

Porównanie zachowań zdrowotnych studentów kierunków medycznych i niemedycznych – przegląd piśmiennictwa polskiego

Comparison of health behaviours of medical and non-medical students – a review of the Polish literature

MAŁGORZATA STASIAK-MAĆKOWSKA

Zakład Emerytalno-Rentowy MSWiA, Kujawsko-Pomorska Rejonowa Komisja Lekarska w Bydgoszczy

Wprowadzenie. Zachowania zdrowotne są jednym z głównych czynników mających wpływ na stan zdrowia.

Cel. Celem pracy było porównanie zachowań zdrowotnych studentów kierunków medycznych i niemedycznych.

Materiały i metody. Przeanalizowano piśmiennictwo dotyczące zachowań zdrowotnych studentów z lat 2010-2019 i wybrano prace, w których podano wyniki surowe Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ) Z. Juczyńskiego. Z prac oryginalnych, w których stosowano IZZ utworzono tabele z wynikami liczebności grup, średniej arytmetycznej, odchylenia standardowego. Wyniki przedstawiono na wykresach forest plot. Przeprowadzono metaanalizę dwóch podgrup: studentów kierunków medycznych i niemedycznych.

Wyniki. Nie uzyskano istotnej statystycznie różnicy między podgrupami studentów w kategoriach: pozytywne nastawienie psychiczne i praktyki zdrowotne, natomiast w obszarach prawidłowe nawyki żywieniowe i zachowania profilaktyczne wyższe wyniki osiągnęli studenci kierunków medycznych.

Słowa kluczowe: zachowania zdrowotne, styl życia, studenci, Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ)

Introduction. Health behaviours are one of the main factors affecting health.

Aim. The aim of the study was to compare health behaviours of students of medical and non-medical faculties.

Material & method. The literature on health behaviours of students from 2010-2019 was analysed and the works with the raw results of Z. Juczyński's Inventory of Health Behaviours were selected. From the original works, in which IHB was used, tables were created with the results of group size, arithmetic mean and standard deviation. The results are presented in the forest plot charts. A meta-analysis of two subgroups: medical and non-medical students was conducted.

Results. There was no statistically significant difference between the subgroups of students in terms of positive mental attitude and health practices, while in the areas of proper nutrition habits and prophylactic behaviours higher results were achieved by students of medical faculties.

Key words: health behaviours, lifestyle, students, Inventory of Health Behaviours

© Hygeia Public Health 2020, 55(2): 77-83

www.h-ph.pl

Nadesłano: 29.09.2020

Zakwalifikowano do druku: 16.10.2020

Adres do korespondencji / Address for correspondence

lek. med. Małgorzata Stasiak-Maćkowska

ZER MSWiA, Kujawsko-Pomorska Rejonowa Komisja Lekarska

ul. Kopernika 14, 85-074 Bydgoszcz

tel. 52 582 62 91, e-mail: m.stasiak-mackowska@wp.pl

Wprowadzenie

Zachowania zdrowotne, jako element stylu życia są zgodnie z koncepcją Marca Lalonde'a z 1974 r., jednym z głównych czynników oddziałujących na stan zdrowia człowieka, obok uwarunkowań genetycznych, środowiskowych i działań medycznych. Według autorów Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) na lata 1996-2005 styl życia warunkuje zdrowie jednostki w 50-60% [1].

W ślad za niestosowanymi już polami zdrowia Lalonde'a – Göran Dahlgren i Margaret Whitehead w 1991 r. utworzyli tęczowy model uwarunkowań zdrowia, w którym czynniki związane ze stylem życia

stanowią pierwszy krąg tęczowy, otaczający centrum elementów niemodyfikowalnych takich, jak: wiek, płeć i czynniki genetyczne. Model ten obrazuje zależności między różnorodnymi determinantami, które prowadzą do nierówności w zdrowiu [2, 3]. W badaniach medycznych i epidemiologii behawioralnej stylem życia określamy zespół zachowań (nawyków i czynności) typowy osobniczo lub dla warstwy społecznej, który ma kluczowy wpływ na zdrowie [4].

W badaniach polskich z 2012 r. dotyczących zachowań prozdrowotnych przeprowadzonych na grupie osób w wieku 25-45 lat, respondenci na pierwszym miejscu wymienili prawidłowe odżywianie, następnie

aktywność fizyczną oraz rekreację i wypoczynek, umiejętność radzenia sobie ze stresem, wykonywanie badań profilaktycznych, niepalenie tytoniu i umiarkowane picie alkoholu [5]. Fundamentalne czynniki niekorzystnie wpływające na nasze zdrowie, to z kolei picie alkoholu, stosowanie substancji psychoaktywnych, nikotynizm, sedentarny tryb życia, niebilansowana dieta i nieprawidłowa masa ciała. Woynarowska pisze o trzech kluczowych determinantach, które wyróżnili Lawrence W. Green i Marshall W. Kreuter (1991), mających wpływ na zachowania związane ze zdrowiem. Są to czynniki predysponujące: wiedza, poglądy, normy; czynniki umożliwiające: polityka zdrowotna, opieka zdrowotna; czynniki wzmacniające: wzorce postępowania, akceptacja otoczenia lub jej brak dla danego zachowania [6]. Zachowania zdrowotne konkretyzują się głównie w drugiej dekadzie życia i podlegają modyfikacji do końca życia. Newralgiczny wiek 20-21 lat wypada w okresie podjęcia dalszej nauki w wyższych uczelniach [7]. Studenci kierunków medycznych będą po zakończeniu edukacji odbierani społecznie jako specjaliści. Wpływ opiniotwórczy pracowników sektora medycznego na kształtowanie świadomości zdrowotnej otoczenia jest niebagatelny, stąd niezwykle istotne jest poznanie, jaki poziom wiedzy i zachowań prezentują przyszli profesjonaliści.

Cel pracy

Porównanie zachowań zdrowotnych w obszarze nastawienia psychicznego, praktyk zdrowotnych, nawyków żywieniowych i zachowań profilaktycznych studentów kierunków medycznych i niemedycznych.

Materiał i metody

W niniejszej pracy przeanalizowano literaturę z lat 2010-2019, dotyczącą zachowań zdrowotnych studentów polskich uczelni. W doborze piśmiennictwa posługiwano się wyszukiwarką Google Scholar, Med-Nar, ResearchGate, wybierając słowa kluczowe: zachowania zdrowotne, styl życia, studenci, studenci kierunków medycznych, inwentarz zachowań zdrowotnych. Zebrano łącznie 78 prac. Autorzy oceniali sposób żywienia, aktywność fizyczną, stosowanie używek i substancji psychoaktywnych, higienę snu i wypoczynku, typ osobowości, radzenie sobie ze stresem; w części badań uwzględniono dane antropometryczne: wzrost i masę ciała, przeprowadzono też pomiar ciśnienia tętniczego i tętna. W wyszukanych publikacjach przeważnie wykorzystywane były kwestionariusze autorskie dotyczące stylu życia, a także licencjonowane testy psychologiczne, np. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) autorstwa Zygrydy Juczyńskiego, AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*), Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej (*International Physical Activi-*

ty Questionnaires – IPAQ), Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (*Multidimensional Health Locus of Control Scale – version B – MHLC-B*). Najczęściej stosowanym standaryzowanym testem był IZZ. Wobec powyższego użycie tego testu było jednym z kryteriów włączenia do niniejszego opracowania; stosowano go w 23 badaniach. Do opracowania wyselekcjonowano prace, w których była podana wartość średnia efektu (M), odchylenie standardowe (SD) i liczebność grup (N). Finalnie do metaanalizy wybrano artykuły, w których uzyskano dane od 1044 studentów z kierunków medycznych i 523 respondentów z obszarów niemedycznych.

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych stworzony przez Z. Juczyńskiego jest standaryzowanym narzędziem pomiaru zachowań zdrowotnych. Obejmuje 24 twierdzenia dotyczące zachowań powiązanych ze zdrowiem, przedstawione w czterech kategoriach: 1. prawidłowe nawyki żywieniowe (bierze się tu pod uwagę przede wszystkim rodzaj spożywanego jedzenia: pełnoziarniste pieczywo, owoce, warzywa), 2. zachowania profilaktyczne (ta klasa odnosi się do respektowania zaleceń zdrowotnych i pozyskiwania wiedzy na temat zdrowia i choroby), 3. pozytywne nastawienie psychiczne (uwzględnia się czynniki psychologiczne, jak unikanie stresów, emocji napięć bądź przygnębiających sytuacji) i 4. praktyki zdrowotne (ta kategoria ma na uwadze nawyki dotyczące snu, wypoczynku, aktywności fizycznej). W każdej kategorii umieszczono 6 stwierdzeń. Respondent wybiera jedną z pięciu punktowanych możliwości, mówiącą jak często wykonuje daną czynność: 1 – prawie nigdy, 2 – rzadko, 3 – od czasu do czasu, 4 – często, 5 – prawie zawsze. Zaznaczone odpowiedzi są zliczane w celu uzyskania ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych, który mieści się w przedziale 24-120 pkt. Im jest on wyższy, tym większa intensywność postaw zdrowotnych. Ogólny wskaźnik można przekształcić w skalę stenową. Dodatkowo oddzielnie jest obliczane nasilenie czterech ww. kategorii zachowań zdrowotnych. Wskaźnikiem jest średnia uzyskana z 6 odpowiedzi [8].

Wyniki przedstawiono na wykresach forest plot. Przy obróbce danych i analizie statystycznej wykorzystano język skryptowy R. Aby przeprowadzić metaanalizę dwóch podgrup: 1. studentów kierunków medycznych i 2. niemedycznych zastosowano model efektów losowych (*Random effects model*). Schemat ten nie przyjmuje założenia, że badania pochodzą z jednej populacji. Celem oceny i przedstawienia stopnia niejednorodności (*heterogeneity*) wykorzystano współczynnik I^2 , τ^2 i test Q. W modelu efektów losowych przyjmuje się obecność dodatkowego źródła błędu, który jest związany z różnicami między badaniami. Celem estymacji tego błędu należy obliczyć statystykę τ^2 . Do jej wyliczenia wybrano

estymator Sidik-Jonkman (SJ) oparty na metodzie Hartung-Knapp-Sidik-Jonkman.

Ustalono poziom istotności $p=0,05$. W odniesieniu do statystyki I^2 przyjęto, że dla wartości: 0-40% – niejednorodność może nie być istotna; 30-60% – niejednorodność jest umiarkowana; 50-90% – niejednorodność jest znaczna; 75-100% – oznacza bardzo dużą niejednorodność.

Analiza statystyczna

Do metaanalizy wykorzystano wartości średnie uzyskanej punktacji dla każdej kategorii zachowań zdrowotnych i dla każdej z badanych grup studenckich. Z prac oryginalnych, w których stosowano IZZ utworzono tabelę z wynikami liczebności grup (N), średniej arytmetycznej (M) i odchylenia standardowego (SD) (tab. 1).

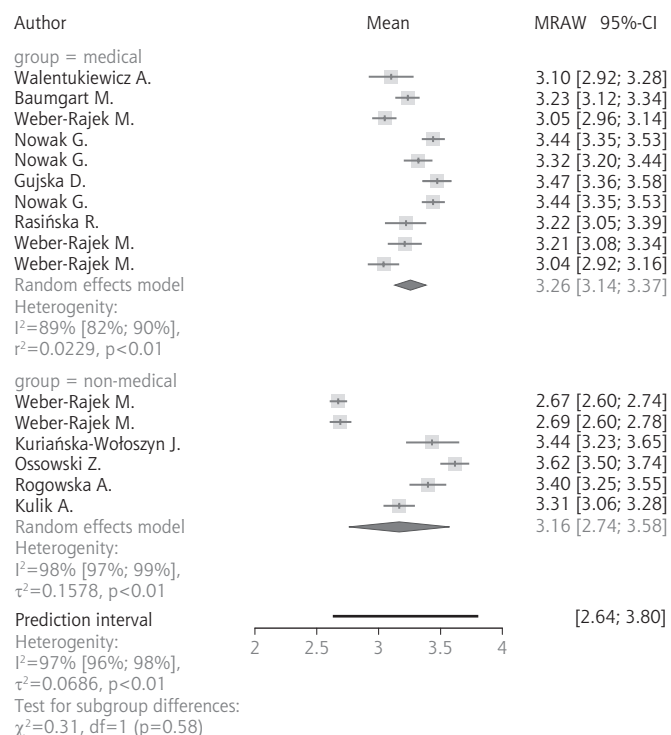
Wyniki

Dokonano metaanalizy każdego z kryteriów zachowań zdrowotnych.

Pomiędzy podgrupami nie wykazano istotnej statystycznie różnicy ($p=0,58$) w zakresie pozytywnego nastawienia psychicznego (ryc. 1). W obu podgrupach była wysoka niejednorodność między badaniami, wartość I^2 dla grupy studentów kierunków medycznych wynosiła 89%, a dla niemedycznych 98%. Wysoka heterogeniczność była potwierdzona rezultatami testu Q $p<0,01$.

Nie wykazano istotnej statystycznie różnicy ($p=0,80$) między studentami kierunków medycznych i niemedycznych w zakresie praktyk zdrowotnych. Wartość I^2 wynosiła odpowiednio 90 i 95% dla obu podgrup, a wynik testu Q potwierdził wysoką heterogeniczność, $p<0,01$ (ryc. 2).

Między podgrupami studenckimi wykazano istotne statystycznie różnice ($p=0,03$) w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych. Wartość średnia dla studentów kierunków medycznych wynosiła 3,41, natomiast dla respondentów z obszarów niemedycznych 3,11. Wartość I^2 wynosiła odpowiednio 96 i 95%, co stanowiło potwierdzenie bardzo dużej niejednorodności, a wynik testu Q potwierdził wysoką heterogeniczność, $p<0,01$ (ryc. 3).



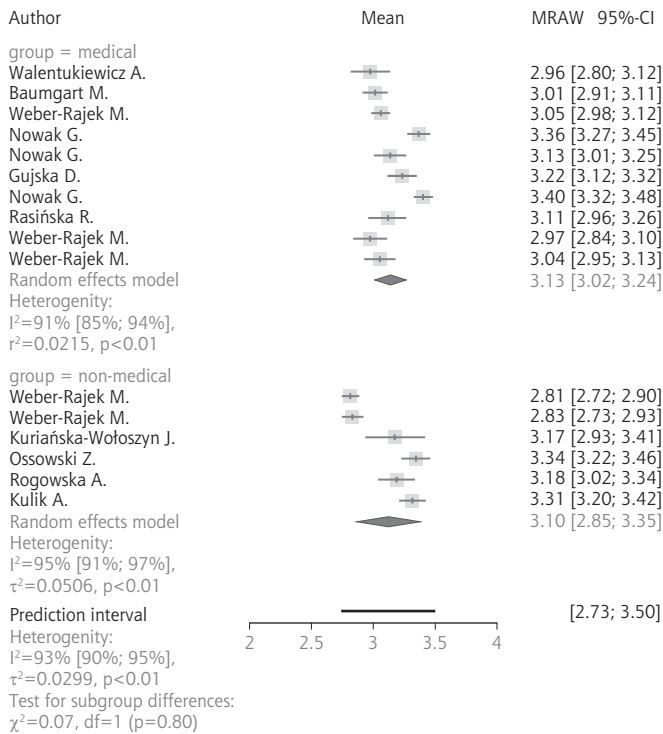
Ryc. 1. Metaanaliza – pozytywne nastawienie psychiczne

Fig. 1. Meta-analysis – positive mental attitude

Legenda: Mean – wartości średnie \pm SD /mean values \pm SD; MRAW – wartości średnie z badań; 95%-CI – 95% przedział ufności dla wartości średniej /95% confidence interval

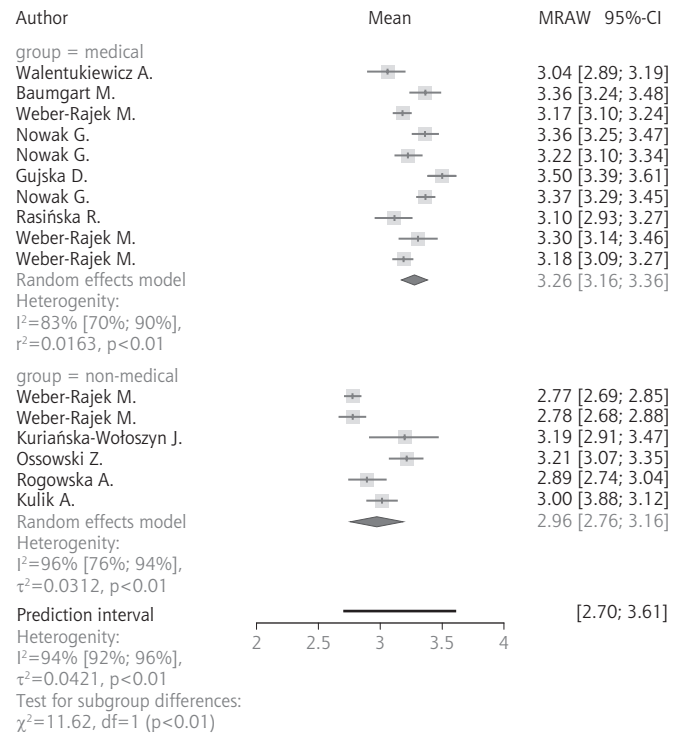
Tabela 1. Wyniki liczebności grup (N), średniej arytmetycznej (M) i odchylenia standardowego (SD)

Nr pozycji piśmiennictwa oraz autor /Bibliography item number & author	N	Pozytywne nastawienie psychiczne /Positive mental attitude M \pm SD	Praktyki zdrowotne /Health practices M \pm SD	Prawidłowe nawyki żywieniowe /Proper nutrition habits M \pm SD	Zachowania profilaktyczne /Prophylactic behaviours M \pm SD	Grupa /Group
Walentukiewicz A [9]	74	3,1 \pm 0,8	2,96 \pm 0,71	3,09 \pm 0,82	3,04 \pm 0,66	
Baumgart M [10]	85	3,23 \pm 0,501	3,01 \pm 0,474	3,44 \pm 0,507	3,36 \pm 0,581	
Weber-Rajek M [11]	80	3,05 \pm 0,431	3,05 \pm 0,317	3,25 \pm 0,253	3,17 \pm 0,302	
Nowak G [12]	151	3,44 \pm 0,56	3,36 \pm 0,59	3,85 \pm 0,61	3,36 \pm 0,69	
Nowak G [13]	133	3,32 \pm 0,687	3,13 \pm 0,719	3,38 \pm 0,767	3,22 \pm 0,715	medyczna
Gujska D [14]	105	3,47 \pm 0,6	3,22 \pm 0,5	3,49 \pm 0,7	3,5 \pm 0,6	/medical
Nowak G [15]	252	3,44 \pm 0,69	3,4 \pm 0,61	3,76 \pm 0,73	3,37 \pm 0,63	
Rasińska R [16]	64	3,22 \pm 0,68	3,11 \pm 0,62	3,18 \pm 0,66	3,1 \pm 0,71	
Weber-Rajek M [17]	50	3,21 \pm 0,48	2,97 \pm 0,468	3,41 \pm 0,49	3,3 \pm 0,58	
Weber-Rajek M [17]	50	3,04 \pm 0,44	3,04 \pm 0,316	3,25 \pm 0,27	3,18 \pm 0,31	
Weber-Rajek M [11]	70	2,67 \pm 0,31	2,81 \pm 0,385	2,81 \pm 0,36	2,77 \pm 0,355	
Weber-Rajek M [17]	50	2,69 \pm 0,32	2,83 \pm 0,344	2,81 \pm 0,37	2,78 \pm 0,36	
Kuriańska-Wołoszyn J [18]	86	3,44 \pm 0,98	3,17 \pm 1,14	3,26 \pm 0,88	3,19 \pm 1,32	nie medyczna
Ossowski Z [19]	104	3,62 \pm 0,62	3,34 \pm 0,65	3,5 \pm 0,75	3,21 \pm 0,71	/non-medical
Rogowska A [20]	74	3,4 \pm 0,64	3,18 \pm 0,69	3,04 \pm 0,75	2,89 \pm 0,66	
Kulik A [21]	139	3,31 \pm 0,64	3,17 \pm 0,68	3,26 \pm 0,82	3 \pm 0,72	



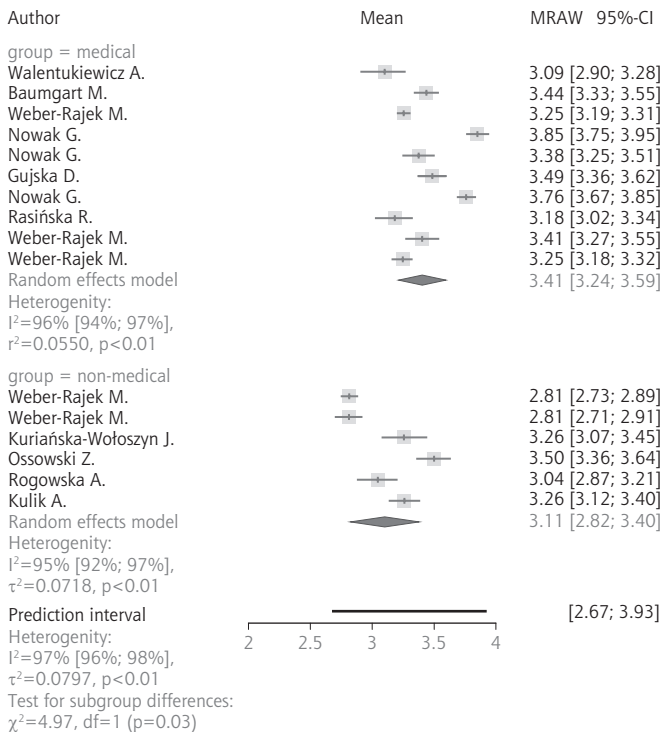
Ryc. 2. Metaanaliza – praktyki zdrowotne

Fig. 2. Meta-analysis – health practices



Ryc. 4. Metaanaliza – zachowania profilaktyczne

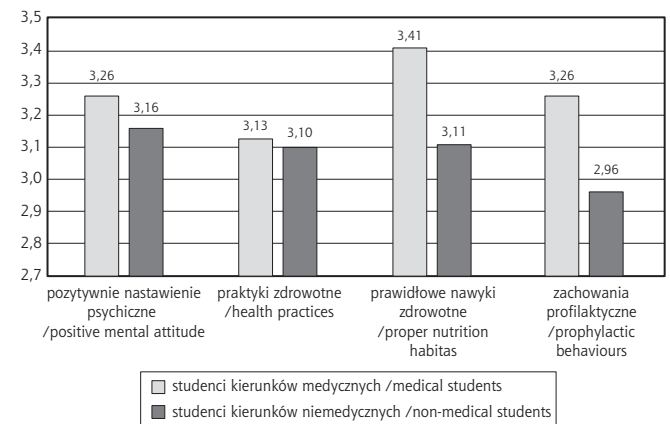
Fig. 4. Meta-analysis – prophylactic behaviours



Ryc. 3. Metaanaliza – prawidłowe nawyki żywieniowe

Fig. 3. Meta-analysis – proper nutrition habits

Uzyskano istotne statystycznie różnice w zakresie zachowań profilaktycznych studentów ($p<0,01$). Wartość średnia dla studentów nauk medycznych wynosiła 3,26, a dla niemedycznych 2,96. Wartość I^2 potwierdza brak jednorodności w grupie medyków i niemedyków, a wskaźnik Q potwierdził wysoką heterogeniczność (ryc. 4).



Ryc. 5. Porównanie średnich wyników w kategoriach zachowań zdrowotnych

Fig. 5. Comparison of the average results in terms of health behaviours

Średnie wyniki uzyskanej punktacji dla ocenianych kategorii przedstawiono na wykresie kolumnowym (ryc. 5).

Dyskusja

Optymalny czas dla osiągnięcia długofalowych korzyści z wyboru prozdrowotnego stylu życia to pierwsze lata dorosłości. Niestety rezultaty badań dotyczących zachowań zdrowotnych młodych ludzi nie są satysfakcjonujące [10]. Wielu autorów podkreśla, iż okres studiów wiąże się z istotną zmianą trybu życia, często również zmianą miejsca zamieszkania. Rytm życia akademickiego jest oparty na tygodniowym i semestralnym układzie pracy. Młodzi ludzie

są poddani sytuacjom stresowym, związanym z funkcjonowaniem w nowym środowisku, kolokwiami, zaliczeniami, egzaminami. W okresie tym rośnie ryzyko stosowania używek, obniżenia aktywności fizycznej, nieregularnego odżywiania, braku dostatecznej ilości czasu na wypoczynek [7, 22, 23].

W metaanalizie zaobserwowano dużą heterogeniczność danych. W piśmiennictwie jako najczęstsze przyczyny heterogeniczności podaje się odmienne sposoby przeprowadzania badań, zróżnicowanie populacji, różny czas trwania badań i obliczania parametrów [24]. W obecnym opracowaniu do oceny użyto takich danych, jak: liczba badanych (N), średnie wartości (M) uzyskanych w danym badaniu wyników oceny przy udziale testu psychologicznego IZZ i odchylenie standardowe (SD). Analizowanym badaniom poddano młodzież akademicką różnych polskich uczelni kierunków medycznych i niemedycznych. Według Kosiby i wsp. w grupie badanych studentów kierunków nauczycielskich kobiety miały wyższe wyniki w zakresie pozytywnego nastawienia psychicznego, nawyków żywieniowych i zachowań profilaktycznych [25]. Korwin-Szymanowska i Tuszyńska zaobserwowały, że studenci z obszaru nauk społecznych w porównaniu do studentów kierunków technicznych mają wyższe wyniki w każdej kategorii zachowań zdrowotnych wg IZZ [26]. Z kolei Misiarz i wsp. podają, że zachowania żywieniowe są lepsze u studentów kierunków medycznych niż niemedycznych [27]. Skowrońska i wsp. pisze, że wybrane zachowania zdrowotne zależą od płci [23], natomiast zdaniem Baumgarta i wsp. w badaniu zachowań zdrowotnych przyszłych fizjoterapeutów nie stwierdzono, aby płeć powodowała różnice istotne statystycznie [10]. Tyrpień i wsp. oceniając sposób żywienia studentów SUM zaobserwował, że kobiety odżywiają się bardziej racjonalnie [28]. Sochocka i Wojtyłko zauważają, że płeć oraz kierunek studiów wpływają na wybór aktywności fizycznej [29]. Smoleń i wsp. oceniali wybrane zachowania zdrowotne młodzieży akademickiej a umiejscowienie kontroli zdrowia. Z opracowania wynika, że nie ma związku pomiędzy zachowaniami ryzykownymi, miejscem zamieszkania, płcią, obszarem tematycznym studiów a umiejscowieniem kontroli zdrowia [22]. W opinii Palacz, dotyczącej zachowań zdrowotnych studentów pedagogiki, wychowania fizycznego, fizjoterapii oraz turystyki i rekreacji kierunek studiów nie ma wpływu na stopień nasilenia praktyk zdrowotnych, jest on natomiast uzależniony od płci – wyższe wyniki osiągnęły kobiety [30]. Z kolei z publikacji Baran i Stockiej wynika, że studenci zdrowia publicznego mają wyższy poziom zachowań zdrowotnych niż przyszli informatycy [31]. Romanowska-Tołłoczko analizując występowanie zachowań zdrowotnych i antyzdrowotnych u studentów Akademii Wychowania Fizycznego, Politechniki i Uniwersytetu Przyrodniczego we Wrocławiu doszła do wniosku, że jakkolwiek istnieją różnice międzyuczelniane, to nie są

one zbyt istotne [32]. Nowak i wsp. badając studentów zdrowia publicznego nie stwierdził związku pomiędzy wiekiem studentek, rokiem ani stopniem studiów [13], taka korelacja nie wystąpiła również u badanych przez tego autora studentów dietetyki [15]. W pracy Kulik i wsp. oceniającej zachowania zdrowotne studentek stwierdzono, że nie ma statystycznie istotnych różnic w nasileniu zachowań zdrowotnych w związku z pochodzeniem (miasto/wieś), miejscem pobytu podczas studiów, kierunkiem studiów (związane ze zdrowiem bądź nie) [21]. Z kolei Kropornicka i wsp. w ocenie zachowań zdrowotnych studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie zauważa, że studenci pochodzący ze wsi mają lepsze zachowania zdrowotne w stosunku do studentów pochodzących z miasta; największe różnice odnotowano w zakresie nawyków żywieniowych i zachowań profilaktycznych [7]. Analiza cytowanego piśmiennictwa nie pozwala na znalezienie przyczyny niejednorodności wyników, być może wpływ na ten fakt mają inne parametry, np. miejsce badania, bliskość sesji egzaminacyjnej, dyspozycja dnia, czas poświęcony na test, zaangażowanie respondentów.

Brak istotnych statystycznie różnic w metaanalizie dotyczącej pozytywnego nastawienia psychicznego może wskazywać na fakt, że niezależnie od wybranego kierunku wszyscy studenci podlegają dużej presji. Średnie wyniki obu grup studenckich porównano z rezultatami wg norm dla kwestionariusza IZZ. W kwestionariuszu ustalono normalizację na podstawie wyników badań 496 dorosłych osób w wieku 30-50 lat ($M=41,2$), różniących się płcią i środowiskiem pochodzenia; ponadto kwestionariusz przedstawia też wyniki uzyskane dla grupy studentek, nauczycielek, diabetyków, chorych dializowanych, mężczyzn po zawale serca, kobiet w ciąży powikłanej i kobiet w okresie menopauzy. Średnie wyniki analizowanych grup studentów kierunków medycznych i niemedycznych były zbliżone do wyników uzyskanych w grupie porównawczej studentek IZZ, w której średnia wyniosła $3,22 \pm 0,91$, natomiast były niższe w odniesieniu do grupy normalizacyjnej IZZ, gdzie średnia wyniosła $34,2 \pm 0,78$. W kategorii praktyk zdrowotnych średnie wyniki obu grup studenckich były istotnie niższe od wyników grupy porównawczej IZZ – studentki, dla której średnia wyniosła $3,4 \pm 0,74$ [8].

Nawyki żywieniowe stanowią jedną z najważniejszych grup zachowań zdrowotnych. Są determinantem wpływającym na rozwój młodego człowieka i utrzymanie dobrej kondycji [7]. Rezultaty wcześniejszych badań mówią o braku równowagi między poziomem wiedzy na temat żywienia a stosowaniem zaleceń dietetycznych [33]. Znaczące statystycznie różnice między grupami studentów kierunków medycznych i niemedycznych wystąpiły w metaanalizach: prawidłowe nawyki żywieniowe i zachowania profilaktyczne. Przeprowadzona analiza nawyków żywieniowych wykazała istotnie wyższą średnią odpowiedzi udzielonych przez

młodzież akademicką z kierunków medycznych. W porównaniu do norm wyniki studentów kierunków medycznych były zbliżone, a studentów obszarów niemedyceńskich znacznie niższe w stosunku do grupy porównawczej studentek, dla których średnia wyniosła $3,45 \pm 0,83$. Z pracy Misiarz i wsp. wynika, że studenci pielęgniarstwa wykazywali mniej nieprawidłowych zachowań dotyczących żywienia, niż studenci ekonomii; poziom obu grup oceniono jako dostateczny [27]. Badania zachowań żywieniowych warszawskich studentów dowiodły, że wyższe wyniki we wszystkich kategoriach testu IZZ uzyskiwali studenci obszarów społecznych niż kierunków technicznych [26].

Zachowania profilaktyczne oceniane w metaanalizie były istotnie bardziej nasilone u młodzieży akademickiej z kierunków medycznych. W odniesieniu do norm IZZ studenci obszarów medycznych osiągnęli zbliżone wyniki do grupy porównawczej studentek, dla której średnia wyniosła $3,22 \pm 0,91$, natomiast młodzież uczelniana z kierunków niemedyceńskich miała statystycznie niższe wyniki niż cytowana grupa porównawcza [8].

W pracy Weber-Rajek i wsp. w badanej grupie 313 studentów różnych kierunków wykazano najwyższe wyniki średniej arytmetycznej w IZZ dla prawidłowych nawyków żywieniowych, następnie zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego, a najniższe dla praktyk zdrowotnych. Z kolei w skali stenowej ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych był wyższy u studentów nauk medycznych [34].

Kandydaci na kierunki medyczne z racji wymogów rekrutacyjnych w większości wypadków mają większy zasób wiedzy z biologii [35]. Od studentów tych obszarów wymaga się dogłębnej znajomości zagadnień dotyczących zdrowia i choroby, a w czasie edukacji przebywają oni w środowisku medycznym [31]. Jednocześnie wśród tej młodzieży akademickiej rozpowszechnione są zachowania antyzdrowotne takie, jak: brak ruchu, złe odżywianie, brak umiejętności radzenia sobie ze stresem, picie alkoholu, palenie tytoniu [36].

Badania przeprowadzone przez Mendrycką i wsp. na grupie 701 pielęgniarek, zatrudnionych w lecznictwie szpitalnym i ambulatoryjnym udowodniły, że nasilenie zachowań zdrowotnych w poszczególnych kategoriach, jak i ogólny wskaźnik zachowań zdro-

wotnych obniżały się wraz ze stażem pracy. Zmienne socjodemograficzne nie miały istotnego wpływu na uzyskane rezultaty [37]. Bogdan i wsp. podają, że w pracach odnoszących się do grupy lekarzy, ponad 90% uznaje styl życia jako istotny determinant mający wpływ na zdrowie, a jednocześnie ponad 50% ankietowanych przyznaje, że ich sposób bycia nie jest prozdrowotny, z kolei w innych analizach wyciągnięto wnioski, że sposób życia lekarzy nie jest istotnie bardziej prozdrowotny niż nieprofesjonalistów [38].

Edukacja zdrowotna kształtująca pozytywne wzorce zdrowotne jest niezwykle ważnym elementem programu nauczania studentów kierunków medycznych [35]. Jednak nie tylko zajęcia dydaktyczne, ale również zachowania zdrowotne obserwowane u profesjonalistów medycznych, zgodnie z sentencją *Verba docent, exempla trahunt* (Słowa uczą, przykłady pociągają) mają wpływ na styl życia przyszłych pracowników sektora medycznego. Należy rozważyć wprowadzenie do programu nauczania (niezależnie od kierunku studiów) zajęć warsztatowych z psychologii pozytywnej, uwzględniającej treści kształtujące umiejętności radzenia sobie ze stresem i utrzymania dobrostanu psychicznego. Istotne jest także wzmacnianie motywacji studentów do podejmowania zachowań prozdrowotnych w przyszłości.

Wnioski

1. Studenci kierunków medycznych i niemedyceńskich nie różnią się istotnie w zakresie nastawienia psychicznego i praktyk zdrowotnych.
2. Studenci kierunków medycznych osiągnęli istotnie wyższe wyniki w kategoriach oceniających prawidłowe nawyki żywieniowe i zachowania profilaktyczne.
3. Obydwie grupy, zarówno studenci kierunków medycznych, jak i niemedyceńskich, powinni być wspierani i motywowani w trakcie procesu kształcenia do działań prozdrowotnych.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo / References

1. Wysocki MJ, Miller M. Paradygmat Lalonde'a, Światowa Organizacja Zdrowia i Nowe Zdrowie Publiczne. *Prz Epidemiol* 2003; 57: 505-512.
2. Cianciara D. Charakterystyka współczesnej promocji zdrowia. [w:] *Zarys współczesnej promocji zdrowia*. PZWL, Warszawa 2010: 53-94.
3. Wojtczak A. Nierówności w zdrowiu wyzwaniem polityki społecznej państw. [w:] *Aktualne wyzwania zdrowotne społeczeństw*. CeDeWu, Warszawa 2018: 85-110.
4. Heszen I, Sęk H. Behawioralne uwarunkowania zdrowia i choroby. [w:] *Psychologia zdrowia*. Heszen I, Sęk H (red). PWN, Warszawa 2007: 90-105.
5. Woźniak M, Brukwicka I, Kopański Z i wsp. Związki stylu życia ze zdrowiem. *JCHC* 2015, 4: 4-9.
6. Woynarowska B. Styl życia i zachowania zdrowotne. [w:] *Edukacja zdrowotna*. Woynarowska B (red). PWN, Warszawa 2017: 59-68.

7. Kropornicka B, Baczevska B, Dragan W i wsp. Zachowania zdrowotne studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie w zależności od miejsca zamieszkania. *Rozprawy Społeczne* 2015, 9(2): 58-64.
8. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Wyd. II. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2012.
9. Walentukiewicz A, Łysak A, Wilk B. Zachowania zdrowotne studentek pielęgniarstwa. *Probl Pielęg* 2013, 21(4): 484-488.
10. Baumgart M, Weber-Rajek M, Radziwińska A i wsp. Zachowania zdrowotne studentów fizjoterapii. *J Educ Health Sport* 2015, 5(6): 211-224.
11. Weber-Rajek M, Radziwińska A, Kalisz Z i wsp. Zachowania zdrowotne studentów dietetyki. *J Educ Health Sport* 2016, 6(6): 469-477.
12. Nowak G, Żelazko A, Rogalska A i wsp. Badanie zachowań zdrowotnych i osobowości typu D wśród studentek dietetyki. *Med Og Nauk Zdr* 2016, 22(2): 129-134.
13. Nowak G, Żelazko A, Nowak D i wsp. Zależność między zachowaniami zdrowotnymi a poziomem stresu i występowania bezsenności oraz depresji u studentów zdrowia publicznego. *Piel Zdr Publ* 2015, 5(3): 231-238.
14. Gujska D, Gutek A, Gajewska N i wsp. Zachowania zdrowotne studentów pielęgniarstwa w zakresie chorób nowotworowych. *J Educ Health Sport* 2016, 6(6): 107-120.
15. Nowak G, Pawlas K, Duda S i wsp. Poczucie własnej skuteczności a zachowania zdrowotne i satysfakcja z życia studentów dietetyki. *Psychol Rozwojowa* 2018, 23(3): 83-95.
16. Rasińska R, Nowakowska I, Nowomiejski J. Diagnoza stanu zdrowia studentów i ich opinie o zagrożeniach zdrowotnych. *Pielęg Pol* 2013, 2(48): 79-84.
17. Weber-Rajek M, Baumgart M, Michalski A, et al. Student's health behavior – own research. *J Educ Health Sport* 2015, 5(9): 647-662.
18. Kuriańska-Wołoszyn J, Wołoszyn A. Zachowania prozdrowotne studentek a wymagania zawodu pedagoga. *Aktywność Ruchowa Ludzi w Różnym Wieku* 2016, 32(4): 61-70.
19. Ossowski Z, Šukys S, Juškeliien V i wsp. Zachowania zdrowotne studentów wychowania fizycznego w Polsce i Litwie: badania pilotażowe. *Rocz Nauk AWFiS w Gdańsku* 2016, 26: 78-84.
20. Rogowska A. Pilotażowe badanie zachowań zdrowotnych i osobowości typu A wśród studentów wychowania fizycznego. [w:] *Współczesne kierunki działań prozdrowotnych*. Wolska-Adamczyk A (red). WSIiZ, Warszawa 2015: 105-121.
21. Kulik A, Grądział J, Smotrycka A. Zachowania zdrowotne studentek – charakterystyka i znaczenie zmiennych socjodemograficznych. *Probl Hig Epidemiol* 2017, 98(4): 371-380.
22. Smoleń E, Cipora E, Penar-Zadarko B, Gazdowicz L. Wybrane zachowania zdrowotne młodzieży akademickiej a umiejscowienie kontroli zdrowia. *Prz Med Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie, Rzeszów* 2012, 4: 474-484.
23. Skowrońska D, Rychlewska A, Walasiewicz Z i wsp. Preferencje studentów kierunku pielęgniarstwo w zakresie zachowań zdrowotnych. *Innow Pielęgniarstwie Nauk Zdr* 2016, 3(1): 27-38.
24. Michalak M. Meta-analiza – ilościowa synteza wyników badań. https://pts.stat.gov.pl/download/gfx/pts/pl/defaultaktualnosc/37/51/1/1/michal_michalak_-_prezentacja_240216.pdf (26.02.2020).
25. Kosiba G, Gacek M, Bogacz-Walancik A, Wojtowicz A. Zachowania zdrowotne a satysfakcja z życia studentów kierunków nauczycielskich. *Terazniejszość Człowiek Edukacja* 2017, 20, 2(78): 79-93.
26. Korwin-Szymanowska A, Tuszyńska L. Zachowania żywieniowe jako nieodłączny element edukacji zdrowotnej – raport z badań. [w:] *Znaczenie racjonalnego żywienia w edukacji zdrowotnej*. Wolska-Adamczyk A (red). WSIiZ, Warszawa 2015: 23-38.
27. Misiarz M, Malczyk E, Zołoteńska-Synowiec M i wsp. Ocena zachowań żywieniowych studentów kierunków medycznych i niemedycznych z województwa świętokrzyskiego. *Piel Zdr Publ* 2013, 3(3): 265-272.
28. Tyrpień M, Kasperczyk J, Joško-Ochojska J. Ocena sposobu żywienia i odżywiania studentów Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w aspekcie jakościowym i ilościowym. Część I. Energia i podstawowe składniki odżywcze. *Probl Hig Epidemiol* 2014, 95(2): 303-309.
29. Sochocka L, Wojtyłko A. Aktywność fizyczna studentów stacjonarnych kierunków medycznych i niemedycznych. *Med Środ* 2013, 16(2): 53-56.
30. Palacz J. Zachowania zdrowotne studentów w świetle wybranych uwarunkowań. *Med Og Nauk Zdr* 2014, 20(3): 301-306.
31. Baran A, Stocka A. Kierunek studiów jako wyznacznik zachowań zdrowotnych. *Prz Med Uniwersytetu Rzeszowskiego* 2008, 4: 326-331.
32. Romanowska-Tołhoczko A. Styl życia studentów oceniany w świetle zachowań zdrowotnych. *Hygeia Public Health* 2011, 46(1): 89-93.
33. Zarzeczna-Baran M, Wojdak-Haasa E. Wiedza studentów akademii medycznej w Gdańsku o niektórych elementach stylu życia. *Probl Hig Epidemiol* 2007, 88(1): 55-59.
34. Weber-Rajek M, Lulińska-Kuklik E, Radziwińska A, Moska W. Health behaviors in early adulthood. *Baltic Journal of Health and Physical Activity. The Journal of Gdansk University of Physical Education and Sport* 2017, 9(4): 147-153.
35. Gawlikowska-Sroka A, Dzieciolowska-Baran E, Szczurowski J. Ocena nawyków żywieniowych studentów polskich pierwszego roku medycyny. *Pom J Life Sci* 2015, 61(2): 186-190.
36. Łaszek M, Nowacka E, Gawron-Skarbek A, Szatko F. Negatywne wzorce zachowań zdrowotnych studentów. Część II. Aktywność ruchowa i nawyki żywieniowe. *Probl Hig Epidemiol* 2011, 92(3): 461-465.
37. Mendrycka M, Nowak K, Janiszewska R i wsp. Umiejscowienie kontroli zdrowia a zachowania zdrowotne pielęgniarek. *Hygeia Public Health* 2019, 54(1): 30-40.
38. Bogdan W, Witko D, Pilarczyk-Wróblewska I, Bogdan K. Wybrane zachowania zdrowotne wśród studentów I roku pielęgniarstwa i ratownictwa Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. *Pielęg Pol* 2015, 55(1): 11-18.