

Joanna Zalewska-Puchała, Anna Majda, Renata Korzonek

Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Zachowania zdrowotne i poczucie własnej skuteczności studentów w utrzymaniu zdrowia

Health behaviours and self efficacy of students in maintenance the health

STRESZCZENIE

Wstęp. Zachowania zdrowotne wywołują określone pozytywne lub negatywne skutki zdrowotne u osób, które je podejmują. Zachowania prozdrowotne są czynnikami pozytywnie skorelowanymi z aktualnym i przewidywanym stanem zdrowia. Ich ukształtowanie w dzieciństwie warunkuje prawidłowy rozwój oraz zachowanie optymalnej sprawności psychofizycznej do późnej starości. Istotną rolę w realizacji pozytywnych zachowań zdrowotnych pełni między innymi poczucie własnej skuteczności, pozwalające przewidzieć intencje i działania jednostki.

Cel. Celem pracy była próba oceny zachowań zdrowotnych oraz poznanie znaczenia poziomu poczucia własnej skuteczności studentów w utrzymaniu zdrowia.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z użyciem takich narzędzi, jak kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji oraz Skala Poczucia Własnej Skuteczności (GSES, *Generalized Self Efficacy Scale*) R. Schwarzera i M. Jerusalem. Badaniem objęto 105. studentów trzech kierunków Akademii Górniczo-Hutniczej w Krakowie.

Wyniki. Badani studenci przejawiali zachowania ryzykowne. Dotyczyły one: odżywiania, uprawiania sportu, palenia tytoniu, picia alkoholu, niekontrolowanych zachowań seksualnych, stosowania zabezpieczeń podczas stosunków seksualnych, przeprowadzania okresowych badań lekarskich, dbania o swoje bezpieczeństwo w czasie uprawiania sportu i jazdy samochodem. Badani w przeważającej większości prezentowali wysokie poczucie własnej skuteczności. W badaniach nie wykazano wpływu poczucia własnej skuteczności studentów na ich zachowania zdrowotne.

Wnioski. Rozpowszechnienie zachowań ryzykownych w badanej grupie wskazuje na potrzebę wprowadzenia skuteczniejszych działań edukacyjnych.

Problemy Pielęgniarstwa 2013; 21 (4): 504–511

Słowa kluczowe: studenci, zachowania zdrowotne, poczucie własnej skuteczności

ABSTRACT

Introduction. Health behaviours have a specific (positive or negative) health effect. Positive health behaviours are factors which are positively correlated with the present and expected health condition. Engaging in positive health behaviours in childhood influences the proper development and the optimal mental and physical efficiency in old age. A vital part in the engagement in positive health behaviours is played, among others, by one's feeling of self-efficacy which makes it possible to predict one's intentions and activities.

Aim. The aim of this study was assessment the health behaviors and learning about meaning self-efficacy of students in maintaining health.

Material and methods. The study used a method of diagnostic survey. The research tool was a standardized questionnaire The General Self-Efficacy Scale (GSES) R. Schwarzer and M. Jerusalem. The population of study included students of three Faculties University of Science and Technology (AGH) in Cracow- a total of 105 people.

Results. The students who took part in the research showed risky behaviours. They related to their dietary habits, doing sport, smoking tobacco, drinking alcohol, uncontrolled sexual behaviour, not using condoms during sex intercourse, not undergoing regular medical checkups, not taking care of one's safety while doing sport or going by car. The majority of

Adres do korespondencji: dr n. med. Joanna Zalewska-Puchała, Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków, ul. Michałowskiego 12, 31–126 Kraków, tel.: 508 158 786, faks: 12 632 48 81, e-mail: joannapuch1@interia.pl

respondents showed high feeling of self-efficacy. The research did not reveal the influence of the feeling of self-efficacy on the respondents' health behaviours.

Conclusions. The widespread occurrence of risky health behaviours in the sample group calls for the need to introduce more effective educational activities.

Nursing Topics 2013; 21 (4): 504–511

Key words: students; health behavior; a sense of efficacy

Wstęp

Doniosłość zachowań zdrowotnych dla umacniania zdrowia akcentowana przez ekspertów z dziedziny zdrowia sprawiła, że problematyka ta stała się przedmiotem badań prowadzonych nie tylko w ramach nauk medycznych, ale także niektórych dziedzin nauk społecznych między innymi psychologii i socjologii [1]. Zachowania prozdrowotne są czynnikami pozytywnie skorelowanymi z aktualnym i przewidywanym stanem zdrowia. Ich ukształtowanie w dzieciństwie warunkuje prawidłowy rozwój oraz zachowanie optymalnej sprawności psychofizycznej [2]. Badania socjologiczne nad powiązaniem między zachowaniem a zdrowiem dowiodły, że czynnik behawioralny odgrywa bardzo ważną rolę w rozwoju wielu chorób, których można byłoby uniknąć poprzez modyfikację stylu życia. Wśród zachowań podlegających modyfikacji najczęściej wymienia się niewłaściwą dietę, palenie tytoniu, picie alkoholu, brak aktywności fizycznej, nasłonecznianie się itp. [3–7]. W badaniach prowadzonych w Kalifornii (1965–1983) wykazano, że niepalenie papierosów, umiarkowane picie alkoholu, właściwa masa ciała, aktywność fizyczna w czasie wolnym, 7–8 godzin snu są czynnikami behawioralnymi pozytywnie skorelowanymi ze stanem zdrowia — aktualnym i przewidywanym. Badania czynników prozdrowotnych w tak zwanym „polu zdrowia” pokazały, że 74% udziału w jego kształtowaniu ma styl życia i środowisko, przy czym sam styl życia stanowi ponad 50% czynników warunkujących zdrowie [5]. W Polsce nieprawidłowe zachowania zdrowotne są obecnie główną przyczyną chorób układu krążenia, nowotworów, niepełnej sprawności ludności [8]. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015 przyjęty Uchwałą Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 [9] umieszcza w centrum zainteresowań działania zmierzające do kształtowania prozdrowotnych stylów życia. Działania te powinny być skierowane także wobec studentów, ponieważ stanowią oni tę część społeczeństwa, której w dużej mierze dotyczy zachowania zdrowotnie ryzykowne [za: 2].

Zachowania zdrowotne są efektem ukształtowanej postawy wobec zdrowia, a szczególnie poczucia odpowiedzialności za swoje zdrowie i współodpowiedzialności za zdrowie innych. Istotną rolę odgrywa w nich także między innymi poczucie własnej skuteczności [10], definiowane jako osąd jednostki na temat włas-

nych możliwości podjęcia i przeprowadzenia działań koniecznych do osiągnięcia zaplanowanych celów [11]. Rolę poczucia własnej skuteczności w zachowaniu podkreśla Ralf Schwarzer, który uważa, że pełni ono nadrzędną funkcję w przewidywaniu działań zapobiegawczych, w zmianie nawyków szkodliwych i podtrzymywaniu zachowań korzystnych dla zdrowia. Osoby dysponujące wysokim poczuciem własnej skuteczności potrafią lepiej korzystać z posiadanych zasobów psychicznych, łatwiej podejmują decyzję o zmianie zachowania i ją konsekwentnie realizują [12, 13]. Poczucie własnej skuteczności pozwala przewidzieć intencje i działania w różnych obszarach ludzkiej aktywności, w tym również w zakresie zachowań zdrowotnych [14, 15]. W kilku badaniach [za: 2, za: 11, 16] wykazano, że poczucie własnej skuteczności wiąże się z takimi zachowaniami zdrowotnymi, jak: zapobieganie niekontrolowanym zachowaniom seksualnym, podejmowanie regularnych ćwiczeń fizycznych, kontrolowanie masy ciała i zachowań związanych z odżywianiem, zapobieganie i porzucenie palenia tytoniu i innych uzależnień. Wykazano także wpływ poczucia własnej skuteczności na ciśnienie krwi, tętno, stężenie amin katecholowych w sytuacjach wyzwania lub zagrożenia. Wysoki poziom własnej skuteczności sprzyja radzeniu sobie ze stresem, wpływa mobilizująco na funkcje systemu immunologicznego i pozwala lepiej kontrolować ból [13, 17].

Cel

Celem pracy była próba oceny zachowań zdrowotnych oraz poznanie znaczenia poziomu poczucia własnej skuteczności studentów Akademii Górniczo-Hutniczej w Krakowie w utrzymaniu zdrowia.

Materiał i metody

W celu zebrania danych niezbędnych do przeprowadzenia badań oraz ich opracowania zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z techniką ankietową oraz metodę szacowania z techniką skalowania [18]. Wykorzystano dwa narzędzia badawcze: Skalę Poczucia Własnej skuteczności (GSES, *Generalized Self Efficacy Scale*) R. Schwarzera i M. Jerusalem [19], oraz kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji. Kwestionariusz ankiety zawierał 36 pytań zamkniętych z możliwością jednokrotnego i wielokrotnego wyboru dotyczących zachowań prozdrowotnych

i ryzykownych. Skala Poczucia Własnej Skuteczności zawierała 10 twierdzeń, skonstruowanych w formie samooceny z odpowiedziami punktowanymi od 1 do 4. Maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania to przedział liczbowy 30–40 pkt. wskazujący na wysokie poczucie własnej skuteczności, 25–29 pkt. na przeciętne i 10–24 pkt. na niskie. Każdej badanej osobie na podstawie deklarowanych parametrów wysokości i masy ciała, obliczono wskaźnik masy ciała (BMI, *body mass index*), przyjmując za Światową Organizacją Zdrowia (WHO, *World Health Organization*), że osobę uzyskującą < 18,5 pkt. cechuje niedowaga, 18,5–24,99 pkt. — prawidłowa masa ciała, $\geq 25,00$ pkt. — nadwaga, a ≥ 30 pkt. — otyłość [20].

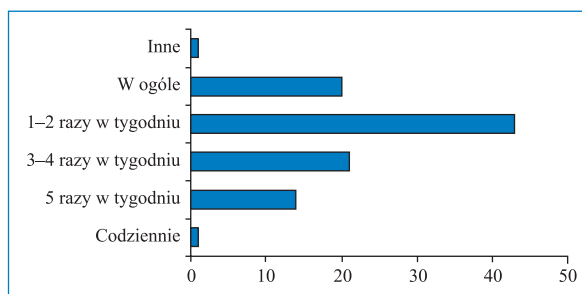
Analizę statystyczną opracowano za pomocą programu Microsoft Office Excel 2003 oraz Statgraphics 5.1. W badaniach wykorzystano test niezależności oparty na statystyce chi-kwadrat. We wszystkich przeprowadzonych testach przyjęto poziom istotności 0,05.

Badania przeprowadzono wśród 150 studentów drugiego roku Akademii Górniczo-Hutniczej w Krakowie na trzech kierunkach: geologii, geodezji i inżynierii biomedycznej. Wyczerpujący materiał poddany dalszej analizie otrzymano od 105 osób. Wiek respondentów mieścił się w przedziale 19–29 lat (śr. wieku 22 lata). Kobiety stanowiły 61% badanej grupy. Większość badanych studentów mieszkała w rodzinnych domach (34%) i w akademikach (31%), a następnie w wynajmowanych pokojach jedno- lub wieloosobowych (26%) i w samodzielnych mieszkaniach (9%). Swoją sytuację materialną badani w większości określili jako dobrą (46%) lub przeciętną (35%), jako bardzo dobrą określiło ją 17% respondentów i tylko 2% jako złą. W badaniach założono, że wykształcenie rodziców badanych studentów może mieć wpływ na ich zachowania zdrowotne, oddzielnie analizowano wykształcenie matek i ojców. Największy odsetek matek badanych studentów stanowiły kobiety z wykształceniem średnim (43%), a następnie z wykształceniem wyższym (30%), podstawowym (15%) i zawodowym (12%). Wykształcenie ojców badanych studentów przedstawiało się podobnie, 36% z nich legitymowało się wykształceniem średnim, 32% wyższym, 22% zawodowym i 10% podstawowym. Na podstawie deklarowanych parametrów masy i wysokości ciała obliczono BMI dla każdego z badanych studentów. Niedowagę stwierdzono u 3%, a nadwagę u 23% respondentów.

Wyniki

Zachowania zdrowotne

Wybrane zachowania zdrowotne w prezentowanych badaniach stanowiły: aktywność fizyczna, ilość czasu przeznaczanego na sen, czas, liczba i jakość



Rycina 1. Częstość uprawiania sportu w badanej grupie

Figure 1. Frequency of practice of sport in the examined group

spożywanych posiłków oraz wypijanych płynów, systematyczna kontrola masy ciała, radzenie sobie ze stresem, systematyczne lekarskie badania okresowe.

Aktywność fizyczna respondentów została zbadana poprzez pytania dotyczące form spędzania wolnego czasu oraz ilości czasu poświęconego na uprawianie sportu. Swoje wolny czas badani studenci spędzali, kierując się zasadą „pół na pół”, wykorzystując go zarówno biernie, jak i aktywnie, bez znacznej przewagi jednej z form, dotyczyło to 65% badanych. Do biernego sposobu pożytkowania wolnego czasu (najczęściej przed telewizorem) przyznało się 16% studentów. Niestety aktywnie swój wolny czas spędzało tylko 13% ankietowanych, 43% z nich uprawiało sport 1–2 razy w tygodniu, codzienną aktywność zadeklarowało jedynie 1% studentów (ryc. 1). Najczęstszą formą uprawianego sportu lub rekreacji były spacer, jazda na rowerze oraz pływanie. Osoby deklarujące aktywność fizyczną najczęściej przeznaczali na nią około 30–60 minut jednorazowo (34%), a następnie 1–2 godzin (28%), około 15–30 minut (15%), 10–15 minut (12%), a powyżej 2 godzin (10%).

Najczęściej podawanymi powodami podejmowania aktywnego trybu życia były: przyjemność (24%), utrzymanie zdrowia (20%), forma odprężenia psychicznego (17%), sposób na pozbycie się nadwagi, chęć rywalizacji i utrzymanie dobrej kondycji fizycznej (po 15%), satysfakcja (12%), chęć posiadania ładnej sylwetki (10%), a także wpływ środowiska (25%) i moda (8%).

W badanej grupie studenci najczęściej na wypoczynek nocny przeznaczali 6–7 godzin (61%). Od 9 do 8 godzin przesypano 32% badanych, powyżej 9 godzin — 5%, a mniej niż 6 godzin — 2% studentów.

Zachowania zdrowotne w zakresie odżywiania się badano na podstawie czasu, liczby i jakości spożywanych posiłków oraz wypijanych płynów, a także systematycznej kontroli masy ciała przez respondentów. Badani najczęściej deklarowali, że spożywają 4 posiłki dziennie (48%), a następnie 3 (32%), 2 (7%) i 5 posiłków (7%). Do nieregularnego odżywiania

Tabela 1. Częstotliwość spożywania wybranych produktów spożywczych w badanej grupie**Table 1.** Frequency of consuming of chosen nutritive product in the examined group

Nazwa produktu	Codziennie	5–4 razy w tygodniu	3–2 razy w tygodniu	Rzadziej niż raz w tygodniu
Pieczywo ciemne	17%	18%	19%	46%
Kasza, ryż, makaron	18%	21%	27%	34%
Tłuszcz roślinny	18%	24%	25%	33%
Warzywa	23%	25%	25%	27%
Owoce	27%	31%	22%	20%
Rośliny strączkowe	2%	7%	29%	62%
Ryby, drób	0,7%	16%	23%	60%
Jaja	9%	21%	33%	37%
Nabiał	15%	27%	29%	29%
Tłuszcz zwierz.	24%	14%	23%	39%
Pieczywo jasne	34%	21%	16%	29%
Mięso czerwone, wędlina	32%	29%	27%	9%
Słone przekąski	7%	22%	25%	46%
Słodycze	10%	21%	30%	39%
Fast foody	10%	15%	21%	54%

się (o różnych porach i różnych częstotliwościach) przyznali się jedynie studenci geologii (5%), a do spożywania jednego posiłku — inżynierii biomedycznej (1%). Analizy statystyczne wykazały, że zarówno wykształcenie matki ($p = 0,0298$), jak i ojca ($p = 0,0255$) wpływa istotnie na liczbę spożywanych posiłków. Studenci, których rodzice mieli wykształcenie podstawowe oraz zawodowe odżywiali się mniej regularnie od pozostałych. Ostatni posiłek w ciągu dnia niespełna połowa ankietowanych (45%) spożywała około godziny 20.00, co czwarta badana osoba między 21.00 a 22.00, przed godziną 19.00 — 20%, a po 22.00 — 10% studentów.

Prawidłową częstotliwość i rodzaje wybranych produktów spożywczych wymienionych w tabeli 1 przyjęto na bazie Piramidy Zdrowego Żywienia Instytutu Żywności i Żywienia [21], której podstawę stanowią produkty pełnoziarniste, środkową część — warzywa, owoce, nabiał, natomiast szczyt — białka pochodzenia zwierzęcego i oleje roślinne. Tłuszcze nasycone, fast-foody, słodycze i sól powinny być eliminowane z diety. U ponad połowy badanych studentów (51%) zdiagnozowano nieracjonalne odżywianie. Błędy dietetyczne zaobserwowano w zakresie spożywania wszystkich wymienionych w tabeli 1 produktów, najczęściej dotyczyły one spożywania mięsa czerwonego, ciemnego pieczywa, kasz i ryżu, warzyw i owoców. Analiza statystyczna wykazała, że dieta badanych

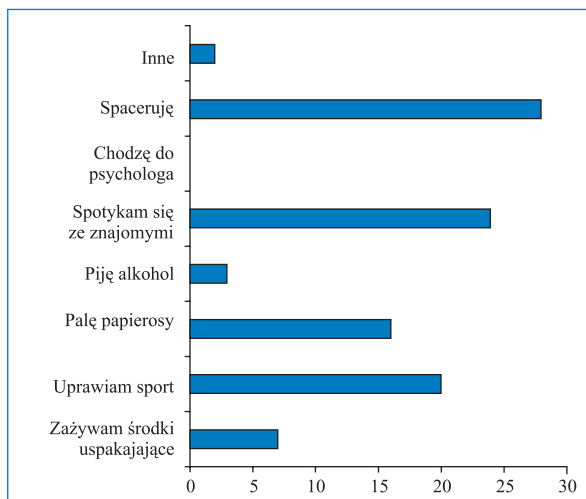
kobiet była istotnie bardziej racjonalna niż mężczyzn ($p = 0,0221$). Niewiele ponad połowa studentów (54%) przyznała, że zdarza się im podjadać między posiłkami głównymi. Wśród przekąsek dominowały słodycze, chipsy, rzadziej warzywa i owoce.

Wzbogacanie swojej codziennej diety o preparaty witaminowe i mikroelementy zadeklarowało 37% respondentów. Jedynie 22% badanych zadeklarowało wypijanie około 2 litrów wody na dobę. Więcej niż 2 litry dziennie wypijało 4%, 1–2 litry 31%, mniej niż 1 litr 32%, a w ogóle nie piło wody 11% badanych.

Regularnie swoją masę ciała kontrolowało 32% studentów, niemal połowa badanych (45%) robiła to sporadycznie, a 23% nigdy. Jednak próby odchudzenia się za pomocą diety podejmowało aż 68% respondentów. Analiza statystyczna wykazała, że studenci określający swoją sytuację materialną jako bardzo dobrą istotnie częściej ($p = 0,0463$) regularnie kontrolowali masę swojego ciała.

Nie wykazano zależności statystycznej między BMI badanych a racjonalnym odżywianiem ($p = 0,3774$), liczbą spożywanych w ciągu dnia posiłków ($p = 0,5625$), uzupełnianiem diety witaminami i mikroelementami ($p = 0,9612$) i kontrolą masy ciała ($p = 0,1091$).

Sytuacje stresowe najczęściej były rozładowywane przez badanych w kolejności przez: spacer (28%), spotkania w gronie przyjaciół (24%), uprawianie



Rycina 2. Sposoby radzenia sobie w sytuacjach stresowych w badanej grupie

Figure 2. Manners of the advice to himself with the stress in the examined group

sportu (20%), palenie papierosów (16%), leki uspokajające (7%), picie alkoholu (3%) oraz inne sposoby (2%) (ryc. 2).

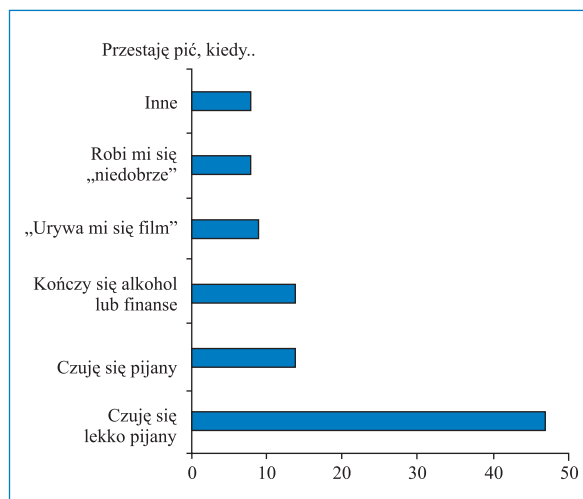
Systematycznym, profilaktycznym badaniom lekarskim poddawało się jedynie 35% ankietowanych.

Ryzykowne zachowania zdrowotne

Zachowania ryzykowne analizowano na podstawie takich zachowań, jak: spożycie alkoholu, palenie papierosów, zażywanie narkotyków i steroidów, niekontrolowane zachowania seksualne, dosalanie gotowych potraw, nie dbanie o bezpieczeństwo podczas uprawiania sportu i jazdy samochodem.

Wśród ankietowanych spożywanie alkoholu było bardzo rozpowszechnione. Jedynie 27% badanych zadeklarowało abstynencję. Badanie statystyczne wykazało wpływ miejsca zamieszkania oraz płci na spożycie alkoholu. Istotnie częściej spożywali alkohol mężczyźni ($p = 0,0259$), natomiast istotnie rzadziej ($p = 0,0083$) studenci mieszkający w domu rodzinnym. Najczęściej spożywanym alkoholem było piwo (49%), a następnie wino (14%). Picie alkoholu wysokoprocentowego zadeklarowało 2% ankietowanych. Badani przyznali, że piją nie tylko w czasie weekendu, ale także w ciągu tygodnia. Picia podczas imprez zaprzestawali najczęściej w sytuacji, gdy: czuli, że są lekko pijani (47%) lub pijani (14%), kończył się alkohol lub finanse (14%), „urywał się im film” (9%), robiło im się niedobrze (8%) lub też z innych powodów, nie podając jednak jakich (ryc. 3).

Palenie tytoniu zadeklarowało 21% respondentów, z czego bezskutecznie próbowało zerwać z nałogiem



Rycina 3. Powody zaprzestania picia alkoholu w czasie imprez w badanej grupie

Figure 3. Reasons of cessation of consuming in time of events the liquor in the examined group

71% badanych. W przeszłości paliło 10% ankietowanych. Wśród palących najwięcej osób paliło od trzech lat i dłużej (29%), a następnie od dwóch lat (22%), roku (18%), pół roku (10%), kilku miesięcy (5%), kilku tygodni (3%) oraz sporadycznie/towarzystwo (13%). Najczęściej badani deklaruowali wypalanie 4–9 papierosów dziennie (45%), a następnie: 1–3 (18%), 10–15 (15%), 16–20 (13%) i powyżej 20 papierosów (9%). Najczęściej papierosy palili badani mieszkający w akademikach.

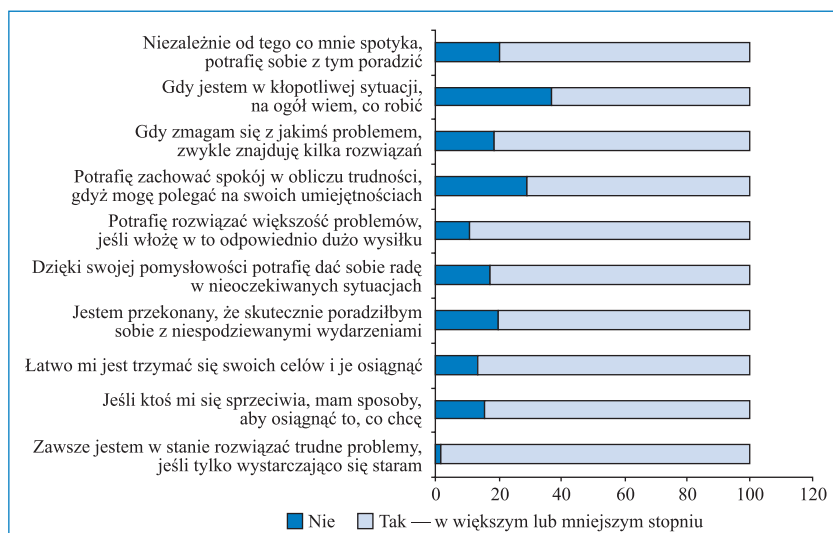
Do zażywania narkotyków i steroidów na poprawę sylwetki przyznało się po 1% studentów, a 3% do zażywania steroidów w przeszłości. Hormonalne środki antykoncepcyjne stosowało 20% badanych studentek.

Większość badanych (73%) nie stosowała zabezpieczeń podczas stosunków seksualnych, choć 16% z nich przyznało, że zdarzały im się przygodne stosunki seksualne (jednorazowe, z przypadkowym partnerem). Przygodne stosunki seksualne istotnie częściej ($p = 0,0066$) deklarowały osoby z nadwagą oraz studenci, których matki miały wykształcenie zawodowe (0,0080).

Dosalanie gotowych potraw zadeklarowało 11% badanych. Istotnie częściej dosalały potrawy osoby z nadwagą ($p = 0,0249$). W codziennej diecie 7% badanych uwzględniało słone przekąski, a 10% słodycze (tab. 1).

Wśród ankietowanych kawę piło codziennie 86% studentów, najczęściej była to 1 filiżanka (38%), a następnie 2 (39%), 3 (21%) i 4 filiżanki dziennie (2%).

Zdecydowana większość badanych studentów zapinała pasy bezpieczeństwa podczas jazdy samochodem (70%). Niestety ponad połowa ankietowanych (53%)



Rycina 4. Wyniki Skali Poczucia Własnej Skuteczności w badanej grupie

Figure 4. Results Generalized Self Efficacy Scale in the examined group

nie zakładała kasku ochronnego podczas jazdy na rolnkach lub rowerze.

Wyniki Skali Poczucia Własnej Skuteczności

Z analizy uzyskanych danych w Skali Poczucia Własnej Skuteczności wynika, że wysoki poziom samoskuteczności prezentowało 79% badanych, przeciętny 18% i niski 3%. Wynik jest zgodny z danymi zawartymi w literaturze przedmiotu podającymi, że wysokie poczucie własnej skuteczności ma wpływ na determinację i rodzaj podejmowanych działań, w tym również związanych z rozwojem osobowym (naukowym) [13]. Zdecydowana większość badanych w większym lub mniejszym stopniu (całkowicie, raczej, minimalnie) zgadzała się z wszystkimi twierdzeniami skali. Najwięcej wskazań zgodnych uzyskało twierdzenie: „Zawsze jestem w stanie rozwiązać trudne problemy, jeśli tylko wystarczająco się staram”. Natomiast w najmniejszym stopniu badani byli skłonni przyznać twierdzeniom: „Gdy jestem w kłopotliwej sytuacji, na ogół wiem, co robić” i „Potrafię zachować spokój w obliczu trudności, gdyż mogę polegać na swoich umiejętnościach radzenia sobie” (ryc. 4).

Dla autorek interesującym było zbadanie czy zachowania zdrowotne i zachowania ryzykowne prezentowane przez badanych zależne są od ich poczucia własnej skuteczności. Dlatego też dokonano statystycznych obliczeń zależności pomiędzy prezentowanym poziomem samoskuteczności a wybranymi zachowaniami zdrowotnymi. Wbrew przewidywaniom (patrz wstęp) badanie statystyczne nie wykazało zależności pomiędzy poziomem samoskuteczności a: racjonalnym odżywianiem ($p = 0,1254$), częstością

spożywania posiłków ($p = 0,2417$), uzupełnianiem diety suplementami ($p = 0,5595$), kontrolą masy ciała ($p = 0,1906$), regularnym wykonywaniem profilaktycznych badań lekarskich ($p = 0,1606$), dosalaniem potraw ($p = 0,3627$), pić kawy ($p = 0,7416$), pić alkoholu ($p = 0,5938$), paleniem papierosów ($p = 0,6296$), uprawianiem przygodnych stosunków seksualnych ($p = 0,9630$).

Dyskusja

Prezentowane badania wykazały, że studenci w większości wolny czas spędzali zarówno biernie, jak i aktywnie, bez znacznej przewagi jednej z form. Aktywnie uczestnicząc w zajęciach sportowo-rekreacyjnych, czas spędzało jedynie około 13% badanych studentów. Wynik ten jest znacząco różny od wyników badań uzyskanych przez Binkowską-Bury [22], Zaleskiego i Niewęglowskiego [23], Zarzeczną-Baran i wsp. [24] Janus i Kalembę [25] oraz Cieślę [26], w których studenci w większości deklarowali aktywny sposób spędzania czasu wolnego, ale zbieżny z wynikami Łaszek i wsp. [27], w których około 20% studentów zadeklarowało aktywność fizyczną. Wśród powodów, dla których studenci w badaniach własnych podejmowali aktywność fizyczną najczęściej wymienianymi były w kolejności: przyjemność, utrzymanie zdrowia, forma odprężenia psychicznego, sposób na pozbycie się nadwagi, chęć rywalizacji i utrzymanie dobrej kondycji fizycznej. Wynik ten jest zbieżny z wynikami innych autorów wskazującymi na aspekty zdrowotne i estetykę ciała jako najistotniejsze motywy skłaniające młodzież do podejmowania aktywności ruchowej [za: 22].

Najwięcej badanych studentów spożywało posiłki 4 lub 3 razy dziennie. Także w badaniach Binkowskiej-Bury [22] oraz Łaszek i wsp. [27] 3-posiłkowy model odżywiania był najpopularniejszy. Natomiast wyniki badań wśród studentów u Morawskiej i wsp. [28] oraz Dudy [29] wykazały, że odżywiali się oni nieregularnie, a liczba spożywanych posiłków była niedostateczna.

W prezentowanych badaniach do podjadania między posiłkami przyznała się ponad połowa ankietowanych. Natomiast w badaniach Binkowskiej-Bury [22] stanowili oni 88,2% grupy badanej.

Podobnie jak w badaniach Binkowskiej-Bury [22] oraz Suligi [7] wśród badanych studentów stwierdzono występowanie licznych błędów żywieniowych w zakresie spożywania podstawowych produktów z Piramidy Zdrowego Żywienia. Z cytowanych już badań Binkowskiej-Bury [22] wynika, że 41,9% przez nią badanych studentów nie stosowało żadnych ograniczeń w codziennym spożyciu soli, natomiast z prezentowanych badań wynika, że zachowanie takie dotyczyło co dziesiątej osoby.

Ponad połowa respondentów przesypiała 7–6 godzin dziennie, w przypadku jedynie 2% badanych można powiedzieć, że niedosypiali, przeznaczając na odpoczynek nocny mniej niż 6 godzin. W badaniach Binkowskiej-Bury [22] niedosypiało 10% badanych studentów.

Niemal trzy czwarte badanych spożywało alkohol, a aż 7% piło codziennie. Ryzykowne picie alkoholu przez studentów potwierdzają także badania Binkowskiej-Bury [22] (7,4% studentów piło regularnie), Kamińskiej [30] (ok. 13% studentów deklarowało regularne spożywanie alkoholu) oraz Suligi [7], w których abstynencję deklarowało jedynie 6,36% badanych.

W badaniach własnych do palenia tytoniu przyznała się aż jedna czwarta badanych, co jest gorszym wskaźnikiem niż uzyskany przez Cieślę [26] (10%), Kamińską [30] (24%), ale lepszym niż uzyskany przez Chomyszyn-Gajewską i wsp. [31] (32%), Suligę [7] (37%), Łaszek i wsp. [32] (38%). Większość palaczy deklarowała wypalanie 1–9 papierosów dziennie, ale 10% wypalała aż 20 papierosów. Binkowska-Bury [22] w swoich badaniach oszacowała, że 1–10 papierosów w ciągu dnia wypalało 70,8% studentów, 10–20 sztuk — 26% studentów, natomiast powyżej 20 sztuk — 2,7% badanych.

Według badań Łaszek i wsp. [32] co trzeci badany student przyznał, że próbował używać środków pobudzających, a ponad 80% kobiet i 50% mężczyzn przyznało się do kontaktu z halucynogenami, w prezentowanych badaniach zachowania takie odnotowano u 1% osób.

Wśród innych zachowań ryzykownych pojawiających się w badanej grupie należy wymienić: nie sto-

sownie zabezpieczeń przed zakażeniami podczas stosunków seksualnych (73%), uprawianie przygodnych stosunków seksualnych (16%), codzienne picie kawy w ilości 3 filiżanek (w przypadku co piątej osoby), nie zapinanie pasów bezpieczeństwa podczas jazdy samochodem (30%), nie ubieranie kasku ochronnego podczas jazdy na rolkach lub rowerze (53%).

Na podstawie teorii poczucia własnej skuteczności mówiącej, że ma ono wpływ na determinację i rodzaj podejmowanych działań, w tym również związanych z rozwojem osobowym i stosowaniem zachowań prozdrowotnych, w badaniach potwierdzono założenie, że studentów cechuje wysoki wskaźnik poczucia własnej skuteczności. Wśród badanych studentów 79% wykazało wysoki poziom własnej skuteczności. Poczucie własnej skuteczności wiąże się z takimi zachowaniami, jak: zapobieganie niekontrolowanym zachowaniom seksualnym, podejmowanie regularnych ćwiczeń fizycznych, kontrolowanie masy ciała, zapobieganie i porzucanie palenia tytoniu i innych uzależnień [11]. Badania Okulicz-Kazaryn i Pisarskiej [33] dotyczące związków między poczuciem własnej skuteczności a zachowaniami polegającymi na używaniu substancji psychoaktywnych wykazały, że zachowania te wiążą się z wysokim stopniem skuteczności u chłopców i niskim u dziewcząt. Natomiast badania Zalewskiej-Puchała i wsp. [34] wykazały wpływ poczucia własnej skuteczności na spożywanie tłuszczu i alkoholu przez studentów. Osoby z wysokim poczuciem samoskuteczności częściej spożywały alkohol, a istotnie rzadziej uwzględniały w diecie tłuszcze. W prezentowanych badaniach własnych nie wykazano zależności między poczuciem własnej skuteczności, a zachowaniami prozdrowotnymi i ryzykownymi.

Wnioski

Prezentowane badania:

- dowodzą konieczności kontynuowania edukacji zdrowotnej, opracowywania i wdrażania programów edukacyjnych dla studentów, oraz kształtowania zachowań zdrowotnych sprzyjających zdrowiu w zakresie odżywiania, aktywności fizycznej, unikania zachowań ryzykownych (palenia tytoniu, picia alkoholu, uprawiania przygodnych stosunków seksualnych itd.);
- wskazują na potrzebę prowadzenia dalszych longitudinalnych badań, poszukujących predyktorów zachowań zdrowotnych, w tym poczucia własnej skuteczności.

Piśmiennictwo

1. Dolińska-Zygmunt G. Behawioralne wyznaczniki zdrowia — zachowania zdrowotne. W: Dolińska-Zygmunt G. (red.). Podstawy psychologii zdrowia. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1996: 31–52.

2. Von Ah D., Ebert S., Ngamvitroj A., Park N., Kang D. H. Predictors of health behaviours in college students. *J. Adv. Nurs.* 2004; 48 (5): 463–474.
3. Puchalski K. Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot nauk socjologicznych. W: Gniazdowski A. (red.). *Zachowania zdrowotne*. Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy, Łódź 1990.
4. Walentukiewicz A., Łysak A., Wilk B. Styl życia studentek kierunków medycznych. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2013; 94 (2): 247–252.
5. Sęk H. Znaczenie zachowań zdrowotnych w psychoonkologii. W: de Walden-Gałaszko K. (red.). *Psychoonkologia*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000: 7–22.
6. Bodys-Cupak I., Sas M., Fąfara I., Ziarko E. Wiedza pielęgniarek na temat podstawowych zasad zdrowego odżywiania. W: Żarow R. (red.). *Człowiek w Zdrowiu i Chorobie*. Wydawnictwo PWSZ, Tarnów 2010: 10–18.
7. Suliga E. *Zachowania zdrowotne*. Wydawnictwo Akademii Świętokrzyskiej, Kielce 2004: 11.
8. Woynarowska B., Pułtorak M. Zachowania zdrowotne i postrzeganie własnego zdrowia przez młodzież w wieku 11–16 lat w Polsce. *Kultura Fizyczna* 1991; 7–8. www publikacje.edu.pl; data pobrania: 25.02.12.
9. Narodowy Program Zdrowia www.mz.gov.pl; data pobrania: 25.02.12.
10. Łukasik I. Predykatory zachowań zdrowotnych. *Ann UMCS Sect D, Lublin — Polonia* 2003, Vol. LVIII, Supl. XIII: 154; 273–277.
11. Juczyński Z. Poczucie własnej skuteczności jako wyznacznik zachowań zdrowotnych. *Prom. Zdr. Rocznik* V 1998; 14: 54–63.
12. Rosińska A. Gotowość młodzieży pijącej alkohol do prozdrowotnej zmiany zachowania. *Pielęg. Pol.* 2006; 2.(22): 95–99.
13. Schwarzer R. Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuacji zachowań zdrowotnych. W: Heszten-Niejodek I., Sęk H. (red.). *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo PWN, Warszawa 1997: 175–205.
14. Posadzki P., Stockl A., Musonda P., Tsouroufli M. A mixed-method approach to sense of coherence, health behaviors, self-efficacy and optimism: towards the operationalization of positive health attitudes. *Scand J. Psychol.* 2010; 51 (3): 246–252.
15. Łuszczynska A., Schwarzer R., Lippke S., Mazurkiewicz M. Self-efficacy as a moderator of the planning-behaviour relationship in interventions designed to promote physical activity. *Psychol. Health* 2011; 26 (2): 151–166.
16. Oei T.P., Hasking P., Phillips L. A comparison of general self-efficacy and drinking refusal self-efficacy in predicting drinking behavior. *Am. J. Drug Alcohol Abuse* 2007; 33 (6): 833–841.
17. Chodkiewicz J. Zmagając się ze światem. Znaczenie zasobów osobistych. www.psychologia.net.pl; data pobrania: 30.01.2012.
18. Łobocki M. *Metody i techniki badań pedagogicznych*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2000.
19. Polska wersja Skali poczucia własnej skuteczności. <http://userpage.fu-berlin.de/~health/polish.htm>; data pobrania: 15.02.2012.
20. Global database on Body Mass Index. <http://apps.who.int/bmi>; data pobrania: 21.04.2013.
21. Komentarz do Piramidy zdrowego żywienia. www.izz.waw.pl; data pobrania: 21.04.2013.
22. Binkowska-Bury M. *Zachowania zdrowotne młodzieży akademickiej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2009.
23. Zaleski R., Niewęglowski T. Aktywność ruchowa studentów Trójmiasta zdeterminowana płcią. *Ann UMCS Sect D, Lublin — Polonia* 2006, Vol. LX, Supl. XVI, 921: 424–427.
24. Zarzeczna-Baran M., Wojdak-Haasa E., Węgiel-Kamrat J. Przykłady zachowań zdrowotnych praktykowanych przez studentów AM w Gdańsku. *Ann UMCS Sect D, Lublin — Polonia* 2006, Vol. LX, Supl. XVI, 923: 433–435.
25. Janus J., Kalembe S. Aktywność fizyczna studentów PWSZ w Tarnowie a wybrane wskaźniki ich zdrowia. W: Żarow R. (red.). *Człowiek w zdrowiu i chorobie*. Wydawnictwo PWSZ, Tarnów 2010: 161–173.
26. Cieśla E. Kształtowanie się poziomu rozwoju fizycznego i sprawności motorycznej a aktywność fizyczna studentów fizjoterapii WNZ UJK w Kielcach oraz ich wybrane zachowania prozdrowotne. *Stud. Med.* 2009; 16: 21–28.
27. Łaszek M., Nowacka E., Szatko F. Negatywne wzorce zachowań studentów. Część II. Aktywność ruchowa i nawyki żywieniowe. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2011; 92 (3): 461–465.
28. Morawska S., Kubik B., Dziubak M., Matuszczyk D., Schleger-Zawadzka M. Wybrane zachowania zdrowotne studentek położnictwa i pielęgniarstwa w odniesieniu do wartości BMI badanych. W: Żarow R. (red.). *Człowiek w zdrowiu i chorobie*. Wydawnictwo PWSZ, Tarnów 2010: 117–125.
29. Duda D. Sposób żywienia wśród młodzieży akademickiej. *Ann UMCS Sect D, Lublin — Polonia* 2005, Vol. LX, Supl. XVI, 85: 43–46.
30. Kamińska M. S., Dąbrowska O., Baranowska E., Rotter I., Rozkrut M. Analiza porównawcza ryzykownych zachowań zdrowotnych studentów Wydziału Prawa Uniwersytetu Szczecińskiego oraz Wydziału Prawa Uniwersytetu w Lund w Szwecji. *Zdr. Publ.* 2011; 121 (2): 151–156.
31. Chomyszyn-Gajewska M., Cabała A., Virtanen J. Postawy i zachowania zdrowotne studentów Stomatologii Wydziału Lekarskiego UJ CM wobec palenia tytoniu. *Przegl. Epidemiol.* 2012; 66: 127–132.
32. 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.
33. Okulicz-Kozaryn K., Pisarska A. Poczucie własnej skuteczności a używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież. *Alkohol Narkom.* Tom 14, 2001; 4: 565–577.
34. Zalewska-Puchała J., Majda A., Gałaszko A., Kolonko J. Health behaviour of students versus a sense of self-efficacy. *Adv. Med. Sci.* 2007; 52 (supl. 1): 73–77.