statystyki opisowe (za pomocą histogramów i w ujęciu tabularycznym) dotyczące samooceny całościowej i w poszczególnych aspektach, przejawianej przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. Przypomnę, że

w zmodyfikowanym Kwestionariuszu SDQ1-IA, w pomiarze samooceny całościowej można uzyskać od 28 do 112 pkt, w aspekcie samooceny umiejętności szkolnych (złożonej z trzech skal), można osiągnąć od 12 do 48 pkt. W pomiarze samooceny fizycznej i społecznej (złożonych z dwóch skal), można zdobyć od 8 do 32 pkt. Rozkłady tych zmiennych przedstawione są na Rysunku 7. Statystyki opisowe zawarte są w Tabeli 5.

Rysunek 7. Rozkład samooceny młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.



Rozkłady samooceny całościowej i w jej poszczególnych aspektach u młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, są zbliżone do rozkładu normalnego.

Tabela 5. Statystyki opisowe samooceny całościowej i w poszczególnych aspektach u młodzieży z grupy badawczej.

| Statystyka | Samoocena całościowa | Samoocena umiejętności szkolnych | Samoocena w wymiarze fizycznym | Samoocena w wymiarze społecznym |
|------------------------|----------------------|----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| N | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Średnia | 85,6 | 31,2 | 24,3 | 25,2 |
| Mediana | 87,0 | 36,5 | 25,0 | 25,0 |
| Odchylenie standardowe | 13,4 | 6,5 | 4,5 | 4,7 |
| Skośność | -0,3 | -0,1 | -0,4 | -0,6 |
| Kurtoza | -0,4 | -0,7 | -0,2 | 0,0 |
| Minimum | 51,0 | 22,0 | 13,0 | 11,0 |
| Maksimum | 112,0 | 48,0 | 32,0 | 32,0 |

Opis pozostałych zmiennych podmiotowych, tj. cech demograficznych młodzieży w grupie badawczej i kontrolnej znajduje się w rozdziale 4.3.

Rozdział 5.3. Poziom postaw rodzicielskich rodzin z potomstwem z niepełnosprawnością intelektualną.

Przypomnę, że w tej pracy wykorzystuję model postaw rodzicielskich wg. M. Ziemskiej (1981). Wyniki poszczególnych postaw rodzicielskich przedstawione są za pomocą średniej arytmetycznej. W każdej skali można zdobyć od 0 do 30 punktów. Wynik każdej ze skal traktowany jest oddzielnie. Wynik niski świadczy o pozytywnych oddziaływaniach wychowawczych rodziców stosunku do potomstwa, w obrębie danej postawy rodzicielskiej. Wynik wysoki oznacza negatywne oddziaływania rodzicielskie. Rozkład poszczególnych postaw rodzicielskich, dla matki i ojca potomstwa z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, przedstawiono we wspólnym ujęciu tabularycznym, w Tabeli 6.

Jak wynika z poniższej tabeli, u matek średni poziom wyróżnionych postaw rodzicielskich jest bardziej zbliżony do siebie, w porównaniu do postaw rodzicielskich ojców. Można zatem przyjąć, że matki prezentują bardziej harmonijne oddziaływania wychowawcze.

Tabela 6. Statystyki opisowe postaw rodzicielskich w stosunku do potomstwa z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

| Statystyka | Typ postawy rodzicielskiej | | | |
|------------------------|----------------------------|------------|------------------------|-------------------|
| | Matka | | | |
| | Górowanie | Bezradność | Nadmierna koncentracja | Nadmierny dystans |
| N | 72 | 72 | 72 | 72 |
| Średnia | 12,8 | 12,8 | 14,2 | 6,9 |
| Mediana | 13,0 | 13,0 | 14,0 | 6,0 |
| Odchylenie standardowe | 4,2 | 4,1 | 5,4 | 4,0 |
| Skośność | -0,3 | -0,1 | 0,3 | 0,9 |
| Kurtoza | 0,4 | 0 | -0,4 | 0,5 |
| Minimum | 2,0 | 3,0 | 2,0 | 0 |
| Maksimum | 22,0 | 22,0 | 27,0 | 19,0 |
| Statystyka | Ojciec | | | |
| | Górowanie | Bezradność | Nadmierna koncentracja | Nadmierny dystans |
| | N | 24 | 24 | 24 |
| Średnia | 12,8 | 5,5 | 14,5 | 4,2 |
| Mediana | 13,5 | 6,0 | 15,0 | 4,0 |
| Odchylenie standardowe | 3,6 | 2,0 | 4,0 | 2,2 |
| Skośność | -0,4 | -1,1 | 0 | 0 |
| Kurtoza | -1,0 | 0,9 | -0,8 | -0,8 |
| Minimum | 6,0 | 1,0 | 8,0 | 0 |
| Maksimum | 18,0 | 8,0 | 22,0 | 8,0 |

Rozdział 5.4. Poziom zachowań zdrowotnych matek dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

Do pomiaru tej zmiennej wykorzystuję specjalnie do tego celu skonstruowany Kwestionariusz Zachowań Zdrowotnych dla Rodziców (KZZR). Kwestionariusz ten składa się z zestawu 14 (tych samych jak w przypadku KZZM) klas zachowań zdrowotnych, analizowanych pod kątem nasilenia prozdrowotności. W KZZR można uzyskać od 14 do 84 punktów. Statystyki opisowe zawarte są w Tabeli 7.

Tabela 7. Statystyki opisowe nasilenia prozdrowotności zachowań matek dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

| Statystyka | Nasilenie prozdrowotności zachowań matki |
|------------------------|--|
| N | 75 |
| Średnia | 60,8 |
| Mediana | 62,0 |
| Odchylenie standardowe | 8,2 |
| Skośność | -0,1 |
| Kurtoza | -0,1 |
| Minimum | 39,0 |
| Maksimum | 79,0 |

Zbyt mała liczba ojców, którzy wyrazili chęć udziału w badaniu nie pozwala na rzetelną analizę statystyczną (w kontekście naśladowania ich zachowań), dlatego nie prezentuję tu opisu z.z. ojców.

Rozdział 5.5. Poziom SES rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

W tej pracy SES rodziny określam za pomocą trzech wskaźników: wykształcenie matki, miesięczny dochód rodziny oraz struktura rodziny. Statystyki opisowe poszczególnych wskaźników znajdują się w Tabeli 8.

Tabela 8. Statystyki opisowe dla indyktorów SES rodzin młodzieży z grupy badawczej.

| Wskaźniki SES | Podział | Częstość | Procent |
|---------------------------|----------|----------|---------|
| Wykształcenie matki | Niższe | 52 | 66,7 |
| | Wyższe | 26 | 33,3 |
| | Ogółem | 78 | 100 |
| Miesięczny dochód rodziny | Niski | 42 | 54,5 |
| | Wysoki | 35 | 45,5 |
| | Ogółem | 77 | 100 |
| Struktura rodziny | Pełna | 48 | 62,3 |
| | Niepełna | 29 | 37,7 |
| | Ogółem | 77 | 100 |

Rozdział 5.6. Analiza struktury zachowań zdrowotnych podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

W tym miejscu chcę przypomnieć, że podstawowym założeniem tej pracy jest teza, że stan zdrowia jest podstawą do uczestniczenia w pełni w życiu społecznym każdej jednostki, również (lub szczególnie) osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. W tym znaczeniu zachowania doskonalące i ochraniające zdrowie pełnią szczególną rolę w rozwoju osobniczym. Lokują się one na najniższym szczeblu w repertuarze behawioralnym jednostki, tworząc fundament dla innych zachowań społecznych. Młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim ze względu na opóźnienie (zaburzenie) w funkcjonowaniu intelektualnym oraz swoiste cechy osobowości i doświadczenia społeczne, może charakteryzować się specyficzną strukturą zachowań zdrowotnych. Twierdzenie to jest podstawą do sformułowania pierwszego pytania badawczego, które brzmi: *czy młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim różni się pod względem podejmowanych zachowań zdrowotnych, w porównaniu z młodzieżą o typowym rozwoju?* Poniżej zaprezentuję wyniki badań odpowiadające na to pytanie.

Rozdział 5.6.1. Zróżnicowanie w strukturze zachowań zdrowotnych pomiędzy młodzieżą z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim a młodzieżą o typowym rozwoju.

W celu weryfikacji hipotezy 1-głównej (ogólnej), której treść brzmi: *młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim różni się pod względem intensywności podejmowania zachowań o wysokim nasileniu prozdrowotności i wewnątrzsterowności oraz pod względem typów zachowań zdrowotnych, w porównaniu z młodzieżą o typowym rozwoju*, sformułowałem bardziej szczegółowe hipotezy, które przedstawione są poniżej w odpowiednich rozdziałach. By zachować przystępność wyводу w pierwszej kolejności zostaną zaprezentowane przewidywania dotyczące wymiaru nasilenia prozdrowotności, na poziomie zarówno wskaźnika ogólnego zachowań prozdrowotnych (z. prozdr.), jak i szczegółowo – w obrębie mierzonych grup/ klas z. prozdr., całościowo oraz w odniesieniu do wieku i płci badanych. Następnie zaprezentowane zostaną wyniki odnoszące się do drugiego wymiaru zachowań zdrowotnych (z.z.), tj. nasilenia wewnątrzsterowności z.z., na poziomie wskaźnika ogólnego, jak również grup/ klas z.z., całościowo oraz w odniesieniu do wieku i płci badanych. W dalszej kolejności nakreślone zostaną wyniki dotyczące zróżnicowania typów zachowań zdrowotnych, ogólnie oraz w odniesieniu do wieku i płci badanych.

Rozdział 5.6.1.1. Zróźnicowanie w nasileniu prozdrowotności zachowań podejmowanych przez młodzieź z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i młodzieź o typowym rozwoju.

W odniesieniu do hipotezy 1-główniej sformułowałem hipotezę szczegółową 1.1., która brzmi następująco: *mlodzieź z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim różni się pod względem podejmowania zachowań o wysokim nasileniu prozdrowotności, w porównaniu z młodzieżą o typowym rozwoju. W celu empirycznej weryfikacji tego przewidywania, porównałem wyniki średnie grupy badawczej i kontrolnej w zakresie mierzonej zmiennej. Odpowiednie dane zawarte są w Tabeli 9.*

Tabela 9. Statystyki opisowe nasilenia prozdrowotności zachowań młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej.

| | Grupa | N | Średnia | Odchylenie standardowe |
|---------------------------|-----------|----|---------|------------------------|
| Nasilenie prozdrowotności | Badawcza | 80 | 65,8 | 7,5 |
| | Kontrolna | 63 | 67,4 | 7,3 |

Jak wynika z danych z powyższej tabeli wynik średni nasilenia prozdrowotności w grupie kontrolnej jest wyższy, aniżeli w grupie badawczej, co sugeruje, że młodzieź o typowym rozwoju częściej podejmuje zachowania chroniące i doskonalące stan zdrowia. Zróźnicowanie wewnątrzgrupowe jest niemal identyczne w obu grupach. W celu stwierdzenia, czy opisywane różnice są istotne statystycznie wykorzystałem test t-Studenta dla prób niezależnych.

Tabela 10. Test t dla prób niezależnych ogólnego nasilenia prozdrowotności zachowań młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej.

| | t | df | Istotność |
|---------------------------|-------|-----|-----------|
| Nasilenie prozdrowotności | -1,24 | 141 | 0,215 |

*p<0,05

**p<0,01

Jak przedstawia Tabela 10, otrzymane statystyki nie osiągnęły wymaganego poziomu istotności, co stanowi podstawę do odrzucenia hipotezy zakładającej, że młodzieź z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim ogólnie różni się od młodzieży o typowym rozwoju pod względem intensywności podejmowania zachowań o wysokim nasileniu prozdrowotności.

Rozdział 5.6.1.1.2. Zróznicowanie w nasileniu prozdrowotności zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i młodzież o typowym rozwoju, w odniesieniu do wieku.

Przyjąłem, że okres dojrzewania trwa około sześciu lat, od 12 do 17 roku życia. Za rozsądne wydaje się założyć, że w tym czasie może zmienić się struktura podejmowanych z.z., zwłaszcza pomiędzy najmłodszą i najstarszą młodzieżą. By poddać analizie omawianą zmienność, podzieliłem okres adolescencji na trzy kategorie wiekowe: 12–13 lat, 14–15 lat i 16–17 lat. W związku z tym, w odniesieniu do hipotezy 1-główniej sformułowałem hipotezę 1.2., której treść brzmi: *młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim różni się pod względem podejmowania zachowań o wysokim nasileniu prozdrowotności, w porównaniu z młodzieżą o typowym rozwoju, w wyróżnionych kategoriach wiekowych.* W celu empirycznej weryfikacji tej hipotezy, porównałem wyniki średnie dla grupy badawczej i kontrolnej w zakresie mierzonej zmiennej. Statystyki opisowe zawarte są w Tabeli 11.

Tabela 11. Statystyki opisowe nasilenia prozdrowotności zachowań młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej, w trzech kategoriach wiekowych.

| Wiek | Grupa | N | Średnia | Odchylenie standardowe |
|-----------|-----------|----|---------|------------------------|
| 12-13 lat | Badawcza | 26 | 64,4 | 7,2 |
| | Kontrolna | 14 | 71,4 | 4,9 |
| 14-15 lat | Badawcza | 29 | 67,4 | 7,7 |
| | Kontrolna | 22 | 65,1 | 8,9 |
| 16-17 lat | Badawcza | 25 | 65,6 | 7,7 |
| | Kontrolna | 27 | 67,2 | 6,3 |

Na podstawie danych zawartych w powyższej tabeli można dostrzec, że największe różnice w wyniku średnim oraz w odchyleniu standardowym pomiędzy grupą badawczą i kontrolną, występują pomiędzy najmłodszymi kategoriami wiekowymi młodzieży. Różnica ta jest związana z wynikiem uzyskanym przez 12–13-latków z grupy kontrolnej, którzy charakteryzują się najwyższym ze wszystkich badanych podgrup wskaźnikiem nasilenia prozdrowotności (i jednocześnie największą spójnością wewnątrzgrupową). Można domniemywać, że młodzież o typowym rozwoju w tym wieku pozostaje jeszcze pod znacznym wpływem oddziaływań rodzicielskich i jednocześnie posiada już wiedzę i umiejętności, jak dbać o swoje zdrowie, w przeciwieństwie do ich rówieśników z grupy badawczej, która w tym okresie wiekowym nie nabyła jeszcze tych kompetencji (charakteryzuje się najniższym ogólnym wskaźnikiem prozdrowotności ze wszystkich kategorii wiekowych). Ponadto, zróznicowanie wewnątrzgrupowe u młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu

lekkim w każdej kategorii wiekowej przyjmuje podobne wartości, w przeciwieństwie do młodzieży o typowym rozwoju, u której jest ono większe. Najwyższe zróżnicowanie interindywidualne występuje u młodzieży 14–15-letniej o typowym rozwoju. W celu weryfikacji, czy opisywane różnice są istotne statystycznie posłużyłem się testem t-Studenta dla prób niezależnych. Wyniki przedstawia Tabela 12.

Tabela 12. Test t dla prób niezależnych ogólnego nasilenia prozdrowotności zachowań młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej, w odniesieniu do kategorii wiekowych.

| Wiek | t | df | Istotność |
|-----------|-------|----|----------------|
| 12-13 lat | -3,23 | 38 | 0,003** |
| 14-15 lat | 0,97 | 49 | 0,338 |
| 16-17 lat | -0,84 | 50 | 0,405 |

*p<0,05

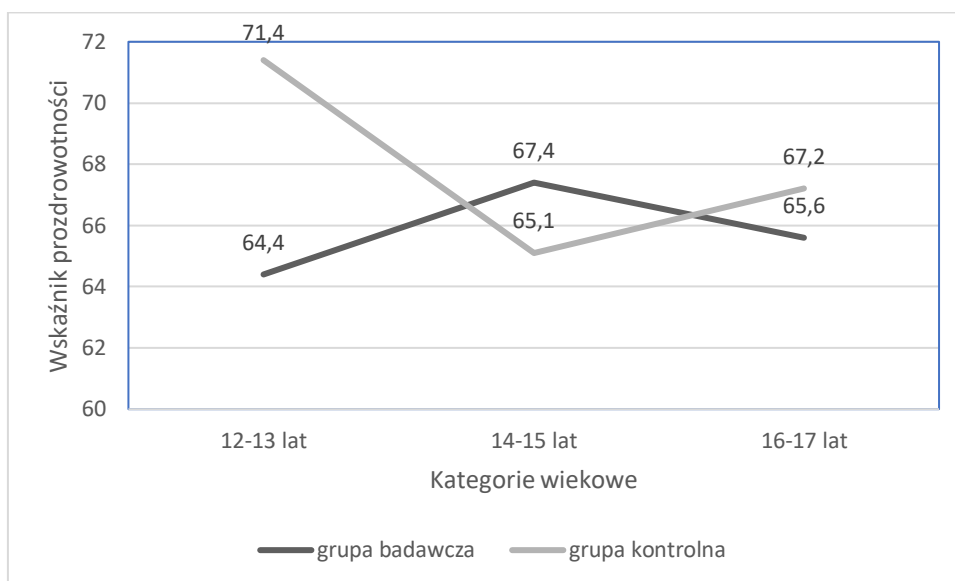
**p<0,01

Zgodnie z przypuszczeniami istotna statystycznie różnica w podejmowaniu zachowań o wysokim nasileniu prozdrowotności występuje wyłącznie pomiędzy najmłodszą młodzieżą z grupy badawczej i kontrolnej ($p<0,01$). Powyższe wyniki weryfikują (częściowo potwierdzają, częściową odrzucają) hipotezę 1.2.

Ważnym zagadnieniem w tej pracy jest określenie zmienności intensywności podejmowania z. prozdr. w całym okresie dorastania (12–17 lat), a więc sprawdzenie, czy wraz z wiekiem zmienia się istotnie intensywność podejmowania zachowań o wysokim nasileniu prozdrowotności u młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, w porównaniu z ich rówieśnikami o typowym rozwoju. W związku z tym sformułowałem hipotezę 1.3., która brzmi: *wiek młodzieży w grupie badawczej i kontrolnej różnicuje intensywność podejmowania zachowań o wysokim nasileniu prozdrowotności*. W celu lepszego zobrazowania tych zmian posłużę się Rysunkiem 8.

Mimo, że wiek młodzieży w tej pracy nie jest zmienną ciągłą, to w celu lepszego zobrazowania zmienności intensywności podejmowania z. prozdr. w całym okresie dorastania, zastosowałem wykres liniowy. Analiza danych z poniższego rysunku uprawnia do stwierdzenia, że istnieją różnice pomiędzy porównywanymi grupami młodzieży w zmienności nasilenia prozdrowotności zachowań w okresie dojrzewania. Młodzież o typowym rozwoju charakteryzuje się najwyższą prozdrowotnością w okresie wczesnej adolescencji. W środkowej fazie dojrzewania wskaźnik prozdrowotności przyjmuje wartość najniższą, by później nieznacznie wzrosnąć. U młodzieży w grupie badawczej rozkład ten wygląda inaczej. Okres

Rysunek 8. Porównanie różnic we wskaźnikach prozdrowotności dla grupy badawczej i kontrolnej, w trzech kategoriach wiekowych.



wczesnej adolescencji charakteryzuje się najniższym poziomem wskaźnika nasilenia prozdrowotności, który wzrasta w okresie średnim, by nieznacznie obniżyć się w wieku późnej dojrzałości. Porównując rozkłady nasilenia zachowań prozdrowotnych pomiędzy grupą badawczą i kontrolną można zauważyć, że największe zróżnicowanie występuje w najmłodszej kategorii wiekowej. Okres średniej dojrzałości charakteryzuje się najwyższym wskaźnikiem prozdrowotności u młodzieży z grupy badawczej. Jest on również wyższy, niż wynik młodzieży w grupie kontrolnej, u której wskaźnik prozdrowotności w tym okresie spada do wartości najniższej. W końcowej fazie dojrzałości wynik średni nasilenia prozdrowotności w grupie kontrolnej jest nieznacznie wyższy, aniżeli w grupie badawczej. Ponadto zmienność nasilenia zachowań prozdrowotnych u młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim jest bardziej równomierna, aniżeli u rówieśników o typowym rozwoju. W celu sprawdzenia, czy opisywane różnice są istotne statystycznie, posłużyłem się analizą jednoczynnikową wariancji ANOVA. Szczegółowe dane znajdują się w Tabeli 13.

Tabela 13. Jednoczynnikowa analiza wariancji ANOVA ogólnego nasilenia prozdrowotności zachowań młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej, w odniesieniu do wieku.

| | Suma kwadratów | df | Średni kwadrat | F | Istotność |
|----------------|----------------|-----|----------------|-------|-----------|
| Między grupami | 544,644 | 5 | 108,929 | 2,033 | 0,078 |
| Wewnątrz grup | 7341,021 | 137 | 53,584 | | |
| Ogółem | 7885,664 | 142 | | | |

*p<0,05

**p<0,01

Na podstawie testów post hoc (Test Turke'a HSD, Test Scheffe) stwierdza się brak istotnych różnic w nasileniu prozdrowotności zachowań, pomiędzy poszczególnymi kategoriami wiekowymi w grupie badawczej i w grupie kontrolnej. Oznacza to, że młodzież starsza nie różni się istotnie od młodzieży młodszej pod względem podejmowania zachowań o wysokim nasileniu prozdrowotności w obu grupach badanej młodzieży oraz, że w okresie dojrzewania nie występuje faza szczególnego wzrostu lub załamania nasilenia z. prozdr. Ponadto można wskazać, że w całym okresie adolescencji młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim podejmuje z podobną intensywnością z. prozdr., jak młodzież o typowym rozwoju. Wynik ten falsyfikuje hipotezę 1.3.

Rozdział 5.6.1.1.3. Zróznicowanie w nasileniu prozdrowotności zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i młodzież o typowym rozwoju, w odniesieniu do płci.

W celu określenia pełniejszego obrazu różnic w nasileniu prozdrowotności zachowań, za rozsądne wydaje się sprawdzić, czy istnieje zróznicowanie w tym zakresie pomiędzy chłopcami i dziewczętami z grupy badawczej i kontrolnej. W odniesieniu to hipotezy 1-głównej, sformułowałem hipotezę szczegółową 1.4., której treść brzmi: *dziewczeta częściej podejmują zachowania o wysokim nasileniu prozdrowotności, aniżeli chłopcy*. Szczegółowe statystyki opisowe omawianych zmiennych znajdują się w Tabeli 14.

Tabela 14. Statystyki opisowe nasilenia prozdrowotności zachowań młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej, w odniesieniu do płci.

| Nasilenie z. prozdr. | Płeć | N | Średnia | Odchylenie standardowe |
|----------------------|------------|----|---------|------------------------|
| Grupa badawcza | Chłopcy | 42 | 65,8 | 7,2 |
| | Dziewczeta | 38 | 65,9 | 8,0 |
| Grupa kontrolna | Chłopcy | 25 | 66,0 | 7,9 |
| | Dziewczeta | 38 | 68,3 | 6,9 |

Na podstawie danych z powyższej tabeli można stwierdzić, że chłopcy z grupy badawczej i kontrolnej mają niemal identyczny wynik średni. Większe zróznicowanie występuje pomiędzy dziewczętami, przy czym najwyższy ogólny wskaźnik nasilenia prozdrowotności występuje u dziewcząt z grupy kontrolnej, które jednocześnie charakteryzują się największą spójnością wewnątrzgrupową. W celu sprawdzenia, czy powyższe różnice są istotne statystycznie posłużyłem się jednoczynnikową analizą wariancji ANOVA. Szczegółowe wyniki przedstawione są w Tabeli 15.

Tabela 15. Jednoczynnikowa analiza wariancji ANOVA ogólnego nasilenia prozdrowotności zachowań młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej, w odniesieniu do płci.

| | | Suma kwadratów | df | Średni kwadrat | F | Istotność |
|-----------------------------------|----------------|----------------|-------|----------------|-------|-----------|
| Nasilenie zachowań prozdrowotnych | Między grupami | 171,333 | 3,0 | 57,111 | 1,029 | 0,382 |
| | Wewnątrz grup | 7714,331 | 139,0 | 55,499 | | |
| | Ogółem | 7885,664 | 142,0 | | | |

*p<0,05

**p<0,01

Na podstawie danych przedstawionych w powyższej tabeli należy przyjąć, że brak jest istotnych różnic w intensywności podejmowania zachowań o wysokim nasileniu prozdrowotności, pomiędzy dziewczętami i chłopcami z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i o typowym rozwoju, wewnątrz oraz pomiędzy badanymi grupami. Wynik ten nie potwierdza hipotezy 1.4.

Rozdział 5.6.1.1.4. Zróżnicowanie w nasileniu prozdrowotności zbiorów zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i młodzież o typowym rozwoju.

W celu zachowania przystępności wywodu przypomnę w tym miejscu, że 15 klas zachowań zdrowotnych wyróżnionych w tej pracy, składa się na pięć głównych grup (zbiorów) zachowań zdrowotnych. Są to zachowania: związane z higieną ciała, związane z dietą, aktywność fizyczna, zachowania sedenteryjne oraz zachowania destrukcyjne (konsumpcja używek). Tak skonstruowany zbiór umożliwia pogłębioną analizę treściową zachowań prozdrowotnych. W celu empirycznej weryfikacji przewidywań, w odniesieniu do hipotezy 1-głównej, sformułowałem hipotezę szczegółową 1.5., której treść brzmi: *młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim różni się pod względem podejmowania poszczególnych zachowań o wysokim nasileniu prozdrowotności, w porównaniu z młodzieżą o typowym rozwoju*. Szczegółowe statystyki opisowe zawarte są w Tabeli 16.

Jak wskazują dane z Tabeli 16, różnica w wynikach średnich nieprzekraczająca jednego punktu, występuje w czterech zbiorach zachowań: w zachowaniach destrukcyjnych (konsumpcji używek), w zachowaniach sedenteryjnych, związanych z higieną oraz z aktywnością fizyczną. Dane te pozwalają przypuszczać, że nie ma istotnego zróżnicowania w tych obszarach. Wyższa różnica we wskaźniku nasilenia prozdrowotności (2 punkty) pomiędzy grupą badawczą i kontrolną, występuje w zbiorze zachowań związanych z dietą.

Jednocześnie zróżnicowanie wewnątrzgrupowe jest tu najwyższe. W celu sprawdzenia, czy opisywane różnice są istotne statystycznie zastosowałem test t-Studenta dla prób niezależnych. Wynik zawarte są w Tabeli 17.

Tabela 16. Statystyki opisowe nasilenia prozdrowotności zbiorów zachowań młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej.

| Grupa zachowań | Grupa | N | Średnia | Odchylenie standardowe |
|-------------------------|-----------|----|---------|------------------------|
| Dieta | Badawcza | 80 | 19,6 | 4,2 |
| | Kontrolna | 63 | 21,6 | 3,5 |
| Zachowania destrukcyjne | Badawcza | 80 | 11,4 | 1,5 |
| | Kontrolna | 63 | 11,0 | 2,0 |
| Zachowania sedenteryjne | Badawcza | 80 | 6,8 | 3,0 |
| | Kontrolna | 63 | 7,2 | 2,0 |
| Aktywność fizyczna | Badawcza | 80 | 13,3 | 3,7 |
| | Kontrolna | 63 | 12,4 | 3,4 |
| Higiena | Badawcza | 80 | 14,8 | 2,1 |
| | Kontrolna | 63 | 15,3 | 1,7 |

Tabela 17. Test t dla prób niezależnych nasilenia prozdrowotności zbiorów zachowań młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej.

| Grupy zachowań | t | df | Istotność |
|-------------------------|-------|-------|----------------|
| Dieta | -3,06 | 141,0 | 0,002** |
| Zachowania destrukcyjne | 1,24 | 115,8 | 0,216 |
| Zachowania sedenteryjne | -0,94 | 138,3 | 0,348 |
| Aktywność fizyczna | 1,62 | 141,0 | 0,107 |
| Higiena | -1,47 | 141,0 | 0,145 |

*p<0,05

**p<0,01

Jak wynika z powyższej tabeli istotne zróżnicowanie pomiędzy młodzieżą z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i młodzieżą o typowym rozwoju występują wyłącznie w zbiorze zachowań związanych z dietą ($p<0,01$). Wyniki te weryfikują (częściowo potwierdzają, w większości odrzucają) hipotezę 1.5.

Rozdział 5.6.1.2. Zróźnicowanie w nasileniu wewnątrzsterowności zachowań zdrowotnych podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i młodzież o typowym rozwoju.

Przypomnę, że wymiar nasilenia wewnątrzsterowności jest drugim wymiarem zachowań zdrowotnych (obok nasilenia prozdrowotności). Określa on rodzaj motywacji, pod wpływem której inicjowane i podejmowane są określone zachowania zdrowotne. Można przypuszczać, że specyficzne właściwości osobnicze i doświadczenia społeczne młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, mogą być związane z odmienną, niż u rówieśników o typowym rozwoju, motywacją do podejmowania z.z. W odniesieniu do hipotezy 1-główniej sformułowalem hipotezę szczegółową 1.6., której treść brzmi: *młodzież o typowym rozwoju w większym stopniu podejmuje zachowania o wysokim nasileniu wewnątrzsterowności, niż młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.* W celu empirycznej weryfikacji tego przewidywania porównalem wyniki średnie dla grupy badawczej i kontrolnej. Statystyki opisowe dotyczącej omawianej zmiennej przedstawione są w Tabeli 18.

Tabela 18. Statystyki opisowe nasilenia wewnątrzsterowności zachowań zdrowotnych młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej.

| | Grupa | N | Średnia | Odchylenie Standardowe |
|------------------------------------|-----------|----|---------|------------------------|
| Nasilenie wewnątrzsterowności z.z. | Badawcza | 80 | 55,0 | 1,1 |
| | Kontrolna | 63 | 59,6 | 0,8 |

Jak wynika z powyższej tabeli młodzież z grupy kontrolnej charakteryzuje się wyższym wskaźnikiem nasilenia wewnątrzsterowności zachowania zdrowotnego, aniżeli młodzież w badanej grupie. Zróźnicowanie intragrupowe przyjmuje podobną wartość. W celu stwierdzenia, czy opisywane różnice są istotne statystycznie posłuzyłem się testem t-Studenta dla prób niezależnych. Wynik zawarte są w Tabeli 19.

Tabela 19. Test t dla prób niezależnych ogólnego nasilenia wewnątrzsterowności zachowań zdrowotnych młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej.

| | t | df | Istotność |
|------------------------------------|-------|-------|----------------|
| Nasilenie wewnątrzsterowności z.z. | -3,48 | 135,1 | 0,001** |

*p<0,05

**p<0,01

Na podstawie danych ujętych w powyższej tabeli można stwierdzić, że występuje istotna różnica w nasileniu wewnątrzsterowności zachowań. Młodzież o typowym rozwoju w istotnie większym stopniu podejmuje zachowania zdrowotne o wysokim nasileniu wewnątrzsterowności, w stosunku do młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim ($p < 0,01$). Zgodnie z przypuszczeniami młodzież z grupy badawczej w istotnie większym stopniu podejmuje zachowania zdrowotne pod wpływem społecznym, co potwierdza hipotezę 1.6.

Rozdział 5.6.1.2.1. Zróżnicowanie w nasileniu wewnątrzsterowności zachowań zdrowotnych podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i młodzież o typowym rozwoju, w odniesieniu do wieku.

Na podstawie istotnej różnicy w ogólnym wskaźniku nasilenia wewnątrzsterowności (opisanej w powyższym rozdziale), można oczekiwać, że opisywany element struktury z.z. będzie zróżnicowany, w zależności od wieku badanej młodzieży. W odniesieniu do hipotezy 1-głównej, sformułowałem hipotezę szczegółową 1.7., której treść brzmi: *młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim różni się pod względem podejmowania zachowań o wysokim nasileniu wewnątrzsterowności, w porównaniu z młodzieżą o typowym rozwoju w poszczególnych kategoriach wiekowych*. W celu empirycznej weryfikacji tego przewidywania porównałem wyniki średnie dotyczące omawianej zmiennej, w poszczególnych kategoriach wiekowych. Szczegółowe statystyki opisowe zawarte są w Tabeli 20.

Tabela 20. Statystyki opisowe nasilenia wewnątrzsterowności zachowań zdrowotnych młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej, w odniesieniu do wieku.

| Nasilenie wewnątrzsterowności z.z. | Grupa | 12-13 lat | | | 14-15 lat | | | 16-17 lat | | |
|------------------------------------|-----------|-----------|---------|------------------------|-----------|---------|------------------------|-----------|---------|------------------------|
| | | N | Średnia | Odchylenie standardowe | N | Średnia | Odchylenie standardowe | N | Średnia | Odchylenie standardowe |
| | Badawcza | 26 | 54,9 | 9,4 | 29 | 56,4 | 7,3 | 25 | 53,4 | 12,0 |
| | Kontrolna | 14 | 60,9 | 3,8 | 22 | 58,9 | 7,5 | 27 | 59,4 | 5,8 |

Jak wynika z powyższej tabeli, w każdej z trzech kategorii wiekowych wskaźnik nasilenia wewnątrzsterowności jest wyższy w grupie kontrolnej, niż w badawczej, przy czym największe różnice występują w najstarszej i najmłodszej podgrupie badanej młodzieży. Najwyższy wynik średni (i jednocześnie najniższe zróżnicowanie wewnątrzgrupowe) występuje u najmłodszej młodzieży o typowym rozwoju. Najniższy wskaźnik nasilenia wewnątrzsterowności charakteryzuje najstarszą młodzież z grupy badawczej, która jednocześnie przejawia największe zróżnicowanie intragrupowe, dużo wyższe, niż u rówieśników o typowym rozwoju.

Oznacza to, że najstarsza grupa młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, mimo najniższego średniego wskaźnika nasilenia wewnątrzsterowności, indywidualnie jest w stanie samostanowić o swoich z.z. W celu weryfikacji hipotezy 1.7., wykonałem test t-Studenta dla prób niezależnych. Wynik zawarte są w Tabeli 21.

Tabela 21. Test t dla prób niezależnych ogólnego nasilenia wewnątrzsterowności zachowań zdrowotnych młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej, w odniesieniu do wieku.

| Grupa wiekowa | t | df | Istotność |
|---------------|-------|------|----------------|
| 12–13 lat | -2,86 | 36,0 | 0,007** |
| 14–15 lat | -1,18 | 49,0 | 0,245 |
| 16–17 lat | -2,29 | 33,9 | 0,029* |

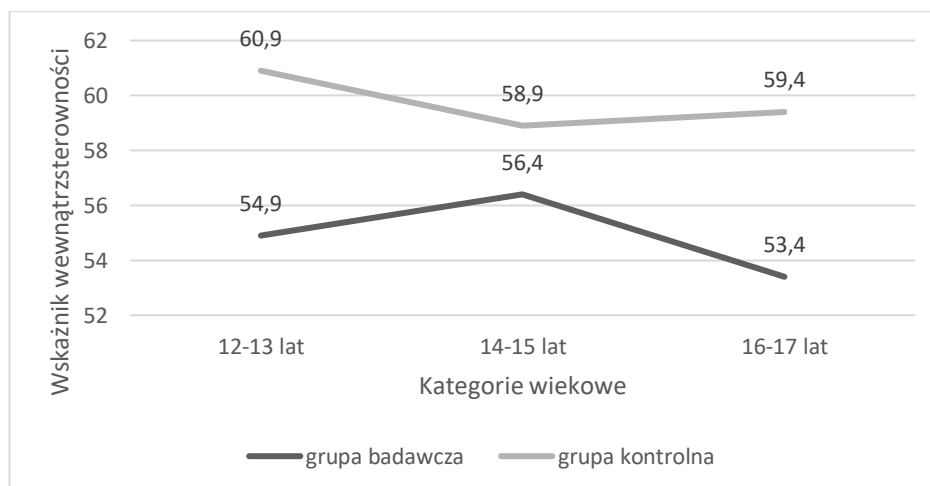
*p<0,05

**p<0,01

Na podstawie danych z powyższej tabeli stwierdza się, że istotne różnice w nasileniu wewnątrzsterowności zachowań pomiędzy młodzieżą z grupy badawczej i kontrolnej występują w najmłodszej ($p<0,01$) oraz najstarszej ($p<0,05$) kategorii wiekowej. Wynik ten potwierdza hipotezę 1.7.

Ważnym zagadnieniem w tej pracy jest określenie i porównanie zmienności nasilenia wewnątrzsterowności zachowań podejmowanych przez młodzieżą z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i ich rówieśników o typowym rozwoju, w całym okresie adolescencji. W odniesieniu do hipotezy 1-głównej, sformułowałem hipotezę szczegółową 1.8., której treść brzmi: *młodzież starsza w grupie badawczej i kontrolnej różni się pod względem podejmowania zachowań zdrowotnych o wysokim nasileniu wewnątrzsterowności, w stosunku do młodzieży młodszej*. W celu lepszego zobrazowania tych zmian posłuży się Rysunkiem 9.

Rysunek 9. Porównanie różnic we wskaźnikach wewnątrzsterowności dla grupy badawczej i kontrolnej, w trzech kategoriach wiekowych.



Jak wynika z powyższego rysunku rozkład zmienności nasilenia wewnątrzsterowności zachowań zdrowotnych, różni się istotnie w badanych grupach. U młodzieży o typowym rozwoju najwyższy wskaźnik badanej zmiennej występuje w najmłodszej podgrupie wiekowej. Młodzież starsza charakteryzuje się mniejszą wewnątrzsterownością (przy czym najniższy wynik średni występuje w grupie 14–15-latków). Rezultat ten potwierdza założenia, iż we wczesnym okresie dojrzewania młodzież ma już wysoko rozwinięte mechanizmy sterowania i kontroli zachowania. Natomiast późniejszy okres adolescencji charakteryzuje się zróżnicowaną podatnością na wpływy zewnętrzne. W grupie młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim zmienność nasilenia wewnątrzsterowności zachowania przebiega inaczej. Ze względu na opóźnienia rozwojowe młodzież ta dłużej rozwija umiejętności samosterowania zachowaniem, dlatego wynik średni wewnątrzsterowności jest najwyższy u 14–15-latków. Następnie obserwuje się obniżenie poziomu wewnątrzsterowności zachowania do wartości najniższej podczas całego okresu dorastania. Ponadto wskaźnik wewnątrzsterowności przez cały okres adolescencji jest na niższym poziomie, aniżeli u rówieśników o typowym rozwoju. Wynik ten potwierdza tezę o wysokiej podatności na wpływy zewnętrzne młodzieży w grupie badawczej. W celu stwierdzenia, czy różnice w nasileniu wewnątrzsterowności występujące pomiędzy kategoriami wiekowymi w obu grupach są istotne statystycznie, posłużyłem się analizą jednoczynnikową wariancji ANOVA. Wyniki zawarte są w Tabeli 22.

Tabela 22. Jednoczynnikowa analiza wariancji ANOVA ogólnego nasilenia wewnątrzsterowności zachowań zdrowotnych młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej, w odniesieniu do wieku.

| | | Suma kwadratów | df | Średni kwadrat | F | Istotność |
|------------------------------------|----------------|----------------|-----|----------------|-------|---------------|
| Nasilenie wewnątrzsterowności z.z. | Między grupami | 904,949 | 5 | 180,990 | 2,639 | 0,026* |
| | Wewnątrz grup | 9396,044 | 137 | 68,584 | | |
| | Ogółem | 10300,993 | 142 | | | |

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Na podstawie powyższej tabeli można wnioskować, że ogólnie występują istotne różnice w zachowaniach zdrowotnych o wysokim nasileniu wewnątrzsterowności, pomiędzy poszczególnymi kategoriami wiekowymi w grupie badawczej i w grupie kontrolnej. Na podstawie zastosowanego testu post hoc (Dunnetta T3), można przyjąć, że istotna różnica występuje pomiędzy najstarszą młodzieżą z grupy kontrolnej, a najmłodszą młodzieżą z grupy badawczej ($p < 0,1$). Jednakże brak jest istotnych różnic, ze względu na wiek młodzieży

wewnątrz badanych grup. Ponadto warto zauważyć, że w obydwu grupach najmłodsza młodzież przejawia zachowania o wyższym nasileniu wewnątrzsterowności, w porównaniu z młodzieżą z najstarszej kategorii wiekowej. Wynik ten jest przeciwny w stosunku do oczekiwań. W związku z tym hipoteza 1.8. zostaje odrzucona w całości.

Rozdział 5.6.1.2.2. Zróżnicowanie w nasileniu wewnątrzsterowności zachowań zdrowotnych podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i młodzież o typowym rozwoju, w odniesieniu do płci.

W celu określenia pełniejszego obrazu różnic w podejmowaniu zachowań o wysokim nasileniu wewnątrzsterowności, za rozsądne wydaje się porównać różnice w podejmowaniu z.z. pomiędzy chłopcami i dziewczętami wewnątrz danej grupy młodzieży oraz sprawdzić, czy występuje zróżnicowanie pomiędzy chłopcami i dziewczętami z grupy badawczej i kontrolnej w tym zakresie. W odniesieniu to hipotezy 1-główniej, sformułowałem hipotezę szczegółową 1.9., której treść brzmi: *płeć badanej młodzieży różnicuje podejmowanie zachowań o wysokim nasileniu wewnątrzsterowności*. W celu empirycznej weryfikacji hipotezy 1.9., porównałem wyniki średnie uzyskane przez dziewczęta i chłopców z grupy badawczej oraz kontrolnej. Szczegółowe statystyki opisowe znajdują się w Tabeli 23.

Tabela 23. Statystyki opisowe nasilenia wewnątrzsterowności zachowań zdrowotnych młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej, w odniesieniu do płci.

| Nasilenie wewnątrzsterowności z.z. | Płeć | N | Średnia | Odchylenie standardowe |
|------------------------------------|------------|----|---------|------------------------|
| Grupa badawcza | Chłopcy | 42 | 55,8 | 8,7 |
| | Dziewczęta | 38 | 54,1 | 10,5 |
| Grupa kontrolna | Chłopcy | 25 | 58,8 | 5,9 |
| | Dziewczęta | 38 | 60,1 | 6,2 |

Na podstawie danych z powyższej tabeli można stwierdzić, że w grupie badawczej chłopcy charakteryzują się wyższą wartością wyniku średniego, w porównaniu z dziewczętami. Odwrotna relacja występuje u rówieśników o typowym rozwoju. W związku z tym dziewczęta z grupy kontrolnej w największym stopniu przejawiają zachowania o wysokim nasileniu wewnątrzsterowności, w przeciwieństwie do ich rówieśniczek z omawianą kategorią zaburzeń, które jednocześnie są zdecydowanie najbardziej zróżnicowane wewnątrzgrupowo. W celu

stwierdzenia, czy opisywane różnice są istotne statystycznie wykorzystałem jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA. Wyniki zawarte są w Tabeli 24.

Tabela 24. Jednoczynnikowa analiza wariancji ANOVA ogólnego nasilenia wewnątrzsterowności zachowań zdrowotnych młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej, w odniesieniu do płci.

| Wewnątrzsterowność zachowania zdrowotnego | Suma kwadratów | df | Średni kwadrat | F | Istotność |
|---|----------------|-------|----------------|------|----------------|
| Między grupami | 815,777 | 3,0 | 271,926 | 3,98 | 0,009** |
| Wewnątrz grup | 9485,216 | 139,0 | 68,239 | | |
| Ogółem | 10300,993 | 142,0 | | | |

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Na podstawie testów post hoc można przyjąć, że istotna różnica w nasileniu wewnątrzsterowności zachowań występuje pomiędzy dziewczętami z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i dziewczętami o typowym rozwoju ($p < 0,05$). Ponadto marginalnie istotne zróżnicowanie obserwuje się pomiędzy dziewczętami z grupy kontrolnej oraz chłopcami z grupy badawczej ($p = 0,074$). Natomiast brak jest istotnych różnic w nasileniu wewnątrzsterowności zachowania pomiędzy chłopcami a dziewczętami wewnątrz obu badanych grup. Rezultat ten weryfikuje hipotezę 1.9.

Rozdział 5.6.1.2.3 Zróżnicowanie w nasileniu wewnątrzsterowności grup zachowań zdrowotnych podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i młodzież o typowym rozwoju.

Podobnie jak w przypadku pierwszego wymiaru z.z. (tj. nasilenia prozdrowotności), w celu głębszej analizy struktury z.z., odniosę się do jej zróżnicowania w wymiarze nasilenia wewnątrzsterowności grup z.z., pomiędzy młodzieżą z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i ich rówieśnikami o typowym rozwoju. W celu empirycznej weryfikacji przewidywań, w odniesieniu do hipotezy 1-głównej, sformułowałem hipotezę szczegółową 1.10., której treść brzmi: *młodzież o typowym rozwoju w większym stopniu podejmuje grupy zachowań o wysokim nasileniu wewnątrzsterowności, w porównaniu z młodzieżą z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim*. Szczegółowe statystyki opisowe znajdują się w Tabeli 25.

Na podstawie danych z poniższej tabeli można zauważyć, że w każdym zbiorze zachowań wskaźnik wewnątrzsterowności jest wyższy u młodzieży z grupy kontrolnej, w porównaniu z adolescentami z grupy badawczej (z wyjątkiem zachowań destrukcyjnych,

których wskaźnik jest identyczny). W celu sprawdzenia, czy opisywane różnice są istotne statystycznie zastosowałem test t-Studenta dla prób niezależnych. Wynik zawarte są w Tabeli 26.

Tabela 25. Statystyki opisowe nasilenia wewnątrzsterowności zbiorów zachowań zdrowotnych młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej.

| Grupy zachowań | Grupa | N | Średnia | Odchylenie standardowe |
|-------------------------|-----------|----|---------|------------------------|
| Dieta | Badawcza | 80 | 18,2 | 4,0 |
| | Kontrolna | 63 | 20,0 | 2,3 |
| Zachowania destrukcyjne | Badawcza | 80 | 7,9 | 1,8 |
| | Kontrolna | 63 | 7,9 | 1,8 |
| Zachowania sedenteryjne | Badawcza | 80 | 7,1 | 2,1 |
| | Kontrolna | 63 | 7,7 | 1,4 |
| Aktywność fizyczna | Badawcza | 80 | 10,6 | 2,7 |
| | Kontrolna | 63 | 11,5 | 1,9 |
| Higiena | Badawcza | 80 | 11,3 | 2,2 |
| | Kontrolna | 63 | 12,5 | 1,6 |

Tabela 26. Test t dla prób niezależnych nasilenia wewnątrzsterowności zbiorów zachowań zdrowotnych młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej.

| Grupy zachowań | t | df | Istotność |
|-------------------------|-------|-------|-----------------|
| Dieta | -3,37 | 131,2 | 0,001** |
| Zachowania destrukcyjne | 0,00 | 141,0 | 0,996 |
| Zachowania sedenteryjne | -1,88 | 136,7 | 0,063*** |
| Aktywność fizyczna | -2,52 | 139,5 | 0,013* |
| Higiena | -3,95 | 140,4 | 0,000** |

*p<0,05

**p<0,01

***p<0,1 (poziom istotności dla hipotezy kierunkowej).

Jak przedstawia Tabela 26, otrzymane statystyki osiągnęły wymagany poziomu istotności w czterech zbiorach zachowań, co oznacza, że występują istotne różnice w zakresie badanych zmiennych. Wyniki te potwierdzają hipotezę 1.10.

Rozdział 5.6.1.3. Zróżnicowanie w typach zachowań zdrowotnych pomiędzy młodzieżą z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim a młodzieżą o typowym rozwoju.

Powyższe rozdziały empiryczne odnosiły się do zróżnicowania z.z. w dwóch wymiarach: nasilenia prozdrowotności i wewnątrzsterowności. Jak przedstawiłem w rozdziale 3.2., poprzez skrzyżowanie tych dwóch kontynuów można wyróżnić cztery typy zachowań zdrowotnych. W odniesieniu do hipotezy 1-głównej, sformułowałem hipotezę szczegółową 1. 11., której treść brzmi: *młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim różni się pod względem podejmowanych typów zachowań zdrowotnych, w porównaniu z młodzieżą o typowym rozwoju.* W celu empirycznej weryfikacji tego przewidywania porównałem statystyki opisowe w zakresie badanej zmiennej. Szczegółowe dane zawarte są w Tabeli 27.

Tabela 27. Statystyki opisowe wskaźników typów zachowań zdrowotnych młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej.

| Typy zachowań zdrowotnych | Grupa | | | |
|--|------------|---------|------------|---------|
| | Badawcza | | Kontrolna | |
| | Liczebność | Procent | Liczebność | Procent |
| O wysokim nasileniu prozdrowotności i wewnątrzsterowności | 19 | 23,8% | 27 | 42,9% |
| O wysokim nasileniu prozdrowotności i niskim nasileniu wewnątrzsterowności | 19 | 23,8% | 12 | 19,0% |
| O niskim nasileniu prozdrowotności i wysokim nasileniu wewnątrzsterowności | 13 | 16,3% | 13 | 20,6% |
| O niskim nasileniu prozdrowotności i wewnątrzsterowności | 29 | 36,3% | 11 | 17,5% |

Analizując dane z powyższej tabeli można zauważyć, że w grupie młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim przeważającym typem z.z., są zachowania o niskim nasileniu prozdrowotności i wewnątrzsterowności. Ponadto proporcjonalnie po równo rozkładają się zachowania o wysokim nasileniu prozdrowotności i wysokim lub niskim nasileniu wewnątrzsterowności. W grupie adolescentów o typowym

rozwoju dominującym typem zachowania jest to o wysokim nasileniu prozdrowotności i wewnątrzsterowności. Pozostałe trzy typy zachowań rozkładają się w podobnych proporcjach. W celu sprawdzenia, czy omawiane różnice są istotne statystycznie wykonałem test niezależności Chi-kwadrat Pearsona. Wyniki znajdują się w Tabeli 28.

Tabela 28. Test Chi-kwadrat wskaźników typów z.z. młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej.

| | Typ zachowania zdrowotnego |
|-------------|----------------------------|
| Chi-kwadrat | 9,2 |
| df | 3,0 |
| Istotność | 0,027* |

*p<0,05

**p<0,01

Na podstawie danych przedstawionych w powyższej tabeli można stwierdzić, że różnice w strukturze procentowej typów z.z., w obu grupach są istotne statystycznie ($p < 0,05$). Zdecydowanie największe różnice pomiędzy badanymi grupami występują zwłaszcza w dwóch typach z.z. Na tej podstawie można przyjąć, że młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim istotnie częściej podejmuje zachowania o niskim nasileniu prozdrowotności i wewnątrzsterowności, w porównaniu z rówieśnikami o typowym rozwoju, u których istotnie bardziej dominującym typem z.z. są te o wysokim nasileniu prozdrowotności i wewnątrzsterowności. Wyniki te potwierdzają hipotezę 1.11.

Rozdział 5.6.1.3.1. Zróznicowanie w typach zachowań zdrowotnych pomiędzy młodzieżą z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim a młodzieżą o typowym rozwoju, w odniesieniu do wieku i płci badanych.

W celu określenia pełniejszego obrazu różnic pomiędzy grupą badawczą i kontrolną w podejmowaniu typów z.z., w odniesieniu do hipotezy 1-głównej, sformułowałem dwie hipotezy szczegółowe. Treść hipotezy 1.12. to: *wiek badanych w grupie badawczej i kontrolnej różnicuje podejmowanie typów zachowań zdrowotnych*. Hipoteza szczegółowa 1.13. brzmi: *istnieje zróznicowanie pomiędzy dziewczętami a chłopcami pod względem podejmowania typów zachowań zdrowotnych*. W celu empirycznej weryfikacji tych przewidywań porównałem statystyki opisowe młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej. Szczegółowe dane znajdują się w Tabeli 29. Analizując dane z poniższej tabeli można zauważyć, że najmłodsza młodzież (z obu omawianych grup) w największym stopniu odzwierciedla strukturę procentową typów z.z., dla ogółu badanej młodzieży. W najmłodszej kategorii wiekowej w grupie badawczej przeważa

typ zachowania o niskim nasileniu prozdrowotności i wewnątrzsterowności. U ich rówieśników o typowym rozwoju dominuje typ zachowania o wysokim nasileniu prozdrowotności i wewnątrzsterowności, a jednocześnie nie występuje typ zachowania, który jest najbardziej powszechny w grupie badawczej. W pozostałych kategoriach wiekowych rozkład procentowy typów z.z., w obu grupach jest bardziej do siebie zbliżony. Można zauważyć, że w grupie badawczej przeważają typy zachowań o niskim nasileniu wewnątrzsterowności, odwrotnie niż w grupie kontrolnej (dominacja zwłaszcza zachowania o wysokiej prozdrowotności i wewnątrzsterowności).

Tabela 29. Statystyki opisowe wskaźników typów zachowań zdrowotnych młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej, w odniesieniu do wieku i płci.

| | Grupa | Płeć/ Wiek | Wysoka prozdrowotność i wewnątrzsterowność | | Wysoka prozdrowotność niska wewnątrzsterowność | | Niska prozdrowotność i wysoka wewnątrzsterowność | | Niska prozdrowotność i wewnątrzsterowność | |
|------|-----------|------------|--|-----|--|-----|--|-----|---|-----|
| | | | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Wiek | Badawcza | 12-13 | 6 | 23% | 4 | 15% | 4 | 15% | 12 | 46% |
| | | 14-15 | 8 | 28% | 9 | 31% | 4 | 14% | 8 | 28% |
| | | 16-17 | 5 | 20% | 6 | 24% | 5 | 20% | 9 | 36% |
| | Kontrolna | 12-13 | 7 | 50% | 5 | 36% | 2 | 14% | 0 | 0% |
| | | 14-15 | 9 | 41% | 2 | 9% | 5 | 23% | 6 | 27% |
| | | 16-17 | 11 | 41% | 5 | 19% | 6 | 22% | 5 | 19% |
| Płeć | Badawcza | Chłopcy | 8 | 19% | 10 | 24% | 8 | 19% | 16 | 38% |
| | | Dziewczęta | 11 | 29% | 9 | 24% | 5 | 13% | 13 | 34% |
| | Kontrolna | Chłopcy | 9 | 36% | 7 | 28% | 4 | 16% | 5 | 20% |
| | | Dziewczęta | 18 | 47% | 5 | 13% | 9 | 24% | 6 | 16% |

Odnosząc się do przewidywania dotyczącego zróżnicowania w podejmowaniu typów z.z., w odniesieniu do płci badanych można zauważyć, że największe różnice pomiędzy chłopcami jak i dziewczętami z obu grup występują w dwóch typach z.z.: o wysokiej prozdrowotności i wewnątrzsterowności oraz o niskiej prozdrowotności i wewnątrzsterowności. Wewnątrz badanych grup młodzieży zróżnicowanie w podejmowaniu typów z.z., ze względu na płeć jest kilkuprocentowe i nie należy spodziewać się istotnych różnic.

W celu sprawdzenia, czy różnice w strukturze procentowej typów z.z., w zależności od wieku i płci młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej są istotne statystycznie, zastosowałem test niezależności Chi-kwadrat Pearsona. Wynik znajdują się w Tabeli 30.

Tabela 30. Test Chi-kwadrat wskaźników typów z.z. młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej, w odniesieniu do wieku i płci.

| | | Typy zachowań zdrowotnych |
|------|-------------|---------------------------|
| Wiek | Chi-kwadrat | 18,751 |
| | df | 15,0 |
| | Istotność | 0,225 |
| Płeć | Chi-kwadrat | 13,000 |
| | df | 9,0 |
| | Istotność | 0,163 |

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Jak przedstawia Tabela 30, otrzymane statystyki nie osiągnęły wymaganego poziomu istotności, co stanowi podstawę do odrzucenia hipotezy, że wiek i płeć badanej młodzieży różnicuje typy z.z. podejmowanych przez młodzież z grupy badawczej i kontrolnej.

Rozdział 5.7. Analiza związków pomiędzy determinantami podmiotowymi a strukturą zachowań zdrowotnych młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

Główną zmienną podmiotową w tej pracy jest poziom funkcjonowania intelektualnego. Zróżnicowanie struktury z.z., ze względu na to kryterium zostało przedstawione w rozdziale 5.6. W tym paragrafie poddam analizie związek pomiędzy pozostałymi, wyróżnionymi, podmiotowymi regulatorami zachowania (tj. samooceną oraz cechami demograficznymi) i strukturą z.z. podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

Jednym z podstawowych założeń tej pracy jest teza o swoistości cech osobowości (w tym samooceny) młodzieży z omawianą kategorią zaburzeń. Wynika z niej drugie pytanie badawcze, które brzmi: *Czy istnieje związek pomiędzy posiadaną samooceną i cechami socjodemograficznymi a strukturą zachowań zdrowotnych podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim?*

W celu zachowania przystępności wyводу w pierwszej kolejności omówię związki samooceny (całościowej i w poszczególnych aspektach) ze strukturą z.z., tj.: z dwoma

wymiarami z.z. oraz typami zachowań zdrowotnych. W dalszej kolejności przeanalizuję, czy wiek i płeć młodzieży z omawianą kategorią zaburzeń różnicują wyżej przedstawioną strukturę z.z.

Rozdział 5.7.1. Związek pomiędzy poziomem samooceny całościowej i w jej poszczególnych aspektach, a nasileniem prozdrowotności i wewnątrzsterowności zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

Jednym z podstawowych twierdzeń w tej pracy jest ogólne założenie, że osoby o pozytywnej samoocenie są bardziej efektywne, aniżeli osoby o negatywnej ocenie samego siebie. Przyjmuję, że ta regulacyjna funkcja samooceny dotyczy również młodzieży w badanej grupie. W związku z tym założeniem, sformułowałem hipotezę 2-główną, której treść brzmi: *istnieje związek pomiędzy poziomem samooceny całościowej lub/i w poszczególnych aspektach a nasileniem prozdrowotności i wewnątrzsterowności zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.* W celu dookreślenia podjętej tu problematyki, w odniesieniu do hipotezy 2-główniej, sformułowałem hipotezę szczegółową 2.1., której treść brzmi: *istnieje związek pomiędzy poziomem samooceny całościowej a nasileniem prozdrowotności i wewnątrzsterowności zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.* W celu zachowania przystępności wyводу wskaźniki dla dwóch wyróżnionych wymiarów z.z., zostaną przedstawione we wspólnym ujęciu tabelarycznym. Statystyki opisowe dotyczące samooceny całościowej u młodzieży z omawianą kategorią zaburzeń są przedstawione w rozdziale 5.2., w Tabeli 5. W celu sprawdzenia, czy poziom samooceny ogólnej jest istotnie związany z wyróżnionymi wymiarami zachowań zdrowotnych wykorzystałem współczynnik korelacji liniowej Pearsona. Szczegółowe wyniki zwarte są w Tabeli 31.

Tabela 31. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona samooceny całościowej i ogólnego nasilenia z.z. w dwóch wymiarach, u młodzieży z grupy badawczej.

| | Statystyka | Wymiary zachowania zdrowotnego | |
|----------------------|--------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| | | Nasilenie prozdrowotności | Nasilenie wewnątrzsterowności |
| Samoocena całościowa | Korelacja Pearsona | 0,220 | 0,076 |
| | Istotność | 0,049* | 0,505 |
| | N | 80 | 80 |

*p<0,05

**p<0,01

Jak wynika z danych z powyższej tabeli istnieje istotny, pozytywny związek pomiędzy poziomem samooceny całościowej a nasileniem prozdrowotności zachowań podejmowanych przez młodzież z omawianą kategorią zaburzeń ($p < 0,05$). W przypadku związku samooceny całościowej z wymiarem nasilenia wewnątrzsterowności, statystyki nie osiągnęły wymaganego poziomu istotności, co stanowi podstawę do weryfikacji (częściowego potwierdzenia i parcjalnego odrzucenia) hipotezy 2.1.

Rozdział 5.7.1.1. Związek pomiędzy poziomem samooceny całościowej a nasileniem prozdrowotności i wewnątrzsterowności zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, w odniesieniu do wieku.

Założyłem, że okres dojrzewania trwa ok. sześciu lat. W tym czasie (w wieku 12–17 lat) u młodzieży w badanej grupie poziom samooceny całościowej systematycznie obniża się, przeciwnie do zróżnicowania wewnątrzgrupowego (Tabela 32). Natomiast poziom zachowań o wysokim nasileniu prozdrowotności i wewnątrzsterowności ogólnie istotnie nie zmienia się. Najwyższe wartości oba wskaźniki przyjmują u młodzieży w średnim wieku. Mając na uwadze zmienność samooceny całościowej wraz z wiekiem, za rozsądne wydaje się poddać analizie omawiany związek, w zależności od wyróżnionych kategorii wiekowych. W związku z tym sformułowałem hipotezę 2.2., której treść brzmi: *istnieje związek pomiędzy poziomem samooceny całościowej a nasileniem prozdrowotności i wewnątrzsterowności zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, w wyróżnionych kategoriach wiekowych*. W celu empirycznej weryfikacji tej hipotezy w pierwszej kolejności porównałem wyniki średnie, w zakresie mierzonych zmiennych, w trzech kategoriach wiekowych. Następnie, wykorzystałem współczynnik korelacji liniowej Pearsona, by określić wartość statystyczną badanego związku. Wyniki zawarte są w Tabeli 32 i 33.

Tabela 32. Statystyki opisowe dotyczące samooceny całościowej i ogólnego nasilenia z.z. w dwóch wymiarach, w wyróżnionych kategoriach wiekowych, u młodzieży z grupy badawczej.

| Wiek | N | Samoocena całościowa | | Nasilenie prozdrowotności | | Nasilenie wewnątrzsterowności | |
|-----------|----|----------------------|------------------------|---------------------------|------------------------|-------------------------------|------------------------|
| | | Średnia | Odchylenie standardowe | Średnia | Odchylenie standardowe | Średnia | Odchylenie standardowe |
| 12-13 lat | 26 | 88,2 | 12,9 | 64,4 | 7,2 | 54,9 | 9,4 |
| 14-15 lat | 29 | 86,3 | 13,3 | 67,4 | 7,7 | 56,4 | 7,3 |
| 16-17 lat | 25 | 82,2 | 13,7 | 65,6 | 7,7 | 53,4 | 12 |

Na podstawie danych z poniższej tabeli można stwierdzić, że istnieje istotny, pozytywny związek pomiędzy poziomem samooceny całościowej a nasileniem prozdrowotności zachowań, wyłącznie u młodzieży w średnim wieku ($p < 0,05$). Wynik ten weryfikuje (częściowo przyjmuje, w większości odrzuca) hipotezę 2.2.

Tabela 33. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona samooceny całościowej i ogólnego nasilenia z.z. w dwóch wymiarach, w wyróżnionych kategoriach wiekowych, u młodzieży z grupy badawczej.

| Wymiar z.z. | Statystyka | Samoocena całościowa | | |
|-------------------------------|--------------------|----------------------|---------------|-----------|
| | | 12-13 lat | 14-15 lat | 16-17 lat |
| Nasilenie prozdrowotności | Korelacja Pearsona | 0,006 | 0,416 | 0,237 |
| | Istotność | 0,976 | 0,025* | 0,255 |
| | N | 26 | 29 | 25 |
| Nasilenie wewnętrzsterowności | Korelacja Pearsona | 0,016 | -0,259 | 0,318 |
| | Istotność | 0,937 | 0,175 | 0,122 |
| | N | 26 | 29 | 25 |

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Rozdział 5.7.1.2. Związek pomiędzy poziomem samooceny całościowej a nasileniem prozdrowotności i wewnętrzsterowności zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, w odniesieniu do płci.

W celu pogłębionej analizy związków samooceny oraz nasilenia prozdrowotności i wewnętrzsterowności zachowań, u młodzieży w grupie badawczej sprawdzę, czy istnieją różnice pomiędzy chłopcami i dziewczętami w tym zakresie. W odniesieniu do hipotezy 2-główniej, sformułowałem hipotezę szczegółową 2.3., której treść brzmi: *istnieje związek pomiędzy poziomem samooceny całościowej a nasileniem prozdrowotności i wewnętrzsterowności zachowań podejmowanych przez chłopców i dziewczęta z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim*. W celu empirycznej weryfikacji tego przewidywania porównałem wyniki średnie uzyskane przez dziewczęta i chłopców z omawianą kategorią zaburzeń, w zakresie mierzonych zmiennych. Szczegółowe wyniki znajdują się w Tabeli 34.

Tabela 34. Statystyki opisowe samooceny i ogólnego nasilenia z.z. w dwóch wymiarach, u młodzieży z grupy badawczej, w odniesieniu do płci.

| | | Samoocena całościowa | | Nasilenie prozdrowotności | | Nasilenie wewnątrzsterowność | |
|------------|----|----------------------|------------------------|---------------------------|------------------------|------------------------------|------------------------|
| Płeć | N | Średnia | Odchylenie standardowe | Średnia | Odchylenie standardowe | Średnia | Odchylenie standardowe |
| Dziewczęta | 38 | 82,7 | 12,2 | 65,9 | 8 | 54,1 | 10,5 |
| Chłopcy | 42 | 88,3 | 13,9 | 65,8 | 7,2 | 55,8 | 8,7 |

Na podstawie danych z powyższej tabeli należy przyjąć, że chłopcy w badanej grupie przejawiają wyższy poziom samooceny całościowej, w porównaniu do dziewcząt. Jednocześnie różnice w poziomie nasilenia zachowań w mierzonych wymiarach są minimalne. Dziewczęta są nieco bardziej zróżnicowane pod kątem podejmowanych z.z. W celu sprawdzenia, czy istnieje istotny związek pomiędzy mierzonymi zmiennymi, wykorzystałem współczynnik korelacji liniowej Pearsona. Wyniki znajdują się w Tabeli 35.

Tabela 35. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona samooceny całościowej i ogólnego nasilenia z.z. w dwóch wymiarach, u młodzieży z grupy badawczej, w odniesieniu do płci.

| Wymiar z.z. | Statystyka | Samoocena całościowa | |
|-------------------------------|--------------------|----------------------|------------|
| | | Chłopcy | Dziewczęta |
| Nasilenie prozdrowotności | Korelacja Pearsona | 0,280 | 0,169 |
| | Istotność | 0,072 | 0,310 |
| | N | 42 | 38 |
| Nasilenie wewnątrzsterowności | Korelacja Pearsona | -0,003 | 0,126 |
| | Istotność | 0,987 | 0,452 |
| | N | 42 | 38 |

*p<0,05

**p<0,01

Jak wynika z danych z powyższej tabeli, istnieje marginalnie istotny, pozytywny związek pomiędzy samooceną całościową a nasileniem prozdrowotności zachowań, wyłącznie u chłopców z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim (p=0,072). Wynik ten weryfikuje hipotezę 2.3.

Rozdział 5.7.1.3. Związek pomiędzy poziomem samooceny całościowej a nasileniem prozdrowotności i wewnątrzsterowności zbiorów zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

Wyżej stwierdziłem, że istnieje związek pomiędzy samooceną całościową a intensywnością zachowań prozdrowotnych. Zwłaszcza w tym wymiarze z.z. można spodziewać się istotnych związków na poziomie grup z.z. W celu sprawdzenia, w której grupie z.z. ten związek jest istotny, sformułowałem hipotezę 2.4., której treść brzmi: *istnieje związek pomiędzy poziomem samooceny całościowej a nasileniem prozdrowotności i wewnątrzsterowności zbiorów zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim*. Obliczając współczynnik korelacji liniowej Pearsona sprawdziłem, czy opisywane związki są istotne statystycznie. Szczegółowe wyniki zawarte są w Tabeli 36.

Tabela 36. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona samooceny całościowej i nasilenia prozdrowotności i wewnątrzsterowności zbiorów zachowań, u młodzieży z grupy badawczej.

| | Wymiary z.z. | Statystyka | Dieta | Zachowania destrukcyjne | Zachowania sedenteryjne | Aktywność fizyczna | Higiena |
|----------------------|-------------------------------|--------------------|--------------|-------------------------|-------------------------|--------------------|---------------|
| | | N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Samoocena całościowa | Nasilenie prozdrowotności | Korelacja Pearsona | 0,187 | 0,089 | -0,09 | 0,145 | 0,220 |
| | | Istotność | 0,097 | 0,433 | 0,427 | 0,198 | 0,050* |
| | Nasilenie wewnątrzsterowności | Korelacja Pearsona | -0,01 | 0,175 | 0,069 | 0,096 | 0,018 |
| | | Istotność | 0,927 | 0,120 | 0,546 | 0,396 | 0,877 |

*p<0,05

**p<0,01

Na podstawie danych z powyższej tabeli obserwuje się istotny, pozytywny związek pomiędzy samooceną całościową a nasileniem prozdrowotności zachowań związanych z higieną ($p \leq 0,05$) i marginalnie istotny, ze zbiorem zachowań związanych z dietą ($p=0,097$). Wyniki te weryfikują hipotezę 2.4.

Rozdział 5.7.1.4. Związek pomiędzy poziomem samooceny w poszczególnych aspektach a nasileniem prozdrowotności i wewnątrzsterowności zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

Jak dokładnie opisałem w rozdziale 1.4., większość autorytetów w dziedzinie oceny samego siebie postuluje o jednoczesny pomiar zarówno samooceny ogólnej, jak i uformowanej ze specyficznych aspektów, najbardziej logicznie powiązanych z tematem badań własnych. Dlatego w tym miejscu przeanalizuję związek samooceny w poszczególnych aspektach (fizycznym, społecznym i szkolnym), z nasileniem z.z. w dwóch wymiarach podejmowanych przez młodzież z omawianą kategorią zaburzeń. Na podstawie wyników samooceny całościowej, można oczekiwać istotnych związków samooceny w poszczególnych obszarach, zwłaszcza z wymiarem nasilenia prozdrowotności zachowań. By empirycznie zweryfikować przewidywania w tym obszarze, sformułowałem hipotezę 2.5., której treść brzmi: *istnieje związek pomiędzy poziomem samooceny w wyróżnionych aspektach a nasileniem prozdrowotności i wewnątrzsterowności zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim*. W celu sprawdzenia, czy opisywany związek jest istotny statystycznie posłużyłem się współczynnikiem korelacji liniowej Pearsona. Wyniki znajdują się w Tabeli 37.

Tabela 37. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona samooceny w wyróżnionych aspektach i ogólnego nasilenia z.z. w dwóch wymiarach, u młodzieży z grupy badawczej.

| Wymiary z.z. | Statystyka | Samoocena fizyczna | Samoocena społeczna | Samoocena umiejętności szkolnych |
|-------------------------------|--------------------|--------------------|---------------------|----------------------------------|
| Nasilenie prozdrowotności | Korelacja Pearsona | 0,204 | 0,200 | 0,132 |
| | Istotność | 0,070 | 0,075 | 0,244 |
| | N | 80 | 80 | 80 |
| Nasilenie wewnątrzsterowności | Korelacja Pearsona | -0,001 | 0,116 | 0,027 |
| | Istotność | 0,994 | 0,306 | 0,809 |
| | N | 80 | 80 | 80 |

*p<0,05

**p<0,01

Jak wynika z danych z powyższej tabeli, zgodnie z przewidywaniami (marginalnie) istotny, pozytywny związek obserwuje się pomiędzy samooceną w aspekcie fizycznym i społecznym, a nasileniem prozdrowotności zachowań. Wynik ten weryfikuje (częściowo potwierdza, częściowo odrzuca) hipotezę 2.5.

Rozdział 5.7.1.5. Związek pomiędzy poziomem samooceny w poszczególnych aspektach a nasileniem prozdrowotności i wewnątrzsterowności zbiorów zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

Istotnym zagadnieniem w tej pracy jest stwierdzenie, czy poszczególne aspekty samooceny są związane z konkretną – powiązaną treściowo – grupą zachowań z.z., w wyróżnionych wymiarach. Określenie takiej relacji (częściowo lecz niewystraczająco nakreślonej w powyższym rozdziale) potwierdzałoby tezę, iż samoocena w danym obszarze może regulować konkretne działania. Ponadto byłaby pośrednią przesłanką do twierdzenia, że młodzież z omawianą kategorią zaburzeń posiada zróżnicowaną, wielowymiarową samoocenę, która może być ważnym regulatorem konkretnego zachowania. By empirycznie zweryfikować podjętą tu problematykę, w pierwszej kolejności sformułowałem hipotezę 2.6., której treść brzmi: *istnieje związek pomiędzy poziomem samooceny w wyróżnionych aspektach, a nasileniem prozdrowotności i wewnątrzsterowności zbiorów zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim*. Następnie by określić istotność związku mierzonych zmiennych, wykorzystałem współczynnik korelacji liniowej Pearsona. Szczegółowe wyniki znajdują się w Tabeli 38.

Tabela 38. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona samooceny w wyróżnionych aspektach i nasilenia prozdrowotności zbiorów zachowań, u młodzieży z grupy badawczej.

| Wymiar samooceny | Statystyka | Dieta | Zachowania destrukcyjne | Zachowania sedenteryjne | Aktywność fizyczna | Higiena |
|---------------------|--------------------|--------------|-------------------------|-------------------------|--------------------|---------------|
| Samoocena fizyczna | Korelacja Pearsona | 0,058 | 0,021 | -0,013 | 0,263 | 0,155 |
| | Istotność | 0,611 | 0,855 | 0,910 | 0,018* | 0,169 |
| | N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Samoocena społeczna | Korelacja Pearsona | 0,204 | 0,135 | -0,135 | 0,100 | 0,222 |
| | Istotność | 0,070 | 0,232 | 0,232 | 0,378 | 0,047* |
| | N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Samoocena szkolna | Korelacja Pearsona | 0,134 | 0,027 | -0,096 | 0,068 | 0,199 |
| | Istotność | 0,236 | 0,814 | 0,398 | 0,550 | 0,077 |
| | N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |

*p<0,05

**p<0,01

Na podstawie danych z powyższej tabeli można przyjąć, że istnieje istotny, pozytywny związek pomiędzy posiadaną samooceną w aspekcie fizycznym a nasileniem prozdrowotności zbioru zachowań związanych z aktywnością fizyczną podejmowanych przez młodzież w badanej grupie ($p < 0,05$). Ponadto istnieje istotny, pozytywny związek pomiędzy samooceną w sferze społecznej a nasileniem prozdrowotności zbioru zachowań związanych z higieną ($p < 0,05$). Wyniki te weryfikują hipotezę 2.6., oraz jednocześnie są przesłanką do stwierdzenia, że u młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim posiadana samoocena w danym obszarze, może być istotnym regulatorem grup zachowań prozdrowotnych treściowo powiązanych z obszarem ich oceny.

Poniżej w Tabeli 39, przedstawione są wyniki dotyczące istotności związku samooceny w poszczególnych aspektach z grupami zachowań o wysokim nasileniu wewnątrzsterowności. Jak wynika z Tabeli 39 istotny, pozytywny związek występuje wyłącznie pomiędzy samooceną szkolną, a nasileniem wewnątrzsterowności zbioru zachowań destrukcyjnych – konsumpcją używek ($p < 0,05$). Wynik ten weryfikuje (częściowo potwierdza, w większości odrzuca) hipotezę 2.6.

Tabela 39. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona wskaźników samooceny w wyróżnionych aspektach i nasilenia wewnątrzsterowności zbiorów z.z., u młodzieży z grupy badawczej.

| Wymiar samooceny | Statystyka | Dieta | Zachowania destrukcyjne | Zachowania sedenteryjne | Aktywność fizyczna | Higiena |
|---------------------|--------------------|--------|-------------------------|-------------------------|--------------------|---------|
| Samoocena fizyczna | Korelacja Pearsona | -0,035 | -0,017 | -0,031 | 0,093 | -0,010 |
| | Istotność | 0,759 | 0,878 | 0,784 | 0,414 | 0,931 |
| | N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Samoocena społeczna | Korelacja Pearsona | 0,050 | 0,172 | 0,123 | 0,072 | 0,064 |
| | Istotność | 0,658 | 0,127 | 0,279 | 0,525 | 0,571 |
| | N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Samoocena szkolna | Korelacja Pearsona | -0,087 | 0,226 | 0,057 | 0,065 | -0,048 |
| | Istotność | 0,445 | 0,043* | 0,615 | 0,569 | 0,670 |
| | N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Z uwagi na przystępność przedstawiania wyników, analiza związków samooceny częściowej i grup/ klas z.z. w mierzonych wymiarach, zawarta jest w załączniku nr 7.

Rozdział 5.7.2. Zależność pomiędzy poziomem samooceny całościowej i w poszczególnych aspektach a typami zachowań zdrowotnych podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

Powyższe rozdziały empiryczne odnosiły się do związku samooceny z dwoma wymiarami z.z.: nasileniem prozdrowotności i wewnątrzsterowności. Ostatnim wyróżnionym elementem struktury z.z. w tej pracy są typy zachowań zdrowotnych (patrz rozdział 3.2.). By określić zróżnicowanie w tym zakresie sformułowałem hipotezę 3-główną, której treść brzmi: *samoocena całościowa różnicuje typy zachowań zdrowotnych podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.* W celu empirycznej weryfikacji tego przewidywania porównałem statystyki opisowe w zakresie badanych zmiennych. Szczegółowe dane zawarte są w Tabeli 40.

Tabela 40. Statystyki opisowe samooceny całościowej i wskaźników typów z.z. młodzieży z grupy badawczej.

| Typ zachowań zdrowotnych | | N | Średnia | Odchylenie standardowe |
|--------------------------|--|----|---------|------------------------|
| Samoocena całościowa | O wysokim nasileniu prozdrowotności i wewnątrzsterowności | 19 | 83,7 | 14,2 |
| | O wysokim nasileniu prozdrowotności i niskim nasileniu wewnątrzsterowności | 19 | 89,6 | 10,3 |
| | O niskim nasileniu prozdrowotności i wysokim nasileniu wewnątrzsterowności | 13 | 79,8 | 12,3 |
| | O niskim nasileniu prozdrowotności i wewnątrzsterowności | 29 | 86,9 | 14,5 |

Analizując dane z powyższej tabeli można zauważyć, że najwyższy poziom samooceny całkowitej jest przejawiany przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, której dominującym typem zachowania jest to o wysokim nasileniu prozdrowotności i niskim nasileniu wewnątrzsterowności. Natomiast najniższy poziom samooceny całościowej występuje u młodzieży podejmującej najczęściej zachowania o niskim nasileniu prozdrowotności i wysokim nasileniu wewnątrzsterowności. Ponadto można stwierdzić, że wyższy poziom samooceny całościowej występuje w typach zachowań o niskim nasileniu wewnątrzsterowności. W celu sprawdzenia, czy opisywane różnice są istotne statystycznie zastosowałem analizę jednoczynnikową wariancji ANOVA. Wyniki znajdują się w Tabeli 41.

Tabela 41. Jednoczynnikowa analiza wariancji ANOVA samooceny całościowej i wskaźników typów z.z. młodzieży z grupy badawczej.

| | | Suma kwadratów | df | Średni kwadrat | F | Istotność |
|----------------------|----------------|----------------|----|----------------|-------|-----------|
| Samoocena całościowa | Między grupami | 851,242 | 3 | 283,747 | 1,628 | 0,190 |
| | Wewnątrz grup | 13249,246 | 76 | 174,332 | | |
| | Ogółem | 14100,488 | 79 | | | |

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Jak przedstawia Tabela 41, otrzymane statystyki nie osiągnęły wymaganego poziomu istotności, co stanowi podstawę do odrzucenia hipotezy 3, zakładającej, że posiadana samoocena całościowa istotnie różnicuje typy z.z. podejmowanych przez młodzież z omawianą kategorią zaburzeń.

Mimo powyższego wyniku, za rozsądne wydaje się określić relacje samooceny w poszczególnych aspektach i typów z.z. podejmowanych przez młodzież w badanej grupie. W odniesieniu do hipotezy 3 sformułowałem hipotezę 3.1., której treść brzmi: *samoocena w poszczególnych aspektach różnicuje typy zachowań zdrowotnych podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim*. W celu empirycznej weryfikacji tej hipotezy w pierwszej kolejności porównałem statystyki opisowe poszczególnych aspektów samooceny i typów z.z. Następnie sprawdziłem, czy opisywane różnice są istotne statystycznie, wykorzystując analizę jednoczynnikową wariancji ANOVA. Wyniki znajdują się w Tabeli 42.

Tabela 42. Jednoczynnikowa analiza wariancji ANOVA samooceny w poszczególnych aspektach i wskaźników typów z.z. młodzieży z grupy badawczej.

| | | Suma kwadratów | df | Średni kwadrat | F | Istotność |
|---------------------|----------------|----------------|----|----------------|-------|-----------|
| Samoocena fizyczna | Między grupami | 83,498 | 3 | 27,833 | 1,413 | 0,245 |
| | Wewnątrz grup | 1496,889 | 76 | 19,696 | | |
| | Ogółem | 1580,388 | 79 | | | |
| Samoocena społeczna | Między grupami | 61,232 | 3 | 20,411 | 0,931 | 0,430 |
| | Wewnątrz grup | 1665,655 | 76 | 21,917 | | |
| | Ogółem | 1726,888 | 79 | | | |
| Samoocena szkolna | Między grupami | 114,186 | 3 | 38,062 | 1,858 | 0,144 |
| | Wewnątrz grup | 1557,014 | 76 | 20,487 | | |
| | Ogółem | 1671,200 | 79 | | | |

*p<0,05

**p<0,01

Jak przedstawia Tabela 42, otrzymane statystyki nie osiągnęły wymaganego poziomu istotności, co stanowi podstawę do odrzucenia hipotezy 3.1.

Rozdział 5.8. Analiza związków pomiędzy determinantami rodzinnymi a strukturą zachowań zdrowotnych młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

W powyższych rozdziałach omówiłem relacje uwarunkowań podmiotowych i z.z. młodzieży. W tym paragrafie przedstawię wyniki akcentujące związek właściwości rodzinnych i struktury zachowań zdrowotnych młodzieży z omawianą kategorią zaburzeń. Jednym z podstawowych założeń tej pracy jest ogólna teza, że rodzina jest najważniejszym środowiskiem kształtującym podstawową wiedzę i postawy w zakresie zdrowia oraz umiejętności i nawyki zdrowotne potomstwa, jak również w większym lub mniejszym stopniu zabezpiecza jego stan zdrowia od strony finansowej. Z założeń tych wynika trzecie pytanie badawcze: *czy istnieje związek pomiędzy wyróżnionymi cechami rodzinnymi a strukturą zachowań zdrowotnych podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim?*

W celu zachowania przystępności wyводу, w pierwszej kolejności poddam analizie korelacje postaw rodzicielskich, następnie modelowanie zachowań (tj. wzorców behawioralnych prezentowanych przez rodziców), w końcu relacje statusu społeczno-ekonomicznego rodziny (SES) i strukturę z.z. potomstwa z omawianą kategorią zaburzeń.

Rozdział 5.8.1. Związek pomiędzy postawami rodzicielskimi a strukturą z.z. podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

W celu dookreślenia podjętej tu problematyki sformułowalem hipotezę 5-główną, której treść brzmi: *istnieje związek pomiędzy postawami rodzicielskimi a nasileniem prozdrowotności i wewnątrzsterowności zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.*

Poniżej przedstawię relacje postaw rodzicielskich z poszczególnymi elementami struktury z.z., tj. wymiarem nasilenia prozdrowotności, następnie z wymiarem wewnątrzsterowności, w końcu z wyróżnionymi typami z.z.

Rozdział 5.8.1.1. Związek pomiędzy postawami rodzicielskimi a nasileniem prozdrowotności zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

Na podstawie literatury przedmiotu można stwierdzić, że stosunek emocjonalny pomiędzy rodzicem a dzieckiem jest jedną z najważniejszych właściwości rodzinnych, warunkujących funkcjonowanie potomstwa w każdej sferze, w tym zdrowotnej. Rodzaj więzi uczuciowej rodziców i dziecka ujawnia się w postawie rodzicielskiej, której komponent emocjonalny stanowi jednocześnie podstawę do ich rozróżnienia. W związku z tym określone postawy rodzicielskie powinny być w większym lub mniejszym stopniu związane ze strukturą z.z. potomstwa. Na podstawie tych założeń w odniesieniu do hipotezy 5-główniej sformułowalam hipotezę 5.1., której treść brzmi: *istnieje związek pomiędzy postawami rodzicielskimi a nasileniem prozdrowotności zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.* W celu empirycznej weryfikacji tego przewidywania wykorzystałem współczynnik korelacji liniowej Pearsona, badający związek postaw rodzicielskich matki i ojca z zachowaniami zdrowotnymi w wymiarze nasilenia prozdrowotności młodzieży w grupie badawczej. Szczegółowe wyniki zawarte są w Tabeli 43. Na podstawie danych z Tabeli 43 można stwierdzić, że istnieje istotny, pozytywny związek pomiędzy postawą bezradności matki i ojca ($p < 0,05$) oraz postawą nadmiernego dystansu matki ($p < 0,01$), a nasileniem prozdrowotności zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. Należy podkreślić, że im niższą wartość przyjmuje wskaźnik postawy rodzicielskiej tym jest ona bardziej korzystna wychowawczo. W związku z tym minusowy kierunek siły związku w tym przypadku świadczy o pozytywnym związku badanych zmiennych. Wyniki te weryfikują hipotezę 5.1., wskazując, że określone

korzystne lub niekorzystne postawy rodzicielskie są związane z nasileniem prozdrowotności zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

Tabela 43. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona postaw rodzicielskich i ogólnego nasilenia prozdrowotności zachowań młodzieży z grupy badawczej.

| | Postawa | Górowanie | | Bezradność | | Nadmierna koncentracja | | Nadmierny dystans | |
|----------------------|--------------------|-----------|--------|---------------|---------------|------------------------|--------|-------------------|--------|
| | Rodzic | Matka | Ojciec | Matka | Ojciec | Matka | Ojciec | Matka | Ojciec |
| Nasilenie z. prozdr. | Korelacja Pearsona | -0,153 | -0,119 | -0,244 | -0,480 | -0,006 | 0,327 | -0,410 | -0,315 |
| | Istotność | 0,198 | 0,578 | 0,039* | 0,017* | 0,962 | 0,118 | 0,000** | 0,134 |
| | N | 72 | 24 | 72 | 24 | 72 | 24 | 71 | 24 |

*p<0,05

**p<0,01

Rozdział 5.8.1.2. Związek pomiędzy postawami rodzicielskimi a nasileniem prozdrowotności zbiorów zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

W celu pogłębienia analizy związków postaw rodzicielskich i nasilenia prozdrowotności zachowań podejmowanych przez młodzież z omawianą kategorią zaburzeń sprawdzę, czy istnieją korelacje na poziomie pięciu wyróżnionych grup zachowań. W odniesieniu do hipotezy 5-główniej, sformułowałem hipotezę szczegółową 5.2., której treść brzmi: *istnieje związek pomiędzy postawami rodzicielskimi a nasileniem prozdrowotności zbiorów zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.* W celu empirycznej weryfikacji tego przewidywania wykorzystałem współczynnik korelacji liniowej Pearsona, badający związek postaw rodzicielskich matki i ojca z grupami z.z., w wymiarze nasilenia prozdrowotności młodzieży z grupy badawczej. Szczegółowe wyniki zawarte są w Tabeli 44.

Tabela 44. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona postaw rodzicielskich i nasilenia prozdrowotności zbiorów zachowań młodzieży w grupie badawczej.

| Grupy z. prozdr. | Statystyka | Górowanie | | Bezradność | | Nadmierna koncentracja | | Nadmierny dystans | |
|-------------------------|--------------------|---------------|--------|--------------|----------------|------------------------|--------|-------------------|--------|
| | | Matka | Ojciec | Matka | Ojciec | Matka | Ojciec | Matka | Ojciec |
| Dieta | Korelacja Pearsona | -0,063 | -0,043 | -0,203 | -0,569 | -0,709 | 0,378 | -0,236 | ,049 |
| | Istotność | 0,602 | 0,842 | 0,088 | 0,004** | 0,508 | 0,069 | 0,048* | ,822 |
| | N | 72 | 24 | 72 | 24 | 72 | 24 | 71 | 24 |
| Zachowania destrukcyjne | Korelacja Pearsona | -0,243 | -0,109 | -0,184 | -0,034 | -0,005 | 0,129 | -0,274 | -0,007 |
| | Istotność | 0,040* | 0,611 | 0,122 | 0,876 | 0,966 | 0,547 | 0,021* | 0,973 |
| | N | 72 | 24 | 72 | 24 | 72 | 24 | 71 | 24 |
| Zachowania sedenteryjne | Korelacja Pearsona | -0,171 | -0,059 | -0,171 | -0,076 | -0,151 | -0,061 | -0,246 | -0,314 |
| | Istotność | 0,152 | 0,786 | 0,152 | 0,724 | 0,205 | 0,777 | 0,038* | 0,135 |
| | N | 72 | 24 | 72 | 24 | 72 | 24 | 71 | 24 |
| Aktywność fizyczna | Korelacja Pearsona | 0,035 | 0,043 | 0,060 | 0,071 | 0,153 | 0,083 | -0,111 | -0,224 |
| | Istotność | 0,773 | 0,843 | 0,614 | 0,742 | 0,200 | 0,701 | 0,357 | 0,293 |
| | N | 72 | 24 | 72 | 24 | 72 | 24 | 71 | 24 |
| Higiena | Korelacja Pearsona | -0,085 | -0,222 | -0,215 | -0,422 | 0,079 | 0,120 | -0,284 | -0,074 |
| | Istotność | 0,476 | 0,296 | 0,070 | 0,040* | 0,512 | 0,576 | 0,016* | 0,733 |
| | N | 72 | 24 | 72 | 24 | 72 | 24 | 71 | 24 |

*p<0,05

**p<0,01

Analizując wyniki z powyższej tabeli można stwierdzić, że istnieje istotny, pozytywny związek pomiędzy: postawą bezradności u ojców oraz nadmiernego dystansu matek a nasileniem prozdrowotności zachowań w zakresie diety młodzieży (kolejno p<0,01 i p<0,05); postawą górowania i nadmiernego dystansu u matek a intensywnością podejmowania zachowań destrukcyjnych potomstwa (p<0,05); oraz postawą nadmiernego dystansu u matek i częstością podejmowania zachowań sedenteryjnych młodzieży (p<0,05); postawą bezradności ojców (p<0,05) i matek (marginalnie p=0,70) oraz nadmiernego dystansu u matek (p<0,05) a nasileniem prozdrowotności zachowań związanych z higieną u młodzieży. Powyższe wyniki weryfikują hipotezę 5.2. Na ich podstawie można stwierdzić, że korzystna lub niekorzystna

postawa nadmiernego dystansu u matek jest najbardziej skorelowana z nasileniem prozdrowotności określonych zbiorów zachowań podejmowanych przez młodzież.

Rozdział 5.8.1.3. Związek pomiędzy postawami rodzicielskimi a nasileniem wewnątrzsterowności zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

Kolejnym elementem struktury z.z., który zostanie poddany analizie w kontekście związków z postawami rodzicielskimi, jest wymiar nasilenia wewnątrzsterowności zachowań zdrowotnych młodzieży w badanej grupie. W związku z tym w odniesieniu do hipotezy 5-głównej, sformułowałem hipotezę 5.3., której treść brzmi: *istnieje związek pomiędzy postawami rodzicielskimi a nasileniem wewnątrzsterowności zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.* W celu empirycznej weryfikacji tego przewidywania wykorzystałem współczynnik korelacji liniowej Pearsona, badający związek postaw rodzicielskich matki i ojca z zachowaniami zdrowotnymi w omawianym wymiarze. Szczegółowe wyniki zawarte są w Tabeli 45.

Tabela 45. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona postaw rodzicielskich i ogólnego nasilenia wewnątrzsterowności zachowań zdrowotnych młodzieży z grupy badawczej.

| | Postawa | Górowanie | | Bezradność | | Nadmierna koncentracja | | Nadmierny dystans | |
|--------------------------|--------------------|-----------|--------|------------|----------------|------------------------|--------|-------------------|---------------|
| | | Rodzic | Matka | Ojciec | Matka | Ojciec | Matka | Ojciec | Matka |
| Wewnątrz-sterowność z.z. | Korelacja Pearsona | -0,149 | -0,061 | -0,076 | -0,542 | 0,104 | -0,128 | -0,040 | -0,427 |
| | Istotność | 0,210 | 0,776 | 0,523 | 0,006** | 0,385 | 0,552 | 0,738 | 0,037* |
| | N | 72 | 24 | 72 | 24 | 72 | 24 | 71 | 24 |

*p<0,05

**p<0,01

Na podstawie danych z powyższej tabeli można przyjąć, że istnieje istotny, pozytywny związek pomiędzy postawą bezradności oraz postawą nadmiernego dystansu u ojca, a nasileniem wewnątrzsterowności zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim (kolejno p<0,01 i p<0,05). Postawy rodzicielskie u matki nie mają istotnego związku z tym wymiarem z.z., co jest wynikiem zaskakującym. Wyniki te weryfikują hipotezę 5.3.

Rozdział 5.8.1.4. Związek pomiędzy postawami rodzicielskimi a nasileniem wewnątrzsterowności zbiorów zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

W celu pogłębionej analizy związków postaw rodzicielskich i nasileniem wewnątrzsterowności zachowań podejmowanych przez młodzież w grupie badawczej sprawdzę, czy istnieją korelacje na poziomie pięciu wyróżnionych grup zachowań. W odniesieniu do hipotezy 5-główniej, sformułowałem hipotezę szczegółową 5.4., której treść brzmi: *istnieje związek pomiędzy postawami rodzicielskimi a grupami zachowań o wysokim nasileniu wewnątrzsterowności, podejmowanymi przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.* W celu empirycznej weryfikacji tego przewidywania wykorzystałem współczynnik korelacji liniowej Pearsona, badający związek postaw rodzicielskich matki i ojca z grupami z.z. młodzieży w opisywanym wymiarze. Szczegółowe wyniki zawarte są w Tabeli 46. Analizując wyniki z poniższej tabeli można stwierdzić, że istnieje istotny, pozytywny związek pomiędzy: postawą bezradności, nadmiernego dystansu (marginalny) u ojców a nasileniem wewnątrzsterowności zachowań związanych z dietą młodzieży (kolejno $p < 0,05$ i $p = 0,054$); wszystkimi typami postaw rodzicielskich matek i nasileniem samostanowienia o zachowaniach destrukcyjnych u potomstwa; oraz związek pomiędzy postawą bezradności u ojców a grupą zachowań sedenteryjnych ($p < 0,05$) i związanych z aktywnością fizyczną (marginalny, $p = 0,059$), podejmowanych w sposób wewnątrzsterowny przez potomstwo; oraz postawą nadmiernego dystansu u ojców a nasileniem wewnątrzsterowności zachowań związanych z higieną u młodzieży z omawianą kategorią zaburzeń ($p < 0,05$). W związku z powyższym można przyjąć, że postawy rodzicielskie matek (w przeciwieństwie do postaw ojców) są związane wyłącznie z wewnątrzsterownością podejmowania grupy zachowań destrukcyjnych u ich dzieci. Natomiast poszczególne postawy rodzicielskie ojca są związane z nasileniem wewnątrzsterowności zachowań w pozostałych zbiorach z.z. podejmowanych przez potomstwo. Wyniki te weryfikują hipotezę 5.4.

Tabela 46. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona postaw rodzicielskich i nasilenia wewnątrzsterowności zbiorów zachowań zdrowotnych młodzieży z grupy badawczej.

| Grupy zachowań zdrowotnych | | Górowanie | | bezradność | | Nadmierna koncentracja | | Nadmierny dystans | |
|----------------------------|--------------------|---------------|--------|--------------|--------------|------------------------|--------|-------------------|--------------|
| | | Matka | Ojciec | Matka | Ojciec | Matka | Ojciec | Matka | Ojciec |
| Dieta | Korelacja Pearsona | -,103 | -,020 | ,035 | -,420 | ,200 | -,104 | ,008 | -,398 |
| | Istotność | ,391 | ,925 | ,768 | ,041* | ,091 | ,628 | ,947 | ,054 |
| | N | 72 | 24 | 72 | 24 | 72 | 24 | 71 | 24 |
| Zachowania destrukcyjne | Korelacja Pearsona | -,367 | ,169 | -,287 | -,156 | -,247 | -,071 | -,372 | ,065 |
| | Istotność | ,001** | ,430 | ,014* | ,466 | ,036* | ,740 | ,001** | ,764 |
| | N | 72 | 24 | 72 | 24 | 72 | 24 | 71 | 24 |
| Zachowania sedenteryjne | Korelacja Pearsona | -,098 | ,008 | -,166 | -,491 | ,130 | ,109 | ,038 | -,306 |
| | Istotność | ,413 | ,971 | ,163 | ,015* | ,277 | ,613 | ,754 | ,146 |
| | N | 72 | 24 | 72 | 24 | 72 | 24 | 71 | 24 |
| Aktywność fizyczna | Korelacja Pearsona | ,005 | -,133 | ,040 | -,391 | ,100 | -,122 | ,008 | -,236 |
| | Istotność | ,969 | ,536 | ,738 | ,059 | ,405 | ,570 | ,944 | ,266 |
| | N | 72 | 24 | 72 | 24 | 72 | 24 | 71 | 24 |
| Higiena | Korelacja Pearsona | -,078 | -,149 | -,048 | -,344 | ,057 | -,223 | ,069 | -,462 |
| | Istotność | ,513 | ,488 | ,687 | ,100 | ,635 | ,294 | ,565 | ,023* |
| | N | 72 | 24 | 72 | 24 | 72 | 24 | 71 | 24 |

*p<0,05

**p<0,01

Rozdział 5.8.1.5. Zależność pomiędzy postawami rodzicielskimi a typami zachowań zdrowotnych podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

Powyższe rozdziały empiryczne odnosiły się do związków postaw rodzicielskich z zachowaniami zdrowotnymi młodzieży w dwóch wymiarach: nasilenia prozdrowotności i wewnątrzsterowności. Ostatnim wyróżnionym elementem struktury z.z. w tej pracy są typy zachowań zdrowotnych. By określić zróżnicowanie w tym obszarze sformułowałem hipotezę 6., której treść brzmi: *postawy rodzicielskie różnicują typy z.z. podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim*. W celu empirycznej weryfikacji tego

przewidywania porównałem statystyki opisowe w zakresie badanych zmiennych. Szczegółowe dane zawarte są w Tabeli 47.

Tabela 47. Statystyki opisowe postaw rodzicielskich i wskaźników typów z.z. młodzieży z grupy badawczej.

| Postawa rodzicielska | Typ zachowania zdrowotnego | Matka | | | Ojciec | | |
|------------------------|--|-------|---------|------------------------|--------|---------|------------------------|
| | | N | Średnia | Odchylenie Standardowe | N | Średnia | Odchylenie Standardowe |
| Górowanie | O wysokim nasileniu prozdrowotności i wewnątrzsterowności | 17 | 11,8 | 4,2 | 6 | 12,3 | 3,7 |
| | O wysokim nasileniu prozdrowotności i niskim nasileniu wewnątrzsterowności | 18 | 12,3 | 2,9 | 8 | 12,6 | 4,1 |
| | O niskim nasileniu prozdrowotności i wysokim nasileniu wewnątrzsterowności | 26 | 13,7 | 5,0 | 6 | 13,5 | 2,7 |
| | O niskim nasileniu prozdrowotności i wewnątrzsterowności | 11 | 12,9 | 3,8 | 4 | 13,0 | 5,0 |
| Bezradność | O wysokim nasileniu prozdrowotności i wewnątrzsterowności | 17 | 11,7 | 4,6 | 6 | 4,3 | 2,8 |
| | O wysokim nasileniu prozdrowotności i niskim nasileniu wewnątrzsterowności | 18 | 12,6 | 3,9 | 8 | 5,9 | 1,9 |
| | O niskim nasileniu prozdrowotności i wysokim nasileniu wewnątrzsterowności | 26 | 13,6 | 4,4 | 6 | 5,8 | 1,0 |
| | O niskim nasileniu prozdrowotności i wewnątrzsterowności | 11 | 12,7 | 2,6 | 4 | 6,0 | 1,6 |
| Nadmierna koncentracja | O wysokim nasileniu prozdrowotności i wewnątrzsterowności | 17 | 14,2 | 5,3 | 6 | 16,0 | 4,0 |
| | O wysokim nasileniu prozdrowotności i niskim nasileniu wewnątrzsterowności | 18 | 14,1 | 5,0 | 8 | 15,8 | 3,9 |
| | O niskim nasileniu prozdrowotności i wysokim nasileniu wewnątrzsterowności | 26 | 14,3 | 5,4 | 6 | 12,8 | 2,3 |

| | | | | | | | |
|-------------------|--|----|------|-----|---|------|-----|
| | O niskim nasileniu prozdrowotności i wewnątrzsterowności | 11 | 13,9 | 7,0 | 4 | 12,5 | 5,4 |
| Nadmierny dystans | O wysokim nasileniu prozdrowotności i wewnątrzsterowności | 17 | 5,6 | 3,5 | 6 | 3,2 | 2,0 |
| | O wysokim nasileniu prozdrowotności i niskim nasileniu wewnątrzsterowności | 18 | 4,5 | 2,4 | 8 | 4,0 | 2,1 |
| | O niskim nasileniu prozdrowotności i wysokim nasileniu wewnątrzsterowności | 26 | 8,9 | 4,2 | 6 | 5,3 | 2,3 |
| | O niskim nasileniu prozdrowotności i wewnątrzsterowności | 11 | 8,0 | 4,0 | 4 | 4,5 | 2,6 |

Analizując dane z powyższej tabeli można stwierdzić, że w postawach rodzicielskich: górowanie, bezradność oraz nadmierny dystans (zarówno u matki, jak i ojca), najkorzystniejszy wychowawczo wariant postawy (o najniższej średniej) występuje w pożądanym typach z.z., tj. o wysokim nasileniu prozdrowotności (i najczęściej również wysokiej wewnątrzsterowności). Przy czym w przypadku postaw górowania i bezradności, omawiane różnice w wynikach średnich postaw, przypadających na poszczególne typy z.z., są minimalne (u matek i ojców nie przekraczają 2 pkt). W postawie nadmiernego dystansu u matek, opisywane różnice są najbardziej znaczące (ponad 4 pkt). W postawie nadmiernej koncentracji najbardziej korzystna wychowawczo postawa przypada na zachowanie mało pożądane, tj. o niskim nasileniu prozdrowotności i wewnątrzsterowności (zwłaszcza w przypadku ojców, u matek wyniki średnie są niemal identyczne). W celu sprawdzenia, czy opisywane różnice są istotne statystycznie zastosowałem analizę jednoczynnikową wariancji ANOVA. Wyniki znajdują się w Tabeli 48. Jak przedstawia Tabela 48, istotne statystycznie różnice w zakresie badanych zmiennych występują wyłącznie w postawie nadmiernego dystansu u matek. Na podstawie testów post hoc (Test Turkey'a HSD, Test Scheffe), stwierdza się, że typy z.z. – pożądane i niepożądane dla stanu zdrowia (pro-antyzdrowotne) – są istotnie różne w obrębie tej postawy. Istotna różnica występuje pomiędzy zachowaniami o wysokim nasileniu prozdrowotności i wewnątrzsterowności, a zachowaniami o niskim nasileniu prozdrowotności i wewnątrzsterowności ($p < 0,05$). Ponadto istotna różnica występuje pomiędzy zachowaniami o wysokim nasileniu prozdrowotności i niskim nasileniu wewnątrzsterowności, a zachowaniami o niskim nasileniu prozdrowotności i wewnątrzsterowności ($p < 0,01$). Prócz

tego marginalnie istotna różnica występuje pomiędzy zachowaniami o wysokim nasileniu prozdrowotności i niskim nasileniu wewnątrzsterowności, a zachowaniami o niskim nasileniu prozdrowotności i wewnątrzsterowności ($p=0,69$).

Tabela 48. Jednoczynnikowa analiza wariancji ANOVA postaw rodzicielskich i wskaźników typów z.z. młodzieży z grupy badawczej.

| | | Suma kwadratów | df | Średni kwadrat | F | Istotność |
|----------------------|----------------|----------------|----|----------------|-------|----------------|
| Matka: górowanie | Między grupami | 40,975 | 3 | 13,652 | 0,772 | 0,514 |
| | Wewnątrz grup | 1202,918 | 68 | 17,690 | | |
| | Ogółem | 1243,875 | 71 | | | |
| Matka: bezradność | Między grupami | 38,302 | 3 | 12,767 | 0,751 | 0,526 |
| | Wewnątrz grup | 1156,143 | 68 | 17,002 | | |
| | Ogółem | 1194,444 | 71 | | | |
| Matka: koncentracja | Między grupami | 1,647 | 3 | 0,549 | 0,018 | 0,997 |
| | Wewnątrz grup | 2103,630 | 68 | 30,936 | | |
| | Ogółem | 2105,278 | 71 | | | |
| Matka: dystans | Między grupami | 245,303 | 3 | 81,768 | 6,135 | 0,001** |
| | Wewnątrz grup | 893,007 | 67 | 13,328 | | |
| | Ogółem | 1138,310 | 70 | | | |
| Ojciec: górowanie | Między grupami | 4,625 | 3 | 1,542 | 0,104 | 0,957 |
| | Wewnątrz grup | 296,708 | 20 | 14,835 | | |
| | Ogółem | 301,333 | 23 | | | |
| Ojciec: bezradność | Między grupami | 10,958 | 3 | 3,653 | 0,948 | 0,436 |
| | Wewnątrz grup | 77,042 | 20 | 3,852 | | |
| | Ogółem | 88,000 | 23 | | | |
| Ojciec: koncentracja | Między grupami | 58,625 | 3 | 19,542 | 1,297 | 0,303 |
| | Wewnątrz grup | 301,333 | 20 | 15,067 | | |
| | Ogółem | 359,958 | 23 | | | |
| Ojciec: dystans | Między grupami | 14,792 | 3 | 4,931 | 0,975 | 0,424 |
| | Wewnątrz grup | 101,167 | 20 | 5,058 | | |
| | Ogółem | 115,958 | 23 | | | |

* $p<0,05$

** $p<0,01$

W związku z tym można stwierdzić, że korzystna wychowawczo postawa rodzicielka dystansu u matek, jest istotnie związana z pożądanymi (prozdrowotnymi) typami z.z., a negatywne oddziaływanie w zakresie postawy dystansu, są istotnie związane z niepożądanymi typami z.z. u młodzieży. Wynik ten weryfikuje hipotezę 6.

Rozdział 5.8.2. Związek pomiędzy nasileniem prozdrowotności zachowań matek⁴ a nasileniem zachowań zdrowotnych w dwóch wymiarach⁵ podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

Modelowanie właściwych zachowań zdrowotnych, tj. prezentowanie w sposób zamierzony lub niezamierzony właściwych wzorców behawioralnych, jest jednym z zasadniczych zadań rodziców w zakresie doskonalenia i ochrony stanu zdrowia potomstwa. To rodzice poprzez własne zachowanie i postawy oraz interpretacje zasad pochodzących ze społeczeństwa, ustalają normy – ramy z.z., w najbliższym środowisku młodzieży. Proces uczenia się przez potomstwo zachowań ważnych dla zdrowia odbywa się poprzez obserwację zachowań rodziców oraz skutków tych zachowań.

W tej pracy naśladowanie nie jest mierzone wprost (jako oddzielna zmienna), ale w sposób pośredni, tj. określa się je na podstawie związku zachowań zdrowotnych potomstwa i matki, w wymiarze nasilenia prozdrowotności zachowań. Jeśli istnieje istotny związek pomiędzy wskaźnikiem ogólnym nasilenia z. prozdr. lub grupy z.prozdr. to przyjmuję, że potomstwo istotnie naśladuje zachowanie matki w mierzonym zakresie. W związku z tym uwzględnienie w analizie drugiego wymiaru z.z. (nasilenie wewnątrzsterowności), ma na celu określenie jedynie powiązania wzorca z intencją. Na podstawie tych założeń sformułowałem hipotezę 7-główną, której treść brzmi: *istnieje związek pomiędzy nasileniem prozdrowotności zachowań matek a nasileniem zachowań zdrowotnych w dwóch wymiarach podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim*. W celu weryfikacji empirycznej tej hipotezy wykorzystałem współczynnik korelacji liniowej Pearsona, badający związek z. prozdr. matki z dwoma wymiarami z.z. podejmowanych przez potomstwo. Szczegółowe wyniki zawarte są w Tabeli 49.

⁴ Zbyt mała liczba ojców, która wyraziła chęć uczestnictwa w badaniu nie pozwala na uwzględnienie ich w rzetelnej analizie statystycznej, dotyczącej mierzonej zmiennej.

⁵ Ze względów metodologicznych (naśladownictwo nie jest mierzone wprost, tylko pośrednio), a typy z.z. są zmienną nominalną, analiza tego elementu struktury w tym rozdziale nie jest uzasadniona.

Tabela 49. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona nasilenia prozdrowotności zachowań matki i ogólnego nasilenia z.z. w dwóch wymiarach, u młodzieży z grupy badawczej.

| | | Nasilenie prozdrowotności | Nasilenie wewnątrzsterowności |
|-----------------------------|--------------------|---------------------------|-------------------------------|
| Naśladowanie zachowań matki | N | 75 | 75 |
| | Korelacja Pearsona | 0,295 | 0,193 |
| | Istotność | 0,010* | 0,097 |

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Z danych z powyższej tabeli wynika, że istnieje istotny, pozytywny związek pomiędzy zachowaniami o wysokim nasileniu prozdrowotności matek i potomstwa ($p \leq 0,01$). Na tej podstawie można stwierdzić, że potomstwo w istotnym stopniu naśladuje zachowania matek. Ponadto można stwierdzić marginalnie istotny, pozytywny związek pomiędzy wzorcami behawioralnymi (prozdrowotnymi), prezentowanymi przez matkę a nasileniem wewnątrzsterowności zachowań, podejmowanych przez potomstwo z omawianą kategorią zaburzeń. Wyniki te potwierdzają hipotezę 7 i jednocześnie potwierdzają znaczą rolę modelowania w podejmowaniu z.z. przez potomstwo z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

Rozdział 5.8.2.1. Związek pomiędzy nasileniem prozdrowotności zbiorów zachowań matek a nasileniem prozdrowotności i wewnątrzsterowności zbiorów zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

W celu głębszej analizy omawianego związku zmiennych, sformułowałem hipotezę 7.1., której treść brzmi: *istnieje związek pomiędzy nasileniem prozdrowotności zbiorów zachowań matek a nasileniem prozdrowotności i wewnątrzsterowności zbiorów zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.* W celu weryfikacji empirycznej tej hipotezy wykorzystałem współczynnik korelacji liniowej Pearsona, badający związek grup z. prozdr. matki z grupami z.z. w dwóch wymiarach, podejmowanych przez potomstwo. Szczegółowe wyniki zawarte są w Tabeli 50. Na podstawie danych z poniższej tabeli można przyjąć, że istnieje istotny, pozytywny związek pomiędzy intensywnością z.prozdr. związanych z dietą ($p < 0,05$) matki i młodzieży z omawianą kategorią zaburzeń oraz (marginalnie istotny) związek intensywności z.prozdr. w obrębie grupy

zachowań sedenteryjnych, pomiędzy członkami rodziny ($p=0,62$). Na tej podstawie można stwierdzić, że potomstwo w istotnym stopniu naśladuje wymienione grupy zachowań, co weryfikuje hipotezę 7.1.

Tabela 50. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona nasilenia prozdrowotności zbiorów zachowań matki oraz nasilenia prozdrowotności i wewnątrzsterowności zbiorów zachowań zdrowotnych, u młodzieży z grupy badawczej.

| Wymiary z.z | Statystyka | Dieta | Zachowania destrukcyjne | Zachowania sedenteryjne | Aktywność fizyczna | Higiena |
|-------------------------------|--------------------|---------------|-------------------------|-------------------------|--------------------|---------|
| Nasilenie prozdrowotności | Korelacja Pearsona | 0,265 | 0,127 | 0,216 | 0,156 | -0,017 |
| | Istotność | 0,022* | 0,276 | 0,062 | 0,183 | 0,882 |
| | N | 75 | 75 | 75 | 75 | 75 |
| Nasilenie wewnątrzsterowności | Korelacja Pearsona | 0,168 | 0,156 | 0,153 | 0,127 | 0,115 |
| | Istotność | 0,151 | 0,183 | 0,191 | 0,279 | 0,328 |
| | N | 75 | 75 | 75 | 75 | 75 |

* $p<0,05$

** $p<0,01$

Ponadto, warto w tym miejscu zaznaczyć, że dziewczęta z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim w większym stopniu, niż chłopcy naśladują z. prozdr. matek (występuje tzw. efekt płci) oraz, że młodzież najstarsza istotnie bardziej naśladuje z. prozdr. matek w porównaniu z młodzieżą młodszą, w badanej grupie. W celu zapewnienia przystępności wyводу, pełne wyniki dotyczące naśladowania z. prozdr. matki przez potomstwo, w odniesieniu do jego płci i wieku oraz różnic w naśladowaniu z. prozdr. matki pomiędzy młodzieżą z grupy badawczej i kontrolnej, zamieściłem w załączniku nr 9.

Rozdział 5.8.3. Zróżnicowanie struktury z.z. podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, w zależności od statusu ekonomiczno–społecznego rodziny.

Status ekonomiczno–społeczny rodziny (SES) jest wymieniany w literaturze przedmiotu, jako jeden z najważniejszych czynników stanowiących o różnicach w stanie zdrowia oraz podejmowaniu z.z. przez młodzież. Na tej podstawie sformułowałem hipotezę 8-główną, której treść brzmi: *status ekonomiczno-społeczny rodziny różnicuje strukturę z.z. podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.*

W tej pracy SES rodziny określam za pomocą następujących indykatorów: wykształcenie rodziców, poziom dochodów oraz struktura rodziny (tj. rodzina pełna–niepełna). Dla zachowania przystępności wyводу, w pierwszej kolejności przedstawię analizę zróżnicowania

dwóch wymiarów z.z., w jednym ujęciu tabularycznym. W dalszej kolejności analizie poddam podejmowanie przez potomstwo typów z.z., w zależności od wykształcenia rodziców, a następnie dochodu i struktury rodziny.

Rozdział 5.8.3.1. Zróźnicowanie nasilenia prozdrowotności i wewnątrzsterowności zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, w zależności od wykształcenia matek.

Z uwagi na możliwości przeprowadzonego procesu badawczego, a zwłaszcza dużo większy udział matek w badaniu, zdecydowałem się uwzględnić w analizie wyłącznie poziom edukacji matki. Wykształcenie podstawowe i zasadnicze zawodowe określono, jako „wykształcenie niższe”, natomiast średnie i wyższe tworzą kategorię „wykształcenie wyższe”. W odniesieniu do hipotezy 8-główniej sformułowałem hipotezę 8.1., której treść brzmi: *wykształcenie matki różnicuje nasilenie prozdrowotności i wewnątrzsterowności zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim*. By empirycznie zweryfikować to przewidywanie porównałem statystyki opisowe w zakresie mierzonych zmiennych. Szczegółowe dane prezentowane są w Tabeli 51.

Tabela 51. Statystyki opisowe ogólnego nasilenia z.z. w dwóch wymiarach, u młodzieży z grupy badawczej, w zależności od wykształcenia matki.

| Wymiary zachowań zdrowotnych | Wykształcenie matki | N | Średnia | Odchylenie standardowe |
|-------------------------------|---------------------|----|---------|------------------------|
| Nasilenie prozdrowotności | Niższe | 52 | 66,1 | 6,8 |
| | Wyższe | 26 | 65,2 | 9,0 |
| Nasilenie wewnątrzsterowności | Niższe | 52 | 53,8 | 10,3 |
| | Wyższe | 26 | 57,0 | 8,2 |

Na podstawie danych z powyższej tabeli można zauważyć, że średnia wartość wskaźnika nasilenia prozdrowotności jest nieznacznie wyższa u młodzieży, której matki mają wykształcenie niższe. Odwrotna relacja występuje pomiędzy nasileniem wewnątrzsterowności zachowań i wykształceniem matki, przy czym różnica pomiędzy wynikami średnimi w tym wymiarze jest większa. Można zatem stwierdzić, że wykształcenie matki różnicuje w większym stopniu zachowania w wymiarze wewnątrzsterowności. W celu weryfikacji, czy opisywane różnice są istotne statystycznie posłużyłem się testem t-Studenta dla prób niezależnych. Wyniki przedstawia Tabela 52.

Tabela 52. Test t dla prób niezależnych ogólnego nasilenia z.z. w dwóch wymiarach, u młodzieży z grupy badawczej, w zależności od wykształcenia matki.

| | t | df | Istotność |
|-------------------------------|--------|--------|-----------|
| Nasilenie prozdrowotności | 0,473 | 76 | 0,638 |
| Nasilenie wewnątrzsterowności | -1,511 | 60,846 | 0,136 |

*p<0,05

**p<0,01

Jak przedstawia Tabela 52, otrzymane statystyki nie osiągnęły wymaganego poziomu istotności, co stanowi podstawę do odrzucenia hipotezy 8.1., zakładającej, że wykształcenie matki istotnie różnicuje z.z. w dwóch wyróżnionych wymiarach podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

Rozdział 5.8.3.2. Zróznicowanie nasilenia prozdrowotności i wewnątrzsterowności zbiorów zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, w zależności od wykształcenia matki.

W celu głębszej analizy różnic pomiędzy opisywanymi wyżej zmiennymi, za rozsądne wydaje się sprawdzić, czy wykształcenie matki różnicuje wyróżnione grupy z.z. w dwóch wymiarach. W związku z tym w odniesieniu do hipotezy 8-głównej, sformułowałem hipotezę 8.2., której treść brzmi: *wykształcenie matki różnicuje nasilenie prozdrowotności i wewnątrzsterowności zbiorów zachowań, podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim*. By empirycznie zweryfikować to przewidywanie porównałem statystyki opisowe w zakresie mierzonych zmiennych. Szczegółowe wyniki zawarte są w Tabelach 53 i 55. Analizując dane z Tabeli 53 można zauważyć, że w trzech grupach z.prozdr. (związanych z dietą, destrukcyjnych, sedenteryjnych), wyższa wartość wskaźnika nasilenia prozdrowotności charakteryzuje młodzież, której matki mają wykształcenie wyższe. W pozostałych dwóch grupach zachowań relacja jest odwrotna. W celu sprawdzenia, czy opisywane różnice są istotne statystycznie posłużyłem się testem t-Studenta dla prób niezależnych. Wyniki przedstawia Tabela 54. Na podstawie danych z tej tabeli można przyjąć, że wykształcenie matki istotnie różnicuje nasilenie prozdrowotności w trzech zbiorach zachowań. Są to: zachowania

destrukcyjne, związane z aktywnością fizyczną i higieną ($p < 0,05$). Przy czym młodzież, której matki mają wyższe wykształcenie, istotnie rzadziej konsumuje używki. Z drugiej strony potomstwo matek o niższym wykształceniu jest bardziej aktywne fizycznie i dba o higienę ciała. Zwłaszcza ten ostatni wynik jest zaskakujący. Jednakże powyższe wyniki weryfikują (w większości potwierdzają, w mniejszym stopniu odrzucają) hipotezę 8.2.

Tabela 53. Statystyki opisowe nasilenia prozdrowotności zbiorów zachowań młodzieży z grupy badawczej, w zależności od wykształcenia matki.

| Grupy z. prozdr. | Wykształcenie matki | N | Średnia | Odchylenie standardowe |
|-------------------------|---------------------|----|---------|------------------------|
| Dieta | Niższe | 52 | 19,0 | 4,1 |
| | Wyższe | 26 | 20,4 | 4,4 |
| Zachowania destrukcyjne | Niższe | 52 | 11,2 | 1,8 |
| | Wyższe | 26 | 11,8 | 0,9 |
| Zachowania sedenteryjne | Niższe | 52 | 6,6 | 2,7 |
| | Wyższe | 26 | 7,0 | 3,4 |
| Aktywność fizyczna | Niższe | 52 | 14,2 | 3,2 |
| | Wyższe | 26 | 12,0 | 4,1 |
| Higiena | Niższe | 52 | 15,2 | 2,1 |
| | Wyższe | 26 | 14,1 | 2,1 |

Tabela 54. Test t dla prób niezależnych nasilenia prozdrowotności zbiorów zachowań młodzieży z grupy badawczej, w zależności od wykształcenia matki

| Grupy z.prozdr. | t | df | Istotność |
|-------------------------|--------|----|---------------|
| Dieta | -1,433 | 76 | 0,156 |
| Zachowania destrukcyjne | -2,051 | 76 | 0,044* |
| Zachowania sedenteryjne | -0,565 | 76 | 0,574 |
| Aktywność fizyczna | 2,606 | 76 | 0,011* |
| Higiena | 2,222 | 76 | 0,029* |

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Poniżej w Tabeli 55, przedstawione są statystyki opisowe dotyczące różnic w zachowaniach z drugiego wymiaru z.z., w zależności od wykształcenia matki. Analizując dane z poniższej tabeli można zauważyć, że wskaźnik nasilenia wewnątrzsterowności w każdej

grupie zachowań przyjmuje większą wartość u młodzieży z rodzin, których matki mają wyższe wykształcenie.

Tabela 55. Statystyki opisowe nasilenia wewnątrzsterowności zbiorów zachowań młodzieży z grupy badawczej, w zależności od wykształcenia matki.

| Grupy z.z. | Wykształcenie matki | N | Średnia | Odchylenie standardowe |
|-------------------------|---------------------|----|---------|------------------------|
| Dieta | Niższe | 52 | 17,9 | 4,1 |
| | Wyższe | 26 | 18,7 | 3,8 |
| Zachowania destrukcyjne | Niższe | 52 | 7,8 | 1,9 |
| | Wyższe | 26 | 8,1 | 1,8 |
| Zachowania sedenteryjne | Niższe | 52 | 6,8 | 2,2 |
| | Wyższe | 26 | 7,6 | 1,9 |
| Aktywność fizyczna | Niższe | 52 | 10,3 | 2,8 |
| | Wyższe | 26 | 11,0 | 2,4 |
| Higiena | Niższe | 52 | 11,0 | 2,4 |
| | Wyższe | 26 | 11,6 | 1,7 |

W celu stwierdzenia, czy opisywane różnice są istotne statystycznie wykorzystałem test t-Studenta dla prób niezależnych. Wyniki przedstawia Tabela 56.

Tabela 56. Test t dla prób niezależnych nasilenia wewnątrzsterowności zbiorów zachowań młodzieży z grupy badawczej, w zależności od wykształcenia matki.

| Grupy z.z. | t | df | Istotność |
|-------------------------|--------|----|-----------|
| Dieta | -0,843 | 76 | 0,402 |
| Zachowania destrukcyjne | -0,564 | 76 | 0,575 |
| Zachowania sedenteryjne | -1,589 | 76 | 0,116 |
| Aktywność fizyczna | -1,217 | 76 | 0,227 |
| Higiena | -1,246 | 67 | 0,217 |

*p<0,05

**p<0,01

Jak przedstawia Tabela 56, otrzymane statystyki nie osiągnęły wymaganego poziomu istotności, co stanowi podstawę do odrzucenia hipotezy 8.2., zakładającej, że wykształcenie matki istotnie różnicuje nasilenie wewnątrzsterowności grup zachowań, podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

Rozdział 5.8.3.3. Zróżnicowanie typów zachowań zdrowotnych podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, w zależności od wykształcenia matki.

Powyższe rozdziały empiryczne odnosiły się do zróżnicowania dwóch wymiarów z.z. (tj. nasileniem prozdrowotności i wewnątrzsterowności) w zależności od wykształcenia matki. Ostatnim wyróżnionym elementem struktury z.z. w tej pracy są typy zachowań zdrowotnych. By określić zróżnicowanie w tym zakresie, w odniesieniu do hipotezy 8, sformułowałem hipotezę 8.3, której treść brzmi: *wykształcenie matki różnicuje typy z.z. podejmowane przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim*. W celu empirycznej weryfikacji tego przewidywania porównałem statystyki opisowe w zakresie badanych zmiennych. Szczegółowe dane zawarte są w Tabeli 57.

Tabela 57. Statystyki opisowe wskaźników typów z.z. młodzieży z grupy badawczej, w zależności od wykształcenia matek.

| Typy z.z. | Wykształcenie matki | | | |
|--|---------------------|---------|------------|---------|
| | Niższe | | Wyższe | |
| | Liczebność | Procent | Liczebność | Procent |
| O wysokim nasileniu prozdrowotności i wewnątrzsterowności | 14 | 27% | 5 | 19 % |
| O wysokim nasileniu prozdrowotności i niskim nasileniu wewnątrzsterowności | 13 | 25% | 5 | 19 % |
| O niskim nasileniu prozdrowotności i wysokim nasileniu wewnątrzsterowności | 7 | 13% | 5 | 19 % |
| O niskim nasileniu prozdrowotności i wewnątrzsterowności | 18 | 35% | 11 | 42% |

Analizując dane z powyższej tabeli można zauważyć, że zróżnicowanie ze względu na wykształcenie matki, oscyluje na poziomie 6-9 % pomiędzy konkretnymi typami z.z., u adolescentów w badanej grupie. W związku z tym struktura czterech typów z.z. kształtuje się podobnie u młodzieży, której matki mają wysokie lub niskie wykształcenie. Najwięcej młodzieży podejmuje zachowanie o niskim nasileniu prozdrowotności i wewnątrzsterowności, a trzy pozostałe typy rozkładają się porównywalnie. W związku z tym trudno oczekiwać istotnych statystycznie wyników. By potwierdzić to przypuszczenie wykonałem test niezależności Chi-kwadrat Pearsona. Wyniki znajdują się w Tabeli 58.

Tabela 58. Test Chi-kwadrat wskaźników typów z.z. młodzieży z grupy badawczej, w zależności od wykształcenia matki.

| | Wykształcenie matki |
|-------------|---------------------|
| Chi-kwadrat | 1,322 |
| df | 3 |
| Istotność | 0,724 |

*p<0,05

**p<0,01

Jak przedstawia Tabela 58, zgodnie z przewidywaniami otrzymane statystyki nie osiągnęły wymaganego poziomu istotności, co stanowi podstawę do odrzucenia hipotezy 8.3. zakładającej, że wykształcenie matki istotnie różnicuje typy z.z. podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu.

Rozdział 5.8.3.4. Zróźnicowanie nasilenia prozdrowotności i wewnętrzsterowności zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, w zależności od dochodu rodziny.

Drugim wskaźnikiem SES w tej pracy jest miesięczny dochód rodziny. W odniesieniu do hipotezy 8, sformułowałem hipotezę 8.4., której treść brzmi: *dochód rodziny różnicuje nasilenie prozdrowotności i wewnętrzsterowności zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim*. By empirycznie zweryfikować to przewidywanie porównałem statystyki opisowe w zakresie mierzonych zmiennych. Szczegółowe dane prezentowane są w Tabeli 59.

Tabela 59. Statystyki opisowe ogólnego nasilenia z.z. w dwóch wymiarach, u młodzieży z grupy badawczej, w zależności od miesięcznego dochodu rodziny.

| Wymiary z.z. | Dochód | N | Średnia | Odchylenie standardowe |
|-------------------------------|--------|----|---------|------------------------|
| Nasilenie prozdrowotności | Niski | 42 | 64,8 | 7,0 |
| | Wysoki | 35 | 66,9 | 8,3 |
| Nasilenie wewnętrzsterowności | Niski | 42 | 53,7 | 9,6 |
| | Wysoki | 35 | 56,3 | 9,9 |

Na podstawie danych z powyższej tabeli można stwierdzić, że wyższe wskaźniki nasilenia prozdrowotności i wewnętrzsterowności charakteryzują młodzież z omawianą kategorią zaburzeń, z rodzin o wyższym dochodzie. W celu stwierdzenia, czy opisywane różnice są

istotne statystycznie wykorzystałem test t-Studenta dla prób niezależnych. Wyniki przedstawia Tabela 60.

Tabela 60. Test t dla prób niezależnych ogólnego nasilenia z.z. w dwóch wymiarach, u młodzieży z grupy badawczej, w zależności od miesięcznego dochodu rodziny.

| Wymiary zachowań zdrowotnych | t | df | Istotność |
|-------------------------------|-------|----|-----------|
| Nasilenie prozdrowotności | -1,23 | 75 | 0,224 |
| Nasilenie wewnątrzsterowności | -1,15 | 75 | 0,253 |

*p<0,05

**p<0,01

Jak wskazują dane z powyższej tabeli otrzymane statystyki nie osiągnęły wymaganego poziomu istotności, co stanowi podstawę do odrzucenia hipotezy 8.4., zakładającej, że dochód rodziny istotnie różnicuje z.z. w dwóch wyróżnionych wymiarach, u młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

Rozdział 5.8.3.5. Zróznicowanie nasilenia prozdrowotności i wewnątrzsterowności zbiorów zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, w zależności od dochodu rodziny.

W celu głębszej analizy różnic pomiędzy badanymi zmiennymi sprawdzę, czy miesięczny dochód rodziny różnicuje grupy z.z. w wyróżnionych wymiarach. W związku z tym w odniesieniu do hipotezy 8-głównej, sformułowałem hipotezę 8.5., której treść brzmi: *dochód rodziny różnicuje nasilenie prozdrowotności i wewnątrzsterowności zbiorów zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim*. By empirycznie zweryfikować to przewidywanie, porównałem statystyki opisowe w zakresie mierzonych zmiennych. Szczegółowe wyniki zawarte są w Tabelach 61 i 63. Analizując dane z Tabeli 61 można zauważyć, że w czterech grupach z. prozdr. (z wyjątkiem aktywności fizycznej), wyższa wartość wskaźnika nasilenia prozdrowotności charakteryzuje młodzież z rodzin o wyższym dochodzie. W celu sprawdzenia, czy opisywane różnice są istotne statystycznie posłużyłem się testem t-Studenta dla prób niezależnych. Wyniki przedstawia Tabela 62.

Tabela 61. Statystyki opisowe nasilenia prozdrowotności zbiorów zachowań młodzieży z grupy badawczej, w zależności od miesięcznego dochodu rodziny.

| Grupy z. prozdr. | Dochód | N | Średnia | Odchylenie standardowe |
|-------------------------|--------|----|---------|------------------------|
| Dieta | Niski | 42 | 18,6 | 3,8 |
| | Wysoki | 35 | 20,3 | 4,5 |
| Zachowania destrukcyjne | Niski | 42 | 11,2 | 1,8 |
| | Wysoki | 35 | 11,6 | 1,3 |
| Zachowania sedenteryjne | Niski | 42 | 6,1 | 2,8 |
| | Wysoki | 35 | 7,5 | 3,0 |
| Aktywność fizyczna | Niski | 42 | 14,3 | 2,9 |
| | Wysoki | 35 | 12,5 | 4,2 |
| Higiena | Niski | 42 | 14,6 | 2,4 |
| | Wysoki | 35 | 15,1 | 1,8 |

Tabela 62. Test t dla prób niezależnych nasilenia prozdrowotności zbiorów zachowań młodzieży z grupy badawczej, w zależności od miesięcznego dochodu rodziny.

| Grupy z. prozdr. | t | df | Istotność |
|-------------------------|--------|----|---------------|
| Dieta | -1,789 | 75 | 0,078 |
| Zachowania destrukcyjne | -1,162 | 73 | 0,249 |
| Zachowania sedenteryjne | -1,982 | 75 | 0,051* |
| Aktywność fizyczna | 2,230 | 75 | 0,029* |
| Higiena | -1,101 | 75 | 0,274 |

*p<0,05

**p<0,01

Na podstawie danych z powyższej tabeli można przyjąć, że dochód rodziny istotnie różnicuje dwie grupy zachowań o wysokim nasileniu prozdrowotności. Są to: zachowania sedenteryjne i związane z aktywnością fizyczną ($p \leq 0,05$). Ponadto występuje marginalnie istotna różnica w zachowaniach związanych z dietą ($p = 0,078$). Można przyjąć, że z jednej strony młodzież z rodzin o wyższym dochodzie istotnie rzadziej przejawia zachowania sedenteryjne. Z drugiej strony potomstwo z rodzin o niższym dochodzie jest istotnie bardziej aktywne fizycznie. Powyższe wyniki weryfikują hipotezę 8.5.

Poniżej w tabeli 63, przedstawione są statystyki opisowe dotyczące zbiorów zachowań w drugim wymiarze, w zależności od dochodu rodziny.

Tabela 63. Statystyki opisowe nasilenia wewnątrzsterowności zbiorów zachowań młodzieży z grupy badawczej, w zależności od miesięcznego dochodu rodziny.

| Grupy z.z. | Dochód | N | Średnia | Odchylenie standardowe |
|-------------------------|--------|----|---------|------------------------|
| Dieta | Niski | 42 | 17,9 | 3,7 |
| | Wysoki | 35 | 18,5 | 4,3 |
| Zachowania destrukcyjne | Niski | 42 | 7,7 | 1,9 |
| | Wysoki | 35 | 8,1 | 1,8 |
| Zachowania sedenteryjne | Niski | 42 | 6,6 | 2,3 |
| | Wysoki | 35 | 7,7 | 1,8 |
| Aktywność fizyczna | Niski | 42 | 10,3 | 2,7 |
| | Wysoki | 35 | 10,7 | 2,7 |
| Higiena | Niski | 42 | 11,1 | 2,3 |
| | Wysoki | 35 | 11,3 | 2,3 |

Analizując dane z powyższej tabeli można zauważyć, że wskaźnik wewnątrzsterowności każdej z grup zachowań jest wyższy u młodzieży z rodzin o wyższym dochodzie. W celu stwierdzenia, czy opisywane różnice są istotne statystycznie wykorzystałem test t-Studenta dla prób niezależnych. Wyniki przedstawia Tabela 64.

Tabela 64. Test t dla prób niezależnych nasilenia wewnątrzsterowności zbiorów zachowań młodzieży z grupy badawczej, w zależności od miesięcznego dochodu rodziny.

| Grupy z.z. | t | df | Istotność |
|-------------------------|--------|----|---------------|
| Dieta | -0,639 | 75 | 0,525 |
| Zachowania destrukcyjne | -0,887 | 75 | 0,378 |
| Zachowania sedenteryjne | -2,314 | 75 | 0,023* |
| Aktywność fizyczna | -0,520 | 75 | 0,605 |
| Higiena | -0,377 | 75 | 0,707 |

*p<0,05

**p<0,01

Na podstawie danych z powyższej tabeli można stwierdzić, że dochód rodziny istotnie różnicuje nasilenie wewnątrzsterowności zachowań sedenteryjnych ($p < 0,05$). Powyższe wyniki weryfikują (częściowo potwierdzają, w większości odrzucają) hipotezę 8.5. Należy

zaznaczyć, że dochód rodziny jest jedynym indykatorem SES, który istotnie różnicuje zbiór zachowań sedenteryjnych w dwóch wyróżnionych wymiarach zachowań zdrowotnych.

Rozdział 5.8.3.6. Zróżnicowanie typów zachowań zdrowotnych podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, w zależności od dochodu rodziny.

Ostatnim wyróżnionym elementem struktury z.z., który poddam zróżnicowaniu w zależności od dochodu rodziny są typy zachowań zdrowotnych. W związku z tym, w odniesieniu do hipotezy 8-głównej, sformułowałem hipotezę 8.6, której treść brzmi: *dochód rodziny różnicuje typy z.z. podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim*. W celu empirycznej weryfikacji tego przewidywania porównałem statystyki opisowe w zakresie badanych zmiennych. Szczegółowe dane zawarte są w Tabeli 65.

Tabela 65. Statystyki opisowe wskaźników typów z.z. młodzieży z grupy badawczej, w zależności od miesięcznego dochodu rodziny.

| Typy z.z. | Dochód rodziny | | | |
|--|----------------|---------|------------|---------|
| | Niski | | Wysoki | |
| | Liczebność | Procent | Liczebność | Procent |
| O wysokim nasileniu prozdrowotności i wewnątrzsterowności | 7 | 17% | 12 | 34 % |
| O wysokim nasileniu prozdrowotności i niskim nasileniu wewnątrzsterowności | 12 | 29% | 6 | 17% |
| O niskim nasileniu prozdrowotności i wysokim nasileniu wewnątrzsterowności | 9 | 21% | 3 | 9% |
| O niskim nasileniu prozdrowotności i wewnątrzsterowności | 14 | 33% | 14 | 40% |

Analizując dane z powyższej tabeli można zauważyć, że największe zróżnicowanie ze względu na dochód rodziny występuje u młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, której dominującym typem zachowania jest to, o wysokim nasileniu prozdrowotności i wewnątrzsterowności. Najmniejsze różnice występują pomiędzy adolescentami podejmującymi najczęściej typ zachowania o niskim nasileniu prozdrowotności i wewnątrzsterowności. W celu sprawdzenia, czy omawiane różnice są istotne statystycznie wykonałem test niezależności Chi-kwadrat Pearsona. Wyniki znajdują się w Tabeli 66.

Tabela 66. Test Chi-kwadrat wskaźnika typów z.z. młodzieży z grupy badawczej, w zależności od miesięcznego dochodu rodziny.

| | Dochód rodziny |
|-------------|----------------|
| Chi-kwadrat | 5,727 |
| df | 3 |
| Istotność | 0,126 |

*p<0,05

**p<0,01

Jak przedstawia Tabela 66, otrzymane statystyki nie osiągnęły wymaganego poziomu istotności, co stanowi podstawę do odrzucenia hipotezy 8.6., zakładającej, że dochód rodziny istotnie różnicuje typy z.z. podejmowane przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

Rozdział 5.8.3.7. Zróznicowanie nasilenia prozdrowotności i wewnątrzsterowności zachowań, podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, w zależności od struktury rodziny.

Trzecim wskaźnikiem SES w tej pracy jest struktura rodziny, klasyfikowana jako pełna lub niepełna. Dowiedziono, że dorastanie z obojgiem biologicznych rodziców jest czynnikiem ochraniającym przed nabywaniem zachowań szkodzących zdrowiu. W związku z tym, w odniesieniu do hipotezy 8, sformułowałem hipotezę 8.7., której treść brzmi: *młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim z rodzin pełnych częściej podejmuje zachowania o wysokim nasileniu prozdrowotności i wewnątrzsterowności, w porównaniu do młodzieży z rodzin niepełnych*. By empirycznie zweryfikować to przewidywanie porównałem statystyki opisowe w zakresie mierzonych zmiennych. Szczegółowe dane prezentowane są w Tabeli 67.

Tabela 67. Statystyki opisowe ogólnego nasilenia z.z. w dwóch wymiarach, u młodzieży z grupy badawczej, w zależności od struktury rodziny.

| Wymiary zachowań zdrowotnych | Struktura rodziny | N | Średnia | Odchylenie standardowe |
|-------------------------------|-------------------|----|---------|------------------------|
| Nasilenie prozdrowotności | Pełna | 48 | 64,7 | 7,4 |
| | Niepełna | 29 | 67,4 | 7,8 |
| Nasilenie wewnątrzsterowności | Pełna | 48 | 54,4 | 8,4 |
| | Niepełna | 29 | 55,3 | 11,7 |

Na podstawie danych z powyższej tabeli można stwierdzić, że wyższe wskaźniki nasilenia prozdrowotności i wewnątrzsterowności charakteryzują młodzież z omawianą kategorią zaburzeń z rodzin niepełnych. W celu stwierdzenia, czy opisywane różnice są istotne statystycznie wykorzystałem test t-Studenta dla prób niezależnych. Wyniki przedstawia Tabela 68.

Tabela 68. Test t dla prób niezależnych ogólnego nasilenia z.z. w dwóch wymiarach, u młodzieży z grupy badawczej, w zależności od struktury rodziny.

| Wymiary z.z. | t | df | Istotność |
|-------------------------------|--------|----|-----------|
| Nasilenie prozdrowotności | -1,555 | 75 | 0,124 |
| Nasilenie wewnątrzsterowności | -0,360 | 46 | 0,721 |

*p<0,05

**p<0,01

Jak przedstawia Tabela 68, otrzymane statystyki nie osiągnęły wymaganego poziomu istotności, co stanowi podstawę do odrzucenia hipotezy 8.7., zakładającej, że struktura rodziny istotnie różnicuje nasilenie prozdrowotności i/ lub wewnątrzsterowności zachowań, podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

Rozdział 5.8.3.8. Zróznicowanie nasilenia prozdrowotności i wewnątrzsterowności zbiorów zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, w zależności od struktury rodziny.

W celu głębszej analizy różnic pomiędzy badanymi zmiennymi sprawdzę, czy struktura rodziny istotnie różnicuje grupy z.z. w wyróżnionych wymiarach podejmowanych przez młodzież z omawianą kategorią zaburzeń. W związku z tym w odniesieniu do hipotezy 8-główniej, sformułowałem hipotezę 8.8., której treść brzmi *młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim z rodzin pełnych częściej podejmuje grupy zachowań o wysokim nasileniu prozdrowotności i wewnątrzsterowności, w porównaniu do młodzieży z rodzin niepełnych*. By empirycznie zweryfikować to przewidywanie porównałem statystyki opisowe w zakresie mierzonych zmiennych. Szczegółowe wyniki zawarte są w Tabelach 69 i 71. Analizując dane z Tabeli 69 można zauważyć, że w dwóch grupach z. prozdr. (tj. w: zachowaniach związanych z higieną i aktywnością fizyczną), wyższa wartość wskaźnika prozdrowotności, charakteryzuje młodzież z rodzin o niepełnej strukturze (przeciwnie, jak w przypadku zachowań związanych z dietą). W dwóch zbiorach zachowań (zachowaniach

destrukcyjnych i sedenteryjnych) wynik średni jest niemal identyczny. W celu sprawdzenia, czy opisywane różnice są istotne statystycznie posłużyłem się testem t-Studenta dla prób niezależnych. Wyniki przedstawia Tabela 70.

Tabela 69. Statystyki opisowe nasilenia prozdrowotności zbiorów zachowań młodzieży z grupy badawczej, w zależności od struktury rodziny.

| Grupy z. prozdr. | Struktura rodziny | N | Średnia | Odchylenie standardowe |
|-------------------------|-------------------|----|---------|------------------------|
| Dieta | Pełna | 48 | 19,3 | 4,2 |
| | Niepełna | 29 | 19,8 | 4,3 |
| Zachowania destrukcyjne | Pełna | 48 | 11,4 | 1,4 |
| | Niepełna | 29 | 11,3 | 1,8 |
| Zachowania sedenteryjne | Pełna | 48 | 6,8 | 2,9 |
| | Niepełna | 29 | 6,7 | 3,1 |
| Aktywność fizyczna | Pełna | 48 | 12,8 | 3,9 |
| | Niepełna | 29 | 14,3 | 3,0 |
| Higiena | Pełna | 48 | 14,4 | 2,4 |
| | Niepełna | 29 | 15,4 | 1,6 |

Tabela 70. Test t dla prób niezależnych nasilenia prozdrowotności zbiorów zachowań młodzieży z grupy badawczej, w zależności od struktury rodziny.

| Grupy z. prozdr. | t | df | Istotność |
|-------------------------|--------|----|-----------------|
| Dieta | -0,500 | 75 | 0,619 |
| Zachowania destrukcyjne | 0,174 | 75 | 0,862 |
| Zachowania sedenteryjne | 0,165 | 75 | 0,870 |
| Aktywność fizyczna | -1,702 | 75 | 0,093*** |
| Higiena | -2,215 | 74 | 0,030* |

*p<0,05

**p<0,01

***p<0,1 (poziom istotności dla hipotezy kierunkowej).

Na podstawie danych z powyższej tabeli można przyjąć, że struktura rodziny istotnie różnicuje nasilenie prozdrowotności zbioru zachowań związanych z higieną ($p<0,05$) i aktywnością fizyczną ($p<0,1$). Powyższe wyniki weryfikują (w większości odrzucają, parcjalnie potwierdzają) hipotezę 8.8.

Poniżej w Tabeli 71, przedstawione są statystyki opisowe dotyczące zachowań w drugim wymiarze z.z., w zależności od struktury rodziny.

Tabela 71 Statystyki opisowe nasilenia wewnątrzsterowności zbiorów zachowań młodzieży z grupy badawczej, w zależności od struktury rodziny.

| Grupy z.z. | Struktura rodziny | N | Średnia | Odchylenie standardowe |
|-------------------------|-------------------|----|---------|------------------------|
| Dieta | Pełna | 48 | 17,8 | 3,5 |
| | Niepełna | 29 | 18,6 | 4,6 |
| Zachowania destrukcyjne | Pełna | 48 | 7,8 | 2,0 |
| | Niepełna | 29 | 8,1 | 1,4 |
| Zachowania sedenteryjne | Pełna | 48 | 7,2 | 2,0 |
| | Niepełna | 29 | 6,9 | 2,4 |
| Aktywność fizyczna | Pełna | 48 | 10,5 | 2,6 |
| | Niepełna | 29 | 10,6 | 3,0 |
| Higiena | Pełna | 48 | 11,2 | 2,1 |
| | Niepełna | 29 | 11,1 | 2,5 |

Analizując dane z powyższej tabeli można zauważyć, że w dwóch grupach zachowań (tj.: zachowaniach związanych z dietą i destrukcyjnych), wyższa wartość wskaźnika wewnątrzsterowności charakteryzuje młodzież z rodzin o niepełnej strukturze (przeciwnie, jak w przypadku zachowań sedenteryjnych). W dwóch grupach zachowań (zachowaniach związanych z dietą i aktywnością fizyczną) wynik średni jest niemal identyczny. W celu sprawdzenia, czy opisywane różnice są istotne statystycznie posłużyłem się testem t-Studenta dla prób niezależnych. Wyniki przedstawia Tabela 72.

Tabela 72. Test t dla prób niezależnych nasilenia wewnątrzsterowności zbiorów zachowań młodzieży z grupy badawczej, w zależności od struktury rodziny.

| Grupy z.z. | t | df | Istotność |
|-------------------------|--------|----|-----------|
| Dieta | -0,881 | 48 | 0,383 |
| Zachowania destrukcyjne | -0,688 | 75 | 0,493 |
| Zachowania sedenteryjne | 0,603 | 75 | 0,548 |
| Aktywność fizyczna | -0,188 | 75 | 0,851 |
| Higiena | 0,172 | 75 | 0,864 |

*p<0,05

**p<0,01

Jak przedstawia Tabela 72, otrzymane statystyki nie osiągnęły wymaganego poziomu istotności, co stanowi podstawę do odrzucenia hipotezy 8.8., zakładającej, że struktura rodziny istotnie różnicuje nasilenie wewnątrzsterowności zbiorów zachowań, podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

Rozdział 5.8.3.9. Zróżnicowanie typów zachowań zdrowotnych podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, w zależności od struktury rodziny.

Ostatnim wyróżnionym elementem struktury z.z., który poddam zróżnicowaniu w zależności od struktury rodziny są typy zachowań zdrowotnych. W związku z tym, w odniesieniu do hipotezy 8, sformułowałem hipotezę 8.9, której treść brzmi: *struktura rodziny różnicuje typy z.z. podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.* W celu empirycznej weryfikacji tego przewidywania porównałem statystyki opisowe w zakresie badanych zmiennych. Szczegółowe dane zawarte są w Tabeli 73.

Tabela 73. Statystyki opisowe wskaźników typów z.z. młodzieży z grupy badawczej, w zależności od struktury rodziny.

| Typy z.z. | Struktura rodziny | | | |
|--|-------------------|---------|------------|---------|
| | Pełna | | Niepełna | |
| | Liczebność | Procent | Liczebność | Procent |
| O wysokim nasileniu prozdrowotności i wewnątrzsterowności | 9 | 19% | 9 | 31 % |
| O wysokim nasileniu prozdrowotności i niskim nasileniu wewnątrzsterowności | 11 | 23% | 7 | 24 % |
| O niskim nasileniu prozdrowotności i wysokim nasileniu wewnątrzsterowności | 7 | 15% | 5 | 17% |
| O niskim nasileniu prozdrowotności i wewnątrzsterowności | 21 | 44% | 8 | 28% |

Analizując dane z powyższej tabeli można zauważyć, że największe zróżnicowanie ze względu na strukturę rodziny występuje u adolescentów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, której dominującym typem zachowania jest to, o niskim nasileniu prozdrowotności i wewnątrzsterowności. Najmniejsze różnice występują u młodzieży podejmującej najczęściej typ zachowania o niskim nasileniu prozdrowotności i wysokim nasileniu wewnątrzsterowności.

W celu sprawdzenia, czy omawiane różnice są istotne statystycznie wykonałem test niezależności Chi-kwadrat Pearsona. Wyniki znajdują się w Tabeli 74.

Tabela 74. Test Chi-kwadrat wskaźnika typów z.z. młodzieży z grupy badawczej, w zależności od struktury rodziny.

| | Struktura rodziny |
|-------------|-------------------|
| Chi-kwadrat | 2,515 |
| df | 3 |
| Istotność | 0,473 |

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Jak przedstawia Tabela 74, otrzymane statystyki nie osiągnęły wymaganego poziomu istotności, co stanowi podstawę do odrzucenia hipotezy 8.9., zakładającej, że struktura rodziny istotnie różnicuje typy z.z. podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

Podsumowując można stwierdzić, że element struktury z.z. jakim są typy z.z. podejmowane przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim nie są zróżnicowane ze względu na indykatory SES rodziny.

W następnym rozdziale przedstawię najbardziej istotne wnioski oraz dyskusję dotyczącą opisanych w tym rozdziale wyników badań.

Rozdział 6. Wnioski.

Głównym celem podjętej tu problematyki jest wykazanie, czy wybrane czynniki podmiotowe i rodzinne są związane z zachowaniami zdrowotnymi podejmowanymi przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. W celu rozstrzygnięcia zarysowanego wyżej problemu badawczego, sformułowałem trzy pytania badawcze:

1. Czy młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim różni się pod względem struktury zachowań zdrowotnych, w porównaniu do młodzieży o typowym rozwoju?

2. Czy istnieje związek pomiędzy samooceną i cechami socjodemograficznymi a strukturą zachowań zdrowotnych podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim?

3. Czy istnieje związek pomiędzy wyróżnionymi cechami środowiska rodzinnego a strukturą zachowań zdrowotnych, podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim?

Na podstawie uzyskanych wyników badań własnych, poniżej przedstawię konkluzje odnoszące się do wyżej przedstawionych pytań badawczych.

1. Nie została potwierdzona ogólna zależność pomiędzy nasileniem prozdrowotności zachowań a poziomem funkcjonowania intelektualnego młodzieży. Oznacza to, że ogólnie młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i o typowym rozwoju z podobną intensywnością podejmują zachowania prozdrowotne. Istotne zróżnicowanie występuje wyłącznie w najmłodszej kategorii wiekowej. Młodzież o typowym rozwoju w wieku 12–13 lat, z istotnie wyższą intensywnością podejmuje zachowania prozdrowotne, w porównaniu do rówieśników z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. Można przyjąć, że zróżnicowanie to jest konsekwencją opóźnień rozwojowych, w skutek których młodzież z omawianą kategorią zaburzeń później nabywa umiejętności dbania i chronienia stanu własnego zdrowia. Natomiast w dalszym toku rozwoju (w późniejszym wieku) obie badane grupy młodzieży, zbliżają się do siebie pod względem poziomu zachowań o wysokim nasileniu prozdrowotności. Oznacza to, że młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim w starszym wieku ma ogólnie podobne umiejętności i nawyki dbania o własne zdrowie, jak adolescenti o typowym rozwoju.
2. Potwierdzono zależność pomiędzy nasileniem prozdrowotności zbioru zachowań związanych z dietą a poziomem funkcjonowania intelektualnego młodzieży. Adolescenti o typowym rozwoju stosują istotnie bardziej zdrową dietę, w porównaniu do rówieśników

z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim ($p < 0,01$). Zwłaszcza dziewczęta o typowym rozwoju istotnie częściej podejmują zachowania o wysokim nasileniu prozdrowotności w zakresie diety, w stosunku do dziewcząt ($p < 0,01$) i chłopców ($p < 0,05$) z omawianą kategorią zaburzeń⁶. Konfirmacja opisywanej zależności wyłącznie w zakresie zachowań związanych z dietą, może być związana z faktem, iż ta grupa zachowań jest bardziej merytoryczna, niż pozostałe zbiory z.z.

3. Potwierdzono relację pomiędzy nasileniem prozdrowotności klas zachowań a poziomem funkcjonowania intelektualnego młodzieży. Adolescenci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim istotnie częściej konsumują chipsy ($p < 0,01$) i spożywają napoje słodkie ($p < 0,01$), istotnie częściej myją ręce ($p < 0,05$), istotnie rzadziej spożywają alkohol ($p < 0,05$), marginalnie istotnie częściej oglądają telewizję ($p = 0,058$), w porównaniu do młodzieży o typowym rozwoju⁷.
4. Potwierdzono zależność pomiędzy ogólnym nasileniem wewnątrzsterowności z.z., a poziomem funkcjonowania intelektualnego młodzieży. Można stwierdzić zatem, że adolescenti o typowym rozwoju ogólnie w istotnie większym stopniu samosterują zachowaniami zdrowotnymi, w przeciwieństwie do młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, która w istotnie większym stopniu podejmuje je pod wpływem społecznym ($p < 0,01$). Szczególnie dziewczęta z populacji ogólnej w istotnie większym stopniu wewnątrzsterownie podejmują z.z., w porównaniu do dziewcząt ($p < 0,05$) i marginalnie istotnie w stosunku do chłopców ($p = 0,074$), z omawianą kategorią zaburzeń. Precyzując omawiane zróżnicowanie w odniesieniu do kategorii wiekowych adolescentów można przyjąć, że istotne statystycznie różnice występują pomiędzy 12–13 i 16–17 latkami z obu grup badanej młodzieży (kolejno $p < 0,01$ i $p < 0,05$). Warto ponadto podkreślić tendencję w zmienności nasilenia wewnątrzsterowności z.z. w całym okresie dojrzewania, u młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej. W obydwu grupach, najmłodsza młodzież przejawia zachowania o wyższym nasileniu wewnątrzsterowności, w porównaniu do młodzieży z najstarszej kategorii wiekowej. Różnica polega na tym, że u adolescentów o typowym rozwoju poziom samosterowania z.z. wzrasta od 14–15 roku życia. Natomiast im starsza jest młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu

⁶ Całość wyników dotyczących zróżnicowania nasilenia prozdrowotności zbiorów zachowań pomiędzy młodzieżą z grupy badawczej i kontrolnej, w odniesieniu do płci, znajduje się w załączniku nr 2.

⁷ Całość wyników dotyczących zróżnicowania nasilenia prozdrowotności klas zachowań pomiędzy młodzieżą z grupy badawczej i kontrolnej, znajduje się w załączniku nr 3.

lekkim, tym bardziej staje się podatna na wpływy zewnętrzne (jednak różnice te nie są istotne statystycznie).

5. Potwierdzono zależność pomiędzy nasileniem wewnątrzsterowności zbiorów z.z. a poziomem funkcjonowania intelektualnego młodzieży. Można stwierdzić, że zachowania związane z dietą, higieną, aktywnością fizyczną oraz zachowania sedenteryjne są podejmowane przez młodzież o typowym rozwoju z istotnie większym nasileniem wewnątrzsterowności, w porównaniu do młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. Zwłaszcza dziewczęta z populacji ogólnej podejmują zachowania związane z dietą i higieną z istotnie większym nasileniem wewnątrzsterowności, aniżeli dziewczęta (kolejno $p < 0,05$ i $p < 0,01$) i chłopcy (kolejno $p < 0,01$ i $p < 0,05$) z omawianą kategorią zaburzeń. Ponadto w każdej podgrupie wiekowej młodzież o typowym rozwoju w istotnie większym stopniu wewnątrzsterownie podejmuje zbiory zachowań związanych z higieną ciała, w porównaniu do rówieśników z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim⁸. Na tej podstawie można przypuszczać, że młodzież o typowym rozwoju w większym stopniu rozumie społeczne korzyści wynikające z adekwatnej higieny ciała.
6. Zbiór zachowań związanych z dietą jest jedynym zbiorem zachowań, w którym występuje istotne zróżnicowanie pomiędzy dziewczętami z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i o typowym rozwoju, w dwóch wyróżnionych wymiarach z.z. (tj. prozdrowotności i wewnątrzsterowności). Oznaczać to może, że dziewczęta z populacji ogólnej w większym stopniu potrafią realizować wzorce kulturowe związane z płcią (z dbaniem o prawidłowe odżywianie się, jako element akceptowalnego społecznie wyglądu zewnętrznego), niż dziewczęta z omawianą kategorią zaburzeń.
7. Potwierdzono zależność pomiędzy nasileniem wewnątrzsterowności klas z.z. a poziomem funkcjonowania intelektualnego młodzieży. Stwierdza się, że młodzież o typowym rozwoju, w porównaniu do młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, w istotnie większym stopniu wewnątrzsterownie podejmuje następujące zachowania: „kąpiel/ prysznic, spożywanie owoców, mycie zębów, uczestnictwo w lekcji WF” ($p < 0,01$), oraz „spożywanie napojów słodkich, czas przed komputerem, mycie rąk, jedzenie słodczy” ($p < 0,05$)⁹. Precyzując omawiane zróżnicowanie w zależności od kategorii wiekowej młodzieży stwierdza się, że najstarsi

⁸ Całość wyników dotycząca omawianych zróżnicowań przedstawiona jest w załączniku nr 4 i 5.

⁹ Całość wyników dotycząca omawianych zróżnicowań przedstawiona jest w załączniku nr 6.

adolescenci z omawianą kategorią zaburzeń w istotnie mniejszym stopniu wewnątrzsterownie uczestniczą w lekcji WF, w porównaniu do rówieśników oraz młodzieży w średnim w wieku o typowym rozwoju ($p < 0,05$). Można przypuszczać, że istotne zróżnicowanie jedynie w tej klasie z.z. (w odniesieniu do wieku), może być związane z konkretnym kontekstem sytuacyjnym podejmowania tego zachowania. Jest one inicjowane wspólnie z grupą, w sytuacji ograniczonego wyboru, gdzie sumują się wpływy społeczne (wpływy rówieśnicze oraz nakazy szkolne i rodzicielskie). W związku z tym najniższy poziom samosterowania charakteryzujący w ogóle najstarszą młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, przejawia się istotnie zwłaszcza w omawianym zachowaniu zdrowotnym.

8. Potwierdzono relację pomiędzy podejmowaniem typów zachowań zdrowotnych a poziomem funkcjonowania intelektualnego młodzieży. Stwierdza się, że młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim istotnie częściej podejmuje zachowania o niskim nasileniu prozdrowotności i wewnątrzsterowności, w porównaniu do rówieśników o typowym rozwoju, u których istotnie bardziej dominującym typem z.z., jest ten o wysokim nasileniu prozdrowotności i wewnątrzsterowności.

Powyższe wnioski pozwalają udzielić odpowiedzi na pierwsze z postawionych pytań badawczych. Struktura zachowań zdrowotnych młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim różni się istotnie od struktury z.z. młodzieży o typowym rozwoju.

Poniżej przedstawię wnioski odnoszące się do podmiotowych determinantów struktury zachowań zdrowotnych młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

9. Potwierdzono korelację pomiędzy poziomem samooceny całościowej a ogólnym nasileniem prozdrowotności zachowań podejmowanych przez młodzież z omawianą kategorią zaburzeń ($p < 0,05$). Im wyższy jest poziom samooceny całościowej, tym istotnie częściej podejmowane są zachowania o wysokim nasileniu prozdrowotności. Ponadto można przyjąć, że u chłopców samoocena całościowa pełni marginalnie istotnie większą rolę regulacyjną w podejmowaniu zachowań prozdrowotnych, niż u dziewcząt. Precyzując omawiany związek w zależności od kategorii wiekowych adolescentów stwierdza się, że istnieje istotny pozytywny związek pomiędzy poziomem samooceny całościowej a intensywnością zachowań prozdrowotnych, wyłącznie u młodzieży z omawianą kategorią zaburzeń, w średnim wieku dorastania ($p < 0,05$).
10. Potwierdzono korelację pomiędzy samooceną całościową i nasileniem prozdrowotności zbiorów zachowań u młodzieży z omawianą kategorią zaburzeń. Można stwierdzić, że

im wyższy jest poziom samooceny całościowej, tym istotnie częściej podejmowane są zachowania o wysokim nasileniu prozdrowotności, związane z higieną ($p \leq 0,05$) oraz dietą (marginalnie istotnie).

11. Potwierdzono zależność pomiędzy posiadaną samooceną w poszczególnych aspektach (i składającą się na nią samocenę cząstkową), a ogólnym nasileniem prozdrowotności zachowań młodzieży z omawianą kategorią zaburzeń. Oznacza to, że im wyższy jest poziom samooceny fizycznej (w tym samooceny sprawności fizycznej¹⁰) i społecznej (w tym samooceny rówieśniczej), tym marginalnie istotnie częściej podejmowane są zachowania o wysokim nasileniu prozdrowotności (kolejno $p=0,070$ i $p=0,075$). W związku z tym można przyjąć, że samoocena w tych obszarach (oraz nieakademicki aspekt samooceny w ogóle), jest istotnym regulatorem zachowania prozdrowotnego, u młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.
12. Potwierdzono relację pomiędzy posiadaną samooceną w aspekcie fizycznym a nasileniem prozdrowotności zachowań związanych z aktywnością fizyczną, oraz samooceną w sferze społecznej a intensywnością zachowań prozdrowotnych związanych z higieną ($p < 0,05$). Oznacza to, że im wyższy jest poziom samooceny fizycznej i społecznej, tym istotnie częściej podejmowane są wyżej opisane zbiory zachowań prozdrowotnych podejmowane przez młodzież z omawianą kategorią zaburzeń. Wyniki te są przesłanką do stwierdzenia, że samoocena w danym aspekcie może być istotnym regulatorem zachowań prozdrowotnych, treściowo powiązanych z obszarem ich oceny. Ponadto wynik ten jest pośrednią przesłanką do twierdzenia, że młodzież z omawianą kategorią zaburzeń posiada zróżnicowaną, wielowymiarową samoocenę, która może być ważnym regulatorem konkretnego zachowania u młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.
13. Potwierdzono korelację pomiędzy posiadaną samooceną cząstkową a nasileniem prozdrowotności lub wewnątrzsterowności zbiorów lub klas zachowań, najbardziej treściowo powiązanych z obszarem ich oceny. Można przyjąć, że im wyższy jest poziom samooceny sprawności fizycznej, tym istotnie częściej podejmowana jest grupa zachowań prozdrowotnych związana z aktywnością fizyczną ($p < 0,01$), w tym aktywność ruchowa w czasie wolnym ($p < 0,05$) i uczestniczenie w lekcji WF ($p < 0,01$)¹¹. Ponadto im

¹⁰ Całość wyników dotyczących związków samooceny cząstkowej i ogólnego nasilenia prozdrowotności zachowań, u młodzieży w grupie badawczej, znajdują się w załączniku nr 7.

¹¹ Całość wyników dotyczących związków samooceny cząstkowej i grup/ klas z.z., u młodzieży w grupie badawczej, znajdują się w załączniku nr 7.

wyższy jest poziom samooceny relacji z rodzicami, tym (marginalnie) istotnie rzadziej podejmowane są zachowania związane z konsumpcją używek ($p=0,063$), zwłaszcza niepalenie papierosów ($p<0,05$), a młodzież jest w istotnie większym stopniu wewnątrzsterowna w tym zakresie ($p<0,01$), zarówno w intencji niepalenia papierosów ($p<0,01$), jak i niespożywania alkoholu ($p<0,05$). Oprócz tego, im wyższy jest poziom samooceny rówieśniczej, tym (marginalnie) istotnie częściej podejmowana jest grupa zachowań prozdrowotnych związanych z higieną ($p=0,061$) oraz istotnie częstsze uczestniczenie w lekcji WF ($p<0,05$).

14. Nie została potwierdzona ogólna zależność zmiennych demograficznych i struktury z.z. podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. Wynik ten oznacza, że młodzież starsza ogólnie nie różni się istotnie od młodzieży młodszej pod względem struktury z.z. Ponadto w okresie dojrzewania nie występuje faza szczególnego wzrostu lub załamania nasilenia prozdrowotności i wewnątrzsterowności z.z. Natomiast można zaobserwować tendencję, że im starsza jest młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim tym bardziej podatna jest na wpływ zewnętrzne. Ponadto dziewczęta i chłopcy z omawianą kategorią zaburzeń ogólnie nie różnią się istotnie od siebie pod względem struktury z.z.
15. Potwierdzono korelację pomiędzy zmiennymi demograficznymi a nasileniem wewnątrzsterowności zbioru z.z. związanych z aktywnością fizyczną, u adolescentów z omawianą kategorią zaburzeń. Młodzież starsza jest istotnie bardziej podatna na wpływy zewnętrzne, w porównaniu do młodzieży w średnim wieku dorastania¹². Ponadto chłopcy w większym stopniu wewnątrzsterownie podejmują zachowania związane z aktywnością fizyczną, w stosunku do dziewcząt ($p<0,05$)¹³. Rezultat ten jest zgodny z kulturowymi wzorcami zachowania związanymi z płcią, wg których aktywność fizyczna i rywalizacja sportowa jest domeną chłopców. Nie stwierdzono innej, istotnej relacji elementu struktury z.z. i cech demograficznych młodzieży z omawianą kategorią zaburzeń.

Powyższe wnioski pozwalają udzielić odpowiedzi na drugie z postawionych pytań badawczych. Istnieje istotna korelacja pomiędzy samooceną (całościową i bardziej szczegółową – specyficzną), a intensywnością zachowań prozdrowotnych (na poziomie

¹² Całość wyników dotycząca związku wieku młodzieży w badanej grupie i nasilenia wewnątrzsterowności z.z., znajduje się w załączniku nr 8.

¹³ Całość wyników dotycząca zróżnicowania w nasileniu wewnątrzsterowności z.z., ze względu na płeć młodzieży w badanej grupie, znajduje się w załączniku 8.

ogólnym oraz poszczególnych zbiorów i klas z.z., powiązanych treściowo z obszarem ich oceny), podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

Poniżej przedstawione są konkluzję dotyczące rodzinnych uwarunkowań zachowań zdrowotnych młodzieży z omawianą kategorią zaburzeń.

16. Potwierdzono zależność pomiędzy postawą bezradności matki i ojca ($p < 0,05$) oraz postawą nadmiernego dystansu matki ($p < 0,01$), a ogólnym nasileniem prozdrowotności zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. W związku z tym można stwierdzić, że im bardziej korzystna wychowawczo jest postawa bezradności (tzn. im mniejsze poczucie bezradności u rodziców), tym istotnie większa jest intensywność zachowań prozdrowotnych podejmowanych przez młodzież. Podobnie, im bardziej pozytywna postawa (nadmiernego) dystansu u matek (tzn. im bardziej swobodna, spontaniczna, nieograniczona jest wymiana uczuć pomiędzy członkami rodziny), tym częściej potomstwo podejmuje zachowania o wysokim nasileniu prozdrowotności.
17. Potwierdzono korelację pomiędzy postawami rodzicielskim a nasileniem prozdrowotności zbiorów zachowań podejmowanych przez potomstwo z omawianą kategorią zaburzeń. Można przyjąć, że:
 - Im niższy poziom postawy nadmiernego dystansu u matek, tym istotnie większe jest nasilenie prozdrowotności zachowań związanych z dietą i higieną oraz istotnie niższa częstotliwość konsumpcji używek i zachowań sedenteryjnych u potomstwa.
 - Im wyższy poziom postawy górowania nad dzieckiem u matek, tym istotnie wyższa jest częstotliwość konsumpcji używek wśród potomstwa.
 - Im niższy jest poziom postawy bezradności u ojców, tym istotnie częściej młodzież podejmuje zachowania prozdrowotne związane z dietą i higieną.
 - Postawa nadmiernej koncentracji rodziców nad dzieckiem nie jest istotnie związana z nasileniem prozdrowotności zbiorów zachowań podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.
18. Potwierdzono zależność pomiędzy postawą bezradności ojca oraz postawą nadmiernego dystansu u ojca, a ogólnym nasileniem wewnątrzsterowności z.z. podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim (kolejno $p < 0,01$ i $p < 0,05$). Im niższy jest poziom postawy bezradności i nadmiernego dystansu u ojca, tym w istotnie większym stopniu młodzież podejmuje zachowania zdrowotne w sposób

wewnątrzsterowny. Postawy rodzicielskie matek nie mają istotnego związku z ogólnym nasileniem zachowań w tym wymiarze.

19. Potwierdzono korelacje pomiędzy postawami rodzicielskimi a nasileniem wewnątrzsterowności zbiorów z.z. podejmowanych przez potomstwo z omawianą kategorią zaburzeń. Można przyjąć, że:
- Im bardziej korzystna wychowawczo jest każda postawa rodzicielska u matki, tym potomstwo w istotnie większym stopniu wewnątrzsterownie powstrzymuje się od konsumpcji używek.
 - Im niższy poziom postawy bezradności u ojców, tym młodzież w istotnie większym stopniu wewnątrzsterownie podejmuje zachowania związane z dietą, jest bardziej aktywna ruchowo i mniej sedenteryjna.
 - Im niższy poziom postawy nadmiernego dystansu u ojców, tym adolescenti w istotnie większym stopniu wewnątrzsterownie podejmują zachowania związane z dietą i higieną.
20. Potwierdzono relacje pomiędzy postawami rodzicielskim a typami z.z. podejmowanych przez potomstwo z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. W związku z tym można stwierdzić, że niski poziom postawy nadmiernego dystansu u matek jest istotnie związany z pożądanymi (z punktu widzenia zdrowia) typami z.z. u potomstwa. Jednocześnie wysoki poziom nadmiernego dystansu matek, jest istotnie związany z niepożądanymi typami z.z. u młodzieży.
21. Potwierdzono korelację pomiędzy nasileniem prozdrowotności zachowań matek i potomstwa z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim ($p \leq 0,01$), a zwłaszcza dziewcząt. Na tej podstawie można stwierdzić, że adolescenti z omawianą kategorią zaburzeń w istotnym zakresie naśladują zachowania prozdrowotne matek (w przeciwieństwie do rówieśników o typowym rozwoju¹⁴). Ponadto należy przyjąć, że dziewczęta z omawianą kategorią zaburzeń w większym stopniu, niż chłopcy naśladują z.z. matek (występuje tzw. „efekt płci”) oraz, że młodzież najstarsza istotnie bardziej naśladują z.z. matek, w porównaniu do młodzieży młodszej w badanej grupie¹⁵.
22. Potwierdzono zależność pomiędzy intensywnością zachowań prozdrowotnych związanych z dietą ($p < 0,05$) matki i młodzieży z omawianą kategorią zaburzeń oraz (marginalnie) istotny związek w zachowaniach sedenteryjnych pomiędzy członkami

¹⁴ Całość wyników dotycząca zróżnicowanie w naśladowaniu zachowań prozdrowotnych matki pomiędzy młodzieżą z grupy badawczej i kontrolnej, znajduje się w załączniku nr 9.

¹⁵ Całość wyników omawianych zróżnicowań przedstawioną jest w załączniku nr 9.

- rodziny ($p=0,62$). Wyniki te korespondują z tezami w literaturze przedmiotu podkreślającymi, że zachowania rodziców związane z dietą są najbardziej spójnym, psychospołecznym, pojedynczym predyktorem lub korelatem zachowań żywieniowych u potomstwa. Forma spędzania czasu wolnego potomstwa z omawianą kategorią zaburzeń jest zależna od preferencji spędzania czasu wolnego u rodziców lub opiekunów.
23. Niepotwierdzona została ogólna zależność pomiędzy indykatorami SES, a strukturą z.z. podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.
24. Potwierdzono zależność poszczególnych indykatorów SES rodziny i nasilenia prozdrowotności zbiorów zachowań podejmowanych przez potomstwo z omawianą kategorią zaburzeń. Można stwierdzić, że wykształcenie matki istotnie różnicuje intensywność podejmowania trzech zbiorów zachowań prozdrowotnych: zachowań destrukcyjnych, związanych z aktywnością fizyczną i higieną ($p<0,05$). Przy czym młodzież z rodzin matek o wyższym wykształceniu istotnie rzadziej konsumuje używki. Z drugiej strony potomstwo matek o niższym wykształceniu jest bardziej aktywne fizycznie i w większym stopniu dba o higienę ciała. Drugi wskaźnik SES, tj. dochód rodziny istotnie różnicuje nasilenie prozdrowotności w dwóch grupach zachowań: sedenteryjnych ($p\leq 0,05$) i związanych z aktywnością fizyczną ($p<0,05$). Ponadto występuje marginalnie istotna różnica w zachowaniach związanych z dietą ($p=0,078$). Można przyjąć, że młodzież z rodzin o wyższym dochodzie istotnie rzadziej przejawia zachowania sedenteryjne. Jednocześnie potomstwo z rodzin o niższym dochodzie jest istotnie bardziej aktywne ruchowo. Wyniki te potwierdzają tezę, iż powinno się rozdzielać zachowania związane z niską aktywnością fizyczną i sedenteryjne, ponieważ ich korelacja jest słaba lub nieokreślona. Ostatni element SES – tj. struktura rodziny – istotnie różnicuje nasilenie prozdrowotności w grupie zachowań związanych z higieną ($p<0,05$). Można przyjąć zatem, że młodzież z rodzin niepełnych istotnie częściej dba o higienę własnego ciała, aniżeli młodzież z rodzin pełnych. Ponadto występuje marginalnie istotna różnica w intensywności zachowań związanych z aktywnością fizyczną ($p=0,093$).
25. Potwierdzono relację pomiędzy dochodem rodziny i nasileniem wewnątrzsterowności grupy zachowań sedenteryjnych ($p<0,05$). Młodzież z rodzin o wyższym dochodzie w istotnie większym stopniu reguluje zachowania sedenteryjne w sposób wewnątrzsterowny. Należy zaznaczyć, że dochód rodziny istotnie różnicuje grupy zachowań sedenteryjnych w dwóch wyróżnionych wymiarach zachowań zdrowotnych. Można przyjąć, że młodzież z rodzin o wyższym dochodzie istotnie rzadziej przejawia

zachowania sedenteryjne i jednocześnie wykazuje się wyższym samosterowaniem w tym zakresie.

Na podstawie powyższych wniosków można udzielić odpowiedzi na trzecie pytanie badawcze. Poszczególne czynniki środowiska rodzinnego są istotnie związane ze strukturą zachowań zdrowotnych podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

Na podstawie wyżej zaprezentowanych konkluzji, przedstawię najważniejsze wnioski końcowe z przeprowadzonego procesu badawczego.

- Wyniki badań jasno pokazują, że struktura z.z. młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, w porównaniu do rówieśników o typowym rozwoju, istotnie różni się tam, gdzie elementem lub komponentem (typy z.z.) jest wymiar nasilenia wewnątrzsterowności z.z. W związku z tym młodzież z grupy badawczej jest istotnie bardziej podatna na wpływy zewnętrzne (na poziomie ogólnym i w czterech z pięciu zbiorów z.z.), oraz przejawia inne – mniej korzystne z punktu widzenia zdrowia – dominujące typy zachowań zdrowotnych.

- Ponadto młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim (w szczególności dziewczęta) w istotnie większym stopniu ogólnie naśladuje zachowania prozdrowotne matki, aniżeli jej rówieśnicy o typowym rozwoju. Wynik ten jest zbieżny z tezami zawartymi w literaturze przedmiotu wskazującymi iż, młodzież z omawianą kategorią zaburzeń ma większe tendencje do uczenia się poprzez naśladownictwo, aniżeli rówieśnicy o typowym rozwoju.

Odnosząc się do związków podmiotowych i rodzinnych wyznaczników struktury z.z. młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim można przyjąć, że:

- Z ogólnym nasileniem intensywności zachowań prozdrowotnych skorelowane są zarówno czynniki wewnętrzne jak i rodzinne. Omawiany element struktury z.z. jest pozytywnie związany z poziomem posiadanej samooceny całościowej, bardziej u chłopców, niż u dziewcząt. Samoocena w aspekcie fizycznym i społecznym jest marginalnie istotnym regulatorem intensywności zachowań prozdrowotnych w ogóle, jak i istotnie, pozytywnie związana jest ze zbiorami zachowań prozdrowotnych, treściowo powiązanych z obszarem ich oceny. Ponadto nasilenie prozdrowotności jest istotnie warunkowane przez następujące cechy środowiska rodzinnego: postawę rodzicielską dystansu u matki oraz bezradności u obojga rodziców (zarówno na poziomie ogólnego nasilenia, jak i zbiorów zachowań – z wyjątkiem aktywności fizycznej), wzorce behawioralne matki (zwłaszcza dla najstarszej młodzieży).

- Z ogólnym nasileniem wewnątrzsterowności zachowań związana jest postawa bezradności ojca oraz postawa nadmiernego dystansu u ojca. Ponadto warto zwrócić uwagę na tendencję, że im młodzież jest starsza, tym bardziej podatna na wpływy zewnętrzne.

- Z typami zachowań zdrowotnych skorelowana jest postawa rodzicielska (nadmiernego) dystansu do dziecka u matek. Korzystna wychowawczo postawa jest istotnie związana z pożądanymi (z punktu widzenia zdrowia) typami z.z., a negatywne oddziaływanie w zakresie postawy dystansu, jest związane z niewłaściwymi typami z.z. u młodzieży.

Podsumowując, struktura z.z. w całej badanej grupie młodzieży z omawianą kategorią zaburzeń uwarunkowana jest wieloczynnikowo. Jednakże młodzież najstarsza jest najbardziej podatna na wpływy zewnętrzne i jednocześnie najbardziej naśladuje zachowania prozdrowotne matki. Na tej podstawie można przypuszczać, że wpływ rodzicielski w tym okresie mogą bardziej dominować zachowanie młodzieży, w porównaniu do młodszych adolescentów z omawianą kategorią zaburzeń.

Poddając analizie uwarunkowania zbiorów zachowań zdrowotnych można wskazać, że:

- Zachowania destrukcyjne są istotnie warunkowane przede wszystkim czynnikami rodzicielskimi. Wysoka konsumpcja używek jest istotnie związana z wysokim poziomem postawy górowania i nadmiernego dystansu matek oraz ujemnie związana z wykształceniem matki. W wymiarze nasilenia wewnątrzsterowności, każda korzystna postawa rodzicielska matki związana jest ze zwiększoną intencją powstrzymywania się od konsumpcji używek. Ponadto konsumpcja używek (w dwóch wymiarach z.z.), jest istotnie negatywnie związana z samooceną relacji z rodzicami.

- Zbiór zachowań sedenteryjnych jest istotnie regulowany przede wszystkim przez środowisko rodzinne. Wysoka sedenteryjność potomstwa jest istotnie związana z wysokim poziomem postawy nadmiernego dystansu u matek. W wymiarze nasilenia wewnątrzsterowności, wysoka sedenteryjność jest istotnie związana z wysokim poziomem postawy bezradności ojców. Ponadto jej nasilenie jest pozytywnie związane z sedenteryjnością matki. Co więcej, im wyższy dochód rodziny, tym istotnie rzadziej młodzież przejawia zachowania sedenteryjne i jednocześnie wykazuje się wyższym samosterowaniem w tym zakresie. Jednocześnie nie stwierdzono związków z czynnikami wewnętrznymi młodzieży.

- Pozostałe trzy zbiory zachowań zdrowotnych młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, tj.: związane z dietą, higieną i aktywnością fizyczną, są uwarunkowane wieloczynnikowo (zarówno wewnątrznie, jak i rodzinnie). Przy czym warto zauważyć, że aktywność fizyczna jest jedynym zbiorem, który jest zróżnicowany w wymiarze nasilenia

wewnątrzsterowności, w zależności od wieku (negatywnie) i płci (chłopcy są bardziej wewnątrzsterowni).

Mam świadomość, że są kwestie, które nie zostały w sposób wyczerpujący zbadane w tej pracy. Przede wszystkim warto bardziej dookreślić pojęcie (wymiar) wewnątrzsterowności. W kontekście wyników badań nie ulega wątpliwości, że jest to użyteczny konstrukt w określaniu swoistości zachowania młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. Oprócz tego w bardziej bezpośredni sposób (aniżeli za pomocą cech środowiska rodzinnego), należałoby poddać analizie sposobność i kompetencje do interakcji społecznych – pozarodzinnych, a zwłaszcza rówieśniczych, jak i zdolności psychofizyczne do samodzielnej lokomocji w przestrzeni lokalnej. Następnie, należałoby dodać lub włączyć w klasę z.z. „czas przed komputerem”, zachowanie związane z używaniem smartfonu. Ponadto mając na uwadze opóźnienia rozwojowe, osób z omawianą kategorią zaburzeń, zasadnym jest w badaniach porównawczych z rówieśnikami o typowym rozwoju, uwzględnić również wiek umysłowy młodzieży. Poza tym, w celu próby określenia zmienności zachowań zdrowotnych w całym okresie dojrzewania, pomiar wieku młodzieży trzeba by zoperacjonalizować za pomocą skali ciągłej. W końcu konieczne jest, by zadbać o większe zmotywowanie rodziców dzieci z omawianą kategorią zaburzeń do udziału w badaniach.

BIBLIOGRAFIA

1. AAIDD Ad Hoc Committee on Terminology and Classification. (2010). Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports (11th ed. of AAIDD definition manual). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities
2. Abood D. A., Conway, T. L. (1992). Health Value and Self-Esteem as Predictors of Wellness Behavior. *The Journal of Health Behavior, Education & Promotion*, 16(3), 20-26.
3. Adamczyk-Robinette, S. L., Fletcher, A. C., & Wright, K. L. (2002). Understanding the authoritative parenting-early adolescent tobacco use link: The mediating role of peer tobacco use. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(4), 311-318. doi.org/10.1023/A:1015401718682
4. Adamowicz, A., Kaczmarek, M. (2002). Ocena stomatologicznych potrzeb leczniczych dzieci uczęszczających do szkoły specjalnej. *Borgis - Nowa Stomatologia* 2, 69-70.
5. Adler N. E., Boyce, T., Chesney, M. A., Cohen, S., Folkman, S., Kahn, R. L., Syme, S. L. (1994). Socioeconomic status and health. The challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49(1), 15-24. DOI: 10.1037/0003-066X.49.1.15
6. Adler, N. E., & Ostrove, J. M. (1999). Socioeconomic status and health: What we know and what we don't. W: N. E. Adler, M. Marmot, B. S. McEwen, & J. Stewart (red.), *Annals of the New York Academy of Sciences: Vol. 896. Socioeconomic status and health in industrial nations: Social, psychological, and biological pathways* (s. 3-15). New York Academy of Sciences. DOI: 10.1111/j.1749-6632.1999.tb08101.x
7. Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179–211. doi.org/10.1080/08870446.2011.613995
8. Ajzen, I., & Albarracín, D. (2007). Predicting and changing behavior: A reasoned action approach. W: I. Ajzen, D. Albarracín, & R. Hornik (red.), *Prediction and change of health behavior: Applying the reasoned action approach* (s. 3–21). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
9. Altun, C., Guven, G., Akgun, O. M., Akkurt, M. D., Basak, F., Akbulut, E. (2010). Oral health status of disabled individuals attending special schools. *Eur J Dent.*, 4(4), 361-366. DOI: 10.1055/s-0039-1697854
10. Alves-Martins, M., Peixoto, F., Gouveia-Pereira, M., Amaral, V., & Pedro, I. (2002). Self-esteem and academic achievement among adolescents. *Educational Psychology*, 22(1), 51-62. doi.org/10.1080/01443410120101242
11. APA-American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical manuals of Mental Disorders fifth Edition*. Washington D.C.
12. Anders, P. L., & Davies, E. L. (2010). Oral health of patients with intellectual disabilities: A systematic review. *Special Care in Dentistry*, 30(3), 110-117. DOI: 10.1111/j.1754-4505.2010.00136.x
13. Armitage, C., & Connor, M. (2000). Social cognition models and health behaviour: A structured review, *Psychology & Health*, 15(2), 173-189. doi.org/10.1080/08870440008400299
14. Armitage, C., Connor, M. (2001). Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: a meta-analytic review. *Br J Soc Psychol.*, 40(4), 471-499. doi: 10.1348/014466601164939.
15. Astrom, A.N., Jakobsen, R. (1996). The effect of parental dental health behavior on that of their adolescent offspring. *Acta Odontologica Scandinavica*, 54(4), 235-241. doi.org/10.3109/00016359609003530
1. Ayaso-Maneiro, J., Domínguez-Prado, D. M., & García-Soidan, J. L. (2014). Influence of weight loss therapy programs in body image self-perception in adults with intellectual disabilities. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(3), 178–185. doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.03.002
16. Bacikova-Sleskova, M., Geckova, A. M., van Dijk, J. P., Groothoff, J. W., Reijneveld, S.A. (2011). Parental support and adolescents' health in the context of parental employment status. *Journal of Adolescence* 34(1), 141-149. DOI:10.1016/j.adolescence.2010.01.003

17. Bajcar E. A., Abramciów, R. (2011). Zachowania zdrowotne – rola zmiennych poznawczych w procesie formowania intencji zmiany zachowania. *Rocznik Komisji Nauk Pedagogicznych*, Tom LXIV, 175-185.
18. Baker, B. L., Blacher, J., Kopp, C. B., & Kraemer, B. (1997). Parenting children with mental retardation. W: N. W. Bray (red.), *International review of research in mental retardation*, Academic Press, 20, 1-45. doi.org/10.1016/S0074-7750(08)60174-3
19. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
20. Bandura, A., & Adams, N. E. (1977). Analysis of Self-Efficacy Theory of Behavioral Change. *Cognitive Therapy and Research*, 1(4), 287-310.
21. Baranowski, T., Davies, M., Resnicow, K., Baranowski, J., Doyle, C., Lin, L. S., Smith, M., Wang, D. T. (2000). Gimme 5 fruit, juice, and vegetables for fun and health: outcome evaluation. *Health Education & Behavior*, 27(1), 96-111. DOI: 10.1177/109019810002700109
22. Barnes, L., Howie, E. K., McDermott, S., Mann, J. R. (2013). Physical Activity in a Large Sample of Adults With Intellectual Disabilities. *J Phys Act Health*, 10(7), 1048-1056. DOI: 10.1123/jpah.10.7.1048
23. Baroff, G.S. (1982). Predicting the Prevalence of Mental Retardation in Individual Catchment Areas. *Mental retardation*, 20(3), 133-135.
24. Baron-Cohen, S. (1998). Modularity in developmental cognitive neuropsychology: Evidence from autism and Gilles de la Tourette syndrome. W: J.A. Burack, R.M. Hodapp, E. Zigler (red.), *Handbook of Mental Retardation and Development* (s. 334-348). Cambridge University Press.
25. Barowsky, E. I. (1987). Factors Affecting the Impact of Pain and Painful Experiences on the Exceptional Child. *J Spec Educ*, 21(2), 109-121. doi.org/10.1177/002246698702100210
26. Barrett, G. V., & Depinet, R. L. (1991). A reconsideration of testing for competence rather than for intelligence. *American Psychologist*, 46(10), 1012–1024. doi.org/10.1037/0003-066X.46.10.1012
27. Batista, L. R., Moreira, E. A., Rauen, M. S., Corso, A. C., Fiates, G. M. (2009). Oral health and nutritional status of semi-institutionalized persons with mental retardation in Brazil. *Res Dev Disabil*, 30(5), 839-846. doi:10.1016/j.ridd.2008.10.004
28. Bauer, K.W., Nelson, M. C., Boutelle, K. N., Neumark-Sztainer, D. (2008). Parental influences on adolescents' physical activity and sedentary behavior: longitudinal findings from Project EAT-II. *Int J Behav Nutr Phys Act* 5, 12. doi.org/10.1186/1479-5868-5-12
29. Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., Vohs, K. D. (2005). Exploding the self-esteem myth. *Sci Am*, 292(1), 170-77.
30. Baxter, H., Lowe, K., Houston, H., Jones, G., Felce, D., Kerr, M. (2006). Previously unidentified morbidity in patients with intellectual disability. *Br J Gen Pract.*, 56(523), 93-98.
31. Beange, H., Lennox, N. G., & Parmenter, T. R. (1999). Health targets for people with an intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability* 24(4), 283-297. DOI: 10.1080/13668259900034051
32. Bennett-Gates, D. & Zigler, E. (1998). Resolving the developmental-difference debate: an evaluation of the triarchic and system theory model. W: J.A. Burack, R.M. Hodapp, E. Zigler (red.), *Handbook of Mental Retardation and Development* (s. 115-131). Cambridge University Press.
33. Bergström, H. (2014). Health promotion for adults with intellectual disabilities: Evaluation of a multi-component intervention in community residences. Pobrane z: <https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/42084>
34. Berk, L. E., & Mayers, A. B. (2015). *Infants, Children, and Adolescents* (8th Edition).
35. Berten, H., Cardoen, D., Brondeel, R., Vettenburg, N. (2012). Alcohol and cannabis use among adolescents in Flemish secondary school in Brussels: effects of type of education. *BMC Public Health* 12(215). doi.org/10.1186/1471-2458-12-215
36. Bhaumik, S., Watson, J. M., Thorp, C. F., Tyrer, F., McGrother, C. W. (2008). Body mass index in adults with intellectual disability: distribution, associations and service implications: a population-

- based prevalence study. *J Intellect Disabil Res.*, 52(4), 287-298. doi:10.1111/j.1365-2788.2007.01018.x
37. Biasini, F., Grupe, L., Huffman, L., & Bray, N. W. (1999). Mental retardation: A symptom and a syndrome. W: S. Netherton, D. Holmes, & C. E. Walker (red.), *Comprehensive textbook of child and adolescent disorders* (s. 6-23). New York: Oxford University Press.
 38. Birch, L. L., Davison, K. K. (2001). Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. *Pediatr Clin North Am.*, 48(4), 893-907. doi:10.1016/s0031-3955(05)70347-3
 39. Birch, L. L., Fisher, J. O. (1999). Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics*, 101(3 Pt 2), 539-549.
 40. Bittles, A. H., Petterson, B. A., Sullivan, S. G., Hussain, R., Glasson, E. J., Montgomery, P. D. (2002). The influence of intellectual disability on life expectancy. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.*, 57(7), M470-M472. doi:10.1093/gerona/57.7.m470
 41. Blum, R. W., Beuhring, T., Shew, M. L., Bearinger, L. H., Sieving, R. E., Resnick, M. D. (2000). The effects of race/ethnicity, income, and family structure on adolescent risk behaviors. *Am J Public Health*, 90(12), 1879-1884. doi:10.2105/ajph.90.12.1879
 42. Bong, M., Skaalvik, E.M. (2003). Academic self-concept and self-efficacy: how different are they really? *Educational Psychology Review*, Vol.15(1), 1-40. doi.org/10.1023/A:1021302408382
 43. Borawski, E. A., Ievers-Landis, C. E., Lovegreen, L. D., & Trapl, E. S. (2003). Parental Monitoring, Negotiated Unsupervised Time, and Parental Trust: The Role of Perceived Parenting Practices in Adolescent Health Risk Behaviors. *J Adolesc Health*, 33(2), 60-70.
 44. Borkowski, J. G., Carothers, S. S., Howard, K., Schatz J., Farris, J. (2007). Intellectual Assessment and Intellectual Disability. W: Jacobson, J. W., Mulick, J. A., Rojahn J. (red.), *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities* (s. 261-277). Springer Science+Business Media, LLC.
 45. Borthwick-Duffy, S. A. (2007). Adaptive Behavior. W: Jacobson, J. W., Mulick, J. A., Rojahn J. (red.), *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities* (s. 279-293). Springer Science+Business Media, LLC.
 46. Braveman, P. (2006). Health Disparities and Health Equity: Concepts And Measurement. *Annual Review of Public Health*, 27(1), 167-194. doi:10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102103
 47. Braveman, P., Gottlieb, L. (2014). The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Rep.*, 129(2), 19-31. doi:10.1177/00333549141291S206
 48. Braveman, P., Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health*, 57, 254-258. doi: 10.1136/jech.57.4.254
 49. Bray, A. (2003). Definition of intellectual disability. Review of the literature prepared for the National Advisory Committee on Health and Disability to inform its project on services for adults with an intellectual disability.
 50. Breau, L. M., & Camfield, C. S. (2011). The Effects of Psychopathology on the Pain Expression of Children and Youth With Intellectual and Developmental Disabilities. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 4(4), 290-309. DOI: 10.1080/19315864.2011.603881
 51. Breau, L. M., Camfield, C. S., McGrath, P. J., Finley, G. A. (2003). The incidence of pain in children with severe cognitive impairments. *Arch Pediatr Adolesc Med.*, 157(12), 1219-1226. doi:10.1001/archpedi.157.12.1219
 52. Brown, J. D., Dutton, K. A., & Cook, K. E. (2001). From the top down: Self-esteem and self-evaluation. *Cognition and Emotion*, 15(5), 615-631. doi.org/10.1080/02699930143000004
 53. Brown, B. B., Mounts, N., Lamborn, S. D., Steinberg, L. (1993). Parenting practices and peer group affiliation in adolescence. *Child Dev.*, 64(2), 467-482. doi:10.1111/j.1467-8624.1993.tb02922.x
 54. Brown, R., Ogden, J. (2004). Children's eating attitudes and behaviour: a study of the modelling and control theories of parental influence. *Health Educ Res.*, 19(3), 261-271. doi:10.1093/her/cyg040
 55. Bruininks, R. H., McGrew, K., & Maruyama, G. (1988). Structure of adaptive behavior in samples with and without mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 93(3), 265-272.

56. Brytek-Matera, A. (2008). *Obraz ciała – obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym*. Difin. Warszawa.
57. Buntinx W. H. E., & Schalock, R. L. (2010). Models of disability, quality of life, and individualized supports: implications for professional practice in intellectual disability *J Pol and Pract Intellect Disabil.*, 7(4), 283-294. doi.org/10.1111/j.1741-1130.2010.00278.x
58. Burack, J.A. (1990). Differentiating mental retardation: The two-group approach and beyond. W: R.M. Hodapp, J.A. Burack, & E. Zigler (red.), *Issues in the developmental approach to mental retardation* (27-48). Cambridge University Press.
59. Burgard, J. F., Donohue, B., Azrin, N. H., Teichner, G. (2000). Prevalence and treatment of substance abuse in the mentally retarded population: an empirical review. *J Psychoactive Drugs*, 32(3), 293-298. doi:10.1080/02791072.2000.10400452
60. Buttimer, J., Tierney, E. (2005). Patterns of leisure participation among adolescents with a mild intellectual disability. *J Intellect Disabil.*, 9(1), 25-42. doi:10.1177/1744629505049728
61. Bybee, J., Zigler, E. (1999). Outerdirectedness in individual with and without mental retardation: A review. W: R. M. Hodapp, J.A. Burack, & E. Zigler (red.), *Issues in the developmental approach to mental retardation*(s. 165-205). Cambridge University Press.
62. Cameron A. (2014). Stigma, social comparison and self-esteem in transition age adolescent individuals with Autistic Spectrum Disorders and individuals with Borderline Intellectual Disability. D Clin Psy thesis, University of Glasgow.
63. Cardol, M., Rijken, M., van Schrojenstein Lantman-de Valk, H. (2012). People with mild to moderate intellectual disability talking about their diabetes and how they manage. *J Intellect Disabil Res.*, 56(4), 351-360. doi:10.1111/j.1365-2788.2011.01472.x
64. Carvill, S. (2001). Sensory impairments, intellectual disability and psychiatry. *J Intellect Disabil Res.*, 45(6), 467-483. doi:10.1046/j.1365-2788.2001.00366.x
65. Case, A., Lubotsky, D., Paxson, C. (2002). Economic Status and Health in Childhood: The Origins of the Gradient. *Am Econ Rev.*, 92(5), 1308-1334. doi:10.1257/000282802762024520
66. Case, A., Paxson, C. (2002). Parental behavior and child health. *Health Affairs*, 21(2), 164-178. doi.org/10.1377/hlthaff.21.2.164
67. Caspersen, C. J., Powell, K. E., Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep.*, 100(2), 126-131.
68. Castrucci, B. C., Gerlach, K. K. (2006). Understanding the association between authoritative parenting and adolescent smoking. *Matern Child Health J.*, 10(2), 217-224. doi:10.1007/s10995-005-0061-z
69. Cavi, N. A, Biddle, S. J. H., & Sallis, J. F. (2001). Health Enhancing Physical Activity for Young People: Statement of the United Kingdom Expert Consensus Conference. *Pediatric Exercise Science*, 13(1), 12-25. DOI: 10.1123/pes.13.1.12
70. Ceci, S. J., & Williams, W. M. (1997). Schooling, intelligence, and income. *American Psychologist*, 52(10), 1051–1058. doi.org/10.1037/0003-066X.52.10.1051
71. Chabros, E., Charzewska, J., Rogalska-Niedźwiedz, M., Wajszczyk, B., Chwojnowska, Z. (2008). Mała aktywność fizyczna młodzieży w wieku pokwitania sprzyja rozwojowi otyłości. *Problemy Higieny i Epidemiologii : organ Polskiego Towarzystwa Higienicznego*, T. 89(1), 58-61.
72. Chadwick, D. D., Jolliffe, J. (2009). A descriptive investigation of dysphagia in adults with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res.*, 53(1), 29-43. doi:10.1111/j.1365-2788.2008.01115.x
73. Champion, V. L., Skinner, C. S. (2008). *The Health Belief Model*. W: K. Glanz, B. K. Rimmer, K. Viswanath (red), *Health Behaviour and health Education Theory, Research, and Practice 4th Edition* (s. 45-66). San Francisco: John Wiley & Sons, Inc.
74. Chaplin, E., Gilvarry, C., Tsakanikos, E. (2011). Recreational substance use patterns and co-morbid psychopathology in adults with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 32(6), 2981-2986. doi.org/10.1016/j.ridd.2011.05.002

75. Chapman, D. A., Scott, K. G., Stanton-Chapman T. N. (2008). Public Health Approach to the Study of Mental Retardation. *American Journal of Mental Retardation*, 113(2), 102-116. DOI: 10.1352/0895-8017(2008)113[102:PHATTS]2.0.CO;2
76. Chassin, L., Presson, C. C., Sherman, S. J., Montello, D., & McGrew, J. (1986). Changes in peer and parent influence during adolescence: Longitudinal versus cross-sectional perspectives on smoking initiation. *Developmental Psychology*, 22(3), 327–334. doi.org/10.1037/0012-1649.22.3.327
77. Chassin, L., Presson, C. C., Rose, J., Sherman, S. J., Davis, M. J., Gonzalez, J. L. (2005). Parenting style and smoking-specific parenting practices as predictors of adolescent smoking onset. *J Pediatr Psychol.*, 30(4), 333-344. doi:10.1093/jpepsy/jsi028
78. Chen, E., Matthews, K. A., & Boyce, W. T. (2002). Socioeconomic differences in children's health: How and why do these relationships change with age? *Psychological Bulletin*, 128(2), 295–329. doi.org/10.1037/0033-2909.128.2.295
79. Chen, X., Sekine, M., Hamanishi, S., i in. (2003). Validation of a self-reported physical activity questionnaire for schoolchildren. *J Epidemiol*, 13(5), 278-287. doi:10.2188/jea.13.278
80. Clarke, A. M. (1969). Kryteria i klasyfikacja niedorozwoju umysłowego. W: A. M. Clarke, A. D. B. Clarke (red.), Upośledzenie umysłowe. Nowe poglądy (s. 53-74). Warszawa: PWN
81. Cleaver, S., Ouellette-Kuntz, H., & Hunter, D. (2008). Relationship Between Mobility Limitations and the Places Where Older Adults With Intellectual Disabilities Live. *J Pol and Pract Intellect Disabil.*, 5(4), 253–258. doi.org/10.1111/j.1741-1130.2008.00186.x
82. Cohen, D. A., Rice, J.C. (1995). A Parent-Targeted Intervention for Adolescent Substance Use Prevention: Lessons Learned. *Eval Rev.*, 19(2). 159-180. doi:10.1177/0193841X9501900203
83. Cohen, D. A., Rice, J. (1997). Parenting styles, adolescent substance use, and academic achievement. *J Drug Educ.*, 27(2), 199-211. doi:10.2190/QPQQ-6Q1G-UF7D-5UTJ
84. Colman, A. M. (2009). Słownik psychologiczny. Warszawa: Wydawnictwo naukowe PWN.
85. Cooper, B., Lackus, B. (1984). The social-class background of mentally retarded children. A study in Mannheim. *Soc Psychiatry*, 19(1), 3-12. doi:10.1007/BF00583856
86. Cooper, S. A., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A., Allan, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *Br J Psychiatry*, 190, 27-35. doi:10.1192/bjp.bp.106.022483
87. Conner, M. (2010). Cognitive Determinants of Health Behavior. W: A. Steptoe (red.), *Handbook of Behavioral Medicine Methods and Applications* (s. 19-30). Springer Science+Business Media. DOI 10.1007/978-0-387-09488-5_2,
88. Conrad, K. M., Flay, B. R., Hill, D. (1992). Why children start smoking cigarettes: predictors of onset. *Br J Addict.*, 87(12), 1711-1724. doi:10.1111/j.1360-0443.1992.tb02684.x
89. Cooke, L. B. (1997). Cancer and learning disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41(4), 312-316. doi.org/10.1111/j.1365-2788.1997.tb00714.x
90. Coppus, A. M. (2013). People with intellectual disability: what do we know about adulthood and life expectancy?. *Dev Disabil Res Rev.*, 18(1), 6-16. doi:10.1002/ddrr.1123
91. Crabtree J. W., & Meredith C. (2000). Self-Concept and Social Comparisons in Learning Disabled Students Attending Mainstream and Special Schools: Does Integration Have an Impact? W: R. G. Craven & H. W. Marsh (red.), *Self-Concept Theory, Research and Practice: Advances for the New Millennium* (s. 187-193). SELF Research Centre, University of Western Sydney.
92. Craven, R.G., Marsh, H. W. (2008). The centrality of the self-concept construct for psychological wellbeing and unlocking human potential: Implications for child and educational psychologist. *Educational and Child Psychology Vol.* 25(2), 104-118.
93. Crocker, J., & Major, B. (1989). Social stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma. *Psychological Review*, 96(4), 608-630. doi.org/10.1037/0033-295X.96.4.608
94. Crocker, P. R. E., Kowalski, N., Kowalski, K. C., Chad, K., Humbert, L., & Forrester, S. (2001). Smoking behavior and dietary restraint in young adolescent women. The role of physical self-perceptions. *Canadian Journal of Public Health*, 92, 428–432. doi: 10.1007/BF03404533

95. Crocker, P. R. E., Sabiston, C., Forrester, S., Kowalski, N., Kowalski, K., McDonough, M. (2003). Predicting change in physical activity, dietary restraint, and physique anxiety in adolescent girls: examining covariance in physical self-perceptions. *Can J Public Health*, 94(5), 332-337. doi:10.1007/BF03403555
96. Crocker, P. R. E., Sabiston, C. M., Kowalski, K. C., McDonough, M. H., & Kowalski, N. (2006). Longitudinal Assessment of the Relationship Between Physical Self-Concept and Health-Related Behavior and Emotion in Adolescent Girls. *Journal of Applied Sport Psychology*, 18(3), 185–200. doi.org/10.1080/10413200600830257
97. Croen, L. A., Grether, J. K., Selvin, S. (2001). The epidemiology of mental retardation of unknown cause. *Pediatrics*, 107(6), E86. doi:10.1542/peds.107.6.e86
98. Crosby, K.G., & Blatt, B. (1969). Attention and Mental Retardation. *Journal of Education*, 150(3), 67-81. doi.org/10.1177/002205746815000306
99. Currie, J. (2008). Healthy, Wealthy, and Wise: Socioeconomic Status, Poor Health in Childhood, and Human Capital Development. *Journal of Economic Literature*, 47(1), 87-122 DOI: 10.1257/jel.47.1.87
100. Currie, J., & Stabile, M. (2003). Socioeconomic Status and Child Health: Why Is the Relationship Stronger for Older Children? *American Economic Review*, 93(5), 1813-1823.
101. Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., i in. (2012). Social determinants of health and well-being among young people. *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
102. Cuskelly, M., & de Jong, I. (1996). Self-Concept in children with Down syndrome. *Down Syndrome Research and Practice*, 4(2), 59-64. doi:10.3104/reports.63
103. Ćwirynkało, K., Włodarczyk-Dudka, M., Arciszewska, A. (2015). Postawy rodziców wobec dzieci z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego. *Przegląd Badań Edukacyjnych*, 2(21), 35-59. DOI: 10.12775/PBE.2015.047
104. Dagnan, D., & Waring, M. (2004). Linking stigma to psychological distress: Testing a social-cognitive model of the experience of people with intellectual disabilities. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(4), 247–254. doi.org/10.1002/cpp.413
105. Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487-496. doi.org/10.1037/0033-2909.113.3.487
106. Davison, K. K., & Birch, L. L. (2001). Child and parent characteristics as predictors of change in girls' body mass index. *Int J Bose Relat Metab Disord.*, 25(12), 1834-1842. doi: 10.1038/sj.ijo.0801835
107. Davison, K. K., Cutting, T. M., Birch, L. L. (2003). Parents' activity-related parenting practices predict girls' physical activity. *Med Sci Sports Exerc.*, 2003, 35(9), 1589-1595. doi:10.1249/01.MSS.0000084524.19408.0C
108. Day, C., Lampraki, A., Ridings, D., & Currell, K. (2016). Intellectual disability and substance use/misuse: a narrative review. *Journal of Intellectual Disabilities and Offending Behaviour*, 7(1), 25-34. doi.org/10.1108/JIDOB-10-2015-0041
109. Decouflé, P., Autry, A. (2002). Increased mortality in children and adolescents with developmental disabilities. *Paediatr Perinat Epidemiol.*, 16(4), 375-382. doi:10.1046/j.1365-3016.2002.00430.x
110. de Knegt, N. C., Pieper, M. J., Lobbezoo ,F., i in. (2013). Behavioral pain indicators in people with intellectual disabilities: a systematic review. *J Pain*, 14(9), 885-896. doi:10.1016/j.jpain.2013.04.016Demo, 1992
111. de Vries, H., Engels, R., Kremers, S., Wetzels, J., Mudde, A. (2003). Parents' and friends' smoking status as predictors of smoking onset: findings from six European countries. *Health Educ Res.*, 18(5), 627-636. doi:10.1093/her/cyg032
112. de Winter, C.F. (2014). Cardiovascular Disease Risk Factors in Older People with Intellectual Disabilities. Pobrane z: <https://repub.eur.nl/pub/76968>

113. de Winter, C. F., Echteld, M. A., Evenhuis, H. M. (2014). Chronic kidney disease in older people with intellectual disability: results of the HA-ID study. *Res Dev Disabil.*, 35(3), 726-732. doi:10.1016/j.ridd.2013.11.005
114. DH - Department of Health (2001). *Valuing People A New Strategy for Learning Disability for the 21st Century.*
115. DH - Department of Health (2009). *Valuing People Now: a new three-year strategy for learning disabilities.*
116. Diab, H. A., Salameh, Z., Hamadeh, G. N., Younes, G., Ayoub, F. (2017). Oral Health Status of Institutionalized Individuals with Intellectual Disabilities in Lebanon. *J Oral Maxillofac Res.*, 8(1), e4. doi:10.5037/jomr.2017.8104
117. Dielman, T. E., Campanelli, P. C., Shope, J. T., Butchart, A. T. (1987). Susceptibility to peer pressure, self-esteem, and health locus of control as correlates of adolescent substance abuse. *Health Educ Q.*, 14(2), 207-221. doi:10.1177/109019818701400207
118. Dishman, R. K., Hales, D. P., Pfeiffer, K. A., Felton, G. A., Saunders, R., Ward, D. S., Dowda, M., & Pate, R. R. (2006). Physical self-concept and self-esteem mediate cross-sectional relations of physical activity and sport participation with depression symptoms among adolescent girls. *Health Psychology*, 25(3), 396–407. doi.org/10.1037/0278-6133.25.3.396
119. Dixon, R. M., Craven, R., Martin, A. J. (2006). The measurement of multidimensional self-concept in adults with mild intellectual disability. W: R. Craven, J. Eccles, & T.M. Ha (red.), *Self-concept, motivation, social and personal identity for the 21st Century: Proceedings of the 4th International Biennial SELF Research Conference*, Ann Arbor, University of Michigan.
120. Dixon, R. M., Marsh, H. W. (1997). The Effect of Different Educational Placements on the Multidimensional Self-Concepts of Students with Mild Disabilities: Preliminary Results of a Meta-Analysis. Paper presented at the AARE Annual Conference, Brisbane.
121. Dixon, R. M., Marsh, H., & Craven, R. (2006). Social comparison theory and people with mild intellectual disabilities: it is more complex than you think. *Australian Association for Research in Education (AARE) 2005 International Education Research Conference: Creative Dissent: Constructive Solutions (1-16)*. Australia: AARE.
122. Dixon R. M., Marsh, H., & Williamson, A. (2000). Stigma Theory and Social Comparison Theory: What Can They Tell Us about the Self Concept of Adults with Mild Intellectual Disabilities? W: R. G. Craven & H. W. Marsh (red.), *Self-Concept Theory, Research and Practice: Advances for the New Millennium (451-457)*. SELF Research Centre, University of Western Sydney.
123. Dolińska-Zygmunt, G. (2000). *Podmiotowe uwarunkowania zachowań promujących zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
124. Dolińska-Zygmunt, G. (2001). *Behawioralne wyznaczniki zdrowia–zachowania zdrowotne*. W: Dolińska-Zygmunt G. (red). *Podstawy psychologii zdrowia (s. 33-55)*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
125. Donohue, D., Wise, J. C., Ronski, M., Henrich, C. C., Sevcik R. A. (2010). Self-concept development and measurement in children with mild intellectual disabilities. *Dev Neurorehabil.*, 13(5), 322-334. doi:10.3109/17518423.2010.496765
126. Doughan, R. (2014). *Developmental disabilities and chronic diseases: An evaluation of an existing health promotion program in Atlanta, GA*. Pobrane z: http://scholarworks.gsu.edu/iph_theses/353
127. Draheim C. C. (2006). Cardiovascular disease prevalence and risk factors of persons with mental retardation. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev.*,12(1):3-12. doi:10.1002/mrdd.20095
128. DRC-Disability Right Commission (2006a). *Equal Treatment: Closing the Gap A formal investigation into physical health inequalities experienced by people with learning disabilities and/or mental health problems*
129. DRC-Disability Right Commission (2006b). *Background evidence for the DRC's formal investigation into health inequalities experienced by people with learning disabilities or mental health problems*

130. Drews, C. D., Yeargin-Allsopp, M., Decoufle, P., Murphy, C. C. (1995). Variation in the Influence of Selected Sociodemographic Risk Factors for Mental Retardation. *Am J Public Health*, 85(3), 329-334. doi: 10.2105/ajph.85.3.329
131. Dreyfus, D., Lauer, E., Wilkinson, J. (2014). Characteristics associated with bone mineral density screening in adults with intellectual disabilities. *J Am Board Fam Med.*, 27(1), 104-114. doi:10.3122/jabfm.2014.01.130114
132. Duff, M., Scheepers, M., Cooper, M., Hoghton, M., Baddeley, P. (2001). *Helicobacter pylori*: has the killer escaped from the institution? A possible cause of increased stomach cancer in a population with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res.*, 45(Pt 3), 219-225. doi:10.1046/j.1365-2788.2001.00302.x
133. Duncan, G.J., Daly, M. C., McDonough, P., Williams, D.R. (2002). Optimal indicators of socioeconomic status for health research. *American Journal of Public Health*, Vol. 92(7), 1151-1157. DOI: 10.2105/ajph.92.7.1151
134. Durvasula, S., Beange, H., Baker, W. (2002). Mortality of people with intellectual disability in northern Sydney. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 27(4), 255-264. doi.org/10.1080/1366825021000029311
135. Duvdevany, I. (2002). Self-concept and adaptive behaviour of people with intellectual disability in integrated and segregated recreation activities. *J Intellect Disabil Res.*, 46(Pt 5), 419-429. doi:10.1046/j.1365-2788.2002.00415.x
136. Dzielska, A. (2015a). Spożywanie wybranych produktów. W: J. Mazur (red.), *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014* (s. 144-155). Warszawa: Instytut matki i dziecka.
137. Dzielska, A. (2015b). Picie alkoholu. W: J. Mazur (red.), *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014* (s. 176-186). Warszawa: Instytut matki i dziecka.
138. Ebbeling, 2011
139. Eccles, J. S., Wigfield, A., Flanagan, C. A., Miller, C., Reuman, D. A., & Yee, D. (1989). Self-concepts, domain values, and self-esteem: Relations and changes at early adolescence. *Journal of Personality*, 57(2), 283-310. doi.org/10.1111/j.1467-6494.1989.tb00484.x
140. Eccles, J., Wigfield, A., Harold, R. D., & Blumenfeld, P. (1993). Age and gender differences in children's self- and task perceptions during elementary school. *Child Development*, 64(3), 830-847. doi.org/10.2307/1131221
141. Eccles J. S. (1999). The development of children ages 6 to 14. *Future Child*, 9(2), 30-44.
142. Edwards W. J., & Greenspan, S. (2010). Adaptive Behavior Alcohol Spectrum and Fetal Disorders. *Journal of Psychiatry & Law*, 38(4), 419-447. doi.org/10.1177/009318531003800404
143. Eime, R. M., Young, J. A., Harvey, J. T., Charity, M. J., Payne, W. R. (2013). A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for adults: informing development of a conceptual model of health through sport. *Int J Behav Nutr Phys Act.*, 10, 135. doi:10.1186/1479-5868-10-135
144. Elgar, F. J., Pfortner, T. K., Moor, I., De Clercq, B., Stevens, G. W., Currie C. (2015). Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002-2010: a time-series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School-aged Children study. *Lancet*, 385(9982), 2088-2095. doi:10.1016/S0140-6736(14)61460-4
145. Ellis, N. R. (1970). Memory Process in Retardates and Normals. W: N. R. Ellis (red.), *International Review of Research in Mental Retardation*, 4, 1-32. doi.org/10.1016/S0074-7750(08)60021-X
146. Ellis, L.A., Marsh, H., & Craven, R. G. (2002). The Self-Concept of Preschool Children: Measurement and Multidimensional Structure. W: R. G. Craven & H. W. Marsh (red.), *Self-Concept Theory, Research and Practice: Advances for the New Millennium* (s. 451-457). SELF Research Centre, University of Western Sydney.

147. Emerson, E. (2012). Deprivation, ethnicity and the prevalence of intellectual and developmental disabilities. *J Epidemiol Community Health*, 66(3), 218-224. doi:10.1136/jech.2010.111773
148. Emerson E., & Baines, S. (2010). Health Inequalities & People with Learning Disabilities in the UK: 2010. Pobrane z: https://strathprints.strath.ac.uk/34862/1/vid_7479_IHaL2010_3HealthInequality2010.pdf
149. Emerson, E., & Robertson, J. (2010). Obesity in young children with intellectual disabilities or borderline intellectual functioning. *International Journal of Pediatric Obesity*, 5(4), 320–326. DOI: 10.3109/17477160903473713
150. Emerson i wsp.2011
151. Emerson, E., Hatton, C. (2007). Poverty, socio-economic position, social capital and the health of children and adolescents with intellectual disabilities in Britain: a replication. *Journal of Intellectual Disability Research*, Volume 51(2), 886-874. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2006.00900.x
152. Emerson, E., & Parish, S. (2010). Intellectual disability and poverty: Introduction to the special section. *J Intellect & Dev Disabil.*, 35(4), 221–223. doi: 10.3109/13668250.2010.525869
153. Emerson, E., & Turnbull, L. (2005). Self-reported smoking and alcohol use among adolescents with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil.*, 9(1), 58-69. doi.org/10.1177/1744629505049730
154. Emerson, E., Hatton, C., Lewellyn, G., Blacker, J., Graham, H. (2006). Socio-economic position , household composition, health status and indicators of well-being of mothers of children with and without intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, Volume 50(2), 862-873. DOI:10.1111/j.1365-2788.2006.00900.x
155. Emerson, E., Hatton, C., Baines, S., Robertson, J. (2016a). The physical health of British adults with intellectual disability: cross sectional study. *Int J Equity Health*, 15, 11. doi:10.1186/s12939-016-0296-x
156. Emerson, E., Robertson, J., Baines, S., Hatton, C. (2016b). Obesity in British children with and without intellectual disability: cohort study. *BMC Public Health*, 16, 644. doi:10.1186/s12889-016-3309-1
157. Esbensen A. J., Seltzeret M. M., Greenberg J. C.(2007). Factors predicting mortality in midlife adults with and without Down syndrome living with family. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(12), 1039- 1050. doi.org/10.1111/j.1365-2788.2007.01006.x
158. Evans, D. W. (1998). Development of the self-concept in children with mental retardation: Organismic and contextual factors. W: J.A. Burack, R.M. Hodapp, E. Zigler (red.), *Handbook of Mental Retardation and Development* (s. 462-480). Cambridge University Press.
159. Evenhuis, H. M., Hermans, H., Hilgenkamp, T. I., Bastiaanse, L. P., Echteld, M. A. (2012). Frailty and disability in older adults with intellectual disabilities: results from the healthy ageing and intellectual disability study. *J Am Geriatr Soc.*, 60(5), 934-938. doi:10.1111/j.1532-5415.2012.03925.x
160. Evenhuis, H., Henderson, C. M., Beange, H., Lennox, N., Chicoine, B. (2001). Healthy Ageing – Adults with Intellectual Disabilities: Physical Health Issues. *JARID*, 14, 175-194. doi.org/10.1046/j.1468-3148.2001.00068.x
161. Farrell, C., McAvoy, H., Wilde, J., & Combat Poverty Agency (2008). *Tackling Health Inequalities – An All-Ireland Approach to Social Determinants*. Dublin: Combat Poverty Agency/Institute of Public Health in Ireland.
162. Feldman, S. S., Wentzel, K.R. (1990). The Relationship between Parenting Styles, Sons' Self-Restraint, and Peer Relations in Early Adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 10(4), 439-454. doi.org/10.1177/0272431690104002
163. Fishbein, M., & Middlestadt, S. E.(1987). Using the theory of reasoned action to develop educational interventions: applications to illicit drug use. *Health Education Research*, 2(4), 361-371. doi.org/10.1093/her/2.4.361
164. Fisher, K. (2004). Health disparities and mental retardation. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(1), 48-53. doi: 10.1111/j.1547-5069.2004.04010.x.
165. Fisher, K. (2012). Is There Anything to Smile about? A Review of Oral Care for Individuals with Intellectual and Developmental Disabilities. *Nurs Res Pract.*, 1-6. doi: 10.1155/2012/860692

166. Finlay, W. M. L., & Lyons, E. (2000). Social categorizations, social comparisons and stigma: Presentations of self in people with learning difficulties. *British Journal of Social Psychology*, 39, 129-146. doi.org/10.1348/014466600164372
167. Finlay, W. M. L. & Lyons, E. (2001). Methodological issues in interviewing and using self-report questionnaires with people with mental retardation. *Psychological Assessment*, 13, 319-335
168. Finlayson, J., Jackson, A., Cooper, S-A., i in. (2009). Understanding Predictors of Low Physical Activity in Adults with Intellectual Disabilities. *JARID*, 22, 236-247. doi.org/10.1111/j.1468-3148.2008.00433.x
169. Fisher, K. (2004). Health disparities and mental retardation. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(1), 48-53. doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04010.x
170. Fisher, K. (2012). Is There Anything to Smile about? A Review of Oral Care for Individuals with Intellectual and Developmental Disabilities. *Nurs Res Pract.*, 2012, 860692. doi:10.1155/2012/860692
171. Fletcher, A. C., & Jefferies, B. C. (1999). Parental mediators of associations between perceived authoritative parenting and early adolescent substance use. *The Journal of Early Adolescence*, 19(4), 465-487. doi.org/10.1177/0272431699019004003
172. Fleming, C. B., Kim, H., Harachi, T. W., & Catalano, R. F. (2002). Family processes for children in early elementary school as predictors of smoking initiation. *Journal of Adolescent Health*, 30(3), 184–189. doi.org/10.1016/S1054-139X(01)00327-5
173. Floyd, R. G., Clark, M. H., & Shadish, W. R. (2008). The exchangeability of IQs: Implications for professional psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(4), 414–423. doi.org/10.1037/0735-7028.39.4.414
174. Flynn, J. R. (1985). Wechsler intelligence tests: Do we really have a criterion of mental retardation? *American Journal of Mental Deficiency*, 90(3), 236–244.
175. Flynn, J. R. (2000). The hidden history of IQ and special education: Can the problems be solved? *Psychology, Public Policy, and Law*, 6(1), 191–198. doi.org/10.1037/1076-8971.6.1.191
176. Flynn, J.R., & Widaman, K. (2008). The Flynn Effect and the Shadow of the Past: Mental Retardation and the Indefensible and Indispensable Role of IQ. *International review of research in mental retardation*, 35, 121-149. doi.org/10.1016/S0074-7750(07)35004-0
177. Foley, J. T., Bryan, R. B., McCubbin, J. A. (2008). Daily Physical Activity Levels of Elementary School-Aged Children With and Without Mental Retardation. *J Dev Phys Disabil.*, 20, 365–378 doi.org/10.1007/s10882-008-9103-y
178. Forbat, L., & Mccann, L. (2010). Adults with intellectual disabilities affected by cancer: critical challenges for the involvement agenda. *European Journal of Cancer Care*, 19(1), 91-97. doi.org/10.1111/j.1365-2354.2008.00979.x Ford, 2013
179. Fox, K. R. (1988). The Self-Esteem Complex and Youth Fitness. *QUEST*, 40(3), 230-246. doi.org/10.1080/00336297.1988.10483903
180. Fox, R., Rotatori, A. F. (1982). Prevalence of obesity among mentally retarded adults. *Am J Ment Defic.*, 87(2), 228-230.
181. Franssen, Maaskant van Schroyen Lantman-de Valk, (2011). Qualitative Study of Malnutrition in People With Intellectual Disabilities. *J Pol and Pract Intellect Disabil.*, 8(4), 239–246. doi.org/10.1111/j.1741-1130.2011.00324.x
182. Frazier, T. W., & Youngstrom, E. A. (2007). Historical increase in the number of factors measured by commercial tests of cognitive ability: Are we overfactoring? *Intelligence*, 35(2), 169–182. doi.org/10.1016/j.intell.2006.07.002
183. Freedman, R.I., Chassler, D. (2004). Physical and behavior health of adults with mental retardation across residential settings. *Public Health Reports*, 119, 401-408. doi.org/10.1016/j.phr.2004.05.004
184. Frey, G. C., Chow, B. (2006). Relationship between BMI, physical fitness, and motor skills in youth with mild intellectual disabilities. *Int J Obes (Lond)*, 30(5), 861-867. doi:10.1038/sj.ijo.0803196
185. Frey, G. C., Buchanan, A. M., Rosser Sandt, D. D. (2005). "I'd rather watch TV": an examination of physical activity in adults with mental retardation. *Ment Retard.*, 43(4), 241-254. doi:10.1352/0047-6765(2005)43[241:IRWTAE]2.0.CO;2

186. Frey, G. C., Stanish, H. I., Temple, V. A. (2008). Physical activity of youth with intellectual disability: review and research agenda. *Adapt Phys Activ Q.*, 25(2), 95-117. doi:10.1123/apaq.25.2.95
187. Friestad, Ch, Klepp, K.I. (2006). Socioeconomic status and health behaviour patterns through adolescence: results from a prospective cohort study in Norway. *European Journal of Public Health*, 16(1), 41-47. doi.org/10.1093/eurpub/cki051
188. Frighi, V., Morovat, A., Stephenson, M. T., White, S. J., Hammond, C. V., Goodwin, G. M. (2014). Vitamin D deficiency in patients with intellectual disabilities: prevalence, risk factors and management strategies. *Br J Psychiatry*, 205(6), 458-464. doi:10.1192/bjp.bp.113.143511
189. Frost, J., McKelvie, S. (2004). Self-Esteem and Body Satisfaction in Male and Female Elementary School, High School, and University Students. *Sex Roles* 51, 45–54. doi.org/10.1023/B:SERS.0000032308.90104.c6
190. Fujiura, G. T., & Yamaki, K. (2000). Trends in demography of childhood poverty and disability. *Exceptional Children*, 66(2), 187–199.
191. Gabre P. (2000). Studies on oral health in mentally retarded adults. *Swed Dent J Suppl.*,(142):1-48.
192. Gabre P, Martinsson T, Gahnberg L. (2000). Longitudinal study of dental caries, tooth mortality and interproximal bone loss in adults with intellectual disability. *Eur J Oral Sci.*, 109(1), 20-26. doi:10.1034/j.1600-0722.2001.00965.x
193. Gacek, M., Pilecka, W., Fusińska-Korpik, A. (2014). Psychometric properties of Self-Perception Profile for Children in a Polish sample. *Polish Journal of Applied Psychology*, 12 (3), 85–104. DOI: 10.1515/pjap-2015-0016
194. Gale, Naqvi & Russ, (2009). Asthma, smoking and BMI in adults with intellectual disabilities: a community-based survey. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(9), 787-796. doi:10.1111/j.1365-2788.2009.01192.x
195. Gallaher, E. (2002). Adult Clients With Mild `Intellectual Disability': Rethinking Our Assumptions. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 17(1), 202-210.
196. Garaigordobil, M., & Pérez, J. I. (2007). Self-concept, self-esteem and psychopathological symptoms in persons with intellectual disability. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(1), 141–150. doi.org/10.1017/S1138741600006405
197. Gerald, Hahn, (2014). Self-Reported Health Status Predicts Physical Activity in Adults with Intellectual and Developmental Disabilities. *J Nov Physiother* 4, 204. doi: 10.4172/2165-7025.1000204
198. Gerreth K., Borysewicz-Lewicka, M. (2009). Stomatologiczne potrzeby profilaktyczno-lecznicze dzieci i młodzieży – uczniów szkół specjalnych, *Family Medicine & Primary Care Review*,11(1).
199. Gentile, B., Grabe, S., Dolan-Pascoe, B., Twenge, J. M., Wells, B. E., & Maitino, A. (2009). Gender differences in domain-specific self-esteem: A meta-analysis. *Review of General Psychology*, 13(1), 34–45. doi.org/10.1037/a0013689
200. George, V. A., Shacter, S. D., Johnson, P. M. (2011). BMI and attitudes and beliefs about physical activity and nutrition of parents of adolescents with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res.*, 55(11), 1054-1063. doi:10.1111/j.1365-2788.2011.01437.x
201. Gerrig, R.J., Zimbardo, P.G. (2006). *Psychologia i życie*. Wydanie nowe. Warszawa: Wydawnictwo naukowe PWN.
202. Gerald, L. F., Hahn, J. E. (2014). Self-Reported Health Status Predicts Physical Activity in Adults with Intellectual and Developmental Disabilities. *J Nov Physiother* 2014, 4, 2. doi: 10.4172/2165-7025.1000204
203. Gibson, J. C., Temple, V. A., Anholt, J. P., Gaul, C. A. (2011). Nutrition needs assessment of young Special Olympics participants. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*. 36(4), 264-268. DOI: 10.3109/13668250.2011.617360.
204. Gizani, S., Declerck, D., Vinckier, F., Martens, L., Marks, L., Goffin, G. (1997). Oral health condition of 12-year-old handicapped children in Flanders (Belgium). *Community Dent Oral Epidemiol.*, 25(5), 352-357. doi:10.1111/j.1600-0528.1997.tb00954.x
205. Gizani, S., Papaioannou, W., & Papagiannoulis, L. (2006). Oral health findings in a group of Greek schoolchildren with mild intellectual impairment. *Journal of Disability and Oral Health*,7(1), 3-9.

206. Glanz, K., & Rimmer, B. K. (2008). Perspectives on using theory: past, present, and future. W: K. Glanz, B. K. Rimmer, K. Viswanath (red), *Health Behaviour and health Education Theory, Research, and Practice 4th Edition* (s. 509-516). San Francisco: John Wiley & Sons, Inc.
207. Glanz, K., Rimmer, B. K., & Viswanath, K. (2008). The scope of health behavior and health education. W: K. Glanz, B. K. Rimmer, K. Viswanath (red), *Health Behaviour and health Education Theory, Research, and Practice 4th Edition* (s. 3-22). San Francisco: John Wiley & Sons, Inc.
208. Glendining, A., & Inglis D. (1999). Smoking behaviour in youth: the problem of low self-esteem? *J Adolesc.* 1999;22(5):673-682. doi:10.1006/jado.1999.0262
209. Glick, M. (1999). Developmental and Experiential Variables in the Self-Images of People with Mental Retardation. W: E. Zigler, D. Bennet-Gates (red.), *Personality Development in Individuals with Mental Retardation* (s. 47-69). Cambridge University Press.
210. Godin, G., Kok, G. (1996). The theory of planned behavior: a review of its applications to health-related behaviors. *Am J Health Promot.*, 11(2), 87-98. doi:10.4278/0890-1171-11.2.87
211. Gochman, D. S. (1997). *Handbook of Health Behavior Research I. Personal and Social Determinants*. New York: Plenum Press.
212. Gould S.J. (1996). *The Mismeasure of Man (Revised & Expanded)*. New York: W.W. Norton.
213. Graham, H. (2005). Intellectual Disabilities and Socioeconomic Inequalities in Health: An Overview of Research *JARID*, 18, 101–111. doi.org/10.1111/j.1468-3148.2005.00239.x
214. Grant, W. B., Wimalawansa, S. J., Holick, M. F., i in. (2015). Emphasizing the health benefits of vitamin D for those with neurodevelopmental disorders and intellectual disabilities. *Nutrients*, 7(3), 1538-1564. doi:10.3390/nu7031538
215. Greenspan, S. (2006a). Functional Concepts in Mental Retardation: Finding the Natural Essence of an Artificial Category. *Exceptionality*, 14(4), 205–224. doi.org/10.1207/s15327035ex1404_3
216. Greenspan, S. (2006b). Mental Retardation in the Real World: Why the AMMR Definition is Not There Yet. W: H. N., Switzky, S. Greenspan (red.), *What is mental retardation? Ideas for evolving disability in the 21 century* (s. 167-185). Washington DC: American Association on Mental Retardation.
217. Greenspan, S. (2012). How Do We Know It's Raining Out? Why existing Conception of Intellectual Disability Are All (or Mostly) Wet. *Psychology in Intellectual Disabilities*, 37(2), 4-8.
218. Greenspan, S., Loughlin, G., & Black, R. S. (2001). Credulity and gullibility in people with developmental disorders: A framework for future research. W: L. M. Glidden (red.), *International review of research in mental retardation*, Vol. 24 (s. 101–135). Academic Press. doi.org/10.1016/S0074-7750(01)80007-0
219. Greenspan, S., & Switzky, H (2006). *Forty-Four Years of AMMR Manuals*. W: H. N., Switzky, S. Greenspan (red.), *What is mental retardation? Ideas for evolving disability in the 21 century* (s. 3-28). Washington DC: American Association on Mental Retardation.
220. Gregory R.J. (2003). *Psychological testing: History, principles, and Applications*. Fourth edition. Pearsons.
221. Gresham, F. M., MacMillan, D. L., & Bocian, K. M. (1996). Agreement Between School Study Team Decisions and Authoritative Definitions in Classification of Students At-Risk for Mild Disabilities. *School Psychology Quarterly*, 13(3), 181-191. doi.org/10.1037/h0088981
222. Gresham, F. M., MacMillan, D. L., & Siperstein, G. N. (1995). Critical analysis of the 1992 AAMR definition: Implications for school psychology. *School Psychology Quarterly*, 10(1), 1–19. doi.org/10.1037/h0088294
223. Griffin, K. W., Botvin, G. J., Doyle, M. M., Diaz, T., Epstein, J. A. (1999). A six-year follow-up study of determinants of heavy cigarette smoking among high-school seniors. *J Behav Med.* 1999;22(3):271-284. doi:10.1023/a:1018772524258
224. Gruszczyńska, M., Bąk-Sosnowska, M., Plinta, R. (2015). Zachowania zdrowotne jako istotny element aktywności życiowej człowieka. Stosunek Polaków do własnego zdrowia. *Hygeia Public Health*, 50(4): 558-565.

225. Gullette, D. L., Lyons, M. A. (2006). Sensation seeking, self-esteem, and unprotected sex in college students. *J Assoc Nurses AIDS Care*, 17(5), 23-31. doi:10.1016/j.jana.2006.07.001
226. Gustafsson, J. E. (2001). Schooling and intelligence: Effects of track of study on level and profile of cognitive abilities. *International Education Journal*, 2(4), 166-187.
227. Gustafson, S. L., Rhodes, R. E. (2006). Parental correlates of physical activity in children and early adolescents. *Sports Med.*,36(1), 79-97. doi:10.2165/00007256-200636010-00006
228. Gustavson, K.H., Umb-Carlsson, Ö., Sonnander, K. (2005). A follow-up study of mortality, health conditions and associated disabilities of people with intellectual disabilities in a Swedish county. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(12), 905-914. doi:10.1111/j.1365-2788.2005.00728.x
229. Gustavsson, A., Zakrzewska-Manterys, E. (red.). (1997). Upośledzenie w społecznym zwierciadle. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
230. Grossmann, J (1983). Classification in mental retardation. Washington DC: AAMD.
231. Hanna, L. M., Taggart, L., Cousins, W. (2011). Cancer prevention and health promotion for people with intellectual disabilities: an exploratory study of staff knowledge. *J Intellect Disabil Res.*, 55(3), 281-291. doi:10.1111/j.1365-2788.2010.01357.x
232. Hanson, M.D., Chen, E. (2007). Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: a review of the literature. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(3), 263-285. doi.org/10.1007/s10865-007-9098-3
233. Harrison, P. L. (1987). Research with adaptive behavior scales. *The Journal of Special Education*, 21(1), 37–68. doi.org/10.1177/002246698702100108
234. Harter, S. (2012). *The construction of the self: Developmental and sociocultural foundations*. New York: Guilford Press.
235. Harter, S., Bresnick, S., Bouchey, H. A., Whitesell, N. R. (1997). The development of multiple role-related selves during adolescence. *Dev Psychopathol.*, 9(4), 835-853. doi:10.1017/s0954579497001466
236. Harter, S., & Pike, R. (1984). The pictorial scale of Perceived Competence and Social Acceptance for Young Children. *Child Development*, 55(6), 1969–1982. doi.org/10.2307/1129772
237. Harter, S., Low, S., Whitesell, N. R. (2003). What Have We Learned from Columbine: The Impact of the Self-System on Suicidal and Violent Ideation among Adolescents. *Journal of School Violence*, 2(3), 1015-1017. DOI:10.1300/J202v02n03_02
238. Haskell, W. L., Lee, I. M., Pate, R. R., et al. (2007). Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc.*, 39(8), 1423-1434. doi:10.1249/mss.0b013e3180616b27
239. Hattie, J. (1992). *Self-concept*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
240. Haveman, M. J. (2004). Disease Epidemiology and Aging People with Intellectual Disabilities. *J Pol and Pract Intellect Disabil.*, 1(1), 16-23. doi.org/10.1111/j.1741-1130.2004.04003.x
241. Haveman, M.J., Heller, T., Lee, L.A., Maaskant, M.A., Shooshtari, S., Strydom, A. (2009). Report on the state of science on health risks and ageing in people with intellectual disabilities. IASSID Special Interest Research Group on Ageing and Intellectual Disabilities/ Faculty Rehabilitation Sciences, University of Dortmund.
242. Haverkamp, S. M., Scandlin, D., Roth, M. (2004). Health disparities among adults with developmental disabilities, adults with other disabilities, and adults not reporting disability in North Carolina. *Public Health Rep.*, 119(4), 418-426. doi.org/10.1016%2Fj.phr.2004.05.006
243. Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112(1), 64–105. doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.64
244. Heatherton, T. F., & Wyland, C. L. (2003). Assessing self-esteem. W: S. J. Lopez, C. R. Snyder (red.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (s. 219-233). Washington, DC: American Psychological Association.

245. Heller, T., Sorensen, A. Promoting healthy aging in adults with developmental disabilities. *Dev Disabil Res Rev.*, 18(1), 22-30. doi:10.1002/ddrr.1125
246. Hesketh, K., Wake, M., Waters, E. (2004). Body mass index and parent-reported self-esteem in elementary school children: evidence for a causal relationship. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 28(10), 1233-1237. doi:10.1038/sj.ijo.0802624;
247. Heslop, P., Blair, P. S., Fleming, P., Hoghton, M., Marriott, A., Russ, L. (2014). The Confidential Inquiry into premature deaths of people with intellectual disabilities in the UK: a population-based study. *Lancet*, 383(9920), 889-895. doi:10.1016/S0140-6736(13)62026-7
248. Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Behawioralne uwarunkowania zdrowia i choroby*. W: I. Heszen, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia* (s. 90-105). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
249. Hill, A. J. (2005). Fed up and friendless. *The Psychologist*, 18(5), 280-283.
250. HNRAR (2004). *Health Needs Assessment Report – Summary - People With Learning Disabilities In Scotland*.
251. Hodapp, R. M. (2007). Families of persons with Down Syndrome: new perspective, findings, and research and service need. *Mental Retardation and Developmental Disabilities. Research reviews* 13, 279-287. DOI: 10.1002/mrdd.20160
252. Hodapp, R. M., Burack, J. A., & Zigler, E. (1998). Developmental approaches to mental retardation: A short introduction. W: J.A. Burack, R.M. Hodapp, E. Zigler (red.), *Handbook of Mental Retardation and Development* (s. 3-19). Cambridge University Press.
253. Hoge, G., & Dattilo, J. (1995). Recreation participation patterns of adults with and without mental retardation. *Education & Training in Mental Retardation & Developmental Disabilities*, 30(4), 283–298.
254. Hogg, J., Lucchino, R., Wang, K., Janicki, M. (2001). Healthy Ageing – Adults with Intellectual Disabilities: Ageing and Social Policy. *JARID*, 14(3), 229-255. doi.org/10.1046/j.1468-3148.2001.00067.x
255. Hogg, J., & Tuffrey-Wijne, I. (2008). Cancer and Intellectual Disability: A Review of Some Key Contextual Issues. *JARID*, 21, 509-518. doi.org/10.1111/j.1468-3148.2008.00422.x
256. Hollins, S., Attard, M. T., von Fraunhofer, N., McGuigan, S., Sedgwick, P. (1998). Mortality in people with learning disability: risks, causes, and death certification findings in London. *Dev Med Child Neurol.*, 40(1), 50-56.
257. Holstein, B. J., Currie, C., Boyce, W., i in. (2009). Socio-economic inequality in multiple health complaints among adolescents. International comparative study in 37 countries. *Int J Public Health*, 260-270. DOI 10.1007/s00038-009-5418-4
258. Horowitz, S. M., Kerker, B. D., Owens, P. L., Zigler, E. (2000). *The Health Status and Needs of Individuals with Mental Retardation*. New Haven, Connecticut. Yale University.
259. Houlihan, C. M., O'Donnell, M., Conaway, M., Stevenson, R. D. (2004). Bodily pain and health-related quality of life in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol.*, 46(5), 305-310. doi:10.1017/s0012162204000507
260. Huck, S., Kemp, C., Carter, M. (2010). Self-concept of children with intellectual disability in mainstream settings. *J Intellect Dev Disabil.* 2010;35(3):141-154. doi:10.3109/13668250.2010.489226
261. Huntsinger, H. T., & Luecken, L. J. (2004). Attachment relationships and health behavior: the mediational role of self-esteem. *Psychology & Health*, 19(4), 515-526. DOI: 10.1080/0887044042000196728
262. Hurtado, E. K., Claussen, A. H., Scott, K. G. (1999). Early childhood anemia and mild or moderate mental retardation. *Am J Clin Nutr.*, ;69(1), 115-119. doi:10.1093/ajcn/69.1.115
263. Hymowitz, N., Jaffe, F. E., Gupta, A., Feuerman, M. (1997). Cigarette smoking among patients with mental retardation and mental illness. *Psychiatr Serv.*, 48(1), 100-102. doi:10.1176/ps.48.1.100
264. Inchley, J., Currie, D., Samdal, O., i. in. (2016). Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2013/14 Survey*. Geneva: WHO, 2016.

265. Institute of Medicine (US) Committee on Health and Behavior: Research, Practice, and Policy (2001). *Health and Behavior: The Interplay of Biological, Behavioral, and Societal Influences*. Washington (DC): National Academies Press (US).
266. Institute of Medicine (US) Committee on Prevention of Obesity in Children and Youth, Koplan J.P., Liverman C.T., Kraak V.I., (red.). (2005). *Preventing Childhood Obesity: Health in the Balance*. Washington (DC): National Academies Press (US).
267. Jackson, C., Bee-Gates, D. J., & Henriksen, L. (1994). Authoritative parenting, child competencies, and initiation of cigarette smoking. *Health Education Quarterly*, 21(1), 103–116. doi.org/10.1177/109019819402100110
268. Jackson, S. A., & Marsh, H. W. (1986). Athletic or antisocial? The female sport experience. *Journal of Sport Psychology*, 8(3), 198–211.
269. Jahoda, A. & Markova, I. (2004). Coping with social stigma: People with intellectual disabilities moving from institutions and family home. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48, 719–729. doi:10.1111/j.1365-2788.2003.00561.x
270. Jahoda, A. and Wilson, Alastair and Stalker, K. and Cairney, A. (2010) Living with stigma and the self-perceptions of people with mild intellectual disabilities. *Journal of Social Issues*, 66(3), 521–534. doi.org/10.1111/j.1540-4560.2010.01660.x
271. Jain, M., Mathur, A., Sawla, L., i in. (2009). Oral health status of mentally disabled subjects in India. *J Oral Sci.*, 51(3), 333-340. doi:10.2334/josnusd.51.333
272. Janicki, M.P., Dalton, A.J., Henderson, C.M., Davidson, P.W. (1999). Mortality and morbidity among older adults with intellectual disability: health services considerations. *Disability and Rehabilitation*, 21(5/ 6), 284-294. doi.org/10.1080/096382899297710
273. Janicki, M.P., Davidson, P.W., Henderson, C.M., McCallion, P., Taets, J.D., Force, L.T., Sulkes, S.B., Frangenberg, E., Ladrikan, P.M. (2002). Health characteristics and health services utilization in older adults with intellectual disability living in community residences. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46(4), 287-298. doi.org/10.1046/j.1365-2788.2002.00385.x
274. Janion, E., Rudzińska-Rogoża, A. (2003). Samoocena i jej wpływ na społeczne przystosowanie w szkole dla dzieci z lekkim upośledzeniem umysłowym. W: Z. Janiszewska-Nieścioruk (red.), *Człowiek z niepełnosprawnością intelektualną. Wybrane problemy osobowości, rodzin, i edukacji osób z niepełnosprawnością intelektualną* (s. 81-85). Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
275. Jansen, J., Rozeboom, W., Penning C., Evenhuis, H. M. (2013). Prevalence and incidence of myocardial infarction and cerebrovascular accident in ageing persons with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res.*, 57(7), 681-685. doi:10.1111/j.1365-2788.2012.01567.x
276. Johnson, P. (2012). The prevalence of low self-esteem in an intellectually disabled forensic population. *J Intellect Disabil Res.*, 56(3), 317-325. doi:10.1111/j.1365-2788.2011.01447.x
277. Juczyński, Z. (2001). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracowania Testów Psychologicznych.
278. Kaiser, I. (2012). Miejsce aktywności fizycznej w różnych formach zajęć wolnoczasowych młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie w stopniu lekkim. *Studia Periegetica*, 8, 49-66.
279. Kalyva, E. (2007). Prevalence and influences on self-reported smoking among adolescents with mild learning disabilities, attention deficit hyperactivity disorder, and their typically developing peers. *J Intellect Disabil.*, 11(3), 267-279. doi:10.1177/1744629507080790
280. Kamin, L.J.(1974). *The science and politics of IQ*. Potomac, MD: Lawrence Erlbaum Associates.
281. Kanaya, T., Ceci, S. J., & Scullin, M. H. (2003). The rise and fall of IQ in special ed: Historical trends and their implications. *Journal of School Psychology*, 41(6), 453–465. doi.org/10.1016/j.jsp.2003.08.003
282. Kaplan, R. M. (1985). The controversy related to the use of psychological test. W: B. J. Wolman (red.), *Handbook of Intelligence: Theories, Measurements, and Applications* (s. 465-504). New York: Wiley-Interscience.
283. Kaufman A. S. (red). (2009). *IQ Testing 101*. New York: Springer Publishing Company.

284. Kenrick, D. T., Neuberg, S. L., Cialdini, R. B. (2006). *Psychologia społeczna. Rozwiązane tajemnice*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
285. Kepper, A., Monshouwer, K., van Dorsselaer, S., i in. (2011). Substance use by adolescents in special education and residential youth care institutions. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 20, 311-319. doi.org/10.1007/s00787-011-0176-2
286. Keith, T. Z., Fehrmann, P. G., Harrison, P. L., & Pottebaum, S. M. (1987). The relation between adaptive behavior and intelligence: Testing alternative explanations. *Journal of School Psychology*, 25(1), 31-43. doi.org/10.1016/0022-4405(87)90058-6
287. Keller, H. R. (1988). Children's Adaptive Behaviors: Measure and Source Generalizability. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 6(4), 371-389. doi.org/10.1177/073428298800600406
288. King, M., Shields, N., Imms, C., Black, M., Ardern, C. (2013). Participation of children with intellectual disability compared with typically developing children. *Res Dev Disabil*. 34(5), 1854-1862. doi:10.1016/j.ridd.2013.02.029
289. Kirby, J., Levin, K. A., Inchley, J. (2011). Parental and peer influences on physical activity among Scottish adolescents: a longitudinal study. *J Phys Act Health*, 8(6), 785-793. doi:10.1123/jpah.8.6.785
290. Kokociński, M. (2011). *Rola grupy rówieśniczej w procesie socjalizacji młodzieży*. Poznań: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Komunikacji i Zarządzania.
291. Kostrzewski, J., Wald, I. (1981). *Podstawowe wiadomości o upośledzeniu umysłowym*. W: K. Kirejczyk, H. Borzyszkowa (red.), *Upośledzenie umysłowe*. Pedagogika. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
292. Kościelak, R. (1989). *Psychologiczne podstawy rewalidacji upośledzonych umysłowo*. Warszawa : PWN
293. Kościelak, M. (1984). *Upośledzenie umysłowe a rozwój społeczny: badania uczniów szkół specjalnych*. Warszawa: PWN
294. Kowalewska, A. (2015). *Palenie tytoniu*. W: J. Mazur (red.), *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014 (s. 169-175)*. Warszawa: Instytut matki i dziecka.
295. Kowalik, S. (1984). *Rehabilitacja upośledzonych umysłowo*. Warszawa: PWN
296. Kowalik, S. (1989). *Upośledzenie umysłowe. Teoria i praktyka rehabilitacji*. Warszawa: PWN
297. Kowalik, S. (2005). *Psychologia niepełnosprawności umysłowej*. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna. T. 2. (135-155)*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
298. Koziński, J. (1981). *Psychologiczna teoria samowiedzy*. Wydanie drugie. Warszawa: PWN
299. Kozub, F. M. (2003). Explaining Physical Activity in Individuals with Mental Retardation: An Exploratory Study. *Education and Training in Developmental Disabilities*, 2003, 38(3), 302-313.
300. Kozubska, A. (1995). Realizacja funkcji opiekuńczo-wychowawczej przez rodzinę z dzieckiem upośledzonym umysłowo w stopniu lekkim. W: M. Chodkowska (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. Socjalizacja i rehabilitacja*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej
301. Krahn, G. L., Hammond, L., Turner, A. (2006). A cascade of disparities: health and health care access for people with intellectual disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities. Research reviews* 12, 70-82. DOI:10.1002/mrdd.20098
302. Kristjánsson, A. L., Sigfúsdóttir, I. D., Allegrante, J. P. (2010). Health behavior and academic achievement among adolescents: the relative contribution of dietary habits, physical activity, body mass index, and self-esteem. *Health Educ Behav.*, 37(1), 51-64. doi:10.1177/1090198107313481
303. Kumar, S., Sharma, J., Duraiswamy, P., Kulkarni, S. (2009). Determinants for oral hygiene and periodontal status among mentally disabled children and adolescents. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.*, 27(3), 151-157. doi:10.4103/0970-4388.57095
304. Kuntz, B., & Lampert, T. (2013). Educational Differences in Smoking among Adolescents in Germany: What is the Role of Parental and Adolescent Education Levels and Intergenerational

- Educational Mobility? *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 10, 3015-3032. doi:10.3390/ijerph10073015
305. Lamarche, L., & Gammage, K. L. (2012). Predicting exercise and eating behaviors from appearance evaluation and two types of investment. *Sport, Exercise, and Performance Psychology*, 1(3), 145–157. doi.org/10.1037/a0026892
306. Lantz, P. M., House, J. S., Lepkowski, J. M., Williams, D. R., Mero, R. P., Chen, J. (1998). Socioeconomic factors, health behaviors, and mortality: results from a nationally representative prospective study of US adults. *JAMA*, 279(21), 1703-1708. doi:10.1001/jama.279.21.1703
307. Latendresse, S.J., Rose, R.J., Viken, R.J., Pulkkinen, L., Kaprio, J., Dick, D.M. (2008). Parenting mechanisms in link between parent's and adolescent's alcohol used behaviors. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, Volume 32(2), 322-330. doi:10.1111/j.1530-0277.2007.00583.x
308. Lewis E.O. (1933). Types of mental deficiency and their social significance. *Journal of Mental Science*, Vol. 79: s. 298-305. DOI: 10.1007/s10865-007-9146-z
309. Lichten, W., Simon, E. W. (2007). Defining mental retardation: a matter of life or death. *Intellect Dev Disabil.*, 45(5), 335-346. doi:10.1352/0047-6765(2007)45[335:DMRAMO]2.0.CO;2
310. Lippke, S., Nigg, C.R., Maddock, J.E. (2012). Health-promoting and health-risk behaviors: theory-driven analyses of multiple health behavior change in three international samples. *International Journal of Behavioral Medicine*, 19(1), 1-13. DOI: 10.1007/s12529-010-9135-4
311. Lin, J. D., Lin, P. Y., Lin, L. P., Chang, Y. Y., Wu, S. R., Wu, J. L. (2010). Physical activity and its determinants among adolescents with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil*, 31(1), 263-269. doi:10.1016/j.ridd.2009.09.015
312. Lin, L. P., Hsu, S. W., Yao, C. H., i in. (2015). Risk for osteopenia and osteoporosis in institution-dwelling individuals with intellectual and/or developmental disabilities. *Res Dev Disabil.*, 36C, 108-113. doi:10.1016/j.ridd.2014.09.022
313. Lindebald, I. (2013). Mild intellectual disability Diagnostic and outcome aspects. Institute of Neuroscience and Physiology at Sahlgrenska Academy University of Gothenburg.
314. Lindsay, A. C., Sussner, K. M., Kim, J. , Gortmaker, S. (2006). The role of parents in preventing childhood obesity. *Future Child.*, 16(1), 169-186. doi:10.1353/foc.2006.0006
315. Lowry R, Kann, L. , Collins, J. L., Kolbe, L. J. (1996). The effect of socioeconomic status on chronic disease risk behaviors among US adolescents. *JAMA*, 276(10), 792-797.
316. Lowry, K. W., Sallinen, B. J., Janicke, D. M. (2007). The effects of weight management programs on self-esteem in pediatric overweight populations. *J Pediatr Psychol.*, 32(10), 1179-1195. doi:10.1093/jpepsy/jsm048
317. Lunsky, Y., & Benson, B. A. (1997). Reliability of Ratings of Consumers With Mental Retardation and Their Staff on Multiple Measures of Social Support. *Am. J. Ment. Retard.*, 102: 280-284. doi:10.1352/0895-8017(1997)102<0280:ROROCW>2.0.CO;2
318. Lunsky, Y., Emery, Ch. F., & Benson, B. A. (2002). Staff and self-reports of health behaviours, somatic complaints, and medications among adults with mild intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 27(2), 125-135. doi.org/10.1080/13668250220135079-4
319. Luthar, S. S., Becker, B. E. (2002). Privileged but pressured? A study of affluent youth. *Child Development*. 73(5), 1593-1610. doi.org/10.1111/1467-8624.00492
320. Luthar, S.S, D'avano, K. (1999). Contextual factors In substance use: a study of suburban and inner-city adolescents. *Development & Psychopathology* 11(4), 845-867. DOI:10.1017/S0954579499002357
321. Łuszczynska A. (2004). *Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre treści nie wystarczą?* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
322. Maaskant, M. A., Gevers, J. P. M., Wierda, H. (2002). Mortality and Life Expectancy in Dutch Residential Centres for Individuals with Intellectual Disability, 1991–1995. *JARID*, 15(3), 200-2012. doi.org/10.1046/j.1468-3148.2002.00115.x

323. Mach, A. (2017). Wybrane uwarunkowania zachowań zdrowotnych osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. *Niepełnosprawność. Dyskursy pedagogiki specjalnej*, 25, 202-219. DOI: 10.4467/25439561.NP.17.013.8089
324. MacMillan, D. L., & Reschly, D. J. (1996). Issues of definition and classification. W: W. E. J. MacLean (red.), *Handbook of mental deficiency: Psychological theory and research* (3rd ed., s. 47-74). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
325. MacMillan, D. L., Siperstein, G. N., and Gresham, F. M. (1996). A challenge to the viability of mild mental retardation as a diagnostic category. *Exceptional Children*, 62(4), 356-371.
326. MacMilan, D. L., Siperstein, G. N., Leffert J. S (2006). Children with mental retardation” a challenge for classification practice-revised. W: H. N. Switzky, S. Greenspan (red.), *What is mental retardation? Ideas for evolving disability in the 21 century* (s. 195-218.). Washington DC: American Association on Mental Retardation.
327. Maïano, C. (2011). Prevalence and risk factors of overweight and obesity among children and adolescents with intellectual disabilities. *Obes Rev.*, 12(3), 189-197. doi:10.1111/j.1467-789X.2010.00744.x
328. Maïano, C., Bégarie, J., Morin, A. J., Ninot, G. (2009). Assessment of physical self-concept in adolescents with intellectual disability: content and factor validity of the very Short Form of the Physical Self-Inventary. *J Autism Dev Disord.*, 39(5), 775-787. doi:10.1007/s10803-008-0686-z
329. Maïano, C., Ninot, G., Erraïs, B. (2001). Effects of alternated sport competition in perceived competence for adolescent males with mild to moderate mental retardation. *Int J Rehabil Res.*, 24(1), 51-58. doi:10.1097/00004356-200103000-00007
330. Makara-Studzińska, M., Moryłowska, J. (2007). Rodzina a zachowania ryzykowne młodzieży. *Roczniki Teologiczne*, LIV, 19, 59-69.
331. Malczewski, A. (2016). Młodzież a substancje psychoaktywne. W: *Młodzież 2016. Raport z badania sfinansowanego przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii*. Warszawa.
332. Malina, R. M., Katzmarzyk, P. T. (2006). Physical activity and fitness in an international growth standard for preadolescent and adolescent children. *Food Nutr Bull.*, 27(4 Suppl Growth Standard), S295-S313. doi:10.1177/15648265060274S511
333. Marsh, H. W. (1985). The hierarchical structure of self-concept and the application of hierarchical confirmatory factor analysis. Revision. Raport Research.
334. Marsh, H.W. (1989). The Self-Description Questionnaire (SDQ) III: a theoretical and empirical bassos for measurement of multiple dimensions of late adolescent self-concept: an interim test manual and a research monograph. Macarthur: University of Western Sydney.
335. Marsh, L. (2010). Management of constipation. *Learning Disability Practice*, 13(4). 26-28.
336. Marsh, H. W., & Craven, R. G. (2006). Reciprocal effects of self-concept and performance from a multidimensional perspective: Beyond seductive pleasure and unidimensional perspectives. *Perspectives on Psychological Science*, 1, 133-163. DOI: 10.1111/j.1745-6916.2006.00010.x
337. Marsh, H. W., Craven, R., & Debus, R. (1998). Structure, stability, and development of young children's self-concepts: A multicohort–multioccasion study. *Child Development*, 69(4), 1030–1053. doi.org/10.2307/1132361
338. Marsh, H. W., & Redmayne, R. S. (1994). A multidimensional physical self-concept and its relations to multiple components of physical fitness. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 16(1), 43–55.
339. Marshall, S. J., Biddle, S. J., Gorely, T., Cameron, N., Murdey, I. (2004). Relationships between media use, body fatness and physical activity in children and youth: a meta-analysis. *Int J Obes Relat Metab Disord.*, 28(10), 1238-1246. doi:10.1038/sj.ijo.0802706
340. Martínez-Leal, R., Salvador-Carulla, L., Linehan, C. i in. (2011). The impact of living arrangements and deinstitutionalisation in the health status of persons with intellectual disability in Europe. *J Intellect Disabil Res*, 55(9), 858-872. doi: 10.1111/j.1365-2788.2011.01439.x
341. Martyn-Nemeth, P., Penckofer, S., Gulanick, M., Velsor-Friedrich, B., Bryant, F. B. (2009). The relationships among self-esteem, stress, coping, eating behavior, and depressive mood in adolescents. *Res Nurs Health*, 32(1), 96-109. doi:10.1002/nur.20304

342. Maton, K. I., & Zimmerman, M. A. (1992). Psychosocial Predictors of Substance Use Among Urban Black Male Adolescents. W: J. E. Trimble, C. S. Bolek, & S. J. Niemcryk (red.), *Current Perspectives in Ethnic-Minority Drug Abuse Research Special Edition of Drugs and Society*. U.S. Department of Justice.
343. Matuszak, K., Bryl, W., Pupek-Musialik, D. (2010). Otyłość u dzieci i młodzieży z upośledzeniem umysłowym. *Forum Zaburzeń Metabolicznych*, 1(1), 55-63.
344. Matthews, T., Weston, N., Baxter, H., Felce, D., Kerr, M. (2008). A general practice-based prevalence study of epilepsy among adults with intellectual disabilities and of its association with psychiatric disorder, behaviour disturbance and carer stress. *J Intellect Disabil Res.* 2008, 52(Pt 2):163-173. doi:10.1111/j.1365-2788.2007.01025.x
345. Maughan, B., Collishaw, S., Pickles, A. (1999). Mild mental retardation: psychosocial functioning in adulthood. *Psychol Med.*, 29(2), 351-366. doi:10.1017/s0033291798008058
346. Maulik, P. K., Darmstadt, G. L. (2007). Childhood disability in low- and middle-income countries: overview of screening, prevention, services, legislation, and epidemiology. *Pediatrics*, 120 Suppl 1, S1-S55. doi:10.1542/peds.2007-0043B
347. Maulik, P.K., Harbour, C. K., & McCarthy, J. (2014). Epidemiology. W: E. Tsakanikos & J. McCarthy (red.), *Handbook of Psychopathology in Intellectual Disability: Research, Practice, and Policy, Autism and Child Psychopathology Series* (s. 9-21). New York: Springer Science+Business Media DOI 10.1007/978-1-4614-8250-5_2
348. May, M. E., Kennedy, C. H. (2010). Health and problem behavior among people with intellectual disabilities. *Behav Anal Pract.*, 3(2), 4-12. doi:10.1007/BF03391759
349. McCarron, M., Burke, E., Cleary, E., Carroll, R., McGlinchey, E., & McCallion, P. (2014). Changes in Physical and Behavioural Health of Older Adults with Intellectual Disability. W: E., Burke, P. McCallion, M. McCarron (red.), *Advancing Years, Different Challenges: Wave 2 IDS-TILDA. Findings on the ageing of people with an Intellectual Disability* (s. 79-126). The University of Dublin.
350. McClain, A. D., Chappuis, C., Nguyen-Rodriguez, S. T., Yaroch, A. L., Spruijt-Metz, D. (2009). Psychosocial correlates of eating behavior in children and adolescents: a review. *Int J Behav Nutr Phys Act.*, 6, 54. doi:10.1186/1479-5868-6-54
351. Mcdermott, S., Durkin, M.S., Schupf, N., Stein, Z.A. (2007). Epidemiology and etiology of mental retardation. W: J. W. Jacobson, J. A. Mulick, J. Rojahn (red.), *Developmental disability* (s. 3-41). Springer Science+Business Media, LLC.
352. Mcgee, R., Williams, S. (2000). Does low self-esteem predict health compromising behaviours among adolescents?. *J Adolesc.*, 23(5), 569-582. doi:10.1006/jado.2000.0344
353. McGillicuddy, N. B. (2006). A review of substance use research among those with mental retardation. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 12, 41-47. doi.org/10.1002/mrdd.20092
354. McGillicuddy, N. B., Blane, H. T. (1999). Substance use in individuals with mental retardation. *Addict Behav.*, 24(6), 869-878. doi:10.1016/s0306-4603(99)00055-6
355. McGillivray, J., McVilly, K., Skouteris, H., Boganin, C. (2013). Parental factors associated with obesity in children with disability: a systematic review. *Obes Rev.*, 14(7), 541-554. doi:10.1111/obr.12031
356. McGrew, K., & Bruininks, R. H. (1989). The factor structure of adaptive behavior. *School Psychology Review*, 18(1), 64-81.
357. McGrew, K. S., & Bruininks, R. H. (1990). Defining adaptive and maladaptive behavior within a model of personal competence. *School Psychology Review*, 19(1), 53-73.
358. McGuire, B. E., Daly, P., Smyth, F. (2007) Lifestyle and health behaviours of adults with an intellectual disability. *J Intellect Disabil Res.*, 51(Pt 7), 497-510. doi:10.1111/j.1365-2788.2006.00915.x

359. McGuire, B. E., Daly, P., Smyth, F. (2010). Chronic pain in people with an intellectual disability: under-recognised and under-treated?. *J Intellect Disabil Res.*, 54(3), 240-245. doi:10.1111/j.1365-2788.2010.01254.x
360. McGuire, M.T., Hannan, P.J., Neumark-Sztainer, D., Cossrow, N.H., Story, M. (2002). Parental correlates of physical activity in a racially/ ethnically diverse adolescent sample. *Journal of Adolescent Health*, 30(4), 253-261. DOI:10.1016/s1054-139x(01)00392-5
361. Mehta, A., Radhika, G., Mansoob, S., Mansoori, S. (2015). Assessment of oral health status of children with special needs in Delhi, India. *RSBO*, 12(3), 244-251.
362. Melville, C. A., Hamilton, S., Hankey, C. R., Miller, S., Boyle, S. (2007). The prevalence and determinants of obesity in adults with intellectual disabilities. *Obes Rev.*, 8(3), 223-230. doi:10.1111/j.1467-789X.2006.00296.x
363. Melville, C. A., Mitchell, F., Stalker, K., i in. (2015). Effectiveness of a walking programme to support adults with intellectual disabilities to increase physical activity: walk well cluster-randomised controlled trial. *Int J Behav Nutr Phys Act.*, 12, 125. doi:10.1186/s12966-015-0290-5
364. Menear, K. S. (2007). Parents' perceptions of health and physical activity needs of children with Down syndrome. *Downs Syndr Res Pract.*, 12(1):60-68. doi:10.3104/reports.1996
365. Mencap (2007). Death by indifference. Following up the Treat me right! Report.
366. Mencap (2012). Death by indifference: 74 deaths and counting. A progress report 5 years on.
367. Mercer, S. (2011). Towards an Understanding of Language Learner Self Concept. *Educational Linguistics* 12, Springer Science+Business Media B.V. DOI 10. 1007/978-90-481-9569-5_2
368. Merrick, J., Kandel, I., & Morad, M. (2003). Health Needs of Adults with Intellectual Disability Relevant for the Family Physician. *The Scientific World JOURNAL*, 3, 937-945. doi: 10.1100/tsw.2003.91
369. Merriman, S., Haw, C., Kirk, J., Stubbs, J. (2005). Risk factors for coronary heart disease among inpatients who have mild intellectual disability and mental illness. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(5), 309-316. doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00600.x
370. Messent, P.R., Cooke, C.B., Long, J. (1999). Primary and secondary barriers to physically active healthy lifestyles for adults with learning disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 21(9), 409-419. DOI:10.1080/096382899297396
371. Mok, W. K., & Ling, T. K. (2016). Fruit and Vegetable Consumption among Special School Students with Mild Intellectual Disability in Hong Kong. *Global Journal of Health Science*, 8, 8. DOI:10.5539/gjhs.v8n8p31
372. Mokdad, A. H., Marks, J. S., Stroup, D. F., Gerberding, J. L. (2005). Actual causes of death in the United States, 2000. [published correction appears in *JAMA*. 2005 Jan 19, 293(3), 293-4]. doi:10.1001/jama.291.10.1238
373. Montaña, D. E., Kasprzyk, D. (2008). Theory of Reasoned Action, Theory of Planned Behavior, and the Integrated Behavioral Model. W: K. Glanz, B. K. Rimmer, K. Viswanath (red), *Health Behaviour and health Education Theory, Research, and Practice* 4th Edition (s. 67-96). San Francisco: John Wiley & Sons, Inc.
374. Moore, L. L., Lombardi, D. A., White, M. J., Campbell, J. L., Oliveria, S. A., Ellison, R. C. (1991). Influence of parents' physical activity levels on activity levels of young children. *J Pediatr.*, 118(2), 215-219. doi:10.1016/s0022-3476(05)80485-8
375. Moore, G. F., Littlecott, H. J. (2015). School- and family-level socioeconomic status and health behaviors: multilevel analysis of a national survey in wales, United Kingdom. *J Sch Health*, 85(4), 267-275. doi:10.1111/josh.12242
376. Morgan, J. P., Minihan, P. M., Stark, P. C., i in. (2012). The oral health status of 4,732 adults with intellectual and developmental disabilities. *J Am Dent Assoc.*, 143(8): 838-846. DOI: 10.14219/jada.archive.2012.0288
377. Morgan, C. L., Scheepers, M. I., & Kerr, M. P. (2001). Mortality in patients with intellectual disability and epilepsy. *Current Opinion in Psychiatry*, 14, 471-475. DOI: 10.1097/00001504-200109000-00008

378. Moss, S. J. (2009). Changes in coronary heart disease risk profile of adults with intellectual disabilities following a physical activity intervention. *J Intellect Disabil Res.*, 53(8), 735-744. doi:10.1111/j.1365-2788.2009.01187.x
379. Murphy, C.C., Boyle, C., Schendel, D., Decoufle, P., Yeargin-Allsopp, M. (1998). Epidemiology of mental retardation in children. *Mental Retardation and Developmental Disabilities. Research reviews* 4: s. 6–13.
380. Mruk, C.J. (2006). *Self-esteem research theory and practice: towards a positive psychology of self-esteem*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
381. Nader, P. R., Bradley, R. H., Houts, R. M., McRitchie, S. L., O'Brien, M. (2008). Moderate-to-vigorous physical activity from ages 9 to 15 years [published correction appears in *JAMA*. 2009 May 27, 301(20), 2095-8]. *JAMA*. 2008;300(3), 295-305. doi:10.1001/jama.300.3.295
382. Nałęcz, H. (2015). Aktywność fizyczna. W: J. Mazur (red.), *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014* (s. 119-125). Warszawa: Instytut matki i dziecka.
383. National Research Council (2002) *Mental Retardation: Determining Eligibility for Social Security Benefits*. Committee on Disability Determination for Mental Retardation. Daniel J. Reschly, Tracy G. Myers, and Christine R. Hartel, editors. Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: National Academy Press.
384. Neisser, U., Boodoo, G., Bouchard, T. J., i. in. (1996). Intelligence: Knowns and unknowns. *American Psychologist*, 51(2), 77-101. doi.org/10.1037/0003-066X.51.2.77
385. Neumark-Sztainer, D., Story, M., Hannan, P. J., Tharp, T., Rex, J. (2003a). Factors associated with changes in physical activity: a cohort study of inactive adolescent girls. *Arch Pediatr Adolesc Med.*, 157(8), 803-810. doi:10.1001/archpedi.157.8.803
386. Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J., Story, M., Croll, J., Perry, C. (2003b). Family meal patterns: associations with sociodemographic characteristics and improved dietary intake among adolescents. *J Am Diet Assoc.*, 103(3), 317-322. doi:10.1053/jada.2003.50048
387. Ng, K., Välimaa, R., Rintala, P., Tynjälä, J., Villberg, J., & Kannas, L. (2014). Self-esteem and intentions mediate perceived fitness with physical activity in Finnish adolescents with long-term illness or disabilities. *Acta Gymnica*, 44 (4), 185-192. doi:10.5507/ag.2014.019
388. NHS QIS (2006). *Promoting access to healthcare for people with a learning disability – a guide for frontline NHS staff*.
389. Nielsen, L. S., Skov, L., Jensen, H. (2007). Visual dysfunctions and ocular disorders in children with developmental delay. I. prevalence, diagnoses and aetiology of visual impairment. *Acta Ophthalmol Scand.*, 85(2), 149-156. doi:10.1111/j.1600-0420.2006.00867.x
390. Noar, S. M., & Zimmerman, R. (2005). Health Behavior Theory and cumulative knowledge regarding health behaviors: are we moving in the right direction? *Health Education Research*, 20(3), 275-90. DOI: 10.1093/her/cyg113
391. O'Brien, G. (2001). Adult outcome of childhood learning disability. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 43(9), 634–638. doi.org/10.1017/S0012162201001153
392. O'Connor, B. P., Vallerand, R. J. (1998). Psychological adjustment variables as predictors of mortality among nursing home residents. *Psychol Aging*, 13(3), 368-374. doi:10.1037//0882-7974.13.3.368
393. Oeseburg, B., Jansen, D. E., Dijkstra, G. J., Groothoff, J. W., Reijneveld, S. A. (2010). Prevalence of chronic diseases in adolescents with intellectual disability. *Res Dev Disabil.*, 31(3), 698-704. doi:10.1016/j.ridd.2010.01.011
394. Ogińska-Bulik, N. (2010). Czynniki sprzyjające rozwojowi zachowań kompulsywnych związanych z wykonywaniem czynności. W: N. Ogińska-Bulik (red.), *Zachowania ryzykowne i szkodliwe dla zdrowia* (s. 23-42). Łódź: Wydawnictwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej.
395. Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2008). *Osobowość. Stres a zdrowie*. Warszawa: Difin Centrum Doradztwa i Informacji.

396. Okada, M., Kawamura, M., Hayashi, Y., Takase, N., Kozai, K. (2008). Simultaneous interrelationship between the oral health behavior and oral health status of mother and their children. *Journal of Oral Science*, 50(4), 447-452. DOI:10.2334/josnusd.50.447
397. Okland, T., & Harrison, P. L. (red.). (2008). *Adaptive Behavior Assessment System-II: Clinical Use and Interpretation*. San Diego: Elsevier inc.
398. O'Mara, A. J., Marsh, H. W., Craven, R. G., Debus, R. L. (2006). Do self-concept intervention make a difference? A synergistic blend of construct validation and meta-analysis. *Educational Psychologist*, 41(3), 181-206. DOI: 10.1207/s15326985ep4103_4
399. Orleans, C. T. (2000). Promoting the maintenance of health behavior change: recommendations for the next generation of research and practice. *Health Psychol.*, 19(1S), 76-83. doi:10.1037/0278-6133.19.suppl1.76
400. Orlik, M., Mielnik-Błaszczak, M. (1997). Ocena stanu uzębienia i higieny jamy ustnej u dzieci i młodzieży specjalnej troski. *Przegl. Stomatol. Wieku Rozwoj.*, 4, 20-25
401. Ornelas, I. J., Perreira, K. M., & Ayala, G. X. (2007). Parental influences on adolescent physical activity: A longitudinal study. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 4(3). doi: 10.1186/1479-5868-8-12
402. Otten, R., Engels, R. C. M. E., van de Ven, M. O. M., Bricker, J. B. (2007). Parental smoking and adolescent smoking stages: the role of parent's current and former smoking, and family structure. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(2), 143-154. doi:10.1007/s10865-006-9090-3
403. Ouellette-Kuntz, H. (2005). Understanding health disparities and inequities faced by individuals with intellectual disabilities. *JARID*, 18, 113-121. doi.org/10.1111/j.1468-3148.2005.00240.x
404. Ouellette-Kuntz, H., Garcin, N., Lewis, M. E., Minnes, P., Martin, C., Holden, J. J. (2005). Addressing health disparities through promoting equity for individuals with intellectual disability. *Can J Public Health.*, 96(Suppl 2), S8-S22. doi:10.1007/BF03403699
405. Owens, P. L., Kerker, B. D., Zigler, E., Horwitz, S. M. (2006). Vision and oral health needs of individuals with intellectual disability. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev.*, 12(1), 28-40. doi:10.1002/mrdd.20096
406. Overholser, J. C., Adams, D. M., Lehnert, K. L., & Brinkman, D. C. (1995). Self-esteem deficits and suicidal tendencies among adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(7), 919-928. doi.org/10.1097/00004583-199507000-00016
407. Øverland, S., Tjora, T., Hetland, J., Aarø, L. E. (2010). Associations between adolescent socioeducational status and use of snus and smoking. *Tob Control.*, 19(4), 291-296. doi:10.1136/tc.2009.034512
408. Pate, R. R., Pratt, M., Blair, S. N., i in. (1995). Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA*, 273(5), 402-407. doi:10.1001/jama.273.5.402
409. Pate, R. R. , Heath, G. W., Dowda, M., Trost, S. G. (1996). Associations between physical activity and other health behaviors in a representative sample of US adolescents. *Am J Public Health*, 86(11), 1577-1581. doi:10.2105/ajph.86.11.1577
410. Paterson, L., McKenzie, K., Lindsay, B. (2012). Stigma, social comparison and self-esteem in adults with an intellectual disability. *J Appl Res Intellect Disabil.*, 25(2), 166-176. doi:10.1111/j.1468-3148.2011.00651.x;
411. Patja, K., Iivanainen, M., Vesala, H., Oksanen, H., Ruoppila, I. (2000). Life expectancy of people with intellectual disability: a 35-year follow-up study. *J Intellect Disabil Res.*, 44 (5), 591-599. doi:10.1046/j.1365-2788.2000.00280.x
412. Patja, K., Eero, P., Iivanainen, M. (2001). Cancer incidence among people with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res.*, 45(P4), 300-307. doi:10.1046/j.1365-2788.2001.00322.x
413. PBS DGA (2007). Raport „Picie alkoholu i używanie narkotyków przez młodzież szkolną na terenie Miasta Krakowa”. Sopot-Warszawa.
414. Peart, N. D., Marsh, H., W., & Richards, G. E. (2005). The physical self description questionnaire: furthering research linking physical self-concept, physical activity and physical

- education. Australian Association For Research In Education 2005 Conference Papers. Retrieved from <http://www.aare.edu.au/05pap/pea05307.pdf>
415. Pensola, T. H., Valonen, T. (2000). Mortality differences by parental social class from childhood to adulthood. *J Epidemiol Community Health*, 54, 525–529. DOI: 10.1136/jech.54.7.525
 416. Peterson, J. J., Janz, K. F., Lowe, J. B. (2008). Physical activity among adults with intellectual disabilities living in community settings. *Prev Med.*, 47(1), 101-106. doi:10.1016/j.ypmed.2008.01.007
 417. Peterson, J. J., Lowe, J. B., Peterson, N. A., Nothwehr, F. K., Janz, K. F., Lobas, J. G. (2008). Paths to leisure physical activity among adults with intellectual disabilities: self-efficacy and social support. *Am J Health Promot.*, 23(1), 35-42. doi:10.4278/ajhp.07061153
 418. Peterson, J. J.; Peterson, N. A., Lowe, J. B.; Nothwehr, F. K. (2009). Promoting Leisure Physical Activity Participation among Adults with Intellectual Disabilities: Validation of Self-Efficacy and Social Support Scales. *JARID*, 22(5), 487–497. Doi: 10.1111/j.1468-3148.2009.00500.x
 419. Phelan, J. C., Link, B. G., Tehranifar, P. (2010). Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications. *J Health Soc Behav.*, 51, S28-S40. doi:10.1177/0022146510383498
 420. Pilecka, W. (1995). Psychoruchowy rozwój dzieci o obniżonej sprawności umysłowej. W: W. Pilecka i J. Pilecki (red.), *Stymulacja psychoruchowego rozwoju dzieci o obniżonej sprawności umysłowej* (s. 9-34). Kraków: Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogicznej.
 421. Pilecka W., (2001), *Psychoruchowy rozwój dzieci o obniżonej sprawności umysłowej*, W: W. Pilecka i J. Pilecki (red.), *Stymulacja psychoruchowego rozwoju dzieci o obniżonej sprawności umysłowej*, Kraków, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.
 422. Pitetti, K. H., Beets, M. W., & Combs, C. (2009) Physical activity levels of children with intellectual disabilities during school. *Medicine and Sciences and Sports Exercises*, 41, 1580-1586. doi:10.1249/MSS.0b013e31819d4438
 423. Pitetti, K. H., Yarmer, D. A., Fernhall, B. (2001). Cardiovascular Fitness and Body Composition of Youth With and Without Mental Retardation. *Adapted physical activity quarterly*, 2001, 18, 127-141. DOI: 10.1123/apaq.18.2.127
 424. PO, (2016). *Prawo Oświatowe. Ustawa z dnia 14.grudnia 2016 r. Dz. U. 2017 poz. 59*
 425. Podgórska-Bednarz, J. (2015). Czynniki ryzyka i występowanie nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w wieku szkolnym w województwie podkarpackim. Pobrane z: URI: <http://repozytorium.ur.edu.pl/handle/item/992>
 426. Polloway, E. A., Smith, J. D., Patton, J. R., Lubin, J., & Antoine K. (2009). State Guidelines for Mental Retardation and Intellectual Disabilities: A Re-visitation of Previous Analyses in Light of Changes in the Field. *Education and Training in Developmental Disabilities*, 44(1), 14-24. DOI: 10.2307/24233460
 427. Ponczek, D., Olszowy, I. (2012). Styl życia młodzieży i jego wpływ na zdrowie. *Probl Hig Epidemiol*, 93(2), 260-268.
 428. Poutanen, R., Lahti, S., Tolvanen, M., Hausen, H. (2006). Parental influence on children's oral health-related behavior. *Acta Odontologica Scandinavica*, 64(5), 286-292. DOI: 10.1080/00016350600714498
 429. President's Committee on Mental Retardation, (1977). *Mental Retardation: Past and Present*. Washington, D.C.
 430. Prochaska, J. O., Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot.*, 12(1), 38-48. doi:10.4278/0890-1171-12.1.38
 431. Prochaska, J.O., Redding, C.A., Evers, K. E. (2008). *The Transtheoretical Model and Stage of Change*. W: K. Glanz, B. K. Rimmer, K. Viswanath (red), *Health Behaviour and health Education Theory, Research, and Practice 4th Edition* (s. 97-121). San Francisco: John Wiley & Sons, Inc.
 432. Ptomey, L., Goetz, J., Lee, J., Donnelly, J., Sullivan, D. (2013). Diet Quality of Overweight and Obese Adults with Intellectual and Developmental Disabilities as Measured by the Healthy Eating

- Index-2005. *J Dev Phys Disabil.*, 25(6), 10.1007/s10882-013-9339-z. doi:10.1007/s10882-013-9339-z
433. Puchalski, K. (1990). Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot nauk socjologicznych. Uwagi wokół pojęcia. W: A. Gniazdowski (red.), *Zachowania zdrowotne* (s. 23-27). Łódź: Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy.
434. Pusta, C. T., Tomulescu, I. M., Marian, M., Roseanu, G., Vaida, H. (2008). Social and economic aspects in the families with mentally retarded children. *Annals of General Psychiatry*. 7(1), S.267. DOI:10.1186/1744-859X-7-S1-S267
435. Rainio, S. (2009). Familial influences on adolescence smoking. Parental smoking, home smoking ban and home-based sourcing of tobacco. University of Tampere.
436. Rasmussen, M., Krølner, R., Klepp, K. I., i in. (2006). Determinants of fruit and vegetable consumption among children and adolescents: a review of the literature. Part I: Quantitative studies. *Int J Behav Nutr Phys Act.*, 3, 22. doi:10.1186/1479-5868-3-22
437. Rembowski, J. (1986). *Rodzina w świetle psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne.
438. Raplay, M. (2004). *The Social Construction of Intellectual Disability*. Cambridge University Press. doi.org/10.1017/CBO9780511489884
439. Reschly D. J. (1997). *Disproportionate Minority Representation in General and Special Education: Patterns, Issues, and Alternatives*. Washington, DC: Office of Special Education and Rehabilitative Services
440. Reschly, D. J. (2009). Documenting the developmental origins of mild mental retardation. *Appl Neuropsychol.*, 16(2), 124-134. doi:10.1080/09084280902864469
441. Resnick, M. D., Bearman, P. S., Blum, R. W., i in. (1997). Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *JAMA*, 278(10), 823-832. doi:10.1001/jama.278.10.823
442. Rhodes, J., Roffman, J., Reddy, R., Fredriksen, K., & Way, N. (2004). Changes in self-esteem during the middle school years: A latent growth curve study of individual and contextual influences. *Journal of School Psychology*, 42(3), 243-261. doi.org/10.1016/j.jsp.2004.04.001
443. Ridloch i wsp., (2009). Prospective associations between objective measures of physical activity and fat mass in 12-14 year old children: the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC), *BMJ*, 339, :b4544. doi.org/10.1136/bmj.b4544
444. Richter, M., Vereecken, C. A., Boyce, W., Maes, L., Gabhainn, S. N., Currie, C. E. (2009). Parental occupation, family affluence and adolescent health behaviour in 28 countries. *Int J Public Health*, 54(4), 203-212. doi:10.1007/s00038-009-8018-4
445. Rimmer, B.K. (2008). *Models of Individual Health Behavior*. W: K. Glanz, B. K. Rimmer, K. Viswanath (red), *Health Behaviour and health Education Theory, Research, and Practice 4th Edition* (s. 41-44). San Francisco: John Wiley & Sons, Inc.
446. Rimmer, J. H., Braddock, D., & Fujiura, G. (1993). Prevalence of obesity in adults with mental retardation: Implications for health promotion and disease prevention. *Mental Retardation*, 31(2), 105-110.
447. Rimmer, J. H., Braddock, D., & Marks, B. (1995). Health characteristics and behaviors of adults with mental retardation residing in three living arrangements. *Research in Developmental Disabilities*, 16(6), 489-499. doi.org/10.1016/0891-4222(95)00033-X
448. Rimmer, J., Hsieh, K. (2011). *Longitudinal Health and Intellectual Disability Study (LHIDS) on Obesity and Health Risk Behaviors*. W: *Lifespan Health and Function of Adults with Intellectual Developmental Disabilities*. State of the Science Conference. Maryland.
449. Rimmer, J.H., Yamaki, K. (2006). Obesity and intellectual disability. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev.*, 12(1), 22-27. doi:10.1002/mrdd.20091
450. RMEN, (2017). *Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym*.

451. Robertson, J., Emerson, E., Baines, S., Hatton, C. (2014). Obesity and health behaviours of British adults with self-reported intellectual impairments: cross sectional survey. *BMC Public Health*, 14, 219. doi:10.1186/1471-2458-14-219
452. Robertson, J., Emerson, E., Gregory, N., i in. (2000). Lifestyle related risk factors for poor health in residential settings for people with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil.* 21(6), 469-486. doi:10.1016/s0891-4222(00)00053-6
453. Robertson, J., Hatton, C., Emerson, E., Yasamy, M. T (2012). The identification of children with, or at significant risk of, intellectual disabilities in low- and middle-income countries: a review. *J Appl Res Intellect Disabil.*, 25(2), 99-118. doi:10.1111/j.1468-3148.2011.00638.x
454. Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Tracy, J. L., Gosling, S. D., & Potter, J. (2002). Global self-esteem across the life span. *Psychology and Aging*, 17(3), 423–434. doi.org/10.1037/0882-7974.17.3.423
455. Roeleveld, N., Zielhuis, G. A., Gabreëls, F. (1997). The prevalence of mental retardation: a critical review of recent literature. *Dev Med Child Neurol.*, 39(2), 125-132. doi:10.1111/j.1469-8749.1997.tb07395.x
456. Roguska, B. (2016). Dom rodzinny, rodzice i rówieśnicy w opiniach młodego pokolenia Polaków. W: *Młodzież 2016, raport z badania sfinansowanego przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii*. Warszawa.
457. Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C., & Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem: Different concepts, different outcomes. *American Sociological Review*, 60(1), 141–156. doi.org/10.2307/2096350
458. Rosenstock, I. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335.
459. Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Educ Q.*, 15(2), 175-183. doi:10.1177/109019818801500203
460. Ross, K. M., Liu, S., Tomfohr, L. M., Miller, G. E. (2013). Self-esteem variability predicts arterial stiffness trajectories in healthy adolescent females. *Health Psychol.*, 32(8), 869-876. doi:10.1037/a0031458
461. Rossow, I., & Rise, J. (1994). Concordance of parental and adolescent health behaviors. *Social Science & Medicine*, 38(9), 1299–1305. doi.org/10.1016/0277-9536(94)90193-7
462. Salaun, I., & Berthouze-Aranda, S. (2011). Obesity in School Children with Intellectual Disabilities in France. *JARID*, 24, 333-340. doi.org/10.1111/j.1468-3148.2010.00612.x
463. Sallis, J. F., & Nader, P. R. (1988). Family determinants of health behaviors. W: D. S. Gochman (red.), *Health behavior: Emerging research perspectives* (s. 107–124). Plenum Press. doi.org/10.1007/978-1-4899-0833-9_6
464. Sallis, J. F., Prochaska, J. J., Taylor, W. C. (2000). A review of correlates of physical activity of children and adolescents. *Med Sci Sports Exerc.*, 32(5), 963-975. doi:10.1097/00005768-200005000-00014
465. Salvador-Carulla, L., Reed, G. M., Vaez-Azizi, L. M., i in. (2011). Intellectual developmental disorders: towards a new name, definition and framework for "mental retardation/intellectual disability" in ICD-11. *World Psychiatry*, 10(3), 175-180. doi:10.1002/j.2051-5545.2011.tb00045.x
466. Sandvik, C. , Gjestad, R., Samdal, O., Brug, J., Klepp, K. I. (2010). Does socio-economic status moderate the associations between psychosocial predictors and fruit intake in schoolchildren? The Pro Children study. *Health Educ Res.*, 25(1), 121-134. doi:10.1093/her/cyp055
467. Satgé, D., Sauleau, E. A., Jacot, W. i in. (2014). Age and stage at diagnosis: a hospital series of 11 women with intellectual disability and breast carcinoma. *BMC Cancer*, 14(1), 150, DOI: 10.1186/1471-2407-14-150
468. Savage, J. S., Fisher, J. O., Birch, L. L. (2007). Parental influence on eating behavior: conception to adolescence. *J Law Med Ethics.*, 35(1), 22-34. doi:10.1111/j.1748-720X.2007.00111.x
469. Schalock, R. L., & Luckasson, R. (2004). American Association on Mental Retardation's Definition, Classification, and System of Supports and its relation to international trends and issues in the field

- of intellectual disabilities. *J Pol and Pract Intellect Disabil.*, 1(3-4), 136-146. doi.org/10.1111/j.1741-1130.2004.04028.x
470. Schalock, R. L., Luckasson, R. A., Shogren, K. A., i in. (2007). The renaming of Mental retardation: Understanding the change to the term Intellectual disability. *Intellect Dev Disabil.*, 45(2), 116–124. doi.org/10.1352/1934-9556(2007)45[116:TROMRU]2.0.CO;2
471. Schijven, E. P., Engels, R. C., Kleinjan, M., Poelen, E. A. (2015). Evaluating a selective prevention program for substance use and comorbid behavioral problems in adolescents with mild to borderline intellectual disabilities: Study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 15, 167. doi:10.1186/s12888-015-0563-1
472. Schwartz, L., Engel, J. M., Jensen, M. P (1999). . Pain in persons with cerebral palsy. *Arch Phys Med Rehabil.*, 80(10), 1243-1246. doi:10.1016/s0003-9993(99)90023-0
473. Schwarzer, R. (1997): Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuacji zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejścia teoretyczne i nowy model. W: I. Heszen-Niejodek, H. Sek (red.), *Psychologia zdrowia (175-205)*. Warszawa: PWN.
474. Schwarzer, R. & Gutiérrez-Doña, B. (2000). Health Psychology. W: K. Pawlik, M. R. Rosenzweig (red.), *The International Handbook of Psychology (s. 452-465)*. doi.org/10.4135/9781848608399.n23
475. Scragg, R., Laugesen, M. (2007). Influence of smoking by family and best friend on adolescent tobacco smoking: results from the 2002 New Zealand national survey of Year 10 students. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 31(3):217-23. DOI: 10.1111/j.1467-842X.2007.00051.x
476. Seepersad, R. (2012). The relation between eating disorders and self esteem in adolescent in Trinidad. *Journal of the Department of Behavioural Sciences*, 2(1), 102-127.
477. Seigley, L. A. (1999). Self-esteem and health behavior: theoretic and empirical links. *Nurs Outlook.*, 47(2), 74-77. doi:10.1016/s0029-6554(99)90073-8
478. Sęk, H. (2000). Subiektywne koncepcje zdrowia, świadomość zdrowotna a zachowania zdrowotne i promocja zdrowia. *Universitatis Brunensis*, P4, 17-34. Pobrane z: https://digilib.phil.muni.cz/bitstream/handle/11222.digilib/114409/P_Psychologica_04-2000-1_4.pdf?sequence=1
479. Sęk, H. (2005). Zdrowie behawioralne. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej (533-554)*. Gdańsk: GWP
480. Shapiro, D. R., Martin, J. J. (2010). Multidimensional physical self-concept of athletes with physical disabilities. *Adapt Phys Activ Q.*, 27(4), 294-307. doi:10.1123/apaq.27.4.294
481. Shavelson, R. J., & Bolus, R. (1982). Self concept: The interplay of theory and methods. *Journal of Educational Psychology*, 74(1), 3–17. doi.org/10.1037/0022-0663.74.1.3
482. Shavelson, R. J., Hubner, J. J., & Stanton, G. C. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46(3), 407–441. doi.org/10.2307/1170010
483. Shavers, V. L. (2007). Measurement of socioeconomic status in health disparities research. *J Natl Med Assoc.*, 99(9), 1013-1023.
484. Sierosławski, J. (2015). Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2015 r. ESPAD. Warszawa.
485. Silon, E. L., & Harter, S. (1985). Assessment of perceived competence, motivational orientation, and anxiety in segregated and mainstreamed educable mentally retarded children. *Journal of Educational Psychology*, 77(2), 217-230. doi.org/10.1037/0022-0663.77.2.217
486. Simeonsson, R. J., Bjorck-Akesson, E. & Granlund, M. (2006). The concept and classification of mental retardation. W: H.N. Switzky, S. Greenspan (red.), *What is mental retardation? Ideas for evolving disability in the 21 century (s. 245-264)*. Washington DC: AAMR
487. Simons-Morton, B. (2004) Prospective association of peer influence, school engagement, drinking expectancies, and parent expectations with drinking initiation among sixth graders. *Addict Behav.*, 29(2), 299-309. doi:10.1016/j.addbeh.2003.08.005

488. Skommer, M. (2008). Uwarunkowania zachowań zdrowotnych człowieka. W: G. Bartkowiak (red.), Czynniki kształtujące zachowania zdrowotne człowieka na przestrzeni życia. Nauka i praktyka (s. 11-30). Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego.
489. Slayter, E. M. (2007). Substance Abuse and Mental Retardation: Balancing Risk Management With the “Dignity of Risk”. *Families in society*, 88(4), 651-659. DOI: 10.1606/1044-3894.3688
490. Slayter E. Disparities in Substance Abuse Treatment Utilization Among Women with Intellectual Disability. *J Soc Work Disabil Rehabil.*, 15(2), 96-115. doi:10.1080/1536710X.2016.1162120
491. Slayter, E., & Steenrod, S. A. (2009). Addressing alcohol and drug addiction among people with mental retardation in nonaddiction settings: A need for cross-system collaboration. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 9(1), 71–90. doi.org/10.1080/15332560802646547
492. Slevin, E., Truesdale-Kennedy, M., McConkey, R., Livingstone, B., Fleming, P. (2014). Obesity and overweight in intellectual and non-intellectually disabled children. *J Intellect Disabil Res.*, 58(3), 211-220. doi:10.1111/j.1365-2788.2012.01615.x
493. Smith, D.D. (2011). *Pedagogika Specjalna. Podręcznik akademicki*. Warszawa: Wydawnictwo naukowe PWN.
494. Spear, H. J., Kulbok, P. A. (2001). Adolescent health behaviors and related factors: a review. *Public Health Nurs.*, 18(2), 82-93. doi:10.1046/j.1525-1446.2001.00082.x
495. Spencer, N. J. (2006). Social equalization in youth: evidence from a cross-sectional British survey. *Eur J Public Health.*, 16(4), 368-375. doi:10.1093/eurpub/cki222
496. Stachurski, P., Warsz, M., Rudnicka-Siwiek, K., Ziolo, A. (2006). Assessment of the state of dentition and oral hygiene in 16-25-year-old young people with mild and moderate mental disability. *Adv Med Sci.*, 51(1), 200-203.
497. Stanish, H. I. (2004). Accuracy of Pedometers and Walking Activity in Adults With Mental Retardation. *APAQ*, 21(2), 167-179. DOI: 10.1123/apaq.21.2.167
498. Stanish H. I., Curtin, C., Must, A., Phillips, S., Maslin, M., Bandini, L. G. (2016). Physical Activity Enjoyment, Perceived Barriers, and Beliefs Among Adolescents With and Without Intellectual Disabilities. *J Phys Act Health*, 13(1), 102-110. doi:10.1123/jpah.2014-0548
499. Stanish, H.I. , Frey, G. C.. (2008). Promotion of physical activity in individuals with intellectual disability. *Salud Publica Mex.*, 50(2), :178-184. doi:10.1590/s0036-36342008000800011
500. Stavrakaki, C. (2002). Substance-related Disorders in Persons with Developmental Disabilities. W: D. M. Griffiths, C. Stavrakaki, J. Summers (red.), *Dual Diagnosis: An Introduction to the Mental Health Needs of Persons with Developmental Disabilities* (455-481). Network.
501. Stedman, K. V., Leland, L. S. (2010). Obesity and intellectual disability in New Zealand. *J Intellect Dev Disabil*. 2010, 35(2), 112-115. doi:10.3109/13668251003717928
502. Steinberg, L. (2001). We know some things: Parent–adolescent relationships in retrospect and prospect. *J Res Adoles.*, 11(1), 1–19. doi.org/10.1111/1532-7795.00001
503. Steinberg, L. A (2008). Social Neuroscience Perspective on Adolescent Risk-Taking. *Dev Rev*. 28(1), 78-106. doi:10.1016/j.dr.2007.08.002
504. Steinberg, L., Elmen, J. D., & Mounts, N. S. (1989). Authoritative parenting, psychosocial maturity, and academic success among adolescents. *Child Dev.*, 60(6), 1424-1436. doi.org/10.2307/1130932
505. Steinberg, M. L, Heimlich, L., Williams, J. M. (2009). Tobacco use among individuals with intellectual or developmental disabilities: a brief review. *Intellect Dev Disabil.*, 47(3), 197-207. doi:10.1352/1934-9556-47.3.197
506. Stelter, Ż (2006). Rodzina z dzieckiem upośledzonym umysłowo. Obrazy życia rodzinnego z perspektywy interdyscyplinarnej. *Roczniki Socjologii Rodziny*, XVII, s 255-275.
507. Steptoe, A., Butler, N. (1996). Sports participation and emotional wellbeing in adolescents. *Lancet*, 347(9018), 1789-1792. doi:10.1016/s0140-6736(96)91616-5
508. Steptoe, A., & Wardle, J. (2004). *Health-related Behaviour: Prevalence and Links with Disease*. W: A. Kaptein & J. Weinman (red.), *Health psychology* (s. 21–51). Blackwell Publishing.
509. Sternberg, R. J. (1996). Myths, Countermyths, and Truths About Intelligence. *Educational Reserchaer*, 25(2), s. 11-16. DOI: 10.2307/1176335

510. Sternberg, R. J. (1999). Successful intelligence: finding a balance. *Trends Cogn Sci.*, 3(11), 436-442. doi:10.1016/s1364-6613(99)01391-1
511. Stewart, L., Van de Ven, L., Katsarou, V., i in. (2009). High prevalence of obesity in ambulatory children and adolescents with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res.*, 53(10), 882-886. doi:10.1111/j.1365-2788.2009.01200.x;
512. Strauss, D., Eyman, R.K. (1996). Mortality of people with mental retardation in California with and without Down syndrome, 1986-1991. *Am J Ment Retard.* 1996, (6), 643-653.
513. Strider, F. D., Menolascino, F. J. (1982) Resources for the Mentally Retarded Citizen: A Bibliographic Essay. Pobrane z: <https://www.ideals.illinois.edu/handle/2142/7229>
514. Strømme, P., Magnus, P. (2000). Correlations between socioeconomic status, IQ and aetiology in mental retardation: a population-based study of Norwegian children. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, 35(1):12-18. doi:10.1007/s001270050003
515. Sukhodolsky, D. G., & Butter, E. M. (2007). Social Skills Training for Children with Intellectual Disabilities. W: Jacobson, J. W., Mulick, J. A., Rojahn J. (red.), *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities* (s. 601-618). Springer Science+Business Media, LLC.
516. Sutton S. (2001). Health Behavior: Psychosocial Theories. Pobrane z: <http://userpage.fu-berlin.de/~schuez/foalien/Sutton.pdf>.
517. Sutton, S. (2008). Determinants of Health-Related Behaviours: Theoretical and Methodological Issues. W: S. Sutton, A. Baum & M. Johnston (red.), *The SAGE handbook of Health Psychology* (s. 94-126). DOI: dx.doi.org/10.4135/9781848608153.n4
518. Swaine, J. G., Parish, S. L., Luken, K. Breast and cervical cancer screening for women with intellectual disabilities. *Health Soc Work.*, 38(3), 183-186. doi:10.1093/hsw/hlt012
519. Switzky, H. N. (1997). The Educational Meaning of Mental Retardation: Toward a More Helpful Construct. *Mental Retardation and the Neglected Construct of Motivation*. Pobrane z: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED408767.pdf>
520. Switzky, H. N. (1999). Intrinsic Motivation and Motivational Self-System Processes in Persons with Mental Retardation: A Theory of Motivational Orientation. W: E. Zigler, D. Bennet-Gates (red.), *Personality Development in Individuals with Mental Retardation* (s. 70-106). Cambridge University Press.
521. Szivos-Bach, S. E. (1993). Social comparisons, stigma and mainstreaming: The self esteem of young adults with a mild mental handicap. *Mental Handicap Research*, 6(3), 217-236. doi.org/10.1111/j.1468-3148.1993.tb00054.x
522. Śmigiel, R. (2011). Aspekty medyczne w opiece nad osobami dorosłymi z niepełnosprawnością intelektualną. W: B. Cytowska (red.), *Dorośli z niepełnosprawnością intelektualną w labiryntach codzienności Analiza badań – krytyka podejść – propozycje rozwiązań* (s. 317-334). Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
523. Taggart, L., & Chaplin, E. (2014). Substance misuse. W: E. Tsakanikos & J. McCarthy (red.), *Handbook of psychopathology in intellectual disability: Research, practice, and policy* (s. 205-223). Springer Science + Business Media. doi.org/10.1007/978-1-4614-8250-5_14
524. Taggart, L., McLaughlin, D., Quinn, B., Milligan, V. (2006). An exploration of substance misuse in people with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res.*, 50(8), 588-597. doi:10.1111/j.1365-2788.2006.00820.x
525. Tassé M. J. (2009). Adaptive behavior assessment and the diagnosis of mental retardation in capital cases. *Appl Neuropsychol.*, 16(2), 14-123. doi:10.1080/09084280902864451
526. Tassé, M. J., Havercamp, S. M., & Thompson, C. (2006). *Practice Guidelines in Working with Individuals who have Developmental Disabilities*. Concord, NC: PBH.
527. Tassé, M. J., Schalock, R. L., Balboni, G., i in. (2012). The construct of adaptive behavior: its conceptualization, measurement, and use in the field of intellectual disability. *Am J Intellect Dev Disabil.*, 117(4), 291-303. doi:10.1352/1944-7558-117.4.291

528. Taylor, J. E., Conrad, M. K., O'Byrne, K. K., Haddock, C. K. (2004). Saturation of tobacco smoking models and risk of alcohol and tobacco use among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 35(3), 190-196. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2004.01.008
529. Temple, B., Dubé, C., McMillan, D., i in. (2012). Pain in people with developmental disabilities: A scoping review. *Journal on Developmental Disabilities*, 18(1), 73–86.
530. Temple, V. A., Stanish, H. I. (2009). Pedometer-measured physical activity of adults with intellectual disability: predicting weekly step counts *Am J Intellect Dev Disabil.*, 114(1), 15-22. doi:10.1352/2009.114:15-22
531. Temple, V. A., Walkley, J. W. (2007). Perspectives of constraining and enabling factors for health-promoting physical activity by adults with intellectual disability. *J Intellect Dev Disabil.*, 32(1), 28-38. doi:10.1080/13668250701194034
532. Tervo, R. C., Symons, F., Stout, J., Novacheck, T. (2006). Parental report of pain and associated limitations in ambulatory children with cerebral palsy. *Arch Phys Med Rehabil.*, 87(7), 928-934. doi:10.1016/j.apmr.2006.02.023
533. Theodorakis, Y., Papaioannou, A. & Karastogianidou, C (2004). Relationship between family structure and students' health-related attitudes and behaviors. *Psychological Reports*, 95, 851-858. doi:10.2466/pr0.95.3.851-858
534. Thompson, J. R., McGrew, K., & Bruininks, R. H. (2002). Pieces of the Puzzle: Measuring the Personal Competence and Support Needs of Persons With Intellectual Disabilities. *Peabody Journal of Education*, 77(2), 23-39. DOI: 10.1207/S15327930PJE7702_4
535. Tracey, D.K. (2002). Self-Concepts of Preadolescents with Mild Intellectual Disability: Multidimensionality, Measurement, and Support for the Big Fish Little Pond Effec. *Pobrane z: https://researchdirect.westernsydney.edu.au/islandora/object/uws:370/datastream/PDF/view*
536. Tracey, D. K., Marsh, H. W. (2000). Self-Concepts of Primary Students with Mild Intellectual Disabilities: 419 Issues of Measurement and Educational Placement. W: R. G. Craven & H. W. Marsh (red.), *Self-Concept Theory, Research and Practice: Advances for the New Millennium* (419-425). SELF Research Centre, University of Western Sydney.
537. Tracey, D. K., Marsh, H. W (2002). Self-concepts of preadolescents with mild intellectual disability: Multidimensionality, measurement, and support for the big fish little pond effect. *Conference Self-Concept Research: driving international research agendas*. Sydney.
538. Tracy, J., Hosken, R. (1997). The importance of smoking education and preventative health strategies for people with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res.*, 41(5), 416-421. doi:10.1111/j.1365-2788.1997.tb00729.x
539. Trautwein, U., Lüdtke, O., Köller, O., & Baumert, J. (2006). Self-esteem, academic self-concept, and achievement: How the learning environment moderates the dynamics of self-concept. *J Pers Soc Psychol*, 90(2), 334–349. doi.org/10.1037/0022-3514.90.2.334
540. Tremblay, M. S., Inman, J. W., & Willms, J. D. (2000). The relationship between physical activity, self-esteem, and academic achievement in 12-Year-Old Children. *Pediatric Exercise Science*, 12, 312-323. DOI: 10.1123/pes.12.3.312
541. Tremblay, M. S., LeBlanc, A. G., Kho ,M. E., i in. (2011). Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth. *Int J Behav Nutr Phys Act.*, 8:98. doi:10.1186/1479-5868-8-98
542. Trost, S. G., Sallis, J. F., Pate, R. R., Freedson, P. S., Taylor, W. C., & Dowda, M. (2003). Evaluating a Model of Parental Influence on Youth Physical Activity. *American Journal of Preventive Medicine*, 25(4), 277–282. doi.org/10.1016/S0749-3797(03)00217-4
543. Trzesniewski, K. H., Donnellan, M. B., Moffitt, T. E., Robins, R. W., Poulton, R., & Caspi, A. (2006). Low self-esteem during adolescence predicts poor health, criminal behavior, and limited economic prospects during adulthood. *Dev Psychol.*, 42(2), 381–390. doi.org/10.1037/0012-1649.42.2.381

544. Tuffrey-Wijne, I., & Davies, J (2006). This is my story: I've got cancer: The Veronica Project': An ethnographic study of the experiences of people with learning disabilities who have cancer. *British Journal of Learning Disabilities* 35(1), 7-11, DOI: 10.1111/j.1468-3156.2006.00421.x
545. Tuffrey-Wijne, I., Bernal, J., Hubert, J., Butler, G., Hollins, S. (2009). People with learning disabilities who have cancer: an ethnographic study. *Br J Gen Pract.*, 59(564), 503-509. doi:10.3399/bjgp09X453413
546. Turbin, M. S., Jessor, R., Costa, F. M., Dong, Q., Zhang, H., & Wang, C. (2006). Protective and risk factors in health-enhancing behavior among adolescents in china and the United States: Does social context matter? *Health Psychol.*, 25(4), 445–454. doi.org/10.1037/0278-6133.25.4.445
547. Turk, V., Khattran, S., Kerry, S., Corney, R., Painter, K. (2012). Reporting of health problems and pain by adults with an intellectual disability and by their careers. *J Appl Res Intellect Disabil.*, 25(2), 155-165. doi:10.1111/j.1468-3148.2011.00642.x
548. Tyas S. L., Pederson, L. L. (1998). Psychosocial factors related to adolescent smoking: a critical review of the literature. *Tob Control.*, 7(4), 409-420. doi:10.1136/tc.7.4.409
549. Tylanda, B., Beckett, J., Barrett, R. P. (2007). Assessing mental retardation using standardized intelligence test. W: J. L. Matson (red.), *Handbook of assessment in person with intellectual disability* (s. 27-98). Elsevier.
550. Tyrer, F., McGrother, C. (2009). Cause-specific mortality and death certificate reporting in adults with moderate to profound intellectual disability. *J Intellect Disabil Res.*, 53(11), 898-904. doi:10.1111/j.1365-2788.2009.01201.x
551. Uba, I., Yaacob, S. N., Talib M. A., Mofrad, S., Abdullah, R. (2013). Effect of Self-Esteem in the Relationship between Stress and Substance Abuse among Adolescents: A Mediation Outcome. *International Journal of Social Science and Humanity*, 3(3), 214-217. DOI: 10.7763/IJSSH.2013.V3.230
552. U.S.DHHS, (2000). U.S. U.S. Department of Health and Human Services. *Healthy People 2010: Understanding and Improving Health*. 2nd ed. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
553. U.S.DHHS, (2012). U.S. Department of Health and Human Services. *Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
554. U.S.PHSG, (2001). U.S. Public Health Service. *Closing the Gap: A National Blueprint for Improving the Health of Individuals with Mental Retardation*. Report of the Surgeon General's Conference on Health Disparities and Mental Retardation. Washington, D.C.
555. Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., & Gagné, F. (1991). On the multidimensional versus unidimensional perspectives of self-esteem: A test using the group-comparison approach. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 19(2), 121-132. doi.org/10.2224/sbp.1991.19.2.121
556. van de Louw, J., Vorstenbosch, R., Vinck, L., Penning, C., Evenhuis, H. (2009). Prevalence of hypertension in adults with intellectual disability in the Netherlands. *J Intellect Disabil Res.*, 53(1), 78-84. doi:10.1111/j.1365-2788.2008.01130.x
557. van den Akker, M., Maaskant, M. A., van der Meijden, R. J. (2006). Cardiac diseases in people with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res.*, 50(7), 515-522. doi:10.1111/j.1365-2788.2006.00797.x
558. Van Den Broek, E. G., Janssen, C. G., Van Ramshorts, T., Deen, L (2006). Visual impairments in people with severe and profound multiple disabilities. An inventory of visual functioning. *J Intellect Disabil Res.*, 50(6), 470-475. doi:10.1111/j.1365-2788.2006.00804.x
559. van der Horst, K., Oenema, A., Ferreira, I., i in. (2007). A systematic review of environmental correlates of obesity-related dietary behaviors in youth. *Health Educ Res.*, 22(2), 203-226. doi:10.1093/her/cyl069

560. VanDerNagel, J., Kiewik, M., Buitelaar, J., DeJong C. (2011). Staff Perspectives of Substance Use and Misuse Among Adults With Intellectual Disabilities Enrolled in Dutch Disability Services. *J Pol and Pract Intellect Disabil.*, 8(3), 143–149. doi.org/10.1111/j.1741-1130.2011.00304.x
561. VanDerNagel, J. E., Kiewik, M., Postel M. G. i in.(2014). Capture recapture estimation of the prevalence of mild intellectual disability and substance use disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 35(4), 808-813. doi.org/10.1016/j.ridd.2014.01.018.
562. van Duijvenbode, N., Didden, R., Bloemsaat, G., Engels, R. C. (2012). Problematic alcohol use and mild intellectual disability: standardization of pictorial stimuli for an alcohol cue reactivity task. *Res Dev Disabil.*, 33(4), 1095-1102. doi:10.1016/j.ridd.2012.01.019
563. Vanlint, S., Nugent, M., Durvasula, S., Downs, J., Leonard H. (2008). A guide for the assessment and management of vitamin D status in people with intellectual disability (developed as an AADDM Working Party initiative). *J Intellect Dev Disabil.*, 33(2), 184-188. doi:10.1080/13668250802015625
564. van Schroyensteen Lantman-De Valk, H. M., Metsemakers, J. F., Haveman, M. J., Crebolder, H. F. (2000). Health problems in people with intellectual disability in general practice: a comparative study. *Fam Pract.*, 17(5), 405-407. doi:10.1093/fampra/17.5.405
565. van Schroyensteen Lantman-de Valk, H. J. M., Wierik, M. J. M., Akker, M. van den. (2004). Morbidity and health-care use of people with intellectual disabilities in general practice: first results of a survey in the Netherlands. *J Pol and Pract Intellect Disabil.*, 1(2), 107-109. DOI: 10.1111/j.1741-1130.2004.04024.x
566. van Splunder, J., Stilma, J. S., Bernsen, R. M., Evenhuis, H. M. (2006). Prevalence of visual impairment in adults with intellectual disabilities in the Netherlands: cross-sectional study. *Eye (Lond.)*, 20(9), 1004-1010. doi:10.1038/sj.eye.6702059
567. Vasquez, F. L., & Torres, A. (2012). Behavioral and Psychosocial Factors in Childhood Obesity. W: S.A. Yuca (red.), *Childhood Obesity* (s. 143-166). DOI: 10.5772/32295
568. Vaughn, A. E., Ward, D. S., Fisher, J. O., i in. (2016). Fundamental constructs in food parenting practices: a content map to guide future research. *Nutr Rev.* 2016, 74(2), 98-117. doi:10.1093/nutrit/nuv061
569. Vereecken, C. A., Inchley, J., Subramanian, S. V., Hublet, A., Maes, L. (2005). The relative influence of individual and contextual socio-economic status on consumption of fruit and soft drinks among adolescents in Europe. *Eur J Public Health*,15(3), 224-232. doi:10.1093/eurpub/cki005
570. Verstraelen, C. J. F.; Maaskant, M. A.; van Knijff-Raeven, A. G. M.; Curfs, L. M. G.; van Schroyensteen Lantman-de Valk, H. M. J. (2009). Weighting the Weights: Agreement among Anthropometric Indicators Identifying the Weight Status of People with Intellectual Disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil.*, 22(3), 307-313. DOI: 10.1111/j.1468-3148.2008.00463.x
571. Veselska, Z., Geckova, A. M., Orosova, O., Gajdosova, B., van Dijk, J. P., Reijneveld, S. A. (2009). Self-esteem and resilience: the connection with risky behavior among adolescents. *Addict Behav.*, 34(3), 287-291. doi:10.1016/j.addbeh.2008.11.005
572. Vialle, Heaven & Ciarrochi, 2005). The relationship between self-esteem and academic achievement in high ability students: Evidence from the Wollongong Youth Study. *The Australasian Journal of Gifted Education*, 14 (2), 39-45.
573. Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., i in. (2012). Adolescence and the social determinants of health. *Lancet.* 2012, 379(9826), 1641-1652. doi:10.1016/S0140-6736(12)60149-4
574. Wallace, R.A., Schluter, P. J., Duff. M., Ouellette-Kuntz, H., Webb, P. M., & Scheepers, M. (2004). A Review of the Risk Factors for, Consequences, Diagnosis, and Management of Helicobacter pylori in Adults with Intellectual Disabilities. *J Pol and Pract Intellect Disabil.*, 1(3/4), s 147–163. DOI: 10.1111/j.1741-1130.2004.04029.x

575. Wallace, R. A., Schluter, P. (2008). Audit of cardiovascular disease risk factors among supported adults with intellectual disability attending an ageing clinic. *J Intellect Dev Disabil.*, 33(1), 48-58. doi:10.1080/13668250701858463
576. Wallén, E. F. (2013). Cardiometabolic health in students and young adults with mild/moderate intellectual disabilities: results from a longitudinal follow-up study and a school intervention. Pobrane z: <https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/41358>
577. Warburton, D. E., Nicol, C. W., Bredin, S. S. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ*, 174(6), 801-809. doi:10.1503/cmaj.051351
578. Ward, R. L., Nichols, A. D., Freedman, R. I. (2010). Uncovering health care inequalities among adults with intellectual and developmental disabilities. *Health Soc Work.*, 35(4), 280-290. doi:10.1093/hsw/35.4.280
579. Wardle, J., Jarvis, M. J., Steggle, N., i in. (2003). Socioeconomic disparities in cancer-risk behaviors in adolescence: baseline results from the Health and Behaviour in Teenagers Study (HABITS). *Prev Med.*, 36(6), 721-730. doi:10.1016/s0091-7435(03)00047-1
580. Wehmeyer M.L., Buntinx W.H.E., Lachapelle Y. i. in. (2008). The intellectual disability construct and its relation to human functioning. *Intellect Dev Disabil.*, 46(4), 311-318.
581. Weinstein, N. D. (1993). Testing four competing theories of health-protective behavior. *Health Psychol.*, 12(4), 324-333. doi:10.1037//0278-6133.12.4.324
582. Weinstein, N. D., Rothman, A. J., Sutton, S. R. (1998) Stage theories of health behavior: conceptual and methodological issues. *Health Psychol.*, 17(3), 290-299. doi:10.1037//0278-6133.17.3.290
583. Weiss, J. A., & Bebeko, J. M. (2008). Participation in Special Olympics and change in athlete self-concept over 42 months. *Journal on Developmental Disabilities*, 14(3), 1–8.
584. Weisz, J. R. (1990). Cultural–familial mental retardation: A devolepmental perspective on cognitive performance and “helpless” behavior. W: R. M. Hodapp, J.A. Burack, & E. Zigler (red.), *Issues in the developmental approach to mental retardation* (s. 137-168). Cambridge University Press.
585. Weisz, J. R. (1999). *Cognitive Performance and Learned Helplessness in mentally Retarded Persons*. W: E. Zigler, D. Bennet-Gates (red.), *Personality Development in Individuals with Mental Retardation* (s. 17-46). Cambridge University Press.
586. Weisz, J. R., & Yeates, K. O. (1981). Cognitive development in retarded and nonretarded persons: Piagetian tests of the similar structure hypothesis. *Psychol Bull*, 90(1), 153-178. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.90.1.153>
587. Weisz, J. R., Zigler, E. (1979). Cognitive development in retarded and nonretarded persons: Piagetian tests of the similar sequence hypothesis. *Psychol Bull.*, 86(4), 831-851.
588. Werner H., Strauss A. A. (1939). Problems and methods of functional analysis in mentally deficient children. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 35(1), 37-62. doi.org/10.1037/h0055122
589. Whitaker S. (2008). The stability of IQ in people with low intellectual ability: an analysis of the literature. *Intellect Dev Disabil.*, 46 (2), 120-128. doi:10.1352/0047-6765(2008)46[120:TSOIP]2.0.CO;2
590. Whitaker S. (2013). Error in the measurement of low IQ: Implications for the diagnosis of intellectual disability in court cases. W: J.C. Kush (red.), *Intelligence Quotient: testing, role of genetics and the environment and social outcomes* (s. 111-128). New York: Nova Science Publishers,
591. WHO, ICIDH. (1980). *International classification of impairments, disabilities, and handicaps : a manual of classification relating to the consequences of disease, published in accordance with resolution WHA29.35 of the Twenty-ninth World Health Assembly, May 1976*. World Health Organization.
592. WHO, ICD-10 (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization.

593. WHO, Division of Mental Health. (1996). ICD-10 guide for mental retardation. World Health Organization.
594. WHO (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva.
595. WHO (2007a). Atlas: global resources for persons with intellectual disabilities: 2007. World Health Organization.
596. WHO (2007b). Helping parents in developing countries improve adolescents' health. World Health Organization.
597. WHO (2010). The European Declaration on the Health of Children and Young People with Intellectual Disabilities and their Families: Better Health, Better Lives outlines ten priorities for action aimed at ensuring healthy and full lives for these children and their families. Bucharest, Romania, 26–27 November 2010.
598. WHO (2013). How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Exposure draft for comment. October 2013. Geneva: WHO Functioning, Disability and Health
599. WHO & World Bank. (2011). World report on disability 2011. World Health Organization.
600. Wickrama K.A.S., Conger R.D., Wallace L.E., Elder JR. G.H. (1999). The intergenerational transmission of health-risk behaviors: adolescent lifestyles and gender moderating effects. *Journal of Health Social Behavior*, 40, 258-272.
601. Widaman, K. F., Borthwick-Duffy, S. A., Little, T. D. (1991). W: N. Bray (red.), *The Structure and Development of Adaptive Behaviors. International Review of Research in Mental Retardation*, 17, 1-54. doi.org/10.1016/S0074-7750(08)60102-0
602. Widaman, K. F., MacMillan, D. L., Hemsley, R. E., Little, T. D., & Balow, I. H. (1992). Differences in adolescents' self-concept as a function of academic level, ethnicity, and gender. *American Journal on Mental Retardation*, 96(4), 387–403.
603. Wigfield, A., Eccles, J. S., Mac Iver, D., Reuman, D. A., & Midgley, C. (1991). Transitions during early adolescence: Changes in children's domain-specific self-perceptions and general self-esteem across the transition to junior high school. *Developmental Psychology*, 27(4), 552–565. doi.org/10.1037/0012-1649.27.4.552
604. Williams, C. D. (1973). Health begins at home: reflections on the theme of W.H.O. day 1973. *J Trop Med Hyg.*, 76(8), 210-216.
605. Williams, D., & Collins, C. (1995). US Socioeconomic and Racial Differences in Health: Patterns and Explanations. *Annual Review of Sociology*, 21, 349-386.
606. Willis, D. S. (2013). Breast screening: participation of women with intellectual disabilities. *Learning Disability Practice* 16(4):24-26. DOI: 10.7748/ldp2013.05.16.4.24.e1422
607. Willis, D. S., Kennedy, C. M., & Kilbride, L. (2008). Breast cancer screening in women with learning disabilities: current knowledge and considerations. *British Journal of Learning Disabilities*, 36, 171–184. doi:10.1111/j.1468-3156.2008.00520.x
608. Winnail, S. D., Valois, R. F., McKeown, R. E., Saunders, R. P., Pate, R. R. (1995). Relationship between physical activity level and cigarette, smokeless tobacco, and marijuana use among public high school adolescents. *J Sch Health.*, 65(10), 438-442. doi:10.1111/j.1746-1561.1995.tb08209.x
609. Winterhalder, R., & Ring, H. (2014). Epilepsy: W: E. Tsakanikos & J. McCarthy (red.), *Handbook of Psychopathology in Intellectual Disability: Research, Practice, and Policy, Autism and Child Psychopathology Series* (s. 83-94). New York: Springer Science+Business Media.
610. Witkowski T., (1998), *Obraz siebie u młodzieży z lekkim niedorozwojem umysłowym*, w: M. Chodkowska (red.), *Pedagogika specjalna wobec potrzeb terażniejszości i wyzwań przyszłości*, Lublin, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
611. Wojciszke, B. (2005). *Postawy i ich zmiana*. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej* (79-106). Gdańsk: GWP.
612. Wojtyła, Kapka-Skrzypczak, L., Paprzycki, P., Diatczyk, J., Bylina, J. (2011). *Zachowania zdrowotne młodzieży. Raport*, Lublin: Instytut Medycy WSI.

613. Wu, C. S., Wong, H. T., Shek, C. H., Loke, A.Y. (2014). Multi-dimensional self-esteem and substance use among Chinese adolescents. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 9, 42. doi:10.1186/1747-597X-9-42
614. www.euro.who.int
615. Wyczesany, J. (1999). *Pedagogika upośledzonych umysłowo : wybrane zagadnienia*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
616. Wyszynska, J. (2015). Czynniki ryzyka i występowanie nadciśnienia tętniczego u dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie w wieku szkolnym w województwie podkarpackim. Pobrane z: <https://repozytorium.ur.edu.pl/handle/item/890>
617. Yamaki, K. (2005). Body weight status among adults with intellectual disability in the community. *Ment Retard.*, 43(1), 1-10. doi:10.1352/0047-6765(2005)43<1:BWSAAW>2.0.CO;2
618. Yamaki K, Fujiura GT. Employment and income status of adults with developmental disabilities living in the community. *Ment Retard.* 2002;40(2):132-141. doi:10.1352/0047-6765(2002)040<0132:EAISOA>2.0.CO;2
619. Yarcheski, T. J., Mahon, N. E., Yarcheski, A. (2003). Social support, self-esteem, and positive health practices of early adolescents. *Psychol Rep.*, 92(1), 99-103. doi:10.2466/pr0.2003.92.1.99
620. Zadworna-Cieślak, M. (2010a). Rola rodziny w kształtowaniu zachowań ryzykownych dla zdrowia młodzieży. W: N. Ogińska Bulik (red.), *Zachowania ryzykowne i szkodliwe dla zdrowia* (s. 43-58). Łódź: Wydawnictwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej.
621. Zadworna-Cieślak, M. (2010b). Zachowania zdrowotne rodziców i ich dorastających dzieci. W: N. Ogińska Bulik (red.), *Zachowania ryzykowne i szkodliwe dla zdrowia* (s. 59-76). Łódź: Wydawnictwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej.
622. Zadworna-Cieślak, M., Ogińska-Bulik, N. (2011). *Zachowania zdrowotne młodzieży – uwarunkowania podmiotowe i rodzinne*. Warszawa: Difin SA.
623. Zaharopoulos, E., & Hodge, K. P. (1991). Self-Concept and Sport Participation. *New Zealand Journal of Psychology*, 20, 12-16.
624. Zawadzka, D. (2015). Higiena jamy ustnej. W: J. Mazur (red.), *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych*. Wyniki badań HBSC 2014 (s. 156-161). Warszawa: Instytut matki i dziecka.
625. Zheng, X., Chen, R., Li, N., i in. (2012). Socioeconomic status and children with intellectual disability in China. *J Intellect Disabil Res*, 56(2), 212-220. doi: 10.1111/j.1365-2788.2011.01470.x
626. Ziemska, M. (1973). *Postawy rodzicielskie*. Warszawa: Wiedza powszechna.
627. Ziemska, M. (1981). *Kwestionariusz dla rodziców do badania postaw rodzicielskich: podręcznik tymczasowy*. Warszawa: PWN.
628. Zigler, E. (1967). Familial mental retardation: a continuing dilemma. *Science*, 155(3760), 292-298. doi:10.1126/science.155.3760.292
629. Zigler, E. (1995). Editorial: Can We "Cure" Mild Mental Retardation among Individuals in the Lower Socioeconomic Stratum? *Am J Public Health*, 85(3), 302-304.
630. Zigler, E. (1999). The Individual with Mental Retardation as a Whole Person. W: E. Zigler, D. Bennet-Gates (red.), *Personality Development in Individuals with Mental Retardation* (s. 1-16). Cambridge University Press.
631. Zigler, E., Balla, D. (1977). Personality factors in the performance of the retarded. Implications for clinical assessment. *J Am Acad Child Psychiatr*, 16(1), 19-37. doi:10.1016/s0002-7138(09)61578-8
632. Zigler, E., & Butterfield, E. C. (1966). Rigidity in the retarded: A further test of the Lewin-Kounin formulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 71(3), 224-231. doi.org/10.1037/h0023403
633. Zigler, E. & Hodapp, R. M. (1986). *Understanding Mental Retardation*. Cambridge University Press.
634. Zigler E. Hodapp R.M. (1991). Behavioral functioning in individuals with mental retardation. *Annu Rev Psychol.*, 42, 29-50. doi:10.1146/annurev.ps.42.020191.000333
635. Zigler, E., & Trickett, P. K. (1978). IQ, social competence, and evaluation of early childhood intervention programs. *American Psychologist*, 33(9), 789-798. doi.org/10.1037/0003-066X.33.9.789

636. Zylstra i wsp., 2008). Prevalence of Osteoporosis in Community-Dwelling Individuals with Intellectual and/or Developmental Disabilities. *Journal of the American Medical Directors Association*, 9(2), 109-113. DOI: 10.1016/j.jamda.2007.09.008
637. Żmudzka M. (2003). Samoocena dzieci niepełnosprawnych intelektualnie uczęszczających do klas integracyjnych, W: Z. Janiszewska-Nieścioruk (red.), *Człowiek z niepełnosprawnością intelektualną. Tom I Wybrane problemy osobowości, rodzin i edukacji osób z niepełnosprawnością intelektualną* (s. 47-58). Kraków: Oficyna Wydawnicza "Impuls".
638. Żółkowska T. (2003), Poziom samoakceptacji osób z głębszą niepełnosprawnością. W: Z. Janiszewska-Nieścioruk (red.), *Człowiek z niepełnosprawnością intelektualną. Tom I Wybrane problemy osobowości, rodzin i edukacji osób z niepełnosprawnością intelektualną* (s. 59-68). Kraków: Oficyna Wydawnicza "Impuls".

Załącznik nr 1: Kwestionariusz Zachowań Zdrowotnych dla młodzieży (KZZM).

(woryginalie: w orientacji poziomej, czcionka w rozmiarze 14)

Poniżej znajdują się twierdzenia dotyczące zachowań ważnych dla zdrowia każdego człowieka. Obok każdego twierdzenia podane są możliwe odpowiedzi. Przeczytaj uważnie każde zdanie, a następnie przypomnij sobie jak **TY** zachowywałeś się podczas ostatniego miesiąca (licząc od dziś, czyli dnia badania). Zawsze musisz wybrać tylko **jedną** odpowiedź. Oto przykład:

Jadasz wiele rodzajów produktów spożywczych. Jak często podczas

ostatniego miesiąca **jadłeś ciastka:**



© Can Stock Photo - csp9769911

Jadłem dużą paczkę ciastek każdego dnia

Jadłem małą paczkę ciastek każdego dnia

Jadłem małą paczkę ciastek od 4 do 6 razy w tygodniu

Jadłem małą paczkę ciastek od 2 do 4 razy w tygodniu

Jadłem małą paczkę ciastek 1 raz w tygodniu

Jadłem małą paczkę ciastek rzadziej niż 1 raz w tygodniu

Dlaczego **jesz ciastka**?

Ponieważ [nie] lubię jeść ciastek

Bo [nie] lubię jeść ciastek i wiem, że [nie] należy ich jeść

Ponieważ wiem, że [nie] należy jeść ciastek

Ponieważ inni uczniowie też [nie] jedzą ciastek

Bo ktoś mnie zachęca do jedzenia ciastek

Bo ktoś mnie zmusza do jedzenia ciastek

PAMIĘTAJ!! To nie jest sprawdzian, **nie ma złych lub dobrych odpowiedzi** i każdy wybiera tą odpowiedź, którą jego zdaniem najlepiej do niego pasuje. Zawsze musisz wybrać tylko **jedną** odpowiedź. Nikt nie dowie się jak odpowiedziałeś. Zależy mi byś napisał prawdę bo twoje odpowiedzi pomogą mi określić jak osoby w twoim wieku dbają o własne zdrowie.

Mycie ciała jest jedną z podstawowych czynności higienicznych. Jak często podczas ostatniego miesiąca brałeś kąpiel?



Myłem się 2 razy dziennie każdego dnia

Myłem się raz dziennie każdego dnia

Myłem się od 4 do 6 razy w tygodniu

Myłem się od 2 do 3 razy w tygodniu

Myłem się 1 raz w tygodniu

Myłem się mniej niż 1 raz w tygodniu

Dlaczego **bierzesz kąpiel?**



Bo wiem, że [nie] należy się myć

Bo [nie] lubię się myć i wiem, że tak [nie] należy

Bo [nie] lubię się myć

Bo inni uczniowie też się [nie] myją

Bo ktoś zachęca mnie do mycia się

Bo ktoś zmusza mnie do mycia się

Niektórzy ludzie po wstaniu z łóżka wykonują **gimnastykę poranną**.
Jak często **podczas ostatniego miesiąca gimnastkowałeś się** ?



Gimnastkowałem się od 4 do 6 razy w tygodniu

Gimnastkowałem się codziennie

Gimnastkowałem się od 2 do 3 razy w tygodniu

Gimnastkowałem się od 4 do 5 razy w miesiącu

Gimnastkowałem się od 2 do 3 razy w miesiącu

Gimnastkowałem się 1 lub mniej razy w miesiącu

Dlaczego **gimnastkujesz się**?



Bo ktoś zmusza mnie do gimnastkowania się

Bo inni uczniowie też się [nie] gimnastkują

Bo ktoś zachęca mnie do gimnastkowania się

Bo wiem, że [nie] należy się gimnastkować

Bo [nie] lubię się gimnastkować i wiem, że tak [nie]

Bo [nie] lubię się gimnastkować

Podczas dnia zjadasz wiele rodzajów produktów spożywczych. Jak często **podczas ostatniego miesiąca jadłeś owoce** (np. jabłko, pomarańcza, banan, itp.)?



- Jadłem 1 owoc każdego dnia
- Jadłem owoce od 2 do 3 razy w tygodniu
- Jadłem owoce raz w tygodniu
- Jadłem owoce rzadziej niż raz w tygodniu
- Jadłem owoce raz w tygodniu
- Jadłem owoce rzadziej niż raz w tygodniu

Dlaczego **jesz owoce?**



- Bo inni uczniowie też [nie] jedzą owoce
- Bo [nie] lubię jeść owoce
- Bo [nie] należy jeść owoce
- Bo ktoś zachęca mnie do jedzenia owoców
- Bo [nie] lubię jeść owoce i wiem, że tak [nie] należy
- Bo ktoś zmusza mnie bym jadł owoce

Mycie zębów jest jedną z podstawowych czynności higienicznych. Jak często podczas ostatniego miesiąca myłeś zęby?



Myłem zęby po każdym posiłku

Myłem zęby 2 razy dziennie

Myłem zęby 1 raz dziennie

Myłem zęby od 4 do 6 razy w tygodniu

Myłem zęby od 1 do 3 razy w tygodniu

Myłem zęby mniej niż raz w tygodniu

Dlaczego myjesz zęby?



Bo wiem, że [nie] należy myć zębów

Bo inni uczniowie też [nie] myją zębów

Bo ktoś zmusza mnie do mycia zębów

Bo ktoś zachęca mnie do mycia zębów

Bo [nie] lubię myć zębów

Bo [nie] lubię myć zębów i wiem, że [nie] należy tak robić

Gdy jesteś w szkole masz wiele lekcji.

Jedną z nich jest wychowanie fizyczne.

Jak często **podczas ostatniego miesiąca**

ćwiczyłeś na lekcji wychowania

fizycznego (WF)?



Ćwiczyłem na każdej lekcji WF,
która się odbyła.

Ćwiczyłem na 3 lekcjach WF w tygodniu

Ćwiczyłem na 2 lekcjach WF w tygodniu
(w sumie na 8-10 lekcjach w miesiącu)

Ćwiczyłem na 1 lekcjach WF w tygodniu
(w sumie na 4-5 lekcjach w miesiącu)

Ćwiczyłem na 1 -3 lekcjach WF w miesiącu

W ogóle nie ćwiczyłem na lekcjach WF
podczas ostatniego miesiąca

Dlaczego [nie] ćwiczysz na lekcji WF?



Bo ktoś zmusza mnie
bym ćwiczył na lekcji WF

Bo lubię [nie] ćwiczyć na lekcji WF

Bo inni uczniowie
też ćwiczą na lekcji WF

Bo wiem, że [nie] należy
ćwiczyć na lekcji WF

Bo ktoś zachęca mnie
bym ćwiczył na lekcji WF

Bo [nie] lubię ćwiczyć na lekcji WF
i wiem, że tak [nie] należy robić

Podczas każdego dnia pijesz kilka rodzajów napojów. **Jak często podczas ostatniego miesiąca piłeś napoje gazowane** typu Coca Cola, Sprite, Fanta lub im podobne?



Dlaczego pijasz **napoje gazowane**?



Piłem dużą butelkę napoju gazowanego każdego dnia

Piłem małą butelkę napoju gazowanego każdego dnia

Piłem małą butelkę napoju gazowanego od 4 do 6 razy w tygodniu

Piłem butelkę napoju gazowanego od 2 do 3 razy w tygodniu

Piłem butelkę napoju gazowanego 1 raz w tygodniu

Piłem butelkę napoju gazowanego rzadziej niż 1 raz w tygodniu

Bo [nie] lubię pić napoje gazowane i wiem, że tak [nie] należy robić

Bo inni uczniowie też [nie] piją napoje gazowane

Bo ktoś zachęca mnie bym pił napoje gazowane

Bo wiem, że [nie] należy pić napoje gazowane

Bo [nie] lubię pić napoje gazowane

Bo ktoś zmusza mnie byłem pił napoje gazowane

Podczas dnia masz czas wolny (gdy nie masz żadnych obowiązków). Możesz go spędzać na wiele sposobów. **Jak dużo czasu podczas ostatniego miesiąca spędziłeś siedząc przed komputerem?**



Przed komputerem spędzałem więcej niż 3 godziny każdego dnia

Przed komputerem spędzałem od 2 do 3 godzin każdego dnia

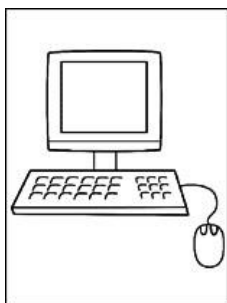
Przed komputerem spędzałem od 1 do 1,5 godziny każdego dnia

Przed komputerem spędzałem około 1 godzinę każdego dnia

Przed komputerem spędzałem od 2 do 6 godziny w tygodniu

Przed komputerem spędzałem mniej niż 1 godzinę w tygodniu

Dlaczego spędzasz czas przed komputerem?



Bo inni uczniowie też spędzają czas przed komputerem

Bo [nie] lubię spędzać czas przed komputerem

Bo ktoś zmusza mnie bym spędzał czas przed komputerem

Bo [nie] lubię spędzać czas przed komputerem i wiem, że tak {nie} należy

Bo wiem, że [nie] należy spędzać czas przed komputerem

Bo ktoś zachęca mnie bym spędzał czas przed komputerem

Niektórzy w twoim wieku palą papierosy.

Jak często **podczas ostatniego miesiąca**

palileś papierosy?



Dlaczego [nie] **palisz papierosy?**

Palilem więcej niż pół paczki papierosów
każdego dnia (więcej niż 10 papierosów)

Palilem od 5 do 10 papierosów dziennie

Palilem kilka papierosów w tygodniu

Palilem 2- 3 papierosy w miesiącu

Próbowałem 1 raz papierosa
podczas ostatniego miesiąca

W ogóle nie paliłem papierosów
podczas ostatniego miesiąca

Bo ktoś zachęca mnie bym palił papierosy

Bo wiem, że [nie] należy palić papierosów

Bo inni uczniowie też [nie] palą papierosy

Bo [nie] lubię palić papierosów
i wiem, że tak [nie] należy robić

Bo ktoś zmusza mnie bym palił papierosy

Bo [nie] lubię palić papierosów

Jadasz wiele rodzajów produktów spożywczych. Jak często podczas ostatniego miesiąca **jadłeś chipsy?**



Jadłem małą paczkę chipsów od 4 do 6 razy w tygodniu każdego dnia

Jadłem paczkę chipsów od 2 do 3 razy w tygodniu

Jadłem paczkę chipsów 1 raz w tygodniu

Jadłem paczkę chipsów rzadziej niż 1 raz w tygodniu

Jadłem paczkę chipsów 1 raz w tygodniu

Jadłem paczkę chipsów rzadziej niż 1 raz w tygodniu

Dlaczego **jesz chipsy?**



Bo wiem, że [nie] należy jeść chipsy

Bo inni uczniowie też [nie] jedzą chipsy

Bo ktoś mnie zachęca do jedzenia chipsów

Bo ktoś mnie zmusza do jedzenia chipsów

Bo [nie] lubię jeść chipsy i wiem, że [nie] należy je jeść

Bo [nie] lubię jeść chipsy

Podczas dnia jest wiele sytuacji,
w których brudzą się ręce (dłonie).

Jak często **podczas ostatniego**
miesiąca myłeś ręce (dłonie)?



Myłem ręce więcej niż 4 razy dziennie

Myłem ręce od 3 do 4 razy dziennie

Myłem ręce od 2 razy dziennie

Myłem ręce 1 raz dziennie

Myłem ręce od 4 do 6 razy w tygodniu

Myłem ręce rzadziej niż 4 razy w
tygodniu

Dlaczego **myjesz dłonie?**



Bo ktoś zmusza mnie bym mył dłonie

Bo [nie] lubię myć dłonie

Bo wiem, że [nie] należy myć dłonie

Bo inni uczniowie też [nie] myją dłonie

Bo [nie] lubię myć dłonie i wiem, że [nie] należy je myć

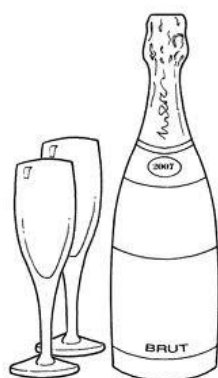
Bo ktoś zachęca mnie bym mył dłonie

Niektórzy w twoim wieku piją alkohol

(na przykład: piwo, wino, wódkę).

Jak często **podczas ostatniego miesiąca**

piłeś alkohol?



Dlaczego [nie] **pijesz alkoholu?**

Piłem wódkę 1 lub więcej razy w tygodniu

Piłem piwo lub wino 1 lub więcej razy w tygodniu

Piłem alkohol od 2 do 4 razy w ostatnim miesiącu

Próbowałem 1 raz szampana w ostatnim miesiącu

Próbowałem 1 raz piwo w ostatnim miesiącu

Nie piłem alkoholu w ogóle podczas ostatniego miesiąca

Bo inni uczniowie też [nie] pija alkoholu

Bo ktoś zachęca mnie by pić alkohol

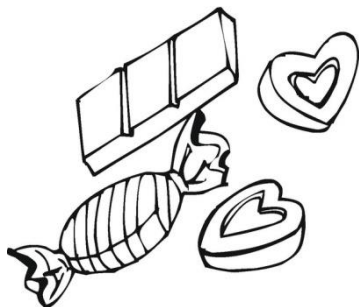
Bo [nie] lubię pić alkoholu

Bo [nie] należy pić alkoholu

Bo ktoś zmusza mnie by pić alkohol

Bo [nie] lubię pić alkoholu i wiem, że [nie] należy tak robić

Podczas dnia zjadasz wiele rodzajów produktów spożywczych. Jak często **podczas ostatniego miesiąca jadałeś słodczyce** (np. batoniki, lizaki, czekoladę)?



Jadłem słodczyce od 3 do 4 razy dziennie

Jadłem słodczyce od 1 do 2 razy dziennie

Jadłem 1 słodczyca 1 raz dziennie

Jadłem słodczyce od 3 do 6 razy w tygodniu

Jadłem słodczyce od 1 do 2 razy w tygodniu

Jadłem słodczyce rzadziej niż 1 raz w tygodniu

Dlaczego **jesz słodczyce?**



Bo wiem, że [nie] należy jeść słodczych

Bo [nie] lubię jeść słodczyce

Bo ktoś zmusza mnie bym jadł słodczyce

Bo ktoś zachęca mnie bym jadł słodczyce

Bo [nie] lubię jeść słodczyce i wiem, że tak [nie] należy robić

Bo inni uczniowie też {nie} jedzą słodczyce

Podczas dnia masz czas wolny (gdy nie masz żadnych obowiązków). Możesz go spędzać na wiele sposobów. **Jak dużo czasu podczas ostatniego miesiąca spędziłeś siedząc przed telewizorem?**



Dlaczego spędzasz czas przed telewizorem?



Przed telewizorem spędzałem więcej niż 3 godziny każdego dnia

Przed telewizorem spędzałem od 2 do 3 godzin każdego dnia

Przed telewizorem spędzałem od 1 do 1,5 godziny każdego dnia

Przed telewizorem spędzałem około 1 godzinę każdego dnia

Przed telewizorem spędzałem od 2 do 6 godziny w tygodniu

Przed telewizorem spędzałem mniej niż 1 godzinę w tygodniu

Bo [nie] lubię spędzać czas przed telewizorem i wiem, że tak [nie] należy robić

Bo inni uczniowie też [nie] spędzają czas przed telewizorem

Bo ktoś zmusza mnie byłem spędzał czas przed telewizorem

Bo [nie] należy spędzać czas przed telewizorem

Bo ktoś zachęca mnie byłem spędzał czas przed telewizorem

Bo [nie] lubię spędzać czas przed telewizorem

Istnieje wiele sposobów spędzania czasu wolnego (gdy nie masz żadnych obowiązków). Można spędzać **czas aktywnie** na przykład: chodząc na spacer, grać w piłkę, czy jeździć na rowerze. Jak często **w ostatnim miesiącu spędzałeś aktywnie czas?**

Aktywnie spędzałem czas każdego dnia tygodniu

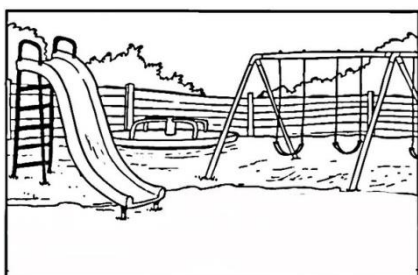
Aktywnie spędzałem czas od 4 do 6 razy w tygodniu

Aktywnie spędzałem czas od 2 do 3 razy w tygodniu

Aktywnie spędzałem czas 1 raz w tygodniu

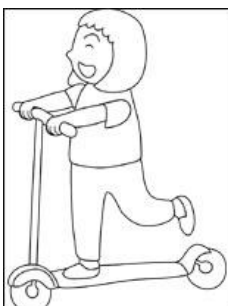
Aktywnie spędzałem czas od 2 do 3 razy w miesiącu

Aktywnie spędzałem czas rzadziej niż 2 razy w miesiącu



© 2014

Dlaczego **spędzasz aktywnie czas?**



Bo ktoś zmusza mnie być aktywnie spędzać czas

Bo ktoś zachęca mnie bym aktywnie spędzać czas

Bo inni uczniowie również aktywnie spędzają czas

Bo wiem, że [nie] należy aktywnie spędzać czas

Bo lubię aktywnie spędzać czas

Bo [nie] lubię i wiem, że [nie] należy aktywnie spędzać czas

Podczas dnia zjadasz wiele rodzajów produktów spożywczych. Jak często **podczas ostatniego miesiąca jadłeś warzywa** (np. marchewkę, pomidora, sałatę, ogórka, kapustę, itp.)?



Jadłem różne warzywa 2 razy dziennie

Jadłem różne warzywa 1 raz dziennie

Jadłem 1 warzywo każdego dnia

Jadłem warzywa od 2 do 3 razy w tygodniu

Jadłem warzywa 1 raz w tygodniu

Jadłem warzywa rzadziej niż 1 raz w tygodniu

Dlaczego **jesz warzywa**?



Bo [nie] lubię i wiem, że [nie] należy jeść warzywa

Bo [nie] lubię jeść warzywa

Bo wiem, że [nie] należy jeść warzywa

Bo inni uczniowie też [nie] jedzą warzywa

Bo ktoś zmusza mnie bym jadł warzywa

Bo ktoś zachęca mnie bym jadł warzywa

Załącznik nr 2. Porównanie różnic w nasileniu prozdrowotności zbiorów zachowań młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej, w odniesieniu do płci.

Tabela 75. Jednoczynnikowa analiza wariancji ANOVA nasilenia prozdrowotności zbiorów zachowań młodzieży grupy badawczej i kontrolnej, w odniesieniu do płci.

| Grupy z. prozdr. | ANOVA | Suma kwadratów | df | Średni kwadrat | F | Istotność |
|-------------------------|----------------|----------------|-----|----------------|------|----------------|
| Higiena | Między grupami | 20,277 | 3 | 6,759 | 1,76 | 0,158 |
| | Wewnątrz grup | 533,695 | 139 | 3,840 | | |
| | Ogółem | 553,972 | 142 | | | |
| Zachowania destrukcyjne | Między grupami | 8,725 | 3 | 2,908 | 0,96 | 0,416 |
| | Wewnątrz grup | 422,981 | 139 | 3,043 | | |
| | Ogółem | 431,706 | 142 | | | |
| Dieta | Między grupami | 215,895 | 3 | 71,965 | 4,77 | 0,003** |
| | Wewnątrz grup | 2097,559 | 139 | 15,090 | | |
| | Ogółem | 2313,455 | 142 | | | |
| Aktywność fizyczna | Między grupami | 46,092 | 3 | 15,364 | 1,21 | 0,310 |
| | Wewnątrz grup | 1769,726 | 139 | 12,732 | | |
| | Ogółem | 1815,818 | 142 | | | |
| Zachowania sedenteryjne | Między grupami | 14,099 | 3 | 4,700 | 0,69 | 0,562 |
| | Wewnątrz grup | 952,334 | 139 | 6,851 | | |
| | Ogółem | 966,434 | 142 | | | |

*p<0,05

**p<0,01

Na podstawie testu post hoc (Test Dunnetta T3) można stwierdzić, że dziewczęta o typowym rozwoju przejawiają istotnie zdrowszą dietę, aniżeli dziewczęta (p<0,01) oraz chłopcy (p<0,05) z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

Załącznik nr 3. Porównanie różnic w nasileniu prozdrowotności klas zachowań młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej.

Tabela 76. Statystyki opisowe oraz test t dla prób niezależnych nasilenia prozdrowotności klas zachowań młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej.

| Klasy z. prozdr. | Grupa | N | Średnia | Odchylenie standardowe | t | df | Istotność |
|--------------------|-----------|----|---------|------------------------|-------|-------|-----------|
| Kąpiel/ prysznic | Badawcza | 80 | 5,0 | 1,1 | -0,89 | 141,0 | 0,375 |
| | Kontrolna | 63 | 5,1 | 0,9 | | | |
| Gimnastyka poranna | Badawcza | 80 | 3,4 | 2,2 | 1,85 | 140,0 | 0,067 |
| | Kontrolna | 63 | 2,8 | 1,8 | | | |
| Spożywanie owoców | Badawcza | 80 | 4,4 | 1,5 | -1,02 | 141,0 | 0,307 |
| | Kontrolna | 63 | 4,6 | 1,3 | | | |

| | | | | | | | |
|--------------------------------|-----------|----|-----|-----|-------|-------|----------------|
| Mycie zębów | Badawcza | 80 | 4,9 | 1,1 | 0,61 | 138,0 | 0,545 |
| | Kontrolna | 63 | 4,8 | 0,7 | | | |
| Uczestnictwo w lekcji WF | Badawcza | 80 | 5,2 | 1,5 | 0,86 | 141,0 | 0,390 |
| | Kontrolna | 63 | 5,0 | 1,6 | | | |
| Spożywanie napojów słodkich | Badawcza | 80 | 3,6 | 1,8 | -2,94 | 141,0 | 0,004** |
| | Kontrolna | 63 | 4,4 | 1,6 | | | |
| Czas przed komputerem | Badawcza | 80 | 3,5 | 1,9 | 0,48 | 141,0 | 0,633 |
| | Kontrolna | 63 | 3,4 | 1,7 | | | |
| Palenie papierosów | Badawcza | 80 | 5,6 | 1,1 | -0,64 | 141,0 | 0,522 |
| | Kontrolna | 63 | 5,7 | 0,9 | | | |
| Jedzenie chipsów | Badawcza | 80 | 4,0 | 1,6 | -3,41 | 141,0 | 0,001** |
| | Kontrolna | 63 | 4,8 | 1,3 | | | |
| Mycie rąk | Badawcza | 80 | 4,9 | 1,3 | -2,42 | 136,4 | 0,017* |
| | Kontrolna | 63 | 5,4 | 0,8 | | | |
| Spożywanie alkoholu | Badawcza | 80 | 5,8 | 0,8 | 2,59 | 98,0 | 0,011* |
| | Kontrolna | 63 | 5,3 | 1,3 | | | |
| Jedzenie słodczy | Badawcza | 80 | 3,2 | 1,7 | -0,13 | 141,0 | 0,897 |
| | Kontrolna | 63 | 3,2 | 1,4 | | | |
| Oglądanie TV | Badawcza | 80 | 3,2 | 1,8 | -1,91 | 140,2 | 0,058 |
| | Kontrolna | 63 | 3,8 | 1,5 | | | |
| Aktywność fiz. w czasie wolnym | badawcza | 80 | 4,7 | 1,7 | 0,47 | 141,0 | 0,636 |
| | kontrolna | 63 | 4,6 | 1,4 | | | |
| Spożywanie warzyw | badawcza | 80 | 4,4 | 1,5 | -0,30 | 141,0 | 0,768 |
| | kontrolna | 63 | 4,5 | 1,3 | | | |

*p<0,05

**p<0,01

**p<0,01

Załącznik nr 4. Porównanie różnic w nasileniu wewnątrzsterowności zbiorów zachowań zdrowotnych młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej, w poszczególnych kategoriach wiekowych.

Tabela 77. Test t dla prób niezależnych nasilenia prozdrowotności zbiorów zachowań młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej, w poszczególnych kategoriach wiekowych.

| Grupy z.z. | 12-13 lat | | | 14-15 lat | | | 16-17 lat | | |
|-------------------------|-----------|------|---------------|-----------|------|---------------|-----------|------|---------------|
| | t | df | Istotność | t | df | Istotność | t | df | Istotność |
| Dieta | -1,9 | 37,7 | 0,072 | -1,6 | 49,0 | 0,112 | -2,3 | 34,3 | 0,028* |
| Zachowania destrukcyjne | -1,3 | 38,0 | 0,208 | 1,4 | 31,8 | 0,184 | -0,5 | 50,0 | 0,607 |
| Zachowania sedenteryjne | -2,6 | 31,1 | 0,015* | -0,4 | 49,0 | 0,726 | -1,1 | 37,5 | 0,263 |
| Aktywność fizyczna | -0,9 | 38,0 | 0,369 | -1,1 | 49,0 | 0,276 | -2,4 | 50,0 | 0,019* |
| Higiena | -2,4 | 38,0 | 0,020* | -2 | 48,8 | 0,052* | -2,1 | 50,0 | 0,041* |

*p<0,05

**p<0,01

Załącznik nr 5. Różnice w nasileniu wewnątrzsterowności zbiorów zachowań zdrowotnych młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej, w odniesieniu do płci badanych.

Tabela 78. Jednoczynnikowa analiza wariancji ANOVA nasilenia wewnątrzsterowności zbiorów zachowań zdrowotnych młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej, w odniesieniu do płci.

| | | Suma kwadratów | df | Średni kwadrat | F | Istotność |
|-------------------------|----------------|----------------|-------|----------------|-------|----------------|
| Dieta | Między grupami | 128,351 | 3,0 | 42,784 | 0,830 | 0,011* |
| | Wewnątrz grup | 1551,621 | 139,0 | 11,163 | | |
| | Ogółem | 1679,0 | 142,0 | | | |
| Zachowania destrukcyjne | Między grupami | 2,577 | 3,0 | 0,900 | 0,252 | 0,860 |
| | Wewnątrz grup | 473,633 | 139,0 | 3,400 | | |
| | Ogółem | 476,210 | 142,0 | | | |
| Zachowania sedenteryjne | Między grupami | 12,189 | 3,0 | 4,063 | 1,202 | 0,312 |
| | Wewnątrz grup | 470,021 | 139,0 | 3,381 | | |
| | Ogółem | 482,210 | 142,0 | | | |
| Aktywność fizyczna | Między grupami | 71,007 | 3,0 | 23,669 | 4,307 | 0,006** |
| | Wewnątrz grup | 763,930 | 139,0 | 5,496 | | |
| | Ogółem | 834,937 | 142,0 | | | |
| Higiena | Między grupami | 62,471 | 3,0 | 20,824 | 5,268 | 0,002** |
| | Wewnątrz grup | 549,431 | 139,0 | 3,953 | | |
| | Ogółem | 611,902 | 142,0 | | | |

*p<0,05

**p<0,01

Na podstawie zastosowanego testu post hoc (Dunnetta T3) stwierdza się, że dziewczęta z grupy kontrolnej podejmują zachowania związane z dietą i higieną z istotnie większym nasileniem wewnątrzsterowności, aniżeli dziewczęta (kolejno p<0,05 i p<0,01) i chłopcy (kolejno p<0,01 i p<0,05) z grupy badawczej. Ponadto chłopcy o typowym rozwoju w istotnie większym stopniu wewnątrzsterownie podejmują zachowania związane z aktywnością fizyczną, aniżeli dziewczęta z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim (p<0,05).

Załącznik nr 6. Różnice w nasileniu wewnątrzsterowności klas zachowań zdrowotnych młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej.

Tabela 79. Statystyki opisowe oraz test t dla prób niezależnych nasilenia wewnątrzsterowności klas z.z., w grupie kontrolnej i badawczej.

| Klasy z.z. | Grupa | N | Średnia | Odchylenie standardowe | t | df | Istotność |
|------------------|-----------|----|---------|------------------------|-------|-------|----------------|
| Kąpiel/ prysznic | Badawcza | 80 | 3,8 | 0,9 | -3,72 | 141,0 | 0,000** |
| | Kontrolna | 63 | 4,3 | 0,8 | | | |

| | | | | | | | |
|--------------------------------|-----------|----|-----|-----|-------|-------|----------------|
| Gimnastyka poranna | Badawcza | 80 | 3,5 | 1,2 | -1,00 | 141,0 | 0,320 |
| | Kontrolna | 63 | 3,7 | 1,1 | | | |
| Spożywanie owoców | Badawcza | 80 | 3,4 | 1,3 | -3,53 | 135,4 | 0,001** |
| | Kontrolna | 63 | 4,0 | 0,8 | | | |
| Mycie zębów | Badawcza | 80 | 3,8 | 1,0 | -2,83 | 129,5 | 0,005** |
| | Kontrolna | 63 | 4,1 | 0,6 | | | |
| Uczestnictwo w lekcji WF | Badawcza | 80 | 3,4 | 1,4 | -2,74 | 137,6 | 0,007** |
| | Kontrolna | 63 | 3,9 | 0,9 | | | |
| Spożywanie napojów słodkich | Badawcza | 80 | 3,6 | 1,3 | -2,22 | 131,2 | 0,028* |
| | Kontrolna | 63 | 4,0 | 0,8 | | | |
| Czas przed komputerem | Badawcza | 80 | 3,3 | 1,4 | -2,12 | 138,7 | 0,036* |
| | Kontrolna | 63 | 3,7 | 0,9 | | | |
| Palenie papierosów | Badawcza | 80 | 3,8 | 1,0 | -1,59 | 141,0 | 0,115 |
| | Kontrolna | 63 | 4,0 | 1,0 | | | |
| Jedzenie chipsów | Badawcza | 80 | 3,7 | 1,1 | -1,23 | 139,8 | 0,221 |
| | Kontrolna | 63 | 3,9 | 0,8 | | | |
| Mycie rąk | Badawcza | 80 | 3,7 | 1,1 | -2,32 | 140,7 | 0,022* |
| | Kontrolna | 63 | 4,1 | 0,8 | | | |
| Spożywanie alkoholu | Badawcza | 80 | 4,1 | 1,2 | 1,36 | 141,0 | 0,175 |
| | Kontrolna | 63 | 3,8 | 1,1 | | | |
| Jedzenie słodczy | Badawcza | 80 | 3,5 | 1,3 | -2,27 | 125,1 | 0,025* |
| | Kontrolna | 63 | 3,9 | 0,7 | | | |
| Oglądanie TV | Badawcza | 80 | 3,8 | 1,2 | -0,81 | 139,5 | 0,417 |
| | Kontrolna | 63 | 4,0 | 0,9 | | | |
| Aktywność fiz. w czasie wolnym | Badawcza | 80 | 3,7 | 1,1 | -1,43 | 141,0 | 0,155 |
| | Kontrolna | 63 | 3,9 | 1,0 | | | |
| Spożywanie warzyw | Badawcza | 80 | 4,0 | 1,0 | -1,22 | 141,0 | 0,223 |
| | Kontrolna | 63 | 4,2 | 0,7 | | | |

*p<0,05

**p<0,01

Załącznik nr 7. Związek pomiędzy samooceną cząstkową i nasileniem prozdrowotności i wewnątrzsterowności zbiorów/ klas z.z., u młodzieży z grupy badawczej.

Tabela 80. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona samooceny cząstkowej i nasilenia prozdrowotności zbiorów zachowań młodzieży z grupy badawczej.

| Grupy z. prozdr. | Statystyka | Samoocena sprawności fizycznej | Samoocena wyglądu ciała | Samoocena a relacji z rodzicami | Samoocena relacji z rówieśnikami | Samoocena ogólnoszkolna |
|-------------------------|--------------------|--------------------------------|-------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-------------------------|
| Dieta | Korelacja Pearsona | 0,058 | 0,040 | 0,176 | 0,181 | 0,288 |
| | Istotność | 0,608 | 0,723 | 0,118 | 0,108 | 0,010** |
| | N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Zachowania destrukcyjne | Korelacja Pearsona | -0,045 | 0,095 | 0,209 | 0,029 | 0,146 |
| | Istotność | 0,695 | 0,404 | 0,063 | 0,801 | 0,197 |
| | N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |

| | | | | | | |
|-------------------------|--------------------|----------------|-------|--------|--------------|--------|
| Zachowania sedenteryjne | Korelacja Pearsona | -0,045 | 0,030 | -0,126 | -0,111 | -0,032 |
| | Istotność | 0,693 | 0,792 | 0,267 | 0,326 | 0,778 |
| | N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Aktywność fizyczna | Korelacja Pearsona | 0,323 | 0,115 | -0,023 | 0,197 | -0,007 |
| | Istotność | 0,004** | 0,310 | 0,840 | 0,080 | 0,950 |
| | N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Higiena | Korelacja Pearsona | 0,153 | 0,113 | 0,179 | 0,211 | 0,127 |
| | Istotność | 0,175 | 0,320 | 0,112 | 0,061 | 0,261 |
| | N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |

*p<0,05

**p<0,01

Tabela 81. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona samooceny cząstkowej i nasilenia wewnątrzsterowności zbiorów zachowań młodzieży z grupy badawczej.

| Grupy z.z. | Statystyka | Samoocena sprawności fizycznej | Samoocena wyglądu ciała | Samoocena relacji z rodzicami | Samoocena relacji z rówieśnikami | Samoocena ogólnoszkolna |
|-------------------------|--------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------|
| Dieta | Korelacja Pearsona | -0,061 | 0,007 | 0,174 | -0,085 | 0,078 |
| | Istotność | 0,592 | 0,950 | 0,123 | 0,456 | 0,493 |
| | N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Zachowania destrukcyjne | Korelacja Pearsona | -0,090 | 0,076 | 0,334 | -0,031 | 0,246 |
| | Istotność | 0,430 | 0,505 | 0,002** | 0,785 | 0,028** |
| | N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Zachowania sedenteryjne | Korelacja Pearsona | -0,038 | -0,014 | 0,134 | 0,081 | 0,095 |
| | Istotność | 0,739 | 0,902 | ,235 | 0,477 | 0,404 |
| | N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Aktywność fizyczna | Korelacja Pearsona | 0,124 | 0,027 | 0,145 | -0,018 | 0,102 |
| | Istotność | 0,272 | 0,813 | 0,199 | 0,872 | 0,370 |
| | N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Higiena | Korelacja Pearsona | -0,041 | 0,031 | 0,057 | 0,056 | 0,087 |
| | Istotność | 0,719 | 0,786 | 0,616 | 0,622 | 0,445 |
| | N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |

*p<0,05

**p<0,01

Tabela 82. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona samooceny cząstkowej i nasilenia prozdrowotności klas zachowań młodzieży z grupy badawczej.

| Klasy z. prozdr. | Statystyka | Samoocena ogólnoszkolna | Samoocena sprawności fizycznej | Samoocena wyglądu zewnętrznego | Samoocena relacji z rodzicami | Samoocena rówieśnicza |
|-----------------------------|--------------------|-------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| Nasilenie prozdrowotności | Korelacja Pearsona | 0,211 | 0,207 | 0,142 | 0,131 | 0,219 |
| | Istotność | 0,060 | 0,066 | 0,210 | 0,246 | 0,051 |
| | N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Kąpiel/prysznic | Korelacja Pearsona | -0,022 | 0,132 | -0,008 | 0,015 | 0,087 |
| | Istotność | 0,846 | 0,242 | 0,942 | 0,897 | 0,445 |
| | N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Gimnastyka poranna | Korelacja Pearsona | 0,085 | 0,162 | 0,130 | 0,071 | 0,229 |
| | Istotność | 0,455 | 0,150 | 0,251 | 0,530 | 0,041* |
| | N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Spożywanie owoców | Korelacja Pearsona | 0,096 | 0,203 | 0,163 | 0,105 | 0,143 |
| | Istotność | 0,395 | 0,070 | 0,149 | 0,356 | 0,205 |
| | N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Mycie zębów | Korelacja Pearsona | 0,215 | 0,049 | 0,092 | 0,154 | 0,222 |
| | Istotność | 0,055 | 0,667 | 0,416 | 0,173 | 0,047* |
| | N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Uczestniczenie w lekcji WF | Korelacja Pearsona | 0,029 | 0,300 | -0,004 | -0,033 | 0,244 |
| | Istotność | 0,799 | 0,007** | 0,970 | 0,773 | 0,029* |
| | N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Spożywanie napojów słodkich | Korelacja Pearsona | 0,202 | -0,058 | -0,027 | 0,027 | -0,022 |
| | Istotność | 0,072 | 0,609 | 0,810 | 0,811 | 0,843 |
| | N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Czas przed komputerem | Korelacja Pearsona | 0,069 | -0,066 | 0,022 | -0,077 | -0,096 |
| | Istotność | 0,543 | 0,563 | 0,845 | 0,500 | 0,396 |
| | N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Palenie papierosów | Korelacja Pearsona | 0,143 | -0,092 | -0,006 | 0,227 | 0,011 |
| | Istotność | 0,206 | 0,418 | 0,957 | 0,043* | 0,921 |
| | N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Jedzenie chipsów | Korelacja Pearsona | 0,195 | -0,046 | -0,046 | 0,036 | -0,035 |
| | Istotność | 0,083 | 0,682 | 0,682 | 0,753 | 0,759 |
| | N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Mycie rąk | Korelacja Pearsona | 0,045 | 0,100 | 0,115 | 0,153 | 0,085 |
| | Istotność | ,695 | 0,377 | 0,309 | 0,177 | 0,454 |
| | N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Spożywanie alkoholu | Korelacja Pearsona | 0,087 | 0,038 | 0,190 | 0,094 | 0,040 |
| | Istotność | 0,443 | 0,736 | 0,092 | 0,405 | 0,726 |
| | N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| | Korelacja Pearsona | 0,108 | 0,009 | -0,031 | 0,088 | 0,109 |

| | | | | | | |
|--------------------|--------------------|--------|---------------|-------|---------------|----------------|
| Jedzenie słodczy | Istotność | 0,338 | 0,939 | 0,784 | 0,436 | 0,334 |
| | N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Oglądanie TV | Korelacja Pearsona | -0,123 | -0,005 | 0,026 | -0,126 | -0,082 |
| | Istotność | 0,275 | 0,963 | 0,819 | 0,266 | 0,470 |
| | N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Aktywność fizyczna | Korelacja Pearsona | -0,144 | 0,226 | 0,086 | -0,109 | -0,074 |
| | Istotność | 0,201 | 0,044* | 0,451 | 0,335 | 0,513 |
| | N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Spożywanie warzyw | Korelacja Pearsona | 0,139 | 0,067 | 0,066 | 0,221 | 0,307 |
| | Istotność | 0,217 | 0,557 | 0,561 | 0,048* | 0,006** |
| | N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |

*p<0,05

**p<0,01

Tabela 83. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona samooceny cząstkowej i nasilenia wewnątrzsterowności klas zachowań młodzieży z grupy badawczej.

| Klasy z. prozdr. | Statystyka | Samoocena ogólnoszkolna | Samoocena sprawności fizycznej | Samoocena wyglądu zewnętrznego | Samoocena relacji z rodzicami | Samoocena rówieśnicza |
|-----------------------------|--------------------|-------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| Kąpiel/prysznic | Korelacja Pearsona | 0,001 | 0,150 | 0,036 | -0,010 | 0,035 |
| | Istotność | 0,993 | 0,185 | 0,750 | 0,933 | 0,761 |
| | N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Gimnastyka poranna | Korelacja Pearsona | 0,035 | 0,095 | 0,105 | 0,068 | -0,060 |
| | Istotność | 0,758 | 0,404 | 0,356 | 0,552 | 0,594 |
| | N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Spożywanie owoców | Korelacja Pearsona | 0,013 | -0,093 | 0,023 | 0,196 | 0,051 |
| | Istotność | 0,911 | 0,413 | 0,840 | 0,081 | 0,652 |
| | N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Mycie zębów | Korelacja Pearsona | 0,092 | -0,018 | 0,041 | -0,003 | 0,043 |
| | Istotność | 0,415 | 0,875 | 0,716 | 0,977 | 0,707 |
| | N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Uczestniczenie w lekcji WF | Korelacja Pearsona | 0,098 | 0,037 | -0,119 | 0,050 | -0,082 |
| | Istotność | ,388 | 0,745 | 0,292 | 0,662 | 0,472 |
| | N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Spożywanie napojów słodkich | Korelacja Pearsona | -0,039 | -0,179 | -0,132 | 0,030 | -0,220 |
| | Istotność | 0,732 | 0,112 | 0,243 | 0,792 | 0,049* |
| | N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Czas przed komputerem | Korelacja Pearsona | 0,049 | -0,025 | -0,024 | 0,069 | 0,011 |
| | Istotność | 0,664 | 0,827 | 0,832 | 0,540 | 0,921 |
| | N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| | Korelacja Pearsona | 0,228 | -0,148 | 0,080 | 0,292 | -0,038 |

| | | | | | | |
|---------------------|--------------------|---------------|--------|--------|----------------|--------|
| Palenie papierosów | Istotność | 0,042* | 0,192 | 0,479 | 0,009** | 0,740 |
| | N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Jedzenie chipsów | Korelacja Pearsona | 0,157 | 0,118 | 0,148 | 0,292 | 0,030 |
| | Istotność | 0,165 | 0,295 | 0,191 | 0,009** | 0,791 |
| | N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Mycie rąk | Korelacja Pearsona | 0,094 | -0,196 | -0,005 | 0,128 | 0,047 |
| | Istotność | 0,408 | 0,081 | 0,965 | 0,258 | 0,680 |
| | N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Spożywanie alkoholu | Korelacja Pearsona | 0,180 | -0,011 | 0,047 | 0,259 | -0,015 |
| | Istotność | 0,110 | 0,923 | 0,681 | 0,020* | 0,895 |
| | N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Jedzenie słodczy | Korelacja Pearsona | -0,016 | -0,041 | -0,027 | 0,022 | -0,173 |
| | Istotność | 0,886 | 0,719 | 0,815 | 0,848 | 0,126 |
| | N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Oglądanie TV | Korelacja Pearsona | 0,110 | -0,038 | 0,003 | 0,157 | 0,129 |
| | Istotność | 0,331 | 0,735 | 0,980 | 0,164 | 0,254 |
| | N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Aktywność fizyczna | Korelacja Pearsona | 0,088 | 0,153 | 0,098 | 0,218 | 0,121 |
| | Istotność | 0,437 | 0,175 | 0,389 | 0,053 | 0,283 |
| | N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Spożywanie warzyw | Korelacja Pearsona | 0,191 | 0,044 | 0,048 | 0,051 | 0,073 |
| | Istotność | 0,090 | 0,701 | 0,670 | 0,651 | 0,521 |
| | N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |

*p<0,05

**p<0,01

Załącznik nr 8. Zróznicowanie w nasileniu wewnątrzsterowności zbiorów zachowań, ze względu na wiek i płeć młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

Tabela 84. Jednoczynnikowa analiza wariancji ANOVA nasilenia wewnątrzsterowności zbiorów z.z., w odniesieniu do wieku młodzieży z grupy badawczej.

| | | Suma kwadratów | df | Średni kwadrat | F | Istotność |
|------------------------|----------------|----------------|----|----------------|-------|-----------|
| Dieta | Między grupami | 11,506 | 2 | 5,753 | 0,362 | 0,697 |
| | Wewnątrz grup | 1223,294 | 77 | 15,887 | | |
| | Ogółem | 1234,800 | 79 | | | |
| Zachowani destrukcyjne | Między grupami | 0,092 | 2 | 0,046 | 0,013 | 0,987 |
| | Wewnątrz grup | 269,896 | 77 | 3,505 | | |
| | Ogółem | 269,988 | 79 | | | |

| | | | | | | |
|-------------------------|----------------|---------|----|--------|-------|---------------|
| Zachowania sedenteryjne | Między grupami | 4,526 | 2 | 2,263 | 0,500 | 0,609 |
| | Wewnątrz grup | 348,674 | 77 | 4,528 | | |
| | Ogółem | 353,200 | 79 | | | |
| Aktywność fizyczna | Między grupami | 45,234 | 2 | 22,617 | 3,282 | 0,043* |
| | Wewnątrz grup | 530,566 | 77 | 6,890 | | |
| | Ogółem | 575,800 | 79 | | | |
| Higiena | Między grupami | 1,361 | 2 | 0,680 | 0,135 | 0,874 |
| | Wewnątrz grup | 387,639 | 77 | 5,034 | | |
| | Ogółem | 389,000 | 79 | | | |

*p<0,05

**p<0,01

Na podstawie testów post hoc (Tukey'a HSD, Scheffe) stwierdza się, że młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim w średniej kategorii wiekowej, z istotnie większym nasileniem wewnątrzsterowności podejmuje zachowania związane z aktywnością fizyczną, w porównaniu do młodzieży najstarszej (p<0,05).

Tabela 85. Test t dla prób niezależnych nasilenia wewnątrzsterowności zbiorów z.z., w odniesieniu do płci młodzieży z grupy badawczej.

| Grupy z.z. | t | df | Istotność |
|-------------------------|--------|----|---------------|
| Dieta | 0,034 | 78 | 0,973 |
| Zachowania destrukcyjne | -0,636 | 78 | 0,526 |
| Zachowania sedenteryjne | 0,506 | 78 | 0,614 |
| Aktywność fizyczna | 2,110 | 78 | 0,038* |
| Higiena | 0,755 | 78 | 0,453 |

*p<0,05

**p<0,01

Załącznik nr 9: Związek pomiędzy nasileniem prozdrowotności zachowań matki i potomstwa.

Tabela 86. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona nasilenia prozdrowotności zachowań matki i ogólnego nasilenia prozdrowotności zachowań młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej.

| | | Grupa badawcza | Grupa kontrolna |
|-----------------------------|--------------------|----------------|-----------------|
| Naśladowanie zachowań matki | N | 75 | 62 |
| | Korelacja Pearsona | 0,295 | 0,162 |
| | Istotność | 0,010* | 0,208 |

*p<0,05

**p<0,01

Tabela 87. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona nasilenia prozdrowotności zachowań matki i ogólnego nasilenia prozdrowotności zachowań młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej, w odniesieniu do wieku i płci.

| | | Grupa badawcza | | | Grupa kontrolna | | |
|-----------------------------|--------------------|----------------|--------|----------------|-----------------|-------|------------|
| Naśladowanie zachowań matki | Wiek | 12-13 | 14-15 | 16-17 | 12-13 | 14-15 | 16-17 |
| | N | 24 | 27 | 24 | 14 | 22 | 26 |
| | Korelacja Pearsona | 0,347 | -0,076 | 0,553 | -0,217 | 0,153 | 0,149 |
| | Istotność | 0,097 | 0,705 | 0,005** | 0,455 | 0,497 | 0,468 |
| | Płeć | Chłopcy | | Dziewczęta | Chłopcy | | Dziewczęta |
| | N | 40 | | 35 | 25 | | 37 |
| | Korelacja Pearsona | 0,144 | | 0,437 | 0,242 | | 0,118 |
| | Istotność | 0,375 | | 0,009** | 0,245 | | 0,486 |

*p<0,05

**p<0,01

Tabela 88. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona nasilenia prozdrowotności zbiorów zachowań matki i nasilenia prozdrowotności zachowań młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej.

| | | Dieta | Zachowania destrukcyjne | Zachowania sedenteryjne | Aktywność fizyczna | Higiena |
|-----------------|--------------------|---------------|-------------------------|-------------------------|--------------------|---------|
| Grupa badawcza | Korelacja Pearsona | 0,265 | 0,127 | 0,216 | 0,156 | -0,017 |
| | Istotność | 0,022* | 0,276 | 0,062 | 0,183 | 0,882 |
| | N | 75 | 75 | 75 | 75 | 75 |
| Grupa kontrolna | Korelacja Pearsona | 0,053 | 0,003 | 0,398 | 0,201 | 0,089 |
| | Istotność | 0,684 | 0,983 | 0,001** | 0,118 | 0,493 |
| | N | 62 | 62 | 62 | 62 | 62 |

*p<0,05

**p<0,01

Tabela 89. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona nasilenia prozdrowotności zbiorów zachowań matki i nasilenia prozdrowotności zachowań młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej, w odniesieniu do wieku

| Grupy z. prozdr. | Statystyka | Grupa badawcza | | | Grupa kontrolna | | |
|------------------|--------------------|----------------|--------|--------------|-----------------|--------|-------|
| Dieta | Wiek | 12-13 | 14-15 | 16-17 | 12-13 | 14-15 | 16-17 |
| | Korelacja Pearsona | 0,390 | -0,010 | 0,376 | -0,114 | -0,205 | 0,178 |
| | Istotność | 0,059 | 0,959 | 0,070 | 0,698 | 0,361 | 0,383 |
| | N | 24 | 27 | 24 | 14 | 22 | 26 |

| | | | | | | | |
|-------------------------|--------------------|--------|--------------|-------|--------|--------------|---------------|
| Zachowania destrukcyjne | Korelacja Pearsona | 0,089 | 0,019 | 0,261 | **** | -0,131 | 0,051 |
| | Istotność | 0,678 | 0,924 | 0,218 | **** | 0,561 | 0,803 |
| | N | 24 | 27 | 24 | **** | 22 | 26 |
| Zachowania sedenteryjne | Korelacja Pearsona | 0,181 | 0,323 | 0,270 | 0,327 | 0,415 | 0,417 |
| | Istotność | 0,396 | 0,100 | 0,202 | 0,255 | 0,055 | 0,034* |
| | N | 24 | 27 | 24 | 14 | 22 | 26 |
| Aktywność fizyczna | Korelacja Pearsona | -0,105 | 0,366 | 0,040 | -0,164 | 0,328 | 0,263 |
| | Istotność | 0,626 | 0,061 | 0,853 | 0,576 | 0,137 | 0,194 |
| | N | 24 | 27 | 24 | 14 | 22 | 26 |
| Higiena | Korelacja Pearsona | -0,037 | -0,210 | 0,209 | 0,207 | -0,330 | 0,492 |
| | Istotność | 0,862 | ,294 | 0,327 | 0,477 | 0,134 | 0,011* |
| | N | 24 | 27 | 24 | 14 | 22 | 26 |

*p<0,05

**p<0,01

**** Obliczenia nie mogą być przeprowadzone, ponieważ co najmniej jedna zmienna przyjmuje stałe wartości.

Tabela 90. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona nasilenia prozdrowotności zbiorów zachowań matki i młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej, w odniesieniu do płci.

| | | | Dieta | Zachowania destrukcyjne | Zachowania sedenteryjne | Aktywność fizyczna | Higiena |
|-----------------|------------|--------------------|---------------|-------------------------|-------------------------|--------------------|---------|
| Grupa badawcza | Dziewczęta | Korelacja Pearsona | 0,403 | 0,190 | 0,289 | 0,128 | -0,164 |
| | | Istotność | 0,016* | 0,274 | 0,092 | 0,463 | 0,347 |
| | | N | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 |
| | Chłopcy | Korelacja Pearsona | 0,139 | 0,083 | 0,132 | 0,183 | 0,070 |
| | | Istotność | 0,392 | 0,612 | 0,416 | 0,258 | 0,666 |
| | | N | 40 | 40 | 40 | 40 | 40 |
| Grupa kontrolna | Dziewczęta | Korelacja Pearsona | -0,146 | 0,182 | 0,423 | 0,276 | 0,016 |
| | | Istotność | 0,389 | 0,280 | 0,009** | 0,099 | 0,924 |
| | | N | 37 | 37 | 37 | 37 | 37 |
| | Chłopcy | Korelacja Pearsona | ,34 | -0,192 | 0,362 | 0,072 | 0,112 |
| | | Istotność | 0,096 | 0,358 | 0,075 | 0,734 | 0,594 |
| | | N | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 |

*p<0,05

**p<0,01

Tabela 91. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona nasilenia prozdrowotności klas zachowań matki i młodzieży z grupy badawczej.

| Statystyka | Kąpiel/ prysznic | Poranna gimnastyka | Spożywanie owoców | Mycie zębów | Spożywanie napojów słodkich | Czas przed komputerem | Palenie papierosów |
|-----------------------|---------------------|-----------------------|------------------------|---------------------|-----------------------------------|--|-----------------------|
| Korelacja Pearsona | 0,287 | 0,142 | 0,069 | 0,196 | 0,348 | -0,033 | 0,157 |
| Istotność | 0,011* | 0,215 | 0,549 | 0,085 | 0,002** | 0,774 | 0,169 |
| N | 78 | 78 | 78 | 78 | 78 | 78 | 78 |
| Statystyka | Jedzenie chipsów | Mycie rąk | Spożywanie alkoholu | Jedzenie słodczy | Czas przed TV | Aktywność ruchowa w czasie wolnym | Spożywanie owoców |
| Korelacja Pearsona | 0,070 | -0,107 | -0,109 | 0,089 | 0,263 | 0,129 | 0,180 |
| Istotność | 0,542 | 0,350 | 0,344 | 0,440 | 0,020* | 0,261 | 0,116 |
| N | 78 | 78 | 78 | 78 | 78 | 78 | 78 |

*p<0,05

**p<0,01

Tabela 92. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona nasilenia prozdrowotności klas zachowań matki i młodzieży z grupy kontrolnej.

| Statystyka | Kąpiel/ prysznic | Poranna gimnastyka | Spożywanie owoców | Mycie zębów | Spożywanie napojów słodkich | Czas przed komputerem | Palenie papierosów |
|-----------------------|---------------------|-----------------------|------------------------|---------------------|-----------------------------------|--|-----------------------|
| Korelacja Pearsona | 0,048 | -0,028 | 0,254 | 0,086 | 0,034 | 0,175 | -0,038 |
| Istotność | 0,706 | 0,827 | 0,044* | 0,501 | 0,789 | 0,171 | 0,770 |
| N | 63 | 63 | 63 | 63 | 63 | 63 | 63 |
| Statystyka | Jedzenie chipsów | Mycie rąk | Spożywanie alkoholu | Jedzenie słodczy | Czas przed TV | Aktywność ruchowa w czasie wolnym | Spożywanie warzyw |
| Korelacja Pearsona | -0,108 | 0,167 | 0,053 | -0,067 | 0,379 | 0,238 | 0,322 |
| Istotność | 0,400 | 0,190 | 0,678 | 0,601 | 0,002** | 0,060 | 0,010* |
| N | 63 | 63 | 63 | 63 | 63 | 63 | 63 |

*p<0,05

**p<0,01

Spis Tabel:

| | |
|--|-----|
| Tabela 1. Wyróżnione zbiory (grupy) i klasy zachowań zdrowotnych. | 94 |
| Tabela 2. Porównanie grupy badawczej i grupy kontrolnej pod względem cech demograficznych..... | 99 |
| Tabela 3. Statystyki opisowe nasilenia prozdrowotności i wewnątrzsterowności zachowań młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej..... | 101 |
| Tabela 4. Statystyki opisowe typów zachowań zdrowotnych podejmowanych przez młodzież z grupy badawczej i kontrolnej..... | 102 |
| Tabela 5. Statystyki opisowe samooceny całościowej i w poszczególnych aspektach u młodzieży z grupy badawczej..... | 104 |
| Tabela 6. Statystyki opisowe postaw rodzicielskich w stosunku do potomstwa z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. | 105 |
| Tabela 7. Statystyki opisowe nasilenia prozdrowotności zachowań matek dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. | 106 |
| Tabela 8. Statystyki opisowe dla indikatorów SES rodziny młodzieży z grupy badawczej. | 106 |
| Tabela 9. Statystyki opisowe nasilenia prozdrowotności zachowań młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej. | 108 |
| Tabela 10. Test t dla prób niezależnych ogólnego nasilenia prozdrowotności zachowań młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej..... | 108 |
| Tabela 11. Statystyki opisowe nasilenia prozdrowotności zachowań młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej, w trzech kategoriach wiekowych..... | 109 |
| Tabela 12. Test prób niezależnych ogólnego nasilenia prozdrowotności zachowań młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej, w odniesieniu do kategorii wiekowych. | 110 |
| Tabela 13. Jednoczynnikowa analiza wariancji ANOVA ogólnego nasilenia prozdrowotności zachowań młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej, w odniesieniu do wieku..... | 111 |
| Tabela 14. Statystyki opisowe nasilenia prozdrowotności zachowań młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej, w odniesieniu do płci. | 112 |
| Tabela 15. Jednoczynnikowa analiza wariancji ANOVA ogólnego nasilenia prozdrowotności zachowań młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej, w odniesieniu do płci. | 113 |
| Tabela 16. Statystyki opisowe nasilenia prozdrowotności zbiorów zachowań młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej..... | 114 |
| Tabela 17. Test t dla prób niezależnych nasilenia prozdrowotności zbiorów zachowań młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej..... | 114 |
| Tabela 18. Statystyki opisowe nasilenia wewnątrzsterowności zachowań zdrowotnych młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej..... | 115 |
| Tabela 19. Test t dla prób niezależnych ogólnego nasilenia wewnątrzsterowności zachowań zdrowotnych młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej..... | 115 |
| Tabela 20. Statystyki opisowe nasilenia wewnątrzsterowności zachowań zdrowotnych młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej, w odniesieniu do wieku. | 116 |
| Tabela 21. Test t dla prób niezależnych ogólnego nasilenia wewnątrzsterowności zachowań zdrowotnych młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej, w odniesieniu do wieku. | 117 |
| Tabela 22. Jednoczynnikowa analiza wariancji ANOVA ogólnego nasilenia wewnątrzsterowności zachowań zdrowotnych młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej, w odniesieniu do wieku..... | 118 |
| Tabela 23. Statystyki opisowe nasilenia wewnątrzsterowności zachowań zdrowotnych młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej, w odniesieniu do płci..... | 119 |
| Tabela 24. Jednoczynnikowa analiza wariancji ANOVA ogólnego nasilenia wewnątrzsterowności zachowań zdrowotnych młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej, w odniesieniu do płci. | 120 |

| | |
|---|-----|
| Tabela 25. Statystyki opisowe nasilenia wewnątrzsterowności zbiorów zachowań zdrowotnych młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej..... | 121 |
| Tabela 26. Test t dla prób niezależnych nasilenia wewnątrzsterowności zbiorów zachowań zdrowotnych młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej..... | 121 |
| Tabela 27. Statystyki opisowe wskaźników typów zachowań zdrowotnych młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej. | 122 |
| Tabela 28. Test Chi-kwadrat wskaźników typów z.z. młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej..... | 123 |
| Tabela 29. Statystyki opisowe wskaźników typów zachowań zdrowotnych młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej, w odniesieniu do wieku i płci. | 124 |
| Tabela 30. Test Chi-kwadrat wskaźników typów z.z. młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej, w odniesieniu do wieku i płci. | 125 |
| Tabela 31. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona samooceny całościowej i ogólnego nasilenia z.z. w dwóch wymiarach, u młodzieży z grupy badawczej..... | 126 |
| Tabela 32. Statystyki opisowe dotyczące samooceny całościowej i ogólnego nasilenia z.z. w dwóch wymiarach, w wyróżnionych kategoriach wiekowych, u młodzieży z grupy badawczej. | 127 |
| Tabela 33. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona samooceny całościowej i ogólnego nasilenia z.z. w dwóch wymiarach, w wyróżnionych kategoriach wiekowych, u młodzieży z grupy badawczej..... | 128 |
| Tabela 34 Statystyki opisowe samooceny i ogólnego nasilenia z.z. w dwóch wymiarach, u młodzieży z grupy badawczej, w odniesieniu do płci..... | 129 |
| Tabela 35. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona samooceny całościowej i ogólnego nasilenia z.z. w dwóch wymiarach, u młodzieży z grupy badawczej, w odniesieniu do płci.129 | 129 |
| Tabela 36. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona samooceny całościowej i nasilenia prozdrowotności i wewnątrzsterowności zbiorów zachowań, u młodzieży z grupy badawczej. | 130 |
| Tabela 37. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona samooceny w wyróżnionych aspektach i ogólnego nasilenia z.z. w dwóch wymiarach, u młodzieży z grupy badawczej. | 131 |
| Tabela 38. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona samooceny w wyróżnionych aspektach i nasilenia prozdrowotności zbiorów zachowań, u młodzieży z grupy badawczej. | 132 |
| Tabela 39. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona wskaźników samooceny w wyróżnionych aspektach i nasilenia wewnątrzsterowności zbiorów z.z., u młodzieży z grupy badawczej..... | 133 |
| Tabela 40. Statystyki opisowe samooceny całościowej i wskaźników typów z.z. młodzieży z grupy badawczej..... | 134 |
| Tabela 41. Jednoczynnikowa analiza wariancji ANOVA samooceny całościowej i wskaźników typów z.z. młodzieży z grupy badawczej. | 135 |
| Tabela 42. Jednoczynnikowa analiza wariancji ANOVA samooceny w poszczególnych aspektach i wskaźników typów z.z. młodzieży z grupy badawczej. | 136 |
| Tabela 43. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona postaw rodzicielskich i ogólnego nasilenia prozdrowotności zachowań młodzieży z grupy badawczej..... | 138 |
| Tabela 44. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona postaw rodzicielskich i nasilenia prozdrowotności zbiorów zachowań młodzieży w grupie badawczej. | 139 |
| Tabela 45. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona postaw rodzicielskich i ogólnego nasilenia wewnątrzsterowności zachowań zdrowotnych młodzieży z grupy badawczej. | 140 |
| Tabela 46. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona postaw rodzicielskich i nasilenia wewnątrzsterowności zbiorów zachowań zdrowotnych młodzieży z grupy badawczej. | 142 |
| Tabela 47. Statystyki opisowe postaw rodzicielskich i wskaźników typów z.z. młodzieży z grupy badawczej..... | 143 |

| | |
|--|-----|
| Tabela 48. Jednoczynnikowa analiza wariancji ANOVA postaw rodzicielskich i wskaźników typów z.z. młodzieży z grupy badawczej..... | 145 |
| Tabela 49. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona nasilenia prozdrowotności zachowań matki i ogólnego nasilenia z.z. w dwóch wymiarach, u młodzieży z grupy badawczej..... | 147 |
| Tabela 50. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona nasilenia prozdrowotności zbiorów zachowań matki oraz nasilenia prozdrowotności i wewnątrzsterowności zbiorów zachowań zdrowotnych, u młodzieży z grupy badawczej..... | 148 |
| Tabela 51. Statystyki opisowe ogólnego nasilenia z.z. w dwóch wymiarach, u młodzieży z grupy badawczej, w zależności od wykształcenia matki..... | 149 |
| Tabela 52. Test t dla prób niezależnych ogólnego nasilenia z.z. w dwóch wymiarach, u młodzieży z grupy badawczej, w zależności od wykształcenia matki..... | 150 |
| Tabela 53. Statystyki opisowe nasilenia prozdrowotności zbiorów zachowań młodzieży z grupy badawczej, w zależności od wykształcenia matki..... | 151 |
| Tabela 54. Test t dla prób niezależnych nasilenia prozdrowotności zbiorów zachowań młodzieży z grupy badawczej, w zależności od wykształcenia matki..... | 151 |
| Tabela 55. Statystyki opisowe nasilenia wewnątrzsterowności zbiorów zachowań młodzieży z grupy badawczej, w zależności od wykształcenia matki..... | 152 |
| Tabela 56. Test t dla prób niezależnych nasilenia wewnątrzsterowności zbiorów zachowań młodzieży z grupy badawczej, w zależności od wykształcenia matki..... | 152 |
| Tabela 57. Statystyki opisowe wskaźników typów z.z. młodzieży z grupy badawczej, w zależności od wykształcenia matek..... | 153 |
| Tabela 58. Test Chi-kwadrat wskaźników typów z.z. młodzieży z grupy badawczej, w zależności od wykształcenia matki. | 154 |
| Tabela 59. Statystyki opisowe ogólnego nasilenia z.z. w dwóch wymiarach, u młodzieży z grupy badawczej, w zależności od miesięcznego dochodu rodziny. | 154 |
| Tabela 60. Test t dla prób niezależnych ogólnego nasilenia z.z. w dwóch wymiarach, u młodzieży z grupy badawczej, w zależności od miesięcznego dochodu rodziny. | 155 |
| Tabela 61. Statystyki opisowe nasilenia prozdrowotności zbiorów zachowań młodzieży z grupy badawczej, w zależności od miesięcznego dochodu rodziny. | 156 |
| Tabela 62. Test t dla prób niezależnych nasilenia prozdrowotności zbiorów zachowań młodzieży z grupy badawczej, w zależności od miesięcznego dochodu rodziny. | 156 |
| Tabela 63. Statystyki opisowe nasilenia wewnątrzsterowności zbiorów zachowań młodzieży z grupy badawczej, w zależności od miesięcznego dochodu rodziny. | 157 |
| Tabela 64. Test t dla prób niezależnych nasilenia wewnątrzsterowności zbiorów zachowań młodzieży z grupy badawczej, w zależności od miesięcznego dochodu rodziny. | 157 |
| Tabela 65. Statystyki opisowe wskaźników typów z.z. młodzieży z grupy badawczej, w zależności od miesięcznego dochodu rodziny. | 158 |
| Tabela 66. Test Chi-kwadrat wskaźników typów z.z. młodzieży z grupy badawczej, w zależności od miesięcznego dochodu rodziny. | 159 |
| Tabela 67. Statystyki opisowe ogólnego nasilenia z.z. w dwóch wymiarach, u młodzieży z grupy badawczej, w zależności od struktury rodziny..... | 159 |
| Tabela 68. Test t dla prób niezależnych ogólnego nasilenia z.z. w dwóch wymiarach, u młodzieży z grupy badawczej, w zależności od struktury rodziny..... | 160 |
| Tabela 69. Statystyki opisowe nasilenia prozdrowotności zbiorów zachowań młodzieży z grupy badawczej, w zależności od struktury rodziny..... | 161 |
| Tabela 70. Test t dla prób niezależnych nasilenia prozdrowotności zbiorów zachowań młodzieży z grupy badawczej, w zależności od struktury rodziny..... | 161 |
| Tabela 71. Statystyki opisowe nasilenia wewnątrzsterowności zbiorów zachowań młodzieży z grupy badawczej, w zależności od struktury rodziny..... | 162 |

| | |
|--|--------|
| Tabela 72. Test t dla prób niezależnych nasilenia wewnątrzsterowności zbiorów zachowań młodzieży z grupy badawczej, w zależności od struktury rodziny..... | 162 |
| Tabela 73. Statystyki opisowe wskaźników typów z.z. młodzieży z grupy badawczej, w zależności od struktury rodziny. | 163 |
| Tabela 74. Test Chi-kwadrat wskaźników typów z.z. młodzieży z grupy badawczej, w zależności od struktury rodziny. | 164 |
| Tabela 75. Jednoczynnikowa analiza wariancji ANOVA nasilenia prozdrowotności zbiorów zachowań młodzieży grupy badawczej i kontrolnej, w odniesieniu do płci. | xvii |
| Tabela 76. Statystyki opisowe oraz test t dla prób niezależnych nasilenia prozdrowotności klas zachowań młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej. | xvii |
| Tabela 77. Test t dla prób niezależnych nasilenia prozdrowotności zbiorów zachowań młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej, w poszczególnych kategoriach wiekowych. | xviii |
| Tabela 78. Jednoczynnikowa analiza wariancji ANOVA nasilenia wewnątrzsterowności zbiorów zachowań zdrowotnych młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej, w odniesieniu do płci..... | xix |
| Tabela 79. Statystyki opisowe oraz test t dla prób niezależnych nasilenia wewnątrzsterowności klas z.z., w grupie kontrolnej i badawczej. | xx |
| Tabela 80. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona samooceny cząstkowej i nasilenia prozdrowotności zbiorów zachowań młodzieży z grupy badawczej..... | xx |
| Tabela 81. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona samooceny cząstkowej i nasilenia wewnątrzsterowności zbiorów zachowań młodzieży z grupy badawczej. | xxi |
| Tabela 82. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona samooceny cząstkowej i nasilenia prozdrowotności klas zachowań młodzieży z grupy badawczej. | xxii |
| Tabela 83. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona samooceny cząstkowej i nasilenia wewnątrzsterowności klas zachowań młodzieży z grupy badawczej..... | xxiii |
| Tabela 84. Jednoczynnikowa analiza wariancji ANOVA nasilenia wewnątrzsterowności zbiorów z.z., w odniesieniu do wieku młodzieży z grupy badawczej. | xxiv |
| Tabela 85. Test t dla prób niezależnych nasilenia wewnątrzsterowności zbiorów z.z., w odniesieniu do płci młodzieży z grupy badawczej..... | xxv |
| Tabela 86. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona nasilenia prozdrowotności zachowań matki i ogólnego nasilenia prozdrowotności zachowań młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej..... | xxv |
| Tabela 87. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona nasilenia prozdrowotności zachowań matki i ogólnego nasilenia prozdrowotności zachowań młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej, w odniesieniu do wieku i płci. | xxvi |
| Tabela 88. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona nasilenia prozdrowotności zbiorów zachowań matki i nasilenia prozdrowotności zachowań młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej..... | xxvi |
| Tabela 89. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona nasilenia prozdrowotności zbiorów zachowań matki i nasilenia prozdrowotności zachowań młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej, w odniesieniu do wieku..... | xxvi |
| Tabela 90. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona nasilenia prozdrowotności zbiorów zachowań matki i młodzieży z grupy badawczej i kontrolnej, w odniesieniu do płci..... | xxvii |
| Tabela 91. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona nasilenia prozdrowotności klas zachowań matki i młodzieży z grupy badawczej. | xxviii |
| Tabela 92. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona nasilenia prozdrowotności klas zachowań matki i młodzieży z grupy kontrolnej..... | xxviii |

Załącznik nr 11: Spis Rysunków.

| | |
|---|-----|
| Rysunek 1. Klasyfikacja zachowań zdrowotnych. | 80 |
| Rysunek 2. Czynniki warunkujące podejmowanie zachowań zdrowotnych przez młodzież. . | 90 |
| Rysunek 3. Rozkład badanych ze względu na wiek. | 99 |
| Rysunek 4. Rozkład grupy badawczej ze względu na płeć. | 99 |
| Rysunek 5. Rozkład nasilenia prozdrowotności zachowań młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i o typowym rozwoju. | 100 |
| Rysunek 6. Rozkład nasilenia wewnątrzsterowności zachowań zdrowotnych młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i młodzieży o typowym rozwoju. ... | 101 |
| Rysunek 7. Rozkład samooceny młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. | 103 |
| Rysunek 8. Porównanie różnic we wskaźnikach prozdrowotności dla grupy badawczej i kontrolnej, w trzech kategoriach wiekowych. | 111 |
| Rysunek 9. Porównanie różnic we wskaźnikach wewnątrzsterowności dla grupy badawczej i kontrolnej, w trzech kategoriach wiekowych. | 117 |

Streszczenie

Wstęp: Stan zdrowia stanowi rdzeń dobrostanu i jest podstawą do pełnego zaangażowania się we wszystkie dziedziny życia ludzkiego. Zachowania zdrowotne (z.z.) są fundamentalnymi czynnikami wpływającymi na zdrowie jednostki. Dlatego nabywanie nawyków prozdrowotnych oraz zachowań ochraniających stan zdrowia jest jednym z najważniejszych elementów rozwoju dzieci i młodzieży.

Cel: Głównym celem badań jest wykazanie, czy wybrane czynniki podmiotowe i rodzinne są związane ze strukturą zachowań zdrowotnych podejmowanych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

Material i metody: Badania obejmują 143 rodziny podzielone na dwie grupy: na rodziny z dziećmi z niepełnosprawnością i intelektualną w stopniu lekkim (grupa badawcza n=80) oraz na rodziny z potomstwem o typowym rozwoju. Młodzież jest podzielona na trzy grupy wiekowe oraz ze względu na płeć. W badaniach posłużono się metodą kwestionariuszową.

Wyniki: Młodzież z grupy badawczej podejmuje zachowania zdrowotne w istotnie większym stopniu pod wpływem społecznym, w porównaniu do młodzieży o typowym rozwoju. Ponadto istotnie naśladuje z.z. rodziców, w przeciwieństwie do rówieśników o typowym rozwoju. Samoocena młodzieży z grupy badawczej jest istotnie pozytywnie związana z ogólnym nasileniem prozdrowotności zachowań (a w szczególności z zachowaniami związanymi z dietą i higieną). Niski poziom poczucia bezsilności u rodziców jest istotnie skorelowany z ogólnym nasileniem prozdrowotności zachowań u młodzieży z grupy badawczej, podobnie jak niski poziom poczucia dystansu u matek, który ponadto jest istotnie związany z prozdrowotnym typem z.z. u potomstwa. Poczucie bezsilności i dystansu u ojca jest istotnie negatywnie związane z ogólnym nasileniem wewnątrzsterowności z.z. u potomstwa z grupy badawczej.

Wnioski:

1. Wyniki badań jasno pokazują, że struktura z.z. młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, w porównaniu do rówieśników o typowym rozwoju, istotnie różni się tam, gdzie elementem lub komponentem (typy z.z.) jest wymiar nasilenia wewnątrzsterowności z.z.
2. Ogólne nasilenie prozdrowotności z.z. młodzieży z grupy badawczej jest istotnie skorelowane zarówno z czynnikami personalnymi (samoocena), jaki i rodzinnymi (postawy rodzicielskie, zachowania zdrowotne rodziców).
3. Ogólne nasilenie wewnątrzsterowności z.z. oraz typy z.z. podejmowane przez młodzież z grupy badawczej jest istotnie związane z konkretnymi postawami rodzicielskimi rodziców (kolejno z poczuciem bezsilności i dystansu u ojców oraz z poczuciem dystansu u matek).

Abstract

Introduction: Health is the core of wellbeing and the foundation for the whole social functioning of people during their whole life. Health behaviours are basic factors affecting health. Therefore acquiring healthy habits and health-protecting behaviours are one of the most important elements of children's development.

Objective: The main aim of the study was to examine whether selected personal and family factors were related to health behaviours undertaken by youth with mild intellectual disability.

Materials and Methods: The study included 143 families that were divided into two groups. First group consisted of families of children with mild intellectual disability (study group n=80). Second group consisted of families of children with typical development. Additionally, children were divided into three age groups and two sex groups. The study was conducted using by questionnaire tools.

Results: The data indicated that adolescents with mild intellectual disability were generally undertaking health behaviours significantly more as a result social influence than their peers with typically development. Moreover, adolescents in the study group were substantially replicating health behaviours of their parents, unlike their peers with typical development. General self-esteem of youth with mild intellectual disability was significantly positively related to the intensity of the pro-health behaviours, in particular diet-related and hygiene-related health behaviours. There was a significant relationship between a lower sense of parents' helplessness and the intensity of the pro-health behaviours undertaken by adolescent with mild intellectual disability. Similarly, between a lower sense of distance in mother's attitude and the intensity of the aforementioned behaviours which was also linked to pro-health type of behaviours undertaken by offspring. The sense of distance and helplessness in father's attitudes was significantly negatively related to general intensity of inner control behaviours of youth.

Conclusions:

1. The data clearly indicated that the structure of health behaviours of youth with mild intellectual disability, compared to health behaviours of peers with typical development, significantly differs where an element or component was the dimension of the intensity on inner control behaviours.
2. General intensity of pro-health behaviours undertaken by youth in the study group was correlated with both personal and family factors.
3. General intensity of inner control and type of health behaviours were related to parental attitudes (respectively the sense of distance and helplessness of father's attitudes and the sense of distance of mother's attitudes).