

## Joanna Zalewska-Puchała, Anna Majda, Justyna Bożek

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

# Zachowania zdrowotne studentów pochodzących z Norwegii studiujących w Polsce

Health behaviours of the students from Norway studying in Poland

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Świadczenie opieki zgodnej kulturowo wymaga poznania nie tylko społecznych, ale i kulturowych kontekstów funkcjonowania człowieka, w które wpisują się zachowania zdrowotne. Podtrzymanie zachowań właściwych i eliminacja takich, które zagrażają zdrowiu powinny stać się pierwotnym obszarem oddziaływać osób zajmujących się ochroną zdrowia, w tym także pielęgniarek.

**Cel.** Celem pracy było poznanie zachowań zdrowotnych studentów z Norwegii studiujących w Polsce, na przykładzie Norwegów studiujących medycynę w Krakowie.

**Materiał i metody.** Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego. Zastosowano narzędzia badawcze w postaci kwestionariusza ankiety oraz Skali Poczucia Własnej Skuteczności Schwarzera i Jerusalem. Badania przeprowadzono w 2013 roku wśród 61 Norwegów studiujących na Wydziale Lekarskim w Szkole Medycznej dla Obcokrajowców w UJ CM. Wyniki poddano analizie statystycznej przy użyciu testu  $\chi^2$  i testu t-Studenta.

**Wyniki.** Badania wykazały, że badani studenci w większości prowadzili prozdrowotny styl życia w zakresie aktywności fizycznej i radzenia sobie ze stresem. Zachowania ryzykowne badanych pojawiały się w zakresie odżywiania, a także palenia tytoniu, picia alkoholu, stosowania hormonalnych leków antykoncepcyjnych, uprawiania przygodnych stosunków seksualnych. Wśród badanych studentów dominował wysoki poziom poczucia własnej skuteczności. Zachowania zdrowotne, takie jak: palenie tytoniu, picie alkoholu, uprawianie sportu, niektóre sposoby radzenia sobie ze stresem były zależne od poziomu poczucia własnej skuteczności.

**Wnioski.** Poznanie kulturowych uwarunkowań zachowań zdrowotnych osób pochodzących z odmiennych obszarów kulturowych jest podstawą świadczenia profesjonalnej, dostosowanej kulturowo opieki pielęgniarskiej.

**Problemy Pielęgniarstwa 2014; 22 (2): 196–201**

**Słowa kluczowe:** zachowania zdrowotne; studenci; kultura

### ABSTRACT

**Introduction.** Health behaviors are related in a very strong way with the social and cultural context, which is why learning about the cultures of other nations is an extremely important element in the provision of nursing care. Maintenance of appropriate behavior and eliminate those that threaten the health should be a primary area of impact those involved in health care, including nurses.

**Aim.** Aim of this study was to investigate the health behaviors of students studying in Norway, Poland, on the example of Norwegians studying medicine in Krakow.

**Material and methods.** The study was conducted using a survey tool. Research tools used in the form of a questionnaire, and self-efficacy scale R. Schwarzer and M. Jerusalem. The study was conducted in March 2013 of 61 Norwegians studying at Jagiellonian University Medical College Faculty of Medicine at the Medical School for Foreigners. The results were statistically analyzed using the  $\chi^2$  test and t-Student.

**Results.** The study showed that subjects the students are trying to led healthy lifestyle through physical activity, coping with stress. Risky behaviors studied appeared in the field of nutrition, as well as smoking, drinking alcohol, use of hormonal con-

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

traceptives, practicing consensual sex. Among the students had had a high level of self-efficacy. Self-efficacy is dependent on the health behaviors such as smoking, some ways of coping with stress, drinking, playing sports.

**Conclusions.** Understanding the cultural context of health behavior of people from different cultural areas is essential to provide professional, culturally adapted nursing care.

**Nursing Topics 2014; 22 (2): 196–201**

**Key words:** health behaviors; students; culture

## Wstęp

Zachowania zdrowotne są ściśle związane z kulturą, w której rodzi się, dorasta i żyje człowiek. Korelacje pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi a kulturą są widoczne między innymi w stylu życia, poglądach na temat zagrożeń zdrowia, wartościowaniu zdrowia, przestrzeganiu zaleceń lekarskich [1, 2], nadawaniu sensu cierpieniu, stosunku do ludzi chorych. Fakt ten, stanowi wyzwanie dla pracowników ochrony zdrowia w społeczeństwach wielokulturowych, do których dziś możemy zaliczyć także Polskę. Pielęgniarki coraz częściej obejmują opieką pacjentów reprezentujących odmienne kręgi kulturowe, którzy inaczej postrzegają zdrowie i chorobę. Wśród tych pacjentów znajduje się także coraz liczniejsze grono cudzoziemców, którzy wybrali Polskę, jako miejsce zdobywania wyższego wykształcenia. W roku akademickim 2012/13 w Polsce studiowało 29 172 młodych osób z ponad stu państw, w tym 1553 osoby pochodzące z Norwegii [3]. Z punktu widzenia szeroko rozumianej ochrony zdrowia ważnym jest poznanie ich mentalności, zwyczajów, stylu życia i zachowań zdrowotnych, ze szczególnym wskazaniem na zachowania ryzykowne, które pozwolą przewidywać z jakimi problemami zdrowotnymi mogą się oni borykać [4].

Norwegia liczy około 5 mln mieszkańców i należy do najślabiej zaludnionych terenów europejskich [5]. Około 80% mieszkańców Norwegii jest członkami państwowego Kościoła Norwegii, do mniejszości religijnych należą między innymi katolicy, muzułmanie, zielonoświątkowcy, świadkowie Jehowy, buddyści. Ważną cechą norweskiej tożsamości narodowej jest szacunek dla natury i filozofia życia opowiadająca się za ekologią. Norwegowie przywiązują dużą wagę do prostego stylu życia i kontaktów z naturą [6, 7]. Piesze wędrówki i spacerowanie są niezwykle popularną formą aktywności fizycznej i wypoczynku [8]. Prostota cechuje także norweską kuchnię. Zawiera ona mało przypraw, a do najczęściej używanych zaliczyć można: gałkę muszkatołową, sól, pieprz. Podobnie jak w Polsce często jada się ziemniaki oraz warzywa, natomiast wyróżnikiem diety Norwegów jest bogactwo ryb oraz owoców morza. Dorsz, łosoś, pstrąg i śledź są przyrządzane na wiele sposobów — między innymi smażą się je, dusi oraz soli, a także je na surowo z wysokoprocentowymi alkoholami [9]. Niezwykle popularne są też owoce leśne, takie jak jagody, maliny i moroski

(maliny nordyckie). Niecodzienne dla Polaków są takie dania mięsne jak na przykład steki z renifera, potrawy z fok czy wielorybów. Norwedzy są przywiązani do krajowych produktów, szczególnie artykułów spożywczych. W sklepach dominują produkty oznaczone norweską flagą i opatrzone napisem „Norweska Jakość”, „Wyprodukowane w Norwegii” [10]. Chociaż tradycyjna kuchnia norweska nastawiona jest na zdrowe odżywianie, to obserwuje się wzrost konsumpcji jedzenia tak zwanego „śmieciowego” [11].

Norwegowie są postrzegani jako naród bardzo uczciwy, wierzący w dobre intencje innych. Najprawdopodobniej wynika to z trudnych warunków klimatycznych, w jakich rozwijało się to społeczeństwo [12]. Dla Polaka zaskoczeniem może być fakt nieistnienia w tym kraju zawodu notariusza, znaczna część spraw urzędowych i umów cywilno-prawnych zawierana jest na podstawie oświadczeń woli [13].

## Cel

Celem pracy było poznanie zachowań zdrowotnych obcokrajowców studiujących w Polsce, na przykładzie Norwegów studiujących na Wydziale Lekarskim w Szkole Medycznej dla Obcokrajowców UJ CM.

Postawione pytania badawcze dotyczyły uzyskania informacji na temat zarówno zachowań prozdrowotnych, jak i zdrowotnie ryzykownych w badanej grupie, oraz zbadania zależności ich występowania od zmiennej niezależnej i zależnych (tj. m.in.: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, poczucie samoskuteczności, wiara, wskaźnik masy ciała [BMI, *body mass index*]).

## Materiał i metody

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankietowania. Zastosowano narzędzia badawcze w postaci kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji oraz Skali Poczucia Własnej Skuteczności Schwarzera i Jerusalema. Skala Poczucia Własnej Skuteczności zawierała 10 twierdzeń skonstruowanych w formie samooceny. Maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania to przedział liczbowy od 30–40 pkt. wskazujący na wysokie poczucie własnej skuteczności; 25–29 pkt. — przeciętny i 10–24 pkt. — niski [14]. Kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji dotyczący zagadnień związanych z zachowaniami prozdrowotnymi i ryzykownymi składał się z 34 pytań, w większości o charakterze

zamkniętym. Każdej badanej osobie obliczono BMI na podstawie deklarowanych cech — wysokości i masy ciała, a następnie dokonano kategoryzacji wyników zgodnie z normami BMI [15]. Obliczenia statystyczne wykonano za pomocą pakietu statystycznego R 3.0.1. (wersja wydana w kwietniu 2013 roku). Jest to pakiet posiadający licencję GNU GPL (Powszechna Licencja Publiczna). Do oceny zależności między zmiennymi zastosowano test  $\chi^2$  i test *t*-Studenta. Przyjęto poziom istotności  $p < 0,05$ .

Badania przeprowadzono wśród pochodzących z Norwegii studentów III roku Wydziału Lekarskiego Szkoły Medycznej dla Obcokrajowców UJ CM. Narzędzia badawcze rozprowadzono wśród 66 studentów, zwrótnie otrzymano 61 wypełnionych w całości. Kobiety stanowiły 61% badanej grupy. Ankietowani byli w wieku 22–24 lat (śr. wieku 23 lata). Większość badanych (75%) w czasie studiów mieszkała w akademiku, 21% na stacji w pokoju jednoosobowym, a 3% ankietowanych na stacji w pokoju wieloosobowym. Prawie wszyscy badani (95%) swoją sytuację materialną w czasie studiów ocenili jako dobrą, a 5% ankietowanych jako bardzo dobrą. W badanej grupie 31% studentów zadeklarowało się jako osoby religijne, wyznające katolicyzm, pozostałe osoby zadeklarowały ateizm. Większość uczestników badania (72%) miało prawidłową masę ciała (ich BMI znajdował się w przedziale 18,5–24,9). Nadwagę zdiagnozowano u 23% (BMI w granicach 25–29,9), a niedowagę u 5% badanych (BMI < 18,5).

## Wyniki

### Zachowania zdrowotne

Do zachowań zdrowotnych poddanych analizie w prezentowanych badaniach zaliczono: aktywność fizyczną, czas, liczbę i jakość spożywanych posiłków oraz wypijanych płynów, ilość czasu przeznaczanego na sen, systematyczną kontrolę masy ciała, radzenie sobie ze stresem, systematyczne lekarskie badania okresowe.

Prawie połowa badanych (47,5%) deklarowała, że czas wolny spędza w równych częściach aktywnie i biernie. Aktywny sposób spędzania wolnego czasu zadeklarowało 29,5%, a jedynie bierny 23% badanych studentów. Badanie statystyczne uzyskanych danych pokazało, że sposób spędzania wolnego czasu istotnie ( $\chi^2 = 61$ ;  $p < 0,001$ ) wpływał na BMI badanych. Uprawianie jakiegokolwiek sportu dotyczyło 72% badanych, z czego najczęściej (33%) była to aktywność przejawiająca się 3–4 razy w tygodniu, a następnie 1–2 razy w tygodniu (23%), codziennie (20%) i 5 razy w tygodniu (2%). Badania wykazały istotny ( $\chi^2 = 47,428$ ;  $p < 0,001$ ) wpływ uprawiania sportu na BMI badanych.

Na regenerację organizmu w czasie spoczynku nocnego 84% badanych przeznaczało 5 godzin lub mniej, a 16% studentów 6–7 godzin na dobę.

Niepokojące dane uzyskano w zakresie zdrowego odżywiania się badanych studentów. Do nieregularnego sposobu odżywiania przyznało się aż 79% studentów. Spożywanie czterech posiłków w ciągu dnia zadeklarowało 13%, a trzech — 8% badanych. Oceny częstotliwości spożywania wybranych produktów dokonywano na skali 1–4, gdzie 1 oznaczało spożywanie sporadyczne (rzadziej niż raz w tygodniu), 2 — rzadkie (raz w tygodniu), 3 — częste (kilka razy w tygodniu), a 4 — bardzo częste (codziennie) wyszczególnionych produktów. Wśród Norwegów studiujących w Polsce najczęściej spożywanymi produktami były: produkty typu *fast food* (śr. 3,37), owoce (śr. 3), warzywa (śr. 2,9), produkty mleczne (śr. 2,77), pieczywo ciemne (śr. 2,73). Często studenci spożywali ryby (śr. 2,28), pieczywo jasne (śr. 2,13), mięso (śr. 1,95), tłuszcz roślinny (śr. 1,97), ryż (śr. 1,89). Produktami włączanymi do codziennej diety rzadko były jaja (śr. 1,13), tłuszcz zwierzęcy (śr. 1,34), rośliny strączkowe (śr. 1,48) i sery (śr. 1,7). Analiza danych wykazała istotną zależność między BMI a rodzajem spożywanych produktów przez badanych. Osoby z nadwagą częściej niż osoby z prawidłową masą ciała spożywały pieczywo jasne ( $t = -4,668$ ;  $p < 0,001$ ), sery ( $t = -2,669$ ;  $p = 0,01$ ) i produkty typu *fast-food* ( $t = -5,066$ ;  $p < 0,001$ ), a rzadziej pieczywo ciemne ( $t = 6,594$ ;  $p < 0,001$ ), ryż ( $t = 6,186$ ;  $p < 0,001$ ), warzywa ( $t = 7,572$ ;  $p < 0,001$ ), owoce ( $t = 5,323$ ;  $p < 0,001$ ), ryby ( $t = 2,223$ ;  $p = 0,03$ ), rośliny strączkowe ( $t = 3,107$ ;  $p = 0,003$ ), tłuszcz roślinny ( $t = 2,523$ ;  $p = 0,014$ ). Ponad połowa ankietowanych (54%) ostatni posiłek spożywała około godziny 20.00. Przed godziną 19.00 ostatni posiłek spożywało 26% badanych, a 20% między godziną 21.00 a 22.00. Spośród wszystkich uczestników badania 57% zadeklarowało, że pije 1–2 l wody dziennie, a 43% z nich spożywa wodę w ilościach 3–4 l dziennie. Dość powszechna okazała się praktyka stosowania suplementów diety, zachowanie to dotyczyło 57% badanych. Próby odchudzania się podejmowało w przeszłości lub obecnie 59% studentów. W chwili badania na diecie innej niż odchudzająca było 11% badanych, była to dieta wegetariańska i w przypadku 1 osoby wysokobiałkowa.

Żadna ankietowana osoba nie kontrolowała systematycznie swojej masy ciała, 93% robiło to sporadycznie, a 7% tylko podczas kontroli lekarskich.

Sposobem radzenia sobie badanych ze stresem było spotykanie się ze znajomymi (95%), a następnie spacerowanie (75%), uprawianie sportu (70%), picie alkoholu (56%) i palenie papierosów (34%). Na wybór strategii radzenia sobie ze stresem w badanej grupie istotnie wpływał sposób spędzania wolnego

**Tabela 1.** Poczucie własnej skuteczności a spożywanie wina i alkoholi wysokoprocentowych, paleniem tytoniu, uprawianiem sportu i sposobami radzenia sobie ze stresem**Table 1.** Self-efficacy and consumption of wine and spirits, smoking, playing sports and ways of coping with stress

Miesięczne spożycie wina	Poczucie własnej skuteczności						Test $\chi^2$
	Niskie		Przeciętne		Wysokie		
	n	%	n	%	n	%	
W ogóle	0	0,00	3	20,00	0	0,00	$\chi^2 = 20,372$
Do 5 litrów	15	75,00	12	80,00	26	100,00	p < 0,001
6–10 litrów	5	25,00	0	0,00	0	0,00	
Powyżej 10 litrów	0	0,00	0	0,00	0	0,00	
<b>Miesięczne spożycie alkoholi wysokoprocentowych</b>							
W ogóle	0	0,00	2	13,33	4	15,38	$\chi^2 = 22,157$
Do 5 litrów	6	30,00	8	53,33	18	69,23	p = 0,001
6–10 litrów	9	45,00	1	6,67	0	0,00	
Powyżej 10 litrów	5	25,00	4	26,67	4	15,38	
<b>Palenie tytoniu</b>							
Tak	16	80,00	4	26,67	1	3,85	$\chi^2 = 29,571$
Nie	4	20,00	11	73,33	25	96,15	p < 0,001
<b>Uprawianie sportu</b>							
Codziennie	0	0,00	2	13,33	11	42,31	$\chi^2 = 27,269$
5 razy w tygodniu	1	5,00	0	0,00	0	0,00	p = 0,001
3–4 razy w tygodniu	8	40,00	2	13,33	11	42,31	
1–2 razy w tygodniu	4	20,00	7	46,67	4	15,38	
W ogóle	7	35,00	4	26,67	0	0,00	
<b>Sposoby radzenia sobie ze stresem</b>							
Uprawiam sport	10	50,00	8	53,33	25	96,15	$\chi^2 = 14,392$ p = 0,001
Palę papierosy	16	80,00	4	26,67	1	3,85	$\chi^2 = 29,571$ p < 0,001
Piję alkohol	16	80,00	9	60,00	9	34,62	$\chi^2 = 9,584$ p = 0,008
Wychodzę na spacer	14	70,00	9	60,00	23	88,46	$\chi^2 = 4,625$ p = 0,099
Spotykam się z przyjaciółmi	18	90,00	15	100,00	25	96,15	$\chi^2 = 1,944$ p = 0,378

\*Odsetki nie sumują się do 100% w pytaniach wielokrotnego wyboru

czasu. Palenie papierosów ( $\chi^2 = 34,795$ ; p < 0,001) i spożywanie alkoholu ( $\chi^2 = 16,428$ ; p < 0,001) jako sposobów „rozładowujących” stres dotyczyło istotnie częściej osób, które wolny czas spędzały biernie, natomiast uprawianie sportu ( $\chi^2 = 44,422$ ; p < 0,001) osób, które czas wolny spędzały aktywnie.

Regularne uczęszczanie na lekarskie badania kontrolne zadeklarowało tylko 11% studentów.

#### Zachowania antyzdrowotne (ryzykowne)

Do zachowań antyzdrowotnych poddanych analizie w prezentowanych badaniach zaliczono: palenie tytoniu, picie alkoholu, kawy, zażywanie narkotyków, uprawianie „przygodnych” stosunków seksualnych, dosalanie potraw, podjadanie między posiłkami głównymi.

W chwili badania tytoń paliło 34%, natomiast w przeszłości 15% respondentów. Przeważającą



większość badanych (90%) stanowili studenci, którzy zadeklarowali wypalanie 4–9 papierosów na dobę, 10% studentów wypalało 1–3 papierosy na dobę. Najliczniejszą grupę spośród badanych (43%) stanowiły osoby palące od 2 lat, a następnie od roku (29%), od kilku miesięcy (19%) i od pół roku (9%).

Picie alkoholu zadeklarowała większość badanych norweskich studentów, częściej wybierali oni alkohole niskoprocentowe. Spośród badanych 36% wypijało 6–10 l piwa na miesiąc, 29% — powyżej 10 l, 28% — do 5 l, a 7% w ogóle nie piło piwa. Około 5 l wina na miesiąc wypijało 87% studentów, 6–10 l — 8%, a 5% w ogóle nie piło wina. W ciągu miesiąca do 5 l alkoholi wysokoprocentowych spożywało 52% badanych, 21% wypijało powyżej 10 l, 16% — 6–10 l, a 10% studentów w ogóle nie piło alkoholi wysokoprocentowych. Analiza statystyczna wykazała istotną zależność między ilością i rodzajem spożywanego alkoholu a płcią badanych studentów. Kobiety spożywały mniej piwa ( $\chi^2 = 23,438$ ;  $p < 0,001$ ) i alkoholi wysokoprocentowych ( $\chi^2 = 10,23$ ;  $p = 0,017$ ) niż mężczyźni. Studenci przestawali pić alkohol w trakcie imprezy w większości „kiedy czuli, że są pijani” (51%), a następnie „kiedy czuli, że są lekko pijani” (23%), „kiedy robiło im się niedobrze” (21%) i „kiedy urywał im się film” (5%).

Codzienne picie kawy zadeklarowali wszyscy badani, w przypadku 49% ankietowanych były to 3 filiżanki, 28% — 2 filiżanki, a 23% — 1 filiżanka dziennie.

Podjadanie między posiłkami głównymi zadeklarowała zdecydowana większość badanych studentów (89%). Najczęściej podjadaniem produktami były słodkie (52%), ale także owoce i warzywa (48%). Nikt z badanej grupy nie zaznaczył, że podjadaniem produktami są słone przekąski, takie jak chipsy, paluszki, krakersy. Jednakże 39% badanych dosalało posiłki jeszcze przed ich spróbowaniem.

Uprawianie „przygodnych” (jednorazowych, z przypadkowym partnerem /partnerką) stosunków seksualnych zadeklarowało 26% badanych. Stosowanie zabezpieczeń (prezerwatyw) podczas uprawiania seksu zadeklarowało także 26% studentów. Stosowanie hormonalnych leków antykoncepcyjnych zadeklarowała ponad połowa uczestniczek badania (60%).

Do zażywania narkotyków przyznało się 7% badanych norweskich studentów.

#### Analiza wyników Skali Poczucia Własnej Skuteczności

Skala Poczucia Własnej Skuteczności pozwala ocenić ogólne przekonanie jednostki o skuteczności radzenia sobie z trudnościami. Największą grupę badanych norweskich studentów cechował wysoki poziom poczucia samoskuteczności. Wyniki świadczące o dużym poczuciu samoskuteczności stwierdzono u 43% respondentów. Przeciętny poziom poczucia

własnej skuteczności dotyczył 24%, a niski 33% badanych.

Analiza zależności pomiędzy poziomem własnej skuteczności a spożywaniem alkoholu wykazała istotny związek między poczuciem własnej skuteczności a spożywaniem wina ( $p < 0,001$ ) i alkoholi wysokoprocentowych ( $p = 0,001$ ). Spożywanie tych alkoholi w dużych ilościach dotyczyło częściej osób z niskim poczuciem własnej skuteczności. Wykazano także istotny wpływ poczucia własnej skuteczności na palenie tytoniu w badanej grupie ( $p < 0,001$ ). Palenie tytoniu częściej dotyczyło osób o niskim poczuciu samoskuteczności. Poczucie samoskuteczności wpływało istotnie także na uprawianie sportu przez badanych studentów ( $p = 0,001$ ). Sport najczęściej uprawiali ankietowani o wysokim poczuciu własnej skuteczności. Jak wynika z uzyskanych danych istotnie częściej osoby z niskim poczuciem samoskuteczności wybierały ryzykowne sposoby radzenia sobie ze stresem w postaci palenia papierosów ( $p < 0,001$ ) i picia alkoholu ( $p = 0,008$ ). Osoby o wysokim poczuciu samoskuteczności istotnie częściej jako strategię radzenia sobie ze stresem wybierały uprawianie sportu ( $p = 0,001$ ).

#### Dyskusja

W prezentowanych badaniach starano się poznać zachowania zdrowotne Norwegów studiujących w Polsce, na przykładzie studentów kierunku lekarskiego Szkoły Medycznej dla Obcokrajowców UJ CM. W toku poszukiwań piśmiennictwa na temat zachowań zdrowotnych Norwegów w Polsce nie natrafiono na żadne doniesienia naukowe na ten temat. Stąd też badania własne można uznać za oryginalne, a uzyskane wyniki za poszerzające aktualną wiedzę w zakresie zachowań zdrowotnych tej grupy studentów w Polsce.

W badaniach prowadzonych przez Klimczak i Majdę [16], na temat zachowań zdrowotnych studiujących w Polsce cudzoziemców, 41% grupy badanej stanowili Norwedzy, z tego względu postanowiono ich wyniki zestawzić z wynikami prezentowanymi w artykule. Analiza zebranych danych wykazała, że badani studenci starali się prowadzić prozdrowotny styl życia między innymi w zakresie aktywności fizycznej. Potwierdza to fakt, że 72% badanych uprawiało sport. W badaniach Klimczak i Majdy [16] uzyskano bardzo zbieżne wyniki, 75% badanych studentów uprawiało regularnie sport. Większość uczestników prezentowanego badania (72%) miało prawidłową masę ciała. Nadwagę zdiagnozowano u 23%, a niedowagę u 5% ankietowanych. Przeprowadzone badania wykazały istotną zależność między BMI badanych studentów a takimi zachowaniami, jak: sposób spędzania wolnego czasu, uprawianie sportu oraz sposób odżywiania. Także badani studenci przez

Klimczak i Majdę [16] w większości mieli prawidłowy BMI, wykazano w tych badaniach również zależność między BMI a uprawianiem sportu. Tak jak w prezentowanych badaniach, analiza statystyczna nie wykazała natomiast zależności między wartością BMI a regularnym spożywaniem posiłków. Badanie własne potwierdza również doniesienia z badań Klimczak i Majdy [16] wskazujące na istotną zależność między płcią badanych a spożyciem alkoholu — mężczyźni wypijali więcej standardowych porcji zawierających alkohol niż kobiety.

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 [17]. Prezentowane badania częściowo potwierdziły dane literaturowe. Wykazano istotny związek między poczuciem własnej skuteczności badanych a paleniem tytoniu, spożywaniem wina i alkoholi wysokoprocentowych, uprawianiem sportu i niektórymi sposobami radzenia sobie ze stresem. W przypadku badań Klimczak i Majdy [16] analiza statystyczna nie wykazała takich zależności.

### Wnioski

- Badani studenci w większości prezentowali zachowania prozdrowotne w zakresie spędzania czasu wolnego, uprawiania sportu, radzenia sobie ze stresem, dobowego spożycia wody.
- Badani studenci wykazali zachowania ryzykowne w postaci: nieregularnego odżywiania, spożywania produktów typu *fast food*, podjadania przekąsek między posiłkami, dosalania potraw, czasu spożywania ostatniego posiłku w ciągu dnia, ilości spożywanej kawy, stosowania hormonalnych leków antykoncepcyjnych, czasu przeznaczanego na wypoczynek nocny, niesystematycznych kontroli lekarskich oraz palenia tytoniu, picia alkoholu, uprawiania „przygodnych” stosunków seksualnych. Co dziewiątej badanej osoby dotyczyło zażywanie narkotyków.
- Na BMI badanych istotnie wpływały sposób spędzania wolnego czasu, uprawianie sportu i odżywianie.
- Badaną grupę cechował wysoki poziom poczucia własnej skuteczności.
- Poczucie własnej skuteczności wpływało istotnie na takie zachowania zdrowotne, jak: palenie tytoniu, picie wina i alkoholi wysokoprocentowych, uprawianie sportu, niektóre sposoby radzenia sobie ze stresem.

### Piśmiennictwo

1. Wijata J., Jędrzejczak M. Socjomedyczne determinanty kultury zdrowotnej pacjentów lekarza pierwszego kontaktu — próba pomiaru. *Med. Rodz.* 2007; 3: 58–61.
2. Matsumoto D., Juang L. Psychologia międzykulturowa. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007.
3. Rocznik statystyczny 2013. [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl); data pobrania: 27.02.2014.
4. Zalewska-Puchała J., Majda A., Śmiałek D. Zachowania zdrowotne studentów pochodzących z Tajwanu studiujących w Polsce. *Probl. Pielęg.* 2013; 21 (3): 374–381.
5. Popławski D., Starzyk-Sulejewska J. Outsiderzy integracji europejskiej: Szwajcaria i Norwegia a Unia Europejska. Wydawnictwo Instytutu Stosunków Międzynarodowych Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2012.
6. Norwegowie i natura. Strona internetowa ambasady Norwegii w Polsce. [www.amb-norwegia.pl](http://www.amb-norwegia.pl); data pobrania: 21.07.2013.
7. Wrotniak M. Tam mieszkam. Norwegia (po raz drugi). <http://www.bankier.pl>; data pobrania: 21.07.2013.
8. Rudnicki B. Norwegia. Mediaprofit, Warszawa 2007.
9. Koźniewska E., Łebkowski M., Kubera M. Kuchnia skandynawska. Tentent, Warszawa 1996.
10. Kulturalny jak Norweg. <http://www.norwegofil.pl>; data pobrania: 21.07.2013.
11. Colleau-Glinert F. Norwegia. Polskie Przedsiębiorstwo Wydawnictw Kartograficznych im. E. Romera, Warszawa 2012.
12. Szelągowska K. My Norwegowie: tożsamość narodowa norweskich elit w czasach nowożytnych. Avalon, Karków 2011.
13. Norweg jest dobry. <http://www.norwegofil.pl>; data pobrania: 21.07.2013.
14. Schwarzer R., Jerusalem M. The General Self-Efficacy Scale (GSE). <http://userpage.fu-berlin.de>; data pobrania: 11.08.2013.
15. Kłosiewicz-Latoszek L. Co rozumiemy przez nadwagę i otyłość — definicje i typy otyłości. W: Jarosz M., Kłosiewicz-Latoszek L. (red.). Otyłość zapobieganie i leczenie. PZWL, Warszawa 2006: 9–15.
16. Klimczak K., Majda A. Zachowania zdrowotne obcokrajowców studiujących w Krakowie na kierunku Lekarskim. *Probl. Pielęg.* 2011; 19 (1): 55–62.
17. Juczyński Z. Poczucie własnej skuteczności jako wyznacznik zachowań zdrowotnych. *Prom. Zdr.* 1998; 14: 54–63.