

Pasięka Martyna, Zdziarski Krzysztof. The sense of coherence and the health behavior of students medical and non-medical universities. *Journal of Education, Health and Sport*. 2022;12(3):210-228. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.12775/JEHS.2022.12.03.018> <https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/JEHS.2022.12.03.018> <https://zenodo.org/record/6391951>

The journal has had 40 points in Ministry of Education and Science of Poland parametric evaluation. Annex to the announcement of the Minister of Education and Science of December 21, 2021. No. 32343. Has a Journal's Unique Identifier: 201159. Scientific disciplines assigned: Physical Culture Sciences (Field of Medical sciences and health sciences); Health Sciences (Field of Medical Sciences and Health Sciences).

Punkty Ministerialne z 2019 - aktualny rok 40 punktów. Załącznik do komunikatu Ministra Edukacji i Nauki z dnia 21 grudnia 2021 r. Lp. 32343. Posiada Unikatowy Identyfikator Czasopisma: 201159. Przypisane dyscypliny naukowe: Nauki o kulturze fizycznej (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu); Nauki o zdrowiu (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu).

© The Authors 2022:

This article is published with open access at License Open Journal Systems of Nicolaus Copernicus University in Torun, Poland Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author (s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non commercial license Share alike. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited. The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 01.03.2022. Revised: 16.03.2022. Accepted: 28.03.2022.

The sense of coherence and the health behavior of students medical and non-medical universities

Martyna Pasięka, Student of Health Psychology, Pomeranian Medical University in Szczecin, Poland; martyna.pasiekapum@gmail.com, ORCID: **000-0002-5938-4198**

Krzysztof Zdziarski, PhD, Subdepartment of Social Medicine and Public Health, Department of Social Medicine, Pomeranian Medical University in Szczecin, 70-204 Szczecin, Poland; krzysztof.zdziarski@pum.edu.pl, ORCID: **0000-0001-5766-026X**

Keywords: coherence, health behavior, student, university

Abstract

The article presents the sense of coherence in the perspective of health behaviors of students of medical and non-medical universities. The first part introduces the concepts of the sense of coherence and health-related behaviors. The sense of coherence was explored using the Life Orientation Questionnaire (SOC-29), and health behaviors with the Health Behavior Inventory (IZZ). The group taking part in the study consisted of 216 people - 90 students of medical universities and 126 students of non-medical universities. Research results indicate that there is a relationship between the sense of coherence and health behaviors in the study population. Students of medical and non-medical universities differ statistically significantly in terms of health behaviors. In terms of the sense of coherence, the difference is close to statistical significance, which does not make it possible to present unambiguous conclusions.

It was noticed that there is a difference in the declared health behaviors due to gender and that there is a relationship between the frequency of physical activity and health behaviors.

Wstęp

Zdrowie jest bardzo ważnym aspektem życia każdej jednostki, a dbanie o jego jakość jest jednym z jej podstawowych zadań. Stan zdrowia i psychika człowieka wzajemnie na siebie oddziałują, a zjawisko to jest niezmiernie istotnym elementem badań w obszarze psychologii zdrowia. W obecnych czasach człowiek nieustannie jest narażony na różnego rodzaju trudności, wymagania i stresory, z którymi bezpośrednio musi się zmierzyć, a które mogą zagrażać jego zdrowiu [10]. Zdrowie ma wpływ na prawidłowe i satysfakcjonujące funkcjonowanie w każdej sferze życia. Pojęcie to nie oznacza jedynie braku istnienia choroby czy niepełnosprawności, ponieważ ma szersze i wieloaspektowe znaczenie. [15].

Podstawowym zadaniem każdego człowieka jest proces osobistego kształtowania się i ochrony zdrowia. W tym przypadku znaczącą rolę odgrywają między innymi: środowisko życia, czynniki dziedziczne, opieka zdrowotna, ale przede wszystkim styl życia, który determinuje zachowania zdrowotne [32]. Zachowania te można nazwać reaktywnymi formami aktywności, które są celowe lub nawykowe i pozostają w istotnym wzajemnym związku ze zdrowiem. Głównym wyznacznikiem zachowań celowych jest intencja, planowanie i świadome ich podejmowanie. Natomiast zachowania nawykowe to aktywności, do których człowiek jest przyzwyczajony i wykonuje je codziennie, takie jak: higiena osobista, aktywność fizyczna, wypoczynek czy nawyki żywieniowe [26]. Zachowania zdrowotne można również zdefiniować jako działania człowieka, które nie tylko wspierają i przywracają zdrowie, lecz także te, które mogą przybierać formę bezpośrednio lub pośrednio niekorzystną dla zdrowia fizycznego lub psychicznego [8,27]. Dzieli się je na dwie grupy: 1. zachowania prozdrowotne (sprzyjające zdrowiu), np.: racjonalne odżywianie, podejmowanie aktywności fizycznej, zachowania profilaktyczne, umiejętność radzenia sobie ze stresem, zachowanie własnego bezpieczeństwa, higiena snu itd.; oraz 2. zachowania antyzdrowotne (szkodzące zdrowiu), np.: palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, leków czy innych substancji psychoaktywnych, hipokineza i niedobór wypoczynku [31]. Wpływ na inicjowanie zachowań anty i prozdrowotnych ma wiele czynników, a wśród nich znajduje się między innymi poczucie koherencji [9].

Pojęcie poczucia koherencji wprowadził w latach 70. XX wieku Aaron Antonovsky w trakcie tworzenia teorii salutogenezy [10]. Koncepcja ta skupia się przede wszystkim na

poszukiwaniu czynników ważnych dla zdrowia, które warunkują jego rozwój i ochronę. Zakłada że ludzie nieustannie są narażeni na różnego rodzaju bodźce, zwanymi stresorami, które mogą negatywnie lub pozytywnie wpłynąć na stan zdrowia. Człowiek ma pewne indywidualne predyspozycje, dzięki którym w różny sposób jest odporny na stresory napotymane w życiu codziennym. Reagując na te czynniki dostraja się do nich tak, aby w miarę możliwości zachować równowagę procesów życiowych na optymalnym poziomie. Twórca modelu salutogenetycznego definiuje zdrowie jako pewien wymiar, a stan zdrowia człowieka zmieniający się wraz z stawianymi przed nim wyzwaniem i biegiem czasu, jest umiejscowiony w tymże kontinuum. Na lewym biegunie tego wymiaru znajduje się stan pełnego zdrowia zarówno fizycznego, psychicznego jak i społecznego (Health-ease, HE). Natomiast na drugim, prawym biegunie znajduje się stan głębokiej choroby zagrażającej życiu biologicznemu, psychicznemu i społecznemu (Dis-ease, DE) [1,2]. Według Antonovsky'ego poziom zdrowia zależy od czterech czynników, które istotnie ze sobą współdziałają: uogólnionych zasobów odpornościowych jednostki (są to jej właściwości i cechy społeczno-kulturowe); stresorów (wymagań, dla których nie ma zautomatyzowanych reakcji adaptacyjnych); poczucia koherencji oraz zachowań i stylu życia [1].

Poczucie koherencji jest „globalną orientacją człowieka wyrażającą stopień, w jakim człowiek ten ma dominujące, trwałe choć dynamiczne poczucie pewności, że: 1. bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturalizowany, przewidywalny i wytłumaczalny; 2. ma dostęp do środków które mu pozwolą sprostać wymaganiom jakie stawiają te bodźce; 3. wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania” [24]. Jest więc to sposób w jaki człowiek przystosowuje się do warunków jakie stawia przed nim rzeczywistość, umiejętność prawidłowej interpretacji zdarzeń i zasobów jakimi dysponuje, zdolność do mobilizacji i dążenia w przypadku zagrożenia lub zaspokojenia swoich celów i potrzeb, przy czym osoba ta zdaje sobie sprawę, że jej działania mają sens, a cel jest wart nakładu energii. Konstrukcja ten składa się z trzech komponentów: poczucia zrozumiałości, zaradności i sensowności.

Cel pracy

Głównym celem badań było określenie poczucia koherencji oraz deklarowanych zachowań zdrowotnych studentów uczelni medycznych i niemedycznych, a także wykazanie czy istnieje zależność między zachowaniami zdrowotnymi a poczuciem koherencji, rodzajem

uczelni, płcią i aktywnością fizyczną. W związku z powyższym obrano cele szczegółowe, które zawierają się w pytaniach:

- 1) Czy zachodzi związek między poczuciem koherencji a zachowaniami zdrowotnymi w badanej grupie?
- 2) Czy istnieje różnica w zachowaniach zdrowotnych wśród studentów kierunków medycznych i niemedycznych?
- 3) Czy istnieje różnica w poczuciu koherencji między studentami uczelni medycznych i niemedycznych?
- 4) Czy istnieje różnica międzypłciowa w deklarowanych zachowaniach zdrowotnych?
- 5) Czy zachodzi związek między częstotliwością aktywności fizycznej a deklarowanymi zachowaniami zdrowotnymi?

Na podstawie powyższych pytań postawiono następujące hipotezy:

- 1) Zachodzi związek między poczuciem koherencji a deklarowanymi zachowaniami zdrowotnymi w badanej grupie.
- 2) Studenci uczelni medycznych i niemedycznych różnią się pod względem deklarowanych zachowań zdrowotnych.
- 3) Studenci uczelni medycznych i niemedycznych różnią się w nasileniu poczuciu koherencji.
- 4) Kobiety oraz mężczyźni różnią się pod względem deklarowanych zachowań zdrowotnych.
- 5) Istnieje związek między częstotliwością podejmowanej aktywności fizycznej a deklarowanymi zachowaniami zdrowotnymi.

Analizie statystycznej poddano również inne zachowania dotyczące zdrowia, takie jak: palenie tytoniu oraz spożywanie alkoholu.

Material i metody

Badania zostały przeprowadzone od listopada do grudnia 2021 roku za pomocą anonimowego kwestionariusza ankietowego, który obejmował pytania socjodemograficzne dotyczące płci, wieku, miejsca zamieszkania, statusu zawodowego, uczelni oraz kierunku studiów. Do zebrania danych zostały wykorzystane następujące narzędzia standaryzowane: Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29) i Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ). W badaniach uczestniczyło 216 studentów polskich uniwersytetów, z czego 140 to kobiety oraz 76 to mężczyźni. Studentów uniwersytetów medycznych było 90 (56 kobiet, 34

mężczyzn), a studentów uniwersytetów niemedycznych 126 (84 kobiet, 42 mężczyzn). Średnia wieku respondentów wynosiła 22 lata, a rozpiętość wieku wahała się od 18 do 47 lat. W grupie studentów kształcących się w uczelniach medycznych znajdowały się osoby studiujące na kierunkach: lekarski, dietetyka, pielęgniarstwo, lekarsko-dentystyczny, fizjoterapia, psychologia, farmacja, analityka medyczna, kosmetologia, położnictwo, biotechnologia medyczna.

Autorem Kwestionariusza Orientacji Życiowej (SOC-29) jest Aaron Antonovsky. Narzędzie to służy do indywidualnego pomiaru poczucia koherencji. Składa się ono z 29 pytań dotyczących trzech czynników badanej zmiennej: poczucie zrozumiałości, poczucie zaradności i poczucie sensowności. Na postawione pytanie osoba biorąca udział w badaniu może udzielić jednej z siedmiu odpowiedzi, które są punktowane w skali od 1 do 7. Pytania te określają odczucia i reakcje dotyczące różnych sytuacji. Zsumowane punkty zgodnie z kluczem pozwalają określić globalne SOC i trzy podskale. Im respondent uzyska wyższy wynik, tym ma wyższe poczucie koherencji. Najwyższy możliwy wynik do uzyskania to 203 punkty [1]. Wyżej wymienione komponenty poczucia koherencji nie są ujęte w niniejszym artykule, ponieważ liczne badania nie potwierdziły istnienia czynników jednoznacznie odpowiadającym składnikom poczucia zrozumiałości i poczucia zaradności [33]. Wynik kwestionariusza SOC-29 w omawianym badaniu jest traktowany jedynie jako wynik dotyczący poczucia koherencji, konstrukt teoretycznego niepodzielonego na czynniki. Do pomiaru zachowań zdrowotnych wykorzystano Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) autorstwa Zygryda Juczyńskiego, który zawiera 24 pytania odnoszące się do różnego rodzaju zachowań związanych ze zdrowiem. Określa on zachowania sprzyjające zdrowiu, pozwala na uzyskanie ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych oraz stopień nasilenia czterech kategorii tychże zachowań: 1. prawidłowe nawyki żywieniowe, 2. zachowań profilaktycznych, 3. praktyk zdrowotnych oraz 4. pozytywnego nastawienia psychicznego. W puli odpowiedzi znajduje się 5 kategorii odpowiedzi: prawie nigdy, rzadko, od czasu do czasu, często, prawie zawsze, którym przypisano punkty od 1 do 5. Wartość wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych mieści się w zakresie 24 - 120 punktów. Im uczestnik badań uzyska wyższy wynik, tym ma większe nasilenie deklarowanych zachowań zdrowotnych. Dla każdej z czterech kategorii odpowiada 6 pytań, a wyniki oblicza się oddzielnie zgodnie z kluczem odpowiedzi, sumując wszystkie zdobyte punkty z wyznaczonych pozycji. Punktacja w pojedynczej kategorii mieści się w przedziale 1–30 [11]. W badaniu wykorzystano także autorski kwestionariusz, zawierający pytania dotyczące danych demograficznych i innych deklarowanych zachowań zdrowotnych, tj. palenie tytoniu

(odpowiedzi: tak, sporadycznie, nie), częstotliwość aktywności fizycznej (skala od 1 do 4) oraz częstotliwość spożywania alkoholu (skala od 1 do 5).

W analizie statystycznej do testowania normalności danych wykorzystano test Shapiro-Wilka, gdzie przyjęto poziom istotności $p = 0,05$. Natomiast do zbadania zależności między zmiennymi wykorzystano współczynnik korelacji r Pearsona, test t-Studenta i współczynnik korelacji rang Spearmana.

Wyniki

Pierwszą badaną zależnością był związek poczucia koherencji oraz zachowań zdrowotnych w grupie studentów polskich uniwersytetów, który odnosi się do całej grupy badanej i równa się $N = 216$. Średnia arytmetyczna wyniku surowego SOC-29 w omawianej grupie wynosiła ok. 115,95, a IZZ ok. 75,64. Za pomocą testu Shapiro-Wilka potwierdzono zgodność z rozkładem normalnym ($p > 0,05$, $W=0,99$) - tabela 1.1, dlatego do zbadania korelacji wykorzystano analizę korelacji r Pearsona. Wynik testu potwierdził, że istnieje istotny statystycznie związek między poczuciem koherencji i zachowaniami zdrowotnymi w grupie studentów polskich uczelni w stopniu umiarkowanym, co prezentuje tabela 1.2. oraz wykres 1. Korelacja ta jest dodatnia. Wraz ze wzrostem poczucia koherencji rosną deklarowane zachowania zdrowotne w badanej próbie.

Tabela 1.1 Wynik testu normalności Shapiro-Wilka - związek poczucia koherencji oraz zachowań zdrowotnych w grupie studentów polskich uniwersytetów.

Zmienna	W	p
SOC-29	0.99	0.59*
IZZ	0.99	0.06*

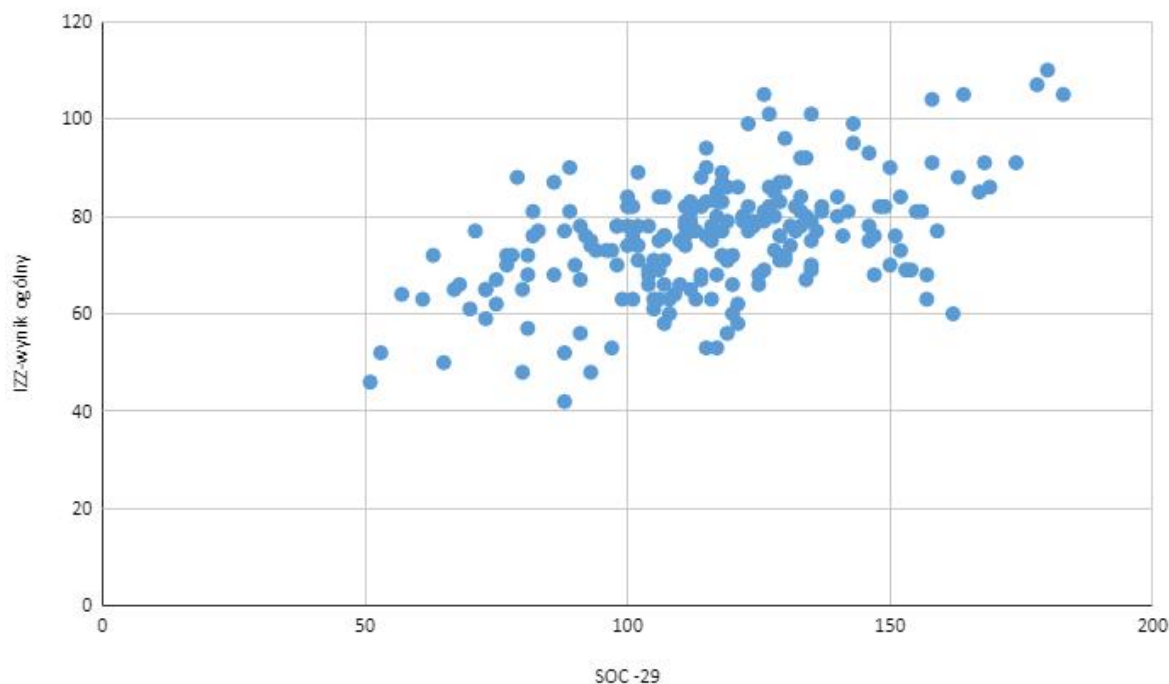
* $p > 0,05$

Tabela 1.2 Wynik korelacji r Pearsona - związek poczucia koherencji oraz zachowań zdrowotnych w grupie studentów polskich uniwersytetów.

Zmienna	IZZ-wynik ogólny	Zachowania profilaktyczne	Prawidłowe nawyki żywieniowe	Pozytywne nastawienie psychiczne	Praktyki Zdrowotne
SOC-29	0,517 ***	0,254 ***	0,157 *	0,715 ***	0,214 **
p	< 0,001	< 0,001	0,021	0,001	0,002

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Wykres 1. Związek poczucia koherencji oraz zachowań zdrowotnych w grupie studentów polskich uniwersytetów.



Z

badano również zależność między czynnikami kwestionariusza IZZ a poczuciem koherencji (tabela 1.2.). Okazało się, że w tych przypadkach również można zauważyć istotne statystycznie korelacje ($p < 0,05$). Najsilniejszą spośród wszystkich korelacji była zależność między pozytywnym nastawieniem psychicznym a poczuciem koherencji. Najslabszą zależnością spośród czynników IZZ była korelacja pomiędzy prawidłowymi nawykami żywieniowymi a SOC, gdzie czynnik uzyskał najniższą średnią, a najwyższą średnią uzyskał czynnik praktyki zdrowotne (tabela 1.3).

Tabela 1.3. Dane statystyczne dla czynników kwestionariusza IZZ.

Zmienna	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum	Odchylenie standardowe
Zachowania profilaktyczne	19.19	19	8	30	4.296
Prawidłowe nawyki żywieniowe	17.27	17	6	30	4.905
Pozytywne nastawienie psychiczne	19	19	7	30	4.681
Praktyki zdrowotne	20.17	20	10	30	4.03

Kolejną badaną zależnością jest różnica w deklarowanych zachowaniach zdrowotnych pomiędzy studentami uniwersytetów medycznych i niemedycznych. Po wykonaniu testu Shapiro-Wilka okazało się, że grupa osób biorących w badaniu jest zbliżona do rozkładu normalnego ($p > 0,05$), co ukazuje tabela 2.1. W związku z tym do zweryfikowania badanej różnicy wykorzystano test t-Studenta. Test ten wykazał, że badane grupy różnią się istotnie statystycznie pod względem deklarowanych zachowań zdrowotnych ($p < 0,05$) w małym/umiarkowanym stopniu, co prezentuje tabela 2.2. i wykres 2. Z uzyskanych danych wynika, że studenci uczelni medycznych wykazują wyższe nasilenie zachowań zdrowotnych. Przy czym średnia arytmetyczna wyniku surowego kwestionariusza IZZ studentów uniwersytetów niemedycznych wynosi ok. 73,77, a studentów uniwersytetów medycznych 78,27. Czynnikiem który uzyskał najwyższą średnią wśród studentów uczelni medycznych to „zachowania profilaktyczne” (średnia = 21,03), natomiast u studentów kształcących się na uniwersytetach niemedycznych to „praktyki zdrowotne” (średnia = 20,5).

Tabela 2.1. Wynik testu Shapiro-Wilka - różnica w deklarowanych zachowaniach zdrowotnych między studentami uniwersytetów medycznych i niemedycznych

Zmienna	Zmienna grupująca	N	W	p
IZZ-wynik ogólny	Studenci uczelni niemedycznych	126	0.991	0,578*
	Studenci uczelni medycznych	90	0.974	0,073*

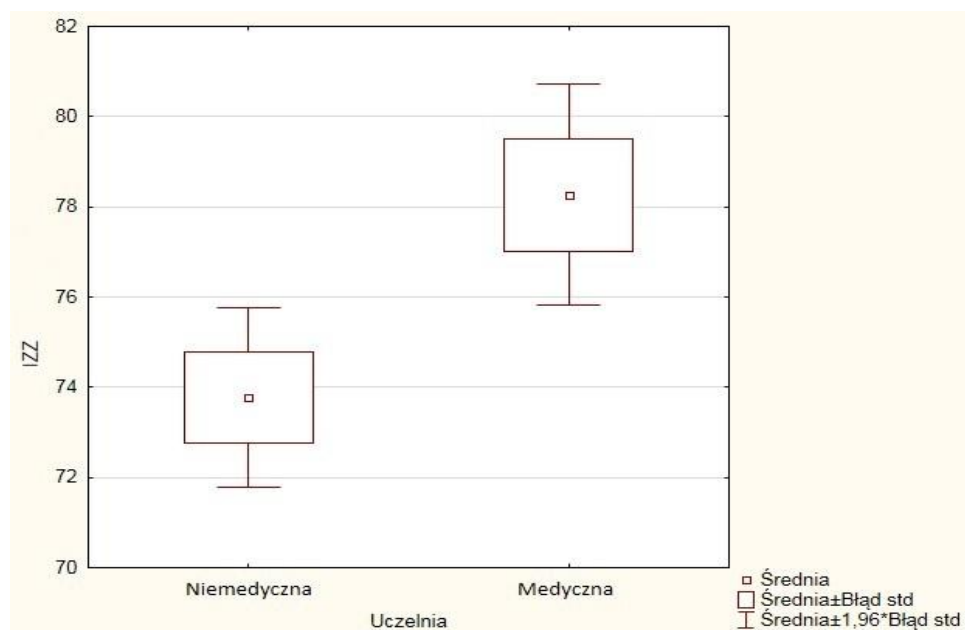
*p > 0,05

Tabela 2.2. Wynik testu t-Studenta - różnica w deklarowanych zachowaniach zdrowotnych między studentami uniwersytetów medycznych i niemedycznych

Zmienna	t	df	p	Cohen's d
IZZ-wynik ogólny	-2,816	214	0.005*	-0.389

*p < 0.05

Wykres 2. Różnica w deklarowanych zachowaniach zdrowotnych między studentami uniwersytetów medycznych i niemedycznych



Celem weryfikacji hipotezy trzeciej, zakładającej istnienie różnicy między studentami uczelni medycznych i niemedycznych w poczuciu koherencji wykorzystano test t-Studenta. Decyzja o wykorzystaniu tego testu wynika ze względu na to, że grupa jest zbliżona do rozkładu normalnego ($p > 0,05$) - tabela 3.1. Wynik przeprowadzonej analizy wskazuje na istnienie różnicy na poziomie tendencji statystycznej w poczuciu koherencji pomiędzy obiema grupami - tabela 3.2, wykres 3. Średnia dla testu SOC-29 studentów uniwersytetów medycznych wynosiła około 119,59, a dla osób uczących się w uniwersytetach niemedycznych 113,36.

Tabela 3.1. Wynik testu Shapiro-Wilka - różnica w poczuciu koherencji wśród studentów uczelni medycznych i niemedycznych.

Zmienna	Zmienna grupująca	N	W	p
SOC-29	Studenci uczelni niemedycznej	126	0.992	0.665
	Studenci uczelni medycznej	90	0.990	0.714

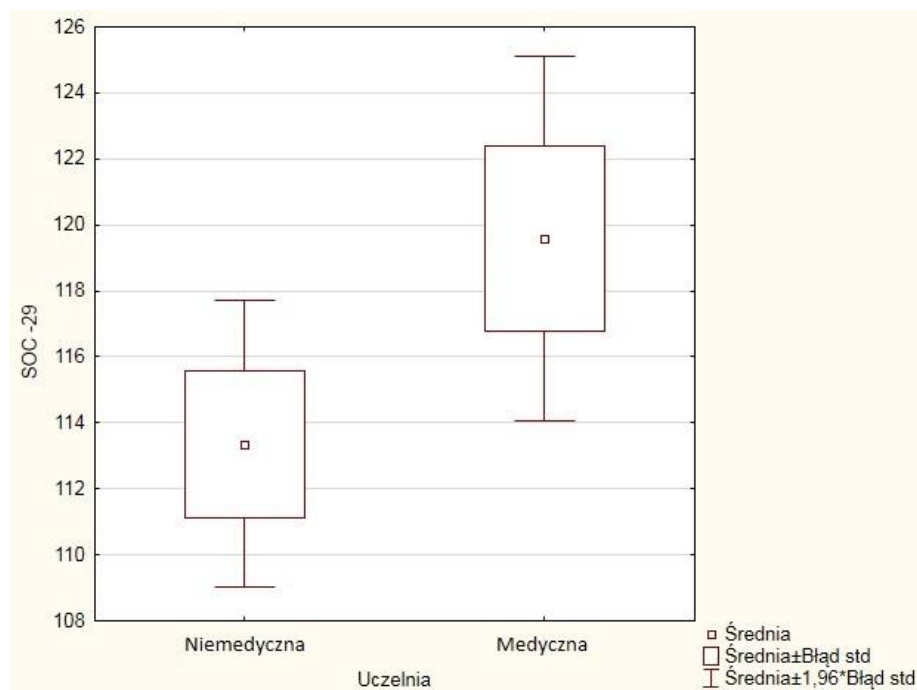
* $p > 0.05$

Tabela 3.2. Test t-Studenta - różnica w poczuciu koherencji wśród studentów uczelni medycznych i niemedycznych.

Zmienna	t	df	p	Cohen's d
SOC-29	-1,758	214	0.080*	-0.243

*p < 0.05

Wykres 3. Różnica w poczuciu koherencji wśród studentów uczelni medycznych i niemedycznych.



Aby zbadać różnicę pomiędzy płciami w deklarowanych zachowaniach zdrowotnych także wykorzystano test t-Studenta – decyzja o zastosowaniu tego testu wynika ze względu na potwierdzenie, że grupa była zbliżona do rozkładu normalnego ($p > 0,05$), co zostało zweryfikowane za pomocą testu Shapiro-Wilka (tabela 4.1.). W badaniu brało udział 140 kobiet oraz 76 mężczyzn. Wynik testu t-Studenta (tabela 4.2., wykres.4.) wykazał brak istotnie statystycznej różnicy międzypłciowej w deklarowanych zachowaniach zdrowotnych ($p > 0,05$). W obu grupach dominował ten sam czynnik IZZ, czyli zachowania profilaktyczne - średnia arytmetyczna u mężczyzn to 20,34, a u kobiet 20,07.

Tabela 4.1. Wynik testu Shapiro-Wilka - różnica międzypłciowa w deklarowanych zachowaniach zdrowotnych.

Zmienna	Zmienna grupująca	N	W	p
IZZ-wynik ogólny	mężczyźni	76	0.975	0.139*
	kobiety	140	0.990	0.458*

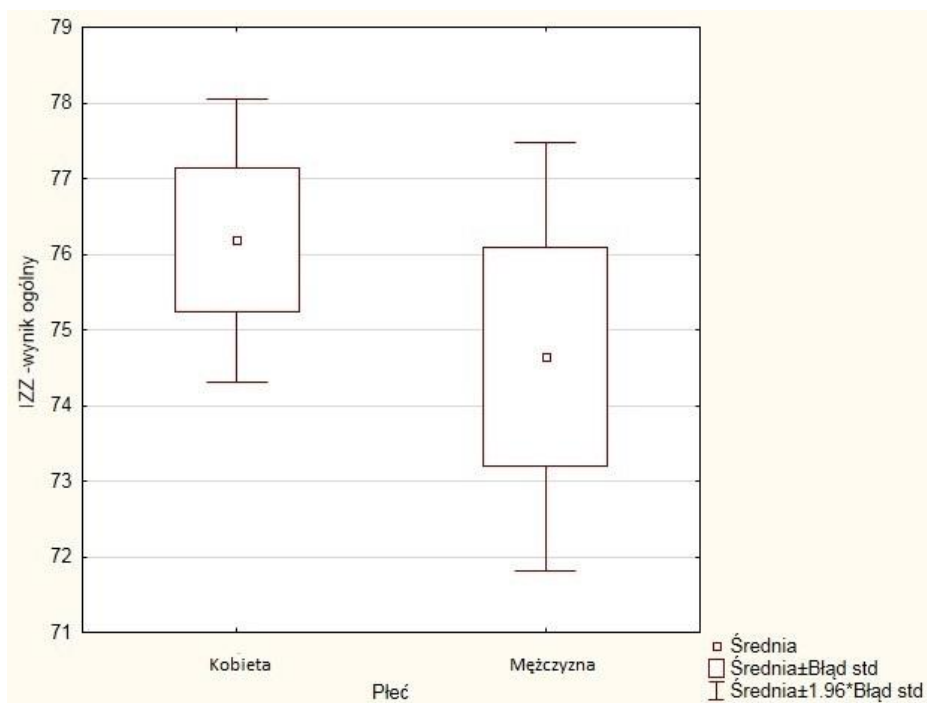
*p > 0.05

Tabela 4.2. Test t-Studenta - różnica międzypłciowa w deklarowanych zachowaniach zdrowotnych.

Zmienna	t	df	p
IZZ-wynik ogólny	0.920	214	0.359*

*p < 0.05

Wykres 4. Różnica międzypłciowa w deklarowanych zachowaniach zdrowotnych.



Aktywność fizyczna wśród respondentów została zbadana przy pomocy pytania z autorskiego kwestionariusza, gdzie należało subiektywnie określić częstotliwość podejmowanej aktywności fizycznej (odpowiedzi: codziennie, kilka razy w tygodniu, raz w miesiącu, mniej niż raz w miesiącu). Najliczniejsza grupa 47,69% stwierdziła, że uprawia aktywność fizyczną kilka razy w tygodniu, 29,63% respondentów raz w miesiącu, 16,2% mniej niż raz w miesiącu, natomiast 6,48% uczestników badań codziennie. Aktywność

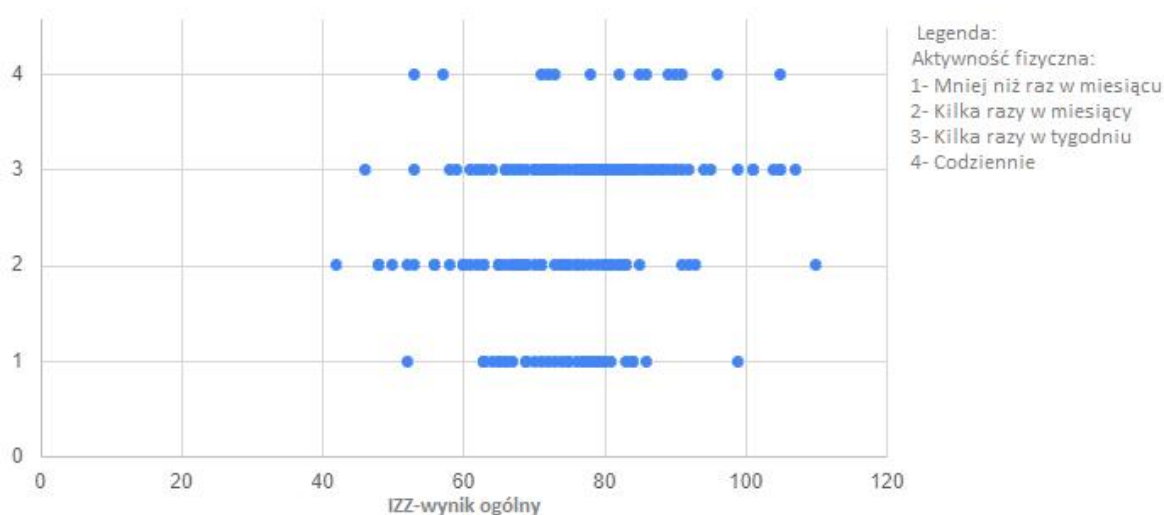
fizyczna jest jednym z zachowań prozdrowotnych, dlatego postanowiono zbadać zależność między jej częstotliwością a ogólnymi zachowaniami zdrowotnymi zbadanymi przy pomocy Inwentarza Zachowań Zdrowotnych. Do weryfikacji zależności między zmiennymi wykorzystano współczynnik korelacji rang Spearmana. Wynik testu do badania omawianej zależności wykazał, że istnieje istotna statystycznie korelacja między obiema zmiennymi ($p < 0,001$) - Tabela 5, Wykres 5.

Tabela 5. Współczynnik korelacji rang Spearmana- związek między częstotliwością podejmowanej aktywności fizycznej a deklarowanymi zachowaniami zdrowotnymi w grupie studentów polskich uniwersytetów.

Zmienna	Aktywność fizyczna
IZZ-wynik ogólny	0.270***
p	< 0.001

*** $p < 0.001$

Wykres 5. Związek między częstotliwością podejmowanej aktywności fizycznej a deklarowanymi zachowaniami zdrowotnymi w grupie studentów polskich uniwersytetów.



Respondentom postawiono także pytanie dotyczące częstotliwości konsumpcji napojów alkoholowych. Odpowiadając na to pytanie uczestnicy badań mieli do wyboru 5 odpowiedzi: codziennie, kilka razy w tygodniu, kilka razy w miesiącu, kilka razy w roku oraz wcale (jestem abstynentem). Większość z nich, bo 38,43 % (N=83 - 48 studentów uczelni niemedycznych, 35 studentów uczelni medycznych) przyznała się, że spożywa alkohol kilka razy w roku. Studenci którzy zadeklarowali, że robią to kilka razy w miesiącu to 37,5% całej grupy (N=81 - 43 studentów uczelni niemedycznych, 38 studentów uczelni medycznych).

Do abstynencji przyznało się 12,96% uczestników badań. (N=28 - 18 studentów uczelni niemedycznych, 10 studentów uczelni medycznych). Natomiast tylko 10,65% osób biorących udział w badaniu stwierdziło, że spożywa alkohol kilka razy w tygodniu (N=23 - 16 studentów uczelni niemedycznych, 7 studentów uczelni medycznych). Jeden student uczelni niemedycznej (0,46% spośród całej grupy) przyznał, że spożywa alkohol codziennie. Do palenia tytoniu przyznało się 20 osób, czyli 9,3% wszystkich ankietowanych, w tym 11,1% studentów uczelni niemedycznych (14 osób ze 126) i 6,7% studentów uczelni medycznych (6 osób z 90). Osoby które zadeklarowały, że palą tytoń sporadycznie to 17,1 % grupy (19 studentów uczelni niemedycznych oraz 18 studentów uczelni medycznych). Łącznie kontakt z substancjami zawierającymi tytoń potwierdziło 26,4% studentów.

Dyskusja

Badania nad poczuciem koherencji i jego związkiem ze zdrowiem zyskują obecnie dużą popularność. Młodzi ludzie którzy postanowili kontynuować dalszą naukę w uczelni wyższej są narażeni na wiele wyzwań i sytuacji stresowych związanych z adaptacją do nowych warunków życia. Wiąże się to między innymi ze zmianami i obciążeniami dotyczącymi akademickiego kształcenia się, poznawaniem nowych ludzi, grup wsparcia i często lecz nie zawsze, zmianą miejsca zamieszkania oraz usamodzielnieniem się. To kilka z wielu innych czynników jakie mogą spotkać młodych ludzi, a które intensywnie mogą wpłynąć na ich dotychczasowe funkcjonowanie. Jednak czas studiów sprawia, że mają oni większą kontrolę nad swoim stylem życia niż kiedykolwiek wcześniej. Specyfika ich funkcjonowania sprawia, że mogą pojawić się u nich zachowania, nierzadko związane ze zdrowiem, które mają na celu odreagowanie napotykanymi trudnościami egzystencjalnymi. W takich sytuacjach mogą wdrożyć do swojego codziennego życia palenie tytoniu, picie alkoholu, spożywanie różnych substancji odurzających, zaniedbywanie własnego zdrowia i inne niekorzystne dla ich zdrowia aktywności. Istotnymi zmiennymi w przypadku podejmowania zachowań zdrowotnych wśród studentów może okazać się edukacja związana z naukami o zdrowiu oraz poczucie koherencji. Koncepcja salutogenezy zakłada, że osoby o wysokim poczuciu koherencji częściej zachowują równowagę, pomimo trudnych sytuacji i doświadczeń oraz szybciej aktywizują się w sytuacji zagrożenia, traktując stresory jako sygnał do podjęcia działania. To właśnie poczucie koherencji zapewnia zmobilizowanie się w sytuacji zagrożenia zdrowia i choroby oraz podjęcia pozytywnych zachowań prozdrowotnych [9]. Przedstawione wyniki badań pokazują, że w grupie studentów istnieje związek poczucia koherencji z zachowaniami

zdrowotnymi. Zgadza się to z koncepcją Antonowsky'ego. Do podobnych wniosków w trakcie swoich badań doszli także inni naukowcy, np. Larsson i Kallenberg podczas badania szwedzkiej populacji. Wykazali oni, że wysokie poczucie koherencji gwarantuje lepszą ocenę własnego zdrowia fizycznego i psychicznego, a także sporadyczne deklarowanie dolegliwości zdrowotnych [17]. Także Kruk, Burzyńska, Januszewicz i Binkowska-Bury w długookresowych badaniach nad młodzieżą akademicką wskazują na istnienie związku pomiędzy poczuciem koherencji a intensywnością zachowań zdrowotnych [14]. Podobnie Kurowska i Figiel, badając osoby z cukrzycą typu 2 wykazały, że chorzy z wysokim poczuciem koherencji częściej podejmowali korzystne zachowania zdrowotne [16]. Natomiast badania wśród japońskich studentów wykazały, że zdrowe osoby prezentowały zwykle wyższe wyniki SOC w porównaniu z tymi, którzy mieli problemy zdrowotne [21]. Z badań Bąk-Sosnowskiej i wsp. wynika, że czynnikami ryzyka zachowań antyzdrowotnych wśród lekarzy jest między innymi niskie poczucie koherencji, ale także obniżona umiejętność radzenia sobie ze stresem i krótszy czas ukończenia specjalizacji. Dlatego niezwykle ważne jest aby wśród studentów od samego początku ich edukacji niwelować czynniki, które nie sprzyjają rozwojowi SOC oraz aby wzmacniać ich aktywność i uświadamiać, że zdrowie jest złożonym procesem [5].

Jednak należy zauważyć, że młodzież nienależycie przywiązuje wagę do własnego zdrowia [4,19]. Ostrowska w roku 2000 nazwała tę tendencję „zdrowotną abnegacją” [22]. Wobec powyższego ważne jest monitorowanie tego trendu u młodej populacji [11]. Studenci kierunków medycznych zdaniem Barana i Stockiej powinni być autorytetami w kwestii zachowań zdrowotnych [3], a co za tym idzie, powinni też prezentować te postawy w życiu prywatnym. Należy podkreślić, że specyfika zawodów dotyczących sfery medycznej skłania do propagowania zachowań zdrowotnych oraz promowania zdrowego stylu życia [30]. Teza ta znajduje swoje odzwierciedlenie w niniejszych badaniach, ponieważ uzyskane wyniki potwierdzają że studenci uczelni medycznych wykazują większe nasilenie deklarowanych zachowań zdrowotnych w porównaniu ze studentami uczelni niemedycznych. Większość studentów uczelni medycznych swoją wiedzę o zdrowiu i profilaktyce czerpie w trakcie procesu kształcenia oraz przygotowywania się do pracy z przyszłym pacjentem. Kompetencje te mogą pozwolić im lepiej zrozumieć wpływ ich codziennych zachowań i stylu życia na zdrowie, a także zmotywować do wykorzystywania tej wiedzy w życiu osobistym. Podobną tendencję dotyczącą zachowań zdrowotnych wśród studentów zauważyła w swoich badaniach M. Binkowska-Bury, gdzie studenci nauk medycznych charakteryzowali się wyższym nasileniem zachowań zdrowotnych niż studenci kierunków niemedycznych [4]. Nie

jest natomiast w pełni jasne co tak naprawdę wpływa na tego rodzaju zachowania, ponieważ jest to jedynie zauważalna różnica w obu grupach, a nie związek przyczynowo-skutkowy. Zachowania prozdrowotne są determinowane przez wiele czynników, między innymi przez: płeć, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania, wiek, status socjoekonomiczny i wiele zmiennych psychospołecznych czy wcześniej wspomniane poczucie koherencji [27,11,22]. Prozdrowotny styl życia potwierdzają także wyniki z badań własnych, gdzie respondenci najwyższą średnią wskaźnika zachowań zdrowotnych uzyskali w praktykach zdrowotnych, a najniższą w prawidłowych nawykach żywieniowych. W podobnych badaniach wśród studentów z wykorzystaniem kwestionariusza IZZ zauważono różnicę, ponieważ respondenci uzyskali najwyższą średnią wskaźnika w perspektywie pozytywnego nastawienia psychicznego, natomiast podobieństwo tych badań do badań własnych istnieje w najniższej uzyskanej średniej dotyczącej prawidłowych nawyków żywieniowych [23].

Na podstawie wyników z badań własnych zauważono różnicę na poziomie tendencji statystycznej w poczuciu koherencji wśród studentów kierunków medycznych i niemedycznych. Młodzież akademicka może spotykać się z wieloma doświadczeniami, które mogą wpływać na ich poczucie koherencji, gdyż może ono ulegać spadkowi pod wpływem nagłych bądź intensywnie oddziałujących sytuacji [1]. Dobrym przykładem na ukazanie zmienności tej cechy u młodych adeptów są badania wśród studentów medycyny i pielęgniarstwa. Zaobserwowano że nasilenie SOC zmienia się u nich wraz ze wzrostem czasu studiowania [29,6].

W niniejszych badaniach nie zaobserwowano różnicy międzypłciowej w deklarowanych zachowaniach zdrowotnych. Jest to zbieżny wynik z innymi badaniami, między innymi Grochans i współpracowników [7], Palacz [23] oraz Suligi [28]. Według nich kobiety mają większe nasilenie zachowań zdrowotnych w porównaniu z mężczyznami.

Z interpretacji wyników dotyczących ostatniej hipotezy, czyli związku częstotliwości podejmowania aktywności fizycznej i deklarowanych zachowań zdrowotnych, zaobserwowano istotną zależność. Studenci którzy częściej podejmowali się aktywności fizycznej osiągnęli wyższe wyniki we wskaźnikach Inwentarza Zachowań Zdrowotnych. Tak wyraźną i silną zależność można znaleźć również w innych badaniach, na przykład w wspomnianej wcześniej pracy Palacz [23].

Leszek, Nowacka i Szatko podczas badań wśród 407 studentów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi zauważyli, że najczęstszymi zachowaniami antyzdrowotnymi wśród tej grupy jest spożywanie alkoholu oraz palenie tytoniu, przy czym najbardziej rozpowszechnionymi substancjami psychoaktywnymi były napoje alkoholowe [18]. W

badaniach własnych tylko jedna osoba ujawniła, że spożywa alkohol codziennie, a 10,65% respondentów kilka razy w tygodniu. Najwięcej uczestników badań własnych (38,43%) deklaruje konsumpcję alkoholu kilka razy w roku, a niewiele mniej, bo 37,5% kilka razy w miesiącu. Natomiast 12,96% deklaruje abstynencję. Dla porównania w badaniach Suligi 6,36% studentów stwierdziło, że są abstynentami [28]. Natomiast Romanowska-Tołłoczko zauważyła, że większość studentów określiła częstotliwość spożywania alkoholu na poziomie przeciętnym i niskim [25]. Z uzyskanych danych z badań własnych do palenia tytoniu przyznało się 9,3% ankietowanych studentów. Natomiast osoby które palą sporadycznie to 17,1% grupy. Łącznie 26,4% badanych ujawniło, że ma aktywny kontakt z substancjami zawierającymi tytoń. Wyniki te są zbliżone do uzyskanych przez Kołtąta i współpracowników, gdzie badano postawy studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie wobec palenia tytoniu. Wśród 229 studentów 27,8% to palacze, 16,5% zadeklarowało palenie okazjonalne, a nałóg 11% respondentów. Według wspomnianych autorów wiedza medyczna zdobyta w trakcie studiów nie jest wystarczającym czynnikiem do zerwania nałogu [12]. Inne badania również wykazują podobieństwo w tym aspekcie, ponieważ okazuje się, że studenci Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży 22,9% to palacze [13], natomiast wśród studentów Politechniki Śląskiej 23% ankietowanych przyznało się do palenia tytoniu [20]. W badaniach Suligi, procent ten był wyższy i wskazywał, że 32% respondentów pali papierosy [28]. Biorąc pod uwagę płeć z badań Leszek, Nowackiej i Szatko wynika, że mężczyźni częściej są palaczami (44,3% mężczyzn, 31,6% kobiet) [18].

Wnioski

Prezentowane badania:

- Potwierdzają związek między poczuciem koherencji a deklarowanymi zachowaniami zdrowotnymi wśród studentów polskich uniwersytetów. Wraz z wzrostem poczucia koherencji rosną deklarowane zachowania zdrowotne.
- Wskazują że studenci uczelni medycznych i niemedycznych różnią się pod względem deklarowanych zachowań zdrowotnych. Studenci uczelni medycznych mają wyższe nasilenie zachowań zdrowotnych. Najwyższą średnią w kategoriach zachowań zdrowotnych studenci osiągnęli w kategorii pozytywne nastawienie psychiczne.
- Prezentują różnicę pomiędzy studentami uczelni medycznych i niemedycznych w poczuciu koherencji na poziomie istotności statystycznej.

- Wskazują, że kobiety oraz mężczyźni nie różnią się pod względem deklarowanych zachowań zdrowotnych.
- Potwierdzają związek między częstotliwością wykonywanej aktywności fizycznej a deklarowanymi zachowaniami zdrowotnymi.

Piśmiennictwo

1. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. wyd.1. Warszawa. Instytut Psychiatrii i Neurologii. 2005.
2. Antonovsky A. Can attitudes contribute to health? *Advances. The Journal of Mind-Body Health.* 1992;8:33-49.
3. Baran A, Stocka A. Kierunek studiów jako wyznacznik zachowań zdrowotnych. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego.* 2008;6(4):326-331.
4. Binkowska-Bury M, Hejda G, Januszewicz P. Czynniki sytuacyjne a zachowania związane ze zdrowiem wśród studentów. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu.* 2009;15(1):139.
5. Bąk-Sosnowska M, Kołodziej S, Gojdz K, Skrzypulec-Plinta V. Podmiotowe czynniki ryzyka zachowań antyzdrowotnych w grupie lekarzy medycyny. *Medycyna Środowiskowa-Environmental Medicine.* 2015;18(3):17-24.
6. Dziubak M, Motyka M. Zmiany poczucia koherencji w toku studiów pielęgniarских. *Problemy Pielęgniarstwa.* 2018;26(2):109–115.
7. Grochans E, Gburek D, Polakiewicz P, Jurczak A, Grzywacz A, Szkup-Jabłońska M, Augustyniuk K, Karakiewicz B. Ocena zachowań zdrowotnych pacjentów z uwzględnieniem zmiennych socjodemograficznych. *Family Medicine & Primary Care Review,* 2. 2012.
8. Gruszczyńska M, Bąk-Sosnowska M, Plinta R. Zachowania zdrowotne jako istotny element aktywności życiowej człowieka. *Stosunek Polaków do własnego zdrowia. Hygeia Public Health.* 2015;50(4):558-565.
9. Hakanen JJ, Feldt T, Leskinen E. Change and stability of sense of coherence in adulthood: Longitudal evidence from the Healthy Child study. *J Res Pers* 2007;41:602-617.
10. Hesen I, Sęk H. *Psychologia zdrowia.* Warszawa. Wyd. Nauk. PWN. 2007.

11. Juczyński Z. Zachowania zdrowotne i wartościowanie zdrowia. W: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa. Pracownia Testów Psychologicznych. 2001.
12. Kołłątaj W, Kołłątaj B, Karwat ID, & Pieciewicz-Szczęśna H. Postawy studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie wobec palenia tytoniu. *Probl Hig Epidemiol.* 2010;91(3):495-500.
13. Kowalewska B, Gołębiowska A, Wróblewska K, Chilińska J. Ocena uzależnienia od nikotyny wśród studentów Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży. *Pielęgniarstwo XXI wieku.* 2007;18(1):67–70.
14. Kruk W, Burzyńska J, Januszewicz P, Binkowska-Bury M. Poczucie koherencji i zachowania zdrowotne wśród studentów uczelni wyższych. Długoterminowe badanie prospektywne. *Medycyna Rodzinna.* 2017.
15. Kulik TB, Latański M. *Zdrowie publiczne.* Lublin. Czelej. 2002.
16. Kurowska K, Figiel O. Poczucie koherencji a zachowania zdrowotne u osób z rozpoznaną cukrzycą typu 2. *Nowiny Lekarskie* 2009;78(3/4):197–205.
17. Larsson G, Kallenberg KO. Sense of coherence, socioeconomic conditions and health. *The European Journal of Public Health,* 1996;6(3):175–180.
18. Łaszek M, Nowacka E, Szatko F. Negatywne wzorce zachowań studentów. Część I. Konsumpcja alkoholu i stosowanie substancji psychoaktywnych. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2011;92(1):114-119.
19. Mahalik JR, Levine Cole R, McPherran Lombardi C, Doyle Lynch A, Markowitz A J, Jaffee SR. Changes in health risk behaviors for males and females from early adolescence through early adulthood. *Health psychology.* 2013;32(6):685.
20. Malara B, Góra-Kupilas K, Joško J, Malara P. Ocena wiedzy i postaw zdrowotnych studentów w zakresie palenia i stosowania używek. *Przegląd Lekarski.* 2005;62:1119–1123.
21. Mikami A, Matsushita M, Adachi H. et al. Sense of coherence, health problems, and presenteeism in Japanese university students. *Asian Journal Psychiatr.* 2013;6(5): 369-372.
22. Ostrowska A. *Styl życia a zdrowie: z zagadnień promocji zdrowia.* Warszawa. Instytut Filozofii i Socjologii PAN. 2000.
23. Palacz J. Zachowania zdrowotne studentów w świetle wybranych uwarunkowań. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu.* 2014;20(3):301-306.

24. Pasikowski T. Struktura i funkcje poczucia koherencji: analiza teoretyczna i empiryczna weryfikacja. W: H. Sęk, T. Pasikowski (red.) *Zdrowie – stres – zasoby* (s. 43-55). Poznań. Wydawnictwo Fundacji „Humaniora”. 2001.
25. Romanowska-Tołłoczko A. Styl życia studentów oceniany w kontekście zachowań zdrowotnych. *Hygeia public health*. 2011;46(1):89-93.
26. Sęk H. *Zdrowie behawioralne*. W: J. Strelau (red.), *Psychologia*. Podręcznik akademicki. t. 3. Gdańsk. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. 2000.
27. Steptoe A, Gardner B, Wardle J. The role of behaviour in health. In: French D, Vedhara K, Kaptein AA, Weinman J, editors. *Health Psychology*. 2nd ed. Oxford: BPS Blackwell; 2005. p. 13-32.
28. Suliga E. *Zachowania zdrowotne studentów i uczniów*. Kielce. Wydawnictwo Akademii Świętokrzyskiej. 2004.
29. Szymczak J. Poczucie koherencji u osób przyjętych na studia medyczne w Akademii Medycznej w Gdańsku przed rozpoczęciem nauki i w latach przedklinicznych. *Annales Academiae Medicae Gedaniensis*. 2005;35:187-197.
30. Walentukiewicz A, Łysak A, Wilk B. Styl życia studentek kierunków medycznych. *Problemy Higieny i Epidemiologii*. 2013; 94(2):247-252.
31. Woynarowska, B. *Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie*. Warszawa. Instytut Matki i Dziecka. 1995.
32. Wysocki MJ, Miller M. Paradygmat Lalonde’a. Światowa Organizacja Zdrowia i Nowe Zdrowie Publiczne. *Przegląd Epidemiologiczny* 2003;57(3):505–512.
33. Zwolinski M. Kontrowersje dotyczące struktury czynnikowej Kwestionariusza Orientacji Życiowej (skali SOC) A Antonovsky'ego. *Przegląd Psychologiczny*. TOM 43. 2000;3:291-308.