

Îmbinarea turismului cu sportul de competiție poate contribui și prin atragerea fanilor în întâlniri directe cu sportivii, sau vizitarea unor locuri, spații ale sportivilor preferați.

În ultimii ani cei din industria turismului au realizat că meul înconjurător, ambientul, este produsul de bază al turismului. Preocupările pentru un mediu sănătos se observă prin dezvoltarea eco-turismului. Eco-turismul este înurajat de sport. Folosirea mediului pentru sport, fără a-l degrada, atrage turiști tot mai mulți.

Turismul cea mai mare industrie mondială ce are în componență de la agenții guvernamentale până la persoane fizice, trebuie să facă o legătură cât mai amplă cu sportul pentru a-și promova activitățile.

Legarea turistului de activitățile sportive fie activ, fie pasiv, constituie și pe viitor o provocare pentru agențiile de turism. Conștientizarea omului ce muncește că activitatea sportivă este un beneficiu în folosul sănătății lui, contribuie la dezvoltarea pe viitor a noi proiecte turistico-sportive.

Bibliografie:

1. Janet B. Parks; Jerome Quarterman-Lucie Tibault Contemporary Sport Management - Ed. Human Kinetics 2007 USA
2. Dorin Almajan Ideea de sport in sculptura Ed. GRINTA Cluj Napoca
3. Alain Kerjean – Le manager leader Ed. Organisation Paris

COMPARATIVE STUDY ON THE RELATION BETWEEN PHYSICAL AND PSYCHIC HEALTH STATE AND STUDENTS' SCHOLAR SUCCESS: PRELIMINARY FINDINGS FROM GOTTINGEN AND BACĂU SAMPLES

Andree NIKLAS¹

Culea KATALIN²

Ursula HILLMER-VOGEL¹

Tatiana DOBRESCU²

Harald THEGEDER¹

Eugenia HARJA²

¹ University of Gottingen

² „Vasile Alecsandri” University of Bacau

Key words: health status, academic success, intricate explanatory model

Abstract

In this study, we used data collected from students of two European academic campuses - Gottingen (Germany) and Bacău (Romania) to examine and compare problems concerning their health status and scholar success. We compared students' self-reported emotional-behavioural problems and their physical and psychic status with their ability to be successful in university across the two samples.

Consistent with previous research, we found that German students reported more internalizing and externalizing problems than their Romanian peers did.

The identification of similarities, differences, but also the specific aspects of the health status between German and Romanian students was made mostly regarding the risk factors on health. In this study, the socio-cultural particularities constitute the independent variable which can influence the physical and psychic health. The findings are discussed in relation to an intricate model that shape patterns of academic investment.

Introduction

In the 2002 report's conclusions, The European Council informed that there were not many studies about youth from Albania, Georgia, Romania, Armenia, Hungary, Russia, Azerbaijan, Letonia etc. and demanded that more reports should be published which must point out the necessity of much more of these. M. Baumann et al., analysed the students' health status from Europe (La santé des étudiants en Europe) based on the following indicators: regular physical exercises, alcohol consumption, food consumption, safety belt wearing, if they take sex-protection measures and if they use contraceptive drugs etc. The conclusion was that students from East Europe lead more unhealthy lifestyles, that they are poorly informed about the

relation between the lifestyle factors and the risk of illness. Among the conclusions of this study there was also the following one: the number of smokers increased, fruits consumption decreased, as well as the time for physical exercises, and the knowledge and the information level about health and its factors was poor enough, or, in other words, "the results disappoint because the students are the youth with the highest level of education".

Because the study was made by partner universities in the Leonardo Da Vinci programme, the researcher suggested that the study should be repeated after every five years. In 2004, precisely after five years, M. Baumann presented the following results about the students from Belgium, Bulgaria, Spain, Finland and Romania: they have a good sleeping hygiene – sleep-aid reduced consumption (0,4%), a relatively balanced diet, but 37% smoke (50% about 10 cigarettes/day), the biggest percentage being in Romania and Bulgaria, which are most criticised by authors for the possibility to smoke in public spaces like universities and hospitals.

This paper is intended to be the first step in an important collaborative plan of research between interdisciplinary and multidisciplinary teams from University of Gottingen, coordinated by Prof. PhD. MD. et PhD. rer. nat. Andree Niklas and the Romanian peers, coordinated by Ass. Prof. PhD. Culea Cătălina (University of Bacău).

The health status of the students is a corroborated plurality of influences like: lifestyle, environmental conditions and their emotional-behavioural, but also the meaning of health status for them, how they perceived their health, what health represented for them. There already exists a significant number of papers which attest the major differences between youth and adults, the way in which health status is represented for them for e.g. The unanimous verified conclusion is that the youth didn't pay too much attention to their health, because they were very sure about their strong body, in general.

The major declared goal of this study, the identification of similarities, differences, but also the specific aspects of the health status between German and Romanian students, was mostly made regarding the risk factors on health. The socio-cultural particularities constitute the independent variable which can influence the physical and psychic health, according to the last definition of health, formulated by WHO in 2007.

Hypotheses:

The study's hypotheses were:

1. The risk factors of students' health are different for the two academic campuses from two different countries of the European Community.
2. The factors which contribute to the students' academic success are different for each country.

Materials and methods:

At the population range, health status may be estimated starting from individual health status evaluation. In this phase of research, we worked separately in the sense that every team investigated a calculated representative sample from our campus. To increase the compatibility of our results, the same questionnaire was employed, elaborated by our teams collaboratively.

The experimental design established by mutual agreement, was:

1. Establish the type and size of representative samples; establish the conditions to recruit subjects into the sample;
2. Pre-Questionnaire;
3. Definitive Questionnaire and the guide for conducting interviews;
4. Collecting data;
5. Data processing and their interpretation.

Data processing and interpretation involved:

- central tendency indicators for quantitative characteristics;
- central tendency indicators for qualitative characteristics;
- dispersion indicators;
- statistical comparison's indicators (chi²-square test with the Yates' continuity correction).

The ethical problems entailed by such studies were permanently in our attention, by both agreements. During all the research stages, we permanently pointed out the importance of the study and of the expected impact.

Sample size:

The perception of students' health status cannot be exhaustively investigated, but it can be very well supplied by selective researches through samples that present economic advantage and the multitude of

advantages brought by knowledge. For example, it was calculated the variance based on the students frequency at courses and seminars.

$$n = \frac{t^2 xs^2}{\Delta^2 + \frac{t^2 xs^2}{N}} \quad \text{and} \quad n_i = \frac{n}{N} \quad (N_i \text{ for sample stratum})^3$$

The extended questionnaire and the comprehensive interview were used, choosing one or another application form in the order of their advantages or disadvantages. The choice version was face-to-face interview: the questionnaire was applied to the students in course-halls/ course rooms, after a preliminary presentation about the goal of the study and the importance of honesty in their answers, and the assurance of anonymity and the confidentiality of the personal data.

Selected data for that research were:

- period of instruction;
- lifestyle: habits related to health status (alcohol, tobacco and drugs consumption, sexuality, driving);
- life conditions: living, financial statements, eating, leisure;
- Perceived health status (if they appeal to medical services, when, in what conditions etc.);
- Academic environment, social sustainability, relations;
- Students' goals and scholar performance, professional projects etc.
- Socio-demographic variables: sex, age, residence, marriage, children number.

Measure-tools used were:

- **Perceived Stress Scale** (PSS 14 – Cohen, Perceived Stress Scale) a 14-item, self-reported one-dimensional instrument developed to measure a perceived stress in response to situations in a person's life.
- **Wellbeing** (GHQ 12 – Golberg, General Health Questionnaire). GHQ-12 scores were coded in two ways for analysis. Firstly, the 12 individual items were coded 0,1,2,3 and the scores were summed to give an overall GHQ-12 scale running from 0 (the least distressed) to 36 (the most distressed). Higher scores are indicative of psychiatric disorder. Secondly, values of 1 and 2 on each item were re-coded to 0, and 3 and 4 values to 1. The items were then summed to give a scale running from 0 (the least distressed) to 12 (the most distressed). A threshold score of 4 or more on the GHQ-12 is often used to identify respondents with a potential psychiatric disorder or 'cosiness' and this cut-off point was used for the purposes of the present paper (four variants: "I'm not in habit" → "It's more than a habit")
- **Coping strategies** (Brief COPE scale, Carver). A variety of idiosyncratic coping measures exist, but in recent years, researchers have typically used one of two instruments: the Ways of Coping measure (Folkman & Lazarus, 1980) or the COPE (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989). We chose the last version of the scale Brief-COPE which is formed of 14 subscales, with two items (= 28 items). The goal of Brief-COPE – active coping evaluation, planning, cognitive reinterpretation, accepting, religion appeal, social sustainability finding, humour, expressing feelings, drugs consumption, behavioural (dis)engagement, blaming etc. The students have responding possibilities between "not at all" – "Very much", "never" – "always" etc.
- **Life goals** (GIFS – Goal Importance Facilitation Scale, Maes, Müller & Spitz). This scale evaluates the personal goals and classifies them according to personal importance and also according to personal difficulties to reach those goals. GIFS consists of 24 goals to be reached and 24 situations to be avoided. Students must choose between: "unimportant" – "very important" and between "very easy" – "very hard", so as to assess the facility or hardness to reach them.
- **Self esteem** (Rosenberg's scale). This scale contains 10 items which conduct to a global self-esteem score. A score between 17 and 33 revealed a medium self-esteem. Students have the possibility to select between "totally agree" and "totally disagree".
- **Social support** (SSQ – Social Support Questionnaire, Sarason). The questionnaire permits the quantitative and qualitative evaluation of the possible supporting people (number of invoked persons) and of the satisfaction for their support. Students respond with: "very satisfied" → "very unsatisfied".

The statistic analysis of data was realised with SPSS 17.0.

Explanatory models were elaborated separately for the two academic centres, starting from the linear regression of the continuous dependent variables (physical and psychic health) and from binary logistic regressions for dichotomous dependent variable (academic success).

The identification of the factors capable to explain a really bad perception of health status was mainly searched. The multiple linear regressions permitted to identify the variables which are susceptible to

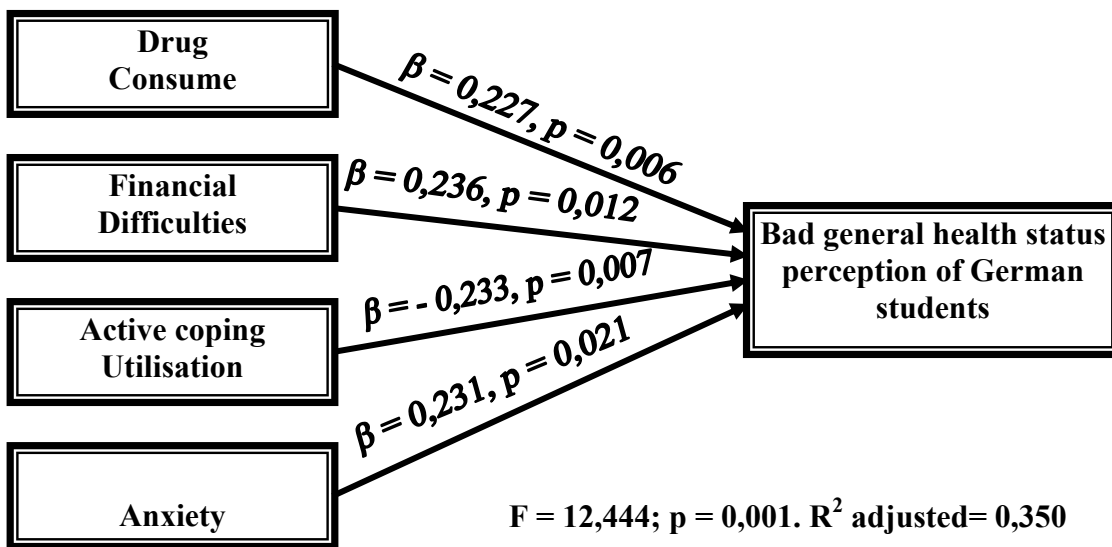
explain bad perception of health status of the German students and, respectively, of the Romanian students.

Results and discussions:

	Sample from University of Gottingen (N = 734)	Sample from University of Bacău (N = 192)
Boys	293 (39,92%)	39 (20,31%)
Girls	441 (60,08%)	153 (79,69%)
Age	19,83	19,66

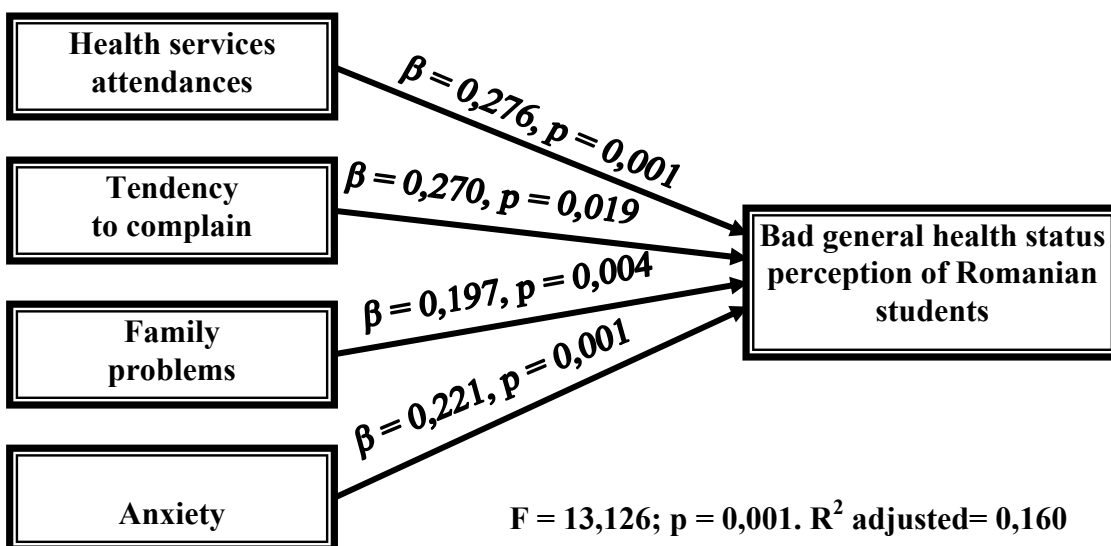
Physical health:

Intricate explanatory model of German students' health status:



Multiple regression analysis revealed that German students frequently appeal to drugs which provoked them the desired psychoactive effect ($\beta = 0,227$), it is not easy for them to get over financial difficulties ($\beta = 0,236$), they don't use active methods for adaptation (active coping), present anxiety ($\beta = -0,233$), aspects that account for about 35% who have a bad general health status perception.

Intricate explanatory model of Romanian students' health status:



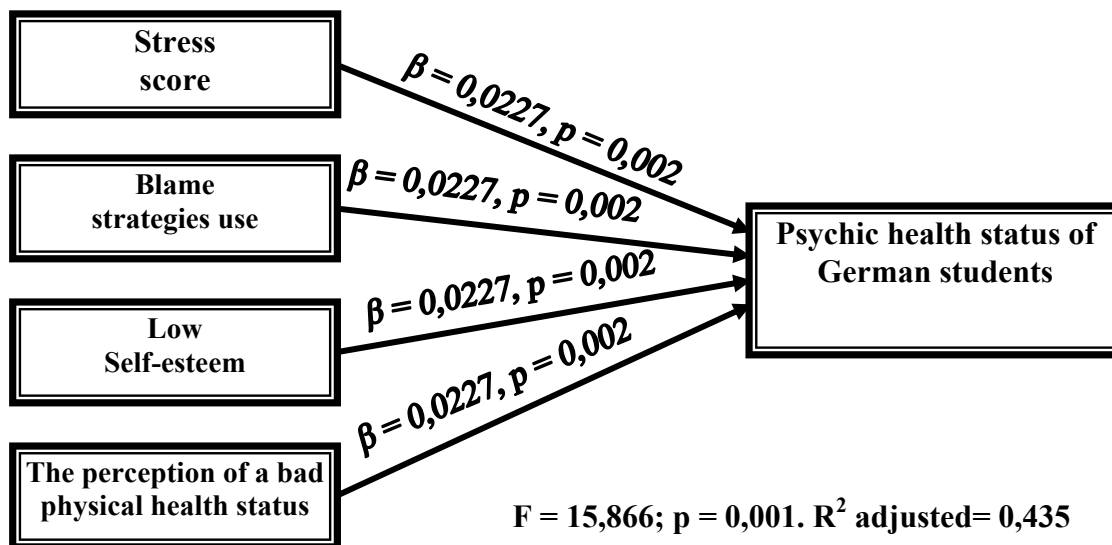
Otherwise, the German students who take psychoactive drugs have a difficult financial situation, present anxiety and don't use active coping, they have the tendency to perceive their general health status at a very low level.

In the case of Romanian students, the bad general health status is perceived by students who appeal to a physician, who have the tendency to frequently complain and, generally, present anxiety because they have family problems (for ex., one-parent families).

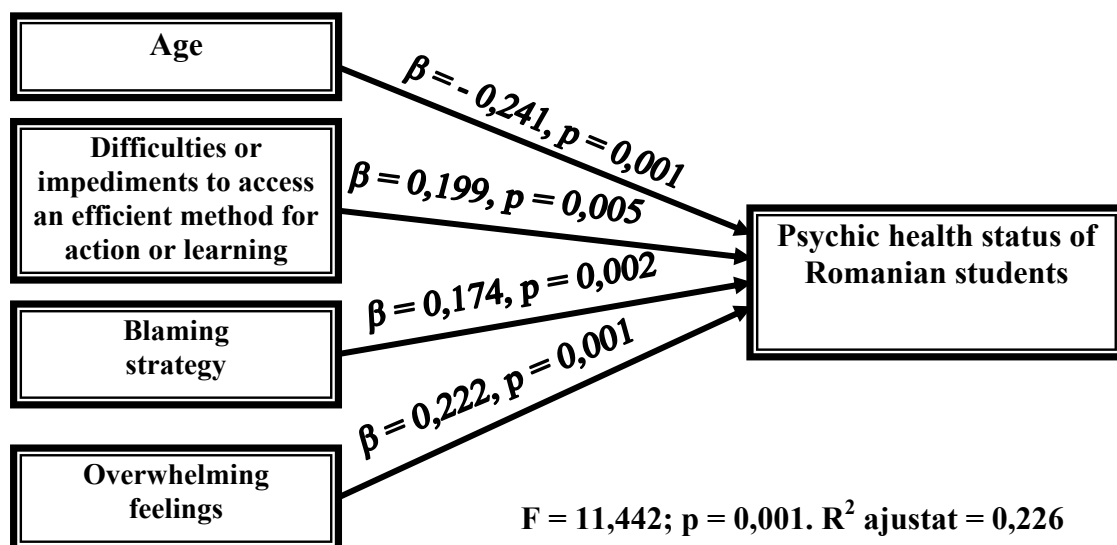
Psychic health:

Students' psychic health was appreciated starting from their psychic problems. The identified variables may explain why these kinds of problems can appear relatively more often among that category of persons, both in the Romanian students' case and in the German students' case.

Intricate explanatory model of German students' health status:



Intricate explanatory model of Romanian students' health status:

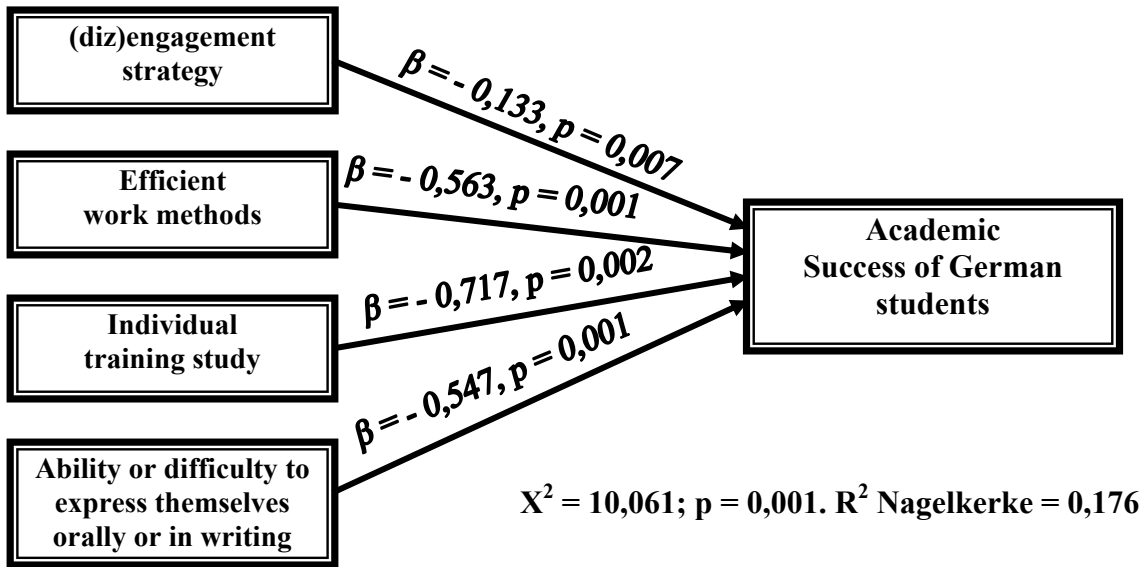


Multiple regression indicates that 43,5% of bad psychic health is explained through the perception of stress, blame strategies use, low self-esteem and the perception of a bad physical health status.

Multiple regression pinpointed that 22,6% of bad psychic health explanations are directly related with age, difficulties or impediments to access an efficient method for action or learning, blaming strategy, and also the overwhelming feelings.

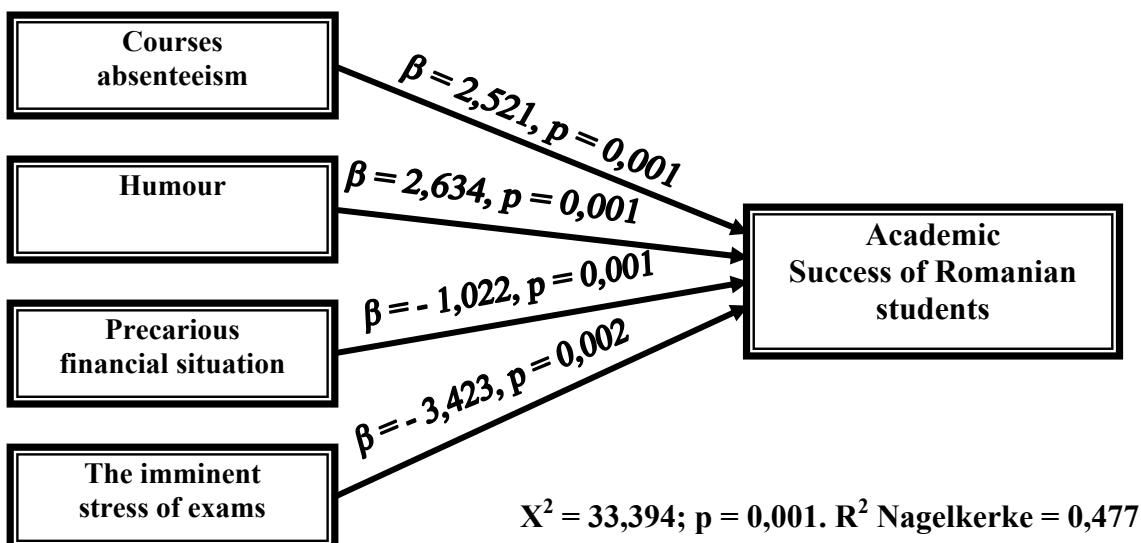
Academic success:

Intricate explanatory model of German students' health status:



It can be observed that German students explain themselves the academic success depending (17,6%) on: (diz)engagement strategy, efficient work methods, individual training study, ability or difficulty to express themselves orally or in writing.

Intricate explanatory model of Romanian students' health status:



The figure indicates that the Romanian student explains himself that academic success depends (47,7%) on: courses absenteeism (mainly in case of working students), humour, precarious financial situation and the imminent stress of exams.

Conclusions and propositions:

Our study's results show that there exist the tendencies to change the students' behaviour depending on actual factors from the family circle, communitarian or university environment, or the social environment in general. The number of students has increased enormously over the last 20 years, which worsened in their life: time for studying, eating, accommodation, leisure. Romanian students in particular show insufficient knowledge about a healthy lifestyle (healthy eating, smoking, alcohol consumption, drugs etc.), a rare appeal or a limited one to accredited professionals engaged to maintain or/and regain a good state of health.

There are numerous students who do not treat these problems seriously, who treated their health problems easily, or didn't ask themselves about the influences of the polluted environment on their health. It can be easily observed in the whole specialised literature, or in similar studies, that a negative, unhealthy, polluted environment causes disgust for life and little preoccupation for health. The statistical evidence from this study that many of our youth are in want is, unfortunately, only recognised by a few who really do something to improve their condition.

Parents, teachers and medical personnel find themselves in a paradoxical ethical situation, but also in a technical one. It is known that this injurious behaviour of youth (alcohol consumption, smoking, drugs) is a response to the environment's aggressions, to avoid depression, to calm stress, all kinds of psychic pains, and mostly a response to the gloomy perspectives in the current world crisis conditions. Therefore, we must firstly insist on the permanent mobilisation to find new modalities, each of us in his/her field of activity, to act against these aggressions, not only against their effects.

The youth are not the only ones responsible for their health status. If there is a real wish to improve and create a reciprocal climate based on confidence in universities, we can't say that there is sufficient information. Scientifically, the students' behaviour is very little known. Most of the information is stereotypical. For our countries there are no periodical studies containing youth's health investigations. Unfortunately, in Romania there is insufficient popularisation of the knowledge and methods for maintaining a good health status. The beneficial behaviour for physical and psychic health is not encouraged. The fact that since 2004 the European Commission has created an accessible portal for all Europeans (<http://ec.europa.eu/health-eu/index.htm>) is little known and accessed.

It is true. Youth are in danger, exactly as WHO advertised (in reports from 1993, 1995, 2000, 2003, 2005, 2007), owing to the "hostile world". Students' life, mostly at the beginning, is full of "symbolic violence", exigency, "rites" and "rituals", which set a mark, have an impact on youth's health, which can be proved more or less traumatising.

The main goal of this study was to evaluate our students' health status, but only a real reevaluation of it, especially by students, and their teachers, but also by the society's members who are involved directly or indirectly, the ones responsible with health problems, will make it valuable. This is the real fact/situation. We consider it a duty for all audience to discuss and permanently improve the methodology for assessing the students' lifestyle, behaviour etc., to permanently apply it to all youth, and the results must be presented, commented by specialists who can continue the propositions list, adequate measures must be taken to develop conscious and healthy behaviour which can only assure our nations' health.

STUDIUL COMPARATIV AL UNOR EȘANTIOANE DE STUDENȚI DIN GOTTINGEN ȘI BACĂU AL RELAȚIEI DINTRE STAREA SĂNĂTĂȚII FIZICE ȘI PSIHICE ȘI REUȘITA UNIVERSITARĂ

Andree NIKLAS¹

Culea KATALIN²

Ursula HILLMER-VOGEL¹

Tatiana DOBRESU²

Harald THEGEDER¹

Eugenia HARJA²

¹Universitatea din Gottingen

² Universitatea „Vasile Alecsandri” din Bacău

Cuvinte cheie: starea de sănătate, reușita universitară, model explicativ

Rezumat

Studiul evaluează și compară prevalența problemelor de sănătate ale studenților din centrele universitare Gottingen (Germania) și Bacău (România).

Cercetarea include aprecierea interferențelor problemelor socio-emoționale cu sănătatea fizică și psihică a studenților, cu repercursiuni asupra capacității de studiere, de reușită universitară. Studenții germani au raportat mai multe probleme de internalizare și externalizare comparat cu studenții români.

Identificarea asemănărilor, diferențelor, dar și aspectele specifice privind starea de sănătate a studenților germani și români, a vizat cu precădere factorii de risc pentru sănătate, particularitățile socio-culturale constituindu-se în acest studiu drept variabilă independentă, care poate influența sănătatea fizică și psihică.

Rezultatele privind reușitele universitare sunt explicitate într-un model explicativ complex.

Introducere

Intr-un raport din 2002, Consiliul Europei a sesizat că sunt prea puține studii asupra tinerilor din Albania, Georgia, România, Armenia, Ungaria, Rusia, Azerbaidjan, Letonia etc și a cerut publicarea de rapoarte în care să se evidențieze necesitatea unor asemenea studii. M. Baumann et al., a analizat starea de sănătate a studenților din Europa (La santé des étudiants en Europe) pe baza următorilor indicatori : exerciții fizice regulate, consumul de alcool, consumul alimentar, portul centurii de siguranță, dacă se protejează când fac sex și utilizează anticoncepționale etc., și a ajuns la concluzia că studenții din Europa de Est au stiluri de viață mai puțin sănătoase, sunt mai puțin informați asupra raportului ce există între factorii legați de stilul de viață și riscul îmbolnăvirilor. Între concluziile studiului erau și următoarele: nr fumătorilor a crescut, consumul de fructe s-a diminuat, ca și timpul acordat exercițiilor fizice, nici nivelul cunoștințelor, al informării privind sănătatea și factorii care o determină nu a crescut, adică ”rezultatele decepționează, fiindcă studenții sunt tinerii cu cel mai înalt nivel de instruire”.

Fiind desfășurată în universități partenere în programul Leonardo Da Vinci, cercetătoarea a propus repetarea studiului la intervale de cinci ani. La acest interval, în 2004, M. Baumann a prezentat următoarele rezultate referitor la studenții din Belgia, Bulgaria, Spania, Finlanda și România: au o bună igienă a somnului – consum redus de somnifere (0,4%), alimentație relativ echilibrată, dar 37% fumează (50% cca. 10 țigări/zi), procentul cel mai mare în România și Bulgaria, care sunt criticate de autori deoarece era încă permis fumatul în incinta universităților, în locuri publice, chiar și în spitale.

Lucrarea de față se dorește a fi un prim pas al unei colaborări de mai mare anvergură între echipe interdisciplinare și multidisciplinare ale University of Gottingen, condusă de prof. dr. med. Andree Niklas și cea de a doua românească, similară, condusă de conf. univ. dr. Culea Cătălina, University „Vasile Alecsandri” of Bacău.

Starea de sănătate, inclusiv a este un cumul de influențe coroborate, cum ar fi : modul de viață, condițiile de mediu și comportamentele cotidiene ale acestora, dar și cu semnificația pe care aceștia o dau stării de sănătate, cum își percep sănătatea, ce reprezintă sănătatea pentru ei. Există deja un număr însemnat de lucrări care atestă incontestabil diferențele majore de ex., între felul în care își reprezintă tinerii, comparativ cu adulții, starea de sănătate. O concluzie unanim verificată de acestea, atestă că tinerii nu acordă mare atenție sănătății, deoarece, în general, sunt ”foarte siguri” de faptul că au o sănătate ”de fier”.

Pentru a putea identifica asemănările, diferențele, dar și aspectele specifice privind starea de sănătate a studenților germani și români, au fost vizați cu precădere, factorii de risc pentru sănătate. Particularitățile socioculturii au constituit în acest studiu, variabila independentă, care poate influența sănătatea fizică și psihică a studenților, conform ultimei definiții a sănătății dată de OMS în 2007 (se arată că starea de sănătate este influențată și de reprezentările sociale, de credințe privind starea de sănătate etc.).

Studiul comparativ a urmărit starea sănătății fizice, psihice și reușita universitară a unor eșantioane de studenți din Bacău și Göttingen.

Ipotezele de lucru au fost :

1. Se presupune că factorii de risc pentru sănătatea studenților sunt diferiți în cele două centre universitare, a două țări diferite din Comunitatea Europeană.
2. Se presupune că factorii care contribuie la reușita universitară diferă în cele două țări noastre.

Material și metodă

La nivelul unei populații, starea de sănătate poate fi apreciată pornind de la evaluări privind starea de sănătate individuală. Echipele noastre au lucrat distinct, investigând două eșantioane de studenți, fiecare în țara sa. S-a utilizat metoda anchetei prin chestionar, același pentru ambele centre universitare, elaborat în colaborare.

Pentru realizarea cercetării care a stat la baza acestei lucrări, protocolul a cuprins următoarele etape:

1. stabilirea tipului de eșantionare și a criteriilor de includere în eșantion;
2. preancheta ;
3. definitivarea chestionarului și a ghidului de interviu ;
4. colectarea informațiilor (datelor) ;
5. prelucrarea și interpretarea lor.

Pentru prelucrarea și interpretarea datelor, am utilizat :

- indicatori de tendință centrală pentru caracteristici cantitative;
- indicatori de tendință centrală pentru caracteristici calitative ;
- indicatori de dispersie ;
- indicatori de comparare statistică (test χ^2 cu corecția Yates).

De comun acord, am avut în atenție problemele etice ale unui asemenea studiu și s-a căutat ca pe parcursul tuturor etapelor cercetării să se atragă atenția asupra importanței sale și impactului așteptat de către cercetători și studenți.

Percepția asupra stării de sănătate a studenților nu poate fi investigată exhaustiv, cercetarea selectivă pe eșantion prezentând avantaje de ordin economic, aplicativ și de cunoaștere. Pentru aplicarea chestionarului pe instituții de învățământ superior, facultăți, specializări, ani de studiu etc., am calculat varianța pe baza frecvenței persoanelor la curs și seminar.

$$n = \frac{t^2 x s^2}{\Delta^2 + \frac{t^2 x s^2}{N}} \quad \text{și} \quad n_i = \frac{n}{N} \quad (N_i \text{ pentru straturi})^3$$

S-a folosit chestionarul extins și interviul comprehensiv, optând pentru diverse forme de aplicare în funcție de avantajele și dezavantajele lor. S-a ales varianta față în față: chestionarul a fost aplicat studenților în sălile de curs, după ce au fost făcute câteva precizări legate de scopul cercetării și de onestitatea cu care ar trebui date răspunsurile, cu asigurarea totodată că va fi păstrat anonimatul persoanelor și confidențialitatea răspunsurilor individuale.

Datele culese au fost constituite din:

- informații privind școlaritatea;
- informații privind stilul de viață: obișnuințele legate de starea de sănătate (consum de alcool, țigări, substanțe, conducerea automobilului, sexualitate)
- informații privind condiții de viață: locuirea, situația financiară, alimentația, loisir-ul;
- informații privind starea de sănătate percepută (dacă recurg la servicii medicale, când, în ce condiții etc.);
- informații privind mediul studentesc, susținerea socială, relațiile;
- informații privind reușita și scopurile, proiectele profesionale etc.
- Variabilele sociodemografice: sex, vârstă, loc de rezidență, situație matrimonială, număr de copii.

S-au utilizat următoarele instrumente de măsurare a:

- stresului perceput (cu PSS 14 – Cohen, Perceived Stress Scale, 1983) scală ce permite evaluarea

importanței cu care sunt percepute evenimentele de către individ, cât de amenințătoare, cât de imprevizibile, incontroleabile sau penibile îi par. Există mai multe versiuni ale acestei scale – cu 14 itemi, cu 10 și cu 4. Fiecărui item studentul îi estimează frecvența într-un anumit interval de timp.

- stării generale a sănătății (cu GHQ 12 – Golberg, General Health Questionnaire). Chestionarul stării generale de sănătate Goldberg permite măsurarea deteriorării stării psihice. Itemii evaluează prezența simptomelor somatice, a anxietății, a insomniei, proastei funcționări sociale, depresiei. Un scor peste 31 indică suferință psihică. Studenții aleg pt fiecare răspuns, din patru variante (nu am obiceiul → este mai mult decât obișnuință)

- strategiilor de coping, cu scala Brief COPE, Carver). Această scală face inventarul răspunsurilor la stres – ce strategii de coping sunt utilizate în mod curent de către studenți. Ultima versiune a acestei scale Brief-COPE este compusă din 14 subscale, cu câte doi itemi fiecare. Echipele noastre au optat pt această versiune, deci scala cu 28 itemi Brief-COPE care are drept obiectiv, evaluarea coping-ului activ, planificarea, reinterpretarea cognitivă, acceptarea, apelul la religie, căutarea susținerii sociale, umorul, exprimarea sentimentelor, folosirea de substanțe, dezangajarea comportamentală, blamarea etc. studenții au ca variante de răspuns în acest caz, între ”deloc” – ”f. Mult”, ”niciodată” – ”întotdeauna” etc.

- scopurile vieții (cu GIFS – Gool Importance Facilitation Scale, Maes, Müller & Spitz). Această scală realizează evaluarea scopurilor personale și le clasifică ca și importanță personală, ca și aprecierea dificultăților de a le atinge în situațiile de viață cotidiană. GIFS are în componență 24 de scopuri de atins și 24 situații de evitat (din taxonomia propusă de Ford și Nichols, 1987). Studenții trebuie să aleagă dintre: ”puțin important” – ”f. Important” și între ”f. Ușor” – ”f. Greu”, pentru a se putea aprecia ușurința sau dificultatea de a le atinge.

- Stimei de sine (scala lui Rosenberg). Această scală conține 10 itemi, care conduc la un scor global al stimei de sine (se poate estima un nivel scăzut al stimei de sine, care se echivalează cu disconsiderarea de sine și dezaprobarea critică privind propriile comportamente, ori o supraestimare a stimei de sine. Un scor cuprins între 17 și 33 relevă o stimă de sine medie. Studenții au posibilitatea de a alege între ”cu totul de acord” și ”nu sunt deloc de acord”.

- Susținerii sociale (cu SSQ – Social Support Questionnaire, Sarason). Chestionarul permite evaluarea cantitativă și calitativă a disponibilului care susține (nr persoane invocate) și a satisfacției față de susținerea lor. Studenții răspund cu: ”f. Satisfăcut” → ”f. nesatisfăcut”.

Analiza statistică a datelor s-a realizat cu programul SPSS 17.0.

Scopul principal, declarat al acestei cercetări a fost identificarea asemănărilor, dar și a diferențelor, între factorii de risc pentru sănătatea fizică și psihică, ca și pentru reușita universitară, a studenților germani și români.

Modelele explicative au fost constituite separat pentru cele două centre universitare, plecând de la regresiiile lineare pentru variabilele dependente continue (sănătatea fizică și psihică) și de la regresiiile logistice binare pentru variabila dependentă dihotomică (reușita universitară).

S-a căutat în special, identificarea factorilor capabili să explice percepția unei stări de sănătate fizică proastă, rea. Regresia lineară multiplă a permis identificarea variabilelor susceptibile să explice percepția unei stări proaste de sănătate a studenților germani, respectiv români.

Rezultate și discuții:

	Eșantion University of Gottingen (N = 734)	Eșantion University of Bacău (N = 192)
Băieți	293 (39,92%)	39 (20,31%)
Fete	441 (60,08%)	153 (79,69%)
Vârsta medie	19,83	19,66

Sănătatea fizică:

Analiza regresiei multiple relevă faptul că studenții germani apelează adesea la medicamente, deoarece astfel pot obține efectul psihoactiv dorit ($\beta = 0,374$), trec cu greu prin situațiile când ai probleme financiare ($\beta = 0,374$), nu folosesc metode active de adaptare (coping-ul activ), au o stare de neliniște ($\beta = 0,374$), aspecte care explică 38% din percepția proastă pe care o au despre starea lor generală de sănătate. Altfel spus, studentul german care consumă medicamente psihoactive, are o situație financiară proastă, este neliniștit și nu folosește coping-ul activ, prezintă tendința de a-și percepe starea generală de sănătate la nivel f. Scăzut.

În cazul studenților români, starea de sănătate generală proastă este percepută de studenții care

apelează la medic, cei care au tendința de a se plânge adesea și în general, au probleme în familie (de ex., monoparentală).

Modelul explicativ al stării de sănătate a studenților germani:

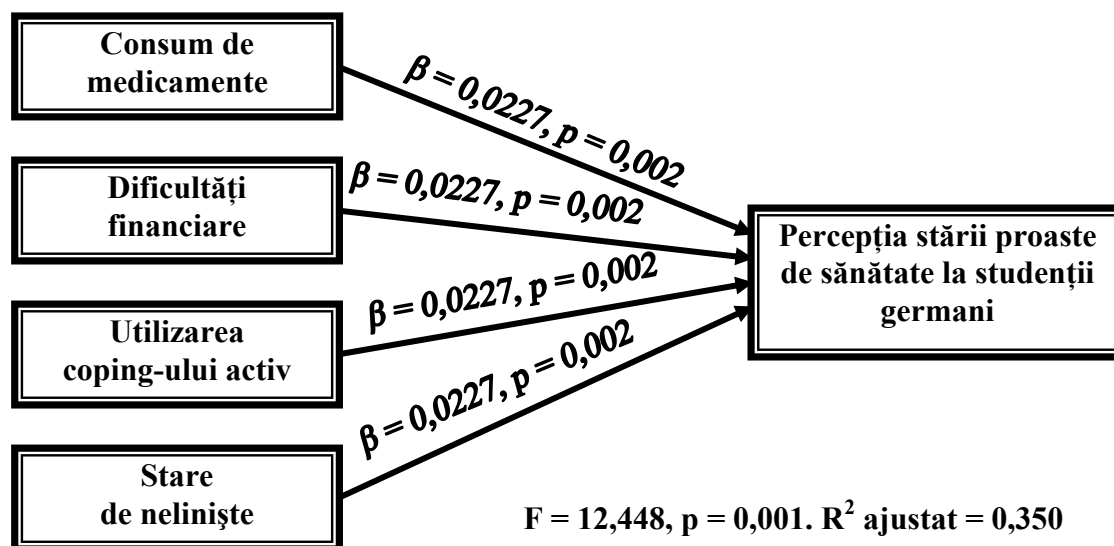


Fig.1.

Modelul explicativ al stării de sănătate a studenților germani:

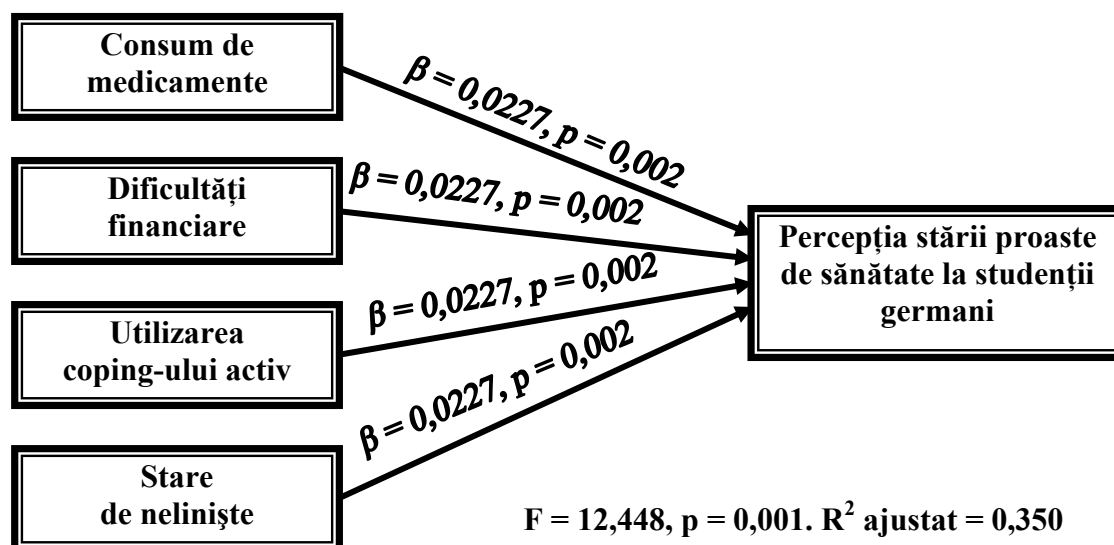


Fig.2.

Sănătatea psihică:

Sănătatea psihică a studenților s-a apreciat pornind de la problemele psihice ale acestora. Variabilele identificate ar putea explica de ce apar astfel de probleme, oarecum mai des la această categorie de persoane, atât în cazul studenților români, dar și al celor germani.

Modelul explicativ al stării de sănătate a studenților germani:

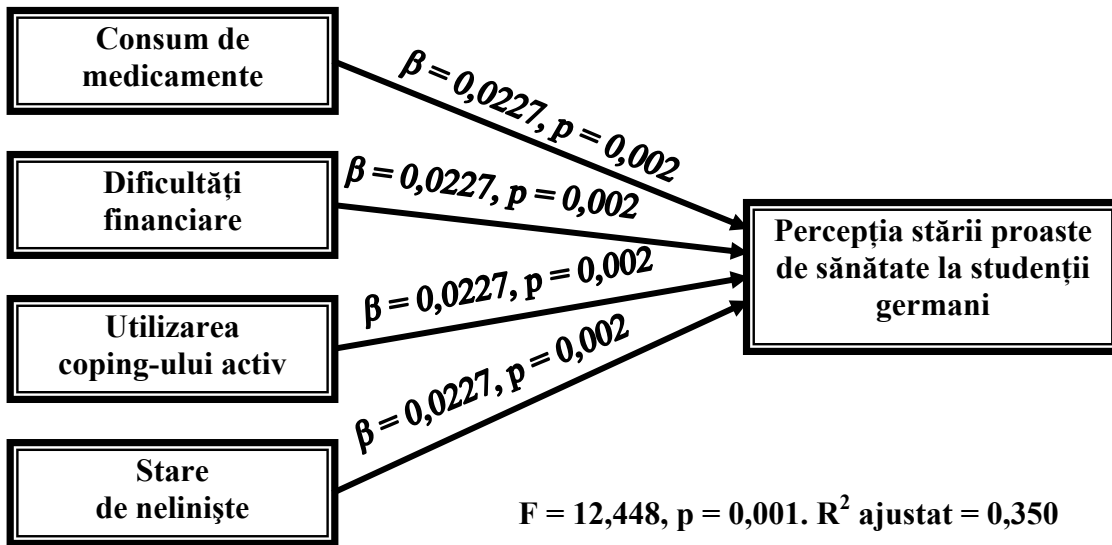


Fig.3.

Modelul explicativ al stării de sănătate a studenților germani:

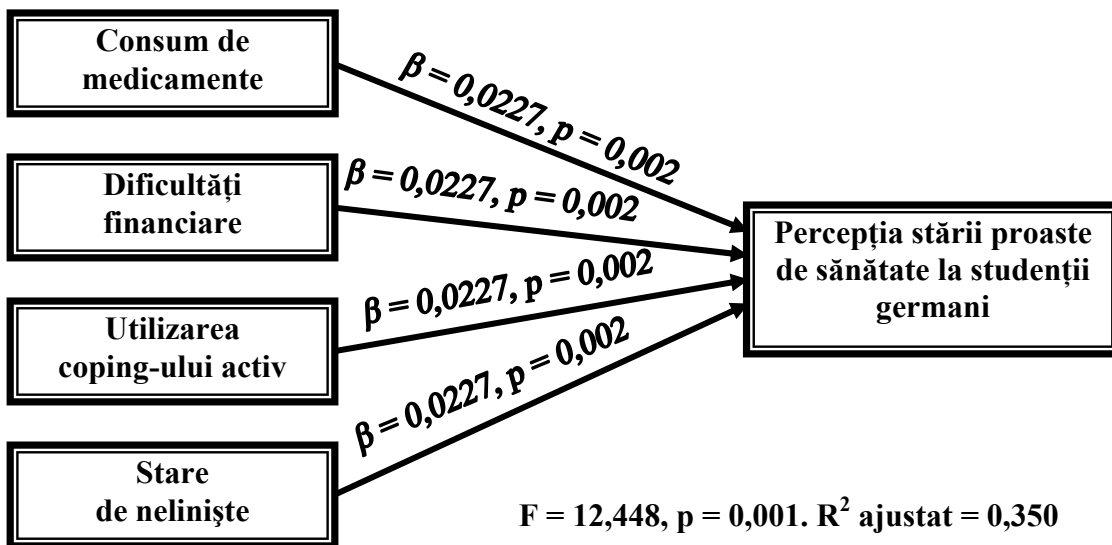


Fig.4.

Regresia multiplă indică faptul că 44,4% din starea psihică proastă este explicabilă prin prisma stress-ului perceput, folosirea strategiei de blamare, slaba stimă de sine și percepția asupra stării din punct de vedere fizic – proastă.

Regresia multiplă a evidențiat că 22,8% din explicațiile privitoare la starea psihică proastă relaționează în mod direct cu vârsta, greutatea sau piedicile de a-și însuși o metodă eficientă de acțiune sau învățare, strategia blamării, precum și faptul de a se simți depășit.

Reușita universitară:

Modelul explicativ al stării de sănătate a studenților germani:

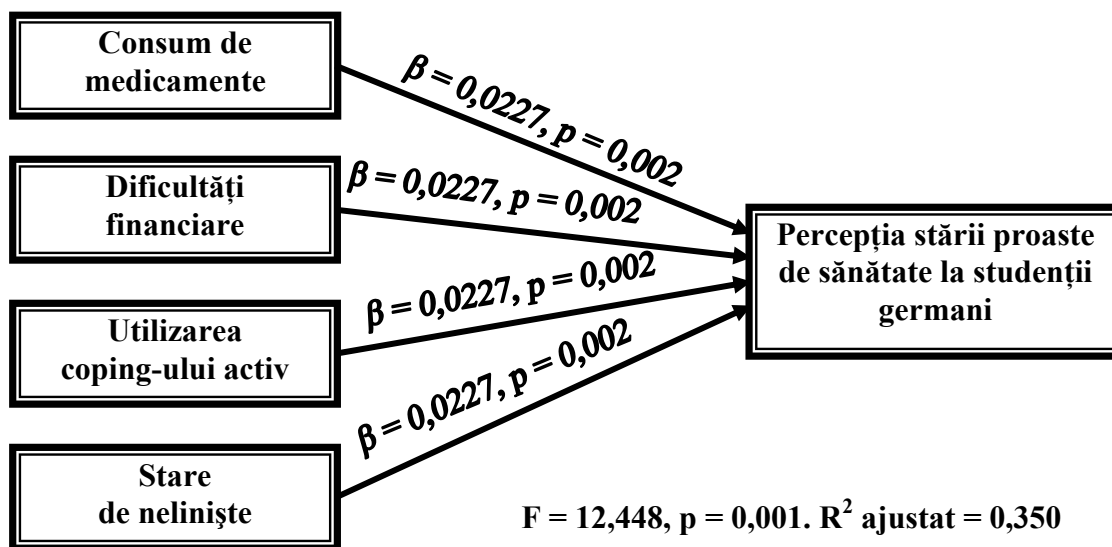


Fig.5.

Se poate observa că studenții germani își explică reușita universitară ca depinzând (17,2%) de: strategia de (dez)angajare, metode de lucru eficiente, studiul individual de pregătire, abilitatea sau dificultatea de a se exprima în scris sau oral.

Modelul explicativ al stării de sănătate a studenților germani:

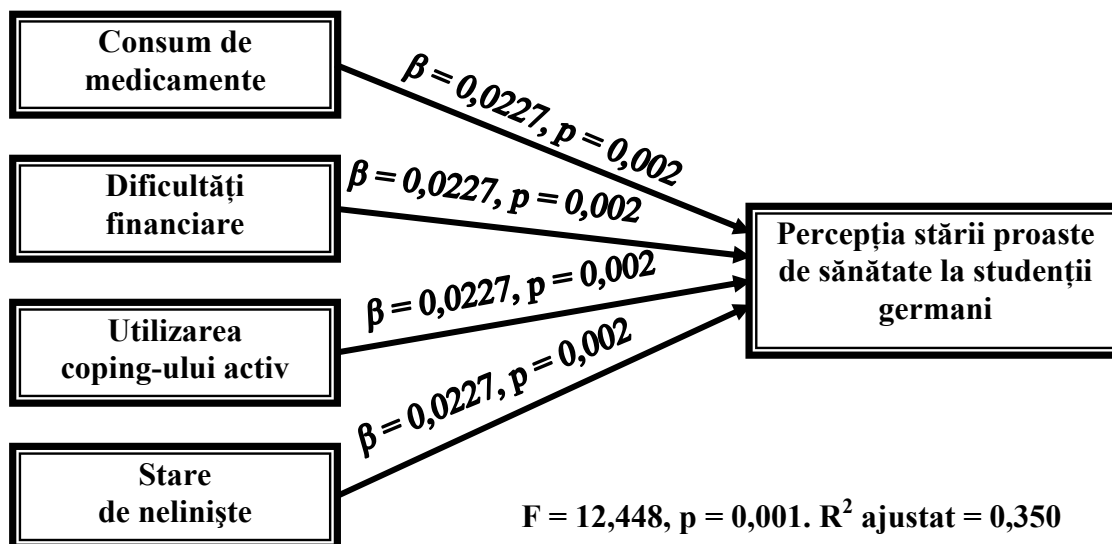


Fig.6.

Indică faptul că studentul român își explică reușita universitară ca depinzând (7,7%) de: absența la ore (mai ales în cazul celor care lucrează), folosirea umorului, situația financiară precară, precum și stress-ul iminent la examene.

Concluzii și propuneri:

Rezultatele studiului nostru arată că există tendințe de modificare a comportamentului studenților plecând de la factorii actuali existenți în mediul familial, comunitar, universitar, social. Numărul studenților a crescut enorm față de acum 20 de ani, cu toate consecințele pentru viața lor: timp de studiu, masă, cazare, loisir. Studenții români mai ales, prezintă lacune în cunoștințele lor privind stilul de viață sănătos (alimentația sănătoasă, fumat, consum alcool, substanțe medicamentoase etc.), au rețineri față de profesioniștii menținerii sau /și redobândirii stării de sănătate.

Numeroși unți și studenții care nu iau în serios, care tratează cu ușurință problemele legate de starea lor de sănătate sau care nu-și pun întrebări legate de influența mediului în care trăiesc asupra stării lor de sănătate. Se poate observa cu ușurință din întreaga literatură de specialitate, ori studii asemănătoare, că un mediu negativ, nesănătos, poluant, provoacă dezgust față de viață și lipsa preocupării pentru propria sănătate. Se poate constata evidența statistică din acest demers științific, că mulți din tinerii noștri sunt în suferință și mai grav, puțini sunt cei care recunosc și fac ceva pentru ameliorarea condiției lor.

Părinți, profesori, și cadrele medicale abilitate se află într-o postură paradoxală din punct de vedere etic, dar chiar și tehnic. Se cunoaște faptul că aceste comportamente nocive ale tinerilor (consum de alcool, tutun, droguri) sunt un răspuns la agresiunile mediului, pentru evitarea depresiei, aplanarea stres-ului, suferințelor psihice de tot felul, lipsa de perspectivă mai ales, în condițiile actualei crize mondiale. Deci, ar trebui în primul rând, insistat și găsite permanent modalități ce țin de competența fiecăruia dintre noi, de a acționa asupra acestor agresiuni și nu numai asupra efectelor acestor efecte. Nu pot fi făcuți responsabili pentru starea lor de sănătate doar studenții. Dacă se dorește instaurarea unui climat de încredere reciprocă în instituțiile de învățământ superior, nu putem spune că există suficiente date. Comportamentul studenților este de fapt, puțin cunoscut științific. Cele mai multe afirmații sunt stereotipuri. Nu există studii cu investigații periodice asupra sănătății lor, nu sunt popularizate suficient cunoștințele și practicile adecvate menținerii unei bune stări de sănătate. Mai grav, nu sunt încurajate comportamentele benefice pentru o stare de sănătate fizică și psihică. Faptul că din 2004, Comisia Europeană a creat un portal accesibil tuturor europenilor (<http://ec.europa.eu/health-eu/index.htm>) este un fapt prea puțin cunoscut și consumat. Serviciile sanitare, dar și educația în spiritul noului program european privind sănătatea studenților (lansat în 2003) sunt de mare importanță, mai ales în centrele universitare.

Tineretul este în pericol, avertizează OMS (în rapoartele sale din 1993, 1995, 2000, 2003, 2005, 2007), datorită "lumii ostile" în care trăiește. Viața studentescă, mai ales la începuturile ei, este plină de "violență simbolică", de exigențe, de "rituri" și "ritualuri", care marchează, are impact asupra sănătății tinerilor, care se pot dovedi mai mult sau mai puțin traumatizante.

Principalul scop al studiului nostru a fost cunoașterea stării de sănătate a studenților din centrele noastre universitare, dar în același timp, am dori și valorificarea acestui studiu de către studenți în special, de către profesori în primul rând, dar și de alți membri ai societății, implicați în mod direct sau indirect, decidenți în astfel de probleme de sănătate. Ne dorim mai ales ca metodologia de cunoaștere a stilului de viață, a comportamentelor studenților privind alimentația, regimul de lucru, viața sexuală, de familie etc., să fie aplicată tuturor tinerilor, iar rezultatele să fie aduse la cunoștința acestora, comentate de către specialiștii care, să continue lista propunerilor, a măsurilor adecvate pt formarea unui comportament adecvat și conștient pentru asigurarea sănătății.

Bibliografie:

1. Bernice A., Wilding, J.M. The relation of depression and anxiety to life-stress and achievement in students. *The British Journal of Psychology*, 2004; 95(4): 509-521.
2. Cooke R., Barkham M., Audin K., Bradley. Student debt and its relation to student mental health. *Journal-of-further-and-higher-education*, 2004; 28(1): 53-66.
3. Dehling H., Haupt B. *Einführung in die Wahrscheinlichkeitstheorie und Statistik*. Berlin: Springer Verlag; 2004.
4. Francis L.J., Robbins M., Lewis C.A., Quigley C.F., Wheeler C.F. Religiosity and general health among undergraduate students' *Personality and Individual Differences*, 2004. 37: 485-494.
5. Grignon C. *Les conditions de vie de étudiants, Enquête de l'Observatoire de la vie étudiante*. Paris: PUF; 2002.
6. Goldberg D., Huxley P. *Common Mental Disorders: A Biosocial Model*. London: Tavistock/Routledge; 1992.
7. Leclerc A., Fassin D., Granjean H., Kaminski M., Lang, T. *Les inégalités sociales de santé*. Paris : INSERM ; 2000.

8. Mincă D., Marcu M. Sănătate publică și management sanitar. București: Ed. Medicală; 2002.
9. Nollau V., Partzsch L., Storm R., Lange C. Wahrscheinlichkeitsrechnung und Statistik in Beispielen und Aufgaben. Stuttgart: Teubner Verlag; 1997.
10. Omori M., Ingersoll G.M. Health-endangering behaviours among Japanese college students: a test of psychosocial model of risk-taking behaviours. *Journal of Adolescence*, 2004; 28: 17-33.
11. Roberts L.W., Warner T.D., Trumpower D. Medical students' evolving perspectives on their personal health care: clinical and educational implications of a longitudinal study. *Comprehensive Psychiatry*, 2000; 41(4): 303-314.
12. Roberts L.W., Warner T.D., Lyketsos C., Frank E., Ganzini L., Carter D.D. et al. Caring for medical students as patients: access to services and care-seeking practices of 1027 students at nine medical schools. *Academic Medicine*, 2000; 75: 272-277.
13. Steker T. Well-being in an academic environment. *Medical Education*, 2004; 38: 465 - 478.
14. Steptoe A., Wardle J., Cui W., Bellisle F., Zotti A.M., Baranyai R., Sanderman R. Trends in smoking, diet, physical exercise, and attitudes toward health in European university students from 13 countries: 1990-2000. *Preventive Medicine*, 2002; 35(2): 97 – 104.
15. Steptoe A., Wardle J. Health behaviour, risk awareness and emotional well-being in students from Eastern Europe and Western Europe. *Social Science and Medicine*, 2001; 53(12): 1621-1630.
16. Stock C., Willie L., Kramer A. Gender-specific health behaviours of German university students predict the interest in campus health promotion. *Health Promotion International*, 2001; 16(2): 145-154.
17. Torres J.B., Solberg V.S. Role of self-efficacy, stress, social integration, and family support in Latino college student persistence and health. *Journal of Vocational Behaviour*, 2001; 59: 53-63.
18. Zamfir C., Rebedin I. Stiluri de viață. Dinamica lor în societatea contemporană. București, Ed. Expert; 2003.
19. <http://www.insse.ro/cms/files/aplicatie/Metodologii%20CAM/Social/Metodologia%20SANATA TE.pdf>. Metodologia cercetării statistice a sistemului sanitar, București, 2006.
20. Calitatea vieții în România, coord. Ioan Mărginean, Ana Bălașa. București: Ed. Expert; 2002.
21. Raport de activitate CNAS pe anul 2004, CNAS 2003.
22. Raportul dezvoltării umane, 2004.
23. Rapport du Conseil de L'Europe. Les Editions du Conseil de L'Europe. Bruxelles, 2002.
24. Revista Calitatea vieții, nr. 3-4, 2004.

MENTAL STABILITY - WHAT DOES IT MEAN AND HOW TO ACHIEVE IT

Wolfgang POLLANY
University of Vienna

Key words: mental stability, performance, athlete, capacity.

Abstract

Talking about mental stability of course focuses on a positive state of mind thus resulting in a good performance.

The performance of any athlete in this status is very good, sometimes remarkably beyond their regular capacity.

The most recent researches do lead to the level of self value of the respective athlete as the most decisive factor of the stabilization of performance.

The crucial point is to find certain drills and configurations of tasks that will give a good chance for the athlete to be successful in showing competence.

Introduction

Talking about mental stability of course focuses on a positive state of mind thus resulting in a good performance. The status that we are looking for is called „Readiness for performance“ and from this status we have a chance to shift to the status of „FLOW“ as described by SIKSZENTMIHALYI (1975), a status in